

01985



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

7442

LA IMPORTANCIA DE LA RELACION INTERPERSONAL  
ENFERMERA - PACIENTE EN LA RECUPERACION DE LA  
SALUD DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADO  
INTENSIVO.

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
DOCTOR EN PSICOLOGIA

PRESENTA  
MTRO. JOSE LAURO DE LOS RIOS CASTILLO

DIRECTOR DE TESIS:  
DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

300344

COMITE:  
DRA. GILDA GOMEZ PEREZ MITRE  
DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ  
DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ MAQUEO  
DRA. GRACIELA RODRIGUEZ ORTEGA

COMITE EXTERNO  
DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ  
DR. MANUEL RAMIREZ III

MEXICO, D. F.

2001



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.

*Dedicado a:*

A la memoria de mis Padres:

*Mino y Henry*

A mi esposa:

*Lucy*

A mis hijos:

*Mizraim y Hazael*

A mis hermanos:

*José, Felipe, Lita, Coco, Martha, Tere,  
Henry, Ana, Ezequiel, Ricardo y Alberto*

A mis sobrinos:

*En especial a Erika, Gus, Quique, Gerardo y Fernando*

\*\*\*\*\*

*A las Enfermeras Especialistas en Cuidados Intensivos del Hospital General de Zona No. 2 Dr. Francisco Padrón Poyou, del Instituto Mexicano del Seguro Social, por su colaboración y apoyo en la realización de esta investigación.*

*A los pacientes y familiares que contribuyeron mediante su participación en la realización de la misma. A ambos mi más sincero agradecimiento, esperando que los resultados de la presente, ayude, en cierta medida, en mejorar la salud de los pacientes en estado crítico en un contexto más humanizado.*

*A la H. Facultad de Psicología de la UNAM, en especial al Departamento de Psicología Preventiva.*

## *Agradecimientos:*

**Al Dr. Juan José Sánchez Sosa**

*Por su valiosa tutoría académica, su ejemplo profesional y gran calidad humana.*

\*\*\*\*\*

A LOS MIEMBROS DEL COMITÉ DOCTORAL Y REVISORES DE LA TESIS

**Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre  
Dr. José de Jesús González Núñez  
Dra. Graciela Rodríguez Ortega  
Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo  
Dra. Luisa Rossi Hernández  
Dr. Manuel Ramírez III**

*Por su valiosa asesoría y apoyo académico.*

\*\*\*\*\*

A LOS MÉDICOS

**Dr. Carlos Loredó Díaz Infante**  
JEFE DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.  
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ.

**Dr. Pedro Barrios Santiago**  
JEFE DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.  
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ.

**Dr. Juan Javier Illán Torres**  
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 2  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SAN LUIS POTOSÍ.

**Dr. Homero Haro Leyva**  
JEFE DE ENSEÑANZA MÉDICA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 2  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SAN LUIS POTOSÍ.

*A todos ellos, por su apoyo y confianza en la realización de esta investigación.*

## A LAS ENFERMERAS

**Lic. Enf. Angélica de la Paz Torres Espinoza**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA  
CON MEDICINA FAMILIAR NO. 2, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SAN LUIS POTOSÍ.

**Lic. Enf. Luz Ma. Guzmán Gutiérrez**

JEFE DE ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA  
CON MEDICINA FAMILIAR NO. 2 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SAN LUIS POTOSÍ.

**Lic. Enf. Mirna del Carmen Saucedo Bustos**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA INDUSTRIAL DE BICICLO, S.A. SAN LUIS POTOSÍ.

**Lic. Enf. Sandra Fabiola Hernández Brito**

JEFE DEL SERVICIO DE RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA  
DEL CENTRO MÉDICO DEL POTOSÍ. SAN LUIS POTOSÍ.

*A todas ellas por su valiosa colaboración en la realización de esta investigación.*

\*\*\*\*\*

## A LOS MAESTROS

**Dr. Hector Ayala Velázquez**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL  
DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNAM.

**Mtra. María de Lourdes Monroy Tello**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE LA UNIDAD DE CÓMPUTO E INFORMÁTICA  
DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNAM.

**Mtro. Marcos Verdejo Manzano**

PROFESOR-INVESTIGADOR DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA PREVENTIVA  
DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNAM.

**Mtra. Sofia Rivera Aragón**

INVESTIGADORA DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL  
DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNAM.

*Por su valiosas aportaciones metodológicas y de procesamiento estadístico.*

A LAS PSICÓLOGAS

**Lic. Psic. Griselda Magos Pacheco**  
**Lic. Psic. Leticia Manzo**

*Por su valiosa colaboración y compañerismo en la realización de esta investigación.*

\*\*\*\*\*

**Al Ing. En Computación Arturo Ortiz Hernández**

*Por su valioso apoyo en el diseño y procesamiento de los datos.*

\*\*\*\*\*

Al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, por permitir la realización de la investigación en sus instalaciones y facilitar la participación y apoyo de su personal.

\*\*\*\*\*

*Un especial agradecimiento*

**Al Dr. Samuel Jurado Cárdenas** por su apoyo y asesoría durante mi estancia en la Facultad de Psicología de la UNAM.

La Importancia de la Relación Interpersonal Enfermera - Paciente en la Recuperación de la Salud de los Pacientes en la Unidad de Cuidado Intensivo.

# ÍNDICE

---

---

	Página
I. INTRODUCCIÓN.	1
II. MÉTODO.	9
III. ESCENARIO.	33
IV. VARIABLES.	36
V. INSTRUMENTOS.	48
VI. PROCEDIMIENTO.	66
VII. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.	73
VIII. RECURSOS NECESARIOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN.	76
IX. RESULTADOS.	78
X. DISCUSIÓN.	130
XI. REFERENCIAS.	136
XII. ANEXOS.	140

---



## RESUMEN

En la actualidad, los indicadores de Morbi-mortalidad en nuestro país indican que siguen como causas importantes las enfermedades del corazón, los tumores malignos, los accidentes, la Diabetes Mellitus, las afecciones en el periodo perinatal, las enfermedades infecciosas, hasta el alto índice de nacimientos, el envejecimiento, etc.; En fin todo lo que conlleva los procesos vitales que hacen parte de la vida cotidiana. Este proceso de transición epidemiológica exige atención, ayuda y cuidado de todos los profesionales que tengan que ver con la salud, dentro de los cuales las Enfermeras son responsables del cuidado profesional que prestan. Dentro de este cuidado, la relación interpersonal Enfermera-Paciente juega un papel decisivo. Se reconoce que la relación interpersonal cobra particular importancia dentro de las actuales tendencias de salud, en lo que se ha denominado "Calidad de la Atención a la Salud". Se menciona que la calidad de la atención esta cimentada en tres componentes esenciales: La Atención Técnica, El Manejo de la Relación Interpersonal y el Ambiente en el que se lleva a cabo el Proceso de Atención.

La evaluación de cada uno de estos aspectos permite estimar la calidad de la atención brindada. Este aspecto pone de manifiesto la habilidad de la relación interpersonal y la actitud de los prestadores de servicios de salud.

En este trabajo, se presentan resultados de las medidas de la relación Enfermera-Paciente con relación a la recuperación de la salud de los Pacientes. Para lo cual se elaboraron instrumentos válidos y confiables (Confiabilidades por arriba del 98%). Las muestras se conformaron por asignación aleatoria de las Enfermeras especialistas (Tanto para el grupo control como para el experimental), de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital de segundo nivel de atención que por sus características son el prototipo de los hospitales generales del sector salud de nuestro país. Al grupo experimental se le aplicó un programa Cognitivo-Conductual donde se resalta la importancia y funcionalidad de la aplicación del modelo de interacción, empleando procedimientos claves en sus valoraciones, modelamiento, role-playing, juego de roles, asignación de tareas, etc., para la identificación de los problemas más apremiantes que aquejan a sus Pacientes. Evidenciando un cambio en el comportamiento después del programa. Se utilizó un equipo sofisticado de videofilmación, para el registro de las conductas de interacción, se encontraron relaciones significativas (Significancia estadística) en la recuperación de la salud de los Pacientes del grupo experimental, medido por los parámetros fisiológicos y conductuales en relación con la interacción de alta frecuencia medida por las conductas interactivas de la relación interpersonal; impactando notablemente en la disminución de los promedios Días-Estancia; reducción de los costos, satisfacción del paciente, competencia clínica, interés, disposición para proporcionar cuidado, apoyo en el cuidado, disminución de la ansiedad y el estrés; ausencia de problemas en la cicatrización de heridas, entre otros. En cambio con el grupo control que no se sometió a ningún tratamiento, arrojan datos contrarios al experimental.

Con base a lo anterior, las relaciones interpersonales entre Enfermeras y Pacientes, son significativas para predecir la recuperación de la salud de los Pacientes.

**Palabras Clave:** Interacción Enfermera-Paciente, Recuperación de la Salud, Metodología Observacional, Entrenamiento Cognitivo-Conductual.

## ABSTRACT

At the present time, the indicators of Morbi-mortality in our country indicate that they continue like important causes the illnesses of the heart, the wicked tumors, the accidents, the Diabetes Mellitus, the affections in the perinatal period, the infectious illnesses, until the high index of births, the aging, etc.; in short all that bears the vital processes that make part of the daily life. This process of epidemic transition demands attention, helps and all the professionals' that have to do with the health, care inside which the Nurses are responsible for the professional care that they lend. Inside this care, the Nurse-patient interpersonal relationship plays a decisive paper. Without this the professional Nurse cannot really be useful neither therapy and the process of care would be ineffective. The Nurse-patient relationship is this way essentially the mark in the one that the beliefs, the values, the attitudes and the Patient's knowledge and the Nurse can be used to explore the dynamics of a healthy existence. Assuming that the nursing practice is dedicated to help the Patients to recover the health. It is recognized that the relationship interpersonal gain particular importance inside the current tendencies of health, in what has been denominated "Quality from the Attention to the Health". It is mentioned that the quality of the attention is base in three essential components: The Technical Attention, The Handling of the Interpersonal Relationship and the Ambient in which is carried out the Process of Attention.

The evaluation of each one of these aspects allows to estimate the quality of the offered attention. This aspect shows the ability of the interpersonal relationship and the attitude of the lenders of the service; being important the establishment of a empathy relationship that reflects interest to help the Patient to recover the health.

In this work, results of the measures of the Nurse-patients relationship are presented in relation to the recovery of the health of the Patients. For that which valid and reliable instruments were elaborated (Dependability for up of 98%). The samples conformed to for aleatory assignment of the specialist Nurses (Point for the group control like for the experimental one), of the Unit of Intensive Cares (UCI) of a hospital of second level of attention that its characteristics are the prototype of the general hospitals of the sector health of our country. To the experimental group it was applied a program Cognitive-Behavior where it is stood out the importance and functionality of the application of the interaction model; for that which procedures of rehearsal behavior, game of role, modeling were used. Joined to use key procedures in their valuations, for the identification of the most urgent problems that suffer their Patients. Evidencing a change in the behavior after the program. A sophisticated team of video film was used, for the registration of the interaction behaviors, they were significant relationships (Significance statistic) in the recovery of the health of the Patients of the experimental group, measured by the physiologic parameters and behaviors in connection with the high-frequency interaction measured by the interactive behaviors of the interpersonal relationship; impacting notably in the decrease of the averages Day-stay; decrease of the anxiety and the stress; absence of problems in the scaring of wounded, the patients' satisfaction, support in the care, courtesy, interest, clinical competition, disposition to provide cares, etc. on the other hand with the group control that didn't undergo any treatment, they throw data contrary to the experimental one.

With base to the above-mentioned, the interpersonal relationships among Nurses and Patient, they are significant to predict the recovery of the health of the Patients.

**Key Words:** Nurse-Patient Interaction, Recovery of the Health, Observation Methodology, Cognitive-Behavior Training.

## **I. INTRODUCCIÓN.**

---

El presente trabajo de investigación doctoral, se inscribe en el marco del Programa de Prevención Primaria del posgrado de la Facultad de Psicología. El programa, y el personal académico y estudiantes adscritos a él, han laborado durante poco más de una década en la investigación de los factores psicológicos que contribuyen a deteriorar la salud tanto física como psicológica; y de las posibilidades de que disponen las ciencias del comportamiento para revertir o evitar esos procesos. El abordaje de estos temas se ha dado desde múltiples enfoques y áreas de intersección de diversas disciplinas, especialmente de las que tradicionalmente se dice que conforman el "equipo de salud". En virtud de que se ha hecho progresivamente más evidente que la pérdida de la salud –y su recuperación– son procesos multifactoriales, el trabajo de investigación del equipo de trabajo ha ido incidiendo, al menos conceptualmente, en áreas tan diversas como la relación ciencia – profesión, la acreditación de programas, la certificación de profesionales, el análisis de riesgo, la prevención, la terapia y, en general, la salud pública como problema de relevancia social.

A partir de los datos sobre el crecimiento de la población, tanto por el alto índice de nacimientos como por el incremento de la población mayor de sesenta años; la mortalidad y morbilidad en nuestro país muestran una polarización epidemiológica y señalan, cada vez más consistentemente, como principales causas de muerte las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes, las afecciones en el periodo perinatal, las enfermedades cerebrovasculares, la cirrosis, los accidentes, los homicidios, la violencia en general y las adicciones. Por otra parte, se mantiene la presencia de múltiples padecimientos de origen infeccioso, carencial, sobre todo en poblaciones con problemas sanitario asistenciales (Sánchez Sosa, 1989; SSA, 1992).

La situación pone de manifiesto el proceso de transición epidemiológica y demográfica que se experimenta en la actualidad con sus concomitantes cambios en la vida cotidiana. Las problemáticas tanto infecciosa como degenerativa y médico – social, influyen directamente en grupos de población "vulnerables", entre los que destacan los menores de quince años, los mayores de cincuenta y, sobre todo, los miembros de la denominada población económicamente activa que se ve afectada en primer lugar por el desarrollo mismo de los padecimientos y, después, por las secuelas que éstos generan con el paso del tiempo.

Destacan, dentro de los padecimientos que más deterioran la calidad de vida tanto de individuos como de sus familias, o de sus comunidades inmediatas, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y el cáncer. Tan sólo como ejemplo, la primera trae consigo un sinnúmero de complicaciones (alteraciones funcionales) tales como la retinopatía diabética, nefropatía, hipertensión arterial, pie diabético, propensión a infecciones oportunistas, pérdida prematura de piezas dentales, cardiopatía isquémica, cetoacidosis diabética, coma hiperosmolar, y vasculopatía periférica; disminuyendo su esperanza de vida hasta en un 30% incluso en las personas en las que la enfermedad se inicia después de los 40 años (la que se inicia en la adolescencia tiene un pronóstico aún peor).

En otro sentido, el gasto originado –por ejemplo- por las complicaciones de la diabetes es tres veces superior al de su tratamiento y control, lo cual genera un impacto sobre las necesidades de recursos para su atención, que van desde el nivel hospitalario, hasta el ámbito familiar. Vale la pena destacar la alta incidencia de reingresos hospitalarios, aumento en los promedios de días – estancia, aumento en las demandas de atención tanto ambulatorias como hospitalarias, aumentos de las incapacidades físicas y psicológicas, pero también el deterioro en el bienestar y la productividad, el desgaste emocional y económico familiar y el estrés sostenido en los familiares inmediatos del paciente, entre otros.

Tales situaciones exigen atención, ayuda y cuidado de todos los profesionales que pertenecen a, o tiene que ver con, el equipo de salud. Entre éstos, las enfermeras son las responsables inmediatas del cuidado cercano y constante de la atención profesional que prestan. Así, la participación de la enfermera es, en este sentido, central al proceso de recuperación de la salud. Este proceso incluye, además del cuidado derivado del tratamiento médico propiamente dicho, el manejo de una serie de factores psicológicos que, de no atenderse, pueden agravar un padecimiento y contribuir a un mayor deterioro del bienestar y funcionamiento humano en general. Tan sólo como ejemplos destacan: el nivel de ansiedad y estrés, preocupaciones o temores infundados, irracionales o exagerados y reacciones de pánico, entre otros (Sánchez, S.; Jurado y Hernández, G., 1992).

En el caso ejemplificativo de la diabetes, las intervenciones de la enfermera incluyen, en primer lugar, acciones expresamente orientadas hacia la sintomatología, tales como: toma de signos vitales, administración de medicamentos, toma de muestras para laboratorio, curación de úlceras en piel, cambios posturales, fisioterapia, control de infecciones, nutrición, mantenimiento del ambiente terapéutico, atención a necesidades de higiene y comodidad, evitación del dolor, hidratación, oxigenación, termorregulación, eliminación urinaria e intestinal, ejercicio y movimiento, etc. Todo lo anterior implica contacto humano y puede hacerse de muchas formas. En algunas, este contacto interpersonal puede facilitar la recuperación, en otras, interferir con ella.

Adicionalmente, la enfermera podría reducir la ansiedad, proporcionarle confort al paciente, expresarle apoyo, hablarle de forma que inspire o induzca seguridad, expresar comprensión y empatía, animarle a expresar temores o preocupaciones, proporcionar información confiable sobre su estado, promover la participación familiar en apoyo al tratamiento (por ejemplo participando en sesiones informativas y educativas), reforzar el comportamiento de adhesión al tratamiento, practicar técnicas de relajación y, en general, la adopción de pautas de comportamiento que favorezcan la restauración de la salud y, posteriormente, su preservación a mediano y largo plazo.

Un error común consiste en suponer que los cambios en estas dimensiones son meras adiciones complementarias al cuidado hospitalario y que su instrumentación por parte de los miembros del equipo de salud son, por tanto, secundarias. En el cuidado de pacientes, especialmente aquellos que se encuentran en una UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) es muy probable que la realidad sea radicalmente diferente. La investigación en el área de la salud de las últimas dos décadas, especialmente las líneas que investigan el papel de los factores psicológicos en la pérdida y recuperación de la salud, muestran como se trata de factores medulares en una gran cantidad de casos (Cohen, 1982; Valenzuela, Hernández Guzmán y Sánchez Sosa, 1995).

De hecho se ha documentado como, los componentes psicosomáticos de muchos padecimientos no sólo pueden acabar definiendo el resultado final de la evolución de un problema de salud, sino que constituyen el centro nodal de prácticamente toda explicación de naturaleza psicosomática sobre el funcionamiento humano (Cohen, 1982). Ya se ha documentado que la disfunción psicológica es la causa real del 50% de los casos que solicitan servicios generales de salud, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo (Sartorius, Ustun, Costa e Silva & Goldberg, 1993).

Los profesionales de la Enfermería contribuyen de una manera directa en el trabajo orientado a la recuperación de la salud. Las crecientes demandas de los usuarios de servicios de salud y la demanda de aumento en la calidad de dichos servicios propician un campo de acción extraordinario para el equipo de salud en general y para las enfermeras en particular. La formación de la enfermera requiere incluir cada vez más, la incorporación tecnológica de procedimientos útiles, sometidos a prueba y sustentados en la investigación. Hoy la enfermería profesional utiliza los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales, humanas y exactas. De manera sistemática incorpora y articula conceptos, hallazgos de investigación, procedimientos innovadores de atención y ofrece la posibilidad de hacer contribuciones conjuntas con disciplinas como la psicología, a la construcción de paradigmas vinculados con otro conocimiento articulado en sentido teórico (Sánchez Sosa y Hernández Guzmán, 1996).

En virtud de que la enfermería es una profesión del hacer, orientada esencialmente a la práctica, la enfermera se mantuvo mucho tiempo vinculada a acciones más o menos rutinarias y tradicionales, dependientes de otras profesiones. La distancia recorrida entre el saber y el hacer se constituye en un camino de casi más de medio siglo. Esta experiencia mostró que su quehacer demanda conocimiento sistematizado y una base teórica sólida y adecuada a la realidad contemporánea (Chinn, 1991, Schultz, 1992, Cianciarullo, 1993). La adición de contenidos y habilidades a la formación profesional, sin embargo, se basa en la sustentación de éstos en investigación metodológicamente sólida que genere efectos confiables.

Quienes se ocupan del cuidado de personas enfermas frecuentemente se enfrentan al problema de cómo proporcionar cuidados de modo eficaz, humano y eficiente. La formación contemporánea de las enfermeras busca los marcos conceptuales que den contexto científico a su práctica a fin de ayudar realmente al paciente en la obtención de una recuperación total o una independencia asistida o bien ayudarlo a "bien morir" de una manera pacífica y digna (Simpson, 1992; Sánchez Sosa, 1998).

Entre otras acciones básicas, la enfermera detecta sucesos que sugieren un importante empeoramiento o mejoría del paciente y, a la vez, sus indicaciones y comentarios hacia los demás miembros del equipo de salud (principalmente médicos) suelen ser

fundamentales para ayudar a la retroalimentación en la asistencia del enfermo. Por la especial intensidad de su relación con el paciente, su papel resulta vital para la propia supervivencia de alguien extremadamente enfermo. En cuanto a la organización del servicio en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI's), habitualmente *se incluyen las siguientes condiciones:*

- Se presta servicio las 24 horas del día, durante los 365 días del año.
- Conforman la mayor porción del total del personal especialista del hospital.
- Integra las acciones del equipo de salud en la atención del paciente.

Una de las propuestas mejor estructuradas sobre el funcionamiento de las relaciones interpersonales entre la enfermera y el paciente es la de Hildegard Peplau (1988), diseñada para familiarizar a las enfermeras cognoscitiva, afectiva e instrumentalmente con los múltiples aspectos de una relación enfermera – paciente altamente funcional. De dichos aspectos destaca la comprensión de las necesidades, sentimientos y actitudes del paciente, en virtud de su afecto potencial sobre su recuperación. Esta interacción incluye el componente recíproco de las mismas variables en la enfermera porque, de una sintonía funcional de la interacción (que en buena parte gira en torno a la confianza), se puede derivar una cooperación más decidida y eficaz del paciente y su familia (Horvath, 1992).

Peplau describe a las relaciones óptimas enfermera – paciente como una secuencia de cuatro fases definibles: Orientación, Identificación, Explotación y Resolución. Cada fase tendría características y usos o funciones más o menos particulares. Aunque en principio las fases son distinguibles, en la práctica tienden a superponerse y, en ocasiones repetirse, especialmente en las fases tempranas, según dicten los cambios en las necesidades del paciente (Beard & Johnson, 1993). Algunos estudios han mostrado que las enfermeras que observan y son conscientes de la fase por la que pasan en su relación con el paciente tienden a ser más eficientes que las que no lo son (Forchuk, 1994). Así, si una concepción de salud la señala como la capacidad personal para funcionar al más alto nivel físico, mental y social; y se acepta que la enfermera profesional requiere considerar los aspectos que fomentan la salud (Gilis, 1993), habrá poca duda al respecto de que hay ciertas necesidades básicas para lograr que el paciente logre un nivel óptimo de bienestar (Redland, 1993; Wang, 1993) y que este componente sea, a su vez, parte central de la calidad de la atención a la

salud. Generalmente se acepta que esta calidad se basa en tres pilares básicos: a) la atención técnica, b) el manejo de la relación interpersonal y c) el ambiente en que se realiza el proceso de atención; además la evaluación de estos componentes permitirá estimar dicha calidad (Donavedian, 1990, a, b). Lo anterior ha conducido a la reconsideración reciente de la relación interpersonal en los estándares de calidad en centros hospitalarios (Aguirre, 1990; Ruiz de Chávez, 1991).

En un contexto económico en que la escasez de recursos obliga a buscar una positiva relación en el binomio costo – beneficio, algunos estudios recientes han sugerido que enfermeras profesionales con diversos grados de especialización adicional pueden impactar la atención tanto en calidad como en reducción de costos (Anderson, 1993; Gualda, 1993; Sherer, 1993; Tebbit, 1994).

Una de las medidas tradicionales usadas para valorar los diversos componentes de la calidad de la atención hospitalaria es la opinión del paciente mismo sobre dichos aspectos. Entre los trabajos que han contribuido a esta línea de investigación destacan aquellos que incluyen definiciones sobre calidad, deseos y predictores de la conducta del paciente (Vuori, 1993; McDaniel & Nash, 1994).

Otros estudios han determinado las expectativas de los pacientes hacia el personal de enfermería, identificando satisfacción con aspectos como reposo, relajación, eliminación, adecuación de la dieta, higiene personal, apoyo en el cuidado, reacción al tratamiento y calidad del contacto con la enfermera (Abdellah & Levine, 1993). Otros autores han sugerido aspectos “esenciales” de la calidad interpersonal tales como: buena comunicación, bondad, amistad, cortesía, interés, tono personal y humor o alegría (Doll, 1993). Con base en esos estudios se han identificado ocho dimensiones de satisfacción: competencia clínica, accesibilidad, comodidad, ambiente físico, estado socio – económico del paciente, disposición a dar cuidados, continuidad en el cuidado y efectividad de éste.

Otro tipo de estudios han sometido a prueba algunos efectos de los cuidados de enfermería sobre la conservación y restauración de la salud. En dos de estos estudios se mostró que una relación mejorada enfermera – paciente en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI’s) disminuyó la ansiedad extrema que suele “inmovilizar” psicológicamente a pacientes



en ventilación mecánica prolongada (Ballard, 1993; Johnson & Sexton, 1994). También en esta línea, Vason y colaboradores (1993) encontraron que un contacto interpersonal tipificado con una parte orientada a reducir la estimulación sensorial excesiva en el área de recuperación quirúrgica, generó, entre otros, efectos tales como reducciones en: sensación subjetiva de estrés, hipertensión arterial y trastornos del sueño (inversión de ciclo noche – mañana).

En un estudio que incluyó 200 cirugías de trasplante de hígado, Joyce y colaboradores (1994) determinaron que las relaciones interpersonales mejoradas enfermera – paciente redujeron los días de estancia y las infecciones intra – hospitalarias con una importante reducción de costos y un incremento notorio en satisfacción de los pacientes.

Si bien los estudios reseñados dan contexto a los hallazgos generales en estas líneas de investigación, es interesante notar la reducida búsqueda de fluctuaciones detectables entre la interacción enfermera – paciente y otros indicadores clásicos de recuperación y de niveles bajos de estrés en los pacientes. Adicionalmente existe muy poca referencia específica a las características psicométricas de los instrumentos utilizados, tales como sensibilidad, confiabilidad y validez, y prácticamente no se documenta el riesgo de una inducción inadvertida de cambios en los indicadores fisiológicos o psicológicos de la recuperación en función de la carencia de confiabilidad del registro u observación. Estos aspectos son medulares para sustentar una asociación clara entre la calidad de la interacción y la recuperación en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Entre los parámetros de tipo fisiológico que podrían añadirse al análisis se incluyen: temperatura rectal, presión arterial media, tasa cardiaca, frecuencia respiratoria, gases arteriales, electrolitos séricos (principalmente sodio y potasio), creatinina sérica, hematócrito, fórmula (glóbulos) blanca, color de la piel, diuresis de > 30 ml. por hora, ruidos peristálticos, ausencia subjetiva de dolor, capacidad de movimiento de extremidades, cicatrización de heridas (con parámetros a 2, 6, 12, 24 y 48 horas) después de la cirugía, nivel de conciencia, pensamiento, orientación temporal y espacial, capacidad de expresión, etc.

Estos parámetros darían una idea más clara y objetiva del proceso de recuperación, contribuyendo a la consolidación de nuevas tecnologías que incluyan tanto aspectos físicos,

emocionales, cognoscitivos y sociales. Esta información permitirá la toma de decisiones y medidas más adecuadas tanto en el campo asistencial como en el educativo y aún en el preventivo, incluyendo el establecimiento de sistemas permanentes de formación y evaluación de la actuación de la enfermera. En México los escasísimos esfuerzos por valorar el vínculo interacción – recuperación – bienestar, han sido, en el mejor de los casos, aislados e incompletos, y, en el peor, asistemáticos y metodológicamente defectuosos. La importancia de esta propuesta para el Sector Salud de México gira entorno a la necesidad de optimizar los escasos recursos con que se cuenta, reducir la desorganización y el uso generalizado de procedimientos intuitivos y, sobre todo, contribuir al bienestar, la recuperación y el mantenimiento de la salud en los usuarios de los diversos sistemas de cuidado institucional o privado.

Con el propósito de evaluar la bondad de la estrategia de intervención con enfermeras especialistas en Unidades de Cuidado Crítico, que implica su entrenamiento en el uso de estilos interactivos eficaces, se realizó una serie de estudios comparativos que permitieron determinar su aplicabilidad en un hospital de segundo nivel de atención, que por sus características físicas y presupuestarias es el prototipo de los hospitales generales del sector salud de nuestro país.

A continuación, se describe un estudio cuyo objetivo fue el de determinar la efectividad y aplicabilidad de un conjunto de procedimientos (modelamiento, ensayo conductual, enseñanza grupal, retroalimentación verbal y visual, procedimientos claves para valoración y detección oportuna de problemas de salud en pacientes en estado crítico, entre otros) para enseñar a las enfermeras estilos interactivos apropiados para reducir problemas de salud en pacientes en estado crítico.

Así, el presente estudio tuvo como propósito fundamental: ***Medir el impacto en la mejoría de la salud del paciente, a partir de la interacción con la enfermera.***

## II. MÉTODO.

---

### SUJETOS:

*Los sujetos que participaron en el estudio fueron:*

#### A. ENFERMERAS.

Participaron 18 enfermeras del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de los turnos matutino, vespertino y nocturno que proporcionaban atención directa a los pacientes y que eran trabajadoras de base (no eventuales). Se trata de personal profesional. Por lo general no hay rotación del mismo a otros servicios dada la especificidad de su trabajo (enfermeras especialistas en cuidados intensivos), aunado a que cumplen roles de estancia mínima de seis meses a un año dentro de la UCI.

Se seleccionaron aleatoriamente de una lista obtenida a través de la Jefatura de Enfermería, la cual contenía el rol de guardias de todas las enfermeras del servicio en los diferentes turnos. Conformándose así dos grupos: el grupo experimental y el grupo control. Esto con la finalidad de poder contar con información que permitiera evaluar posteriormente los cambios observados en ambos grupos. Se espera que en el grupo experimental se presenten cambios notables, como consecuencia de la intervención a la cual fue sometido; y en el grupo control (condición idéntica a la experimental excepto que no se somete a ningún tratamiento) no se presenten cambios o que éstos sean no significativos respecto al grupo experimental.

*Con la aleatorización los grupos quedaron conformados de la siguiente forma:*

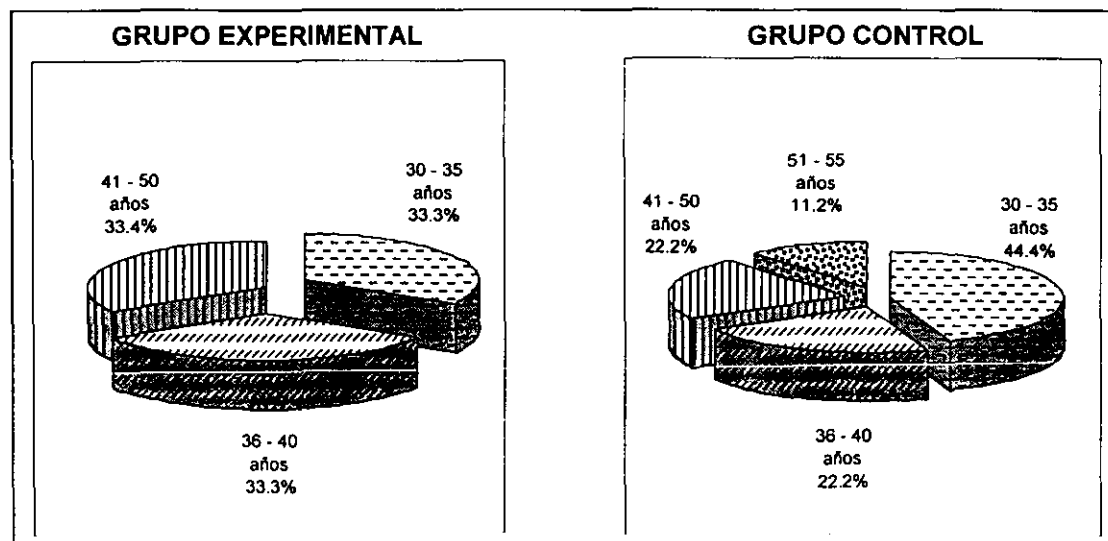
<b>GRUPO EXPERIMENTAL</b>	<b>GRUPO CONTROL</b>
3 Enfermeras Especialistas del Turno Matutino.	3 Enfermeras Especialistas del Turno Matutino.
3 Enfermeras Especialistas del Turno Vespertino.	3 Enfermeras Especialistas del Turno Vespertino.
3 Enfermeras Especialistas del Turno Nocturno.	3 Enfermeras Especialistas del Turno Nocturno.
<b>Total: 9 Enfermeras de la UCI</b>	<b>Total: 9 Enfermeras de la UCI</b>

Una vez asignadas las enfermeras, se les pidió su participación voluntaria en el estudio mediante una forma de consentimiento. Todas ellas estuvieron de acuerdo.

A continuación se presentan las características sociodemográficas que conforman el perfil de los grupos, en términos de frecuencia.

### A.1. CONTEXTO SOCIOCULTURAL.

El 100% de los sujetos de la muestra fueron mujeres; de las cuales en el grupo experimental un 33.33% tenían una edad entre 30 y 35 años, otro 33.33% de edad entre 36 y 40 años y el restante 33.34% un rango de edad de 41 a 50 años; mientras que en el grupo control el 44.44% de los sujetos tenía un rango de edad de 30 a 35 años, otro 22,2% de edad entre 36 y 40 años, de igual modo, un 22.2% de edad entre 41 y 50 años y el restante 11.2% un rango de edad de 51 a 55 años (*Figura 1*).



**Figura 1.** Edad promedio de las enfermeras de la UCI.

El Estado Civil de las enfermeras con mayor frecuencia (66.7%) fue el de casadas para el grupo experimental. Mientras que para el grupo control el 55.6% lo constituyeron las solteras (*Figura 2*).

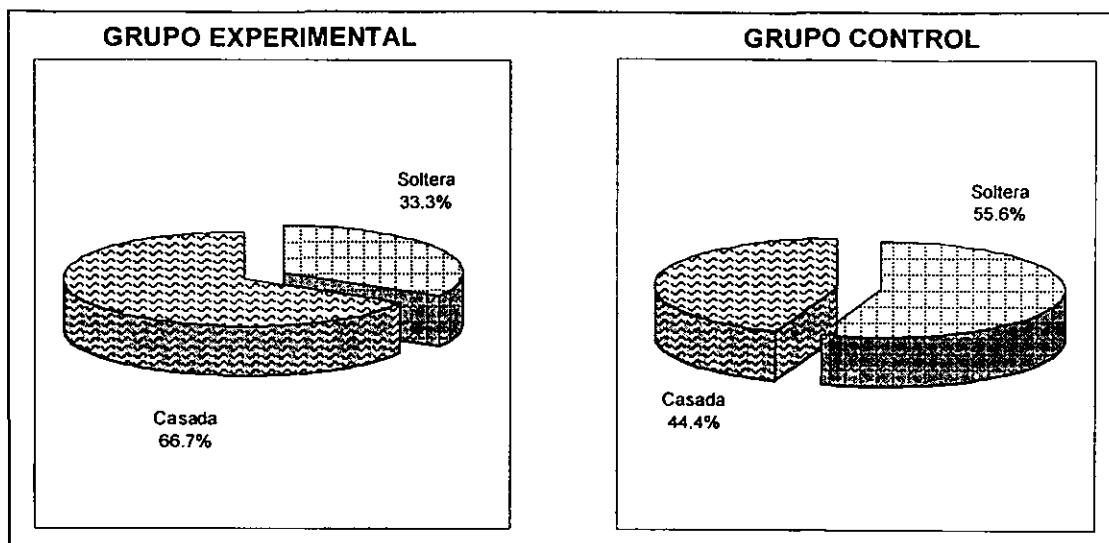


Figura 2. Estado civil de las enfermeras de la UCI.

## A.2. NIVEL EDUCATIVO.

Todos los sujetos de la muestra (100%) ocupan el puesto de enfermera especialista lo que implica haber cursado previamente la carrera de enfermera general.

En cuanto al número de cursos al que han asistido las enfermeras del grupo experimental un 44.4% han asistido en una ocasión, otro 33.4% en dos ocasiones y el restante 22.2% no asistieron a ningún curso durante los últimos seis meses. En lo que respecta al grupo control el 55.6% asistieron a un curso, otro 11.1% han asistido en dos ocasiones y el restante 33.3% no asistieron a ningún curso (Figura 3).

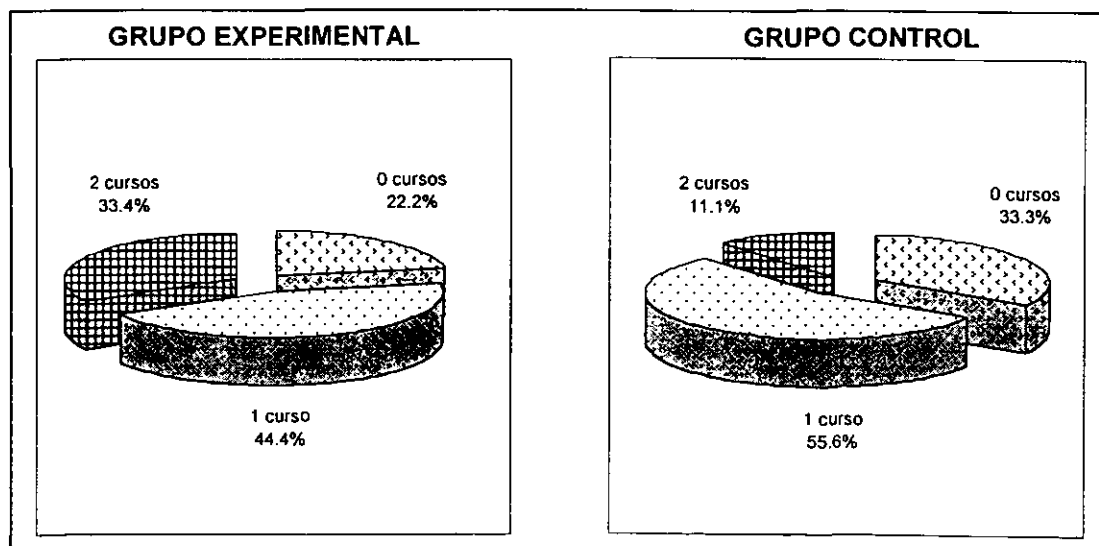
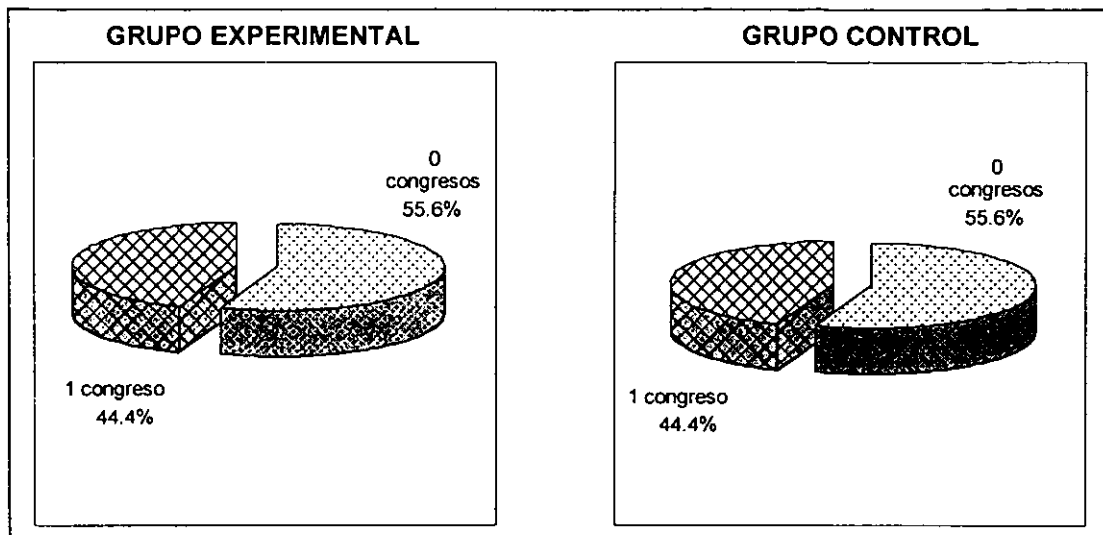
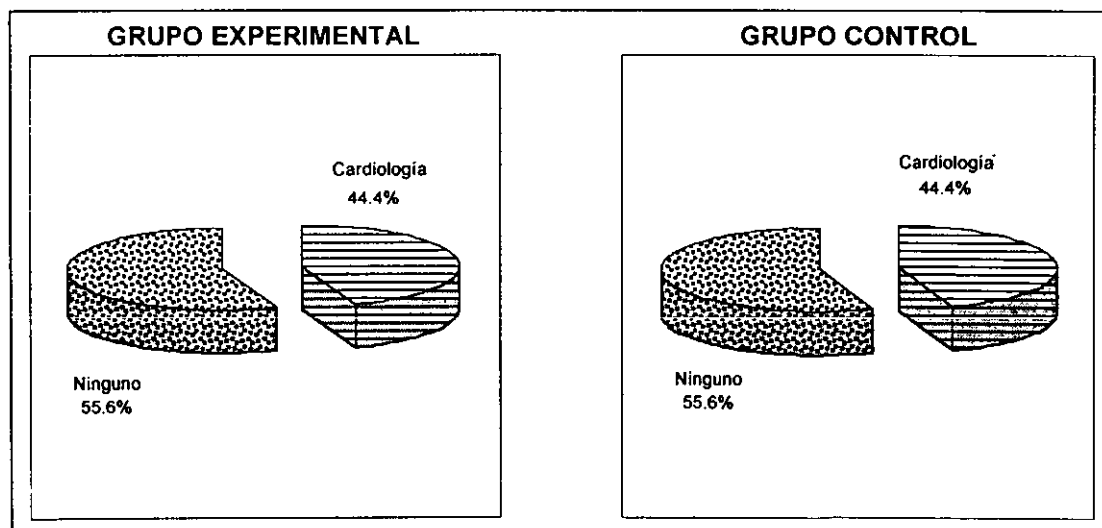


Figura 3. Número de cursos a los que ha asistido el personal de enfermería de la UCI.

En la *Figura 4* se muestra que el 55.6% de las enfermeras del grupo experimental no asistieron a ningún congreso en los últimos doce meses, el resto 44.4% solamente asistió en una ocasión. Los mismos porcentajes se observan en las enfermeras del grupo control. La temática predominante de los congresos a los que asistieron las enfermeras de ambos grupos fue la cardiología (*Figura 5*).



**Figura 4.** Asistencia del personal de enfermería de la UCI a congresos en los últimos doce meses.



**Figura 5.** Temática de los congresos a los que ha asistido el personal de enfermería de la UCI.

Para ambos grupos la asistencia a sesiones clínicas fue casi nula, ya que el 88.9% de las enfermeras del grupo experimental no acudió a ninguna. Con similares características (77.8%), las enfermeras del grupo control no acudieron a ninguna (*Figura 6*).

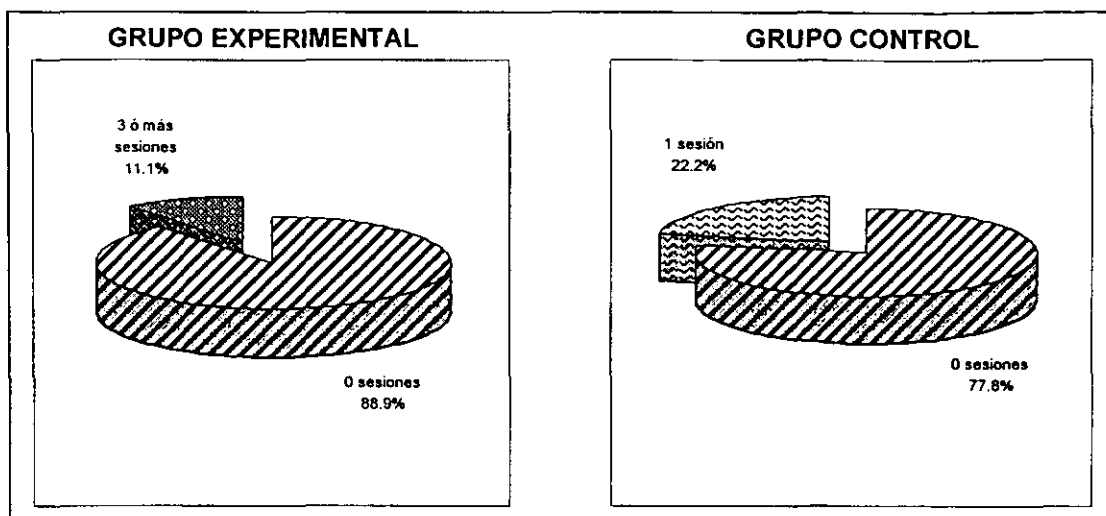


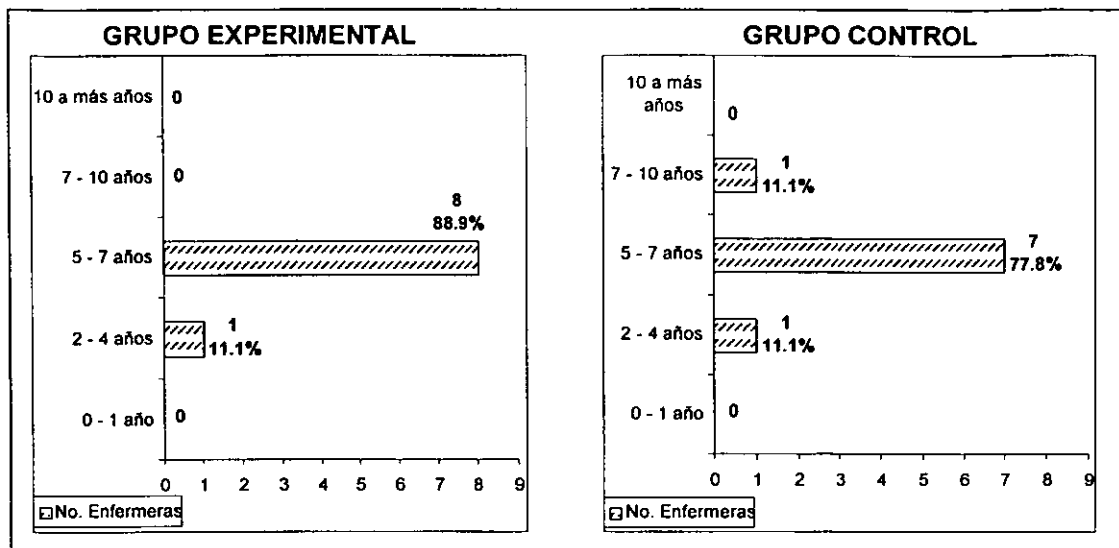
Figura 6. Asistencia del personal de enfermería de la UCI a sesiones clínicas en los últimos doce meses.

### A.3. EXPERIENCIA PROFESIONAL.

En la *Tabla 1*, se observa que el 66.7% de las enfermeras del grupo experimental tiene una experiencia profesional de 11 a 15 años, el resto, el 33.3% fue de 16 a 20 años. En lo que respecta al grupo control el 44.4% fue de 11 a 15 años, para el rango de 16 a 20 años se obtuvo el mismo porcentaje; el resto 11.2% fue para 20 o más años. Mientras que los años de experiencia laboral como especialistas en cuidados intensivos fue de 5 a 7 años (88.9%) para el grupo experimental y 77.8% para el grupo control (*Figura 7*).

Tabla 1. Experiencia profesional del personal de enfermería de la UCI.

GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO CONTROL		
Años de experiencia profesional	No. Enfermeras	%(porcentaje)	Años de experiencia profesional	No. Enfermeras	%(porcentaje)
5 - 7 años	0	0%	5 - 7 años	0	0%
8 - 10 años	0	0%	8 - 10 años	0	0%
11 - 15 años	6	66.7%	11 - 15 años	4	44.4%
16 - 20 años	3	33.3%	16 - 20 años	4	44.4%
20 ó más años	0	0%	20 ó más años	1	11.2%
Totales	9	100%	Totales	9	100%



**Figura 7.** Años de experiencia laboral del personal de enfermería de la UCI como especialista en cuidados intensivos.

## B. PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Los pacientes en estado crítico se caracterizan por sufrir problemas de salud reales y potenciales que ponen en peligro la vida y requieren de observación e intervención continua para prevenir complicaciones y recuperar la salud. Estos pacientes pueden provenir de cualquier servicio de hospital, con el único criterio de admisión constituido por la urgencia clínica del caso. Así, en el presente estudio, participaron 120 pacientes distribuidos en dos grupos, 60 en el grupo experimental y 60 para el control.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

*Criterios con los que se seleccionaron los pacientes:*

1. Pacientes gravemente enfermos con excelente potencial de recuperación total y que requieran constante respiración artificial, estricta vigilancia de signos vitales y asistencia intensiva.
2. Pacientes con enfermedad de gravedad intermedia o con problemas especiales.
3. Pacientes postoperatorios después de intervenciones mayores.



Con objeto de tener una mayor objetividad en la selección de los pacientes y poder cumplir con los criterios de selección antes mencionados se utilizó el sistema de puntuación "Acute Physiology, Age, Chronic Health Evaluation II" (APACHE II) diseñado para evaluar la gravedad de la enfermedad (Knaus 1991, 1993). El sistema toma tres parámetros principales: edad, un conjunto de doce variables fisiológicas y la condición previa de salud.

### 1. Ajuste por edad.

Si el paciente es menor de 44 años no suma puntos, o sea, que da un puntaje de cero, si se encuentra en el grupo de 45 a 54 años se suman dos puntos, para el rango de 55 – 64 años se suman tres puntos; de 65 a 74 años se suman cuatro puntos y para el grupo mayor a 75 años se suman seis puntos.

AÑOS	PUNTOS
44	0
45 – 54	2
55 – 64	3
65 – 74	4
75	6

### 2. Parámetros fisiológicos.

Generan un bosquejo del estado actual del paciente que padece una enfermedad que pone en peligro la vida. Se computa el peor valor obtenido durante las primeras 24 horas de estancia en una Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), con excepción de la Escala de Coma de Glasgow de la cual se obtiene la mejor puntuación de dichas 24 horas. En cada caso cada parámetro o variable aporta un máximo de cuatro puntos en las peores condiciones de inestabilidad y de cero puntos en condiciones estables cercanas a lo normal.

## PARÁMETROS FISIOLÓGICOS.

	RANGO ANORMAL ALTO					RANGO ANORMAL BAJO			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
1. Temperatura rectal (°C).	≥ 41°	39° - 40.9°		38.5° - 38.9°	36° - 38.4°	34° - 35.9°	32° - 33.9°	30° - 31.9°	≤ 29.9°
2. Tensión arterial media (mmHg).	≥ 160	130 - 159	110 - 129		70 - 109		50 - 69		≤ 49
3. Frecuencia cardiaca.	≥ 180	140 - 179	110 - 139		70 - 109		55 - 69	40 - 54	≤ 39
4. Frecuencia respiratoria.	≥ 50	35 - 49		25 - 34	12 - 24	10 - 11	6 - 9		≤ 5
5. Oxigenación arterial, PaO <sub>2</sub> (mmHg). Gases arteriales. a) FiO <sub>2</sub> ≥ 0.5 b) FiO <sub>2</sub> < 0.5	≥ 500	350 - 499	200 - 349		< 200 PO <sub>2</sub> > 70	PO <sub>2</sub> 61 - 70		PO <sub>2</sub> 55 - 60	PO <sub>2</sub> < 55
6. pH arterial y HCO <sub>3</sub> sérico venoso (mMol/L).	≥ 7.7	7.6 - 7.69		7.5 - 7.59	7.33 - 7.49		7.25 - 7.32	7.15 - 7.24	≤ 7.15
7. Sodio sérico (mMol/L).	≥ 180	160 - 179	155 - 159	150 - 154	130 - 149		120 - 129	111 - 119	≤ 110
8. Potasio sérico (mMol/L).	≥ 7	6 - 6.9		5.5 - 5.9	3.5 - 5.4	3 - 3.4	2.5 - 2.9		≤ 2.5
9. Creatinina sérica (mg/100ml). Puntualizar doble con insuficiencia renal aguda.	≥ 3.5	2 - 3.4	1.5 - 1.9		0.6 - 1.4		< 0.6		
10. Hematócrito (%).	≥ 60		50 - 59.9	46 - 49.9	30 - 45.9		20 - 29.9		< 20
11. Fórmula blanca (mm <sup>3</sup> ), en 1000's.	≥ 40		20 - 39.9	15 - 19.9	3 - 14.9		1 - 2.9		< 1
12. Escala de Glasgow de Coma.									

### 3. Condición previa de salud.

*Se suman puntos si el paciente tiene los siguientes antecedentes:*

- a) Biopsia demostrativa de cirrosis.
- b) Clave IV de la New York Heart Association (NYHA).
- c) Enfisema pulmonar obstructivo crónico (EPOC), es decir, con hipercapnia, dependencia de oxígeno e hipertensión arterial.
- d) Diálisis crónica.
- e) Inmunocompromiso.

En presencia de alguno de estos antecedentes se suman dos puntos para cirugía electiva o para pacientes no quirúrgicos o se añaden cinco puntos para cirugía de urgencia. Una vez generado el puntaje y posteriormente clasificada la gravedad del estado se suman los tres parámetros: la edad, la serie fisiológica y la condición previa de salud.

Para el presente estudio se seleccionaron los pacientes con un puntaje < 27 puntos, en virtud de que supone un 50% de sobrevida dentro de este sistema de evaluación. Así, su aplicación permite el conocimiento inicial sencillo, rápido y con un nivel alto de confiabilidad las posibilidades reales de beneficio a un paciente en la UCI. La conformación de la muestra, por tanto, se realizó por muestreo intencionado, seleccionándose los pacientes que arrojaron un valor APACHE igual o menor a 27 puntos durante el periodo que duró la recolección de datos, durante 18 meses.

Cabe señalar que la utilización del sistema de evaluación APACHE II, contribuyó a la homogeneidad de los puntajes para los grupos experimental y control. Que a su vez, estaban a cargo de los grupos de enfermeras de la UCI. Esto con la finalidad, de poder contar con información que permitiera evaluar posteriormente los cambios observados en la recuperación de la salud durante las fases de intervención y no intervención respectivamente.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

1. Postoperados de injertos de bypass coronario.
2. Pacientes de paro cardiorespiratorio habiendo ingresado a consecuencia de ello a la UCI.
3. Pacientes con quemaduras de tercer grado.
4. Pacientes que no completen 24 horas de estancia mínima en la UCI.
5. Pacientes de reingreso a la UCI en por lo menos otra ocasión.
6. Pacientes cuyos exámenes no estén completos para su clasificación en el sistema APACHE II.
7. Pacientes que, dentro del diagnóstico, médico y de enfermería se tenga incertidumbre parcial o total dentro de las posibilidades de recuperación con valores sospechados iguales o mayores a 35 en APACHE II o que se encuentren en fase agónica de un estado terminal.

A continuación, se presentan las características sociodemográficas que conforman el perfil de los grupos, en términos de frecuencia.

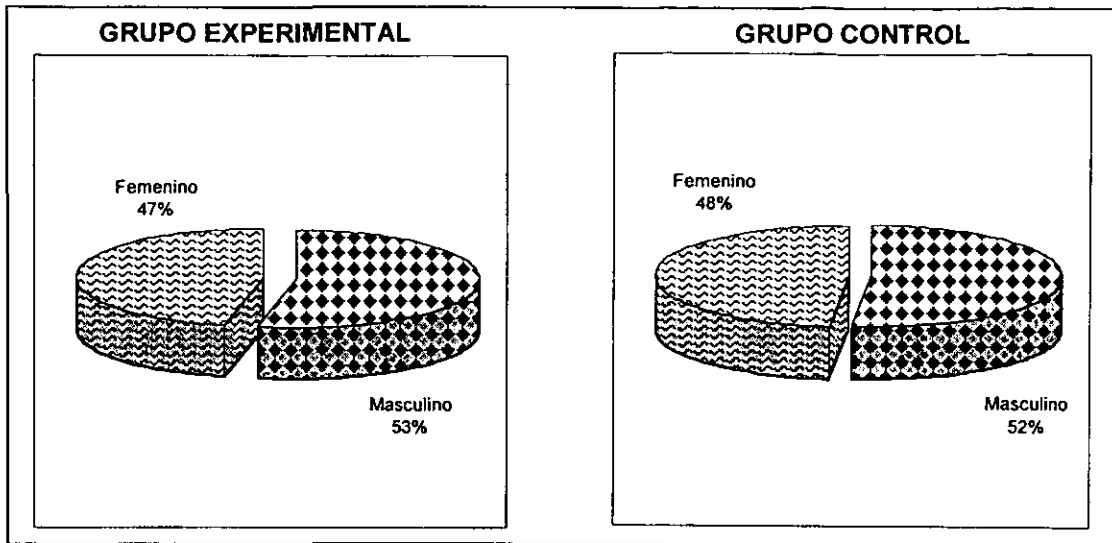
### B.1 CONTEXTO SOCIOCULTURAL.

En la *Tabla 2* se observan las diferencias de las edades de los pacientes. En el Grupo experimental un 25% tenía una edad entre 31 a 40 años, 23% entre 41 Y 50 años, un 20% dentro del rango de 51 a 60 años, un 15% con una edad de 71 a más años. Mientras que en el grupo control el 25% de los pacientes tenía una edad entre 51 a 60 años, otro 23% entre 41 a 50 años, un 20% dentro del rango de 31 a 40 años, otro 12% entre 61 a 70 años.

**Tabla 2. Edad de los pacientes de la UCI.**

GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO CONTROL		
Rango de edad	No. de pacientes	% (porcentaje)	Rango de edad	No. de pacientes	% (porcentaje)
16 - 20 años	1	2%	16 - 20 años	2	3%
21 -30 años	4	7%	21 -30 años	3	5%
31 - 40 años	15	25%	31 - 40 años	12	20%
41 - 50 años	14	23%	41 - 50 años	14	23%
51 - 60 años	12	20%	51 - 60 años	15	25%
61 - 70 años	5	8%	61 - 70 años	7	12%
71 a más años	9	15%	71 a más años	7	12%
TOTALES:	60	100%	TOTALES:	60	100%

En lo que se refiere al sexo, el 53% de los sujetos del grupo experimental fueron hombres y para el grupo control 52% de pacientes del sexo masculino (*Figura 8*).



*Figura 8.* Sexo de los pacientes de la UCI.

En la *Tabla 3*, donde se muestra el estado civil de los sujetos, se observa que el 73% en ambos grupos están casados. La ocupación de los sujetos del grupo experimental, la mayoría se dedican a las labores del hogar al igual que el grupo control con un 23% para ambos (*Figura 9*).

*Tabla 3.* Estado civil de los pacientes de la UCI.

GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO CONTROL		
Estado civil	No. de pacientes	% (porcentaje)	Estado civil	No. de pacientes	% (porcentaje)
Casado	44	73%	Casado	44	73%
Soltero	4	7%	Soltero	5	8%
Viudo	6	10%	Viudo	6	10%
Divorciado	3	5%	Divorciado	2	4%
Unión libre	3	5%	Unión libre	3	5%
TOTALES:	60	100%	TOTALES:	60	100%

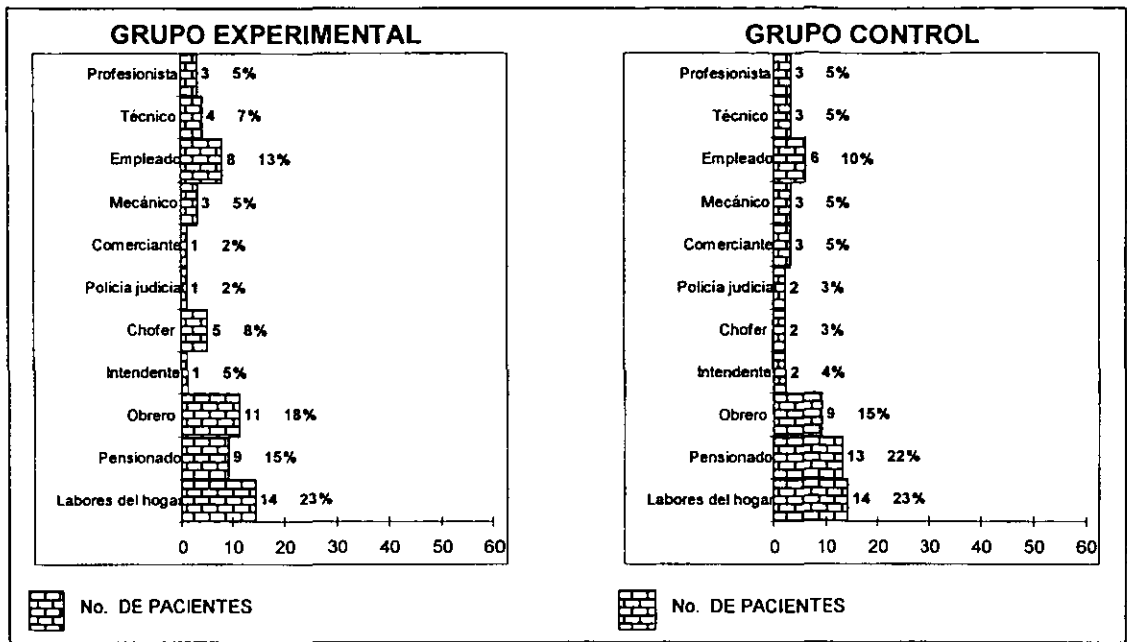


Figura 9. Ocupación de los pacientes de la UCI.

En su mayoría los sujetos tanto del grupo experimental como del control terminaron la primaria, siendo para los primeros 40% y para los segundos el 35% (Figura 10). La mayoría de los sujetos que participaron en la investigación profesan la religión católica con 88% para ambos grupos.

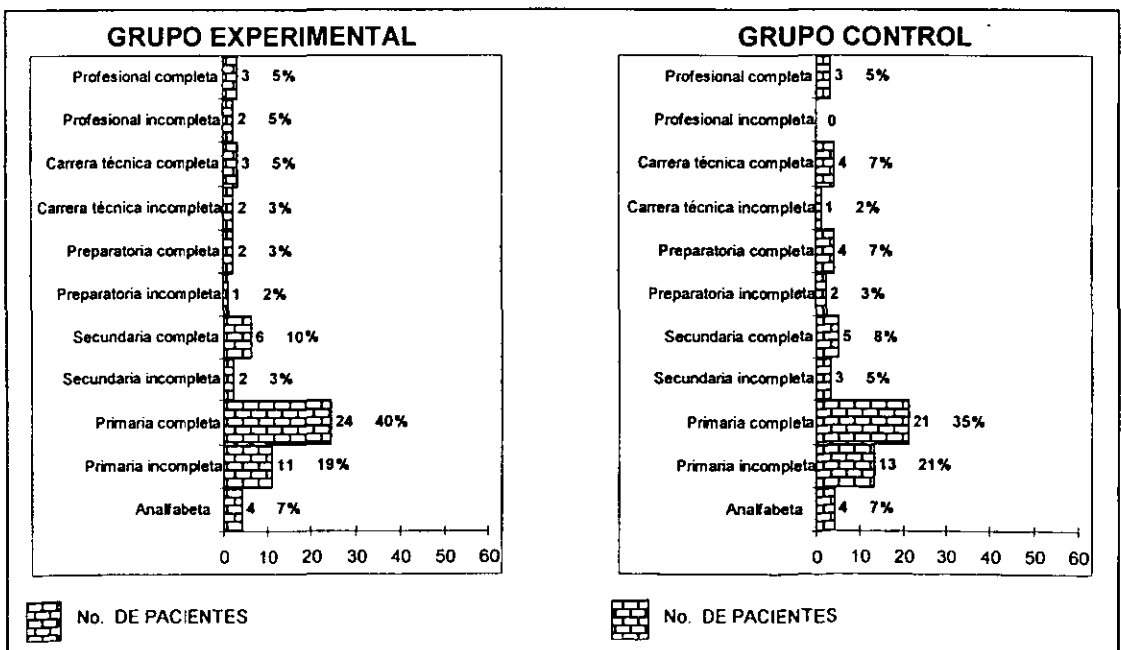


Figura 10. Nivel de escolaridad de los pacientes de la UCI.

## B.2 VIVIENDA.

El 73% de los pacientes del grupo experimental cuentan con casa propia, lo mismo que el 80% de los pacientes del grupo control. Dicha propiedad en su mayoría es de tipo individual para los dos grupos (82% y 81% respectivamente) (Figuras 11 y 12).

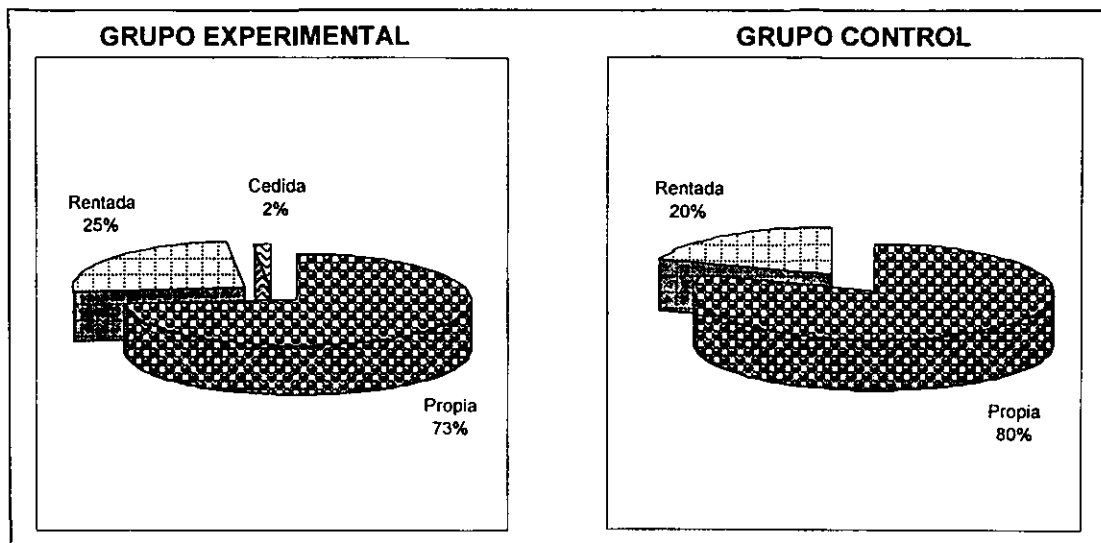


Figura 11. Tenencia de la vivienda de los pacientes de la UCI.

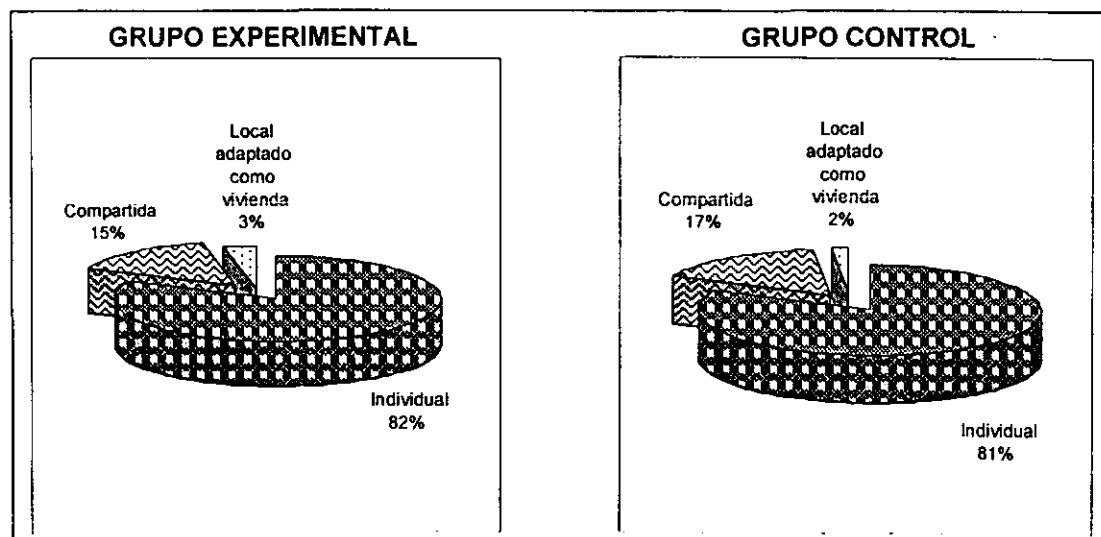


Figura 12. Tipo de vivienda de los pacientes de la UCI.

El material de construcción de éstas viviendas es de ladrillo, bloque, etc., para ambos grupos (90% para el grupo experimental y 93% para el grupo control). El número de cuartos por vivienda osciló de 1 a 5, encontrándose la mayor frecuencia en el rango de 3 a 4 cuartos (58% en el grupo experimental y 65% en el grupo control).

El 88% de las viviendas de los sujetos del grupo experimental y el 92% de los sujetos del grupo control cuenta con servicios básicos como agua, drenaje, luz, baño, teléfono, alumbrado público y pavimentación; refrigerador, televisión. (Figura 13).

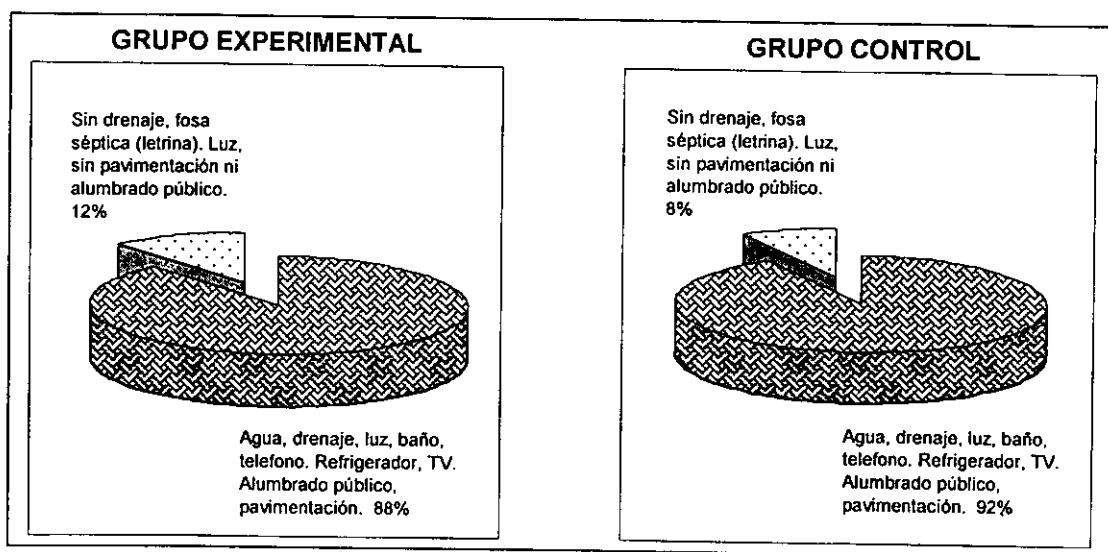


Figura 13. Servicios básicos con los que cuentan las viviendas de los pacientes de la UCI.

### B.3 ALIMENTACIÓN.

Considerando los hábitos alimenticios de los sujetos, se encontró que el 48% de los pacientes del grupo experimental llevan una mala dieta en calidad y cantidad y los del grupo control también tienen una inadecuada dieta en cantidad y calidad pero en un mayor porcentaje (52%) (Figura 14).



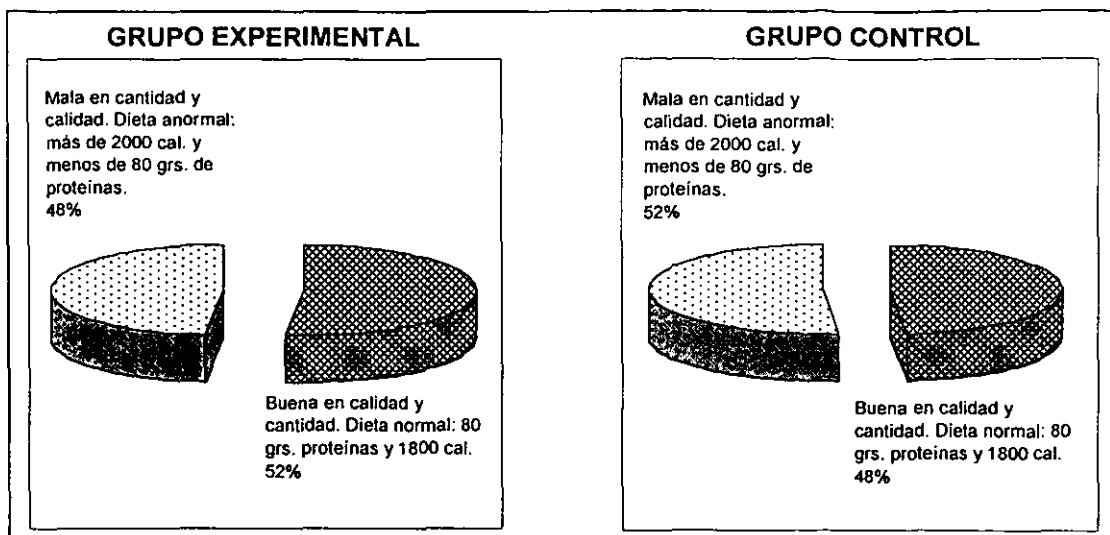


Figura 14. Hábitos alimenticios (Dieta) de los pacientes de la UCI.

#### B.4 HÁBITOS HIGIÉNICOS.

El 33% de los sujetos del grupo experimental se bañan cada tercer día, de igual modo un 33% lo hacen diario, otro 25% cada semana; mientras que en el grupo control el 44% se bañan cada tercer día, un 33% lo hacen diario y un 18% cada semana (Figura 15).

En lo que respecta al lavado de manos, el 60% de los pacientes del primer grupo y el 68% del segundo se lavan las manos antes de comer y después de ir al baño.

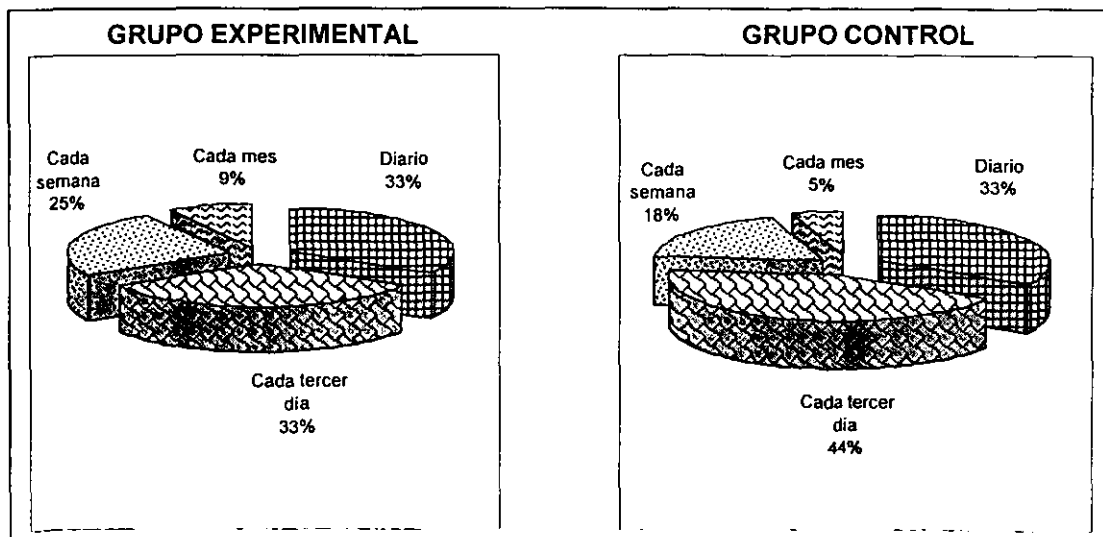


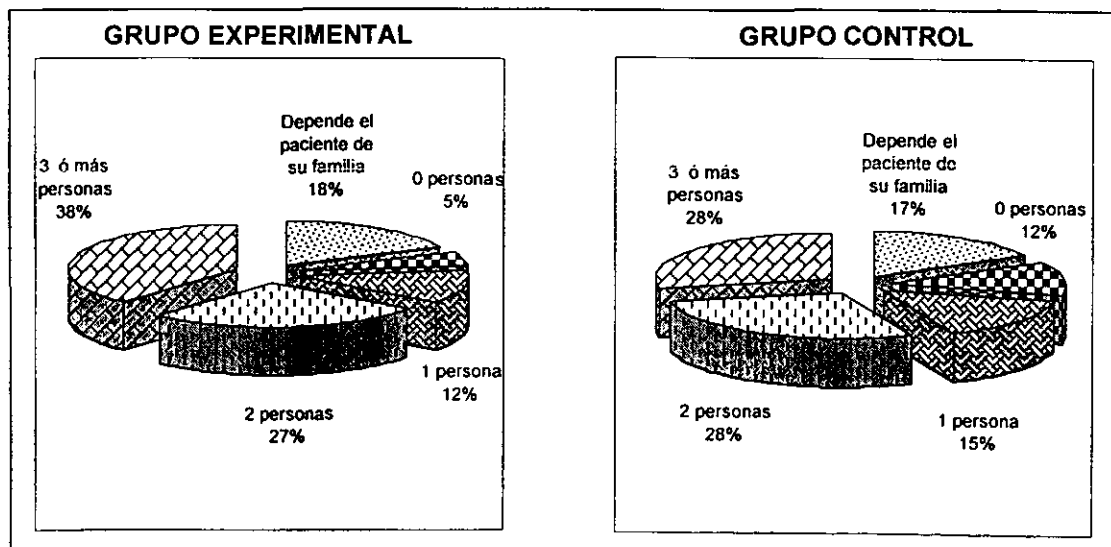
Figura 15. Hábitos higiénicos (Baño) de los pacientes de la UCI.

## B.5 INGRESO MENSUAL.

La *Tabla 4*, indica que el porcentaje mayor de los pacientes del grupo experimental y control perciben dos salarios mínimos al mes (34% y 29% respectivamente). En cuanto al número de personas que dependen económicamente de los pacientes se encontró que el 38% de los sujetos del grupo experimental sostiene a 3 o más personas y el 28% de los pacientes del grupo control sostienen a 2 personas (*Figura 16*).

**Tabla 4.** Ingreso mensual de los pacientes de la UCI.

GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO CONTROL		
SALARIO	No. de pacientes	% (porcentaje)	SALARIO	No. de pacientes	% (porcentaje)
0 salarios	10	17%	0 salarios	7	12%
1 salario	2	3%	1 salario	2	3%
2 salarios	20	34%	2 salarios	17	29%
3 salarios	5	8%	3 salarios	14	23%
4 salarios	6	10%	4 salarios	9	15%
5 a más salarios	17	28%	5 a más salarios	11	18%
TOTALES:	60	100%	TOTALES:	60	100%



**Figura 16.** Número de personas que dependen económicamente del paciente de la UCI.

## B.6 ENFERMEDADES ANTERIORES.

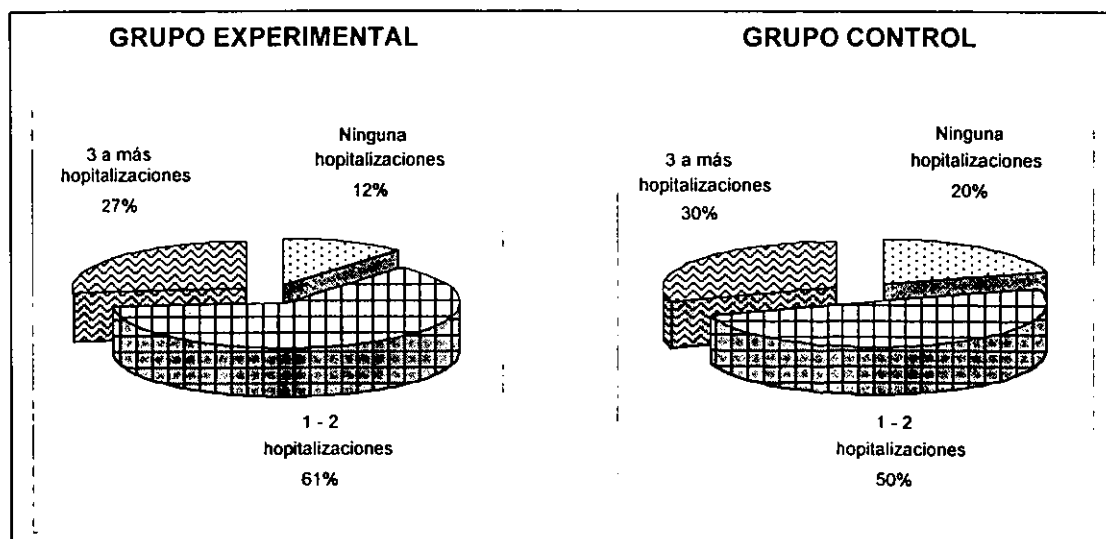
En la *Tabla 5*, se aprecia que tanto para el grupo control como para el grupo experimental en su mayoría los pacientes han sido intervenidos quirúrgicamente (29% para el experimental y 25% para el control).

En cuanto a las hospitalizaciones previas el 61% de los sujetos del grupo experimental contaban con 1 o 2, y el 50% de los del grupo control también (*Figura 17*).

En lo referente al padecimiento actual el 15% de los sujetos del grupo experimental fue el dolor precordial y la dificultad para respirar con un 13%, siendo estas categorías con mayor frecuencia; de igual modo, los mismos padecimientos fueron los de mayor porcentaje para los sujetos del grupo control (18% y 13% respectivamente) (*Figura 18 y Figura 19*).

**Tabla 5. Enfermedades anteriores de los pacientes de la UCI.**

GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO CONTROL		
Enfermedades anteriores	No. de pacientes	% (porcentaje)	Enfermedades anteriores	No. de pacientes	% (porcentaje)
Enfermedades renales	0	0%	Enfermedades renales	0	0%
Intervenciones quirúrgicas	17	29%	Intervenciones quirúrgicas	15	25%
Enfermedades crónico-degenerativas	8	13%	Enfermedades crónico-degenerativas	8	13%
Enfermedades cardiovasculares	12	20%	Enfermedades cardiovasculares	11	18%
Enfermedades respiratorias	8	13%	Enfermedades respiratorias	7	12%
Enfermedades del aparato digestivo	4	7%	Enfermedades del aparato digestivo	4	7%
Enfermedades músculo-esqueléticas	1	2%	Enfermedades músculo-esqueléticas	1	2%
Enfermedades neurológicas	2	3%	Enfermedades neurológicas	3	5%
Ninguna	8	13%	Ninguna	11	18%
TOTALES:	60	100%	TOTALES:	60	100%



**Figura 17. Hospitalizaciones previas de los pacientes de la UCI.**

## GRUPO EXPERIMENTAL

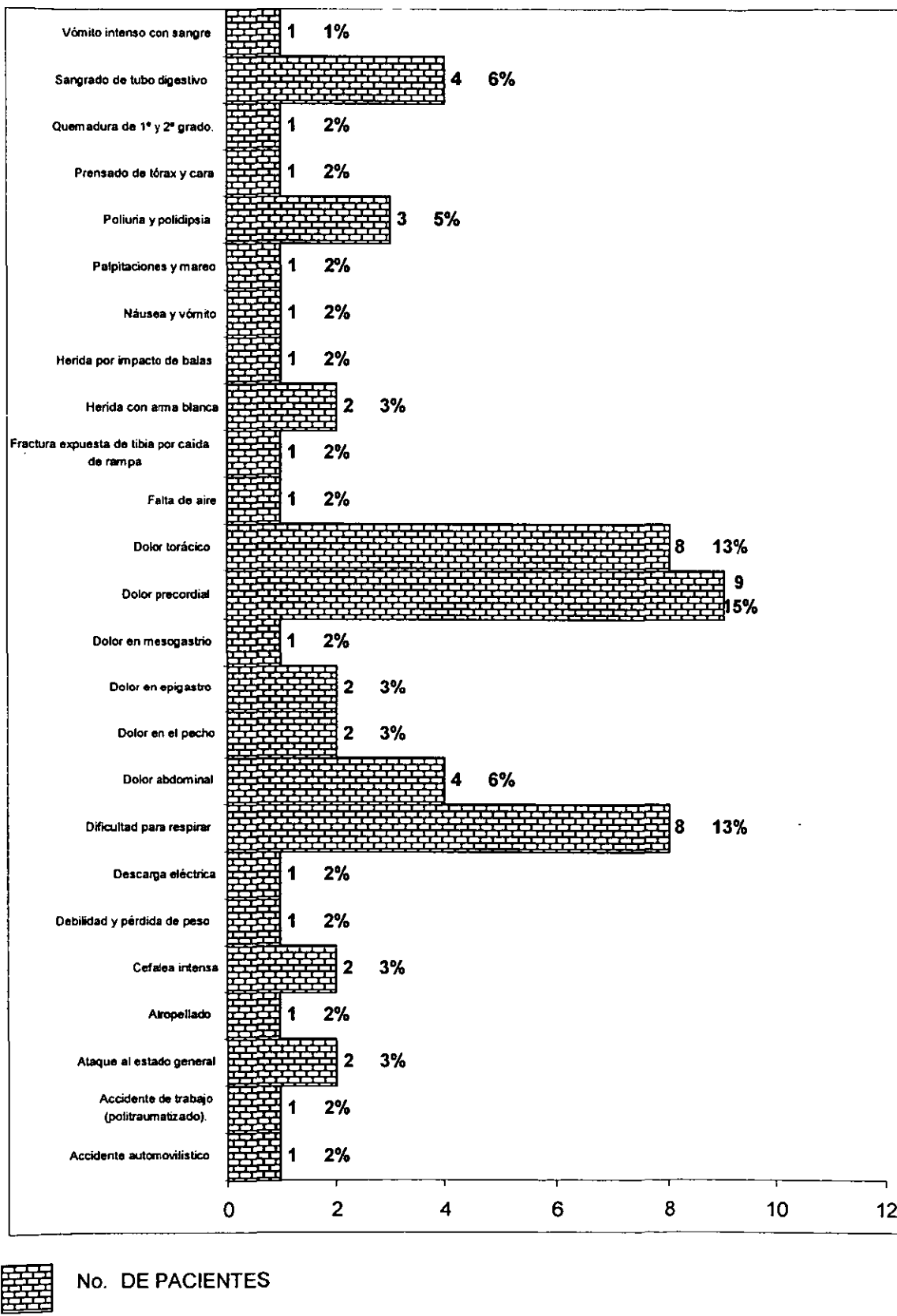
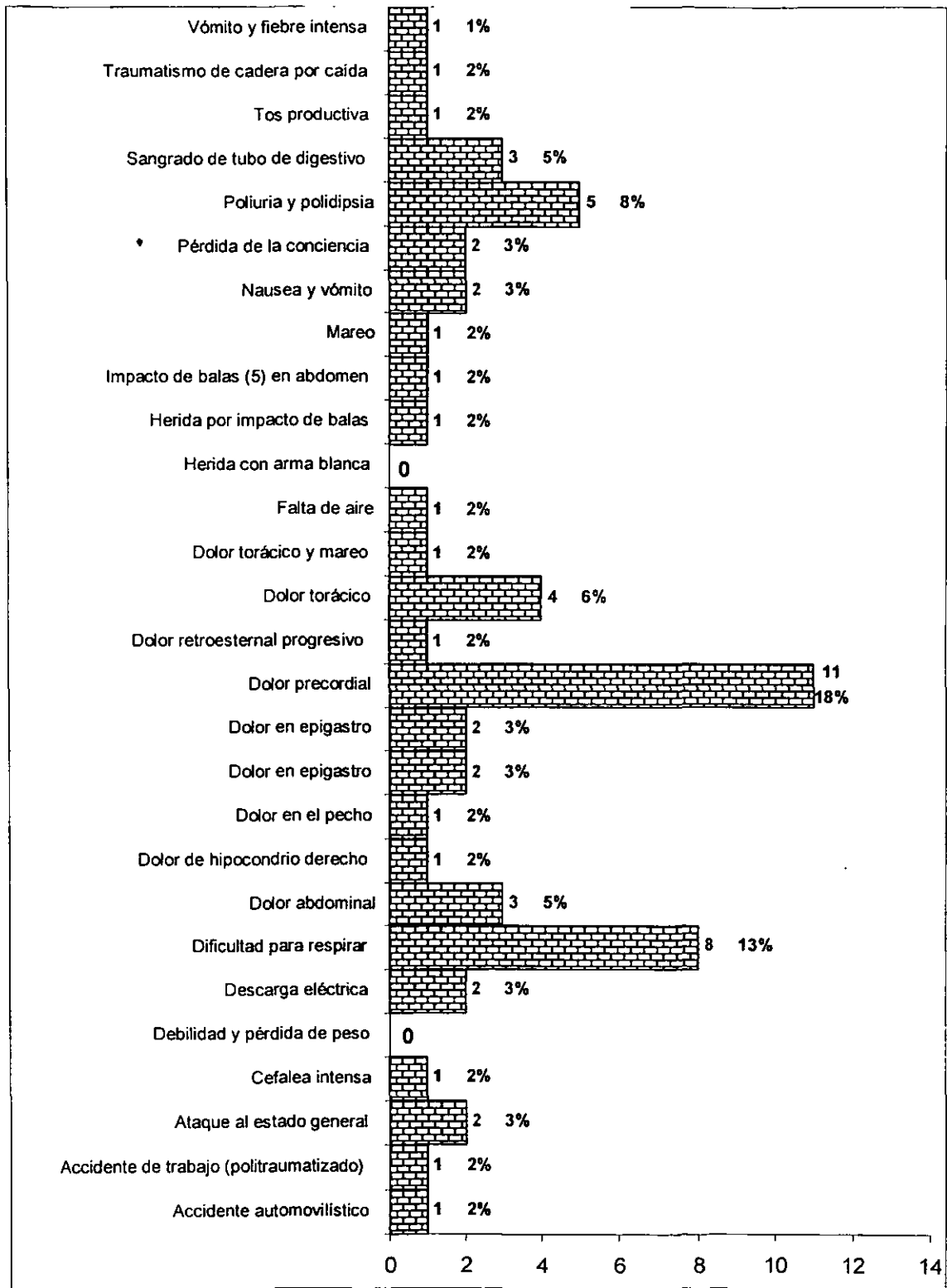


Figura 18. Padecimiento actual de los pacientes de la UCI.

## GRUPO CONTROL



No. DE PACIENTES

Figura 19. Padecimiento actual de los pacientes de la UCI.

## B.7 EXPERIENCIAS ANTERIORES CON LA ENFERMEDAD.

Como se observa en la *Tabla 6*, el 32% de los pacientes del grupo experimental habían experimentado dolor; de igual modo, esta categoría fue para el grupo control la de mayor porcentaje (27%).

**Tabla 6.** Experiencias anteriores con la enfermedad de los pacientes de la UCI.

GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO CONTROL		
Experiencias anteriores	No. de pacientes	% (porcentaje)	Experiencias anteriores	No. de pacientes	% (porcentaje)
Ninguna	13	22%	Ninguna	11	18%
Dolor	19	32%	Dolor	16	27%
Depresión por el padecimiento	8	13%	Depresión por el padecimiento	10	17%
Nauseas y vómito	1	2%	Nauseas y vómito	2	3%
Dificultad de movimiento	2	3%	Dificultad de movimiento	2	3%
Cansancio	5	8%	Cansancio	4	7%
Falta de aire	6	10%	Falta de aire	8	13%
Debilidad	2	3%	Debilidad	3	5%
Ansiedad	4	7%	Ansiedad	4	7%
TOTALES:	60	100%	TOTALES:	60	100%

## B.8 VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DE EXPRESIÓN.

Se encontraron en ambos grupos, porcentajes elevados en todas las valoraciones de la capacidad de expresión, siendo además muy similares los porcentajes entre los grupos. De esta forma se obtuvieron porcentajes del 100% en las valoraciones de Glasgow (arriba de 9 - 11 o más) y en la respuesta a estímulos verbales; también con porcentajes entre 93% y 98% las categorías de autoexpresión y participación con el personal de salud (*Figura 20*).

## B.9 DIAGNÓSTICO MÉDICO.

Entre los padecimientos diagnosticados por los médicos, los más frecuentes tanto para el grupo experimental como para el control fueron la Laparotomía Exploratoria (15% para el grupo experimental y 14% para el grupo control) y el Infarto Agudo del Miocardio (15% y 14% respectivamente) (*Figura 21* y *Figura 22*).

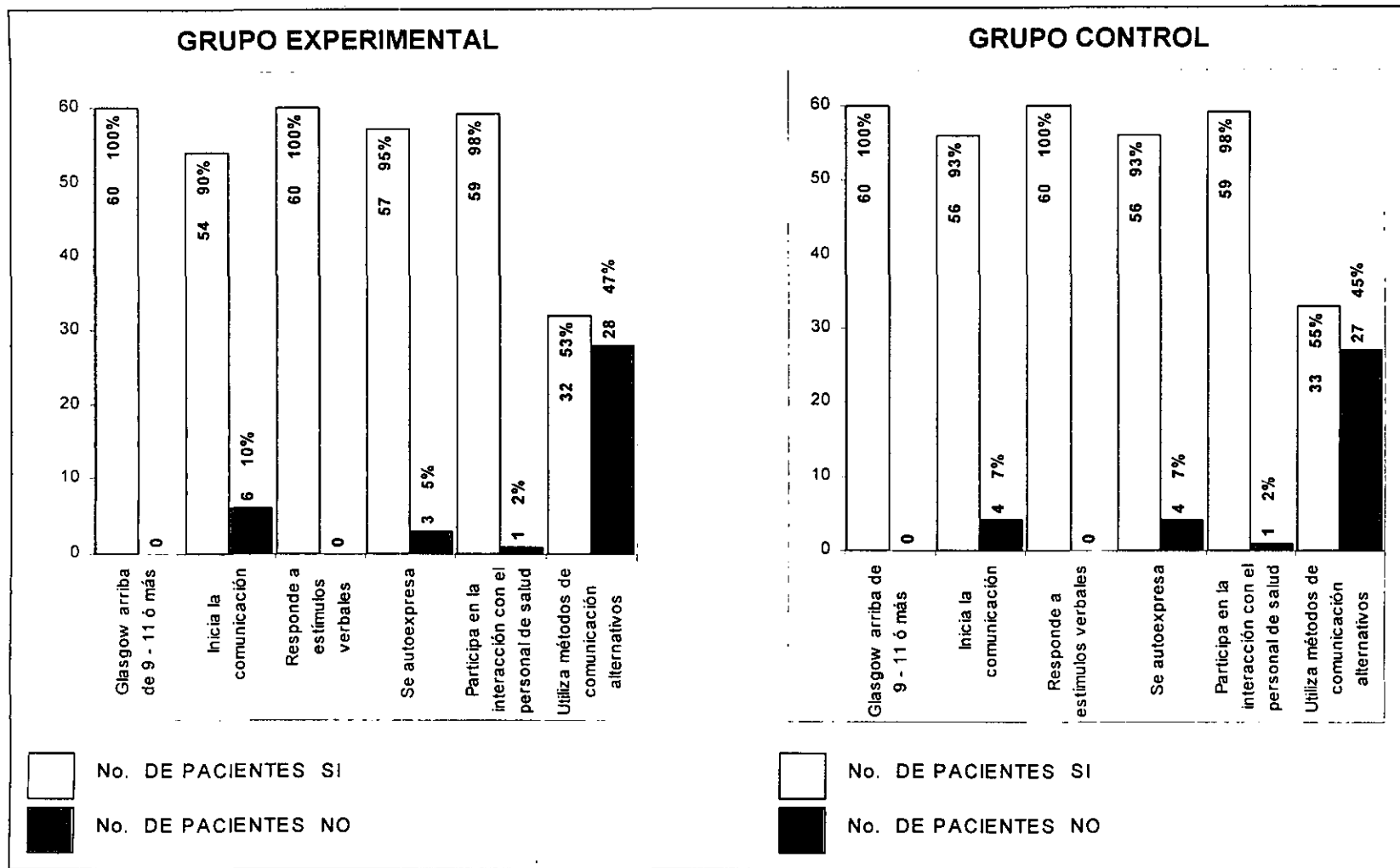


Figura 20. Valoración de la capacidad de expresión de los pacientes de la UCI.

### GRUPO EXPERIMENTAL

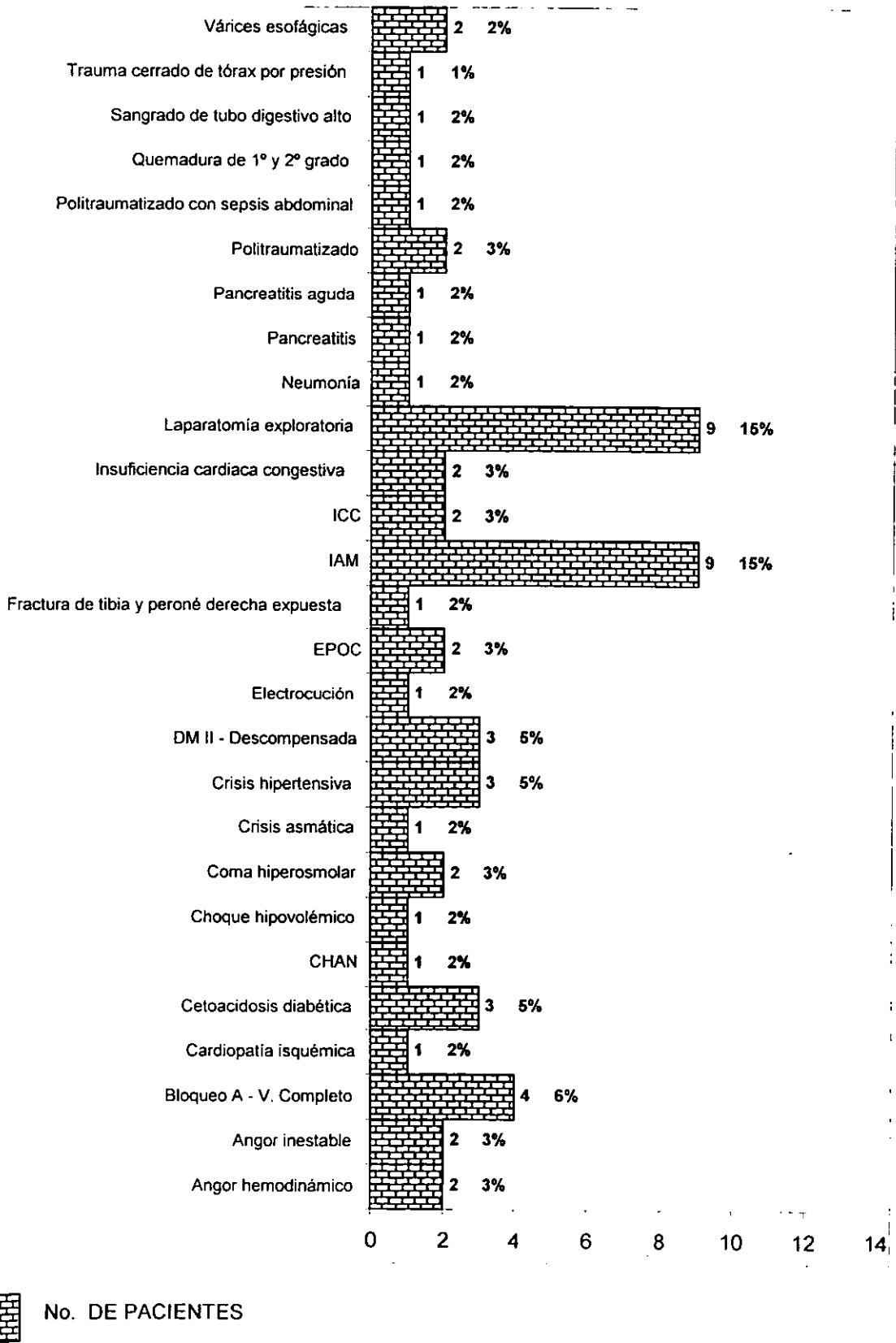


Figura 21. Diagnóstico médico de los pacientes de la UCI.



### GRUPO CONTROL

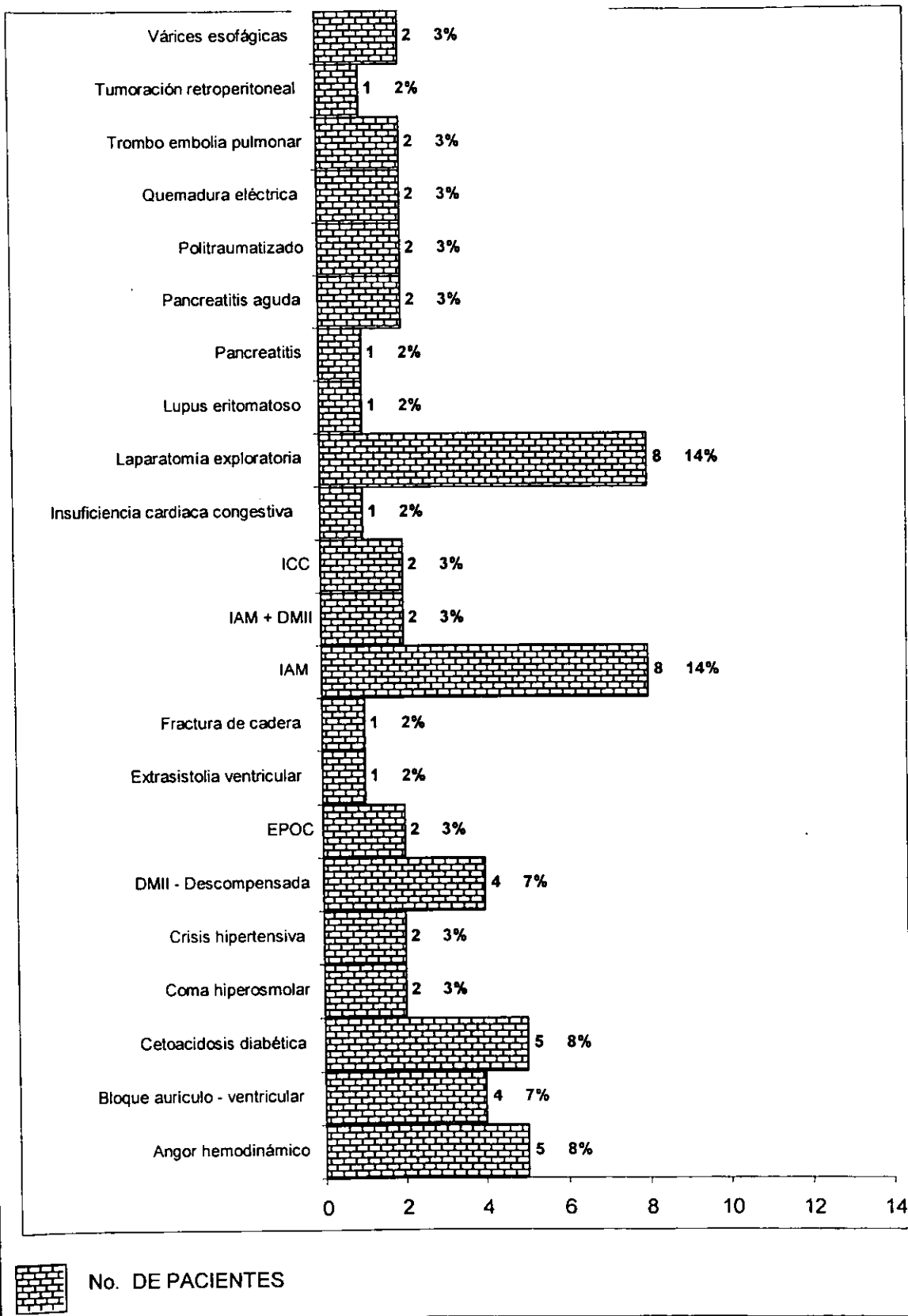
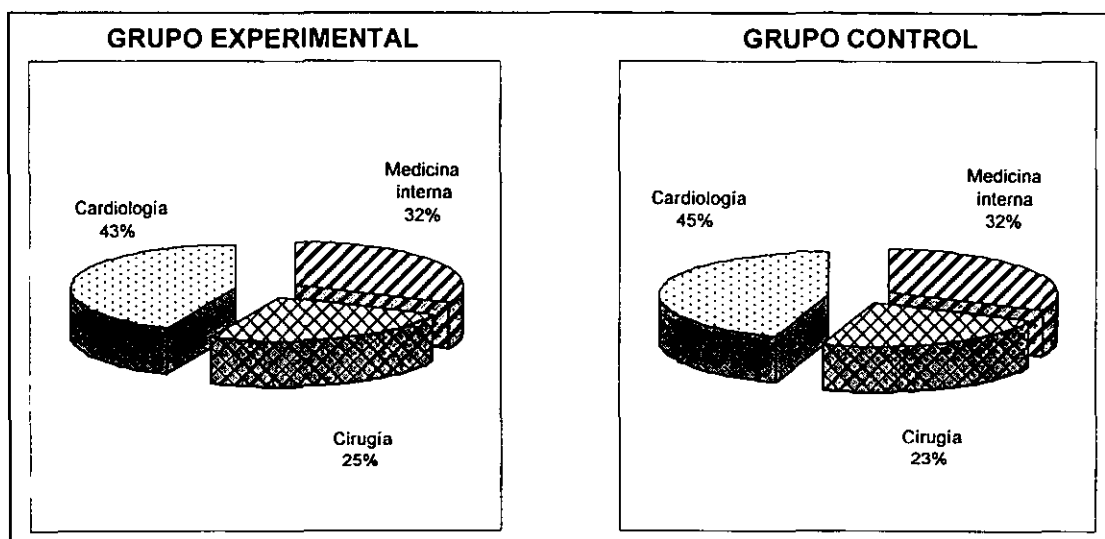


Figura 22. Diagnóstico médico de los pacientes de la UCI.

## B.10 SERVICIO MÉDICO ESPECIALIZADO.

Finalmente, en lo que respecta al servicio médico especializado al que estaban a cargo los pacientes de la UCI, se observa que para el grupo experimental el 43% estuvo a cargo de cardiología, un 32% a Medicina Interna y el restante 25% a cargo del servicio de Cirugía; también para el grupo control se encontraron porcentajes similares, un 45% a cargo de Cardiología, 32% Medicina Interna y el restante 23% correspondió a Cirugía (*Figura 23*).



**Figura 23.** Servicio médico especializado al que estuvieron a cargo los pacientes de la UCI.

### III. ESCENARIO.

---

El presente estudio se llevó a cabo en un Hospital General del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de San Luis Potosí; que por sus características físicas, tecnológicas, presupuestarias, de servicios y de recursos en general, etc. son el prototipo de la generalidad de los hospitales de segundo nivel de atención dentro del Sector Salud de nuestro país.

Tomando como referencia al Hospital General "Dr. Francisco Padrón Puyou" del INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Por su localización geográfica es un Hospital Urbano; por el número de camas con las que cuenta es mediano (150 camas censables); por el promedio días – estancia de los pacientes atienden casos tanto agudos como crónicos; por su dependencia es un Hospital Gubernamental. Lleva a cabo las funciones de: Prevención, Curación, Rehabilitación, Docencia e Investigación, contando con el Servicio de Hospitalización de Cuidado Intensivo, el cual cuenta con 12 camas. En este tipo de servicio, se atienden enfermos en estado tanto agudo como crónico o potencialmente críticos, que en algunos casos son incapaces de expresar sus necesidades o que por otras causas requieren de servicios médicos y de enfermería continuos así como observación permanente. Estos enfermos se confían a la atención constante de personal con amplia destreza, formación y experiencia. Los promedios días – estancia de los pacientes son de siete a quince días dependiendo de su pronóstico para la vida y la función.

Además, el servicio de la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), proporciona atención a un grupo de población adulta derechohabiente, donde suele haber un alto riesgo en la atención de acuerdo al estado mórbido del paciente. Sus principales funciones son: la curación y la rehabilitación. Entre la morbilidad más frecuente dentro del servicio, se encuentra: Infarto Agudo del Miocardio, Disrritmias Cardiacas, Enfermedad Vascular Cerebral, Diabetes Mellitus con Cetoacidosis, Cirrosis Hepática en sus Diversas Modalidades, Enfisema Pulmonar Obstructivo Crónico, Sepsis, Pancreatitis, Insuficiencia Renal Crónica, Traumatismo Cráneo Encefálico, Politraumatizados, Abdomen Agudo, Neumonías, Complicaciones de Cirugía Digestiva, Torácica, Neurológica, Ortopédica, etc., Peritonitis, Hemorragias de Tubo Digestivo Alto y Bajo, Angina de Pecho, Embolia Pulmonar; dentro de las más sobresalientes.

El equipo de salud que trabaja en dicha unidad, se enfrenta ante problemas y necesidades que requieren la comprensión, paciencia y apoyo mutuo. Así mismo, los problemas humanos que inevitablemente se originan en situaciones en las que varias personas se hayan íntimamente implicadas en el cuidado de pacientes en estado crítico, requieren de una gran capacidad para proporcionar las directrices necesarias para su resolución. La tensión y la ansiedad son factores siempre presentes en los pacientes, en sus familias y en el personal de la Unidad, siendo necesario la aceptación de dichas emociones, como reacciones normales ante el estrés.

Así, la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), requiere de los esfuerzos combinados de diversas personas con conocimientos varios y especializados y, entre éstos, la enfermera es una persona muy importante en el marco del equipo de la Unidad, ya que sus acciones están encaminadas a asegurar cuidados óptimos a dichos enfermos. Los pacientes que requieren una prolongada estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo acaban por depender considerablemente de las enfermeras. Siendo estas profesionales las que pasan más tiempo atendiendo las necesidades psicológicas y fisiológicas del paciente que ningún otro miembro del equipo de la Unidad de Cuidado Intensivo. Sin duda, la enfermera es la persona más importante de los que colaboran en dicha unidad, ya que al aceptar la responsabilidad del cuidado del paciente, aprende a observar las sutiles variaciones de los enfermos encomendados a su cuidado, permitiéndole observar más allá de las mediciones técnicas de las funciones vitales; lo cual ocupa una considerable porción de su tiempo. Así detecta sucesos que sugieren un importante empeoramiento o mejoría del paciente; a la vez, sus indicaciones y comentarios hacia los demás miembros del equipo de salud (principalmente médicos), suelen ser fundamentales para ayudar a la retroalimentación en la asistencia del enfermo. Por la especial intensidad de su relación con el paciente, su papel resulta vital para la propia supervivencia de cualquier persona extremadamente enferma.

Dicho Hospital, cuenta con el servicio o departamento de enfermería, el cual forma parte de la institución médica sanitaria o asistencial, que presta servicios de alta calidad al paciente, a la familia y a la comunidad; *las características de este departamento son:*

- Presta servicio las 24 horas del día durante los 365 días del año.
- Conformar la mayor parte del personal total del hospital.

- Absorbe un alto presupuesto.
- Integra las acciones del equipo de salud en la atención del paciente.

Dentro de su organización y Funcionamiento, por lo general utilizan el modelo lineal, donde el puesto de más alto rango del Departamento de Enfermería es el de Jefe de Enfermeras, que cumple funciones de dirección del personal. Cuenta además con un Jefe de Enseñanza de Enfermería, que por lo general suele ubicarse a nivel staff en coordinación con la Jefe de Enfermeras y con la Sección de Enseñanza Médica; se encarga de coordinar las actividades docentes del departamento y además desempeña funciones de asesoría, enseñanza e investigación.

El personal Supervisor de Enfermería depende de manera directa de la Jefe de Enfermeras y sus actividades se orientan a la supervisión de personal de los diferentes servicios. En algunas instituciones al personal supervisor se le asigna el nombre de Jefe de Piso.

Los Jefes de Servicios dependen directamente del personal Supervisor, coordinan y distribuyen al personal profesional y no profesional del servicio, además de asignarles funciones, actividades y pacientes, según el sistema de trabajo que se utilice; son los responsables de la atención directa al paciente.

Le sigue en jerarquía el puesto de Enfermera Especialista, quien proporciona atención especializada.

La Enfermera General, en sus diversas categorías, depende del puesto anterior o del Jefe de Servicio y se encarga de la atención directa al paciente.

El último puesto es ocupado por personal no profesional (auxiliar de enfermería, personal con cursos cortos). Se encarga de ayudar al personal profesional en actividades que requieren habilidad técnica o manual y rutinas de servicio.

Así, el departamento de Enfermería cuenta con 250 enfermeras aproximadamente en un hospital de 150 camas.

## **IV. VARIABLES.**

---

*Las variables que se registraron en el estudio fueron:*

### **A. VARIABLE ANTECEDENTE O SOCIODEMOGRÁFICA:**

#### **CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMERA(O).**

##### **A.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

Es un ser humano que posee un bagaje de conocimientos especializados así como la capacidad para aplicarlos con el propósito de ayudar a los pacientes a prevenir la enfermedad, recuperar la salud, encontrar un sentido a la enfermedad o mantener el máximo nivel posible de salud.

##### **A.2 INDICADORES DE LA VARIABLE:**

*Los indicadores que se registraron en la variable Enfermera(o) fueron:*

- **Nivel Educativo:**

Es el nivel académico que posee la enfermera(o) dentro de su formación; aunado a la educación continua respecto a su status profesional.

- **Experiencia Profesional:**

Es el número de años de ejercicio profesional dentro de la práctica de enfermería; así como su experiencia profesional en la Unidad de Cuidados Intensivos.

##### **A.3 VARIABLES INTERVINIENTES:**

- **Tiempo Destinado al Cuidado:**

Es el número de horas reales de asistencia de enfermería orientada al cuidado del paciente en 24 horas.

- **Continuidad del Cuidado:**

Es la información transmitida de una enfermera a otra (cambios de turno) a fin de garantizar la continuidad del cuidado individualizado del paciente.

## **B. VARIABLE ANTECEDENTE O SOCIODEMOGRÁFICA:**

### **CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE.**

#### **B.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

Son seres humanos individuales, que necesitan cuidados, servicios y asistencia por parte de los profesionales de la salud (enfermera, médico, etc.), a los cuales les compete satisfacer sus necesidades y problemas de salud apremiantes.

#### **B.2 INDICADORES DE LA VARIABLE:**

*Los indicadores que se registraron en la variable Paciente fueron:*

- **Contexto Sociocultural:**

Información sobre antecedentes personales y costumbres de fondo del paciente, obtenidos durante la valoración médica y de enfermería.

- **Hospitalizaciones Previas:**

Es el número de veces que el paciente ha estado hospitalizado.

- **Experiencias Anteriores con la Enfermedad:**

Experiencias que ha tenido el paciente con la enfermedad.

- **Capacidad de Expresión:**

Es la aptitud del paciente de manifestar verbal y no verbalmente sus necesidades tanto físicas como emocionales.

- **Necesidades de Salud:**

Son los requerimientos de salud del paciente, es decir, lo que es deseable, útil o necesario, para que los pacientes puedan sobrevivir o actuar dentro de ciertos límites que se consideran normales dentro del campo de la salud. Dichas necesidades se ven plasmadas dentro de las valoraciones diagnósticas médicas y de enfermería.

### **B.3 VARIABLES INTERVINIENTES:**

- **Padecimiento Actual:**

Gravedad de la Enfermedad.

- **Expectativas del Paciente:**

Nivel de deseos y expectativas que refleja el paciente en relación con el cuidado de enfermería que espera recibir. Evaluación del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos por el paciente de acuerdo a su percepción del cuidado recibido.

### **C. VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Relación Interpersonal Enfermera – Paciente.

#### **C.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

Es todo intercambio de comportamiento entre la enfermera y el paciente, en el que la participación de cada uno ocurre en respuesta a la del otro e implica considerar los procesos de retroalimentación por lo que ambos influyen entre sí. Para lograr un mismo fin: "La Recuperación de la Salud".



## **C.2 INDICADORES DE LA VARIABLE:**

Los indicadores que se registraron en la Relación Interpersonal Enfermera – Paciente, están conformados por las Conductas Interactivas Positivas y Negativas, tanto de la Enfermera como del Paciente.

- **Conductas Interactivas:**

La interacción fue definida por la ocurrencia de alguna de las siguientes categorías conductuales positivas y negativas tanto para la enfermera como del paciente.

### **Categorías Conductuales Positivas – Enfermera:**

- **Compartir:**

Ocurre cuando la enfermera ofrece algo de frente o verbalmente al paciente como un vaso con agua para la toma de medicamentos, la dieta, el cómodo o el orinal, o algún otro objeto útil para cumplir una función terapéutica o de apoyo al bienestar del paciente.

- **Premiar:**

Incluye conductas de aprobación o elogio en forma de comentarios tales como “que bien lo hizo”, “se ve mejor el día de hoy”, “se está recuperando muy rápidamente”, etc., en un tono de voz audible y amable, acompañado o no de contacto físico tal como palmadas en pies, brazos, manos, hombros, etc.

- **Contacto visual:**

Ocurre cuando la enfermera sostiene la mirada a los ojos del paciente o a la cara del paciente durante el lapso que dure la cercanía física con la cama del paciente (no más de un metro), sin importar si el paciente la(lo) está viendo.

- **Acercamientos Breves:**

Ocurre cuando la enfermera se sitúa a una distancia no mayor del largo de un brazo por un periodo no menor a cinco segundos.

- **Proximidad:**

Como en la categoría anterior pero por periodos mayores a cinco segundos.

- **Contacto físico:**

La enfermera toca, palmea o abraza al paciente.

- **Peticiones verbales:**

Son verbalizaciones audibles que expresan una solicitud o sugerencia por parte de la enfermera tales como "fulanito, por favor abra la boca", "levante su brazo", "póngase de lado para levantarle la cabecera", "le voy a bajar la cabecera de la cama", "va a sentir un piquete que va a doler un poquito", "lo (la) vamos a bañar", "le vamos a cambiar la ropa" (o la bata), "levante su pie "x" para vendárselo", "levante un poco su cadera para ponerle el cómodo", etc.

- **Sonreír:**

Levantar las comisuras de los labios sin emitir ningún sonido.

- **Modelamiento:**

Cambios o movimientos posturales acompañados de la verbalización correspondiente que los describe, que el paciente reproduce antes de que transcurran diez segundos. Por ejemplo "tosa así", "levante un poco su lengua así", etc.

- **Reír:**

Consiste en levantar las comisuras de los labios o abrir congruentemente la boca con un sonido hilarante acompañado o no de un comentario tal como "que ocurrente es usted doña...".

## **Categorías Conductuales Negativas – Enfermera:**

- **Desaprobar:**

Verbalizaciones que implican desacuerdo, negación o expresión de desagrado, o bien crítica por parte de la enfermera. Por ejemplo: “!No, así no!”, “!Ya le expliqué como moverse!”.

- **Gritar:**

La enfermera emite un sonido lo suficientemente fuerte para causar expresión o efecto de aversión y que contiene una instrucción o comentario que expresa desaprobación. Por ejemplo: “!Que mal lo hizo!”, “!No se levante de la cama!”, “!No se quite la venda!”.

- **Ignorar:**

Ante una petición verbal del paciente la enfermera no le contesta antes de cinco segundos o no establece contacto visual asintiendo con la cabeza, no se sigue de la acción solicitada o la explicación amable de porqué no es posible o conveniente.

## **Categorías Conductuales Positivas – Paciente:**

- **Aceptación:**

El paciente dice “si” o “mmh” (afirmativamente) o asiente con la cabeza, los ojos o alguna mano expresando acuerdo o agrado. Ejemplo: cuando recibe la dieta, un vaso con agua para tomar un medicamento, etc.

- **Seguir Instrucciones:**

La realización de una acción (factible para el paciente) correspondiente a una solicitud o instrucción de la enfermera dada amablemente, antes de que transcurran cinco segundos, tales como cambios posturales, etc.

- **Contacto Visual:**

Igual que en el caso de la enfermera, por parte del paciente.

- **Contacto Físico:**

Igual que en el caso de la enfermera, por parte del paciente.

- **Peticiones Verbales:**

Incluye verbalizaciones o indicaciones digitales o manuales (en caso de imposibilidad para hablar) que expresan una necesidad o petición, seguida (en su caso) de la acción correspondiente de la enfermera. Por ejemplo: pedir agua o el orinal o medicamento para el dolor.

- **Sonreír:**

Igual que en el caso de la enfermera, por parte del paciente.

- **Atención:**

El paciente establece contacto visual con la enfermera mientras ésta le explica algo, le da una instrucción o le hace un comentario.

- **Reír:**

Igual que en el caso de la enfermera, por parte del paciente.

- **Elogiar:**

Verbalización del paciente que exprese aprobación o agradecimiento por una acción de la enfermera.

## **Categorías Conductuales Negativas – Paciente:**

- **Desacuerdo:**

Verbalizaciones que impliquen desacuerdo, como en el caso de la enfermera. Ejemplo: “No quiero la pastilla”, “No quiero que me mueva”, “No quiero que me baje al sillón”, “No quiero comer”, “Déjeme, no quiero que me toque”.

- **Gritar:**

Como en el caso de la enfermera pero en ausencia de una situación justificante como dolor agudo, incomodidad extrema u otro tipo de emergencia.

- **Ignorar:**

Como en el caso de la enfermera, excepto en casos tales como estar dormido o inconsciente.

## **D. VARIABLE DEPENDIENTE:**

Recuperación de la Salud del Paciente.

### **D.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

Evolución (Proceso) hacia un nivel funcional óptimo, donde las capacidades físicas y emocionales se ponen de manifiesto para que los pacientes se adapten progresivamente a su entorno.

### **D.2 INDICADORES DE LA VARIABLE:**

*Los indicadores que se registraron en la Recuperación de la Salud fueron:*

- **Nivel o estado de conciencia:**

Es la valoración del grado de conciencia del paciente, que puede estar a lo largo de un continuo desde el Estado de Alerta (despierto, responde apropiadamente a estímulos auditivos, táctiles y visuales; orientado con respecto a persona, lugar y tiempo) hasta el Coma (no reacciona; no muestra reflejos, hay flacidez de brazos y piernas).

Para valorar el Estado de Conciencia se utilizó la Escala de Coma de Glasgow, que analiza tres Áreas Principales: Respuesta Ocular, Respuesta Motora y Respuesta Verbal. Una valoración que totaliza 15 puntos indica que el paciente está alerta y completamente orientado.

Un paciente comatoso totaliza 7 puntos o menos.

- **Estado emocional aparente:**

Reactividad emocional apropiada a la interacción interpersonal, congruencia y fluidez verbal congruente con su nivel socio – educativo.

- **Parámetros fisiológicos normales:**

Son aquellos que nos dan una idea sobre el Estado Orgánico – Sistemico – Fisiológico Normal del Paciente, dentro de los cuales nos indican que no existe lesión o falla en ciertos órganos vitales para la sobrevivencia del paciente. Siendo estos: temperatura rectal, tensión arterial media, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, gases arteriales, electrolitos séricos (sodio y potasio), creatinina sérica, hematócrito, fórmula blanca (glóbulos blancos), diuresis  $\geq$  30 ml por hora y ausencia de arritmias.

- **Presencia de reflejos:**

*Son las capacidades del paciente para:*

- Respirar profundamente, toser y presentar un reflejo faríngeo intacto.
- Deglutir y retener líquidos orales.
- Nivel de conciencia y fuerza muscular.

- **Ausencia de dolor:**

Ausencia de molestias intensas o de sensaciones desagradables por parte del paciente.

- **No dependencia de aparatos electromédicos:**

Es la no utilización por parte del paciente de aparatos como ventiladores, bombas o monitores, ni de elementos que sustituyen funciones (por ejemplo: sondas, drenajes, etc.).

- **Cicatrización de las heridas:**

Proceso evolutivo de la recuperación de los tejidos lesionados del paciente, dentro del cual las fases de inflamación, proliferación y maduración se dan sin que haya factores que alteren dicho proceso, como por ejemplo infecciones, dehiscencias, evisceración, etc.

- **Capacidad para realizar actividades incluyendo la capacidad para ejecutarlas:**

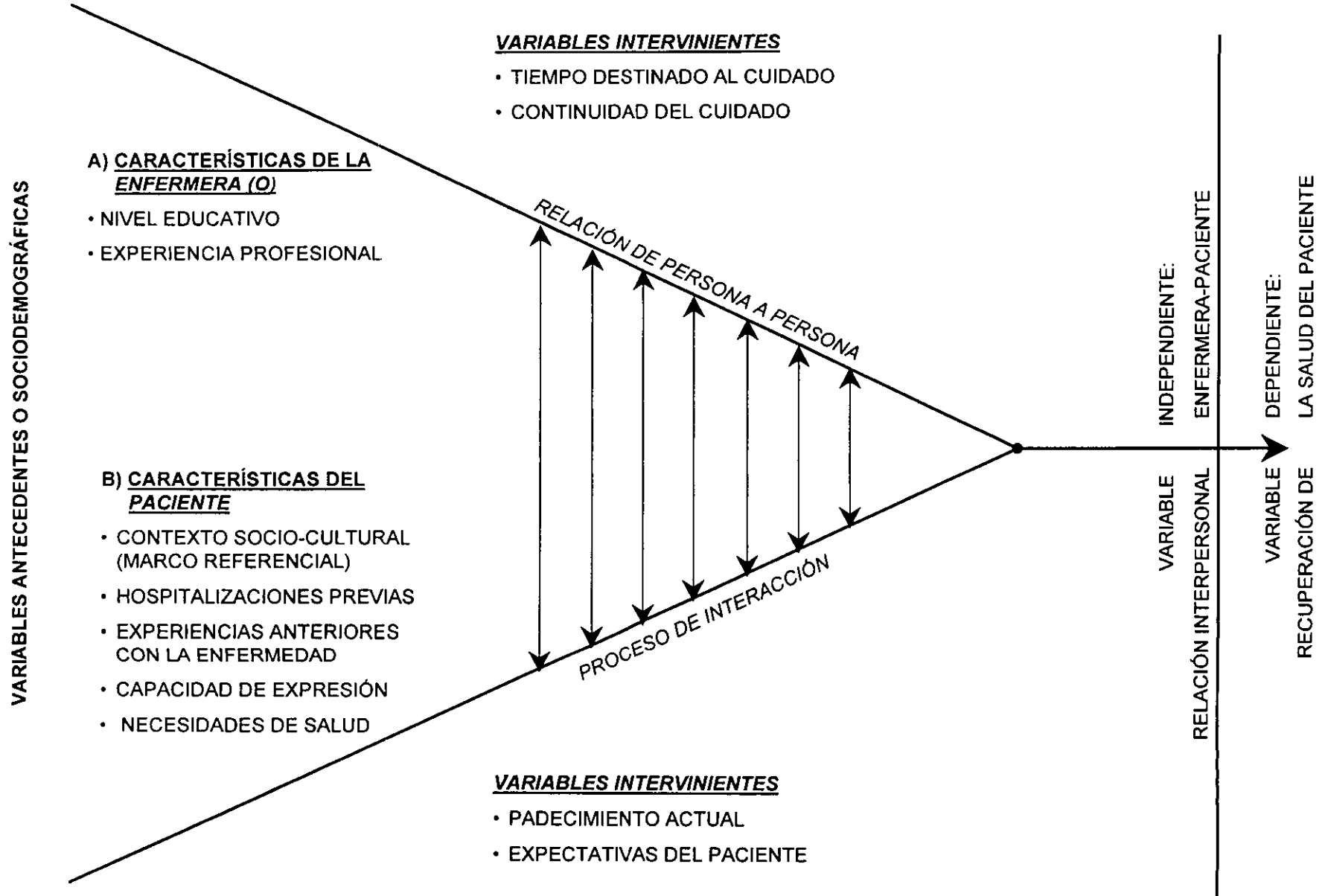
Movimientos intencionados dentro del entorno físico, comprendiendo la movilidad en cama, colaboración en la alimentación, etc.

- **Estabilidad o control de la causa de su ingreso a la unidad de cuidado intensivo:**

Estabilización de la falla o fallas orgánicas por las cuales había ingresado el paciente al servicio, es decir, control de la disfuncionalidad Orgánico – Celular que conllevó al paciente a su ingreso a la unidad de cuidado intensivo.

Para mayor claridad de las variables que se registraron en el estudio ver los siguientes cuadros.

# MODELO DE INVESTIGACIÓN PROPUESTO





**CUADRO DE VARIABLES.**

<b>A. VARIABLES ANTECEDENTES</b>	<b>B. VARIABLES INTERVINIENTES</b>	<b>C. VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	<b>D. VARIABLE DEPENDIENTE</b>
<p><b>A.1</b> CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMERA(O).</p>	<p><b>B.1</b> TIEMPO DESTINADO AL CUIDADO.</p> <p><b>B.2</b> CONTINUIDAD DEL CUIDADO.</p>	<p><b>C.1</b> RELACIÓN INTERPERSONAL ENFERMERA – PACIENTE.</p>	<p><b>D.1</b> RECUPERACIÓN DE LA SALUD DEL PACIENTE.</p>
<p><b>A.2</b> CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE.</p>	<p><b>B.3</b> PADECIMIENTO ACTUAL.</p> <p><b>B.4</b> EXPECTATIVAS DEL PACIENTE.</p>		

## **V. INSTRUMENTOS.**

---

Después de haber definido las variables del estudio, se procedió a la operacionalización de las mismas (Anexo 1) a fin de traducir sus atributos en características observables y mensurables, para elegir las alternativas idóneas y decidir como se recopilarán los datos, procediéndose así a la elaboración de los instrumentos. *Los cuales fueron:*

### **A. INSTRUMENTO 1: Cuestionario Enfermera.**

Éste registró ciertos indicadores de la variable antecedente o sociodemográfica: características de la enfermera(o), tales como: nivel educativo, la experiencia profesional, la experiencia profesional en la Unidad de Cuidados Intensivos. (Para mayor detalle ver el Instrumento 1, en el Anexo No. 2).

### **B. INSTRUMENTO 2: Entrevista Paciente.**

Éste registró los indicadores de la variable antecedente o sociodemográfica: características del paciente, tales como contexto sociocultural, hospitalizaciones previas, experiencias anteriores con la enfermedad, capacidad de expresión y necesidades de salud. (Para mayor detalle ver el Instrumento 2, en el Anexo No. 3).

### **C. INSTRUMENTO 3: Hoja de Registro para la Captación de Datos de las Variables Intervinientes.**

Este instrumento registró los indicadores de las variables intervinientes, tales como: tiempo destinado al cuidado, continuidad del cuidado, padecimiento actual y las expectativas del paciente. (Para mayor detalle ver el Instrumento 3, en el Anexo No. 4).

### **D. INSTRUMENTO 4: Hoja de Registro de Interacción Enfermera – Paciente.**

Este instrumento registró los indicadores de la variable independiente relación interpersonal enfermera – paciente, tales como: compartir, premiar, contacto visual,

acercamientos breves, proximidad, contacto físico, peticiones verbales, sonreír, modelamiento, reír, aceptación, seguir instrucciones, atención, elogiar, desaprobar, desacuerdo, gritar e ignorar. Empleándose métodos de observación directa de las conductas que se desean registrar de los indicadores antes mencionados. Para ello se hizo uso de las cintas de vídeo que se utilizan como prolongación de los sentidos humanos o como medio para obtener registros permanentes de datos observacionales. Teniendo así la posibilidad de captar conductas complejas que escaparían a simple vista, como sería el caso de expresiones faciales micromomentáneas; posibilitando la comprobación de la exactitud para hacer el cifrado.

Este instrumento está conformado para el registro de la interacción de la Enfermera como del Paciente, dentro del cual se utilizó un sistema de registro de intervalo parcial (Ocurrencia Intervalar). Integrado por 30 intervalos con una duración de 30 segundos cada uno.

Para la frecuencia de ocurrencia por intervalo se sugirieron 24 periodos de observación ( $24 \times 15 = 360$  minutos, este lapso es el que determinó la frecuencia de ocurrencia).

Debido a la extensión del manual del instrumento, las definiciones de las categorías de cada uno de ellos se presentan sin los requisitos y ejemplos. *La regla general para el registro fue:*

*Las conductas de interacción tanto positivas como negativas de la enfermera y el paciente se registrarán una sola vez en el intervalo, aunque la conducta ocurra nuevamente dentro del mismo, ésta no se marcará de nuevo.*

En relación a los observadores, participaron 4 observadores, Licenciados en Enfermería con experiencia en el área clínica (mínimo un año). Dos de ellos participaron como observadores reales, es decir, los datos obtenidos por ellos fueron los que se tomaron en cuenta para el análisis de los resultados.

Los dos observadores restantes sirvieron como marco de comparación para la obtención de la confiabilidad inter – observador.

El entrenamiento de los observadores estuvo compuesto por cuatro fases principales: una fase de lectura del manual de registro y de la memorización de las categorías; la segunda fase constituyó el examen oral practicado a cada uno de los observadores; la tercera fase estuvo compuesta de 2 sesiones de 3 horas cada una, durante las cuales los observadores realizaron práctica supervisada; en la última fase se obtuvo la confiabilidad intra e inter – observador; si el observador cumple con el criterio de obtener una confiabilidad total y de ocurrencia tanto intra e inter – observador mayor al 90% y una confiabilidad de no ocurrencia mayor al 75%, entonces podía iniciar el registro de cada una de las categorías por sí mismo.

## CONFIABILIDAD.

La confiabilidad del registro de las conductas de interacción tanto positivas como negativas de la enfermera y del paciente, se determinó a través del acuerdo entre dos observadores independientes quienes registraron el comportamiento de la enfermera y del paciente con base a un código observacional. Las observaciones para establecer la confiabilidad se hicieron con base a la videograbación de cada una de las sesiones.

Con la finalidad de poder contar con un índice de confiabilidad más exacto, en relación al registro utilizado, se decidió obtener la confiabilidad de las observaciones a través de tres formas: la confiabilidad total, la confiabilidad de ocurrencia y la confiabilidad de no ocurrencia (Harris y Lahey, 1978). *Las fórmulas utilizadas fueron:*

*Para la obtención de la **confiabilidad total** se utilizó la siguiente fórmula:*

$$\frac{\text{Acuerdos}}{\text{Acuerdos} + \text{Desacuerdos}} \times 100$$

*Para la obtención de la **confiabilidad de ocurrencia** se utilizó la siguiente fórmula:*

$$\frac{\text{Número de Ocurrencias}}{\text{Número de Ocurrencias} + \text{Número de No Ocurrencias}} \times 100$$

Para la obtención de la **confiabilidad de no ocurrencia** se utilizó la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Número de No Ocurrencias}}{\text{Número de No Ocurrencias} + \text{Número de Ocurrencias}} \times 100$$

A continuación se presentan los resultados de las diferentes confiabilidades, obtenidas de los niveles de acuerdo inter – observador de todas las categorías de conducta a través de las diferentes fases del estudio (línea base y tratamiento) de los grupos experimental y control.

### **Confiabilidad del Instrumento Enfermera.**

En cuanto a los resultados de confiabilidad total, de ocurrencia y no ocurrencia; se observa en las *Tablas 1, 2, 3, 4, 5 y 6*, que la confiabilidad total para ambos grupos (control y experimental) en las fases de línea base y tratamiento, obtuvieron un rango general de 93% a 99%.

La confiabilidad de ocurrencia en línea base de los sujetos experimentales, obtuvo un rango de 14% a 27%. Mientras que en la fase de tratamiento hubo un notable incremento con un rango de 50% a 82%.

En el grupo control, la confiabilidad de ocurrencia en línea base tuvo un rango de 14% a 26%, mientras que en la fase sin tratamiento presentó un rango de 13% a 26%. No existiendo diferencias significativas en sus respectivos rangos de ocurrencia.

**Tabla 1. Confiabilidades. Enfermeras experimentales. Turno matutino.**

LÍNEA BASE				EXPERIMENTAL POST. TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	93%	21%	79%	SESIÓN 1	99%	65%	35%
SESIÓN 2	97%	24%	76%	SESIÓN 2	99%	70%	30%
SESIÓN 3	97%	26%	74%	SESIÓN 3	99%	72%	28%
SESIÓN 4	95%	20%	80%	SESIÓN 4	96%	70%	30%
SESIÓN 5	97%	20%	80%	SESIÓN 5	97%	74%	26%
SESIÓN 6	97%	21%	79%	SESIÓN 6	96%	72%	28%

LÍNEA BASE				EXPERIMENTAL POST. TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	97%	15%	85%	SESIÓN 1	98%	57%	43%
SESIÓN 2	98%	14%	86%	SESIÓN 2	98%	66%	34%
SESIÓN 3	98%	15%	85%	SESIÓN 3	97%	76%	24%
SESIÓN 4	96%	16%	84%	SESIÓN 4	96%	71%	29%
SESIÓN 5	97%	14%	86%	SESIÓN 5	98%	79%	21%
SESIÓN 6	97%	15%	85%	SESIÓN 6	97%	81%	19%

LÍNEA BASE				EXPERIMENTAL POST. TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	98%	16%	84%	SESIÓN 1	98%	60%	40%
SESIÓN 2	97%	17%	83%	SESIÓN 2	97%	70%	30%
SESIÓN 3	97%	16%	84%	SESIÓN 3	98%	78%	22%
SESIÓN 4	96%	16%	84%	SESIÓN 4	97%	73%	27%
SESIÓN 5	97%	17%	83%	SESIÓN 5	98%	80%	20%
SESIÓN 6	97%	17%	83%	SESIÓN 6	96%	81%	19%

**Tabla 2. Confiabilidades. Enfermeras controles. Turno matutino.**

LÍNEA BASE				SIN TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	97%	15%	85%	SESIÓN 1	98%	22%	78%
SESIÓN 2	99%	20%	80%	SESIÓN 2	98%	16%	84%
SESIÓN 3	98%	16%	84%	SESIÓN 3	99%	17%	83%
SESIÓN 4	96%	14%	86%	SESIÓN 4	98%	19%	81%
SESIÓN 5	98%	16%	84%	SESIÓN 5	97%	20%	80%
SESIÓN 6	98%	19%	81%	SESIÓN 6	98%	16%	84%

LÍNEA BASE				SIN TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	98%	11%	89%	SESIÓN 1	98%	12%	88%
SESIÓN 2	98%	13%	87%	SESIÓN 2	98%	12%	88%
SESIÓN 3	97%	12%	88%	SESIÓN 3	98%	13%	87%
SESIÓN 4	97%	12%	88%	SESIÓN 4	98%	12%	88%
SESIÓN 5	97%	10%	90%	SESIÓN 5	97%	11%	89%
SESIÓN 6	96%	12%	88%	SESIÓN 6	98%	10%	90%

LÍNEA BASE				SIN TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	96%	14%	86%	SESIÓN 1	97%	13%	87%
SESIÓN 2	97%	17%	83%	SESIÓN 2	98%	16%	84%
SESIÓN 3	96%	16%	84%	SESIÓN 3	97%	15%	85%
SESIÓN 4	98%	16%	84%	SESIÓN 4	98%	16%	84%
SESIÓN 5	96%	19%	81%	SESIÓN 5	97%	17%	83%
SESIÓN 6	97%	18%	82%	SESIÓN 6	98%	19%	81%

**Tabla 3. Confiabilidades. Enfermeras experimentales. Turno vespertino.**

LÍNEA BASE				EXPERIMENTAL POST. TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	93%	27%	73%	SESIÓN 1	99%	55%	45%
SESIÓN 2	96%	23%	77%	SESIÓN 2	99%	63%	37%
SESIÓN 3	96%	22%	78%	SESIÓN 3	98%	61%	39%
SESIÓN 4	95%	20%	80%	SESIÓN 4	98%	60%	40%
SESIÓN 5	97%	21%	79%	SESIÓN 5	96%	65%	35%
SESIÓN 6	98%	22%	78%	SESIÓN 6	93%	72%	28%

LÍNEA BASE				EXPERIMENTAL POST. TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	97%	20%	80%	SESIÓN 1	97%	50%	50%
SESIÓN 2	98%	19%	81%	SESIÓN 2	98%	63%	37%
SESIÓN 3	98%	18%	82%	SESIÓN 3	98%	78%	22%
SESIÓN 4	96%	17%	83%	SESIÓN 4	97%	80%	20%
SESIÓN 5	98%	19%	81%	SESIÓN 5	95%	79%	21%
SESIÓN 6	96%	20%	80%	SESIÓN 6	98%	81%	19%

LÍNEA BASE				EXPERIMENTAL POST. TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	97%	19%	81%	SESIÓN 1	98%	63%	37%
SESIÓN 2	97%	19%	81%	SESIÓN 2	96%	70%	30%
SESIÓN 3	96%	20%	80%	SESIÓN 3	97%	73%	27%
SESIÓN 4	97%	16%	84%	SESIÓN 4	97%	82%	18%
SESIÓN 5	97%	17%	83%	SESIÓN 5	98%	78%	22%
SESIÓN 6	97%	19%	81%	SESIÓN 6	98%	82%	18%



**Tabla 4. Confiabilidades. Enfermeras controles. Turno vespertino.**

LÍNEA BASE				SIN TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	97%	20%	80%	SESIÓN 1	99%	19%	81%
SESIÓN 2	98%	21%	79%	SESIÓN 2	99%	21%	79%
SESIÓN 3	99%	20%	80%	SESIÓN 3	99%	16%	84%
SESIÓN 4	97%	19%	81%	SESIÓN 4	98%	18%	82%
SESIÓN 5	96%	20%	80%	SESIÓN 5	99%	19%	81%
SESIÓN 6	97%	20%	80%	SESIÓN 6	97%	16%	84%

LÍNEA BASE				SIN TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	98%	20%	80%	SESIÓN 1	98%	20%	80%
SESIÓN 2	98%	21%	79%	SESIÓN 2	98%	20%	80%
SESIÓN 3	98%	20%	80%	SESIÓN 3	97%	24%	76%
SESIÓN 4	98%	20%	80%	SESIÓN 4	98%	19%	81%
SESIÓN 5	97%	20%	80%	SESIÓN 5	98%	20%	80%
SESIÓN 6	98%	21%	79%	SESIÓN 6	98%	20%	80%

LÍNEA BASE				SIN TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	97%	19%	81%	SESIÓN 1	98%	19%	81%
SESIÓN 2	98%	20%	80%	SESIÓN 2	98%	20%	80%
SESIÓN 3	97%	21%	79%	SESIÓN 3	97%	20%	80%
SESIÓN 4	98%	18%	82%	SESIÓN 4	98%	19%	81%
SESIÓN 5	97%	19%	81%	SESIÓN 5	98%	19%	81%
SESIÓN 6	97%	20%	80%	SESIÓN 6	98%	20%	80%

**Tabla 5. Confiabilidades. Enfermeras experimentales. Turno nocturno.**

LÍNEA BASE				EXPERIMENTAL POST. TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	97%	20%	80%	SESIÓN 1	98%	55%	45%
SESIÓN 2	99%	20%	80%	SESIÓN 2	99%	57%	43%
SESIÓN 3	96%	19%	81%	SESIÓN 3	98%	65%	35%
SESIÓN 4	96%	19%	81%	SESIÓN 4	96%	67%	33%
SESIÓN 5	97%	20%	80%	SESIÓN 5	95%	65%	35%
SESIÓN 6	96%	19%	81%	SESIÓN 6	97%	65%	35%

LÍNEA BASE				EXPERIMENTAL POST. TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	97%	15%	85%	SESIÓN 1	98%	60%	40%
SESIÓN 2	97%	17%	83%	SESIÓN 2	98%	65%	35%
SESIÓN 3	98%	16%	84%	SESIÓN 3	98%	70%	30%
SESIÓN 4	98%	14%	86%	SESIÓN 4	97%	75%	25%
SESIÓN 5	97%	16%	84%	SESIÓN 5	98%	79%	21%
SESIÓN 6	97%	15%	85%	SESIÓN 6	97%	80%	20%

LÍNEA BASE				EXPERIMENTAL POST. TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	97%	16%	84%	SESIÓN 1	98%	62%	38%
SESIÓN 2	98%	15%	85%	SESIÓN 2	97%	68%	32%
SESIÓN 3	98%	16%	84%	SESIÓN 3	98%	73%	27%
SESIÓN 4	97%	16%	84%	SESIÓN 4	97%	78%	22%
SESIÓN 5	97%	15%	85%	SESIÓN 5	96%	80%	20%
SESIÓN 6	97%	15%	85%	SESIÓN 6	97%	80%	20%

**Tabla 6. Confiabilidades. Enfermeras controles. Turno nocturno.**

LÍNEA BASE				SIN TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	98%	20%	80%	SESIÓN 1	99%	20%	80%
SESIÓN 2	99%	26%	74%	SESIÓN 2	98%	22%	78%
SESIÓN 3	97%	18%	82%	SESIÓN 3	99%	18%	82%
SESIÓN 4	96%	19%	81%	SESIÓN 4	98%	19%	81%
SESIÓN 5	98%	18%	82%	SESIÓN 5	96%	20%	80%
SESIÓN 6	97%	20%	80%	SESIÓN 6	97%	17%	83%

LÍNEA BASE				SIN TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	98%	18%	82%	SESIÓN 1	97%	17%	83%
SESIÓN 2	96%	20%	80%	SESIÓN 2	97%	19%	81%
SESIÓN 3	98%	25%	75%	SESIÓN 3	98%	24%	76%
SESIÓN 4	97%	20%	80%	SESIÓN 4	98%	20%	80%
SESIÓN 5	98%	22%	78%	SESIÓN 5	98%	19%	81%
SESIÓN 6	98%	19%	81%	SESIÓN 6	97%	20%	80%

LÍNEA BASE				SIN TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	97%	17%	83%	SESIÓN 1	98%	18%	82%
SESIÓN 2	97%	18%	82%	SESIÓN 2	98%	18%	82%
SESIÓN 3	98%	20%	80%	SESIÓN 3	98%	19%	81%
SESIÓN 4	98%	20%	80%	SESIÓN 4	97%	20%	80%
SESIÓN 5	96%	19%	81%	SESIÓN 5	98%	20%	80%
SESIÓN 6	97%	18%	82%	SESIÓN 6	97%	17%	83%

## **Confiabilidad del Instrumento Paciente.**

En las *Tablas 7, 8, 9, 10, 11 y 12*, se muestran los resultados de la confiabilidad total de los grupos control y experimental; donde se obtuvo un rango general de 95% a 98%.

La confiabilidad de ocurrencia en la línea base múltiple de los sujetos del grupo experimental, obtuvo un rango de 10% a 23%. Mientras que en la fase de tratamiento hubo un incremento notable con un rango de 56% a 81%.

En el grupo control, la confiabilidad de ocurrencia en línea base tuvo un rango de 10% a 20%; mientras que en la fase sin tratamiento se obtuvo el mismo rango de 10% a 20%. Observándose porcentajes similares en ambas fases.

**Tabla 7. Confiabilidades. Pacientes experimentales. Turno matutino.**

LÍNEA BASE				EXPERIMENTAL POST. TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	97%	18%	82%	SESIÓN 1	96%	65%	35%
SESIÓN 2	96%	19%	81%	SESIÓN 2	97%	71%	29%
SESIÓN 3	98%	20%	80%	SESIÓN 3	98%	72%	28%
SESIÓN 4	96%	17%	83%	SESIÓN 4	95%	70%	30%
SESIÓN 5	96%	18%	82%	SESIÓN 5	97%	69%	31%
SESIÓN 6	97%	18%	82%	SESIÓN 6	96%	67%	33%

LÍNEA BASE				EXPERIMENTAL POST. TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	98%	14%	86%	SESIÓN 1	97%	60%	40%
SESIÓN 2	97%	15%	85%	SESIÓN 2	98%	64%	36%
SESIÓN 3	98%	13%	87%	SESIÓN 3	96%	73%	27%
SESIÓN 4	98%	15%	85%	SESIÓN 4	97%	79%	21%
SESIÓN 5	98%	13%	87%	SESIÓN 5	98%	80%	20%
SESIÓN 6	97%	12%	88%	SESIÓN 6	98%	79%	21%

LÍNEA BASE				EXPERIMENTAL POST. TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	98%	13%	87%	SESIÓN 1	97%	65%	35%
SESIÓN 2	98%	14%	86%	SESIÓN 2	97%	66%	34%
SESIÓN 3	98%	14%	86%	SESIÓN 3	96%	71%	29%
SESIÓN 4	97%	15%	85%	SESIÓN 4	98%	73%	27%
SESIÓN 5	98%	13%	87%	SESIÓN 5	97%	75%	25%
SESIÓN 6	97%	14%	86%	SESIÓN 6	96%	81%	19%

**Tabla 8. Confiabilidades. Pacientes controles. Turno matutino.**

LÍNEA BASE				SIN TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	96%	17%	83%	SESIÓN 1	97%	16%	84%
SESIÓN 2	97%	19%	81%	SESIÓN 2	96%	20%	80%
SESIÓN 3	95%	20%	80%	SESIÓN 3	97%	18%	82%
SESIÓN 4	95%	16%	84%	SESIÓN 4	95%	15%	85%
SESIÓN 5	95%	15%	85%	SESIÓN 5	96%	18%	82%
SESIÓN 6	97%	19%	81%	SESIÓN 6	98%	19%	81%

LÍNEA BASE				SIN TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	98%	10%	90%	SESIÓN 1	98%	11%	89%
SESIÓN 2	97%	13%	87%	SESIÓN 2	98%	10%	90%
SESIÓN 3	98%	12%	88%	SESIÓN 3	97%	13%	87%
SESIÓN 4	98%	11%	89%	SESIÓN 4	98%	12%	88%
SESIÓN 5	98%	10%	90%	SESIÓN 5	98%	13%	87%
SESIÓN 6	97%	12%	88%	SESIÓN 6	98%	10%	90%

LÍNEA BASE				SIN TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	97%	11%	89%	SESIÓN 1	97%	12%	88%
SESIÓN 2	97%	10%	90%	SESIÓN 2	97%	10%	90%
SESIÓN 3	98%	11%	89%	SESIÓN 3	98%	12%	88%
SESIÓN 4	98%	10%	90%	SESIÓN 4	98%	13%	87%
SESIÓN 5	98%	12%	88%	SESIÓN 5	96%	11%	89%
SESIÓN 6	97%	11%	89%	SESIÓN 6	95%	12%	88%

**Tabla 9. Confiabilidades. Pacientes experimentales. Turno vespertino.**

LÍNEA BASE				EXPERIMENTAL POST. TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	97%	21%	79%	SESIÓN 1	95%	75%	25%
SESIÓN 2	96%	23%	77%	SESIÓN 2	95%	77%	23%
SESIÓN 3	95%	20%	80%	SESIÓN 3	96%	74%	26%
SESIÓN 4	96%	20%	80%	SESIÓN 4	96%	73%	27%
SESIÓN 5	95%	19%	81%	SESIÓN 5	97%	75%	25%
SESIÓN 6	97%	20%	80%	SESIÓN 6	95%	77%	23%

LÍNEA BASE				EXPERIMENTAL POST. TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	98%	16%	84%	SESIÓN 1	97%	56%	44%
SESIÓN 2	97%	15%	85%	SESIÓN 2	98%	64%	36%
SESIÓN 3	97%	15%	85%	SESIÓN 3	97%	76%	24%
SESIÓN 4	98%	15%	85%	SESIÓN 4	98%	79%	21%
SESIÓN 5	97%	14%	86%	SESIÓN 5	97%	78%	22%
SESIÓN 6	98%	16%	84%	SESIÓN 6	98%	80%	20%

LÍNEA BASE				EXPERIMENTAL POST. TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	96%	15%	85%	SESIÓN 1	96%	70%	30%
SESIÓN 2	97%	15%	85%	SESIÓN 2	97%	73%	27%
SESIÓN 3	96%	15%	85%	SESIÓN 3	96%	76%	24%
SESIÓN 4	97%	14%	86%	SESIÓN 4	97%	75%	25%
SESIÓN 5	97%	15%	85%	SESIÓN 5	98%	76%	24%
SESIÓN 6	98%	16%	84%	SESIÓN 6	98%	78%	22%

**Tabla 10. Confiabilidades. Pacientes controles. Turno vespertino.**

LÍNEA BASE				SIN TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	96%	13%	87%	SESIÓN 1	95%	12%	88%
SESIÓN 2	95%	10%	90%	SESIÓN 2	96%	10%	90%
SESIÓN 3	97%	14%	86%	SESIÓN 3	96%	15%	85%
SESIÓN 4	96%	13%	87%	SESIÓN 4	96%	10%	90%
SESIÓN 5	95%	12%	88%	SESIÓN 5	97%	13%	87%
SESIÓN 6	95%	10%	90%	SESIÓN 6	95%	11%	89%

LÍNEA BASE				SIN TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	97%	12%	88%	SESIÓN 1	98%	13%	87%
SESIÓN 2	98%	14%	86%	SESIÓN 2	98%	12%	88%
SESIÓN 3	97%	13%	87%	SESIÓN 3	98%	11%	89%
SESIÓN 4	96%	11%	89%	SESIÓN 4	98%	10%	90%
SESIÓN 5	98%	13%	87%	SESIÓN 5	97%	13%	87%
SESIÓN 6	98%	12%	88%	SESIÓN 6	98%	10%	90%

LÍNEA BASE				SIN TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	98%	14%	86%	SESIÓN 1	96%	14%	86%
SESIÓN 2	96%	15%	85%	SESIÓN 2	96%	14%	86%
SESIÓN 3	97%	13%	87%	SESIÓN 3	97%	15%	85%
SESIÓN 4	98%	15%	85%	SESIÓN 4	98%	15%	85%
SESIÓN 5	96%	15%	85%	SESIÓN 5	97%	14%	86%
SESIÓN 6	97%	14%	86%	SESIÓN 6	97%	13%	87%



**Tabla 11. Confiabilidades. Pacientes experimentales. Turno nocturno.**

LÍNEA BASE				EXPERIMENTAL POST. TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	96%	15%	75%	SESIÓN 1	95%	60%	30%
SESIÓN 2	95%	13%	87%	SESIÓN 2	96%	59%	41%
SESIÓN 3	96%	16%	84%	SESIÓN 3	95%	65%	35%
SESIÓN 4	95%	13%	87%	SESIÓN 4	96%	63%	37%
SESIÓN 5	97%	15%	85%	SESIÓN 5	95%	61%	39%
SESIÓN 6	97%	16%	84%	SESIÓN 6	97%	65%	35%

LÍNEA BASE				EXPERIMENTAL POST. TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	97%	13%	87%	SESIÓN 1	96%	61%	39%
SESIÓN 2	96%	12%	88%	SESIÓN 2	98%	63%	37%
SESIÓN 3	98%	11%	89%	SESIÓN 3	97%	65%	35%
SESIÓN 4	96%	10%	90%	SESIÓN 4	98%	70%	30%
SESIÓN 5	98%	12%	88%	SESIÓN 5	97%	73%	27%
SESIÓN 6	98%	11%	89%	SESIÓN 6	98%	72%	28%

LÍNEA BASE				EXPERIMENTAL POST. TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	98%	12%	88%	SESIÓN 1	98%	65%	35%
SESIÓN 2	97%	13%	87%	SESIÓN 2	97%	66%	34%
SESIÓN 3	96%	11%	89%	SESIÓN 3	97%	65%	35%
SESIÓN 4	96%	12%	88%	SESIÓN 4	98%	67%	33%
SESIÓN 5	96%	10%	90%	SESIÓN 5	98%	70%	30%
SESIÓN 6	97%	11%	89%	SESIÓN 6	98%	75%	25%

Tabla 12. Confiabilidades. Pacientes controles. Turno nocturno.

LÍNEA BASE				SIN TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	96%	10%	90%	SESIÓN 1	97%	9%	91%
SESIÓN 2	95%	8%	92%	SESIÓN 2	96%	9%	91%
SESIÓN 3	96%	10%	90%	SESIÓN 3	95%	8%	92%
SESIÓN 4	95%	7%	93%	SESIÓN 4	95%	8%	92%
SESIÓN 5	98%	8%	92%	SESIÓN 5	95%	7%	93%
SESIÓN 6	98%	10%	90%	SESIÓN 6	97%	9%	91%

LÍNEA BASE				SIN TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	96%	14%	86%	SESIÓN 1	97%	13%	87%
SESIÓN 2	98%	13%	87%	SESIÓN 2	98%	13%	87%
SESIÓN 3	97%	11%	89%	SESIÓN 3	97%	12%	88%
SESIÓN 4	98%	12%	88%	SESIÓN 4	98%	11%	89%
SESIÓN 5	97%	11%	89%	SESIÓN 5	97%	12%	88%
SESIÓN 6	98%	13%	87%	SESIÓN 6	98%	13%	87%

LÍNEA BASE				SIN TRATAMIENTO			
SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA	SESIONES	CONFIABILIDAD TOTAL	CONFIABILIDAD DE OCURRENCIA	CONFIABILIDAD DE NO OCURRENCIA
SESIÓN 1	96%	13%	87%	SESIÓN 1	97%	14%	86%
SESIÓN 2	97%	12%	88%	SESIÓN 2	96%	13%	87%
SESIÓN 3	97%	14%	86%	SESIÓN 3	98%	13%	87%
SESIÓN 4	96%	14%	86%	SESIÓN 4	97%	13%	87%
SESIÓN 5	96%	13%	87%	SESIÓN 5	97%	12%	88%
SESIÓN 6	96%	12%	88%	SESIÓN 6	96%	14%	86%

## **MATERIALES.**

*El material utilizado fue:*

- Televisión de 21" pulgadas.
- Videoreproductoras VHS.
- Circuito cerrado de vídeo VHS.
- Videocassetts VHS..
- Cronómetro.
- Lápices.
- Hojas de registro.

Para mayor detalle del instrumento de Registro de Interacción Enfermera – Paciente ver el Anexo No. 5.

### **E. INSTRUMENTO 5: Hoja de Registro para la Captación de Datos en la Recuperación de la Salud del Paciente.**

Este instrumento registró los indicadores de la variable dependiente Recuperación de la Salud del Paciente, incluyen los indicadores de la variable, tales como: estado de conciencia, estado emocional aparente, parámetros fisiológicos, no dependencia de aparatos electromédicos, ausencia de dolor, presencia de reflejos, interés por realizar actividades, cicatrización de heridas, estabilidad o control de la causa de su ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo. Esto con la finalidad de poder contar con elementos que nos permitieron registrar y evaluar el comportamiento de la Recuperación de la Salud del Paciente, dentro del proceso interactivo entre éste y la enfermera(o). (Para mayor detalle ver el Instrumento 5, en el Anexo No. 6).

El propósito central de los instrumentos, fue dotar a los dirigentes de enfermería, tanto del sector asistencial como del educativo, de información útil para mejorar el cuidado que se brinda a través del proceso interactivo entre la enfermera y el paciente para la pronta recuperación de la salud de los pacientes en la Unidad de Cuidado Intensivo. Así como realimentar los cuadros de formación de Licenciatura y Posgrado.

Cabe resaltar, que se requirió la interlocución con expertos en el área de la psicometría para la validación de los instrumentos. Dentro de ésta se realizó una prueba piloto para valorar su adecuación para los fines propuestos. Llevándose a cabo en una pequeña muestra representativa y en un contexto similar al de nuestra población objeto de estudio, identificando así las deficiencias existentes para su corrección y aplicación definitiva.

## VI. PROCEDIMIENTO.

---

*Éste constó de cuatro fases:*

### **1<sup>ra</sup> FASE:**

Aplicación del instrumento 1. Cuestionario Enfermera (CUE) a las enfermeras seleccionadas de la Unidad de Cuidado Intensivo de los diferentes turnos, a fin de conformar un perfil de referencia a su trayectoria académica profesional. *Las instrucciones dadas a la enfermeras fueron:*

*Estimada(o) Compañera(o) Enfermera(o):*

*“En nuestro esfuerzo por otorgar un mejor servicio dentro de la atención de enfermería, es importante para nosotros conocer algunos aspectos relacionados con su formación profesional. Por tal motivo, le pedimos de la manera más atenta nos regale unos minutos de su tiempo para llenar éste breve cuestionario.*

*Dicha información se manejará en forma estrictamente confidencial y no tiene el propósito de otorgar una calificación. Por su colaboración, de antemano, le damos las más sinceras gracias.”*

También en esta fase, se realizaron las entrevistas a los pacientes seleccionados con un APACHE < 27 puntos; para el llenado del instrumento 2, Entrevista Paciente (ENP), con el fin de conformar posteriormente un perfil de sus antecedentes de hospitalización, dentro de su marco referencial básico.

## 2<sup>da</sup>. FASE:

Aplicación del instrumento 3. Hoja de Registro para la Captación de Datos de las Variables Intervinientes. Cuya finalidad fue recoger la información referente a los indicadores de las Variables intervinientes. Para el primer rubro, Tiempo Destinado al Cuidado, se obtuvo el cálculo de personal profesional en la Unidad de Cuidado Intensivo, ya que éste toma en cuenta el índice de atención de enfermería, que es el tiempo necesario expresado en horas para proporcionar al paciente atención de enfermería durante las 24 horas. Se obtuvieron los indicadores del personal calculado contra el existente para buscar si existen o no diferencias. En caso de que las diferencias fueran mínimas (no significativas), nos indicaría que el tiempo destinado al cuidado es el idóneo. Para el segundo punto denominado Continuidad del Cuidado, cuya finalidad fue la de registrar la información escrita que emite la enfermera sobre el paciente para la continuidad del cuidado. *Las instrucciones dadas fueron:*

*“En la hoja de registro, se anotarán datos generales como el nombre del paciente, el número de cama, el turno, la fecha y la hora en que se realiza el registro.*

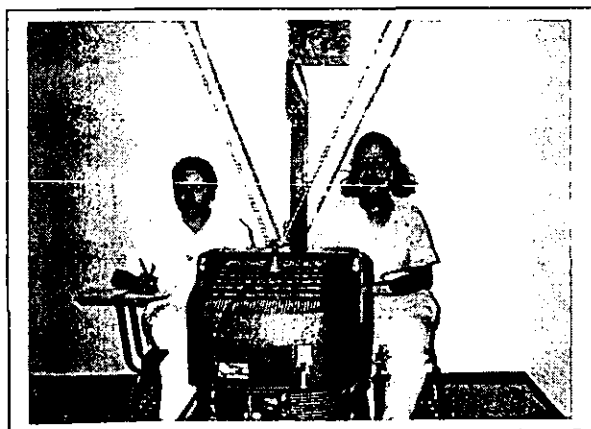
*Se marcará (✓) en la columna que indique si el indicador aparece en los registros de enfermería que corresponda a la mencionada en el instrumento donde dice “SI”, ya sea para el turno matutino, vespertino o nocturno. Cuando el indicador no aparezca se indicará en la columna en donde dice “NO”, también para el turno matutino, vespertino o nocturno. Igualmente cuando algo no este indicado por el médico se marcará (✓) en la columna “NI” (No Indicado) y “NR” (No Registrado), “NRM” (No Registrado por el Médico), y “NRE” (No Registrado por la Enfermera) para los respectivos turnos.*

*En el apartado de Observaciones, se registrarán las realizadas por la enfermera, que considera importantes para la continuidad del cuidado en cada turno.”*

Para el último rubro: Situación del Padecimiento Actual, se utilizó el APACHE II.

### 3<sup>ra</sup>. FASE:

Constó de dos etapas fundamentales: La primera, en la cual se registró la línea base de las diferentes categorías de interacción tanto de la enfermera como del paciente de los grupos control y experimental en los diferentes turnos (matutino, vespertino y nocturno). Auxiliándose para ello de métodos observacionales mediante videofilmación, para el registro posterior de las conductas emanadas de los indicadores de la variable independiente relación interpersonal enfermera – paciente. Auxiliándose para ello del instrumento 4 hoja de registro de interacción enfermera – paciente. Donde los observadores registraban los casos de las conductas en la hoja correspondiente. Cuando ocurría una conducta, éstos ponían una marca en el intervalo de la misma, para designar que ocurrió, para posteriormente hacer un recuento acumulativo del número de ocasiones en que se observó la conducta. El producto de este tipo de trabajo es una especie de demografía de acontecimientos que ocurren en el periodo de observación(30 segundos para cada intervalo). Para aumentar la confiabilidad inter – observador, se procedió a tener dos observadores previamente adiestrados, separados por una cubierta de madera, para que cuando observen la cinta, procedan a registrar las categorías enunciadas en la hoja de registro y posteriormente cotejar los resultados de ambos. *Es decir, estuvieron de la forma siguiente:*



En esta etapa de línea base, se registraron las réplicas de los grupos de las enfermeras y pacientes (experimentales y controles), en seis sesiones para los del turno matutino, con un total de 144 horas para cada grupo; doce sesiones para el vespertino, con un total de 288 horas, 18 sesiones para los del turno nocturno, con un total de 432 horas, respectivamente.

En la segunda etapa, a la conclusión de la etapa de línea base, se inició la intervención bajo la fase de tratamiento al grupo experimental de enfermeras. El tratamiento consistió en enseñar a las enfermeras el empleo del modelo de interacción (Peplau, 1988), donde se enfatizan las fases de orientación, identificación, aprovechamiento y resolución.

#### Fase de Orientación

- La fase de orientación comienza cuando un paciente expresa una "necesidad sentida".
- Esta necesidad proporciona el estímulo para una reunión entre la enfermera y el paciente.
- La enfermera y el paciente se reúnen como desconocidos y se esfuerzan por llegar a estar cómodos el uno con el otro mientras definen el problema entre ambos.
- La clarificación y definición del problema entre ambos permite al paciente dirigir energía desde la ansiedad de las necesidades no satisfechas hacia actividades constructivas.
- El paciente y la enfermera trabajan juntos para comprender las reacciones de cada uno, siendo conscientes de los factores potenciales que pueden influir como la cultura, la religión, las experiencias personales y las ideas preconcebidas

#### Fase de Identificación

- En la fase de identificación, el paciente responde selectivamente a las personas que pueden satisfacer sus necesidades ya definidas.
- Las reacciones del paciente difieren; un paciente puede participar y ser interdependiente respecto a la enfermera, otro puede ser autónomo e independiente de la misma, e incluso otro puede ser pasivo y dependiente de la enfermera.
- El paciente y la enfermera deben continuar clarificando las percepciones y expectativas de cada uno, ya que de este modo determinan sus reacciones personales.
- Que la enfermera exprese sus sentimientos puede ayudar a un paciente enfermo a que responda con emociones positivas y una personalidad fortalecida, lo que puede proporcionar la satisfacción necesaria.
- Durante esta fase, el paciente puede comenzar a notar un sentimiento de pertenencia y puede ganar confianza para afrontar el problema presentado.
- Estas respuestas positivas pueden disminuir el sentimiento de abandono y desesperanza, creando una actitud optimista que posteriormente promoverá una fuerza interna.

## Fase de Aprovechamiento.

- En la fase de aprovechamiento, el paciente puede utilizar todos los servicios disponibles, según los intereses y las necesidades personales. La enfermera asiste al paciente en la utilización de estos servicios mediante una relación terapéutica durante todo el tiempo.
- De este modo el paciente puede obtener pleno beneficio de lo que le ofrece la relación enfermera – paciente.
- Durante esta fase, la enfermera y el paciente pueden identificar nuevas metas; la energía debe trasladarse de la enfermera al paciente.
- El cambio de la energía puede hacer que el paciente se sienta más participe en el entorno de ayuda; a medida que el paciente desarrolla algún control sobre la situación, puede llegar a sentirse menos dependiente de la enfermera.
- Este cambio también podría provocar que el paciente aumentara la demanda, en cuyo caso la enfermera debe utilizar técnicas de entrevista para examinar y comprender las acciones del paciente.

## Fase de Resolución

- Durante la fase de resolución, tras la satisfacción de las necesidades del paciente gracias a los esfuerzos de cooperación de la enfermera y el paciente, la relación terapéutica finaliza.
- La resolución se alcanza cuando el paciente finaliza la fase de aprovechamiento con la enfermera y disuelve el vínculo enfermera – paciente.
- El éxito de la resolución es el resultado directo de la finalización con éxito de las otras tres fases.
- Durante esta fase el paciente se dirige hacia nuevas metas.

Durante estas fases, las enfermeras intensivistas asumieron varios roles como el de educadora, persona recurso, consejera, sustituta, líder, extraña y experto técnico. Para lo cual, se utilizaron procedimientos de ensayo conductual, juego de roles, retroalimentación visual y verbal, instrucciones verbales y escritas sobre valoración y detección oportuna de problemas de salud en pacientes en estado crítico. Este adiestramiento fue mediante el método de *enseñanza individual y grupal*, el cual consistía en explicarles a las enfermeras los



diferentes componentes del modelo de interacción, sus fases, los roles en enfermería, la comunicación verbal y no verbal, sus categorías, etc. Para incrementar la probabilidad de interacción, así como su topografía y secuencia correcta. Adicionalmente, se utilizó el juego de roles a través de la cual el experimentador modeló a las enfermeras en los componentes antes mencionados. Otro componente importante en el adiestramiento a las enfermeras fue hacer una serie de ensayos conductuales con pacientes, con la finalidad de verificar el aprendizaje de las conductas y retroalimentarla respecto a su ejecución. Una vez que las enfermeras alcanzaban una ejecución aceptable (90% de ejecución) con el experimentador, se les pedía pasaran a dar una serie de ensayos conductuales; donde ellas habían identificado que tenían baja probabilidad de interacción con los pacientes, evento que se registraba mediante una videograbación. Lo que permitió la retroalimentación de las enfermeras inmediatamente después de las sesiones prácticas. La retroalimentación consistía en la observación por parte de las enfermeras de la videograbación de las sesiones, aunado a las evaluaciones de sus registros en las hojas de continuidad del cuidado que ellas llevaban a cabo previamente con sus pacientes, a la vez que el experimentador les hacía comentarios sobre su ejecución y les sugería formas de corregir sus errores. Para mayor detalle del Programa de Adiestramiento ver el Anexo No. 7.

En esta fase, se inició el tratamiento con el primer grupo de enfermeras del turno matutino. Al término de éste, al día siguiente se videograbaron a las enfermeras de este turno, con la finalidad de conformar la base de datos para el registro de las réplicas. Se registraron seis sesiones para cada enfermera con sus pacientes, con un total de 144 horas para cada una. Concomitantemente, en este lapso, se empezó a entrenar al siguiente grupo del turno vespertino, y así sucesivamente hasta terminar con el grupo de enfermeras del turno nocturno. Registrándose las réplicas de los tres grupos de enfermeras de los turnos matutino, vespertino y nocturno.

Adicionalmente, las enfermeras del grupo control se registraron en la fase sin tratamiento, con sus respectivos pacientes. Con la finalidad de tener un marco de comparación con las del grupo experimental.

Cabe señalar, que las enfermeras del grupo control tenían asignadas las camas del lado opuesto a las del grupo experimental. Aunado a las características del área física, tales como cortinas, mamparas, aparatos electromédicos, etc. Impedía la comunicación entre ambos grupos.

#### 4<sup>ta</sup>- FASE:

Utilización del instrumento 5, Hoja de registro para la Captación de Datos en la Recuperación de la Salud del Paciente. Este instrumento, se aplicó para recoger la información referente a la recuperación de la salud de los pacientes; donde se incluyen los datos como los parámetros fisiológicos – conductuales. Así mismo, dentro de esta fase se incluyó la aplicación del cuestionario de actitud del paciente en la recuperación de la salud en la Unidad de Cuidado Intensivo: (CAPRS).

Esto con la finalidad de poder contar con información referente a la expectativas del paciente. Cabe señalar, que dicho cuestionario se aplicó antes del egreso del paciente al servicio de hospitalización. *Las instrucciones dadas al paciente fueron:*

*Estimado Paciente:*

*“En nuestro esfuerzo continuo para servirle mejor, es importante para nosotros saber o conocer como se sintió Usted en relación a nuestro servicio.*

*Por favor regálenos unos minutos de su tiempo para llenar este cuestionario, teniendo en mente su reciente estancia en el servicio de UCI (Unidad de Cuidado Intensivo). Por favor conteste las preguntas que se le hacen para indicar como se sintió con los cuidados de enfermería que recibió en su estancia en el servicio. Gracias de antemano”.*

Es importante señalar, que éste cuestionario esta formado por dos partes; la primera contiene seis preguntas abiertas y la segunda contiene una escala de actitud sobre los cuidados de enfermería del paciente (escala de tipo intervalar).

## **VII. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.**

---

Posterior a la recolección de datos, el tipo de análisis estadístico que se utilizó, estuvo planteado en relación a los niveles de medición de las escalas de los instrumentos que se utilizaron y de las características de las categorías de observación de las variables de registro directo y por videograbación. Las características incluyeron también el tipo de distribución que presentaron los datos para cada variable o categoría y el tipo de análisis (intrasujetos e intersujetos), en función del tipo de pregunta de investigación que se planteó en el tipo de variable (fisiológica o psicológica).

En el caso de respuestas abiertas, se diseñaron y confiabilizaron los códigos correspondientes a partir de las notas del personal y, en su caso, de transcripciones textuales de las grabaciones. En todo caso, se buscó explorar o identificar la relación entre las variables de contacto interpersonal enfermera – paciente y las variables de recuperación fisiológica y psicológica. Se utilizaron tanto pruebas paramétricas (análisis de varianza y el análisis factorial) y no paramétricas (para significancia de cambios y de contraste de muestras independientes en el caso de comparaciones intersujetos). La finalidad del análisis estadístico fue la de registrar y comunicar en forma sistémica la información correspondiente.

En referencia a la trayectoria académica profesional de la enfermera(o); se construyó un perfil en términos de frecuencia de las enfermeras de la Unidad de Cuidado Intensivo, del grupo experimental y control.

Para la entrevista del paciente, se hizo un perfil de sus antecedentes de hospitalización dentro de su marco referencial básico, en términos de tabla de frecuencia. Para ambos grupos.

Con respecto al tiempo destinado al cuidado se aplicaron las fórmulas correspondientes para obtener los indicadores del personal calculado contra el existente, buscando si existen o no diferencias. En caso de que las diferencias fueran mínimas (no

significativas), nos indicaría que el tiempo destinado al cuidado es el idóneo.

Para la Continuidad del Cuidado se hizo una evaluación estadística tanto para la frecuencia de la conducta como por la ausencia de la misma, de los registros de continuidad en los diferentes turnos (Matutino, Vespertino y Nocturno) para evidenciar las diferencias encontradas tanto del grupo control como del experimental. Una vez obtenidas éstas se aplicó una  $\chi^2$  para muestras independientes para mostrar las diferencias de los registros de ambos grupos.

En cuanto al padecimiento actual se aplicó el APACHE II a los pacientes del grupo control y experimental, para posteriormente poner dichos índices de gravedad en tablas de frecuencia. Para observar las equivalencias de dichos índices de ambos grupos.

Con respecto al registro de observación de la variable independiente, que se refiere a la relación interpersonal enfermera - paciente; se elaboraron tablas de frecuencia tanto para el grupo control como el experimental de las categorías a registrar en el instrumento, para observar las diferencias detectadas. Posteriormente se realizó un análisis estadístico aplicando la prueba de "U de Mann-Whitney", para observar la significancia de las diferencias del grupo experimental con las del control.

Por otro lado, se realizó la misma aplicación de la prueba "U de Mann-Whitney" para las diferencias encontradas en los registros de confiabilidad de los instrumentos emitidos por el grupo control en relación con el experimental.

Con respecto a la variable dependiente que se refiere a la recuperación de la salud de los pacientes, a nivel estadístico se separó la evaluación en dos partes: por un lado, en cuanto a los parámetros fisiológicos, se hizo un análisis estadístico descriptivo a través de tablas de frecuencia y gráficas que mostraron el comportamiento fisiológico del paciente tanto para el grupo control como para el experimental. Así mismo se aplicó una prueba t para muestras independientes para comparar las medias en cada uno de los parámetros entre los

pacientes que obtienen puntajes normales contra puntajes fuera de lo normal del grupo control y experimental.

En la segunda parte correspondiente a los parámetros Fisiológicos – Conductuales, de igual manera se elaboraron tablas y gráficas para conocer la distribución de cada uno de ellos tanto para el grupo control como para el experimental, y se aplicó una prueba  $t$  para muestras independientes (grupo control Vs. experimental), para comparar los pacientes por arriba y por debajo de lo normal de ambos grupos.

En lo referente a las expectativas que evalúa la actitud de los pacientes en la Recuperación de la salud, tanto del grupo control como del experimental se aplicó un análisis de contenido a las respuestas abiertas utilizando la técnica de categorías por el contenido de la respuesta de los pacientes del grupo control como del experimental en términos de tablas de frecuencia.

Una vez obtenidas las categorías se aplicó una prueba  $X^2$  para muestras independientes para comparar ésta recuperación de la salud, entre aquellos que tengan una actitud positiva hacia ésta y los que tengan una actitud negativa hacia la misma en ambos grupos. En lo concerniente a la escala de actitud sobre los cuidados de enfermería que se les proporcionó a los pacientes, ésta por ser de tipo intervalar al tener la calificación emitida por los pacientes del grupo control y experimental, se aplicó una prueba  $t$  de student, para comparar entre pacientes que caen dentro de parámetros de actitud positiva contra los que caen en lo negativo. (Grupo control Vs. Grupo experimental).

Los datos se estructuraron en una base de datos en el paquete estadístico SPSS (SPSS para Windows, Ver. 8.0) y EXCEL (EXCEL 97); para la elaboración de tablas y gráficas así como la aplicación de pruebas estadísticas señaladas anteriormente.

## **VIII. RECURSOS NECESARIOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN.**

---

### **ASESOR GENERAL**

---

**Dr. Juan José Sánchez Sosa.**

Investigador y Jefe del Departamento de Psicología Preventiva  
de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología  
de la Universidad Nacional Autónoma de México:

### **ASESORES AUXILIARES**

---

**Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre.**

Investigadora del Departamento de Psicología Social y Ecología  
de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología  
de la Universidad Nacional Autónoma de México.

**Dra. Graciela Rodríguez Ortega.**

Investigadora y Fundadora del Programa de Psicología de la Salud  
de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología  
de la Universidad Nacional Autónoma de México.

**Dr. José de Jesús González Núñez.**

Investigador del Departamento de Psicología Clínica  
de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología  
de la Universidad Nacional Autónoma de México.

**Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo.**

Investigadora del Departamento de Psicología Clínica  
de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología  
de la Universidad Nacional Autónoma de México

## PRESUPUESTO.

---

A. Material y suministros (banco de datos, fotocopias, textos, etc.).....	\$ 50 000.00
B. Viáticos.....	\$ 65 000.00
C. Costos compra – equipo (computadora, cámara de video, etc.).....	\$150 000.00
D. Costos de impresión y publicación.....	\$ 20 000.00
E. Imprevistos.....	\$ 10 000.00

---

**TOTAL: \$ 295 000.00**

Como puede observarse se requirieron de doscientos noventa y cinco mil pesos <sup>00</sup>/100 m. n. para la realización del proyecto. *Las formas de financiamiento para tal efecto, estuvieron dadas por:*

- Recursos del CONACyT.
- Recursos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, principalmente dentro del Programa de Prevención Primaria.

Cabe resaltar, que las gestiones realizadas para poder llevar a cabo el proyecto con la institución seleccionada, estuvieron a cargo del Departamento de Intercambio Académico y Convenios de Colaboración de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México con la Coordinación de Enseñanza e Investigación del Hospital General "Dr. Francisco Padrón Puyou" del INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL de la capital del estado de San Luis Potosí.

## IX. RESULTADOS.

### A. VARIABLE INTERVINIENTE: ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA.

Para la variable tiempo destinado al cuidado se aplicaron las fórmulas correspondientes para obtener los indicadores del personal calculado contra el existente; buscando si existen o no diferencias. Para la variable continuidad del cuidado, se realizó un análisis de frecuencias de los registros de continuidad en los diferentes turnos (matutino, vespertino y nocturno) para mostrar las diferencias encontradas de los grupos experimental y control. Cabe señalar, que se registraron 212 días para el grupo experimental y 419 días para el grupo control, que correspondieron al número de días que estuvieron en contacto con los pacientes (60 pacientes para cada grupo).

#### A.1 Tiempo Destinado al Cuidado.

El servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General "Dr. Francisco Padrón Puyou" del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Cd. de San Luis Potosí, cuenta con 12 camas y un índice de tiempo diario necesario para proporcionar al paciente atención de enfermería de 6 horas por cama, lo que nos da un total de 36 horas por día a cubrir para dar atención a todos los pacientes de la UCI. Existen 4 turnos de enfermería en dicha unidad (matutino, vespertino, nocturno 1 y nocturno 2) con una jornada de trabajo de 8 horas por turno. En total se necesitarían de 25 enfermeras para cubrir la necesidad de atención de los pacientes de todos los turnos (*Tablas 1, 2 y 3*) pero la existencia real de enfermeras en la UCI es de 24. De esta manera se observa que las diferencias encontradas entre el personal calculado y el existente son mínimas (no significativas) lo cual indica que el tiempo destinado al cuidado se encuentra dentro de parámetros aceptables.

**Tabla 1. Personal calculado en la UCI para 24 horas.**

SERVICIO	NÚMERO DE CAMAS	ÍNDICE ENFERMERA PACIENTE *	HORAS NECESARIAS	PORCENTAJE DE PREVISIBLES	JORNADA DE TRABAJO	DISTRIBUCIÓN POR TURNOS				TOTAL PERSONAL PROFESIONAL
						MATUTINO	VEPERTINO	NOCTURNO 1	NOCTURNO 2	
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	12	6	36	38%	8 hrs.	4.0	3.0	3.0	3.0	25

\* Es el tiempo necesario expresado en horas para proporcionar al paciente atención de enfermería durante las 24 horas.



**Tabla 2. Personal existente real en la UCI para 24 horas.**

TURNOS	PERSONAL PROFESIONAL
TURNO MATUTINO	6
TURNO VESPERTINO	6
TURNO NOCTURNO 1	6
TURNO NOCTURNO 2	6
<b>TOTAL:</b>	<b>24</b>

**Tabla 3. Personal calculado y el existente en la UCI.**

SERVICIO	PERSONAL PROFESIONAL		
	CALCULADO	EXISTENTE	DIFERENCIA
UCI	25	24	-1

## **A.2 Continuidad del Cuidado.**

### **A.2.1 INFORMACIÓN GENERAL.**

El 100% de las enfermeras tanto del turno matutino, vespertino y nocturno de los grupos control y experimental registraron el diagnóstico médico, los días de hospitalización, el nombre del paciente, la edad y el peso entre otra información.

### **A.2.2 CONSTANTES VITALES.**

El 100% de las enfermeras del grupo experimental de todos los turnos, registraron la respiración, la temperatura, la tensión arterial, el pulso y la frecuencia cardiaca de los pacientes. Mientras que las enfermeras del grupo control registraron el 100% de veces la respiración, la temperatura, la tensión arterial y la frecuencia cardiaca, más no registraron el pulso en ninguno de los turnos (100%). *Tabla 4.*

**Tabla 4. Constantes vitales.**

GRUPO EXPERIMENTAL																		
CONSTANTES VITALES	SI REGISTRO						NO REGISTRO						NO INDICADO					
	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Respiración	212	100%	212	100%	212	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Pulso	212	100%	212	100%	212	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Temperatura	212	100%	212	100%	212	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Tensión arterial	212	100%	212	100%	212	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Frecuencia cardíaca	212	100%	212	100%	212	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
P.V.C.	57	27%	57	27%	57	27%	0	0%	0	0%	0	0%	155	73%	155	73%	155	73%

GRUPO CONTROL																		
CONSTANTES VITALES	SI REGISTRO						NO REGISTRO						NO INDICADO					
	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Respiración	419	100%	419	100%	419	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Pulso	0	0%	0	0%	0	0%	419	100%	419	100%	419	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Temperatura	419	100%	419	100%	419	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Tensión arterial	419	100%	419	100%	419	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Frecuencia cardíaca	419	100%	419	100%	419	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
P.V.C.	37	9%	37	9%	37	9%	0	0%	0	0%	0	0%	382	91%	382	91%	382	91%

**A.2.3 ELIMINACIÓN.**

En lo que respecta al registro de la uresis, las evacuaciones y el vómito, las enfermeras del grupo experimental de todos los turnos las registraron en un 100%; mientras que en el grupo control, se observa que las enfermeras de los diferentes turnos no registran dichas categorías en promedios del 3% al 6% (Tabla 5).

**Tabla 5. Eliminación.**

GRUPO EXPERIMENTAL																		
ELIMINACIÓN	SI REGISTRO						NO REGISTRO						NO PRESENTO					
	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Uresis	200	94%	195	92%	187	88%	0	0%	0	0%	0	0%	12	6%	17	8%	25	12%
Evacuaciones	64	30%	46	22%	41	19%	0	0%	0	0%	0	0%	148	70%	166	78%	171	81%
Vómito	25	12%	15	7%	25	12%	0	0%	0	0%	0	0%	187	88%	197	93%	187	88%

GRUPO CONTROL																		
ELIMINACIÓN	SI REGISTRO						NO REGISTRO						NO PRESENTO					
	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Uresis	387	92%	375	89%	370	88%	19	5%	24	6%	26	6%	13	3%	20	5%	23	6%
Evacuaciones	102	24%	88	21%	70	17%	13	3%	19	5%	14	3%	304	73%	312	74%	335	80%
Vómito	38	9%	35	8%	29	6%	12	3%	14	4%	14	4%	369	88%	370	88%	376	90%

## A.2.4 DIETA.

En la *Tabla 6*, se observa que las enfermeras del grupo experimental registraron en su totalidad (100%) el tipo de dieta indicada; mientras que en el grupo control en algunos turnos no registraron alguna de las modalidades de la dieta indicada (porcentajes del .2% al 3% respectivamente).

**Tabla 6. Dieta.**

GRUPO EXPERIMENTAL																		
DIETA	SI REGISTRO						NO REGISTRO						NO INDICADO					
	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Líquida	40	19%	40	19%	40	19%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Blanda	86	40%	86	40%	86	40%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Normal	30	14%	30	14%	30	14%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Ayuno	27	13%	27	13%	27	13%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Especial (diabético - nefrótica, etc.)	29	14%	29	14%	29	14%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTALES	212	100%	212	100%	212	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

GRUPO CONTROL																		
DIETA	SI REGISTRO						NO REGISTRO						NO INDICADO					
	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Líquida	61	15%	61	15%	61	15%	8	2%	12	3%	8	2%	0	0%	0	0%	0	0%
Blanda	72	17%	72	17%	72	17%	3	0.7%	5	1%	5	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Normal	72	17%	72	17%	72	17%	1	0.2%	8	2%	4	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Ayuno	57	14%	57	14%	57	14%	0	0%	3	0.7%	6	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Especial (diabético - nefrótica)	65	15.5%	65	15.5%	65	15.5%	4	0.9%	14	3%	11	3%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTALES	327	78.5%	327	78.5%	327	78.5%	16	3.8%	42	9.7%	34	8%	0	0%	0	0%	0	0%

## A.2.5 MEDICAMENTOS.

En lo referente a los medicamentos (vía, dosis y horario) indicados a los pacientes por los médicos tratantes, las enfermeras del grupo experimental los registraron en su totalidad cuando estuvieron indicados (orales, intravenosos, intramusculares, intradérmicos y subcutáneos, respiratorios, conjuntivales, dermatológicos, sublinguales, etc.); mientras que en el grupo control en algunas categorías, éstas no fueron registradas a pesar de estar indicados. Como puede observarse en las *Tablas 7 y 8*, donde se comparan ambos grupos.

Tabla 7. Medicamentos (1).

GRUPO EXPERIMENTAL																		
MEDICAMENTOS	SI REGISTRO						NO REGISTRO						NO INDICADO					
	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
<b>Orales</b>																		
Vía	140	66%	140	66%	140	66%	0	0%	0	0%	0	0%	72	34%	72	34%	72	34%
Dosis	140	66%	140	66%	140	66%	0	0%	0	0%	0	0%	72	34%	72	34%	72	34%
Horario	140	66%	140	66%	140	66%	0	0%	0	0%	0	0%	72	34%	72	34%	72	34%
<b>Intramuscular</b>																		
Vía	68	32%	68	32%	68	32%	0	0%	0	0%	0	0%	144	68%	144	68%	144	68%
Dosis	68	32%	68	32%	68	32%	0	0%	0	0%	0	0%	144	68%	144	68%	144	68%
Horario	68	32%	68	32%	68	32%	0	0%	0	0%	0	0%	144	68%	144	68%	144	68%
<b>Intravenosos</b>																		
Vía	207	98%	207	98%	207	98%	0	0%	0	0%	0	0%	5	2%	5	2%	5	2%
Dosis	207	98%	207	98%	207	98%	0	0%	0	0%	0	0%	5	2%	5	2%	5	2%
Horario	207	98%	207	98%	207	98%	0	0%	0	0%	0	0%	5	2%	5	2%	5	2%
<b>Intradérmicos y subcutáneos</b>																		
Vía	78	37%	78	37%	78	37%	0	0%	0	0%	0	0%	134	63%	134	63%	134	63%
Dosis	78	37%	78	37%	78	37%	0	0%	0	0%	0	0%	134	63%	134	63%	134	63%
Horario	78	37%	78	37%	78	37%	0	0%	0	0%	0	0%	134	63%	134	63%	134	63%
<b>GRUPO CONTROL</b>																		
MEDICAMENTOS	SI REGISTRO						NO REGISTRO						NO INDICADO					
	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
<b>Orales</b>																		
Vía	201	48%	203	48%	203	48%	10	2%	13	3%	13	3%	208	50%	203	49%	203	49%
Dosis	201	48%	203	48%	203	48%	10	2%	13	3%	13	3%	208	50%	203	49%	203	49%
Horario	201	48%	203	48%	203	48%	10	2%	13	3%	13	3%	208	50%	203	49%	203	49%
<b>Intramuscular</b>																		
Vía	88	21%	83	20%	88	21%	9	2%	10	2%	7	2%	322	77%	326	78%	324	77%
Dosis	88	21%	83	20%	88	21%	9	2%	10	2%	7	2%	322	77%	326	78%	324	77%
Horario	88	21%	83	20%	88	21%	9	2%	10	2%	7	2%	322	77%	326	78%	324	77%
<b>Intravenosos</b>																		
Vía	410	98%	410	98%	410	98%	0	0%	0	0%	0	0%	9	2%	9	2%	9	2%
Dosis	410	98%	410	98%	410	98%	0	0%	0	0%	0	0%	9	2%	9	2%	9	2%
Horario	410	98%	410	98%	410	98%	0	0%	0	0%	0	0%	9	2%	9	2%	9	2%
<b>Intradérmicos y subcutáneos</b>																		
Vía	148	35%	148	35%	147	35%	9	2%	13	3%	7	2%	262	63%	258	62%	265	63%
Dosis	148	35%	148	35%	147	35%	9	2%	13	3%	7	2%	262	63%	258	62%	265	63%
Horario	148	35%	148	35%	147	35%	9	2%	13	3%	7	2%	262	63%	258	62%	265	63%

Tabla 8. Medicamentos (2).

GRUPO EXPERIMENTAL																		
MEDICAMENTOS	SI REGISTRO						NO REGISTRO						NO INDICADO					
	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
<b>Respiratorios</b>																		
Via	165	78%	165	78%	165	78%	0	0%	0	0%	0	0%	47	22%	47	22%	47	22%
Dosis	165	78%	165	78%	165	78%	0	0%	0	0%	0	0%	47	22%	47	22%	47	22%
Horario	165	78%	165	78%	165	78%	0	0%	0	0%	0	0%	47	22%	47	22%	47	22%
<b>Conjuntival</b>																		
Via	5	2%	5	2%	5	2%	0	0%	0	0%	0	0%	207	98%	207	98%	207	98%
Dosis	5	2%	5	2%	5	2%	0	0%	0	0%	0	0%	207	98%	207	98%	207	98%
Horario	5	2%	5	2%	5	2%	0	0%	0	0%	0	0%	207	98%	207	98%	207	98%
<b>Dermatológicos</b>																		
Via	65	31%	65	31%	65	31%	0	0%	0	0%	0	0%	147	69%	147	69%	147	69%
Dosis	65	31%	65	31%	65	31%	0	0%	0	0%	0	0%	147	69%	147	69%	147	69%
Horario	65	31%	65	31%	65	31%	0	0%	0	0%	0	0%	147	69%	147	69%	147	69%
<b>Sublingual</b>																		
Via	21	10%	21	10%	21	10%	0	0%	0	0%	0	0%	191	90%	191	90%	191	90%
Dosis	21	10%	21	10%	21	10%	0	0%	0	0%	0	0%	191	90%	191	90%	191	90%
Horario	21	10%	21	10%	21	10%	0	0%	0	0%	0	0%	191	90%	191	90%	191	90%
GRUPO CONTROL																		
MEDICAMENTOS	SI REGISTRO						NO REGISTRO						NO INDICADO					
	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
<b>Respiratorios</b>																		
Via	285	68%	285	68%	285	68%	34	8%	44	11%	41	10%	100	24%	90	21%	93	22%
Dosis	285	68%	285	68%	285	68%	34	8%	44	11%	41	10%	100	24%	90	21%	93	22%
Horario	285	68%	285	68%	285	68%	34	8%	44	11%	41	10%	100	24%	90	21%	93	22%
<b>Conjuntival</b>																		
Via	30	7%	30	7%	30	7%	5	1%	8	2%	5	1%	384	92%	381	91%	384	92%
Dosis	30	7%	30	7%	30	7%	5	1%	8	2%	5	1%	384	92%	381	91%	384	92%
Horario	30	7%	30	7%	30	7%	5	1%	8	2%	5	1%	384	92%	381	91%	384	92%
<b>Dermatológico</b>																		
Via	182	43%	182	43%	182	43%	0	0%	0	0%	0	0%	237	57%	237	57%	237	57%
Dosis	182	43%	182	43%	182	43%	0	0%	0	0%	0	0%	237	57%	237	57%	237	57%
Horario	182	43%	182	43%	182	43%	0	0%	0	0%	0	0%	237	57%	237	57%	237	57%
<b>Sublingual</b>																		
Via	38	9%	38	9%	38	9%	0	0%	0	0%	0	0%	381	91%	381	91%	381	91%
Dosis	38	9%	38	9%	38	9%	0	0%	0	0%	0	0%	381	91%	381	91%	381	91%
Horario	38	9%	38	9%	38	9%	0	0%	0	0%	0	0%	381	91%	381	91%	381	91%

## A.2.6 BALANCE DE LÍQUIDOS.

En la *Tabla 9*, se aprecia que las enfermeras del grupo experimental registraron en un 100% las categorías que conforman el balance de líquidos (ingresos y egresos); mientras que el grupo control, las enfermeras no registraron algunas de las categorías tales como los ingresos orales (4%), los egresos de la orina (6%) entre otras.

**Tabla 9. Balance de líquidos.**

GRUPO EXPERIMENTAL																		
BALANCE DE LÍQUIDOS	SI REGISTRO						NO REGISTRO						NO INDICADO - NO PRESENTO					
	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
<b>Ingresos</b>																		
Oral	185	87%	185	87%	185	87%	0	0%	0	0%	0	0%	27	13%	27	13%	27	13%
Solución I.V.	212	100%	212	100%	212	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Sangre	14	7%	14	7%	14	7%	0	0%	0	0%	0	0%	198	93%	198	93%	198	93%
Plasma	8	4%	8	4%	8	4%	0	0%	0	0%	0	0%	204	96%	204	96%	204	96%
Sonda	11	5%	11	5%	11	5%	0	0%	0	0%	0	0%	201	95%	201	95%	201	95%
Otros	212	100%	212	100%	212	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Egresos</b>																		
Orina	200	94%	195	92%	187	88%	0	0%	0	0%	0	0%	12	6%	17	8%	25	12%
Evacuación	64	30%	46	22%	41	19%	0	0%	0	0%	0	0%	148	70%	166	78%	171	81%
Vómito	25	12%	15	7%	25	12%	0	0%	0	0%	0	0%	187	88%	197	93%	187	88%
Hemorragia	9	4%	9	4%	9	4%	0	0%	0	0%	0	0%	203	96%	203	96%	203	96%
Succión	28	13%	28	13%	28	13%	0	0%	0	0%	0	0%	184	87%	184	87%	184	87%
Canalización	53	25%	53	25%	53	25%	0	0%	0	0%	0	0%	159	75%	159	75%	159	75%
Respiración y sudor	212	100%	212	100%	212	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
GRUPO CONTROL																		
BALANCE DE LÍQUIDOS	SI REGISTRO						NO REGISTRO						NO INDICADO - NO PRESENTO					
	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
<b>Ingresos</b>																		
Oral	359	86%	344	82%	359	86%	3	0.7%	18	4%	3	0.7%	57	13%	57	14%	57	13%
Solución I.V.	416	99.3%	416	99.3%	416	99.3%	0	0%	0	0%	0	0%	3	0.7%	3	0.7%	3	0.7%
Sangre	40	10%	40	10%	40	10%	0	0%	0	0%	0	0%	379	90%	379	90%	379	90%
Plasma	35	8%	35	8%	35	8%	0	0%	6	1%	2	0.5%	384	92%	378	91%	382	92%
Sonda	18	4%	18	4%	18	4%	0	0%	0	1%	0	0%	401	96%	401	96%	401	96%
Otros	418	99.8%	418	99.8%	418	99.8%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%
<b>Egresos</b>																		
Orina	387	92%	375	89%	370	88%	19	5%	24	6%	26	6%	13	3%	20	5%	23	6%
Evacuación	102	24%	88	21%	70	17%	13	3%	19	5%	14	3%	304	73%	312	74%	335	80%
Vómito	38	9%	35	8%	29	7%	12	3%	14	3%	14	3%	369	88%	370	89%	376	90%
Hemorragia	29	7%	30	7%	34	8%	0	0%	7	2%	1	0.2%	390	93%	382	91%	384	91.8%
Succión	62	15%	62	15%	62	15%	6	1%	16	4%	7	2%	351	84%	341	81%	350	83%
Canalización	104	25%	104	25%	104	25%	0	0%	12	3%	0	0%	315	75%	303	72%	315	75%
Respiración y sudor	413	99%	401	96%	411	98%	6	1%	18	4%	8	2%	0	0%	0	0%	0	0%

## A.2.7 INDICACIONES ESPECIALES.

Las enfermeras del grupo experimental de los tres turnos, siempre registraron las indicaciones especiales prescritas por el médico a excepción de cuando no hubo indicación; observándose porcentajes del 100% tales como las soluciones intravenosas, la oxigenoterapia, entre otras. En cuanto a las enfermeras del grupo control, se muestra que éstas no registraron algunas de las categorías en los diferentes turnos; sobresale el masaje con un 100%, los cambios de posición del 15% al 29%, la oxigenoterapia del 10% al 20% y otras con porcentajes menores (*Tabla 10*).

**Tabla 10.** Indicaciones especiales.

GRUPO EXPERIMENTAL																		
INDICACIONES ESPECIALES	SI REGISTRO						NO REGISTRO						NO INDICADO					
	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Cambios de posición	182	85%	155	73%	135	64%	0	0%	0	0%	0	0%	30	15%	57	27%	77	36%
Cambios de apósito	106	50%	80	38%	103	49%	0	0%	0	0%	0	0%	108	50%	132	62%	109	51%
Curación de heridas	25	12%	13	6%	10	5%	0	0%	0	0%	0	0%	187	88%	189	94%	202	95%
Baño de esponja	152	72%	38	18%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	60	28%	174	82%	212	100%
Curación de catéteres	95	45%	67	32%	83	39%	0	0%	0	0%	0	0%	117	55%	145	68%	129	61%
Venocisis	192	90%	192	90%	192	90%	0	0%	0	0%	0	0%	20	10%	20	10%	20	10%
Registro de soluciones intravenosas	212	100%	212	100%	212	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Oxigenoterapia	212	100%	212	100%	212	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Aspiración de secreciones	71	33%	71	33%	100	47%	0	0%	0	0%	0	0%	141	67%	141	67%	112	53%
Lavado bronquial	40	20%	38	18%	52	25%	0	0%	0	0%	0	0%	172	80%	174	82%	160	75%
Cuidado de estomas	44	21%	44	21%	44	21%	0	0%	0	0%	0	0%	168	79%	168	79%	168	79%
Cuidado de tubos y drenes	180	85%	180	85%	180	85%	0	0%	0	0%	0	0%	32	15%	32	15%	32	15%
Cuidado de líneas invasivas	212	100%	212	100%	212	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Masaje	170	80%	155	73%	152	72%	0	0%	0	0%	0	0%	42	20%	57	27%	60	28%
Vendaje de MI.	212	100%	212	100%	212	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Cuidado de aparatos: bombas, monitores, etc.	212	100%	212	100%	212	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Toma de muestras de laboratorio y gabinete.	153	72%	122	56%	111	52%	0	0%	0	0%	0	0%	59	28%	90	44%	101	48%
Transfusiones	16	8%	16	8%	16	8%	0	0%	0	0%	0	0%	196	92%	196	92%	196	92%
Otros: especificar	206	97%	205	97%	205	97%	0	0%	0	0%	0	0%	6	3%	7	3%	7	3%

GRUPO CONTROL																		
INDICACIONES ESPECIALES	SI REGISTRO						NO REGISTRO						NO INDICADO					
	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Cambios de posición	278	66%	240	57%	205	49%	64	15%	104	25%	120	29%	77	19%	75	18%	94	22%
Cambios de apósito	174	42%	194	46%	171	41%	12	3%	22	5%	19	5%	233	55%	203	49%	229	54%
Curación de heridas	60	14%	35	8%	22	5%	0	0%	2	0.4%	0	0%	359	86%	382	91.6%	397	95%
Baño de esponja	260	62%	71	17%	0	0%	37	9%	19	5%	0	0%	122	29%	329	78%	419	100%
Curación de catéteres	132	32%	63	15%	74	18%	28	7%	19	5%	18	4%	259	61%	337	80%	327	78%
Venocisis	330	79%	293	70%	298	71%	2	0.4%	1	0.2%	1	0.2%	87	20.6%	125	29.8%	120	28.8%
Registro de soluciones intravenosas	419	100%	419	100%	419	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Oxigenoterapia	305	73%	239	57%	289	69%	43	10%	84	20%	63	15%	71	17%	96	23%	67	16%
Aspiración de secreciones	96	23%	113	27%	150	36%	0	0%	0	0%	0	0%	323	77%	306	73%	269	64%
Lavado bronquial	55	13%	48	11%	68	16%	0	0%	0	0%	0	0%	364	87%	371	89%	351	84%
Cuidado de estomas	53	13%	50	12%	45	11%	7	2%	7	2%	7	2%	359	85%	362	86%	367	87%
Cuidado de tubos y drenes	338	81%	338	81%	338	81%	0	0%	0	0%	0	0%	81	19%	81	19%	81	19%
Cuidado de líneas invasivas	350	84%	350	84%	348	83%	0	0%	0	0%	0	0%	69	16%	69	16%	71	17%
Masaje	1	0.2%	0	0%	0	0%	418	99.8%	419	100%	419	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Vendaje de MI.	419	100%	407	97%	419	100%	0	0%	12	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Cuidado de aparatos: bombas, monitores, etc.	274	65%	212	51%	278	66%	59	14%	79	19%	46	11%	86	21%	128	30%	95	23%
Toma de muestras de laboratorio y gabinete.	269	64%	263	63%	310	74%	0	0%	0	0%	0	0%	150	36%	156	37%	109	26%
Transfusiones	40	10%	40	10%	40	10%	0	0%	0	0%	0	0%	379	90%	379	90%	379	90%
Otros: especificar	418	99.8%	418	99.8%	418	99.8%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%

## A.2.8 COGNITIVO PERCEPTUAL: ESTADO DE SALUD, ESTADO DE CONCIENCIA, ESTADO EMOCIONAL.

En la *Tabla 11*, se observa que el registro del Estado de Salud en sus diferentes categorías fue alto en las enfermeras del grupo experimental (100%); mientras que un alto porcentaje de las enfermeras del grupo control no lo registraron (rango entre 84% y 93%). Las enfermeras del grupo experimental registraron el 100% de las veces el Estado de Conciencia de los pacientes a su cargo; mientras que sólo el 84% de las del grupo control lo registraron. En lo que se refiere al Estado Emocional el 100% de las enfermeras del grupo experimental si lo registraron, mientras que solo el 60% del grupo control lo registraron.

**Tabla 11. Cognitivo Perceptual: Estado de Salud, Estado de Conciencia y Estado Emocional.**

COGNITIVO PERCEPTUAL	SI REGISTRADO POR LA ENFERMERA						NO REGISTRADO POR LA ENFERMERA						NO REGISTRADO POR EL MÉDICO							
	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO			
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%		
<b>Estado de salud</b>																				
Delicado	96	45%	96	45%	96	45%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Grave	82	39%	82	39%	82	39%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Muy grave	35	16%	35	16%	35	16%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>TOTALES</b>	<b>213</b>	<b>100%</b>	<b>213</b>	<b>100%</b>	<b>213</b>	<b>100%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Estado de conciencia</b>																				
Alerta	194	91.5%	194	91.5%	194	91.5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Letárgico	14	7%	14	7%	14	7%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Obrubilado	1	0.5%	1	0.5%	1	0.5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Semicomatoso	3	1%	3	1%	3	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Comatoso	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>TOTALES</b>	<b>212</b>	<b>100%</b>	<b>212</b>	<b>100%</b>	<b>212</b>	<b>100%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Estado emocional</b>																				
Tranquilo	159	75%	159	75%	159	75%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Ansioso	49	23%	49	23%	49	23%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Deprimido	4	2%	4	2%	4	2%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Agresivo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Apático	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>TOTALES</b>	<b>212</b>	<b>100%</b>	<b>212</b>	<b>100%</b>	<b>212</b>	<b>100%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>GRUPO CONTROL</b>																				
COGNITIVO PERCEPTUAL	SI REGISTRADO POR LA ENFERMERA						NO REGISTRADO POR LA ENFERMERA						NO REGISTRADO POR EL MÉDICO							
	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO			
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%		
<b>Estado de salud</b>																				
Delicado	62	15%	59	14%	63	15%	351	84%	354	85%	350	84%	6	1%	6	1%	6	1%		
Grave	44	11%	41	10%	46	11%	374	88.8%	377	89.8%	372	88.8%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%		
Muy grave	20	5%	16	4%	22	5%	391	93%	395	94%	389	93%	8	2%	8	2%	8	2%		
<b>TOTALES</b>																				
<b>Estado de conciencia</b>																				
Alerta	336	80%	333	80%	333	79%	31	7%	31	7%	31	7%	0	0%	0	0%	0	0%		
Letárgico	12	3%	9	2%	14	3%	15	5%	21	5%	17	5%	0	0%	0	0%	0	0%		
Obrubilado	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		
Semicomatoso	6	1.4%	5	1.4%	4	1.4%	9	1%	10	2%	10	2%	0	0%	0	0%	0	0%		
Comatoso	2	0.4%	2	0.4%	2	0.4%	7	2%	7	2%	7	2%	0	0%	0	0%	0	0%		
<b>TOTALES</b>	<b>357</b>	<b>85%</b>	<b>350</b>	<b>84%</b>	<b>354</b>	<b>84%</b>	<b>62</b>	<b>15%</b>	<b>69</b>	<b>16%</b>	<b>65</b>	<b>16%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>		
<b>Estado emocional</b>																				
Tranquilo	171	41%	174	42%	183	44%	52	12%	54	13%	32	8%	0	0%	0	0%	0	0%		
Ansioso	55	13%	52	12%	57	14%	50	12%	50	12%	50	12%	0	0%	0	0%	0	0%		
Deprimido	18	4%	14	3%	17	4%	56	14%	58	14%	69	16%	0	0%	0	0%	0	0%		
Agresivo	7	2%	9	2%	6	1%	5	1%	3	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		
Apático	5	1%	5	1%	5	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		
<b>TOTALES</b>	<b>256</b>	<b>61%</b>	<b>254</b>	<b>60%</b>	<b>268</b>	<b>64%</b>	<b>163</b>	<b>39%</b>	<b>165</b>	<b>40%</b>	<b>151</b>	<b>36%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>		



## A.2.9 OBSERVACIONES DE LA ENFERMERA.

Las enfermeras del grupo control nunca registraron los problemas y acciones conductuales del paciente pero si los fisiológicos en un 100% en comparación con las enfermeras del grupo experimental que además de reportar los problemas fisiológicos, reportaron los problemas y acciones conductuales del paciente. Además se observan diferencias en el número de problemas resueltos (evaluación) por parte de ambos grupos (92% para el grupo experimental y 54% para el grupo control). *Tabla 12.*

**Tabla 12. Observaciones de la enfermera.**

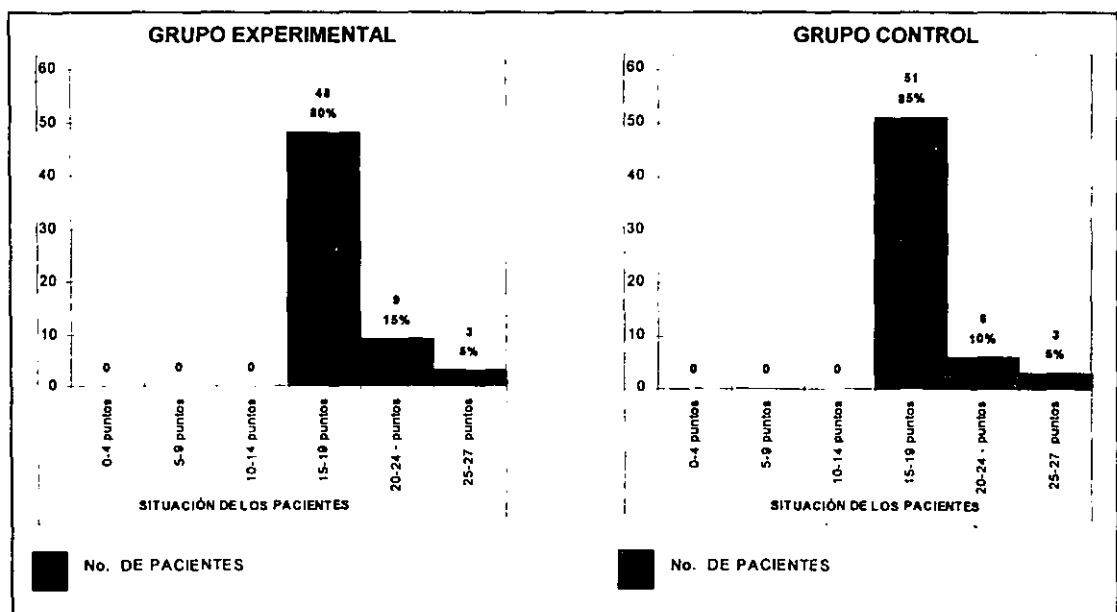
GRUPO EXPERIMENTAL						
OBSERVACIONES DE LA ENFERMERA	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO	
	#	%	#	%	#	%
<b>Problemas</b>						
Fisiológicos	143	67%	138	65%	152	72%
Conductuales	69	33%	74	35%	60	28%
<b>TOTALES</b>	<b>212</b>	<b>100%</b>	<b>212</b>	<b>100%</b>	<b>212</b>	<b>100%</b>
<b>Acciones</b>						
De acuerdo a problemas fisiológicos	0	0%	0	0%	0	0%
De acuerdo a problemas conductuales	0	0%	0	0%	0	0%
Ambos	212	100%	212	100%	212	100%
<b>TOTALES</b>	<b>212</b>	<b>100%</b>	<b>212</b>	<b>100%</b>	<b>212</b>	<b>100%</b>
<b>Evaluación</b>						
Problemas resueltos	189	89%	185	87%	194	92%
Problemas no resueltos	0	0%	0	0%	0	0%
Revaloración	23	11%	27	13%	18	8%
No específica	0	0%	0	0%	0	0%
<b>TOTALES</b>	<b>212</b>	<b>100%</b>	<b>212</b>	<b>100%</b>	<b>212</b>	<b>100%</b>
GRUPO CONTROL						
OBSERVACIONES DE LA ENFERMERA	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO	
	#	%	#	%	#	%
<b>Problemas</b>						
Fisiológicos	419	100%	419	100%	419	100%
Conductuales	0	0%	0	0%	0	0%
<b>TOTALES</b>	<b>419</b>	<b>100%</b>	<b>419</b>	<b>100%</b>	<b>419</b>	<b>100%</b>
<b>Acciones</b>						
De acuerdo a problemas fisiológicos	419	100%	419	100%	419	100%
De acuerdo a problemas conductuales	0	0%	0	0%	0	0%
Ambos	0	0%	0	0%	0	0%
<b>TOTALES</b>	<b>419</b>	<b>100%</b>	<b>419</b>	<b>100%</b>	<b>419</b>	<b>100%</b>
<b>Evaluación</b>						
Problemas resueltos	261	62%	225	54%	326	78%
Problemas no resueltos	53	13%	50	12%	38	9%
Revaloración	0	0%	0	0%	0	0%
No específica	105	25%	144	34%	55	13%
<b>TOTALES</b>	<b>419</b>	<b>100%</b>	<b>419</b>	<b>100%</b>	<b>419</b>	<b>100%</b>

## B. VARIABLE INTERVINIENTE: PADECIMIENTO ACTUAL Y EXPECTATIVAS DEL PACIENTE.

### B.1 Padecimiento Actual.

Para determinar el padecimiento actual, se utilizó y aplicó el sistema "Acute Physiology, Age, Chronic Health Evaluation II" (APACHE II); diseñado para evaluar la gravedad del padecimiento.

Como se muestra en la *Figura 1*, el 80% de los sujetos del grupo experimental tuvieron una puntuación de entre 15 y 19 puntos mientras que el 85% de los sujetos del grupo control obtuvieron puntajes dentro del mismo rango que el grupo experimental.



*Figura 1.* Situación del padecimiento actual de los pacientes de la UCI a su ingreso. APACHE II.

### B.2 Expectativas del Paciente.

Para esta variable, se aplicaron pruebas estadísticas de *t* de Student y Análisis de Varianza (ANOVA) para encontrar significancias en las diferentes categorías que conforman la variable.

Como se muestra en la *Tabla 13*, donde se aplicó la prueba estadística *t* de Student, para detectar posibles diferencias entre las medias del grupo control (GC) y experimental

(GE). Encontrándose que dichas diferencias fueron estadísticamente significativas entre un rango de .001 y .002 respectivamente. Como puede observarse, en cuanto a la valoración que le da el paciente a la habilidad de las enfermeras para satisfacer sus necesidades en la recuperación, la media para los grupos fue de 3.0 (GC) y 2.0 para el grupo experimental.

En cuanto a la percepción de los pacientes en relación al porque de la mejoría de su condición de salud, las diferencias fueron significativas al .001 (GC  $\bar{X}$ = 3.5, GE  $\bar{X}$ = 1.0).

También resultó significativo (.001) las razones por las que el paciente valoriza la habilidad de las enfermeras para satisfacer sus necesidades en la recuperación de la salud; la media para el grupo control fue de 4.00 y para el grupo experimental de 1.00.

En relación a las razones por las cuales los pacientes manifestaron su seguridad para continuar su proceso curativo, la significancia fue de .002, con una media de 3.00 para el grupo control y de 1.75 para el grupo experimental.

**Tabla 13. Expectativas del paciente I.**

Percepción de los pacientes en relación a:	Grupo Control ( $\bar{X}$ )	Grupo Experimental ( $\bar{X}$ )	Significancia*
1. Habilidad para satisfacer necesidades.	3.00	2.00	0.001
2. Percepción en relación a la mejoría.	3.50	1.00	0.001
3. Razones: Habilidad para satisfacer necesidades.	4.00	1.00	0.001
4. Razones: Seguridad para su proceso curativo.	3.00	1.75	0.002

\*: Significancia .05.

Para las restantes expectativas, la significancia fue de .000; como puede observarse en la *Tabla 14*, donde se reportan las medias para cada grupo.

**Tabla 14. Expectativas del paciente II.**

EXPECTATIVAS (percepción de los pacientes)	Grupo Control ( $\bar{X}$ )	Grupo Experimental ( $\bar{X}$ )	Significancia*
1. Estado de ánimo al egreso del servicio.	2.80	1.20	0.000
2. Mejoría de la condición de salud.	1.30	1.00	0.000
3. Seguridad para continuar el proceso curativo fuera de la UCI.	1.30	1.00	0.000
4. Recomendaciones en relación al servicio y cuidado de enfermería.	2.40	1.10	0.000
5. Comentarios de agrado por el cuidado proporcionado.	3.55	2.05	0.000

\*: Significancia .05.

En lo que respecta a la percepción de los pacientes en relación a los cuidados proporcionados por las enfermeras de la UCI durante su estancia en el servicio, se observaron diferencias significativas en las medias de los grupos (.001) en la categoría "*Las enfermeras me hicieron sentir seguro (a gusto)*", (GC  $\bar{X}$ = 2.25, GE  $\bar{X}$ =1.65). Las demás categorías tuvieron diferencias estadísticamente significativas al .000, como se muestra en la *Tabla 15*.

En cuanto a los comentarios de los pacientes en relación al cuidado recibido, también se observaron diferencias significativas (.000) entre los grupos (en el grupo control la media fue de 1.85 y la del grupo experimental de 1.00).

Finalmente, en lo referente a la percepción de los pacientes en relación al turno donde las enfermeras de la UCI los trataron mejor, se encontraron diferencias significativas entre los grupos al .000. Siendo las medias de los grupos de 4.00 para el grupo control y de 1.65 para el experimental.

En lo que se refiere a la percepción de las cosas que más le molestaron al paciente por parte del personal de enfermería de la UCI durante su proceso de recuperación, se aplicó el ANOVA para detectar posibles diferencias entre los grupos control y experimental. Además se tomó en cuenta el turno de las enfermeras (matutino, vespertino y nocturno) encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las 7 categorías, como se observa en la *Tabla 16*.

**Tabla 15.** Percepción de los pacientes en cuanto a los cuidados recibidos por parte de las enfermeras de la UCI.

<b>Percepción de los pacientes en cuanto a los cuidados recibidos por parte de las enfermeras.</b>	<b>Grupo Control (X)</b>	<b>Grupo Experimental (X)</b>	<b>Significancia*</b>
1. Atención individualizada.	2.05	1.00	0.000
2. Ayuda brindada.	1.90	1.00	0.000
3. Información acerca de la enfermedad.	2.25	1.00	0.000
4. Cortesía.	2.10	1.00	0.000
5. Explicaciones comprensibles.	2.65	1.00	0.000
6. Compasividad.	2.10	1.00	0.000
7. Explicación de pruebas y procedimientos.	2.65	1.00	0.000
8. Puntualidad y ayuda oportuna.	2.00	1.00	0.000
9. Valoración frecuente de la condición de salud.	2.10	1.00	0.000
10. Información constante de lo que sucedía.	2.25	1.05	0.000
11. Colocación accesible de las cosas.	1.80	1.00	0.000
12. Apoyo emocional.	2.55	1.00	0.000
13. Cuidado de enfermería como factor importante en la recuperación de la salud.	1.60	1.00	0.000
14. Consideración de las necesidades y problemas del paciente.	2.10	1.00	0.000

\*: Significancia .05.

**Tabla 16. Percepción de molestia de los pacientes con respecto a las enfermeras de la UCI.**

Percepción de molestia con respecto a las enfermeras	Entre Grupos ( $\bar{X}$ )	Dentro de Grupos ( $\bar{X}$ )	Significancia*
1. Hacen Mucho Ruido.	2.0000	0.1096	0.0000
2. Hablan fuerte y mucho entre ellas.	2.2280	0.0974	0.0000
3. Son poco tolerantes.	0.3883	0.0846	0.0008
4. A veces lo ignoran a uno.	0.7133	0.1149	0.0000
5. No tienen paciencia.	0.4638	0.0811	0.0001
6. Desaprobación de muchas cosas que hacen los pacientes.	0.6283	0.1127	0.0001
7. Molestia por no hacer las cosas como ellas quieren.	0.6000	0.1079	0.0001

\*: Significancia .05.

Con la finalidad de detectar las posibles diferencias entre los grupos, tomando en cuenta el turno de las enfermeras se aplicó la prueba posteriori (post hoc) de Scheffé hallándose los siguientes resultados como se observa en la *Tabla 17*.

**Tabla 17. Prueba Post Hoc de Scheffé.**

Percepción de molestia con respecto a las enfermeras	GRUPOS ( $\bar{X}$ )						SIGNIFICANCIA	Post Hoc Scheffé
	1	2	3	4	5	6		
1. Hacen Mucho Ruido.	2.0000	2.0000	2.0000	1.5000	1.7500	1.2500	0.050	3,2 Y 1 con respecto al 4 y al 6*
2. Hablan fuerte y mucho entre ellas.	2.0000	2.0000	2.0000	1.4000	1.8500	1.2500	0.050	3,2,1 y 5 con respecto al 4 y al 6*
3. Son poco tolerantes.	2.0000	2.0000	2.0000	1.8500	1.8500	1.6500	0.050	3,2 Y 1 con respecto al 4 y al 6*
4. A veces lo ignoran a uno.	2.0000	2.0000	2.0000	1.6500	1.7500	1.6000	0.050	3,2 Y 1 con respecto al 4 y al 6*
5. Molestia por no hacer las cosas como ellas quieren.	2.0000	2.0000	2.0000	1.7500	1.7500	1.6000	0.050	3,2 Y 1 con respecto al 4 y al 6*
6. No tienen paciencia.	2.0000	2.0000	2.0000	1.9500	1.7500	1.6500	0.050	3,2 Y 1 con respecto al 4 y al 6*

### **C. VARIABLE INDEPENDIENTE: RELACIÓN INTERPERSONAL ENFERMERA - PACIENTE.**

Para esta variable, se elaboraron figuras donde se muestran en la ordenada los porcentajes promedio de ocurrencia del comportamiento de las categorías tanto positivas como negativas de las enfermeras y de los pacientes, tanto en línea base múltiple como en la fase de tratamiento. La abscisa representa las sesiones que se registraron en días a lo largo de las fases de línea base y tratamiento de ambos sujetos.

Cabe señalar que se presentan los datos generales de las enfermeras y de los pacientes a través de las dos fases del estudio. Las enfermeras de la UCI se asignaron aleatoriamente (al azar) para conformar grupos de tres en los diferentes turnos (matutino, vespertino y nocturno); con sus respectivos pacientes. Registrándose las conductas positivas y negativas.

#### **Categorías Conductuales Enfermera.**

De la *Figura 2 a la 13*, se muestra en la línea base múltiple el comportamiento de las enfermeras de los diferentes turnos del grupo experimental y control; donde las categorías conductuales positivas Proximidad y Compartir son las categorías de alta frecuencia en ambos grupos (rangos de 50% a 80%), Acercamientos Breves con un rango de 10% a 40%, Contacto Visual y Contacto Físico con rangos de 5% a 20%. Mientras que las categorías Premiar, Peticiones Verbales, Sonreír, Reír y Modelamiento, obtuvieron porcentajes de ocurrencia de 0% (categorías de baja frecuencia). Las categorías negativas Desaprobar e Ignorar presentaron rangos de ocurrencia entre 10% a 20%.

A lo largo de la fase de tratamiento, se observa un cambio en el comportamiento de las enfermeras experimentales, sobre todo en las categorías Compartir y Proximidad con un rango de 80% a 100%, Contacto Visual y Contacto Físico con un rango de 50% a 80%, Peticiones Verbales, Premiar, Sonreír, Modelamiento y Reír, obtuvieron rangos de 30% a 70%; la categoría Acercamientos Breves, no mostró ningún cambio significativo. Las categorías negativas Desaprobar e Ignorar presentaron porcentajes de ocurrencia de 0% en esta fase.

En el grupo control, en la fase sin tratamiento, no hubo cambios significativos en las categorías conductuales positivas. Las categorías negativas Desaprobar e Ignorar continuaron con porcentajes de ocurrencia de 10% a 20%. Como puede observarse los porcentajes de ocurrencia fueron muy similares en ambas fases.

# EFFECTOS DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS POSITIVAS

## COMPARTIR

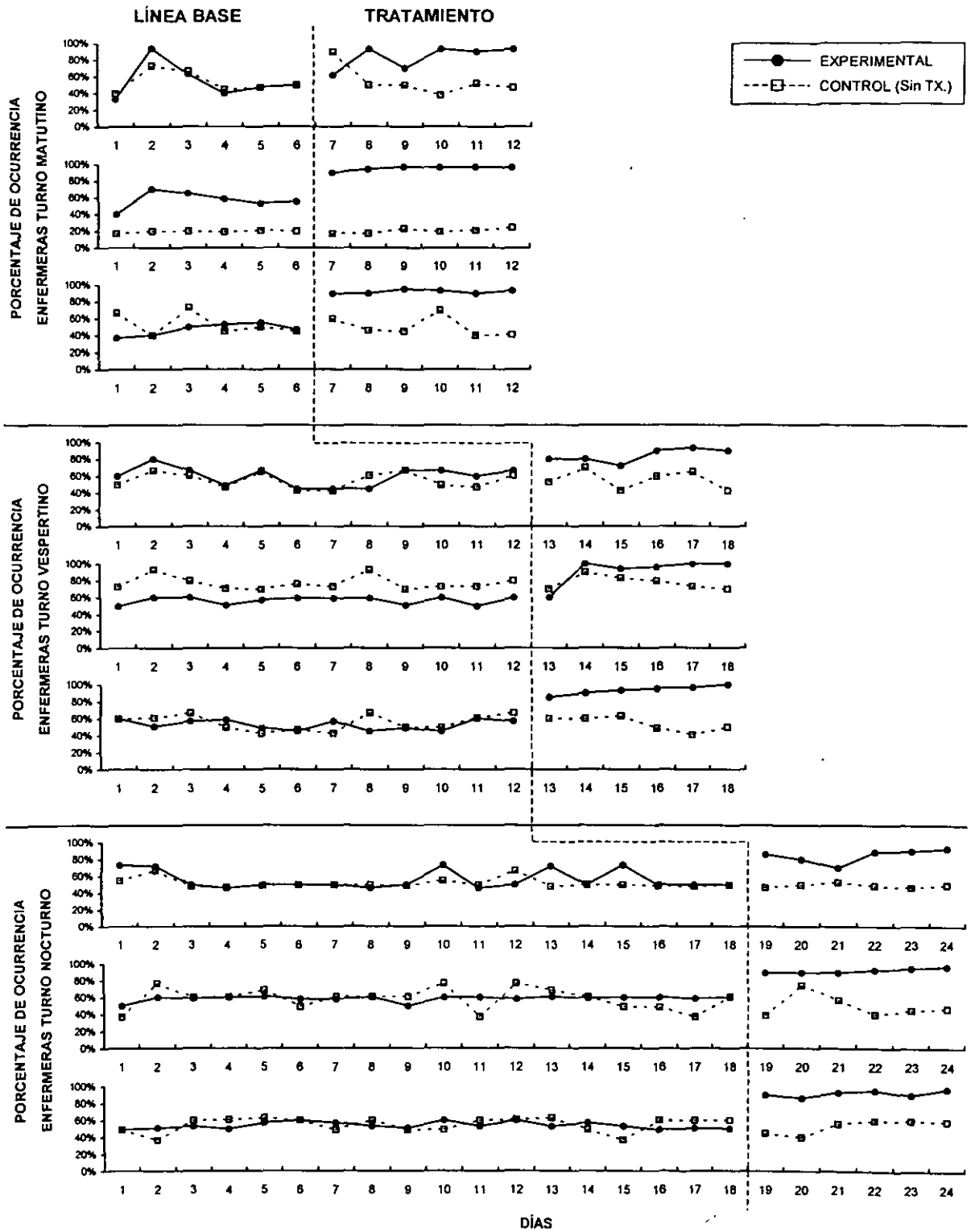


Figura 2. Efectos del tratamiento. Conductas positivas (Enfermera).



## EFECTOS DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS POSITIVAS

PROXIMIDAD > 5 seg.

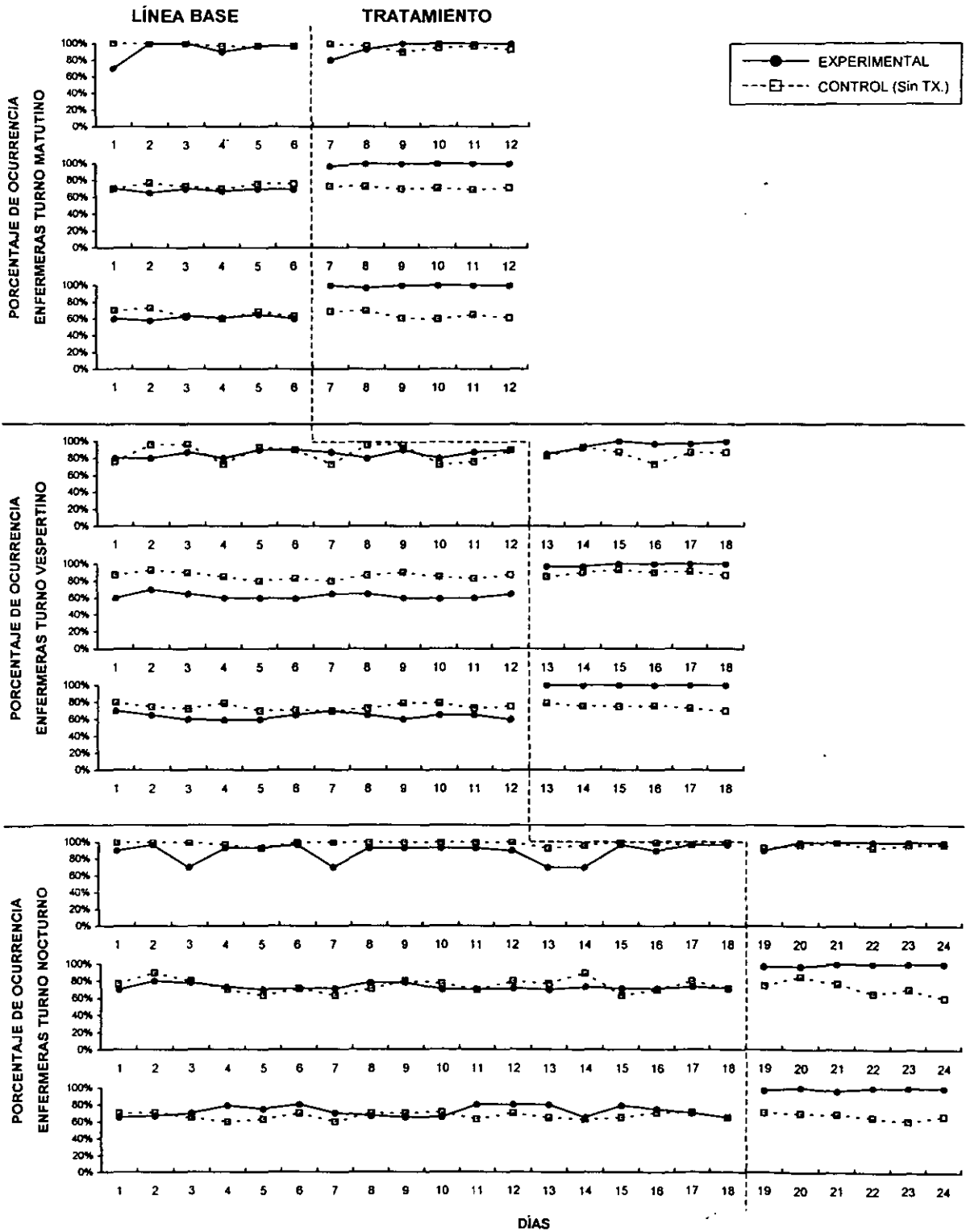


Figura 3. Efectos del tratamiento. Conductas positivas (Enfermera).

# EFFECTOS DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS POSITIVAS

## ACERCAMIENTOS BREVES < 5 seg.

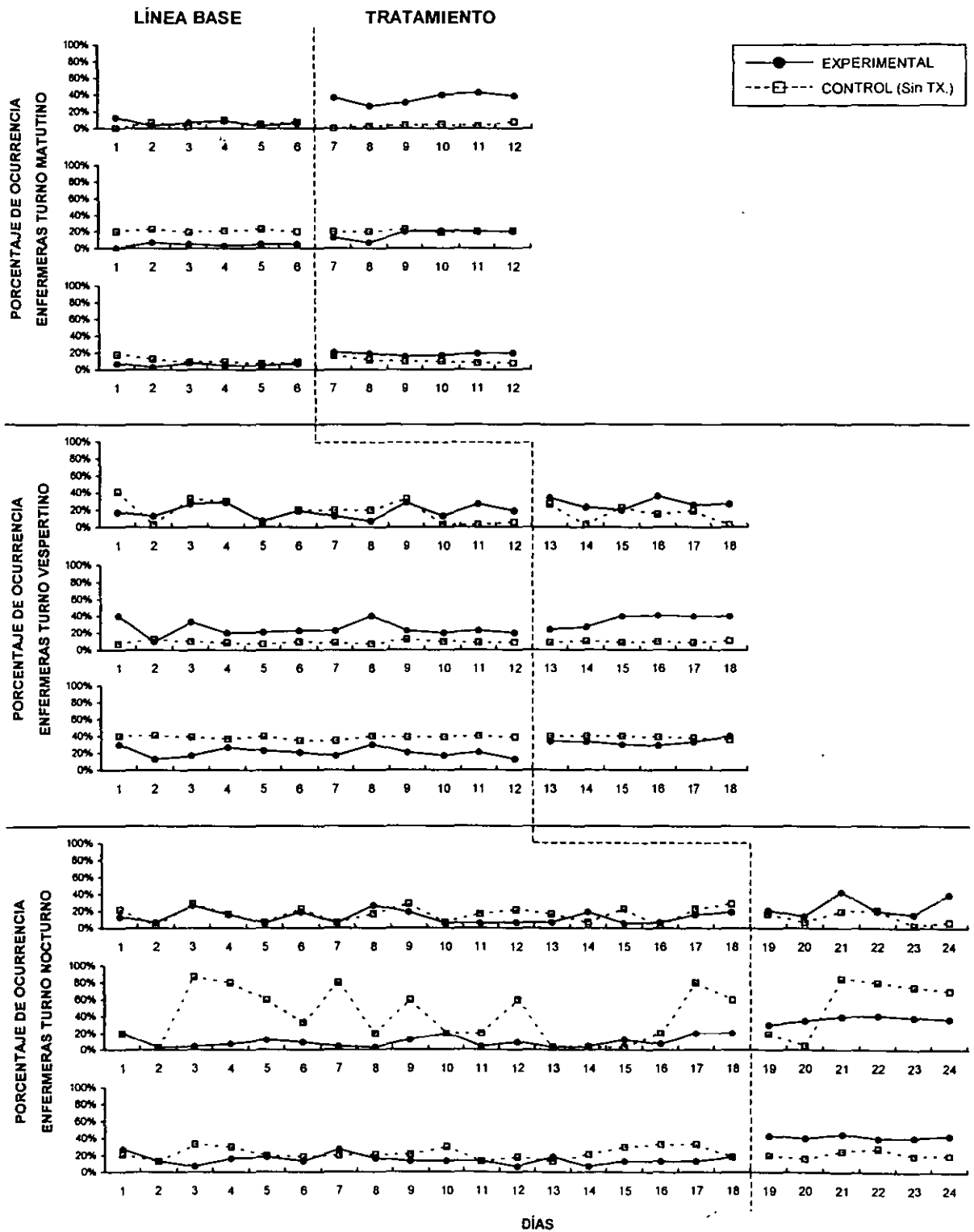


Figura 4. Efectos del tratamiento. Conductas positivas (Enfermera).

## EFECTOS DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS POSITIVAS

### CONTACTO VISUAL

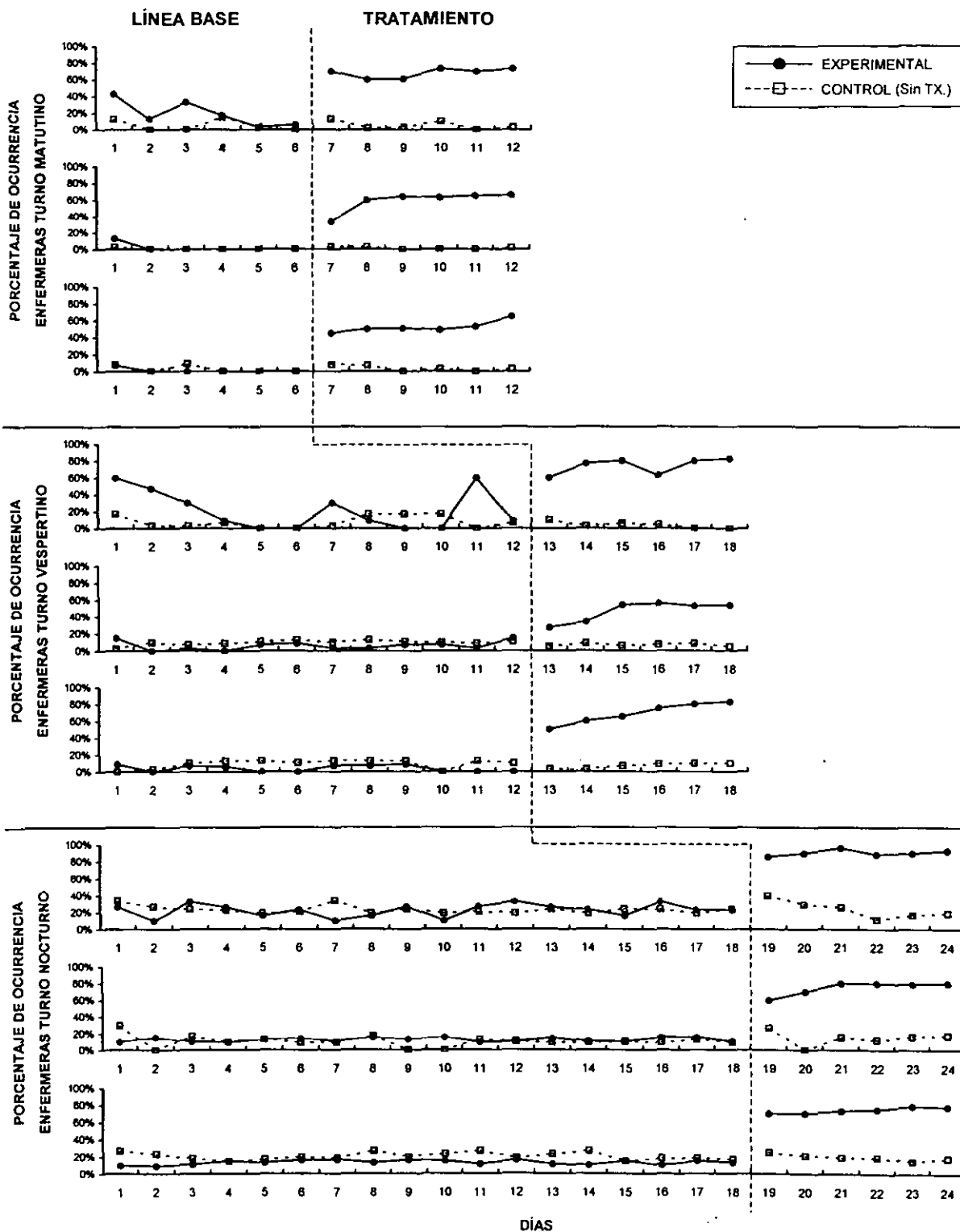


Figura 5. Efectos del tratamiento. Conductas positivas (Enfermera).

# EFFECTOS DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS POSITIVAS

## CONTACTO FÍSICO

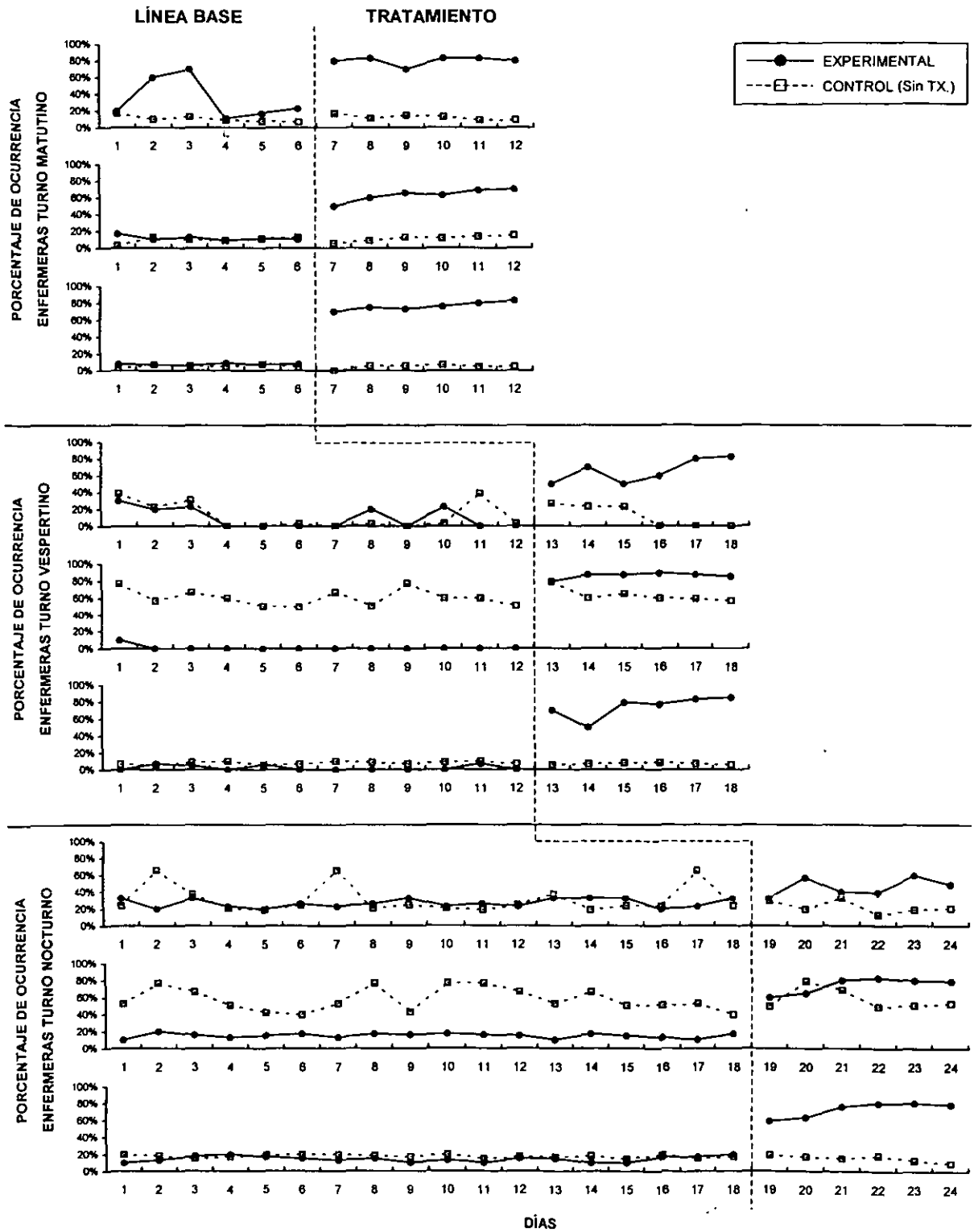


Figura 6. Efectos del tratamiento. Conductas positivas (Enfermera).

## EFECTOS DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS POSITIVAS

### PREMIAR

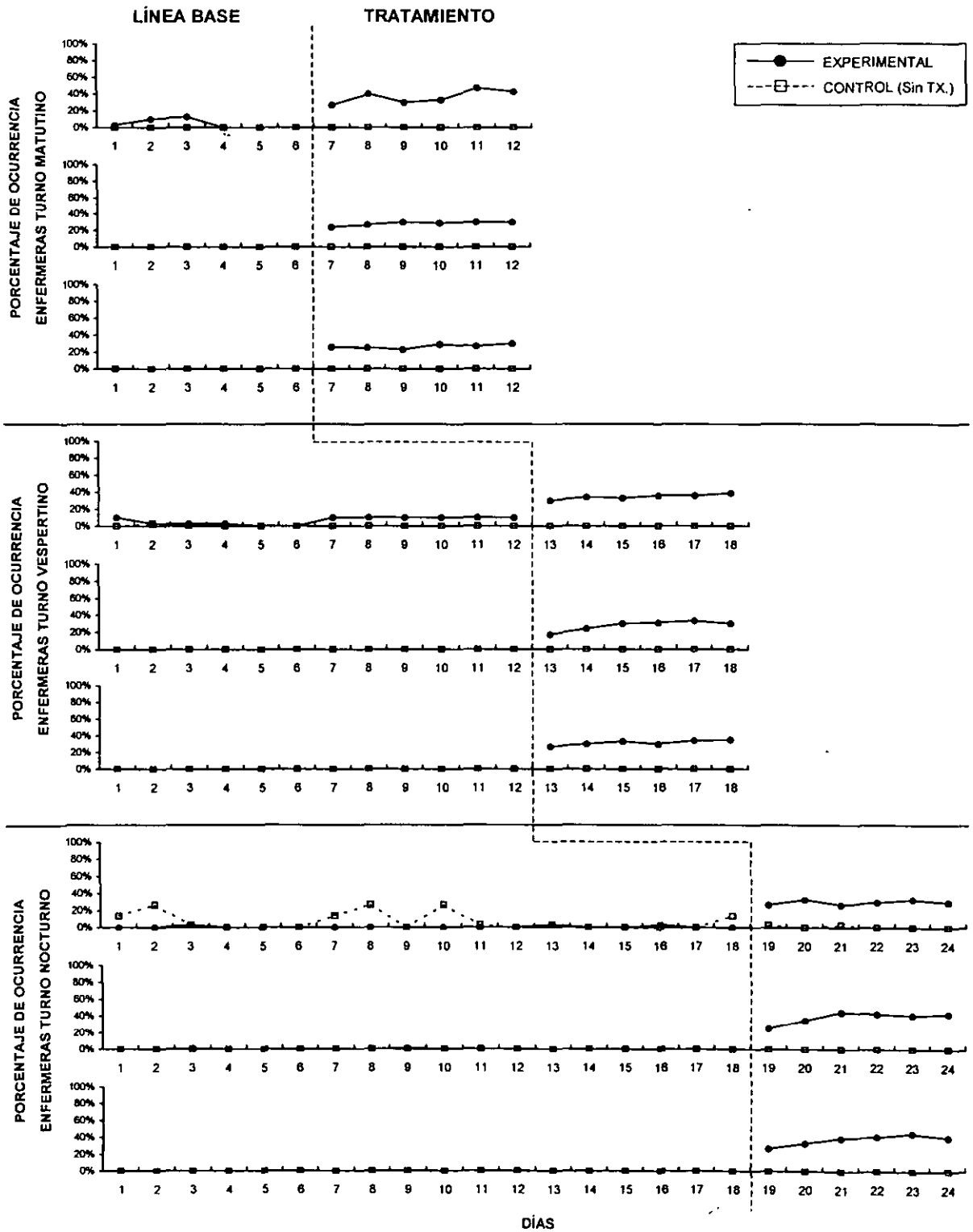


Figura 7. Efectos del tratamiento. Conductas positivas (Enfermera).

## EFECTOS DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS POSITIVAS

### PETICIONES VERBALES

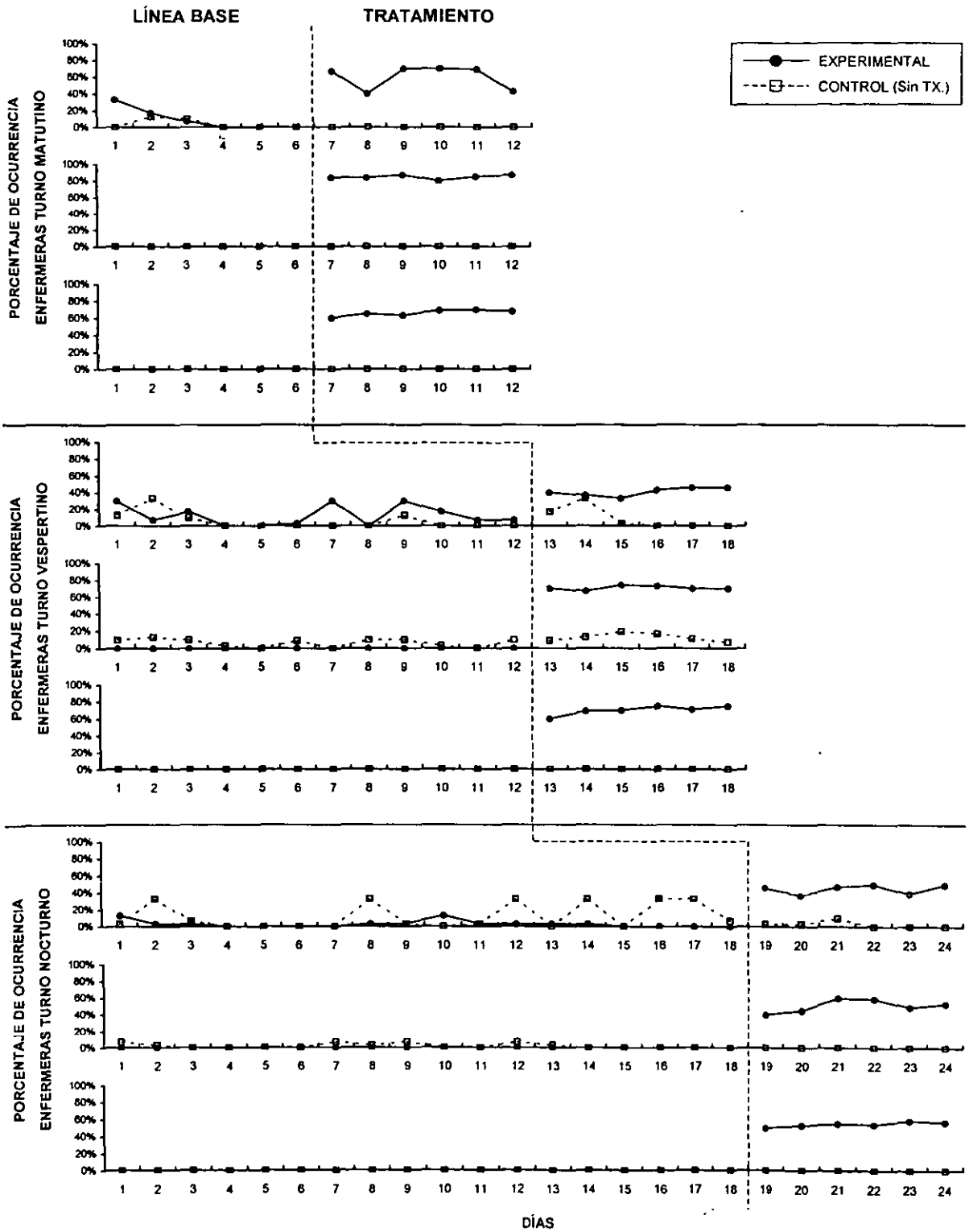
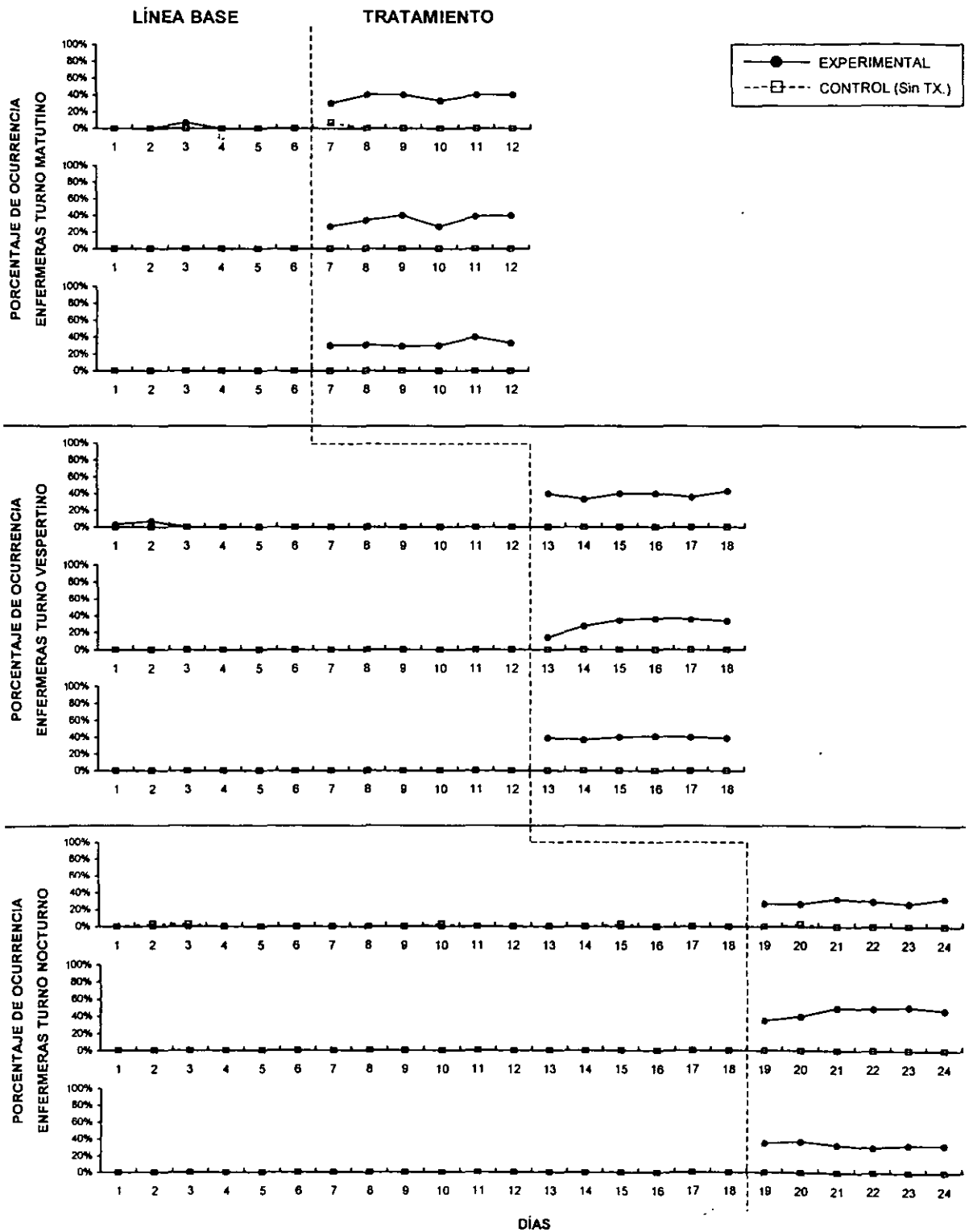


Figura 8. Efectos del tratamiento. Conductas positivas (Enfermera).

## EFECTOS DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS POSITIVAS

### SONREÍR



## EFECTOS DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS POSITIVAS

### REIR

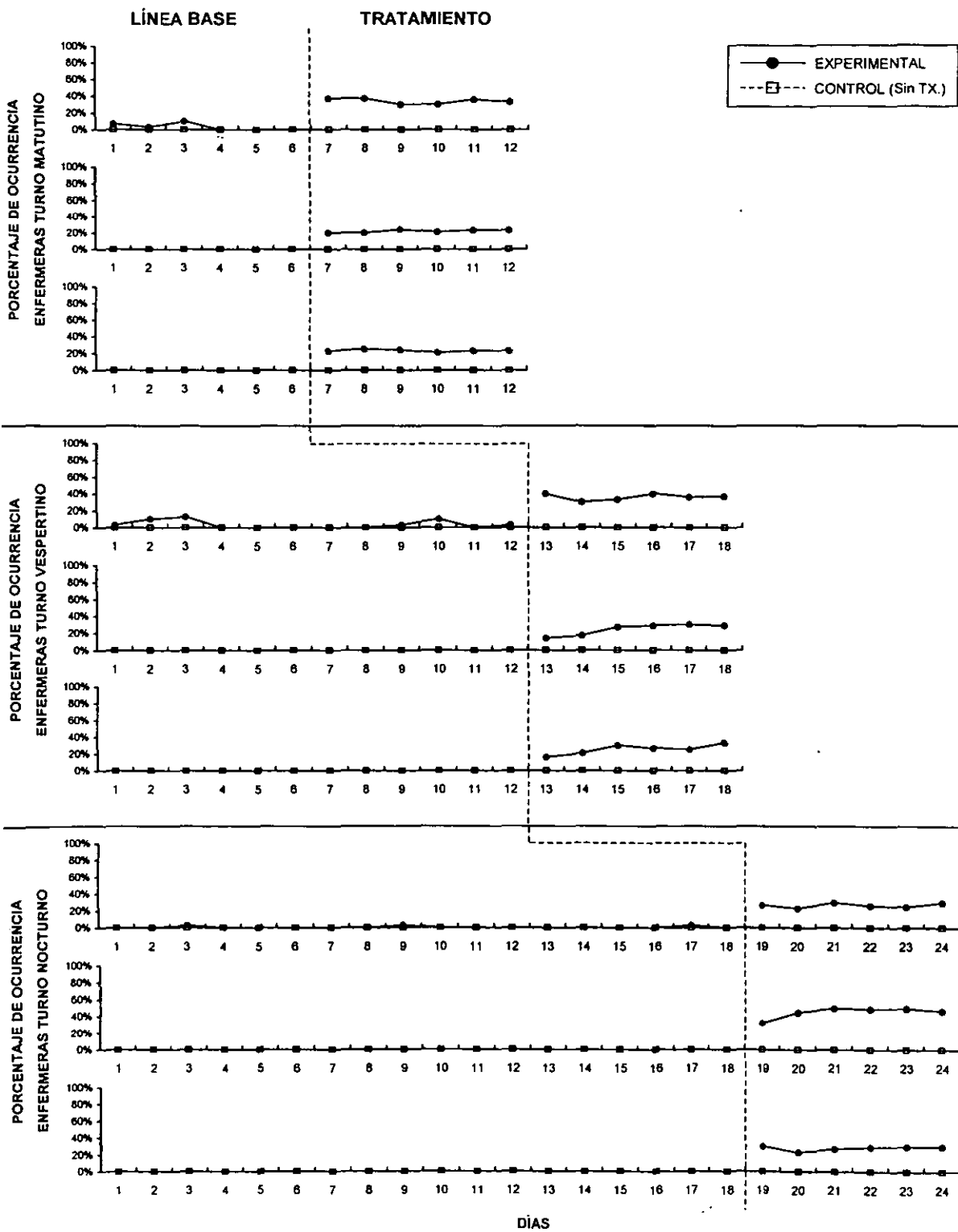
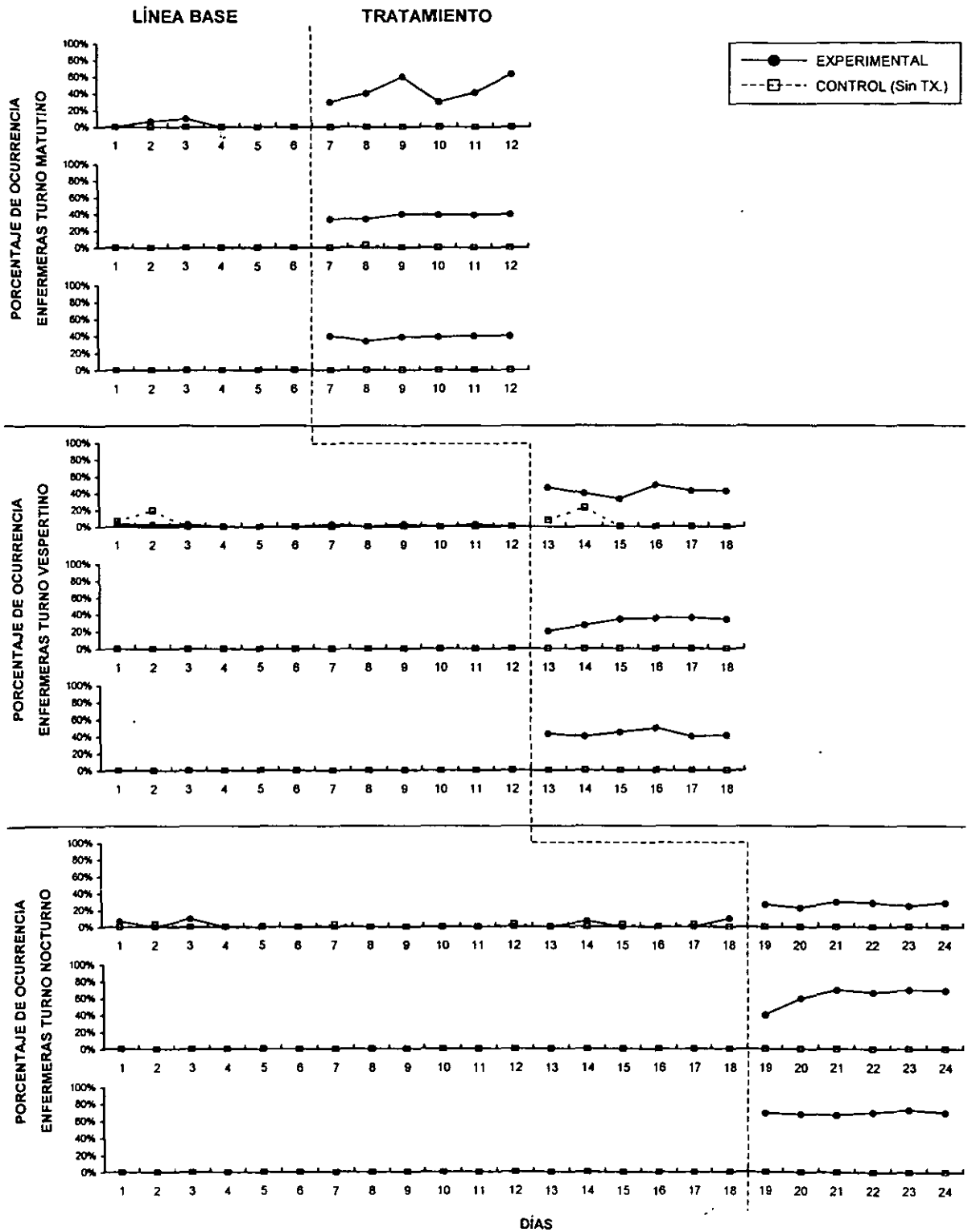


Figura 10. Efectos del tratamiento. Conductas positivas (Enfermera).



## EFECTOS DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS POSITIVAS

### MODELAMIENTO



## EFECTOS DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS NEGATIVAS

### DESAPROBAR

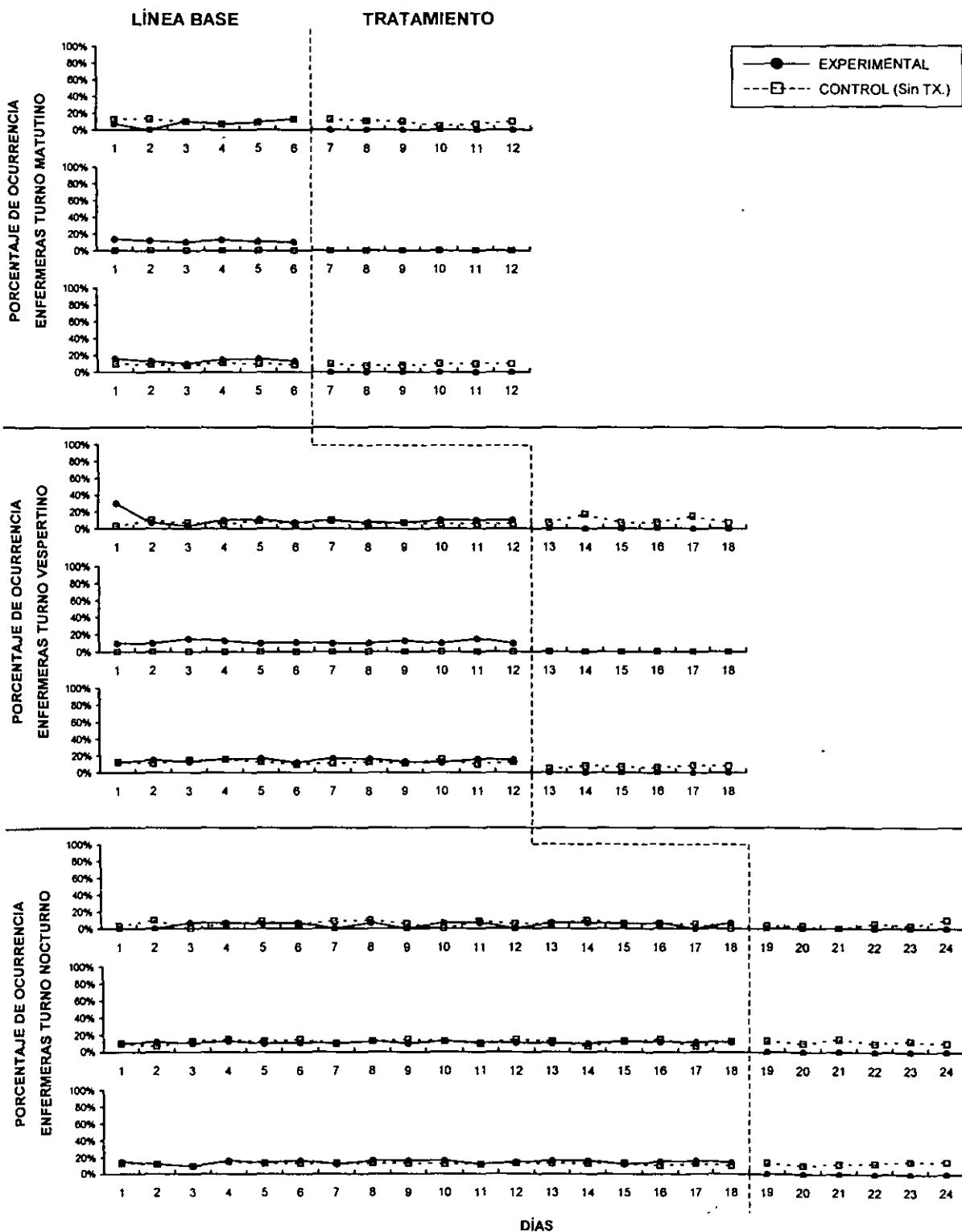


Figura 12. Efectos del tratamiento. Conductas negativas (Enfermera).

## EFECTOS DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS NEGATIVAS

### IGNORAR

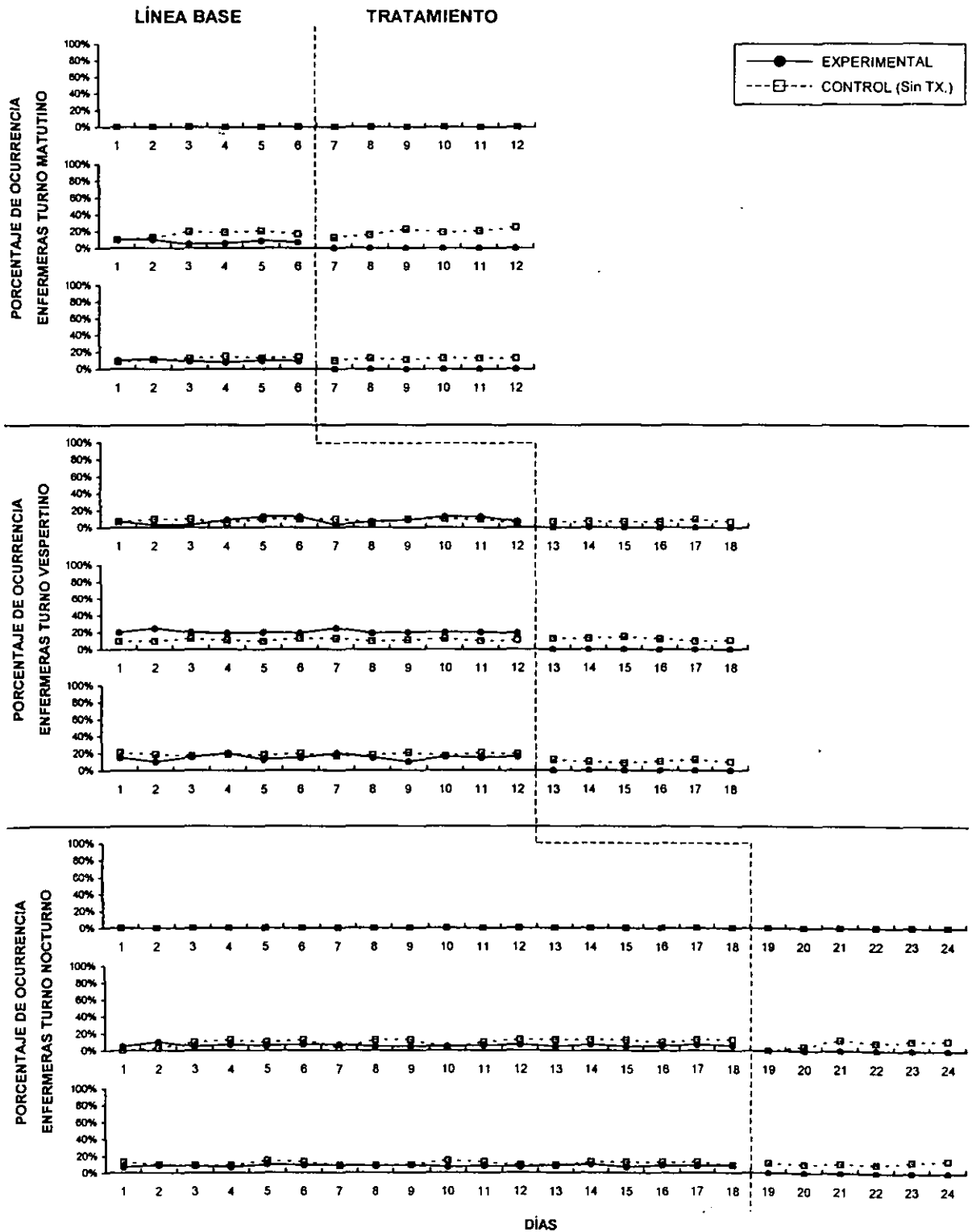


Figura 13. Efectos del tratamiento. Conductas negativas (Enfermera).

## **Categorías Conductuales Paciente.**

De la *Figura 14 a la 24*, se muestran los resultados del comportamiento de las categorías conductuales positivas y negativas de los pacientes de los grupos experimental y control. Se puede observar en la línea base múltiple el comportamiento en ambos grupos, donde las categorías conductuales positivas Aceptación, Seguir Instrucciones, Contacto Visual y Atención, obtuvieron porcentajes de ocurrencia similares con rangos de 10% a 40%. Las categorías Contacto Físico, Peticiones Verbales, Sonreír, Reír y Elogiar, obtuvieron porcentajes de ocurrencia de 0% para ambos grupos en esta fase. Las categorías conductuales negativas Desacuerdo e Ignorar obtuvieron porcentajes similares con un rango de 5% a 8% de ocurrencia.

En la fase de tratamiento, se observa un cambio en el comportamiento de los pacientes del grupo experimental, sobre todo en las categorías Aceptación, Seguir Instrucciones, Contacto Visual y Atención, obtuvieron porcentajes de ocurrencia entre un rango de 70% a 90%; Contacto Físico, Peticiones Verbales, Sonreír, Reír y Elogiar, obtuvieron rangos de ocurrencia de 20% a 40%. Mientras las categorías negativas Desacuerdo e Ignorar, se obtuvo 0% de ocurrencia en esta fase.

En el grupo control en la fase sin tratamiento, no se observan diferencias significativas en las conductas positivas. Sin embargo las conductas negativas continuaron con rangos de ocurrencia de 5% a 10% respectivamente.

## REFLEJO DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS POSITIVAS

### ACEPTACIÓN

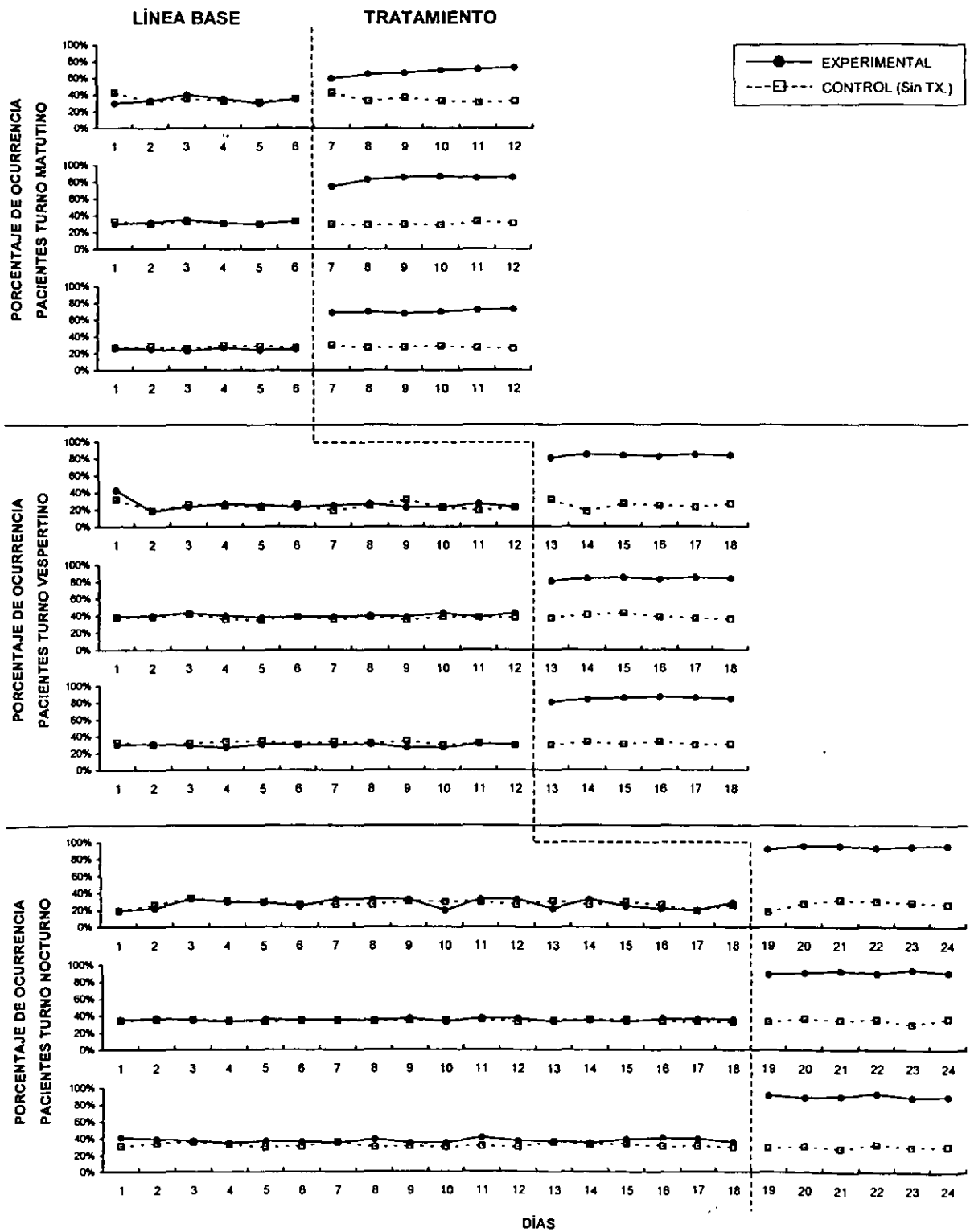


Figura 14. Reflejo del tratamiento. Conductas positivas (Paciente).

## REFLEJO DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS POSITIVAS

### SEGUIR INSTRUCCIONES

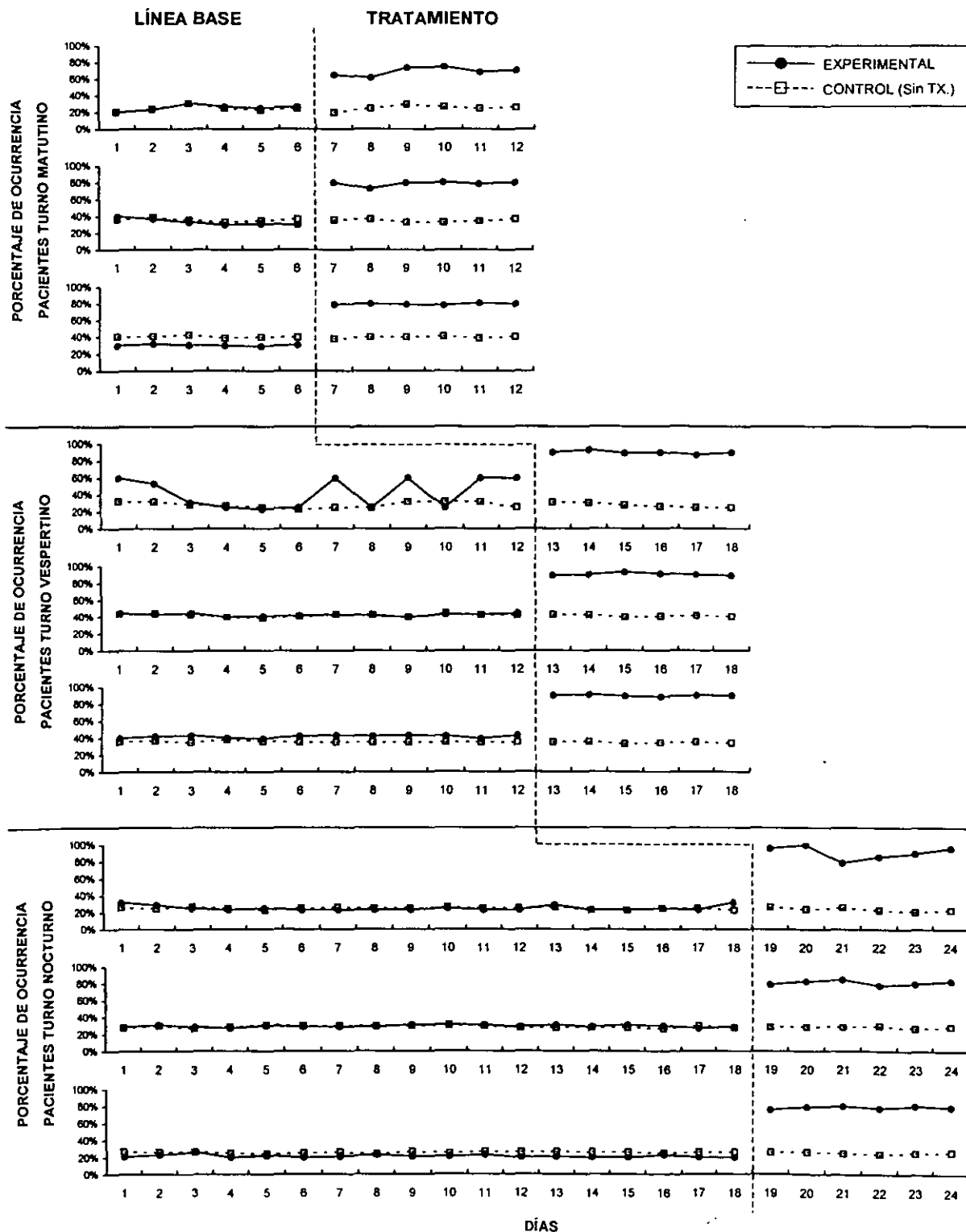


Figura 15. Reflejo del tratamiento. Conductas positivas (Paciente).

## REFLEJO DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS POSITIVAS

### CONTACTO VISUAL

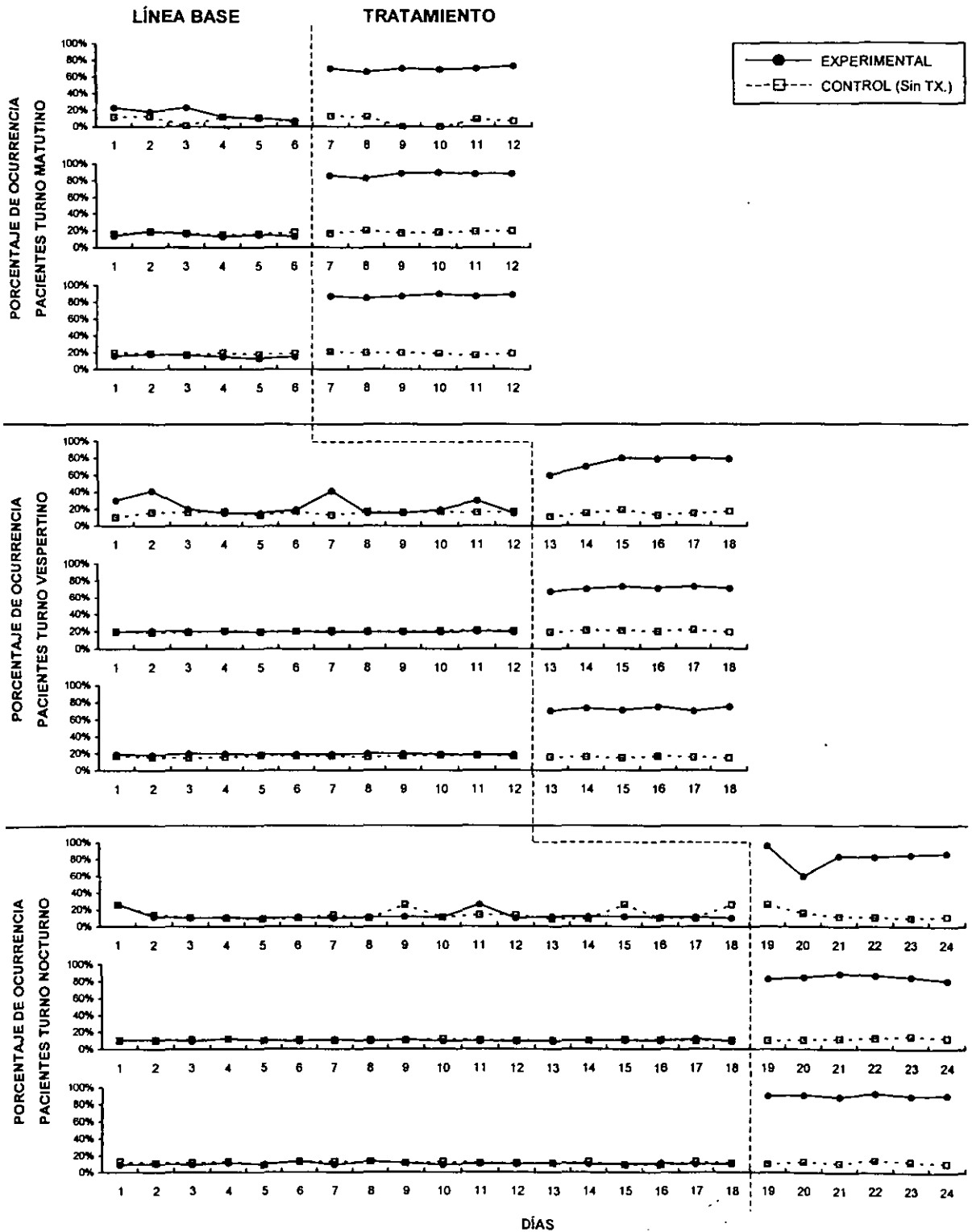


Figura 16. Reflejo del tratamiento. Conductas positivas (Paciente).

## REFLEJO DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS POSITIVAS

### ATENCIÓN

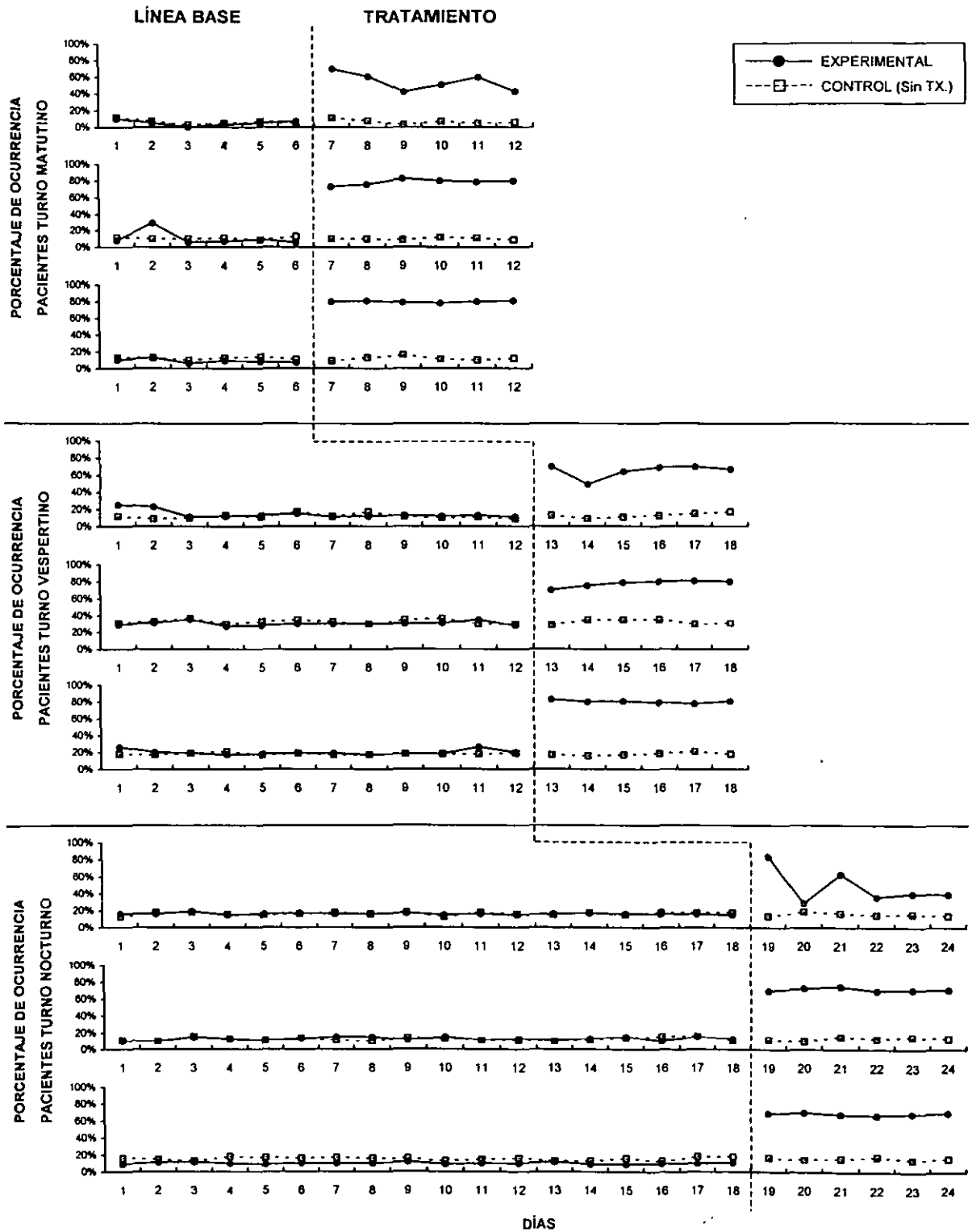


Figura 17. Reflejo del tratamiento. Conductas positivas (Paciente).



## REFLEJO DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS POSITIVAS

### CONTACTO FÍSICO

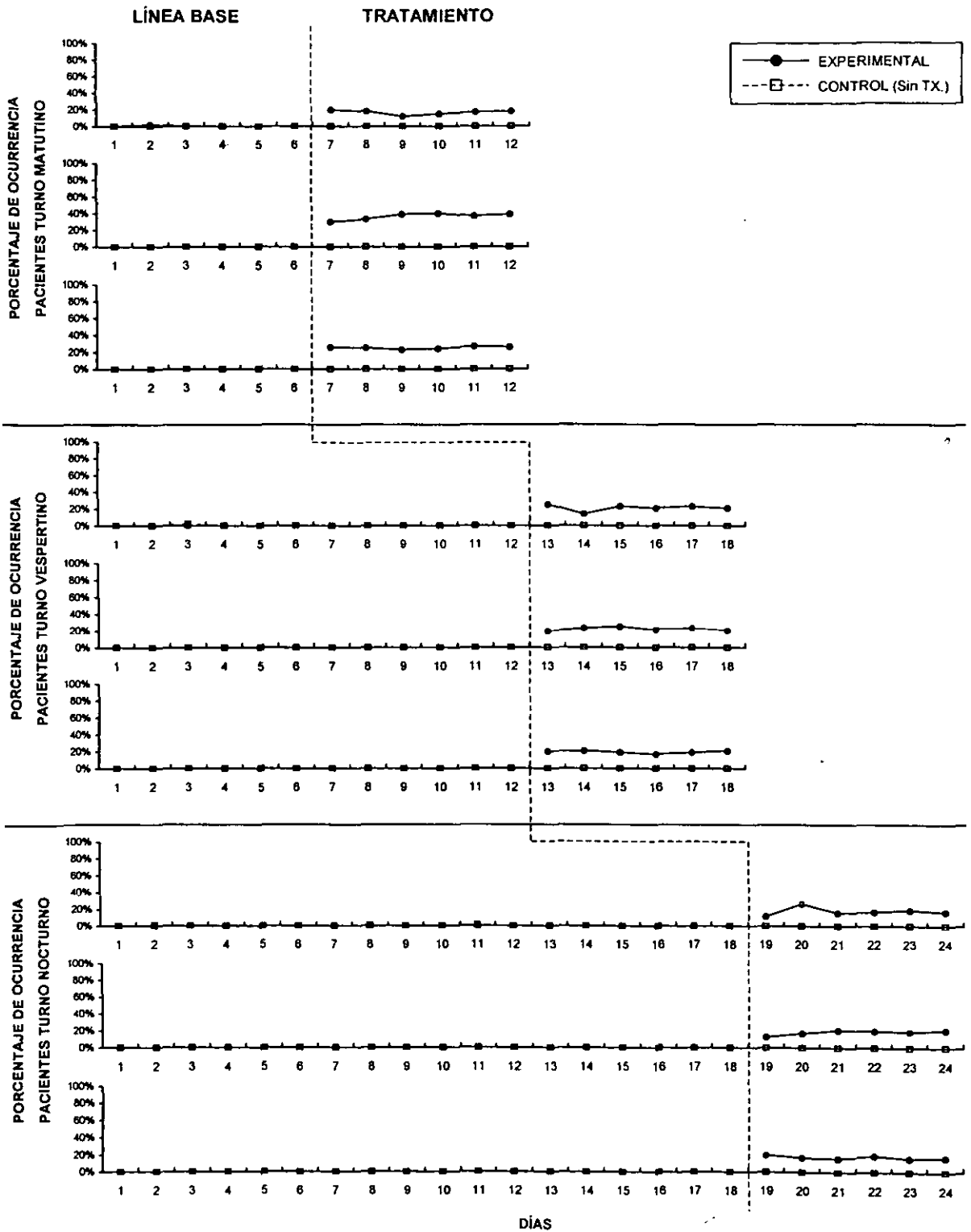


Figura 18. Reflejo del tratamiento. Conductas positivas (Paciente).

## REFLEJO DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS POSITIVAS

### PETICIONES VERBALES

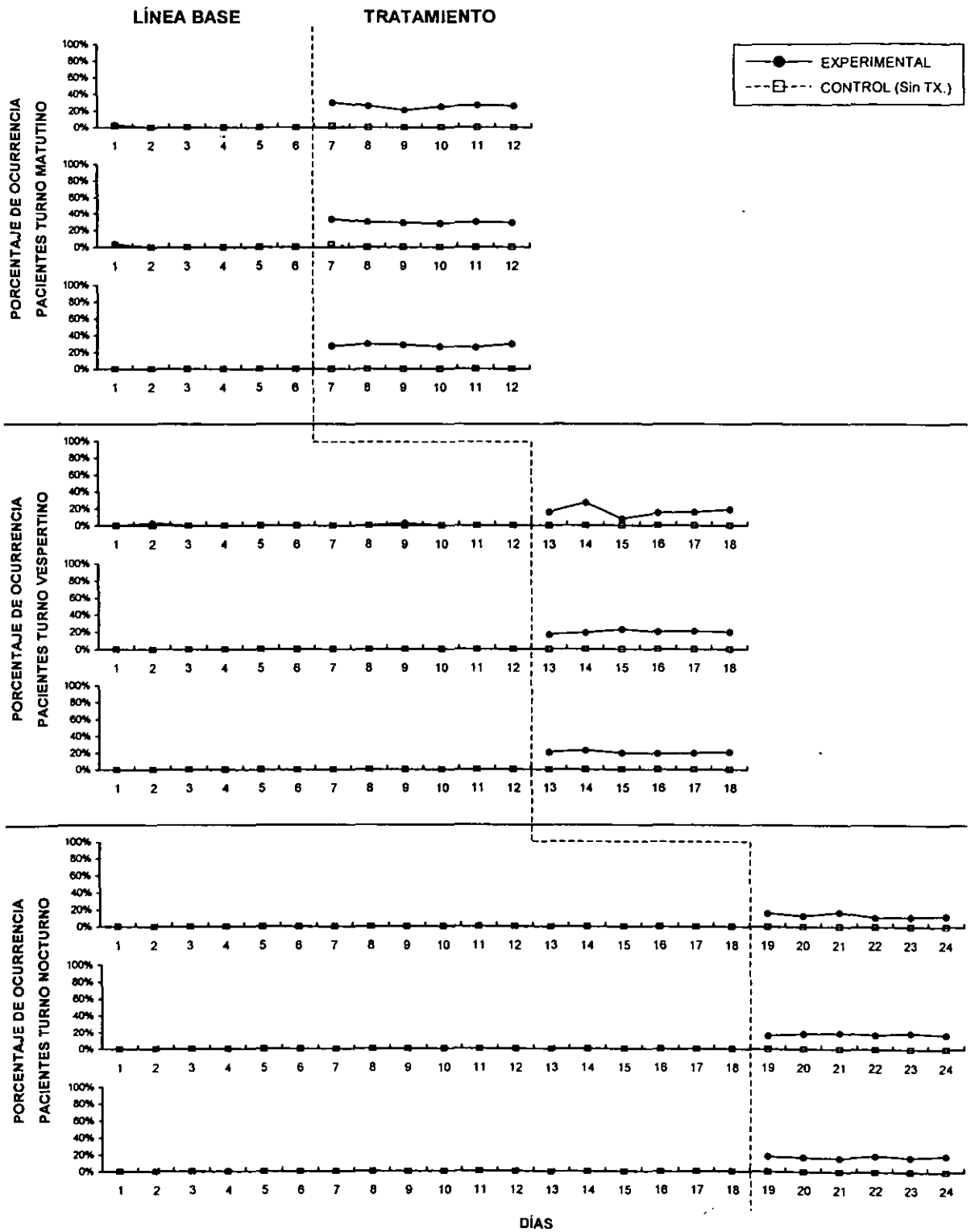


Figura 19. Reflejo del tratamiento. Conductas positivas (Paciente).

## REFLEJO DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS POSITIVAS

### SONREÍR

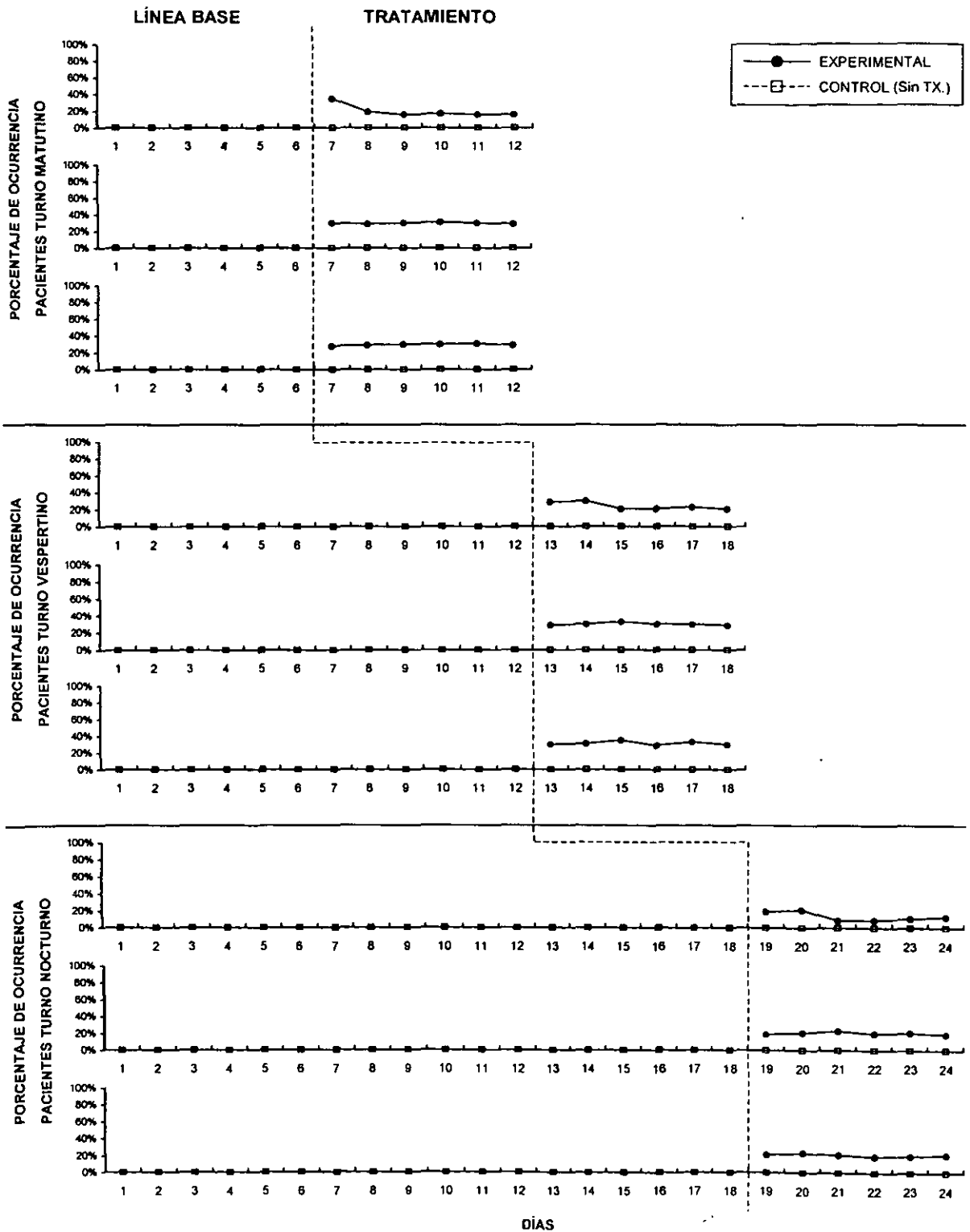


Figura 20. Reflejo del tratamiento. Conductas positivas (Paciente).

## REFLEJO DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS POSITIVAS

### REIR

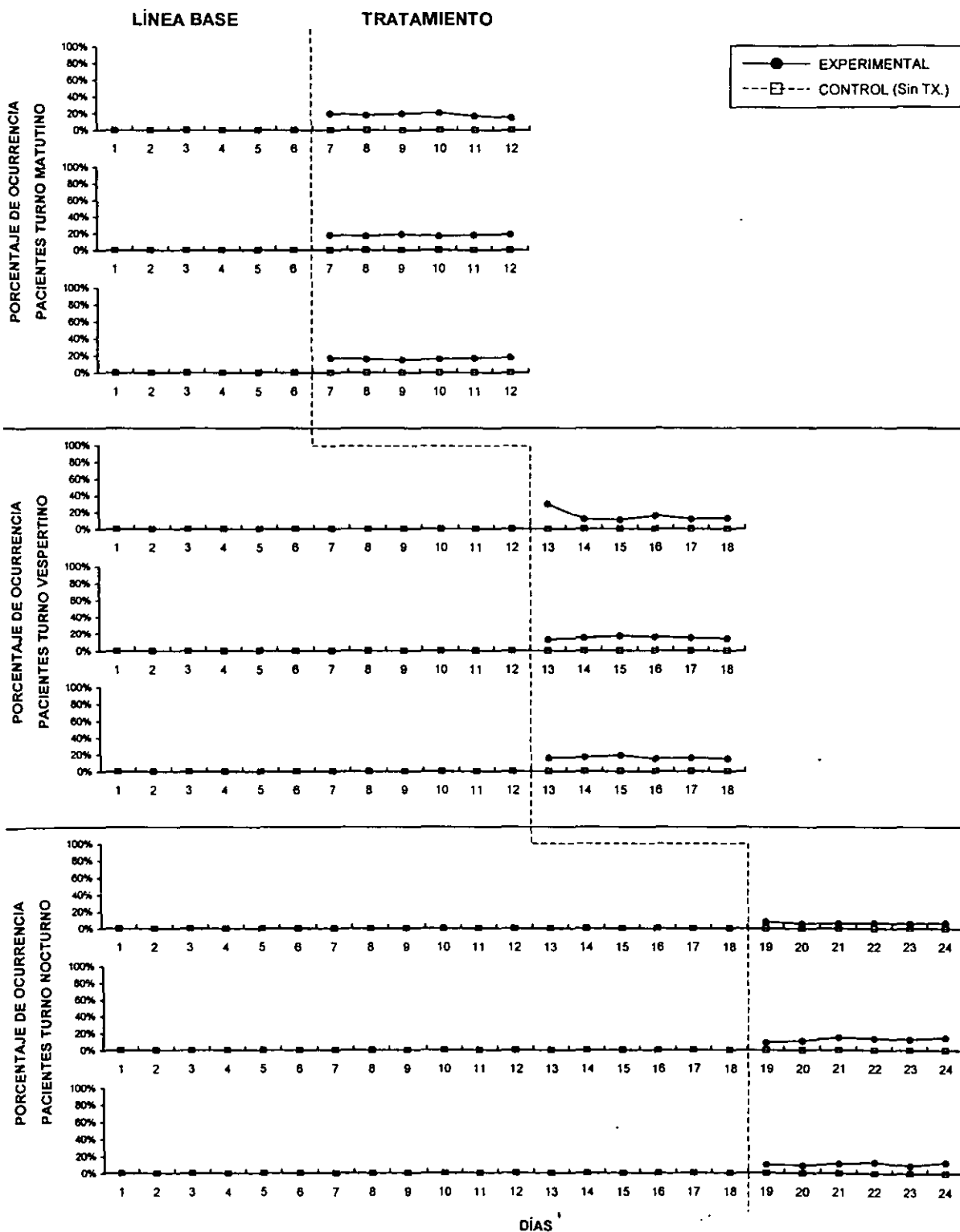


Figura 21. Reflejo del tratamiento. Conductas positivas (Paciente).

## REFLEJO DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS POSITIVAS

### ELOGIAR

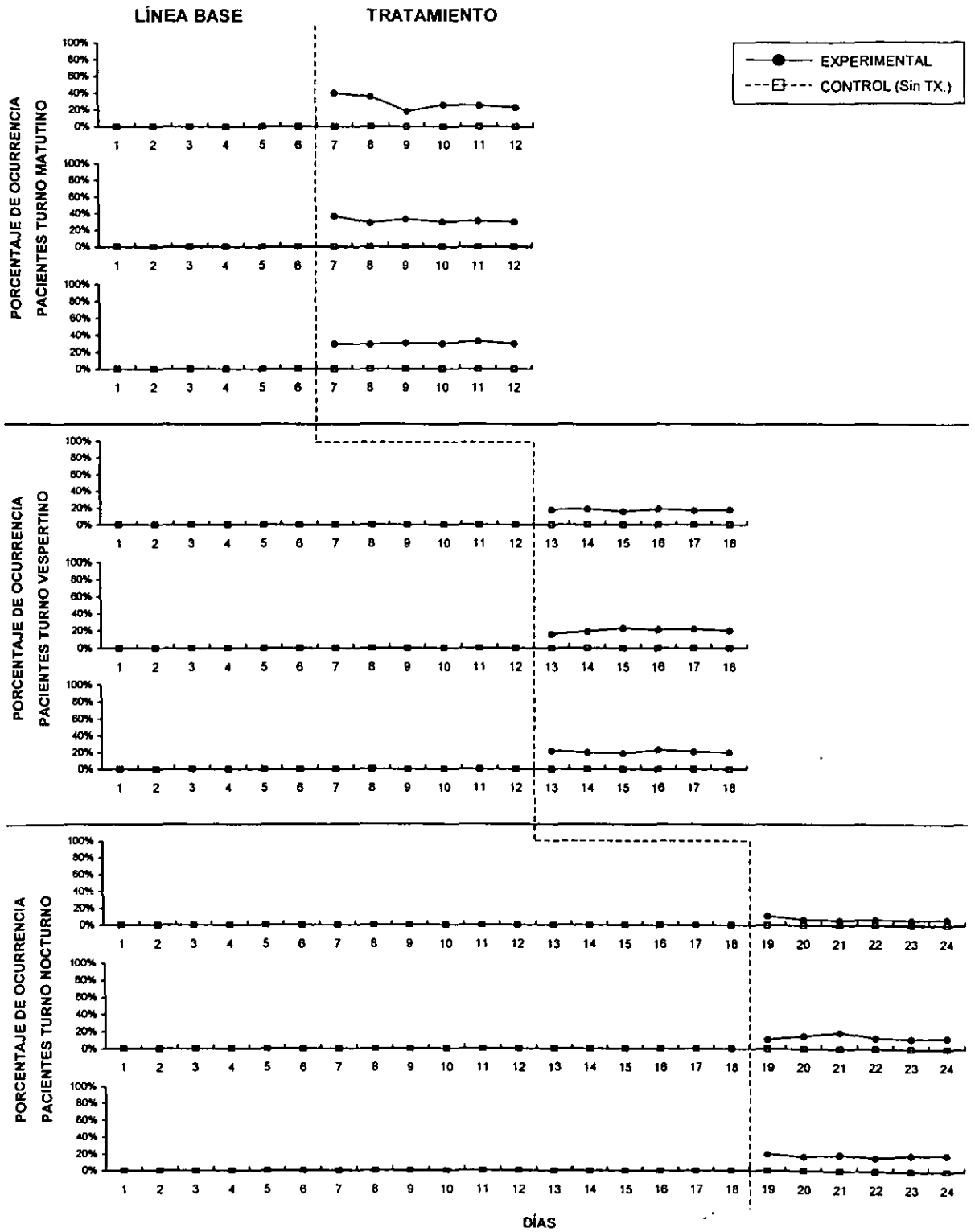


Figura 22. Reflejo del tratamiento. Conductas positivas (Paciente).

## REFLEJO DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS NEGATIVAS

### DESACUERDO

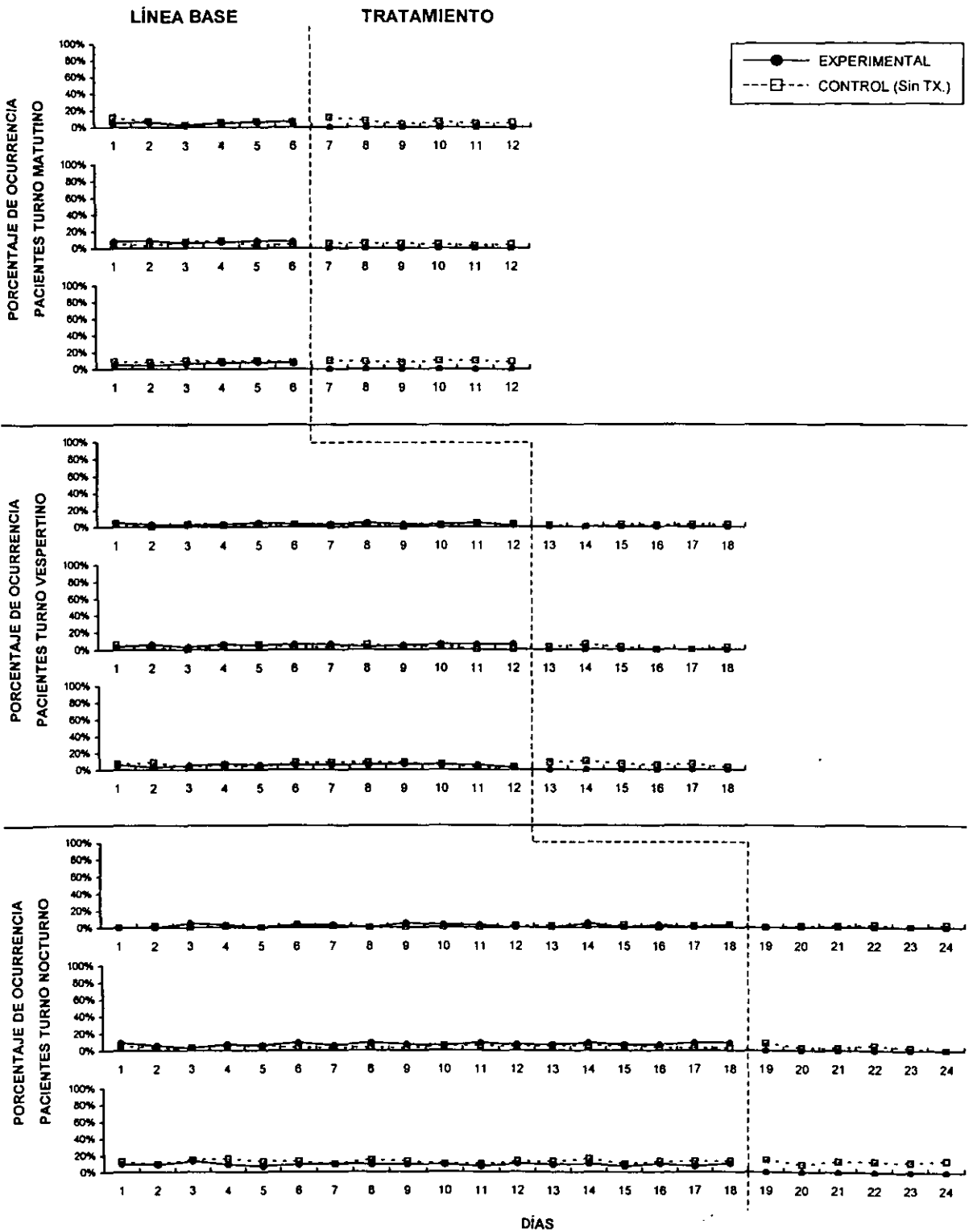


Figura 23. Reflejo del tratamiento. Conductas negativas (Paciente).

## REFLEJO DEL TRATAMIENTO CONDUCTAS NEGATIVAS

### IGNORAR

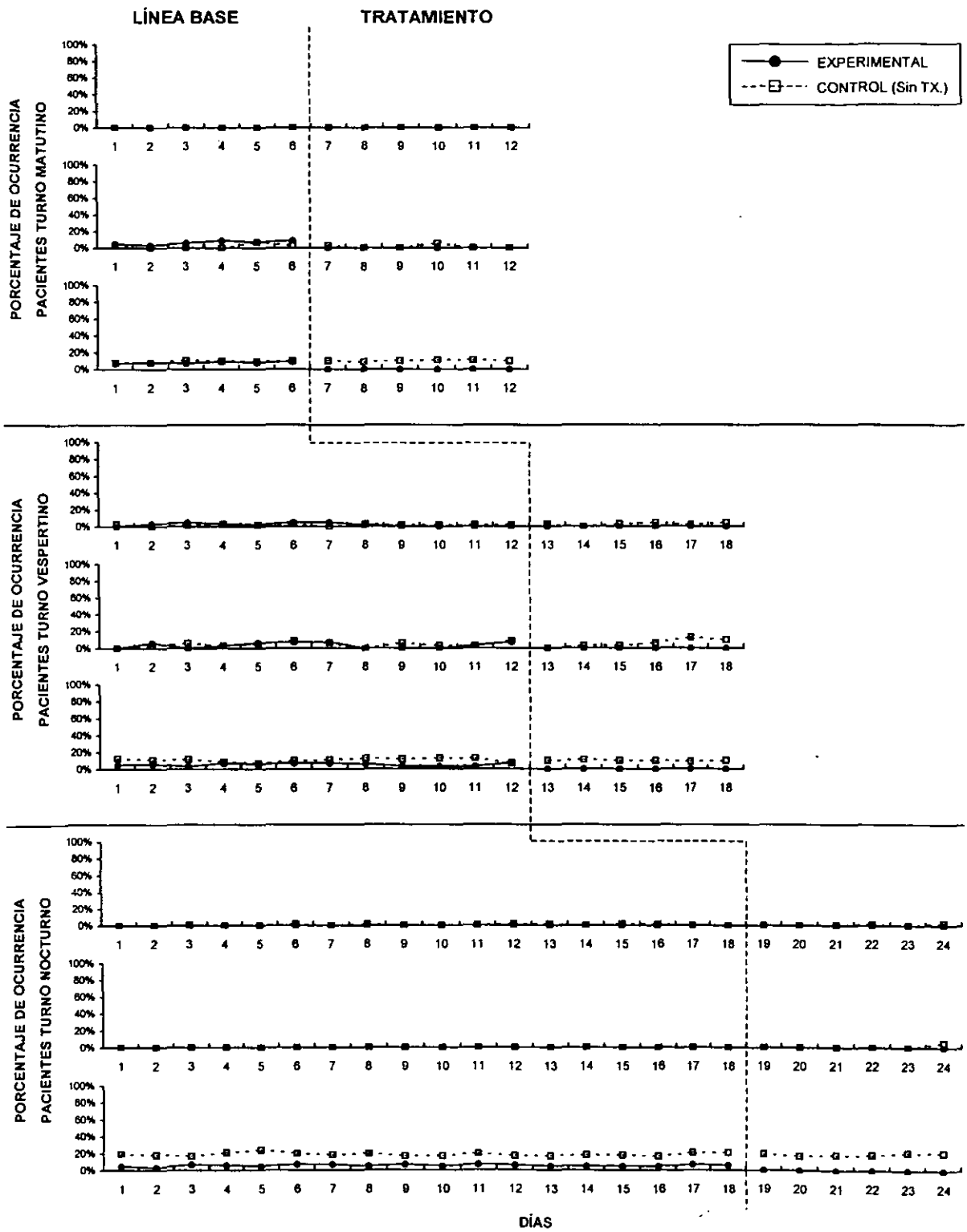


Figura 24. Reflejo del tratamiento. Conductas negativas (Paciente).

## Análisis Estadístico De Las Categorías Conductuales Enfermera.

Con la finalidad de establecer diferencias entre el grupo control y experimental en las fases de línea base y tratamiento, en lo que se refiere a las categorías conductuales tanto positivas como negativas; se utilizó un análisis estadístico no paramétrico denominado U de Mann Whitney.

Como se muestra en la *Tabla 18*, en la fases de línea base y sin tratamiento del grupo control, no se encontraron diferencias significativas en ninguna categoría, lo que indica similitud en ambas fases.

**Tabla 18.** Diferencias de las categorías conductuales del grupo control enfermera en las fases de línea base y sin tratamiento.

CATEGORÍAS	LÍNEA BASE ( $\bar{x}$ )	SIN TRATAMIENTO ( $\bar{x}$ )	SIGNIFICANCIA
<b>POSITIVAS</b>			
COMPARTIR	5.50	7.50	0.3365
PREMIAR	5.75	7.25	0.4409
CONTACTO VISUAL	5.67	7.33	0.4233
ACERCAMIENTOS BREVES	7.33	5.67	0.4233
PROXIMIDAD	7.75	5.25	0.2290
CONTACTO FÍSICO	7.33	5.67	0.4233
PETICIONES VERBALES	6.92	6.08	0.6831
SONREIR	5.83	7.17	0.4005
MODELAMIENTO	6.00	7.00	0.5914
REIR	5.00	8.00	0.0585
<b>NEGATIVAS</b>			
DESAPROBAR	5.17	7.83	0.1986
IGNORAR	6.83	6.17	0.7444

**Nota:** Se reportan las diferencias a través de las medias de rango obtenidas en la prueba U de Mann - Whitney.

En lo referente al grupo experimental, se obtuvieron valores significativos menores al 0.05% en la mayoría de las categorías conductuales positivas y negativas. Lo que indica que el efecto del tratamiento no se debió al azar, como se muestra en la *Tabla 19* Cabe señalar que la categoría conductual positiva Acercamientos Breves fue la única en que no se encontró significancia (.1093).



**Tabla 19.** Diferencias de las categorías conductuales del grupo experimental enfermera, en la fase de línea base y tratamiento.

CATEGORÍAS	LÍNEA BASE ( $\bar{x}$ )	TRATAMIENTO ( $\bar{x}$ )	SIGNIFICANCIA*
<b>POSITIVAS</b>			
COMPARTIR	3.58	9.46	0.0038
PREMIAR	3.76	9.29	0.0028
CONTACTO VISUAL	3.72	9.44	0.0037
ACERCAMIENTOS BREVES	4.83	8.17	0.1093
PROXIMIDAD	3.69	9.41	0.0036
CONTACTO FÍSICO	3.72	9.19	0.0034
PETICIONES VERBALES	3.81	9.16	0.0035
SONREIR	3.24	9.03	0.0020
MODELAMIENTO	4.61	9.18	0.0031
REIR	3.33	9.01	0.0021
<b>NEGATIVAS</b>			
DESAPROBAR	8.50	3.00	0.0022
IGNORAR	8.08	3.00	0.0038

Nota: Se reportan las diferencias a través de las medias de rango obtenidas en la prueba U de Mann Whitney.

\*: Diferencias significativas al .05.

### **Análisis Estadístico De Las Categorías Conductuales Paciente.**

Con la finalidad de establecer diferencias entre el grupo control y experimental, en las fases de línea base y tratamiento de los pacientes observados; en lo que se refiere a las categorías conductuales positivas y negativas, se utilizó un análisis estadístico no paramétrico denominado U de Mann Whitney.

Como se muestra en la *Tabla 20*, en las fases de línea base y sin tratamiento del grupo control, no se encontraron diferencias significativas en ninguna categoría, lo que indica similitud en ambas fases.

**Tabla 20.** Diferencias de las categorías conductuales del grupo control paciente en las fases de línea base y sin tratamiento.

CATEGORÍAS	LÍNEA BASE ( $\bar{x}$ )	SIN TRATAMIENTO ( $\bar{x}$ )	SIGNIFICANCIA
<b>POSITIVAS</b>			
ACEPTACIÓN	6.33	6.67	0.8728
SEGUIR INSTRUCCIONES	5.83	7.17	0.5204
CONTACTO FÍSICO	6.92	9.08	0.5982
CONTACTO VISUAL	5.83	7.17	0.5204
PETICIONES VERBALES	5.67	7.33	0.3678
SONREIR	6.50	6.50	1.0000
REIR	6.50	6.50	1.0000
ATENCIÓN	6.33	6.67	0.8721
ELOGIAR	6.50	6.50	1.0000
<b>NEGATIVAS</b>			
DESAPROBAR	5.92	7.08	0.5745
IGNORAR	6.33	6.67	0.8679

**Nota:** Se reportan las diferencias a través de las medias de rango obtenidas en la prueba U de Mann Whitney.

En lo que respecta al grupo experimental, se obtuvieron valores significativos menores al .05 en las categorías conductuales positivas y negativas. Lo que indica que el tratamiento no se debió al azar, como puede observarse en la *Tabla 21*.

**Tabla 21.** Diferencias de las categorías conductuales del grupo experimental paciente en las fases de línea base y tratamiento.

CATEGORÍAS	LÍNEA BASE ( $\bar{x}$ )	TRATAMIENTO ( $\bar{x}$ )	SIGNIFICANCIA*
<b>POSITIVAS</b>			
ACEPTACIÓN	3.81	9.16	0.0034
SEGUIR INSTRUCCIONES	4.71	9.44	0.0039
CONTACTO FÍSICO	3.21	9.40	0.0027
CONTACTO VISUAL	3.33	9.48	0.0037
PETICIONES VERBALES	3.98	9.06	0.0031
SONREIR	4.65	9.26	0.0026
REIR	3.29	8.99	0.0027
ATENCIÓN	4.69	9.18	0.0038
ELOGIAR	3.56	9.01	0.0027
<b>NEGATIVAS</b>			
DESAPROBAR	9.50	3.50	0.0021
IGNORAR	8.50	3.00	0.0022

**Nota:** Se reportan las diferencias a través de las medias de rango obtenidas en la prueba U de Mann Whitney.

\*: Diferencias significativas al .05.

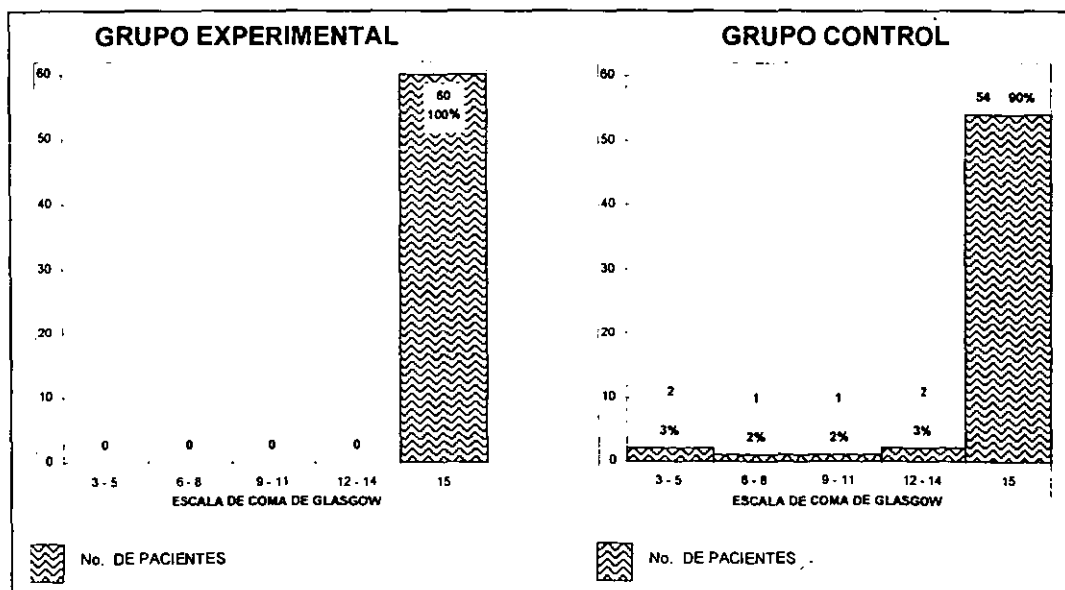
## D. VARIABLE DEPENDIENTE: RECUPERACIÓN DE LA SALUD DE LOS PACIENTES.

Con respecto a la variable dependiente, recuperación de la salud de los pacientes, en primer lugar se realizó un análisis estadístico descriptivo de los parámetros Fisiológicos y Conductual – Fisiológicos a través de tablas de frecuencia y gráficas de los grupos control y experimental. Posteriormente, se aplicaron pruebas estadísticas de *t* de Student para comparar las medias en cada uno de los parámetros de ambos grupos, con la finalidad de identificar diferencias significativas.

### D.1 Parámetros Conductual – Fisiológicos.

#### D.1.1 ESCALA DE COMA DE GLASGOW.

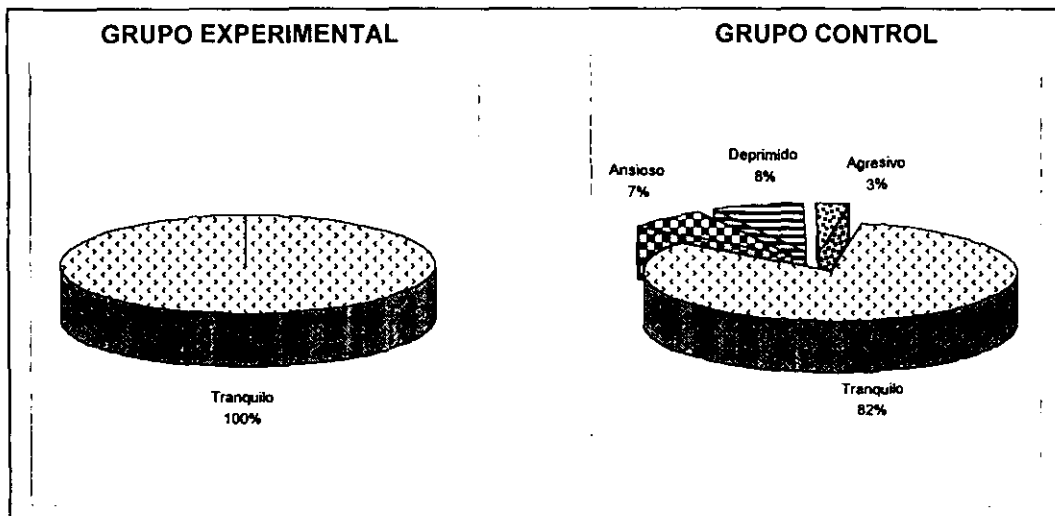
En la *Figura 25*, se observa que el 100% de los pacientes del grupo Experimental obtuvieron un Glasgow de 15 puntos; mientras que en el grupo control un 3% obtuvo un puntaje de 3 – 5 puntos, un 2% de 6 – 8 puntos. El resto (90%) obtuvo un puntaje de 15 puntos. Al aplicar la prueba de *t* de Student, se encontró que dichas diferencias fueron significativas al 0.002 (GC  $\bar{X}$ = 4.25; GE  $\bar{X}$ = 5.00).



*Figura 25.* Escala de Coma de Glasgow.

### D.1.2 ESTADO EMOCIONAL APARENTE.

En lo referente al estado emocional aparente, como se muestra en la *Figura 26*, el 100% de los pacientes del grupo experimental se encontraban tranquilos. Mientras en el grupo control, un 8% de los pacientes estaba deprimido, un 7% ansioso, un 3% agresivo; el resto 82% se encontraba tranquilo. Al aplicar la prueba estadística *t* de Student, se encontró que dichas diferencias fueron significativas al .001 (GC  $\bar{X}$ = 3.90; GE  $\bar{X}$ = 3).



*Figura 26.* Estado emocional aparente.

### D.1.3 PRESENCIA DE REFLEJOS.

En la *Figura 27*, se observa que el 100% de los pacientes del grupo experimental presentaron los reflejos de deglución, expectoración y visión. Mientras en el grupo control, un 8% no presentó reflejo de expectoración, otro 8% de los pacientes también no presentó reflejo de deglución y un 7% la ausencia de reflejo de visión. Se encontró significancia del .002 al aplicar la prueba de *t* de Student, en las categorías de deglución, expectoración y visión (GC  $\bar{X}$ = 3.30; GE  $\bar{X}$ = 3.00).

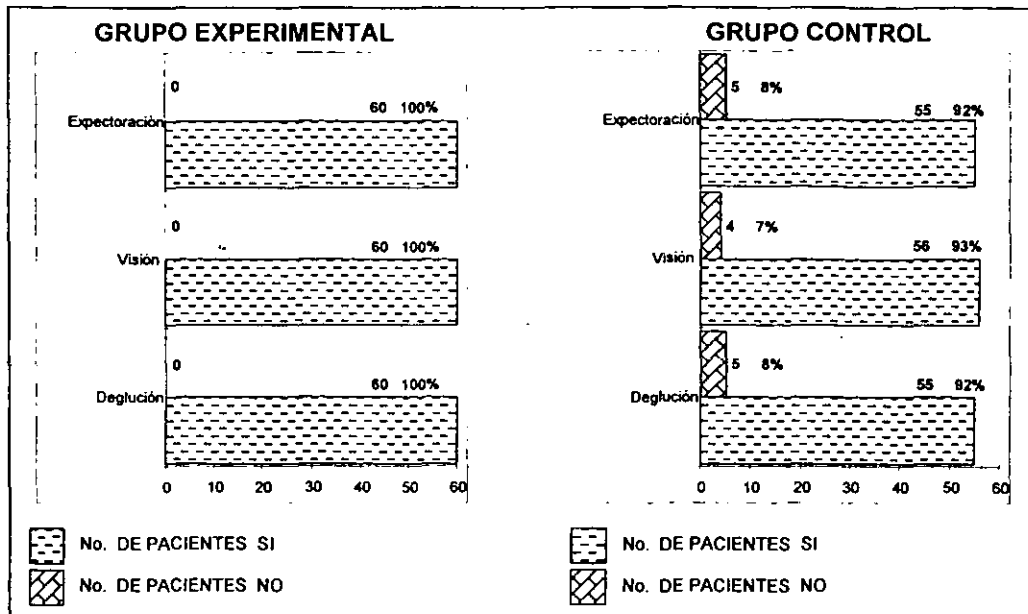


Figura 27. Presencia de reflejos.

#### D.1.4 NO DEPENDENCIA DE APARATOS, NI DE ELEMENTOS QUE SUSTITUYEN FUNCIONES.

Como se observa en la Figura 28, los pacientes del grupo experimental en su gran mayoría no presentó dependencia de aparatos ni de elementos que sustituyen funciones, salvo en las categorías de venoclisis con un 8% y catéteres con un 3%. Mientras que en el grupo control, se observa la presencia de venoclisis con un 67%, un 25% para catéteres, 20% para las sondas, un 18% para la dependencia de bombas y un 17% con drenajes. Sobresale también en este grupo control, un 5% con la necesidad de ventiladores para la sobrevivencia. Se encontró significancia al .000 para las categorías venoclisis (GC  $\bar{X}$ = 3.0; GE  $\bar{X}$ =6.0), catéteres (GC  $\bar{X}$ = 4.0; GE  $\bar{X}$ = 6.0), sondas (GC  $\bar{X}$ = 3.7; GE  $\bar{X}$ = 6.0), bombas (GC  $\bar{X}$ =3.8; GE  $\bar{X}$ =6.0), Drenajes(GC  $\bar{X}$ = 3.7;GE  $\bar{X}$ =6.0), entre otros.

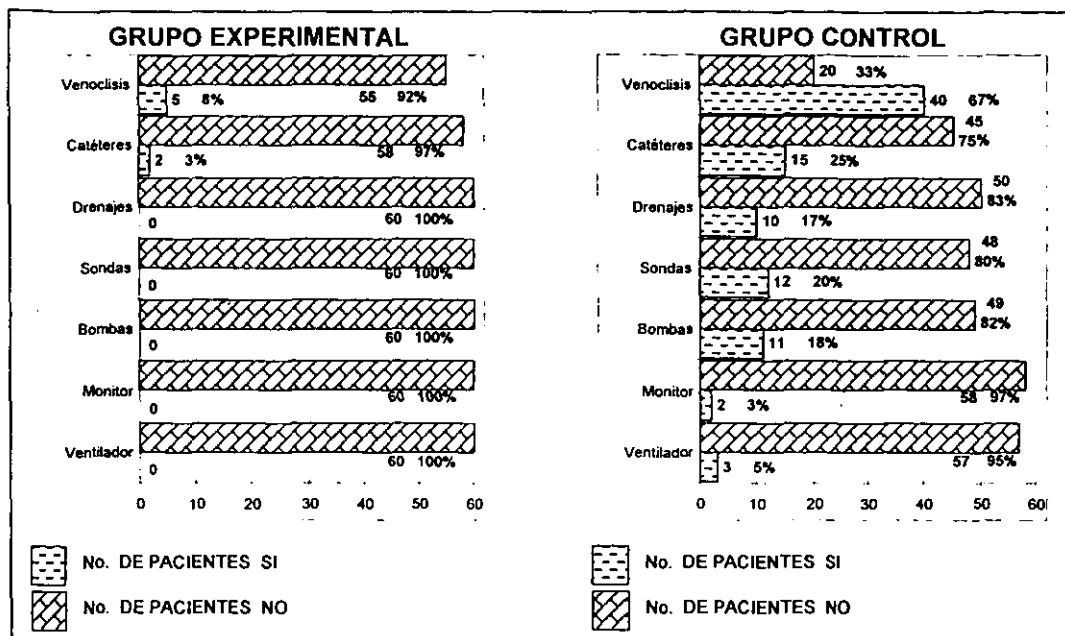


Figura 28. No dependencias de aparatos ni de elementos que sustituyen funciones.

#### D.1.5 INTERÉS DE LOS PACIENTES DE LA UCI PARA REALIZAR ACTIVIDADES, INCLUYENDO LA CAPACIDAD DE EJECUTARLAS.

Dentro de las categorías que conforman el interés de los pacientes de la UCI para realizar actividades incluyendo la capacidad para ejecutarlas, se observan diferencias significativas en las medias de los grupos (.002), como se muestra en la *Tabla 22*.

Tabla 22. Interés de los pacientes de la UCI para realizar actividades, incluyendo la capacidad de ejecutarlas

INTERÉS PARA REALIZAR ACTIVIDADES	Grupo Control ( $\bar{X}$ )	Grupo Experimental ( $\bar{X}$ )	Significancia*
1. Colabora en la alimentación.	3.3000	3.0000	0.002
2. Colabora en los cambios de posición.	3.3000	3.0000	0.002
3. Colabora en el lavado de manos.	3.3000	3.0000	0.002
4. Colabora en el baño de esponja.	3.3000	3.0000	0.002
5. Tiene interés en su persona.	3.3000	3.0000	0.002

\*: Significancia .05.

## D.2 Parámetros Fisiológicos.

### D.2.1 PARÁMETROS FISIOLÓGICOS.

En la *Tabla 23*, se observan las diferencias significativas al .002 en las medias de los grupos de las categorías que conforman los parámetros fisiológicos.

**Tabla 23. Parámetros fisiológicos de los pacientes de la UCI.**

PARÁMETROS FISIOLÓGICOS	Grupo Control ( $\bar{X}$ )	Grupo Experimental ( $\bar{X}$ )	Significancia*
1. Temperatura rectal.	3.3000	3.0000	0.002
2. Frecuencia respiratoria.	3.3000	3.0000	0.002
3. Gases arteriales: PH	3.3000	3.0000	0.002
4. Gases arteriales: PCO <sub>2</sub>	3.3000	3.0000	0.002
5. Electrolitos séricos: Hematócrito.	3.3000	3.0000	0.002
6. Electrolitos séricos: Fórmula Blanca.	3.3000	3.0000	0.002
7. Tensión arterial media.	3.1500	3.0000	0.021
8. Frecuencia cardíaca.	3.1500	3.0000	0.021
9. Gases arteriales: PO <sub>2</sub>	3.1500	3.0000	0.021
10. Electrolitos séricos: Na	3.1500	3.0000	0.021
11. Electrolitos séricos: K	3.1500	3.0000	0.021
12. Electrolitos séricos: Creatinina sérica.	3.1500	3.0000	0.021

\*: Significancia .05.

### D.2.2 DIURESIS HORARIA.

En cuanto a la diuresis horaria, como se muestra en la *Figura 29*, el 100% de los pacientes del grupo experimental, presentaron diuresis horaria normal mayor de 30ml/hora. Mientras que en el grupo control, un 12% obtuvo un rango bajo menor al normal de 30ml/hora, un 2% obtuvo un rango alto mayor o igual a 83.3 ml/hora; lo que indica una disfunción orgánico celular a nivel renal. El resto 86% con un rango normal. Al aplicar la *t* de Student, se encontró que dichas diferencias fueron significativas al .001 (GC  $\bar{X}$ = 3.85; GE  $\bar{X}$ = 3.0).

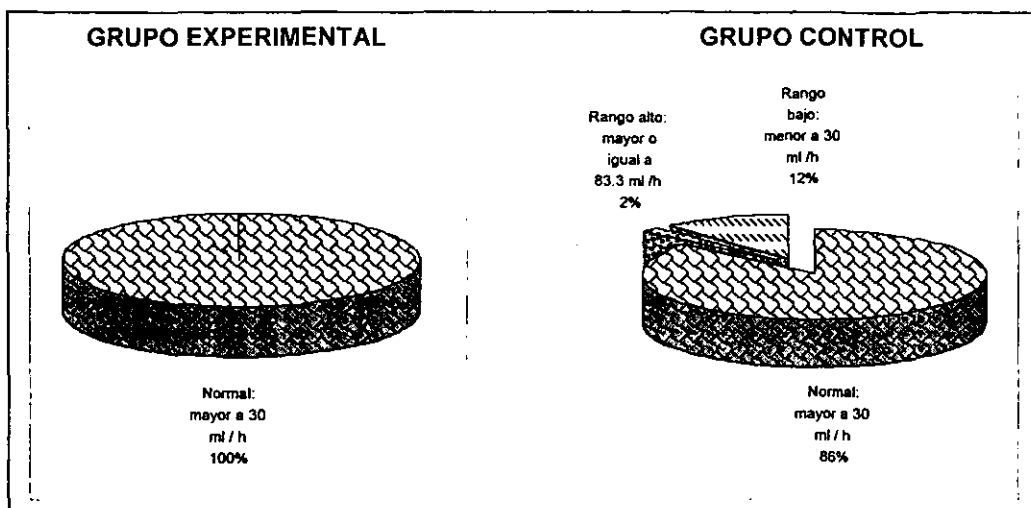


Figura 29. Diuresis horaria ml / hora.

### D.2.3 ARRITMIAS.

En la Figura 30, se observa que el 100% de los pacientes del grupo experimental, egresaron de la UCI sin arritmias cardiacas. Mientras que en el grupo control, un 18% presentó arritmias al egreso; el resto (82%), no presentó ningún tipo de arritmia. Se encontró significancia estadística al .002 al aplicar la *t* de Student ( $GC \bar{X} = 3.35$ ;  $GE \bar{X} = 3.0$ ).

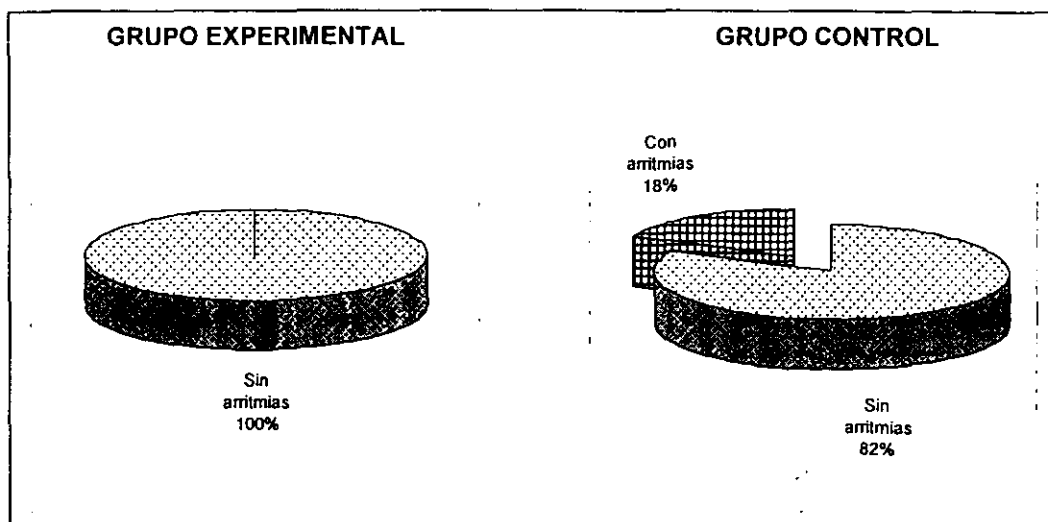


Figura 30. Arritmias.



#### D.2.4 PRESENCIA DE DOLOR.

En lo referente a la valoración de la presencia de dolor, se observa que el 100% de los pacientes del grupo experimental egresaron de la UCI sin dolor. Mientras que en el grupo control, un 17% continuaba con dolor, el resto (83%) no presentó (Figura 31). Al aplicar la prueba estadística de t de Student, se encontró que dichas diferencias fueron significativas al .002 (GC  $\bar{X}$ = 3.30; GE  $\bar{X}$ = 3.0).

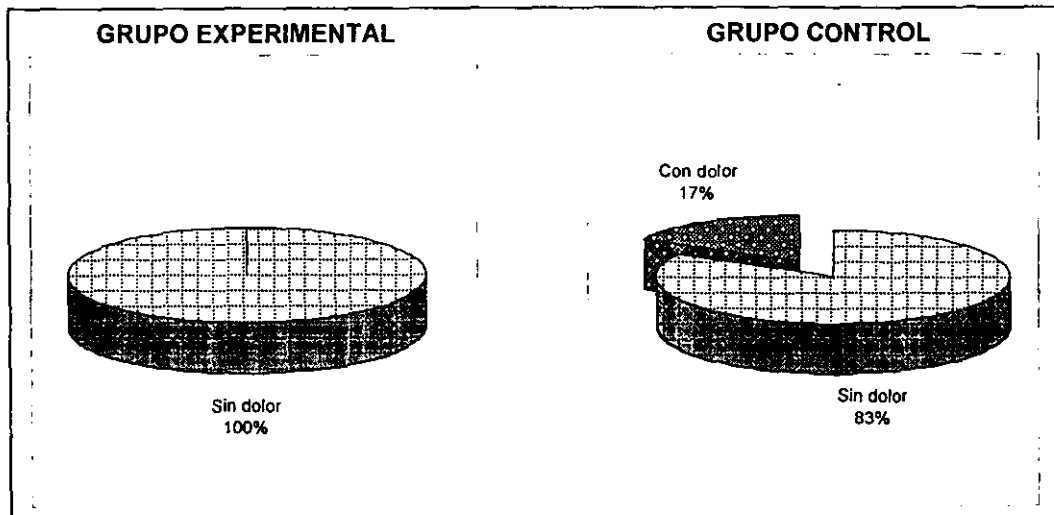


Figura 31. Valoración de la presencia de dolor en los pacientes de la UCI..

#### D.2.5 CICATRIZACIÓN DE HERIDAS.

En cuanto a la cicatrización de heridas, como se observa en la Tabla 24, se obtuvieron diferencias significativas al .002 en las medias de los grupos experimental y control.

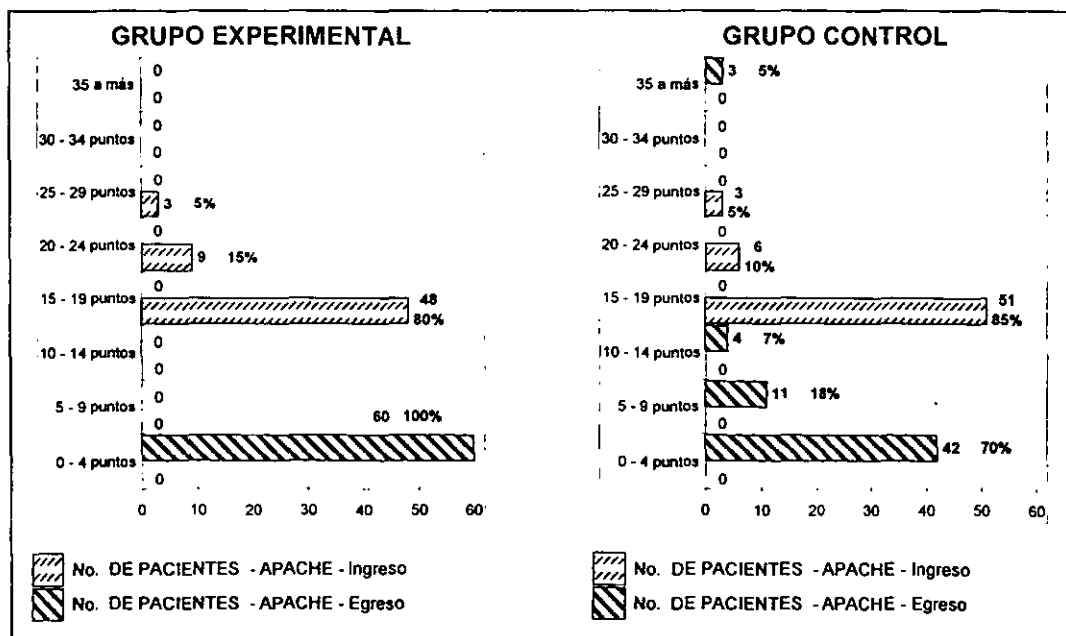
Tabla 24. Cicatrización de heridas de los pacientes de la UCI.

PARÁMETROS FISIOLÓGICOS CICATRIZACIÓN DE HERIDAS	Grupo Control ( $\bar{X}$ )	Grupo Experimental ( $\bar{X}$ )	Significancia*
2 horas.	3.3000	1.0000	0.002
6 horas.	3.3000	1.0000	0.002
12 horas.	3.3000	1.0000	0.002
24 horas.	3.3000	1.0000	0.002
48 horas.	3.3000	1.0000	0.002
4 días.	3.3000	1.0000	0.002
6 días.	3.3000	1.0000	0.002
2 semanas.	3.3000	1.0000	0.002
4 semanas.	3.3000	1.0000	0.002

\*: Significancia .05.

### D.2.6 CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD A SU INGRESO EN RELACIÓN A SU EGRESO (APACHE INGRESO – EGRESO).

En la *Figura 32*, se observa, que en el grupo experimental, el APACHE de ingreso de mayor porcentaje (80%) fue para el rango de 15 – 19 puntos. El APACHE de egreso, el 100% obtuvo un rango de 0 – 4 puntos. Mientras que en el grupo control, el APACHE de ingreso de mayor porcentaje (85%) fue para el rango de 15 – 19 puntos. Sin embargo, el APACHE de egreso de mayor porcentaje (70%) fue para el rango de 0 – 4 puntos, un 18% de 5 – 9 puntos, un 7% de 10 – 14 puntos y un 5% de 35 a más puntos. Siendo este último porcentaje los pacientes que fallecieron. Se obtuvieron diferencias significativas al .000, en cuanto a la gravedad de la enfermedad de los pacientes a su egreso de la UCI (GC  $\bar{X}$ = 3.60; GE  $\bar{X}$ =3.00). También se encontraron diferencias significativas (.000) en relación con la gravedad de la enfermedad al ingreso y egreso de los pacientes del grupo experimental (media de ingreso 4.35 y media de egreso 1.10) y del grupo control (media de ingreso 4.30 y media de egreso 2.60).



**Figura 32.** Clasificación de la gravedad de la enfermedad de los pacientes de la UCI a su ingreso en relación a su egreso.

### D.2.7 ESTABILIDAD DE LA CAUSA DEL INGRESO DE LOS PACIENTES DE LA UCI.

En la *Figura 33*, se observa que el 100% de los pacientes del grupo experimental se logró estabilidad de la causa de su ingreso. Mientras que en el grupo control un 15% no se logró; el resto (85%) si la obtuvo. Al aplicar la t de Student, se encontró que dichas diferencias fueron significativas al .002 (GC  $\bar{X}$ = 3.30; GE  $\bar{X}$ = 3.0).

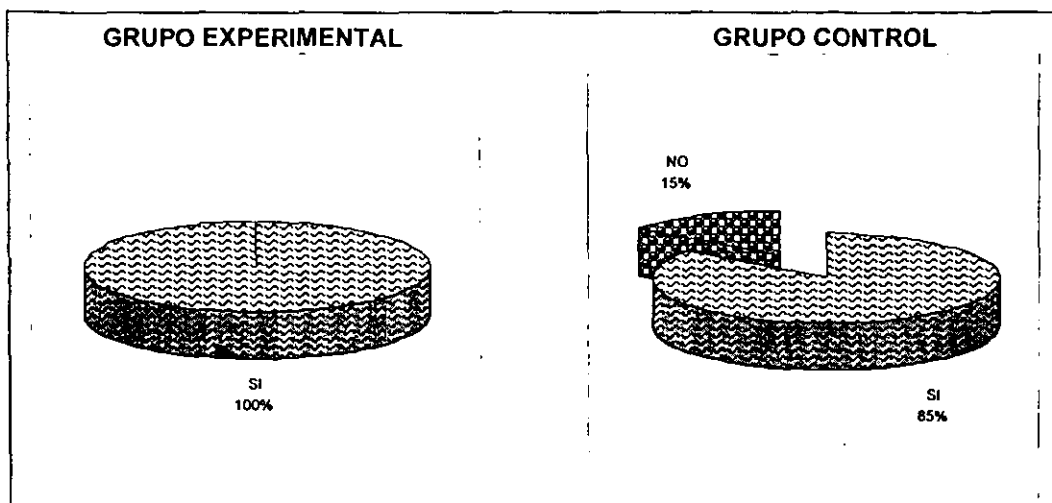


Figura 33. Estabilidad de la causa del ingreso de los pacientes de la UCI.

## D.2.8 NÚMERO DE DÍAS – ESTANCIA – HOSPITALIZACIÓN DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE LA UCI.

Como se observa en la *Tabla 25*, dentro del grupo experimental, el mayor porcentaje (23%) de días – estancia – hospitalización fue de 3 días. Mientras que en el grupo control, con un 52% fue para 8 días o más. Al aplicar la prueba estadística de *t* de Student, para detectar las posibles diferencias entre las medias del grupo control y experimental, se encontró que dichas diferencias fueron estadísticamente significativas al .002. Así tenemos que el promedio de días estancia de los pacientes del grupo control fue de 8 días, en contraste con el número de días del grupo experimental que fue de 3.

Tabla 25. Número de días – estancia – hospitalización de los pacientes en el servicio de la UCI.

GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO CONTROL		
Días - Estancia - Hospitalización	No. de pacientes	% (porcentaje)	Días - Estancia - Hospitalización	No. de pacientes	% (porcentaje)
1 día	8	13%	1 día	0	0%
2 días	10	17%	2 días	1	2%
3 días	14	23%	3 días	2	3%
4 días	11	18%	4 días	5	8%
5 días	10	17%	5 días	7	12%
6 días	3	5%	6 días	9	15%
7 días	1	2%	7 días	5	8%
8 o más días	3	5%	8 o más días	31	52%
TOTALES	60	100%	TOTALES	60	100%

## X. DISCUSIÓN.

---

El propósito de este estudio, fue medir el impacto en la recuperación de la salud del paciente, a partir de la interacción con la enfermera. Los datos presentados anteriormente, muestran *en primer lugar*, que los sujetos participantes en la investigación (de los grupos de enfermeras), fueron homogéneos en características como el nivel educativo, la experiencia profesional y su contexto sociocultural. Por otro lado, también los pacientes provenían de un contexto sociocultural similar, nivel de escolaridad, religión, características de vivienda, alimentación y hábitos higiénicos. En cuanto a las hospitalizaciones previas, también se encontró similitud entre los pacientes de ambos grupos. Con respecto a la capacidad de expresión de los pacientes, se observó que ambos grupos tenían un nivel similar en relación a ésta. Finalmente, el diagnóstico médico fue semejante en ambos grupos. Estas particularidades indican que, los grupos fueron homogéneos originalmente, por lo cual no tuvieron efecto en la variable dependiente, es decir, las características de los sujetos fueron muy similares.

En lo referente a las variables intervinientes – enfermera, se encontró que el tiempo destinado al cuidado se encuentra dentro de parámetros aceptables, es decir, la existencia real de enfermeras en la Unidad de Cuidado Intensivo es similar a los indicadores del personal calculado, cubriendo así las necesidades de atención de los pacientes en la unidad en ambos grupos. Con respecto a la continuidad del cuidado, se encontraron diferencias entre los grupos control y experimental en cuanto a la atención proporcionada por las enfermeras a los pacientes, ya que varias de las áreas que conforman la continuidad del cuidado fueron registradas casi en su totalidad por las enfermeras del grupo experimental, sin embargo, el grupo control no registró áreas de importancia clínica como por ejemplo el pulso, la uresis, las evacuaciones, el vómito, alguna de las modalidades de la dieta, ciertos medicamentos (orales, intramusculares, etc.); así como ciertas categorías del balance de líquidos. En las indicaciones especiales, hubo ausencia de registro en las categorías de masaje, cambios de posición, oxigenoterapia, etc., lo cual indica que las enfermeras de este grupo no realizaron actividades esenciales en el cuidado de sus pacientes.

De lo anterior mencionado, estas particularidades parecen indicar que, por un lado, se manifiesta el escaso contacto que tuvieron las enfermeras de este grupo con los pacientes al no haber realizado actividades que requieren forzosamente interacción con el paciente; por otro, la repercusión que tiene la ausencia de estas actividades en el estado físico y emocional de los pacientes y por ende en la recuperación de su salud.

Es importante destacar, que se encontraron marcadas diferencias entre las enfermeras del grupo control y experimental con respecto al registro de problemas y acciones conductuales del paciente, ya que en el grupo control nunca les prestaron atención. Estos resultados parecen indicar el efecto del tratamiento. Por otro lado, en la variable interviniente – paciente, con relación a la gravedad de la enfermedad, ambos grupos fueron homogéneos en las puntuaciones del APACHE II, es decir, las características de su padecimiento fueron similares, no incidiendo en la variable dependiente.

En cuanto a la variable independiente relación interpersonal Enfermera – Paciente, se observa que en la *Etapa de Línea Base* no se encontró significancia estadística en ninguna de las categorías conductuales positivas y negativas que conforman la relación interpersonal de los grupos control y experimental tanto de las enfermeras como de los pacientes; lo cual indica que las categorías de interacción de ambos grupos fueron homogéneas. Es importante destacar que, en esta etapa se observó nula frecuencia en algunas categorías conductuales positivas como premiar, peticiones verbales, sonreír, reír y modelamiento para el grupo de las enfermeras. Con similares características el grupo de pacientes en las categorías positivas contacto físico, peticiones verbales, sonreír, reír y elogiar.

En cambio en la *Etapa de Tratamiento*, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la totalidad de las categorías conductuales positivas y negativas de los grupos experimentales de enfermeras y pacientes, lo que indica una mayor interacción entre ambos. Al analizar la influencia del tratamiento, las categorías de interacción de baja y nula frecuencia, se incrementaron notablemente. Adicionalmente, las categorías negativas desaprobar, desacuerdo e ignorar, desaparecieron en esta etapa. Cabe señalar, que los pacientes mostraron un rol más participativo.

Otra característica de trascendencia en esta etapa, fue el uso de algunas categorías conductuales en la enfermera, como sonreír, reír, premiar, peticiones verbales y modelamiento; componentes esenciales en la interacción; el cual no fue un proceso fácil, donde la adquisición de estas cualidades se suceda rápida y continuamente, sino que requirió de varias sesiones para su adquisición gradual y fluctuante. Lo que permite suponer que estas conductas no son patrones comunes en las enfermeras, donde claramente existen consecuencias en la interacción con sus pacientes, lo que justifica el desarrollo de programas de entrenamiento en los diferentes niveles de formación, donde se enfatice la enseñanza de este estilo interaccional.

Un aspecto de mucha importancia que se debe señalar, es el relativo a *los grupos control en la fase sin tratamiento*, ya que presentó las mismas características de la *Línea Base en ambos grupos* (enfermeras y pacientes).

Estos datos muestran sistemáticamente que la calidad de la interacción Enfermera – Paciente fue mayor después del tratamiento, que antes de éste. El efecto mostró características similares en las réplicas a pesar de que las enfermeras se les entrenaron en un sistema diferido o de base múltiple.

Concomitantemente a la mejoría de la relación Enfermera – Paciente, los índices de recuperación médica mostraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los resultados de ambos grupos. En los que respecta a los parámetros conductuales del grupo experimental, los datos encontrados muestran una tendencia hacia parámetros normales, tales como alertas, tranquilos, presencia de reflejos, ausencia de aparatos y de elementos que sustituyen funciones fisiológicas e interés de los pacientes por realizar actividades así como su ejecución. Adicionalmente, los datos de laboratorio de los parámetros fisiológicos, muestran una tendencia hacia parámetros de normalidad, lo que conllevó a la estabilidad de la causa de su ingreso a la UCI, ayudando así a su pronta recuperación en este grupo de pacientes. Lo cual demuestra el efecto positivo del tratamiento.

Es importante destacar que, el número de días – estancia – hospitalización de estos pacientes fue menor en relación con el del grupo control (212 días Vs. 419); lo que determinó una disminución en los costos y de desgaste físico y emocional por parte del personal de enfermería.

Al comparar el APACHE de egreso en ambos grupos, los datos mostraron una tendencia hacia puntajes sumamente bajos en general para el grupo experimental. Sin embargo, en los pacientes del grupo control, arrojaron ciertos puntajes muy elevados que culminaron en su deceso (pacientes con APACHE > de 35 puntos).

En cuanto a las expectativas del paciente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, ya que los pacientes del grupo experimental tuvieron un mejor estado de ánimo al salir de la Unidad de Cuidado Intensivo, así como una mayor seguridad para continuar su proceso curativo fuera de la misma. Adicionalmente, en cuanto a la percepción de los pacientes en relación a los cuidados proporcionados por las enfermeras durante su estancia en el servicio, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas, ya que para los sujetos del grupo experimental, las enfermeras los atendieron de forma individualizada, les brindaron ayuda, fueron corteses, les informaron acerca de su enfermedad, les daban explicaciones comprensibles, eran puntuales y oportunas, los hicieron sentir a gusto, dándoles apoyo emocional y consideraron que su trabajo fue un factor importante para la recuperación de su salud. Sin embargo, dentro de los sujetos del grupo control, los datos mostraron una tendencia contraria a la del grupo experimental.

Estos hallazgos, concuerdan con algunos estudios en el sentido de que la participación de la enfermera es central en el proceso de recuperación de la salud. Este proceso incluye, además del cuidado derivado del tratamiento médico, el manejo de una serie de factores psicológicos que, de no atenderse, pueden agravar un padecimiento y contribuir a un mayor deterioro del bienestar y funcionamiento humano en general (Sánchez, S.; Jurado y Hernández, G., 1992).

Las intervenciones de enfermería incluyen acciones expresamente orientadas hacia la sintomatología de los pacientes, aunado a reducir la ansiedad, proporcionar confort, apoyo, seguridad, a expresar comprensión, temores o preocupaciones, proporcionar información confiable sobre su estado, apoyar el tratamiento médico, reforzar el comportamiento de adhesión al tratamiento, practicar técnicas de relajación y, en general, la adopción de pautas de comportamiento que favorezcan la restauración de la salud (Cohen, 1982; Valenzuela, Hernández Guzmán y Sánchez Sosa, 1995).

Todo lo anterior implica contacto humano. Este contacto interpersonal puede facilitar la recuperación, en otras, interferir con ella (Beard & Johnson, 1993).

Los resultados de este estudio demuestran que las enfermeras al ser entrenadas en relaciones interpersonales tienden a ser más eficientes de las que no lo son (Forchuk, 1994). Lo anterior ha conducido a la reconsideración reciente de la relación interpersonal en los estándares de calidad en centros hospitalarios (Aguirre, 1990; Donavedian, 1990; Ruiz de Chávez, 1991). Adicionalmente, los resultados de este estudio concuerdan con los de Joyce y colaboradores (1994), Abdellah & Levine (1993), Anderson (1993), Ballar (1993), Doll (1993), Gualda (1993), Johnson & Serton (1994), Sherer (1993), Tebbit (1994), Vason (1993); en el que se determina que la mejoría en las relaciones interpersonales Enfermera – Paciente, redujeron los días estancia, la reducción de los costos, la ausencia de infecciones en heridas quirúrgicas, reducción del estrés, satisfacción de los pacientes, apoyo en el cuidado, cortesía, interés, competencia clínica, disposición para proporcionar cuidados, continuidad del cuidado, disminución de la ansiedad, etc.

Por otro lado, los resultados del presente estudio, contaron con procedimientos de confiabilidad que permiten confirmar que los cambios de las enfermeras y de los pacientes de los grupos experimentales, están relacionados con el tratamiento que se administró. Se demostró la eficacia de la confiabilidad interobservador, a pesar de que los observadores desconocían los fines y propósitos de la investigación.

Adicionalmente a la recolección de los datos, los comentarios de los Directivos, Jefes de Servicio y Médicos especialistas de la UCI, reiteradamente iban en relación a: " Que les han hecho a estas enfermeras que están más en contacto con los pacientes; detectan mucho más los problemas de índole fisiológico y psicológico de los pacientes; tienen más comunicación con nosotros (médicos) para comentarnos los problemas que aquejan a sus pacientes e intervenir conjuntamente; su nueva forma de trabajo nos obliga a estar más tiempo en la UCI; nos llama la atención como han disminuido los promedios días – estancia de sus pacientes; son más eficientes; sería bueno que nos comunicaran que les hicieron a las enfermeras para aplicárselos a los médicos, etc.". Por otro lado, los comentarios de las enfermeras entrenadas iban en relación a: "Nos sentimos más útiles; estamos más en contacto con nuestros pacientes; manejamos mejor el estrés del servicio; tenemos mucho mejor competencia clínica; apoyamos más a nuestros pacientes y a sus familiares; nuestras



relaciones humanas han mejorado entre nosotras, con los pacientes y con los médicos; nos sentimos más profesionales, etc.”.

De lo anterior mencionado, se destaca como trascendente seguir trabajando con el resto de las enfermeras del grupo control, teniendo como meta abarcar a la población del servicio de la UCI. Aprovechando el interés y la disponibilidad de las autoridades por mejorar la calidad de la atención.

Para intentos posteriores de investigación en esta línea de trabajo, se recomienda explorar el mantenimiento y generalización de los comportamientos interaccionales entre la diada Enfermera – Paciente. Esto es, estudios longitudinales en Unidades de Cuidado Intensivo en nuestro país que permitan determinar, evaluar e incidir estos procesos, cuya única finalidad es la mejoría de la salud de los pacientes en estado crítico dentro de un contexto más humanizado.

Es importante destacar que, el método de intervención utilizado en este estudio es efectivo aplicando estos repertorios en las enfermeras del servicio de la UCI. Ergo, la formación de la enfermera profesional requiere incluir cada vez mas, la incorporación tecnológica de procedimientos útiles, sometidos a prueba y sustentados en la investigación.

## **XI. REFERENCIAS.**

---

- Abedallah, F. & Levine, E. (1993). Developing a measure of patient and personal satisfaction with nursing care. *Nurses*; (5) 100 – 108.
- Aguirre, G. H. (1990). Evaluación de la calidad de la atención médica. *Revista del Instituto Nacional de Salud Pública*, 8, 70 – 98.
- Aggleton, P. & Chalmers, H. (1990). Peplau's development model. *Nursing Times*: 86, 38 – 40.
- Anderson, E. F. (1993). *Community as client: Applications of the nursing process*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- American Nursing Association. (1994). ANA, announces research priorities. *ANA bulletin*.
- Beard, M., Johnson, M.N. (1993). Nurse theorists approaches in mental health. *Psychiatric Nursing*. St. Louis: Mosby. Pp. 71 – 86.
- Ballard K. (1993). Identification of enviromental stressors for patients in a surgical intensive care unit. *Issues in Mental Health Nursing*. 3, 89 – 108.
- Ciancirullo, I. T. (1993). Experiencias de la aplicación de teorías y modelos de enfermería en la investigación. Sao Paulo: EEUSP.
- Cohen, F. (1982). Personality, stress and the development of physical illness. En: F. Cohen and N. E. Adler (Eds.) *Health Psychology: A handobook*. San Francisco, Josey Bass.
- Chinn, P. (1991). Looking into the crystal ball: Positioning directives for the year 2000. *Nursing Outlook*: 12, 112 – 135.

- Donavedian, A. (1990, a). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de calidad. Conferencia: Simposium Internacional "Perspectivas mundiales sobre la salud". INSP: 10, 70 – 85.
- Donavedian, A. (1990, b). The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Doll, A. (1993). The things patients say about their nurses. *Nursing*: (5) 133 – 120.
- Frank, J. (1990). The influence of patients and therapists' expectations on the outcome of psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*. 41 (4), 349 – 356.
- Forchuck, C. (1994). The orientation phase of the nurse – client: Testing Peplau's theory. *Journal of advanced Nursing*. 20 (3), 532 – 537.
- Gilis, C. L. (1993). Reducing family stress during after coronary artery bypass surgery. *Nursing Clinical of North America*, 19, 103 – 112.
- Gualda, D. M. (1993). Eu conheço minha natureza: Um estudio etnografico de vivencia do parto: *Revista de la Escuela de Enfermería, Universidad de Sao Paulo*. 2, 24 – 40.
- Harris, F.C., Lahey, B.B. (1978). A method for combining occurrence and nonoccurrence interobserver agreements scores. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 11(4), 523 – 527.
- Horvarth, A. Greenberg, L. (1992). Development and validation of the working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*. 36(2), 223 – 233.
- Johnson, M. (1994). Role of the nurse in the multidisciplinary team approach to care of liver transplant patients. *Mayo Clinic Proceedings*. 64: 648 – 698.
- Johnson M, Sexton D. (1994) Distress during mechanical ventilation. Patient's perceptions. *Critical Care Nurse*. 10: 48-57.

- Joyce A. et. al. Role of the nurse in the multidisciplinary team approach to care of liver transplant patients. *Mayo Clin Proc*, 64: 648-698. 1994.
- Knaus W. A. (1991). APACHE II. A severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*. 13, 818 – 829.
- Knaus W. A. (1993). APACHE II. Prognostic system, risk prediction of the hospital mortality for critically III hospitalized adults. *Chest*. 100, 1619 – 1636.
- McDaniel, C. & Nash, J. (1994). Compendium of instruments measuring patient satisfaction with nursing care. *Q.R.B. Quality Review Bulletin*. 16(5), 182 – 188.
- Peplau, H. E. (1988). A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. In: *Interpersonal relations in nursing*. New York: MacMillan.
- Redland, S. H. (1993). Differences in recovery from cardial surgery. *Heart & Lung*. 19, 481 – 495.
- Ruiz de Chávez, M., et Al. (1991). Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *INSP*: 13, 116 – 132.
- Sánchez Sosa, J. J. (1989). Comportamiento humano y salud: El papel de la psicología en la atención de problemas básicos de prevención, tratamiento y prospectiva de la salud en México. *Higiene*, 39, 17 – 20.
- Sánchez Sosa, J. J., Jurado, C. D. y Hernández Guzmán, L. (1992). Episodios agudos de angustia severa en adolescentes: Análisis etiológico de predictores en la crianza y la interacción familiar. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(2), 101 – 116.
- Sánchez Sosa y Hernández Guzmán, L. (1996). Investigación básica y derivación tecnológica en el análisis de la conducta: El difícil pero esencial tránsito del laboratorio a la práctica profesional. *Psicología Iberoamericana*, 4(2), 61 – 67.

- Sánchez Sosa, J. J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz intervención – investigación en Psicología de la Salud. En: G. Rodríguez y M. Rojas, *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: Porrúa.
- Sartorius, N. Ustun, B., Costa e Silva, J.A. & Goldberg, D. (1993). An international study of psychological problems in general health care. *Archives of General Psychiatry*, 50(10), 819 – 824.
- Simpson, H. (1992). *Peplau's model in action*. London: MacMillan.
- Sherer, J. L. (1993). Health care reform: Nursing's vision of change. *Hospitals*. 67, (8) 20 – 26.
- Schultz, J. Et Al. (1992). Growing edges of anew paradigm: The future of nursing in the health of the nation. *Nursing Outlook*. 10, 226 – 232.
- SSA (Secretaría de Salud) (1992). *Estadísticas vitales en salud: Diez principales causas de morbi-morbilidad en México*. S.S.A.
- Tebbit, B.U. (1994). Strategic planning. In: M. K. Stall, S.E. Pikerton (Eds.) Aspen: 41 – 50.
- Valenzuela, V. J., Hernández Guzmán, L. Y Sánchez Sosa, J.J. (1995). Quejas psicósomáticas y comportamiento sexual de adolescentes en función de abuso sexual sufrido en la niñez. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 1(2), 201 – 222.
- Vason, R. (1993). Stress effects on patients in critical care units from procedures performed in others. *Heart & Lung*. 9, 494 – 499.
- Vuori, H. (1993). Patients satisfaction: An attitude or indicator of the quality of care? *QRB Review Bulletin*. 13(3), 106 – 108.
- Wang, S. H. (1993). Patient medication: A review of the issues. *Medical Care*. 28 (11), 1089 – 1103.

# **XII. ANEXOS**

---

# **ANEXO No. 1**

---

## **OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

## VARIABLES ANTECEDENTES O SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLES	INDICADORES ¿ Cómo se registran?	DE DONDE LOS OBTENEMOS	INSTRUMENTOS A UTILIZAR
<p><b>1. Enfermera(o).</b></p> <p>Es un ser humano que posee un bagaje de conocimientos especializados y la capacidad para aplicarlos con el propósito de ayudar a los pacientes a prevenir la enfermedad, recuperar la salud, encontrar un sentido a la enfermedad o mantener el máximo nivel posible de salud.</p>	<p><b>A) Nivel educativo.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nivel de escolaridad.</li><li>• Número de cursos a los que ha asistido en los últimos seis meses.</li><li>• Número de congresos a los que ha asistido en los últimos 12 meses.</li><li>• Número de sesiones clínicas a las que ha asistido en los últimos 12 meses.</li></ul> <p><b>B) Experiencia profesional.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Número de años de ejercicio dentro de la práctica profesional de enfermería.</li><li>• Número de años de experiencia profesional en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermeras del servicio de la UCI.</li>          <li>• Enfermeras del servicio de la UCI.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuestionario.</li>          <li>• Cuestionario.</li></ul>



## VARIABLES INTERVINIENTES

VARIABLES	INDICADORES ¿ Cómo se registran?	DE DONDE LOS OBTENEMOS	INSTRUMENTOS A UTILIZAR
	<p><b>A) Tiempo destinado al cuidado.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de horas de asistencia de enfermería por turno destinadas al cuidado en 24 horas.</li> </ul> <p><b>B) Continuidad del cuidado.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La enfermera transmite información escrita sobre el paciente para la continuidad del cuidado basado en prioridades en cada cambio de turno, en 24 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cálculo de personal.</li> <li>• Notas de enfermería al cierre de turno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de registro de variables intervinientes.</li> <li>• Hoja de registro de variables intervinientes.</li> </ul>
<p><b>2. Paciente</b></p> <p>Son seres humanos individuales que necesitan cuidados, servicios y asistencia por parte de los profesionales de la salud (Enfermeras, Médicos, etc.) a los cuales compete satisfacer sus necesidades y problemas de salud apremiantes.</p>	<p><b>A) Contexto sociocultural.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes personales y costumbres.</li> </ul> <p><b>B) Hospitalizaciones previas.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente o familiares Historia clínica.</li> <li>• Paciente o familiares Historia clínica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista.</li> <li>• Entrevista.</li> </ul>

VARIABLES	INDICADORES ¿ Cómo se registran?	DE DONDE LOS OBTENEMOS	INSTRUMENTOS A UTILIZAR
	<p><b>C) Experiencias anteriores con la enfermedad.</b></p> <p><b>D) Valoración de la capacidad de expresión.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de la capacidad de expresión.</li> </ul> <p><b>E) Necesidades de salud.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico médico.</li> <li>• Diagnóstico de enfermería.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente ó familiares historia clínica.</li> <li>• Paciente.</li> <li>• Paciente.</li> <li>• Historia clínica.</li> <li>• Hoja de enfermería.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista.</li> <li>• Entrevista.</li> <li>• Entrevista.</li> </ul>
<b>VARIABLES INTERVINIENTES.</b>			
	<p><b>A) Padecimiento actual.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gravedad de la enfermedad.</li> </ul> <p><b>B) Expectativas del paciente.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación del servicio UCI por el paciente de acuerdo a su percepción del cuidado recibido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente Valoración APACHE II.</li> <li>• Paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• APACHE II.</li> <li>• Hoja de registro de concentración de datos de variables intervinientes.</li> <li>• Aplicación del cuestionario de actitud del paciente en la recuperación de la salud en la unidad de cuidado intensivo. (CAPRS).</li> </ul>

## VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLES	INDICADORES ¿ Cómo se registran?	DE DONDE LOS OBTENEMOS	INSTRUMENTOS A UTILIZAR
<p><b>3. Relación interpersonal Enfermera – Paciente.</b></p> <p>Es todo intercambio de comportamiento entre la enfermera y el paciente, en el que la participación de cada uno ocurre en respuesta del otro e implica considerar los procesos de retroalimentación por los que ambos se influyen entre sí. Para lograr un mismo fin: "La recuperación de la salud".</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Conductas interactivas:</b></li> </ul> <p>La interacción fue definida por la ocurrencia de alguna de las siguientes categorías conductuales positivas y negativas tanto de la enfermera como la del paciente:</p> <p>A) <b>Categorías conductuales positivas enfermera:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartir.</li> <li>• Premiar.</li> <li>• Contacto visual.</li> <li>• Acercamientos breves.</li> <li>• Proximidad.</li> <li>• Contacto físico.</li> <li>• Peticiones verbales.</li> <li>• Sonreír.</li> <li>• Modelamiento.</li> <li>• Reír.</li> </ul> <p>B) <b>Categorías conductuales negativas.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desaprobar.</li> <li>• Gritar.</li> <li>• Ignorar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De la observación directa de la enfermera con el paciente en la unidad de cuidados intensivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cámaras de video.</li> <li>• Videoreproductoras.</li> <li>• Videocassetes VHS.</li> <li>• Televisiones de 21 pulgadas.</li> <li>• Cronómetros.</li> <li>• Lápices.</li> <li>• Hojas de registro.</li> </ul>

VARIABLES	INDICADORES ¿ Cómo se registran?	DE DONDE LOS OBTENEMOS	INSTRUMENTOS A UTILIZAR
	<p><b>C) Categorías conductuales positivas paciente.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptación.</li> <li>• Seguir Instrucciones.</li> <li>• Contacto visual.</li> <li>• Contacto físico.</li> <li>• Peticiones verbales.</li> <li>• Sonreír.</li> <li>• Atención.</li> <li>• Reír.</li> <li>• Elogiar.</li> </ul> <p><b>D) Categorías conductuales negativas paciente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desacuerdo.</li> <li>• Gritar.</li> <li>• Ignorar.</li> </ul>		

### VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLES	INDICADORES ¿ Cómo se registran?	DE DONDE LOS OBTENEMOS	INSTRUMENTOS A UTILIZAR
<p><b>4. Recuperación de la salud del paciente.</b></p> <p>Evolución (proceso) hacia un nivel funcional óptimo; donde las capacidades físicas y emocionales se ponen de manifiesto para que los pacientes se adapten progresivamente a su entorno.</p>	<p><b>A) Estado de conciencia.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Glasgow 9 – 11 ó más.</li> </ul> <p><b>B) Estado emocional aparente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tranquilo.</li> <li>• Ansioso.</li> <li>• Deprimido.</li> <li>• Agresivo.</li> </ul> <p><b>C) Parámetros fisiológicos normales.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura rectal: 34 – 35.9 °C.</li> <li>• Tensión arterial media : 70 – 109 mmHg.</li> <li>• Frecuencia cardiaca: 70 – 109.</li> <li>• Frecuencia respiratoria: 12 – 24.</li> <li>• Gases arteriales: ph =7.35 – 7.45, PO<sub>2</sub> = 80 – 100 mmHg. PCO<sub>2</sub> = 34 – 36 mmHg.</li> <li>• Electrolitos séricos: Sodio (Na) = 130 – 149 mEq/l Potasio (K) = 3.5 – 5.4 mEq/l</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del paciente.</li> <li>• Valoración del paciente.</li> <li>• Estudios de laboratorio.</li> <li>• Electrocardiogramas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de registros de concentración de datos. Paciente.</li> <li>• Hoja de registro de concentración de datos. Paciente.</li> </ul>

VARIABLES	INDICADORES ¿ Cómo se registran?	DE DONDE LOS OBTENEMOS	INSTRUMENTOS A UTILIZAR
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creatinina sérica: 0.6 – 1.4 mg / 100 ml.</li> <li>• Hematócrito (%): 30 – 45%</li> <li>• Fórmula blanca (mm<sup>3</sup> en 1000 s) 3 – 14.9</li> <li>• Diuresis Horaria <math>\geq</math> 30 ml por hora.</li> <li>• Ausencia de arritmias.</li> </ul> <p><b>D) No dependencias de aparatos electromédicos (Ventilador, Monitor o Bombas), Ni de elementos que sustituyan funciones (Sondas, Drenajes, etc.).</b></p> <p><b>E) Ausencia de dolor.</b></p> <p><b>F) Presencia de reflejos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deglución.</li> <li>• Visión.</li> <li>• Expectoración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del paciente.</li> <li>• Tele de torax.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del paciente</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de registro de concentración de datos. Paciente.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolorómetro. (Evaluación con análogo visual).</li> <li>• Hoja de registro de concentración de datos. Paciente.</li> </ul>

VARIABLES	INDICADORES ¿ Cómo se registran?	DE DONDE LOS OBTENEMOS	INSTRUMENTOS A UTILIZAR
	<p><b>G) Interés para realizar actividades, incluyendo la capacidad para ejecutarlas.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboración en la alimentación.</li> <li>• Cambios de posición por sí solo.</li> <li>• Colaboración en el lavado de manos. Etc.</li> </ul> <p><b>H) Cicatrización de heridas.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación del proceso de cicatrización normal.</li> </ul> <p><b>I) Estabilidad o control de la causa de su ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del paciente</li> <li>• Valoración del paciente.</li> <li>• Valoración del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de registro de concentración de datos. Paciente.</li> <li>• Hoja de registro de concentración de datos. Paciente.</li> <li>• Hoja de registro de concentración de datos. Paciente</li> </ul>

## **ANEXO No. 2**

---

### **INSTRUMENTO: 1**

### **CUESTIONARIO ENFERMERA**



## INSTRUMENTO 1. CUESTIONARIO ENFERMERA.

### Estimada compañera enfermera.

En nuestro esfuerzo por otorgar un mejor servicio dentro de la atención de enfermería, es importante para nosotros conocer algunos aspectos relacionados con su formación profesional. Por tal motivo le pedimos de la manera más atenta, nos regale unos minutos de su tiempo para llenar este breve cuestionario. Dicha información se manejará en forma estrictamente confidencial y no tiene el propósito de otorgar una calificación.

Por su colaboración, de antemano, le damos las más sinceras gracias.

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Sexo: \_\_\_\_\_

### 3. Nivel de escolaridad.

Auxiliar de enfermería ( )

Enfermería general ( )

Enfermera especialista ( )

Licenciada en enfermería ( )

Pos – Grado ( )

Señalar: Especialidad ( ) Maestría ( ) Doctorado ( )

### 4. Número de cursos en los que ha asistido en los últimos seis meses.

Número de cursos: \_\_\_\_\_ Temática: \_\_\_\_\_

---

**5. Número de congresos a los que ha asistido en los últimos 12 meses.**

Número de congresos: \_\_\_\_\_ Temática: \_\_\_\_\_

---

**6. Número de sesiones clínicas a las que ha asistido en los últimos 12 meses.**

Número de sesiones: \_\_\_\_\_ Temática: \_\_\_\_\_

---

**7. Experiencia profesional**

• **Número de años de ejercicio dentro de la práctica profesional de enfermería:**

0 – 1 Año	( )	8 – 10 Años	( )
2 – 4 Años	( )	11 – 15 Años	( )
5 – 7 Años	( )	16 – 20 Años	( )
		20 – más Años	( )

• **Número de años de experiencia profesional en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):**

0 – 1 Año	( )
2 – 4 Años	( )
5 – 7 Años	( )
7 – 10 Años	( )
10 – 15 Años	( )
16 – 20 Años	( )
20 – más Años	( )

## **ANEXO No. 3**

---

### **INSTRUMENTO: 2**

### **ENTREVISTA PACIENTE**

## INSTRUMENTO 2. ENTREVISTA PACIENTE.

### 1. Antecedentes personales y costumbres

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_ Número de cuartos: \_\_\_\_\_

Propia: \_\_\_\_\_ Rentada: \_\_\_\_\_

Hábitos higiénicos y dietéticos:

---

---

---

---

Ingreso mensual: \_\_\_\_\_

Número de personas que dependen económicamente del paciente: \_\_\_\_\_

Enfermedades anteriores: \_\_\_\_\_

Padecimiento actual: \_\_\_\_\_

---

---

### 2. Hospitalizaciones previas

Número de veces que ha estado hospitalizado: \_\_\_\_\_

### 3. Experiencias anteriores con la enfermedad

---

---

---

### 4. Valoración de la capacidad de expresión

- Glasgow arriba de 9 – 11 ó más. SI ( ) NO ( )
- Inicia la comunicación SI ( ) NO ( )
- Responde a estímulos verbales SI ( ) NO ( )
- Se autoexpresa SI ( ) NO ( )
- Participa en la interacción con el personal de salud, familiares, etc. SI ( ) NO ( )
- Utiliza métodos de comunicación alternativos  
(Gestos, lenguaje por signos, escritura): SI ( ) NO ( )

5. Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

6. Diagnóstico de enfermería: \_\_\_\_\_

---

---

---

### 7. A cargo del servicio de:

- A) Medicina interna ( )      B) Cardiología ( )      C) Cirugía ( )  
D) A y B ( )      E) A y C ( )

## **ANEXO No. 4**

---

### **INSTRUMENTO: 3**

# **HOJA DE REGISTRO PARA LA CAPTACIÓN DE DATOS DE LAS VARIABLES INTERVINIENTES**

### **INSTRUMENTO 3. HOJA DE REGISTRO PARA LA CAPTACIÓN DE DATOS DE LAS VARIABLES INTERVINIENTES.**

#### **I. TIEMPO DESTINADO AL CUIDADO**

EL CÁLCULO DE PERSONAL PROFESIONAL EN LA UCI TOMA EN CUENTA EL ÍNDICE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, ES DECIR EL TIEMPO NECESARIO EXPRESADO EN HORAS, PARA PROPORCIONAR AL PACIENTE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE LAS 24 HORAS. SE OBTENDRÁN LOS INDICADORES DEL PERSONAL CALCULADO CONTRA EL EXISTENTE PARA BUSCAR LAS DIFERENCIAS. EN DADO CASO QUE LAS DIFERENCIAS FUERAN MÍNIMAS (NO SIGNIFICATIVAS), NOS INDICARÍA QUE EL TIEMPO DESTINADO AL CUIDADO ES EL IDÓNEO.

## A) PERSONAL CALCULADO EN LA UCI PARA 24 HORAS

SERVICIO	NÚMERO DE CAMAS	ÍNDICE ENFERMERA PACIENTE *	HORAS NECESARIAS	PORCENTAJE DE PREVISIBLES	JORNADA DE TRABAJOS	DISTRIBUCIÓN POR TURNOS				TOTAL PERSONAL PROFESIONAL
						MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO 1	NOCTURNO 2	
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO										

\* Es el tiempo necesario expresado en horas para proporcionar al paciente atención de enfermería durante las 24 horas.



**B) PERSONAL EXISTENTE REAL EN LA UCI PARA 24 HORAS**

<b>TURNOS</b>	<b>PERSONAL PROFESIONAL</b>
TURNO MATUTINO	
TURNO VESPERTINO	
TURNO NOCTURNO 1	
TURNO NOCTURNO 2	
<b>TOTAL:</b>	

**C) PERSONAL CALCULADO Y EL EXISTENTE EN LA UCI**

<b>SERVICIO</b>	<b>PERSONAL PROFESIONAL</b>		
	<b>CALCULADO</b>	<b>EXISTENTE</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>UCI</b>			

## II. CONTINUIDAD DEL CUIDADO

La enfermera transmite información escrita sobre el paciente para la continuidad del cuidado, basado en prioridades en cada cambio de turno durante las 24 horas.

### Instructivo de llenado:

En la hoja de registro, se anotará en datos generales el nombre del paciente, el número de cama, el turno, la fecha y la hora en que se realiza el registro.

Se marcará (✓) en la columna que indique si el indicador aparece en los registros de enfermería que corresponda a la mencionada en el instrumento donde dice "SI", ya sea para el turno matutino, vespertino o nocturno. Cuando el indicador no aparezca se indicará en la columna en donde dice "NO", también para el turno matutino, vespertino o nocturno. Igualmente cuando algo no este indicado por el médico se marcará (✓) en la columna "NI" (No Indicado) y "NR" (No Registrado), "NRM" (No Registrado por el Médico), y "NRE" (No Registrado por la Enfermera) para los respectivos turnos.

En el apartado de Observaciones, se registrarán las realizadas por la enfermera, que considera importantes para la continuidad del cuidado en cada turno.

### 1. Datos generales:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_

No. de cama: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora de llenado: \_\_\_\_\_









## **ANEXO No. 5**

---

### **INSTRUMENTO: 4**

### **HOJA DE REGISTRO DE**

### **INTERACCIÓN**

### **ENFERMERA - PACIENTE**











## **ANEXO No. 6**

---

### **INSTRUMENTO: 5**

**HOJA DE REGISTRO PARA  
CAPTACIÓN DE DATOS  
RECUPERACIÓN DE LA  
SALUD DEL PACIENTE**

**INSTRUMENTO 5: HOJA DE REGISTRO PARA CAPTACIÓN DE DATOS DE LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE.**

		NORMAL		ANORMAL	
1. Estado de conciencia.  Glasgow	15	_____	14 - 12	_____	_____
	Alerta		11 - 9	_____	_____
			8 - 6	_____	_____
			5 - 3	_____	_____
			Letárgico	_____	_____
			Obnubilado	_____	_____
			Estuporoso	_____	_____
			Semicomatoso	_____	_____
			Comatoso	_____	_____
2. Estado emocional aparente	Tranquilo	_____	Ansioso	_____	_____
			Deprimido	_____	_____
			Agresivo	_____	_____
3. Parámetros fisiológicos			Rango alto		Rango Bajo
Temperatura rectal (°C)	36.0 - 37.4	_____	37.5 - $\geq$ 41	_____	35.9 - $\leq$ 29.9
Tensión arterial media (mmHg)	70 - 109	_____	110 - $\geq$ 160	_____	$\leq$ 49 - 69
Frecuencia cardiaca (1 min)	70 - 109	_____	110 - $\geq$ 180	_____	69 - $\leq$ 49
Frecuencia respiratoria (1 min)	12 - 24	_____	25 - $\geq$ 50	_____	11 - $\leq$ 5
Gases arteriales PH	7.35 - 7.45	_____	7.46 - $\geq$ 7.7	_____	7.34 - $<$ 7.15
PO <sub>2</sub> (mmHg)	80 - 100	_____	101 - $\geq$ 500	_____	79 - $<$ 45
PCO <sub>2</sub>	34 - 36	_____	$>$ 37	_____	$<$ 33
Electrolitos séricos meq / l Na	130 - 149	_____	150 - $\geq$ 180	_____	129 - $\leq$ 110
meq / l K	3.5 - 5.4	_____	5.5 - $\geq$ 7	_____	3.4 - $<$ 2.5
Creatinina sérica mg / 100 ml	0.6 - 1.4	_____	1.5 - $\geq$ 3.5	_____	$<$ 0.6
Hematócrito (%)	30 - 45.9	_____	46 - $\geq$ 60	_____	29.9 - $<$ 20
Fórmula blanca (mm <sup>3</sup> en 1000's)	3 - 14.9	_____	15 - $\geq$ 60	_____	2.9 - $<$ 1
Diuresis horaria ml / h	mayor a 30	_____	$\geq$ 83.3	_____	$<$ 30
Arritmias	Sin arritmias	_____	Con arritmias	_____	_____

4. Es la no utilización por parte del paciente de aparatos como ventiladores, bombas o monitores, ni de elementos que sustituyen funciones (por ejemplo: sondas, drenajes, etc.):

Ventilador	SI ( )	NO ( )
Monitor	SI ( )	NO ( )
Bombas	SI ( )	NO ( )
Sondas	SI ( )	NO ( )
Drenajes	SI ( )	NO ( )

5. Ausencia de dolor:

Sin dolor	_____
Con dolor	_____

Ver instrumento "dolorómetro".

6. Presencia de reflejos:

Deglución	SI ( )	NO ( )
Visión	SI ( )	NO ( )
Expectación	SI ( )	NO ( )

7. Interés para realizar actividades, incluyendo la capacidad para ejecutarlas:

Colabora en la alimentación	SI ( )	NO ( )
Colabora en los cambios de posición	SI ( )	NO ( )
Colabora en el lavado de manos	SI ( )	NO ( )
Colabora en el baño de esponja	SI ( )	NO ( )
Tiene interés por su persona	SI ( )	NO ( )

8. Cicatrización de heridas:

2 Horas después de cirugía	NORMAL _____	PROBLEMAS _____
6 Horas después de cirugía	NORMAL _____	PROBLEMAS _____
12 Horas después de cirugía	NORMAL _____	PROBLEMAS _____
24 Horas después de cirugía	NORMAL _____	PROBLEMAS _____
48 Horas después de cirugía	NORMAL _____	PROBLEMAS _____
6 Días después de cirugía	NORMAL _____	PROBLEMAS _____
2 semanas después de cirugía	NORMAL _____	PROBLEMAS _____
4 semanas después de cirugía	NORMAL _____	PROBLEMAS _____

Para mayor claridad ver esquema de evolución del proceso de cicatrización.

9. Estabilidad o control de la causa de su ingreso a la unidad de cuidado intensivo (UCI).

SI ( )	NO ( )
--------	--------

10. Expectativas del paciente:

*Aplicación del Cuestionario de Actitud del Paciente en la Recuperación de la Salud en la Unidad de Cuidado Intensivo (CAPRS).*

Instrumento con análogo visual "DOLORÓMETRO".

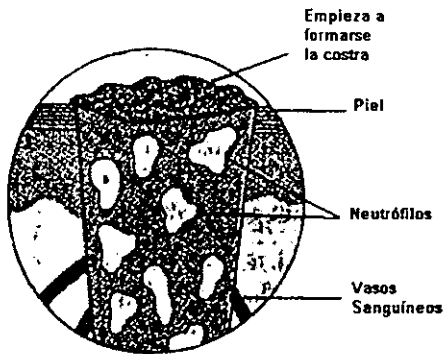


Escala de dolor del paciente: \_\_\_\_\_

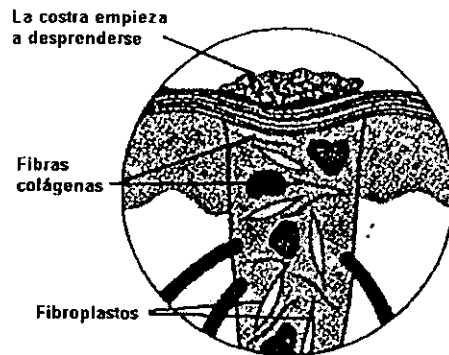


**Esquema de evolución del proceso de cicatrización normal, para identificación de problemas en las mismas.**

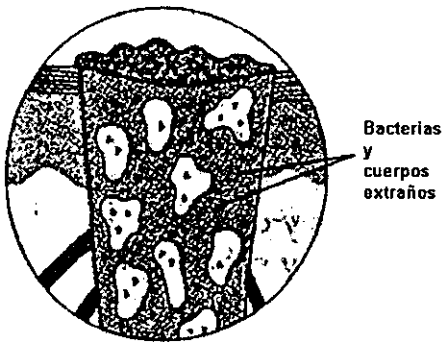
1) 2 Horas después de la cirugía



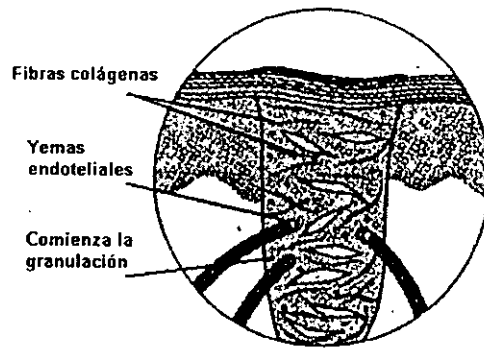
5) 48 Horas después de la cirugía



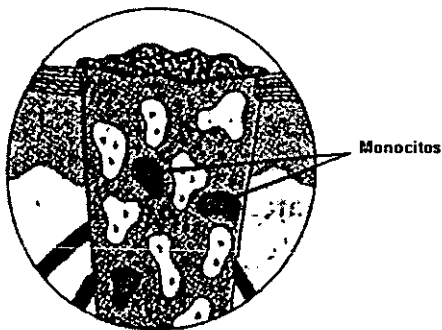
2) 6 Horas después de la cirugía



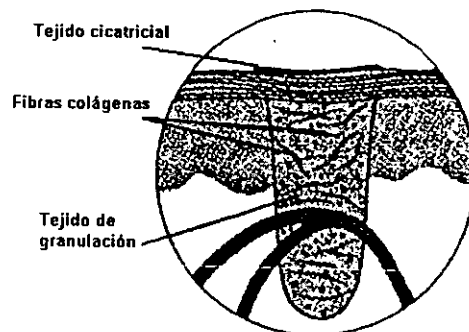
6) 6 Días después de la cirugía



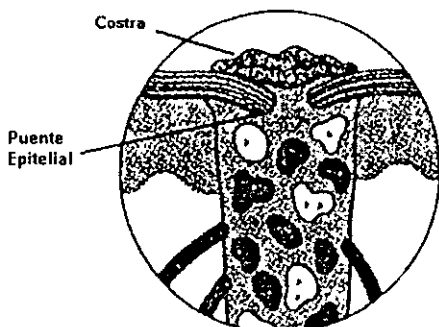
3) 12 Horas después de la cirugía



7) 2 Semanas después de la cirugía



4) 24 Horas después de la cirugía



8) 4 Semanas después de la cirugía



## INSTRUMENTO 5. CAPRS – UCI.

### Estimado paciente:

En nuestro esfuerzo continuo por servirle mejor, es importante para nosotros saber o conocer como se sintió usted en relación a nuestro servicio.

Por favor regálenos unos minutos de su tiempo para llenar este cuestionario, teniendo en mente su reciente estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Por favor conteste las preguntas que se le hacen para indicar como se sintió con los cuidados de enfermería que recibió en su estancia en el servicio.

Gracias de antemano.

1. ¿ Cómo se siente en este momento?

---

---

---

---

2. ¿ Siente usted que en el tiempo que ha permanecido en el servicio ha usted mejorado su condición de salud?

SI ( )      NO ( )

¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Está usted listo, para continuar su proceso curativo en el servicio de hospitalización, ahora que va a ser dado de alta de la Unidad de Cuidado Intensivo.**

SI ( )      NO ( )

¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Por favor dele un valor al personal de enfermería en cuanto a su habilidad para satisfacer las necesidades de usted (como enfermo), durante el tiempo que estuvo en la Unidad de Cuidado Intensivo para la recuperación de su salud.**

Excelente ( )      Buena ( )      Regular ( )      Deficiente ( )

¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Por favor díganos lo que el personal de enfermería podría hacer para mejorar la calidad del servicio y el cuidado de enfermería para satisfacer sus necesidades en la recuperación de su salud.

---

---

---

---

6. ¿ Qué fue lo que más le gusto acerca del cuidado que le proporcionaron sus enfermeras?

---

---

---

---

7. En que turno siente usted que lo atendieron mejor las enfermeras durante su estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo.

A) Matutino ( ) ¿Por qué? \_\_\_\_\_

B) Vespertino ( ) ¿Por qué? \_\_\_\_\_

C) Nocturno ( ) ¿Por qué? \_\_\_\_\_

---

8. Durante el tiempo que estuvo internado en la Unidad de Cuidado Intensivo que cosas fueron las que le molestaron por parte del personal de enfermería durante su proceso de recuperación de la salud.

	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
• Hacen mucho ruido	( )	( )	( )	( )	( )	( )
• Hablan fuerte y mucho entre ellas	( )	( )	( )	( )	( )	( )
• Ponen el radio muy fuerte	( )	( )	( )	( )	( )	( )
• Son gritonas	( )	( )	( )	( )	( )	( )
• Son poco tolerantes	( )	( )	( )	( )	( )	( )
• A veces lo ignoran a uno	( )	( )	( )	( )	( )	( )
• No tienen paciencia	( )	( )	( )	( )	( )	( )
• Desaprueban muchas cosas que hacemos	( )	( )	( )	( )	( )	( )
• Les molesta que no hagamos las cosas como ellas quieren	( )	( )	( )	( )	( )	( )

9. Otros (Especificar turno): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Por favor marque los cuadros para indicar como usted se sintió con los cuidados de enfermería que recibió en su estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo.**

**1. Las enfermeras me dieron una atención individual:**

Siempre                       Casi siempre                       En pocas ocasiones                       Nunca

**2. Yo recibí ayuda por parte de las enfermeras para algunas de mis necesidades que no podía hacer por mí mismo:**

Siempre                       Casi siempre                       En pocas ocasiones                       Nunca

**3. Las enfermeras me informaron acerca de mi enfermedad:**

Siempre                       Casi siempre                       En pocas ocasiones                       Nunca

**4. Las enfermeras fueron corteses:**

Siempre                       Casi siempre                       En pocas ocasiones                       Nunca

**5. Las enfermeras me explicaban las cosas usando palabras que yo comprendía:**

Siempre                       Casi siempre                       En pocas ocasiones                       Nunca

**6. Las enfermeras fueron compasivas:**

Siempre                       Casi siempre                       En pocas ocasiones                       Nunca

**7. Las enfermeras me explicaban las pruebas y procedimientos, así yo podría comprender lo que podía pasarme durante el examen o el procedimiento.**

( ) Siempre                      ( ) Casi siempre                      ( ) En pocas ocasiones                      ( ) Nunca

**8. Las enfermeras fueron puntuales y oportunas cuando yo las llamaba por el botón o desde mi cama:**

( ) Siempre                      ( ) Casi siempre                      ( ) En pocas ocasiones                      ( ) Nunca

**9. Las enfermeras frecuentemente valoraban mi condición de salud:**

( ) Siempre                      ( ) Casi siempre                      ( ) En pocas ocasiones                      ( ) Nunca

**10. Las enfermeras me mantuvieron informado acerca de lo que estaba sucediendo:**

( ) Siempre                      ( ) Casi siempre                      ( ) En pocas ocasiones                      ( ) Nunca

**11. Las enfermeras me hicieron sentir seguro;**

( ) Siempre                      ( ) Casi siempre                      ( ) En pocas ocasiones                      ( ) Nunca

**12. Las enfermeras ponían las cosas que yo necesitaba como mi botón para llamar, agua, papel, klennex, charola de alimentos, etc., donde yo las pudiera alcanzar:**

( ) Siempre                      ( ) Casi siempre                      ( ) En pocas ocasiones                      ( ) Nunca

**13. Las enfermeras me dieron apoyo cuando me sentía triste, deprimido, nervioso, solo, etc.:**

( ) Siempre                      ( ) Casi siempre                      ( ) En pocas ocasiones                      ( ) Nunca

**14. Durante mi estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo el cuidado que me brindó el personal de enfermería fue un factor importante en el proceso de recuperación de mi salud.**

Siempre                       Casi siempre                       En pocas ocasiones                       Nunca

**15. Las enfermeras tomaban en cuenta mis necesidades y problemas para mi pronta recuperación:**

Siempre                       Casi siempre                       En pocas ocasiones                       Nunca

**Comentarios:**

---

---

---

---

---

---

---

---



## **ANEXO No. 7**

---

# **PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO A ENFERMERAS ESPECIALISTAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

## **APLICACIÓN DEL MODELO DE INTERACCIÓN**



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA PREVENTIVA



FACULTAD  
DE PSICOLOGÍA

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA ENFERMERAS  
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**APLICACIÓN DEL MODELO DE INTERACCIÓN**

ELABORADO POR:

**JOSÉ LAURO DE LOS RÍOS CASTILLO**

SUPERVISADO POR:

**DR. JUÁN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA**

MÉXICO, D.F., ENERO DE 1998.

## INTRODUCCIÓN

El modelo de interacción es la piedra angular del éxito para que la Enfermera sea útil y terapéutica y el proceso de cuidados resulte eficaz.

La Dinámica de Interacción entre la Enfermera y el Paciente al explorar y comprender las necesidades, los sentimientos, las actitudes y las creencias de éste último, además de los de la Enfermera, se deben contemplar como un elemento vital a la hora de conseguir una cooperación en el cuidado del Paciente. La relación que se desarrolla entre una Enfermera y un Paciente es vital para el proceso de Atención de Enfermería. Dicho esto, es lógico asumir que la práctica de la enfermera profesional está destinada a ayudar al Paciente a recobrar la salud.

## CARTA PROGRAMÁTICA

**Unidad I.** El modelo de la Interacción Enfermera-Paciente. Aplicación Teórico-Práctica.

**Objetivo:** Proporcionar a las Enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos los elementos teóricos y metodológicos del Modelo de Interacción, para ser llevados a la práctica profesional de Enfermería; Auxiliándose del proceso de Atención de Enfermería como el Instrumento metodológico para tal efecto.

OBJETIVOS	CONTENIDO TEMÁTICO	ESTRATEGIA DIDÁCTICA	RECURSOS	EVALUACIÓN	FECHA TIEMPO
1. Dar a conocer a los participantes el programa para su análisis y discusión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivos del programa.</li> <li>• Ubicación contextual del programa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación del programa a las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos para su análisis y discusión. Explicación por parte del Docente sobre la necesidad de su implementación para la práctica profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente.</li> <li>• Participantes.</li> <li>• Programa.</li> <li>• Carpeta con materiales del curso.</li> <li>• Cámara de Video.</li> <li>• Cámara Fotográfica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Video.</li> </ul>	1 Hora
2. Las Enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos conocerán los aspectos relevantes del desarrollo histórico del saber de la enfermería así como el Marco de Valores Heredado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Breve reseña histórica del desarrollo del conocimiento en enfermería.</li> <li>• Marco de Valores Heredado en Enfermería.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se expondrá a manera de Conferencia Magistral por parte del docente el contenido temático. Una vez agotado éste, se procederá a responder el ponente las dudas que hayan surgido en el desarrollo del mismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente.</li> <li>• Participantes.</li> <li>• Acetatos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas a los participantes.</li> </ul>	1 Hora

OBJETIVOS	CONTENIDO TEMÁTICO	ESTRATEGIA DIDÁCTICA	RECURSOS	EVALUACIÓN	FECHA TIEMPO
<p>3. Las Enfermeras de la UCI, conocerán los conceptos centrales en el campo científico y su relación con las teorías de Enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceptos centrales que prevalecen en una disciplina científica:</li> <li>1. Concepto.</li> <li>2. Principios.</li> <li>3. Ley.</li> <li>4. Teoría.</li> <li>5. Marco Teórico.</li> <li>6. Marco Conceptual.</li> <li>7. Modelo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El docente expondrá el contenido temático, auxiliándose para ello de auxiliares didácticos, tales como diapositivas y acetatos. Rescatando los conceptos más prevalecientes en enfermería. Al finalizar el docente les hará preguntas para retroalimentar el proceso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente.</li> <li>• Participantes.</li> <li>• Diapositivas.</li> <li>• Acetatos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas a los participantes.</li> </ul>	<p>1 Hora</p>
<p>4. Las Enfermeras de la UCI conocerán las principales teorías sobre la naturaleza del cambio, su impacto en los conceptos centrales tales como: Ser Humano, Salud, Enfermedad, Entorno; así como sus implicaciones en la práctica de enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teorías sobre la Naturaleza del cambio:</li> <li>- Sistemas.</li> <li>- Tensión y Adaptación.</li> <li>- Crecimiento y Desarrollo.</li> <li>- Del Ritmo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A manera expositiva el Docente disertará sobre el contenido, auxiliándose de materiales didácticos tales como acetatos y cartulinas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente.</li> <li>• Participantes.</li> <li>• Acetatos.</li> <li>• Cartulinas.</li> <li>• Documentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas a los participantes.</li> </ul>	<p>2 Horas</p>

OBJETIVOS	CONTENIDO TEMÁTICO	ESTRATEGIA DIDÁCTICA	RECURSOS	EVALUACIÓN	FECHA TIEMPO
<p>5. Las Enfermeras de la UCI, conocerán y aplicarán el Modelo Conceptual de relaciones Interpersonales de Hildergard Peplau.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naturaleza del Modelo de Peplau.</li> <li>• Fases en las relaciones Interpersonales.</li> <li>• Roles de Enfermería.</li> <li>• Aplicación ficticia del Modelo tomando las diferentes fases.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Docente explicará los antecedentes del Modelo, sus fases, así como los roles más importantes. Posteriormente a ésta presentación, los participantes se reunirán en grupo para dar lectura al documento que contiene el Modelo, dando un margen de 15 minutos para tal fin. Posteriormente identificarán los conceptos más importantes en el modelo tales como: Ser Humano, Salud, Enfermedad, Entorno. Una vez identificados los pasarán con plumón en cartulinas, para su exposición y defensa. Al término de ello el docente retroalimentará los conceptos identificados. Una vez finalizado las Enfermeras de la UCI harán un sociodrama donde ejemplifiquen las fases y roles, proyectando los conceptos identificados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente.</li> <li>• Alumnos.</li> <li>• Acetatos.</li> <li>• Documentos.</li> <li>• Plumones y Cartulinas.</li> <li>• Laboratorio propedéutico.</li> <li>• Cámara de Video.</li> <li>• Cámara Fotográfica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de productos.</li> <li>• Identificación de conceptos.</li> <li>• Sociodramas.</li> <li>• Video.</li> </ul>	<p>8 Horas</p>

OBJETIVOS	CONTENIDO TEMÁTICO	ESTRATEGIA DIDÁCTICA	RECURSOS	EVALUACIÓN	FECHA TIEMPO
<p>6. Las Enfermeras de la UCI, resaltarán las categorías más importantes en la Relación Interpersonal Enfermera-Paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación Verbal y No Verbal.</li> <li>• Categorías Generales tanto verbales como no verbales.</li> <li>• Sociodrama de aplicación de las categorías.</li> <li>• Videos de su interacción con los pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por lluvia de ideas los participantes expondrán sus puntos de vista de la comunicación verbal y no verbal, retroalimentando a éstos el Docente. Para posteriormente en grupo se retomarán los contenidos anteriores para realizar una construcción de las principales categorías verbales y no verbales. Apoyándose para ello con una demostración en la práctica por medio del sociodrama. Al finalizar se hará la presentación de sus grabaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docentes.</li> <li>• Participantes.</li> <li>• Documentos.</li> <li>• Plumones y Cartulinas.</li> <li>• Videos.</li> <li>• Laboratorio de Propedéutica.</li> <li>• Videgrabadora</li> <li>• Cámara de Video.</li> <li>• Cámara Fotográfica.</li> <li>• Televisión 21".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constructo de Categorías.</li> <li>• Sociodrama</li> <li>• Video</li> </ul>	<p>8 Horas</p>
<p>7. Las Enfermeras de la UCI conocerán la importancia del PAE como un instrumento metodológico para llevar a cabo en la práctica el Modelo de Interacción Enfermera – Paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación del PAE con el método científico.</li> <li>• Relación del PAE con las fases de la Relación según Peplau.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En una exposición breve el docente resaltará la importancia del PAE su vinculación con el Método Científico así como las fases del Modelo de Peplau, auxiliándose para ello de acetatos y de las cartulinas elaboradas en los contenidos anteriores por los participantes. Retroalimentando así el proceso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente.</li> <li>• Participantes.</li> <li>• Acetatos.</li> <li>• Cartulinas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas a los participantes.</li> </ul>	<p>1 Hora</p>

OBJETIVOS	CONTENIDO TEMÁTICO	ESTRATEGIA DIDÁCTICA	RECURSOS	EVALUACIÓN	FECHA TIEMPO
<p>8. Las Enfermeras de la UCI conocerán la importancia que tiene la Teoría de las Necesidades Humanas para detectar problemas de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de Necesidad Humana.</li> <li>• Teoría de las Necesidades Humanas según Abraham Maslow.</li> <li>• Concepto de Problema.</li> <li>• Problema de Enfermería.</li> <li>• Clasificación de Problemas según Abdellah.</li> <li>• Clasificación de Problemas según Magers.</li> <li>• Definición de Problemas de Enfermería.</li> <li>• Funciones de Enfermería.</li> <li>• Ejemplos de Funciones de Enfermería.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A manera expositiva el docente abordará el contenido temático, auxiliándose para ello de acetatos y cartulinas. Preguntando al final a los participantes sobre su importancia para la práctica profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente.</li> <li>• Participantes.</li> <li>• Acetatos.</li> <li>• Cartulinas.</li> <li>• Documentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas a los participantes.</li> </ul>	<p>6 Horas</p>
<p>9. Las Enfermeras de la UCI conocerán e implementarán el Proceso de Atención de Enfermería como aplicación de los Marcos Teóricos de Enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición del PAE: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Marriner.</li> <li>– FENAFE.</li> <li>– Mc. Farlene y Castledine.</li> <li>– Nancy Roper.</li> </ul> </li> <li>• Relación del PAE y el Método Científico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A manera de taller se abordarán los temas del contenido para ser retroalimentados por el Docente. Auxiliándose para ello de Diapositivas, Acetatos y Cartulinas. Enfatizando sobre todo la necesidad de poder...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docentes.</li> <li>• Participantes.</li> <li>• Documentos.</li> <li>• Acetatos.</li> <li>• Diapositivas.</li> <li>• Cartulinas.</li> <li>• Plumones.</li> <li>• Laboratorio de Propedéutica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de un PAE completo.</li> <li>• Video.</li> </ul>	<p>24 Horas</p>



OBJETIVOS	CONTENIDO TEMÁTICO	ESTRATEGIA DIDÁCTICA	RECURSOS	EVALUACIÓN	FECHA TIEMPO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etapas del PAE:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración.</li> <li>- Diagnóstico.</li> <li>- Planeación.</li> <li>- Ejecución.</li> <li>- Evaluación.</li> </ul> </li> <li>• Propiedades del PAE.</li> <li>• Propósitos del PAE.</li> </ul>	<p>...implementar el Método Clínico. Aunado a la taxonomía de Diagnósticos de Enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UCI.</li> <li>• Cámara de Video.</li> <li>• Cámara Fotográfica.</li> </ul>		
<p>10. Las Enfermeras de la UCI conocerán e implementarán el instrumento "MAKINGIT" para hacer valoraciones rápidas, concisas y profundas para la detección de problemas para el diagnóstico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceptos de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntoma.</li> <li>- Signo.</li> <li>- Síndrome.</li> </ul> </li> <li>• Desglose del acrónimo MAKINGIT.</li> <li>• Aplicación práctica del MAKINGIT con ayuda de los contenidos anteriores, en la UCI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para los primeros contenidos el docente, preguntará a los participantes sus nociones de los conceptos mencionados para poder enriquecerlos por él. Posteriormente expondrá la segunda parte poniendo ejemplos de cada sigla de acrónimo. Para finalizar los participantes harán una práctica con pacientes de la UCI, para evaluar los contenidos revisados. Tomando el tiempo para ajustarse a la normatividad teórica (5 minutos) para su valoración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente.</li> <li>• Participantes.</li> <li>• Documentos.</li> <li>• Acetatos.</li> <li>• Diapositivas.</li> <li>• Cartulinas.</li> <li>• Plumones.</li> <li>• Laboratorio de Propedéutica.</li> <li>• UCI.</li> <li>• Cámara de Video.</li> <li>• Cámara Fotográfica.</li> <li>• Pacientes de la UCI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devolución práctica por parte de los participantes a nivel individual.</li> <li>• Video.</li> <li>• Examen Escrito.</li> </ul>	<p>8 Horas</p>

OBJETIVOS	CONTENIDO TEMÁTICO	ESTRATEGIA DIDÁCTICA	RECURSOS	EVALUACIÓN	FECHA TIEMPO
<p>11. Las Enfermeras de la UCI harán un análisis evaluatorio de los registros de enfermería de la UCI, para dar propuestas de solución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importancia de los registros de Enfermería en la recuperación de la salud de los pacientes.</li> <li>• Los Registros y su relación en la continuidad del cuidado.</li> <li>• Registros de la UCI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Docente expondrá los contenidos a tratar auxiliándose de materiales didácticos tales como: diapositivas, acetatos y cartulinas. Posteriormente las Enfermeras evaluarán los registros que se llevan a cabo en la UCI, dándoles 3 hojas a cada una para tal fin. Al final el Docente retroalimentará los análisis elaborados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente.</li> <li>• Participantes.</li> <li>• Acetatos.</li> <li>• Diapositivas.</li> <li>• Cartulinas.</li> <li>• Hojas de registro de la UCI.</li> <li>• Cámara de Video.</li> </ul>	<p>Evaluación de los registros.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Video</li> </ul>	<p>4 Horas</p>
<p>12. Las Enfermeras de la UCI conocerán y aplicarán las técnicas más comunes para el manejo del estrés en centros hospitalarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores que propician el estrés.</li> <li>• ¿Cómo se origina el estrés?</li> <li>• Alteraciones del organismo cuando se está estresado.</li> <li>• Riesgos cuando se expone a estrés muy intenso o constante.</li> <li>• Consecuencias del estrés agudo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El docente expondrá los contenidos a través de sesiones de lectura comentada.</li> <li>• Posteriormente los participantes aplicarán las técnicas más comunes para el autocontrol del estrés.</li> <li>• Aplicación de las técnicas en la UCI, durante la fase práctica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente.</li> <li>• Manual de autocontrol del estrés en servicios hospitalarios.</li> <li>• Casete de música para relajamiento.</li> <li>• Laboratorio de propedéutica.</li> <li>• Cámara de Video.</li> <li>• Cámara Fotográfica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen Teórico-Práctico.</li> <li>• Video.</li> </ul>	<p>4 Horas</p>

OBJETIVOS	CONTENIDO TEMÁTICO	ESTRATEGIA DIDÁCTICA	RECURSOS	EVALUACIÓN	FECHA TIEMPO
	y crónico. • Formas para controlar el estrés. • Técnicas de relajación a través de respiración profunda. • Técnicas de relajación Tensión-Distensión muscular.				
<b>13.</b> Las Enfermeras de la UCI harán una Evaluación del Curso.	• Evaluación del Curso. • Clausura.	• Cada participante expondrá su evaluación para ver si se cumplieron los objetivos así como el propósito del mismo. Por otro lado, se les explicará la finalidad del mismo para su seguimiento. Al término se hará la clausura correspondiente.	• Participantes. • Docentes. • Hoja de aceptación para su seguimiento. • Cámara de Video.	• Registro de evaluación. • Video. • Hoja de aceptación. • Examen Teórico-Práctico para acreditación.	2 Horas
<b>14.</b> Las Enfermeras de la UCI aplicarán los contenidos Teórico-Prácticos con pacientes internados en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos.	• Fase práctica.	• Asignación de pacientes a cada uno de los participantes.	• Pacientes de la UCI.	• Video. • Cámara Fotográfica. • Examen Práctico.	32 Horas