

Experiencias de profesionales de enfermería en el cuidado psicoemocional a pacientes en la unidad de cuidados intensivos, 2006

Experiences of nursing professionals in the psycho-emotional care of patients in the intensive care unit, 2006



Blanca Cecilia Vanegas *
Sandra Liliana Vega**
María Fernanda Barbosa
Gely Maricely González
Jeiny Jahandra Montoya

Resumen

El presente estudio se llevó a cabo, con el propósito de determinar las experiencias de profesionales de enfermería en el cuidado psicoemocional a pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos - UCI - de una institución de salud en Bogotá. La investigación se realizó con abordaje cualitativo, enfoque fenomenológico y análisis hermenéutico, en el que participaron, como unidad de análisis, cuatro profesionales de enfermería que se encontraban en ejercicio activo de la profesión en la UCI de la mencionada institución.

Para la recolección de la información, se utilizaron las técnicas de entrevistas semiestructuradas profundas, grabadas con previa autorización de cada participante, la firma del consentimiento informado y demás consideraciones éticas establecidas en la Resolución N° 008430 del 4 de Octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

El estudio permitió concluir que si bien se tiene la creencia que en la UCI se centran los cuidados en el componente biológico de los pacientes, con frecuencia, los profesionales de enfermería participantes se esfuerzan por ofrecer también un cuidado psicoemocional, tanto al paciente como a su familia; pero no siempre es fácil lograrlo. Lo anterior porque existen situaciones que pueden limitar ese cuidado psicoemocional, como por ejemplo, por restricciones generadas en algunas normas institucionales, por las condiciones de salud o de comportamientos del paciente, o por la falta de seguridad del profesional de enfermería sobre cómo actuar ante determinados comportamientos del paciente, lo que en ocasiones, según sus relatos, puede estar relacionado con limitaciones en la preparación al respecto.

Palabras claves: Cuidado emocional y pacientes críticos; cuidado emocional en la UCI; cuidado emocional y paciente en Unidad de Cuidados Intensivos; cuidado emocional y UCI.

Abstract

This study was conducted with the purpose of determining the experiences of nurses in the psycho-emotional care to patients in the intensive care unit - ICU - a health institution in Bogotá. The investigation was conducted with qualitative approach, and analysis hermeneutic phenomenological approach, involving, as the unit of analysis, four nurses who were in active practice of the profession in the ICU of that institution.

For data collection were used techniques of interviews semi-structured deep, recorded with prior permission of each participant, the signing of informed consent and other ethical considerations set out in Resolution No. 008430 of October 4, 1993 the Ministry of Health Colombia.

The study concluded that while there is the belief that in the ICU are focused care in the biological component of patients, often nursing professionals participants are striving to provide a psycho-emotional care, both the patient and his family, but not always easy to achieve. This because there are situations that may limit this psycho-emotional care, for example, generated by restrictions on certain institutional rules, health conditions or behaviors of the patient, or the lack of security of nursing professionals on how to deal with certain conduct patient, which sometimes, as their stories may be related to limitations in preparing the matter.

Key words: Emotional Care and critical patients; emotional care in the ICU; emotional care and patient in Intensive Care Unit; emotional care and ICU.

Recibido: 11/07/07. Revisado: 04/09/07. Aceptado: 24/09/07.

* Enfermera, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Enfermería Perinatal, de la misma Universidad. Especialista en Educación Sexual, Universidad Santo Tomás. Profesora Asociada, Docente Excepcional y Profesora Emérita de la Universidad Nacional de Colombia. Profesora Asociada, Universidad El Bosque. vanegasblanca@unbosque.edu.co

** Enfermeras. Facultad de Enfermería. Universidad El Bosque.

INTRODUCCIÓN

Lo esperado es que la cotidianidad de los seres humanos transcurra dentro de un proceso de bienestar biopsicoemocional; sin embargo, éste se puede ver alterado cuando la persona presenta una enfermedad y tiene que ser hospitalizada; más aún, cuando esa hospitalización ocurre en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI-, “debido a que ante una enfermedad grave y mortal, el paciente, su familia y el personal de salud, libran una batalla decisiva contra la muerte” (Calderón, 2003). Esto tiene implicaciones significativas, tanto por la gravedad de la enfermedad, como por el tratamiento, que a menudo requiere intervenciones invasivas, para mejorar la salud o salvar la vida. Estas intervenciones pueden ir desde punciones y cateterización e inserción de diversos instrumentos en el organismo, hasta intubación y traqueotomía, entre otros. Así mismo, por la condición clínica crítica en que se encuentra la persona, ésta requiere monitoreo continuo con aparatos que, por ser desconocidos, pueden afectar el estado psicoemocional.

El estado psicoemocional suele alterarse aún más ante las preocupaciones personales y familiares que el paciente puede experimentar en su interior; por ejemplo, ante la incertidumbre por la gravedad de la enfermedad, el temor a la muerte, a las secuelas irreparables, las preocupaciones por su trabajo, estudio, situación socio-económica, u otras dificultades que puedan surgir como consecuencia de la enfermedad y hospitalización.

“Desafortunadamente, debido a los cambios en la tecnología, a la reforma de la seguridad social, a la crisis actual del sector salud y a la rutinización misma de las actividades diarias, entre otros, algunas veces, el personal de salud tiene limitaciones para el contacto prolongado y el diálogo con el paciente; y, peor aún, en ocasiones, se asumen actitudes desobligantes, duras e irrespetuosas, con quienes están depositando en el equipo toda su confianza, en momentos de enfermedad. A menudo, se observa que los pacientes se identifican por número de habitación, de cama o por tipo de convenio, desconociendo, que el paciente sufre, siente y tiene necesidades y expectativas propias” (Durán, 2002).

Los anteriores planteamientos motivaron la realización del presente estudio, desde un abordaje cualitativo, con enfoque fenomenológico y análisis hermenéutico, con el propósito de describir las experiencias de profesionales de enfermería en el cuidado psicoemocional de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos en una institución de salud de Bogotá.

La unidad de análisis estuvo constituida por cuatro enfermeras que se encontraban ejerciendo la profesión en la Unidad de Cuidados Intensivos de la citada institución.

Para la recolección de la información se utilizaron las técnicas de entrevistas semiestructuradas profundas, grabadas con la autorización de las informantes. Antes de realizar las entrevistas se entregó a las participantes la información sobre el estudio y el consentimiento informado, que fue firmado de manera libre y voluntaria por cada una de ellas.

Una vez recogida la información, ésta se transcribió de manera idéntica a como había sido grabada. Luego se subrayaron los **hechos o incidentes** relacionados con el fenómeno a estudiar, y a cada hecho o incidente se le asignó un **Código Substantivo**. Posteriormente, se agruparon por similitud los códigos establecidos en el paso anterior, conformando de esta manera las **categorías**, que finalmente se describieron y confrontaron con la revisión de la literatura encontrada al respecto.

Los hallazgos del estudio permitieron concluir que si bien con alguna frecuencia se ha observado que en las Unidades de Cuidados Intensivos se da especial énfasis a procedimientos y técnicas que buscan salvar la vida, según las afirmaciones de las profesionales de enfermería participantes en la investigación, el cuidado psicoemocional también forma parte del cuidado integral que brindan a los pacientes. Expresaron que este cuidado es ofrecido de diferentes maneras, tales como: hablando con el paciente, teniendo una actitud profesional empática y explicándole cualquier procedimiento que se le realice como parte del tratamiento, entre otros; para esto, según lo relatado, se esmeran en utilizar un lenguaje sencillo y de fácil comprensión y solicitan al paciente su participación, como una forma de buscar mayor efectividad en el tratamiento. Expresaron además, que en ocasiones le proporcionan estímulos positivos que le ayuden a sentirse mejor.

Así mismo, las enfermeras relataron que se interesan por ofrecer medidas de comodidad para que el paciente se sienta mejor, y a veces le proporcionan algún tipo de apoyo espiritual, aún cuando éste, por sus expresiones, parece ser que es ofrecido, según las creencias de la enfermera, porque no siempre se conocen las necesidades del paciente al respecto. También expresaron que se preocupan por buscar otras redes de apoyo para el cuidado psicoemocional, cuando así lo consideran pertinente, para lo cual acuden a otros profesionales como psicólogos o psiquiatras, o a la familia del paciente.

No obstante lo anterior, señalaron que no siempre es fácil ofrecer un cuidado psicoemocional, pues existen situaciones que lo pueden limitar en parte, como por ejemplo, algunas normas institucionales, las condiciones de salud o comportamiento del paciente y la falta de seguridad del profesional de enfermería sobre qué hacer ante determinadas actuaciones del paciente, lo que, según

ellas, refleja que, en ocasiones, existen limitaciones en la capacitación profesional al respecto.

OBJETIVO GENERAL

Describir las experiencias de profesionales de enfermería en el cuidado psicoemocional a pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de una institución de salud de Bogotá.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar, a través de entrevistas, los hechos relatados por profesionales de enfermería sobre experiencias en el cuidado psicoemocional a pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Interpretar y analizar la información obtenida, hasta lograr la conformación y descripción de categorías, contrastándolas con la teoría existente al respecto.

METODOLOGÍA

En el presente trabajo se utilizó el método de investigación cualitativa, con enfoque fenomenológico y análisis hermenéutico, puesto que se profundizó en la naturaleza de las experiencias que habían tenido profesionales de enfermería, en el cuidado psicoemocional a pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos; éstas fueron analizadas e interpretadas hasta lograr la descripción de las categorías.

UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis estuvo constituida por un grupo de cuatro profesionales de enfermería que se encontraban ejerciendo la profesión en la Unidad de Cuidados Intensivos de una institución de salud de Bogotá.

MATERIALES Y MÉTODOS

La información para el estudio fue recolectada directamente por las investigadoras, a través de entrevistas a profundidad, semiestructuradas, grabadas con previa autorización de las profesionales.

Posteriormente, se realizó la transcripción literal, utilizando seudónimos para proteger la identidad de cada informante, y se realizó el análisis e interpretación, seleccionando los hechos relatados por las profesionales de enfermería, en relación con el fenómeno en estudio. Luego, se establecieron los códigos substantivos, para posteriormente agruparlos por similitud, conformando así las categorías que fueron descritas y contrastadas con la teoría existente al respecto.

RESULTADOS

Cuando se preguntó a las enfermeras acerca de las experiencias que habían tenido en cuanto al cuidado psicoemocional ofrecido a pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, la codificación de sus respuestas permitió organizar los hallazgos en las siguientes categorías:

- Hablando con el paciente.
- Con actitud profesional.
- Evitando la utilización del lenguaje técnico.
- Buscando apoyo de expertos.
- Valorando las necesidades psicoemocionales.
- Evitando estímulos que incomoden al paciente.
- Facilitando formas de comunicación no verbal.
- Con cuidado psicoemocional a pacientes en estado inconsciente.
- Buscando la participación de la familia como red de apoyo.
- Haciendo intervención con la familia.
- Buscando estímulos positivos.
- Utilizando medidas de comodidad.
- Con apoyo espiritual.
- Dificultad para el cuidado psicoemocional.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El análisis de las 14 categorías conformadas a partir de la interpretación de los datos obtenidos en las entrevistas y su confrontación con la revisión de la literatura científica relacionada con el tema, permitió hacer la descripción de las categorías y conclusiones que se presentan a continuación.

HABLANDO CON EL PACIENTE

Para tres de las cuatro enfermeras, hablarle al paciente durante todo procedimiento que se le realice es muy importante, por ser un componente básico en la comunicación y parte esencial del cuidado psicoemocional. Hablar con el paciente permite buscar un acercamiento entre la enfermera y el paciente, lo que le proporciona a éste mayor confianza y seguridad. Esto fue expresado por una de las participantes así: *“Yo aprendí que primero está la persona; se le habla, se le comenta, antes de empezar a realizar cualquier procedimiento, independientemente de la situación que sea”*. **Carmen.**

Al respecto, Jaramillo, Duque, Pinilla & Duque, (2004) señalan que “en ocasiones, el profesional de enfermería sólo habla con el paciente mientras se realiza cualquier procedimiento y los temas tratados sólo se ciñen a cosas de rutina. Pero cuando se toma al paciente en serio, cuando se le escucha con atención y cuando son dos los

que hablan, la verdadera comunicación empieza a emerger”.

CON ACTITUD PROFESIONAL

“La enfermera está habitualmente en contacto con los pacientes y éstos tienen necesidades que deben ser atendidas; para ello, es importante que el profesional de enfermería establezca relaciones de confianza, adopte actitudes de respeto, comprensión, empatía, autenticidad y consideración positiva, de tal manera que permita al paciente expresarse abiertamente, sin tener miedo a ser juzgado o rechazado” (Bizier, citado en Daza, Torres & Prieto, 2005).

Al respecto, en el estudio se evidenció que, para ofrecer un cuidado psicoemocional, algunas de las enfermeras reconocen que se requiere tener una actitud de empatía y calidez con el paciente, demostrándole que tienen tiempo para atender sus necesidades, pero, según una de ellas, “sin dejarse llevar por sus sentimientos”. Considera además, una de las participantes, que una actitud tranquila le genera seguridad al paciente; por lo tanto, se deben evitar actitudes agresivas o de dominio y poder. Esto fue expresado así: “*Si yo me le acerco agresiva, voy a conseguir mucho menos que si lo hago de una forma más sutil y tranquila, generándole seguridad al paciente*”. **Gloria.**

EVITANDO LA UTILIZACIÓN DEL LENGUAJE TÉCNICO

Uno de los aspectos en que tradicionalmente ha sido formado el profesional de enfermería es el relacionado con su rol de educador; es por eso que tiene muy claro que la utilización de un lenguaje sencillo es básico cuando establece una comunicación con el paciente, la familia o la comunidad, bien sea durante cualquier acercamiento rutinario, o en el momento de explicarle algo o de participar en un proceso más formal de enseñanza - aprendizaje.

Esto fue evidenciado por las expresiones de dos de las enfermeras participantes en el estudio, lo que refleja que ellas, como parte del cuidado psicoemocional que brindan a los pacientes, hacen lo posible para que ellos comprendan los mensajes que tratan de expresarles, utilizando lenguaje sencillo y evitando el uso de palabras técnicas. Así fue referido esto por Carmen: “*Hablamos en palabras no técnicas para que la gente entienda*”.

Al respecto, Ibáñez, M. (2004) afirma que “los pacientes, en muchas ocasiones, y especialmente los que se encuentran en la UCI, tienen deseo de conocer la verdad sobre su propio diagnóstico y su evolución; pero para que la información que el paciente reciba sea efectiva, las explicaciones deben ser pausadas, ordenadas y se debe

emplear un lenguaje sencillo sin tecnicismos y adaptado al grado intelectual y cultural del paciente; todo esto ayuda a que el paciente comprenda qué es lo que le está pasando”.

BUSCANDO APOYO DE EXPERTOS

Se evidenció en el estudio que cuando los pacientes presentan reacciones psicológicas adversas o determinados comportamientos que para las enfermeras se convierten en situaciones de difícil manejo, algunas recurren a expertos en psicología o psiquiatría, con el propósito de que ellos intervengan directamente o las orienten sobre la manera como pueden abordar la situación. Así fue expresado: “*Comentamos en la revista médica que el paciente está apático, aislado, retraído; que nos parece que tenemos que hacer algo, entonces se les dice que por qué no lo pasan a una consulta por psiquiatría*”. **Rosa.**

Estas afirmaciones podrían tener dos tipos de interpretación; por una parte, puede reflejar que la enfermera diferencia entre lo que puede hacer desde su profesión al respecto, y cuándo requiere el apoyo de otro profesional experto, lo que podría indicar que las enfermeras están formadas para trabajar en equipo y reconocer el valor que tienen otros profesionales para apoyar el cuidado integral del paciente; por otro lado, se podría interpretar como una necesidad de mayor preparación del profesional de enfermería para hacer los primeros abordajes al respecto. Estas interpretaciones se pueden basar en las siguientes afirmaciones de dos enfermeras: “*Cada uno reacciona diferente; pero entonces, es cuando se comienza a decir: No, este señor va a ser un problema. Entonces se envía a psicología...; de personas que, definitivamente no aceptan nada, ya se pasa a una valoración por psiquiatría*”. **Rosa.**

“*Que no pueda aceptar, que no quiera visitas, o que no quiera nada, es mejor pedir la ayuda a la psicóloga, que ella ya puede intervenir de una forma más profunda*”. **Gloria.**

VALORANDO LAS NECESIDADES PSICO-EMOCIONALES

Para poder ofrecer un cuidado psicoemocional, según dos participantes, se requiere comprender que cada paciente es completamente diferente; por lo tanto, según lo expresaron, ante determinadas manifestaciones psicoemocionales de la persona, la enfermera debe animarlo a que manifieste en ese momento lo que siente, o los problemas que le aquejan, facilitando así el conocimiento de las necesidades de cada uno, para poder ayudarlo. Así lo refirió una de ellas: “*En la medida que uno vea, le pregunta al paciente qué tiene, cómo se siente; si tiene dolor o si algo lo tiene preocupado*”. **Laura.**

Al respecto, Torres (2004) señala que “el profesional de enfermería debe estar en la capacidad de incluir la valoración y diagnóstico de respuestas humanas de afrontamiento, desesperanza, impotencia y déficit de conocimientos”, entre otras.

Por su parte, Da Silva (2002), afirma que “el paciente es alguien que necesita, no sólo cuidados físicos, sino también psico - socio - espirituales. Por esta razón, el profesional de enfermería nunca debe olvidarse de que la persona a quien cuida, es un ser humano igual a él o a ella, el cual requiere de cuidados, no sólo a nivel biológico, sino también espiritual y afectivo”.

EVITANDO ESTÍMULOS EXTERNOS QUE INCOMODEN AL PACIENTE

Sólo una de las participantes en el estudio expresó la importancia de disminuir estímulos estresantes dentro de la UCI, entre los que se encuentran los sonidos producidos por los diferentes equipos, como por ejemplo, las alarmas de los monitores. De acuerdo con la revisión de la literatura realizada al respecto, se encontró que una de las actividades primordiales en el cuidado psicoemocional a los pacientes de la UCI, es precisamente la reducción de este tipo de estímulos, tales como, las alarmas de diversos equipos, las conversaciones en los pasillos, las entregas de turno, etc. Esto fue expresado de la siguiente manera por la enfermera: “*Entonces, vamos a tratar, en lo posible, de que el monitor no tenga la alarma tan fuerte y usted pueda dormir*”. Rosa.

FACILITANDO FORMAS DE COMUNICACIÓN NO VERBAL

La importancia de la comunicación no verbal, como parte del cuidado psicoemocional, fue manifestada por tres de las participantes, quienes señalaron que ésta contribuye a demostrar a los pacientes, manifestaciones de afecto que disminuyen su ansiedad y a mejorar los procesos de comunicación entre la enfermera y el paciente cuando éste presenta dificultad para expresarse; por ejemplo, cuando se encuentran intubados; así mismo, señalaron que este tipo de comunicación facilita las explicaciones sobre diversos tratamientos, y así se logra que los pacientes comprendan mejor su situación de salud. Al respecto, Gloria afirmó: “*Si el paciente no se puede comunicar porque está intubado, se le tiene una tablita y el abecedario para que él forme las palabras*”.

Esto es reafirmado por Castro, Páez, Ramírez & Salcedo (2006), quienes señalan que “en la comunicación, son fundamentales las expresiones no verbales, tales como, escritos, señas, gestos, actitudes, etc., pues a través de ésta también se expresan costumbres, sentimientos, pensamientos, necesidades y comportamientos”.

CON CUIDADO PSICOEMOCIONAL A PACIENTES EN ESTADO INCONSCIENTE

Hablarle al paciente inconciente, tocarlo y dar explicaciones a la familia para que realice estas mismas actividades, según tres de las enfermeras entrevistadas, forma parte del cuidado psicoemocional a este tipo de pacientes, lo que les genera tranquilidad y seguridad, así ellos no lo puedan manifestar verbalmente. Esto fue señalado por Carmen de la siguiente manera: “*Pero así estén inconscientes, tú los tocas, les dices, les hablas*”. También refirió: “*Cuando son pacientes que están inconscientes, uno les va explicando lo que se les está haciendo, así no sepamos si realmente están escuchando*”.

Al respecto, Olarte (1998) afirma que “ante el paciente en estado de inconsciencia y de invasión por la tecnología, la vida completa está en manos del personal que lo cuida. Añade que los conocimientos científicos, los descubrimientos y avances tecnológicos, son importantes, pero la intervención de enfermería no puede estar centrada únicamente en el cuidado de sondas, equipos, catéteres; la intervención debe estar centrada en el paciente como persona y a su alrededor está la familia, la tecnología y el equipo de salud”.

También señala que “así el estado de inconsciencia del paciente haga pensar lo contrario, es tranquilizante el contacto personal amable, tomarlo de la mano, el afecto generado por el contacto físico, las explicaciones con voz cálida y firme, así parezca que no escucha, también contribuyen a generarle tranquilidad”.

BUSCANDO LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA COMO RED DE APOYO

Torres (2004), define la participación de la familia en el cuidado del paciente crítico, como “el proceso en el que uno o varios miembros significativos de la unidad familiar se involucran de forma voluntaria, gradual y guiada por la enfermera responsable del paciente en el cuidado de su ser querido”.

Al respecto, las cuatro enfermeras revelaron que hacen lo que esté a su alcance por buscar contactos con la familia cuando ven que el paciente lo necesita; y cuando los familiares llegan a la institución, les orientan y les explican cómo van a encontrar a su pariente, para que tengan una actitud adecuada frente a él; así mismo, en ocasiones, orientan al familiar para que le hable sobre cómo van las cosas en el hogar, con el fin de disminuir sus preocupaciones y buscar que el paciente se tranquilice. Así fue expresado esto por Laura: “*A la familia se le pide que lo tranquilice, que le cuente cómo van las cosas en la casa; que le traigan la música que le gusta; o de pronto, que aprovechen dentro de la visita a leerles algún libro que les*

guste. Eso también ayuda a tranquilizar un poco al paciente y permite un poco más de contacto con su familia”.

Torres (2004) señala que “la familia facilita recursos de información a los miembros del equipo de salud, lo que incrementa las posibilidades de intervención sobre el paciente. Asimismo, es quien está actualizando, de forma permanente con su presencia, sobre el rol que desempeñaba el paciente en su familia antes de enfermar, ayudando con esto a una mejor comprensión de la situación”.

HACIENDO INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA

El cuidado psicoemocional del paciente, también tiene relación con la intervención que se realice con sus familiares, para tranquilizarlos por la situación de salud de su pariente, según lo refirieron dos enfermeras. Así lo afirmó Carmen: *“Uno interviene más con la familia, porque la familia es la que está consciente, la que está ansiosa, la que no sabe qué es lo que pasa, no sabe qué decidir”.*

Buscar la comunicación telefónica con los familiares para proporcionarles información y ofrecerles ayuda en el momento que lo requieran, cuando no tienen la oportunidad de estar constantemente esperando fuera de la Unidad, es otra de las opciones de cuidado psicoemocional que brindan las profesionales de enfermería participantes en el estudio.

Hablar con los familiares, preparándolos paulatinamente para afrontar cualquier eventualidad que se pueda presentar, en los casos en que la salud de paciente se encuentra severamente comprometida y existen pocas posibilidades de sobrevivir, según los relatos, son también acciones de cuidado psicoemocional ofrecidas por las enfermeras participantes. También señalaron que, cuando encuentran a un familiar muy angustiado, lo estimulan para que manifieste sus sentimientos, y ellas le expresan su comprensión y apoyo. En los casos en que los pacientes fallecen, orientan a la familia en lo que esté a su alcance. Esta fue una de las expresiones de Carmen: *“Uno no les dice que ya se van a morir; pero sí les va hablando, les va explicando que la condición es muy delicada que es mejor que solucionen muchas cosas, que estén tranquilos que les den fortaleza; y es tratar de ayudarles también para que se vayan preparando a una eventualidad que se pueda presentar”.*

Al respecto, Pérez et al (2004), señalan que “el ingreso del paciente en una UCI somete a los miembros de la familia a una situación difícil; familia y paciente son separados físicamente de su medio habitual y del apoyo afectivo, sufren y están angustiados. Si se considera a la familia como un núcleo en donde cada miembro que lo integra se interrelaciona, la hospitalización de uno de ellos origina

una situación de crisis y desestabilización que repercute en todos sus componentes. Frente a esta situación, el profesional de enfermería tiene un papel relevante para aclarar dudas, recomendar a los miembros de la familia acerca de la actitud que deben adoptar con el enfermo y animarles a superar los miedos, para que puedan colaborar en los cuidados”.

FACILITANDO LA EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS

Facilitar que el paciente exprese sus sentimientos, temores, preocupaciones y sus miedos, fue señalado por las enfermeras como algo importante dentro del cuidado psicoemocional, para lo cual consideran como básico establecer una buena comunicación; expresan que cuando se logra empatía y confianza, el mismo paciente, sin necesidad de preguntarle, toma la iniciativa de expresar lo que está sintiendo en determinado momento, lo cual es muy importante para evitar que tarde o temprano terminen afectando y agravando aun más su situación de salud. Esto fue referido así por Rosa: *“Uno tiene que estimular al paciente a que hable, a que manifieste sus sentimientos y tratar de que no lo interrumpan otras personas, mientras ellos le hablan a uno”.*

Al respecto, Torres (2002) afirma que “la enfermera de Cuidados Críticos debe buscar tiempo que facilite al paciente expresar todas sus dudas, inquietudes, miedos e incertidumbres; proporcionar intervenciones encaminadas a resolver las respuestas humanas de la persona en situación crítica, que limitan su independencia y que deben ir más allá del -quédese tranquilo- o -colabore con nosotros-, que muchas veces es el único recurso de cuidados que se ofrece, aparte de la administración de fármacos, el control de las alarmas de los equipos a los que está conectado, o la realización de determinados procedimientos”.

EXPLICÁNDOLE LOS PROCEDIMIENTOS Y PROCESOS

Explicar cada procedimiento que se realiza al paciente desde el momento en que ingresa a la UCI, según las participantes, es primordial dentro del cuidado psicoemocional; señalan que, por ejemplo, cuando el paciente llega, la enfermera se presenta, le dice dónde se encuentra, cuál es el número de la habitación que le corresponde, y qué personal de enfermería lo atenderá. Así mismo, se le explica en qué consiste su enfermedad y qué es lo que está pasando; cada vez que se realiza un procedimiento, se le explica el por qué es necesario en su tratamiento, la importancia de su participación para que la intervención logre el efecto esperado y cómo ese procedimiento contribuye en la recuperación de su salud. Así expresó esto Gloria: *“Uno trata de explicarle de varias formas lo que le va a hacer; que para su tratamiento..., para su recuperación”.*

Al respecto, Gretchen (2003) señala que “el paciente tiene el derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento, siendo éste previamente informado de forma clara y concisa; añade que el paciente debe ser informado de su condición y de todos los procedimientos técnicos implícitos, incluyendo la posibilidad de cualquier riesgo de muerte o reacciones serias, de problemas relacionados con su recuperación y su posible egreso satisfactorio”.

BUSCANDO ESTÍMULOS POSITIVOS

Estimular positivamente, de diversas formas, a los pacientes que se encuentran hospitalizados en la UCI, según las cuatro enfermeras, es importante dentro del cuidado psicoemocional; por ejemplo: indagan sobre temas de interés del paciente, bien sea para conversar con él sobre esto o para solicitar a los familiares que lo hagan; dentro de la valoración del paciente, hacen preguntas sobre temas de interés personal, tales como ¿Con quién vive? ¿Qué hace? ¿En qué trabaja? ¿Qué tal es el trabajo?; indagan, bien sea con el paciente o con su familia, sobre actividades que le gusta hacer y que él realizaba, antes de su hospitalización, como programas, lecturas, música, etc., y piden a los familiares que le traigan algo que pueda satisfacer esos gustos. Así mismo, aplican ciertas técnicas de relajación para el paciente, con el propósito de lograr que éste tome una actitud más positiva, haciéndolo reflexionar sobre la forma como está superando su situación de salud, evidenciada por la evolución que se ha ido logrando. Así señalaron esto algunas de las participantes:

“Por ejemplo, hay veces que al paciente le traen su música favorita, y se la pongo para que él sienta que lo están teniendo en cuenta y que lo que todos queremos es que se mejore”. **Gloria.**

“Hacerles caer en cuenta que hay cambios positivos que son muy pequeñitos, pero que eso es un muy buen indicador de que todas las cosas van en buen camino”. **Rosa.**

Al respecto, Corral, Gómez, & Rodríguez (1998) expresan que “el uso de técnicas de relajación y estímulos positivos es cada vez más frecuente en el campo de la salud y pueden convertirse en un instrumento valioso para la aplicación de prácticas de enfermería, con las cuales el usuario pueda enfrentarse de mejor manera a un gran número de situaciones y experiencias tensionantes”.

Para Zarate (2004), “la motivación del paciente es esencial a fin de lograr un entorno propicio para el cuidado; la enfermera satisface y estimula por medio de su cuidado a los pacientes para que estos sean dirigidos a favorecer el confort, la comunicación, la curación y a promover la salud junto con su familia. Añade que el

impacto de estas acciones se va a ver reflejado en el grado de autonomía que los pacientes adquieren y su nivel de responsabilidad en el autocuidado”.

UTILIZANDO MEDIDAS DE COMODIDAD

Brindar a los pacientes medidas de comodidad como cambios de posición y masajes, para dos de las participantes hace parte del cuidado psicoemocional porque permite que los pacientes se sientan más satisfechos, lo cual conduce a una mejor recuperación de la salud. Gloria lo manifestó así: *“Si está cansado, uno le dice: le vamos a hacer un cambio de posición, le vamos a hacer un masaje”.* Rosa, por su parte expresó: *“Entonces, usted le dice: mire que así se va a sentir mucho mejor porque usted va a descansar, va a tener movimientos de sus músculos; eso va a hacer que por la noche pueda dormir mejor”.*

Esto es reafirmado por Flores (2001), quien señala que, “a través de acciones como el baño, la movilización y masajes, se mejoran o alivian las molestias generadas por el proceso de enfermedad”.

CON APOYO ESPIRITUAL

“La espiritualidad es aquella dimensión básica y trascendental del ser humano, conformada por determinadas creencias y valores. La espiritualidad incluye la religión, pero no es igual a ella; es un concepto más amplio. Es una dimensión única de la persona; se caracteriza por la relación con el yo, con el otro, con la naturaleza y con la vida. La espiritualidad es una fuerza que da sentido a la vida y busca respuesta a aquello que no podemos explicar con la razón y con el conocimiento” (Quintero, 2000).

“El bienestar espiritual es la afirmación de la vida en relación con un ser superior, consigo mismo y con los otros. Es la posibilidad de encontrar un significado y un propósito a la vida. Se caracteriza por una armonía interna y sentimientos de satisfacción. En determinados momentos y circunstancias de la vida, la espiritualidad adquiere una mayor importancia o significado; por ejemplo, en situaciones que requieren enfrentar la enfermedad y la muerte. La espiritualidad es de tanta trascendencia para algunas personas, que el cuidado de enfermería no debe ser ajeno a ello, lo que permite asumir al paciente en una dimensión de integridad” (Quintero, 2000).

Tratar de tener en cuenta el componente espiritual dentro del cuidado psicoemocional que se le ofrece al paciente hospitalizado en la UCI, es importante para una de las enfermeras, quien señala que, por ejemplo, le dice al paciente que ore; o, cuando se da cuenta que un paciente está falleciendo, si sabe que es creyente en Dios, se acerca

y hace una oración. En otras ocasiones, cuando no está enterada de las creencias del paciente, aplica sus propias creencias elevando una oración en su nombre. Carmen lo expresó así: *“Cuando yo sé que van a fallecer, y que por los signos vitales está falleciendo, yo me acerco y hago una oración”*.

Al respecto, Sánchez (2004) expresa que “la enfermería reconoce como algo esencial abordar a los usuarios de manera totalitaria, para lo cual se hace necesario un mayor conocimiento sobre la dimensión espiritual del ser humano”.

DIFICULTAD PARA EL CUIDADO PSICOEMOCIONAL

De acuerdo con los reportes, se refleja que las enfermeras participantes en el estudio reconocen que, en ocasiones, no es fácil brindar cuidado psicoemocional al paciente que se encuentra hospitalizado en la UCI; al parecer, algunas veces, esto ocurre porque consideran que es prioritario realizar procedimientos que ayuden a salvarle la vida. Por ejemplo, Carmen señaló: *“Es que hay que solucionar primero lo que está comprometiendo la vida en esta unidad”*.

Los reportes evidenciaron que, en ocasiones, el cuidado psicoemocional es considerado tan difícil para la enfermera que, según algunas afirmaciones, se convierte en algo “engorroso” que la conduce a tomar una actitud enérgica y de autoritarismo frente al paciente; esto fue señalado así por dos participantes: *“En ocasiones, es muy engorroso, hasta cierto punto uno intenta de todas las formas persuadirla”*. Gloria. Por su parte, Laura manifestó: *“En los casos en que los pacientes están más agitados, pues ya tiene uno que ponerse un poco más enérgico para llamar la atención de éste y lograr controlarlo”*.

También se encontró que, en otros momentos, al parecer, la actitud o el estado de salud del paciente, lleva a la enfermera a considerar que no debe hacer nada, respecto al cuidado psicoemocional, porque probablemente el paciente no le va a entender; o por no obligarlo a recibir atención, cuando él no lo desea; en estos casos, el cuidado se limita al componente biológico. Esto fue señalado por Laura así: *“A veces, el paciente, por su misma situación de salud, no alcanza a comprender qué es lo que pasa; entonces, así es como difícil tratarlo en ese momento, porque muy probablemente él no te va a entender”*.

Todas las participantes refirieron que también se hace difícil brindar un cuidado emocional cuando éste interfiere con las normas de la institución sobre aspectos que incomodan al paciente, como en el caso de tener que bañarlos de noche, a pesar de ser molesto para ellos. Así mismo, cuando el paciente presenta un problema emocional grave; por ejemplo, en situaciones de intento de suicidio, parece ser que la enfermera percibe que ella

no tiene nada que hacer al respecto, porque cualquier actitud que tome, “se convierte en paños de agua tibia”, como lo expresó Gloria. También, Rosa señaló: *“Ante problemas de intento de suicidio no; yo no intervengo porque es una situación grave; una situación muy crítica”*.

Con respecto a lo anteriormente expuesto, Haas (2005) afirma que “existen pacientes que se perciben como “difíciles” en la UCI, lo que hace que se dificulte su cuidado. Con frecuencia, esto puede estar relacionado con desórdenes psiquiátricos, desórdenes de la personalidad y rasgos subclínicos del comportamiento. Pero, adicional a esto, también existen factores de los profesionales de la salud que influyen en el manejo de este tipo de pacientes, y son: trabajo excesivo, habilidades pobres de la comunicación, el bajo nivel de experiencia, fragmentación de las visitas, y falta de disponibilidad de las fuentes de información, entre otros”. Añade que “por eso, para proporcionar un adecuado cuidado para estos pacientes, se hace necesario recurrir a la ayuda de otros profesionales como psiquiatras, psicólogos, médicos o pares, con el fin de identificar las necesidades del paciente y proporcionar un cuidado con la debida calidad”.

En términos generales, los resultados del estudio permitieron concluir que si bien, con alguna frecuencia, se ha observado que en las Unidades de Cuidados Intensivos se hace especial énfasis en procedimientos y técnicas que buscan salvar la vida, los profesionales de enfermería participantes en la investigación señalaron que el cuidado psicoemocional también forma parte del cuidado integral que brindan a los pacientes. Y este cuidado se ofrece desde los diferentes componentes del ser humano, con diversos abordajes, tanto para el paciente como para su familia; pero, según sus relatos, no siempre es fácil lograrlo, pues existen situaciones que lo pueden limitar, tal como se expresó anteriormente, como por ejemplo, debido a algunas normas institucionales, las condiciones de salud o comportamiento del paciente y la falta de seguridad del profesional de enfermería sobre cómo actuar ante determinadas actuaciones o situaciones del paciente, lo que, según ellas, refleja que, en ocasiones, existen limitaciones en la preparación profesional al respecto.

Algo que vale la pena resaltar es que, solamente en los reportes de una enfermera, se evidenció la importancia de evitar o disminuir los estímulos externos que incomodan al paciente y que podrían tener algún tipo de abordaje desde enfermería. Consideramos que éste es un problema que debería ser abordado desde la percepción del paciente en futuras investigaciones.

Se evidenció también que, como parte del cuidado psicoemocional, las enfermeras se preocupan mucho por hablarle al paciente y, en ocasiones, hasta por ofrecerle estímulos positivos que le ayuden a sentirse mejor; pero

no se refleja el énfasis en demostrar interés por escucharlo, a excepción de algunas manifestaciones en las que señalaron su motivación por facilitarle la expresión de sus sentimientos. Esto hace reflexionar sobre la necesidad de adelantar otros estudios que profundicen acerca de la importancia que tiene el escuchar al paciente, como parte fundamental de la comunicación en el cuidado de enfermería.

Dos enfermeras también señalaron que, parte del cuidado psicoemocional consistía en ofrecer medidas de comodidad para que el paciente se sintiera mejor; y, brindar además, algún tipo de apoyo espiritual; no obstante, al parecer, según sus relatos, éste en ocasiones es suministrado, según las creencias de la enfermera, porque no siempre se conocen las necesidades del paciente al respecto. Esta conclusión permite ver la necesidad de realizar investigaciones que aborden específicamente el componente espiritual, como parte del cuidado de enfermería.

Por todo lo anterior, se recomienda que se tengan en cuenta los resultados de este estudio para continuar profundizando en el tema con nuevas investigaciones y seguir trabajando, desde la formación profesional, en el cuidado psicoemocional de los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos, aplicando la regla de oro señalada por Dale Carnegie (citado en Vanegas, 2002): “**Demos a los otros lo que queremos que ellos nos den**”. Añade Carnegie: “*Trate siempre de que la otra persona se sienta importante. El deseo de ser importante es el impulso más profundo que anima al carácter humano. Los filósofos vienen haciendo conjeturas acerca de las relaciones humanas desde hace miles de años, y de todas esas conjeturas, ha surgido solamente un precepto importante*”. No es nuevo. Es tan viejo como la historia. Zoroastro lo enseñó a sus discípulos en el “Culto del Fuego” en Persia, hace tres mil años. Confucio lo predicó en China hace veinticuatro siglos. Laotzé, el fundador del Taoísmo, lo inculcó a sus discípulos en el valle del Han. Buda lo predicó en las orillas del Ganges quinientos años antes de Cristo. Los libros sagrados del Hinduismo, mil años atrás ya lo enunciaban. Jesús lo enseñó entre las pétreas montañas de Judea hace veinte siglos, y lo resumió en el precepto quizá más importante del mundo: **Haz al prójimo lo que quieras que el prójimo te haga a ti.**

REFERENCIAS

1. Acosta, M. Sanguino, N. Sierra, C. Torres, M & Barrera, L. (1998). *Interpretación dada a la familia del paciente que ha estado hospitalizado en UCI por el profesional de salud*. (Manuscrito no publicado) Bogotá, Colombia.
2. Ague, C. Alarcón, R. De la Fuente, J. Salin, P & Vidal, G. (1988). *Trastornos afectivos*. Psiquiatría: Vidal Alarcón.
3. Álvarez, Yolanda. (2004). Unidad de cuidados intensivos un campo inexplorado por el psicólogo en Chile. *Tiempo Vitales: Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico*. 3 (3).
4. Bohórquez, F & Jaramillo, L. (2005). El diálogo como encuentro: Aproximaciones a la relación profesional de la salud-paciente. *Index Enfermería*. Noviembre. 14 (50)
5. Boulevard, W. (2004). Trastornos depresivos en la Unidad de Cuidado Crítico. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/spDep3561.pdf>.
6. Calderón Gómez, M. (2003). Intervención en Crisis a cargo de las y los Profesionales de Enfermería. *Enfermería en Costa Rica*. Colegio de Enfermeras. 25 (1). 39-44.
7. Cardona, L. & Silva, L. (2002). Relación entre la percepción de los comportamientos de cuidado de los pacientes y la del personal de enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Santa Clara. En: Cardona, L. & Silva, L. (Ed), *El arte y la ciencia del cuidado*. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. (p. 157). Bogotá, Colombia: Editorial Unibiblios.
8. Corral, S. Valero, C. Gómez, C. Rodríguez, M. (1998). Diagnósticos de enfermería en la Educación para la salud en técnicas de relajación. Disponible en: www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/relax_espania_diagnostico.pdf
9. Davidoff, L. (2000). *Introducción a la psicología*. México: Editorial McGraw Hill.
10. Da Silva, V. (2002). O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido / The cultural meaning of humanized care in intensive care units. *Revista Latinoamericana de enfermagem*. 10 (2).
11. Daza, R. Torres, A. Prieto, G. (2005). Nursing care: critical analysis. *Index Enfermería*. 14 (48).
12. Durán Echeverri, E. (2002). ¿Dónde está el lado Humano de la Atención? *Actualizaciones de Enfermería*. 5 (1).
13. Flórez, M. (2001). Comodidad del paciente hospitalizado en un servicio de involucran a la familia. Resumen de la tesis para optar al título de Maestría en Enfermería en Salud Cardiovascular torgado por la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
14. Forero, C. (2004). Emotional responses to a dynamite attempt. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. 23 (2, 7).

15. Garzón, M. Marlen, R. & Bottia, L. (1998). Análisis descriptivo acerca de la percepción del usuario y la familia sobre su situación y necesidades emocionales, en la UCI del Hospital San Juan de Dios. Versión preliminar para Colombia (Manuscrito no publicado). Bogotá, Colombia.
16. Goic, A. (1991). Depresión enmascarada: Rostro médico de la depresión psíquica. *Rev. Médica Chile*, 119(3).
17. González, B. (1997). La salud mental integrada al rol del profesional de enfermería en la clínica. *Investigación y Educación en Enfermería*, 1(15).
18. Granja, C. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care*, 9. 96-109.
19. Gretchen, S. (2003). Responsabilidad profesional en enfermería. La perspectiva del uso de los registros en enfermería, desde el punto de vista forense. *Med. Leg*, 20(1).
20. Haas, L. Leiser, J. Magill, M. & Sanyer, O. (2005). Management of the Difficult Patient. *American Family Physician*, 15(72).
21. Heluy de Castro C, Efigenia de Faria T, Felipe Cabañero R, Castelló Cabo M. (2004). Humanización de la Atención de Enfermería en el quirófano. *Index Enferm Digital*, 44(45). 18-20.
22. Hidalgo, C. (2000). *Cuidado y Práctica de Enfermería. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia*. Bogotá, Colombia: Editorial Unibiblos.
23. Hupcey, J. (2000). Feeling safe: The psychosocial needs of ICU patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 4(32). 361.
24. Ibáñez, María Luz (2004). Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso final de la vida. *Index Enfermería*, 46(13).
25. Jaramillo, L. Pinilla, C. Duque, M. Duque, L. (2004). Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales, Colombia. *Index Enfermería*, 46(13).
26. Klien, T. (2000). The needs of the family of patients neurosurgical critically sick: Comparison of the opinion of the nurses and of the family members. *Journal of Neuroscience Nursing*, 31.
27. Martín Rodríguez, A. & Pérez San Gregorio, M. (2005). Psychosocial Adaptation in Relatives of Critically Injured Patients Admitted to an Intensive Care Unit. *The Spanish Journal of Psychology*, 1(8), 36-44.
28. Mentado, F y et al. (2003). Medición del nivel de detección de trastornos afectivos como ansiedad, depresión y delirium en las Unidades de Terapia Intensiva y Cuidados Intensivos. *Acta Médica*, 2(1).
29. McKinley, Sharon. (2004). Assessment of anxiety in intensive care patients by using the faces anxiety scale. *American Journal of Critical Care*, 2(13).
30. Molano, Maria C. (2000). Investigación sobre estrategias de afrontamiento familiar cuando uno de sus miembros entra a una Unidad de Cuidado Intensivo. En: Molano, M. (Ed.), *Cuidado y Práctica de Enfermería, Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia*. (p.120) Bogotá, Colombia: Editorial Unibiblos.
31. Morales, J. et al., (2004). Continuidad en la prestación de cuidados en Unidades de Cuidados Críticos de Atención Especializada. *Revista Tempus Vitalis. Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico*, 3(4).
32. Morrison, M. (1999). *Fundamentos de Enfermería en Salud Mental*. Madrid. España: Harcourt Brace. Mosby.
33. Navarro Arnedo, J. Haro Marín, S. Orgiler Uranga, P & Vela Morales, C. (1999). ¿Cómo duermen los pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos? Versión preliminar para España (Manuscrito no publicado). Alicante, España.
34. Olarte, C. (1998). ¿Es posible humanizar la atención de enfermería al paciente en estado crítico? *Revista Actualizaciones en Enfermería*, 1(1).
35. Orrego Sierra, S. (2001). Quality of care in nursing. *Investigación y Educación en Enfermería*, 2(19), 2
36. Pérez, C. Rodríguez, F. (2006). Diagnóstico Oncológico: Reacción Emocional y Comportamiento Familiar Asumido. *Revista Electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología*, 2(5).
37. Pérez, M. Rodríguez, A. Fernández, H. Catalan, G. Montejo, J. (2004). Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med intensiva*, 5(29).
38. Pólit, H. (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: McGraw Hill Interamericana.

39. Quintero Laverde, M. (2000). Espiritualidad y afecto en el cuidado de Enfermería. En: Quintero Laverde, M. (Ed.), *Cuidado y Práctica de Enfermería. Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.* (p.185). Bogotá, Colombia: Editorial Unibiblos.
40. Reyes, M. Romo, A. Goicolea, A. Funes, B. Castro, A. (1998). *El Consentimiento informado en cardiología.* Artículos especiales. 51(10).
41. Rivado, Y. Aragonese, M. Escudero, M. & Urbano, O. (2004). Estudio descriptivo sobre la presencia de ruidos en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Invest & Cuida.* 2(4). Disponible en: <http://www.enfervalencia.org>.
42. Rundell, J. & Wise, M. (2003). *Fundamentos de la Psiquiatría de Enlace.* (p. 507). Bogota, Colombia: ARS Médica.
43. Sánchez, B. (2004). Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. *Revista anual Aquichan.* 4.
44. Sánchez Gómez, M. (2001). Secuelas en pacientes críticos de larga estancia. *Tempos Vitalis: Revista Electrónica para el Cuidado del Paciente Crítico.* 1(1), 14-38.
45. Solano, M. & Siles, J. (2005). Las vivencias del paciente coronario en la Unidad de Cuidados Críticos. *Index Enfermería.* 1(51).
46. Takman, C. (2004). The needs of significant others within intensive care the perspectives of Swedish nurses and physicians. *Revista Intensive Crit Care Nurs. Institute of Nursing Science.* 20, 22-31.
47. Torres, L. Morales, J. Rodríguez, M. Castillo, J. (2002). Estimación de la Incidencia de Respuestas Humanas en el Paciente Crítico. *Revista Tempus Vitalis,* 2, 31- 35
48. Torres, L. & Morales, A. (2004). Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. *Tempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico.* 4(1), 18-25.
49. Trujillo, J. Sacaluga, R. Marchal, M. Iglesias, M. García, A. (2001). El empleo del tacto como forma de comunicación del profesional de enfermería. *Revista: Metas de Enfermería.* 33.
50. Urden, L. et al., (2004). *Cuidado intensivo en enfermería.* Barcelona, España: Harcourt Océano. 1.
51. Vanegas, B. C. (2002). *Salud de la mujer.* Bogotá, Colombia: Fondo Nacional Universitario.
52. Vázquez, Y. & González, H. (2004). Fases del estrés: síndrome general de adaptación. España: *Revista líder en Deporte y Salud.*
53. Zarate Grajales, R. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm.* [Online]. Primavera / verano 2004. 13. 44 -45.