



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA

**CONCEPCIONES DE LA ENFERMERA
EMERGENCISTA SOBRE EL CUIDADO DE LA
PERSONA ADULTA EN ESTADO CRÍTICO EN UN
SERVICIO HOSPITALARIO: IMPLICANCIAS PARA UN
CUIDADO HUMANIZADO**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTORA EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AUTORA:

MS. ISABEL CRISTINA, PRÍNCIPE LEÓN

ASESORA:

DRA. YOLANDA RODRÍGUEZ DE GUZMAN

TRUJILLO – PERÚ
2015

HOJA DE FIRMA DEL JURADO

JURADO EVALUADOR

DRA. MARÍA ELENA MERCEDES GAMARRA SÁNCHEZ

Presidente

DRA. SONIA MARY DEL AGUILA PEÑA

Miembro

DRA. CÁRMEN LETICIA GORRITTI SIAPPO

Miembro

AGRADECIMIENTO

*Con eterna gratitud y admiración a la Dra. Enf.
Yolanda Rodríguez de Guzmán
Por su valiosa amistad, asesoramiento y apoyo docente durante el
desarrollo del Doctorado y esta investigación.*

DEDICATORIA

Al Divino Hacedor:

Por su infinito amor y bondad que ha permitido, a través de María y su Hijo, escuchar mis oraciones.

A mis padres:

Fernando y Lilia

Por su inmenso amor y eterna gratitud en la infatigable labor de guiar y forjar mi vida estimulando siempre mi espíritu de superación y apoyar mi desarrollo profesional.

A mis hermanas:

*Rosa, Lilia y Jenny por estar siempre presentes, acompañándome para poder realizarme. A **mis sobrinos** Fernando, César, Jesús, Diego, y Juan Carlos quienes han sido y son mi motivación, inspiración y felicidad,*

RESUMEN

Este estudio cualitativo trata sobre las concepciones de la enfermera emergencista sobre el cuidado de la persona adulta en estado crítico en un servicio hospitalario: implicancias para un cuidado humanizado. Tuvo como propósito conocer las concepciones del cuidado humanizado asegurando su calidad de vida basado en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano. La metodología utilizada fue la etnometodología y los datos recogidos obtenidos mediante la encuesta estructurada y la observación participante a las enfermeras emergencistas, en el servicio de Emergencia de un hospital de la seguridad social, la pregunta norteadora fue ¿Qué es para ti cuidar a una persona adulta en estado crítico en el servicio de emergencia de un hospital de la seguridad social? Se obtuvieron ocho categorías temáticas que son respuesta a la calidad de cuidado en emergencia que brinda la enfermera, demostrando la sensibilidad ante un daño que sufriera el adulto en situación crítica, por otro lado la enfermera nos anima a brindar cuidado humanizado, rápido, oportuno con calidad y calidez en el marco del entorno en el servicio. Concluyendo que las concepciones del cuidado que tienen las enfermeras emergencistas si tienen implicancia en el cuidado humanizado porque hacen referencia a su actuar, así como el entorno en el cual se desarrolla el cuidado de emergencia, que debe ser oportuno, seguro, humano y dando valor en primer lugar a salvar la vida del ser que cuida.

Palabras clave: Etnometodología, Enfermería de Emergencia, cuidado de la persona adulta en estado crítico.

ABSTRACT

This qualitative study deals with the concepts of emergency-care nurse about the adult person in critical condition at a hospital service: implications for humanized care. Was aimed to identify the concepts of humanized care to ensure their quality of life based on Transpersonal Theory of Human Caring. The methodology used was ethnomethodology and collected the data obtained through structured survey and participant observation to emergencistas nurses in the emergency service of a hospital social security, the guiding question was what is for you caring for someone adult in critical condition in the emergency room of a hospital social security? Eight thematic dimensions were obtained are responding to the quality of care in emergency given by the nurse, showing sensitivity to damage suffered by the adult critically ill, second nurse encourages us to provide humanized, fast care, timely quality and warmth under the service environment. Concluding that the conceptions of care that nurses have the emergencistas if they have implications in human care because they refer to their actions as well as the environment in which emergency care, which should be timely, safe, humane develops and valuing firstly to save the life of the being who cares.

Keywords: Ethnomethodology, Nursing emergency care in critically ill adult.

RESUMO

Este estudo qualitativo lida com os conceitos de enfermeira de cuidados de emergência sobre a pessoa adulto em estado crítico em um serviço hospitalar: implicações para o cuidado humanizado. Objetivou-se identificar os conceitos de cuidado humanizado para garantir a sua qualidade de vida com base na Teoria Transpessoal de Cuidado Humano. A metodologia utilizada foi a etnometodologia e recolhidos os dados obtidos por meio da observação participante e pesquisa estruturada para emergencistas enfermeiros no serviço de emergência de um hospital de segurança social, a questão norteadora foi o que é para você cuidar de alguém adulto em estado crítico na sala de emergência de um hospital de segurança social? Oito dimensões temáticas foram obtidos estão respondendo à qualidade de atendimento em emergência prestada pelo enfermeiro, mostrando sensibilidade ao dano sofrido pelo adulto em estado grave, segundo enfermeira encoraja-nos a fornecer humanizado, cuidados rápida, qualidade oportuna e calor no ambiente de serviço. Concluindo que as concepções dos cuidados que os enfermeiros têm os emergencistas se eles têm implicações no cuidado humano porque se referem a suas ações, bem como o ambiente em que o atendimento de emergência, que deve ser pontual, seguro, desenvolve humano e valorização em primeiro lugar, para salvar a vida do ser que se importa.

Palavras-chave: Etnometodologia, enfermagem de emergência, cuidados de adultos em estado crítico.

ÍNDICE

	Pág.
Agradecimiento.....	iii
Dedicatoria	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Resumo	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Problematización e importancia	1
1.2 Objeto de estudio	6
1.3 Pregunta de estudio.....	6
1.4 Pregunta orientadora.....	6
1.5 Objetivos del estudio	6
1.6 Justificación relevancia del estudio	6
II. REFERENCIALTEORICO-CONCEPTUAL	9
2.1 Abordaje Empírico	9
2.2 Referencia Contextual	13
2.3 Referencial Conceptual.....	21
2.3.1 La enfermera emergencista.....	21
2.3.2 La persona adulta en estado crítico.....	39
2.3.3 Especialidad de Enfermería y Paradigmas	42
2.3.4 El cotidiano de la enfermera emergencista.....	43
2.3.5 Enfermería y el pensamiento complejo	46
2.4 Referencial Teórico Filosófico	49

III. METODOLOGÍA.....	61
3.1 Tipo de investigación.....	61
3.2 Método de investigación.....	62
3.3 Procedimiento de Recolección de datos cualitativos.....	65
3.4 Sujetos de investigación	70
3.5 Escenario de investigación	70
3.6 Procedimiento para la recolección de discursos	71
3.7 Procesamiento de los datos.....	71
3.8 Consideraciones éticas y de rigor científico	74
IV. RESULTADOS Y DISCUSION	76
4.1 Presentación de Resultados	76
4.2 Análisis y discusión de resultados	83
V. CONSIDERACIONES FINALES.....	99
Referencias bibliográficas	102
Anexos	109

I. INTRODUCCION

1.1.-PROBLEMATIZACION E IMPORTANCIA:

En el trabajo de enfermería se puede considerar que la mayor fuente de satisfacción en el servicio de emergencia se centra en el hecho de que sus intervenciones ayudan en el mantenimiento de la vida humana. Una sala de emergencia está impregnada de condiciones complejas inherentes al medio ambiente y para los seres humanos que se preocupan también experimentan las complejas relaciones humanas en el cuidado / atención en un sistema de organización hospitalaria. Una situación de Emergencia es aquella que se presenta en forma imprevisible, violenta o súbita y pone en peligro inminente la vida, altera grave o profundamente el estado de salud y por lo tanto, exige atención médica o médico-quirúrgica inmediata, oportuna y eficiente las 24 horas del día, a toda persona que se encuentre en riesgo grave para su vida o salud.

En la Seguridad Social, el 12 de Agosto de 1936 la Ley 8433 crea el Seguro Social Obrero Obligatorio y se inaugura en febrero de 1941. El Seguro Social del Empleado se crea según la Ley 10902 de Noviembre de 1943, empezando a funcionar en Noviembre de 1958 y el 30 de enero de 1999 se promulga la Ley N.º 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) marco normativo que rige actualmente a la institución. El enfoque de Seguridad Social Universal en Salud está basado en los derechos humanos y en la responsabilidad política de los Estados para la garantía de su ejercicio pleno. Los principios que lo guían son la solidaridad, la universalidad, la igualdad, la unidad, la integralidad y la autonomía (1).

Los Servicios de Emergencia de estos hospitales prestan atención a los pacientes básicamente asegurados que requieran de sus servicios, proyectándose a la

comunidad mediante la atención de urgencia ambulatoria domiciliaria y a la comunidad en general mediante la Unidad de Desastres (Hospitales de Campañas) en casos de siniestros. Brindando atención a pacientes evacuados de otras zonas del país. La demanda de atención se ha ido incrementando cada vez más, hasta hacer insuficientes los servicios. Atendiendo aproximadamente el 23 % del total de las atenciones de Emergencias (2).

El profesional de enfermería para trabajar en unidades de cuidados críticos deben demostrar destreza, agilidad, habilidad, así como la capacidad para establecer prioridades, actuar conscientemente y seguro en el cuidado del ser humano, sin olvidar que, incluso en condiciones de atención de emergencia es el vínculo de interacción / integración / relación entre profesional y cliente.

Cuando lanzamos una mirada percibimos que las personas atendidas en una institución y sobre todo en una unidad de emergencia son, en su mayoría, víctimas de problemas de salud que necesitan del personal y sobre todo del profesional de enfermería. La enfermera durante su formación recibe mediante la enseñanza – aprendizaje toda la información sobre el cuidado a la persona, por tanto en la función asistencial, hace su ejercicio profesional directamente sobre la persona, familia y comunidad. La enfermería es la ciencia, el arte, la filosofía, la ética y la política del cuidado humano que se organiza y expresa socialmente con identidad singular en un complejo campo de conocimiento, de intervención y responsabilidad social; y que a su vez, constituyen su identidad profesional con un comportamiento disciplinario y profesional. Las enfermeras constituyen sujetos de cultura y efecto, educados para desempeñar su misión disciplinaria en carácter de factores sociales, teniendo como preocupación central el cuidado y la relación de ayuda que se da en una realidad.

Durante sus horas de trabajo esta expuesta a un ambiente estresante que exige mucha disposición, alerta y acción rápida y sobretodo liderazgo, para actuar dentro de un ambiente de exigencia tecnológica y humana en el cuidado de sus pacientes con mayor demanda en número y complejidad.

Siendo su trabajo muchas veces limitado al no contar con equipos y materiales necesarios para atender la gran demanda de pacientes que supera la oferta, ya que el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray (HVLE) creado hace 63 años hoy bordea una población de 900 000 habitantes, población que ha crecido vertiginosamente (1963: 150 000 habitantes), pudiéndose observar la gran afluencia de pacientes de alta complejidad, clasificados por grados de dependencia I, II, III y IV, para la atención mínima, parcial, inmediata e intensiva, respectivamente (3).

En los servicios de salud se observa la deshumanización y despersonalización de los pacientes, por ello la consideración y sensibilidad a la integridad de la persona es básicamente de orden ético. El cuidar como un valor profesional y personal es de central importancia para proveer patrones normativos que gobiernen las acciones y las actitudes en relación con aquellos a los que se cuida.

En relación al cuidado brindado a las personas adultas en emergencia se ve afectado cuando la demanda aumenta por lo que la enfermera tiene que atender todas las solicitudes de las personas y sobrepasa el límite de atención, entonces el descuido la enfermera experimenta sentimientos de no poder cumplir con su deber. Todos los días son testigos de innumerables problemas de atención a las personas que tienen relación con cuestiones morales y éticas, como actitudes y comportamientos incorrectos por parte de la administración de las instituciones de salud, del cuerpo médico y de las profesionales de enfermería. Asumir la función de

abogada de las personas establece un conflicto común, que las enfermeras actúan correspondiendo a las necesidades institucionales confrontadas con las de los adultos que demandan cuidado.

El desempeño como enfermera en la atención directa en el servicio de emergencia en el HVLE, institución que es el centro de emergencias en Trujillo para Es Salud, se observa en el día a día de la enfermera que vivencia su accionar cumpliendo los turnos de trabajo al cuidado de la persona con emergencias en su salud, la demanda actual es alta tornándose muchas veces insatisfactorias causando estrés entre el personal y la persona cuidada, la situación es expectante y así entre sirenas de ambulancia, camilla, silla de ruedas que van y vienen la enfermera planifica el cuidado a la persona que se atiende, ellos proceden de diversos lugares con características y patologías diferentes que requieren una adecuada atención integral por los profesionales de salud y que ellos demandan con mucha rapidez y profesionalismo.

El hecho de laborar en el servicio de emergencia me ha permitido observar como el cuidado a una persona en situación de emergencia es brindado por las compañeras de trabajo, notando que cada vez necesitamos capacitarnos y no olvidar siempre el lado humano de cada persona, sin dejar de lado la tecnología actual. También el ingreso a la docencia universitaria en la Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO) Escuela Profesional de Enfermería, y laborando en los cursos de Enfermería en la Salud del Adulto y Anciano II, espacios que me posibilitaron vislumbrar, aún más, la magnitud que tiene el cuidado. Las colegas manifiestan, de alguna manera como el cuidado se brinda en forma profesional, hecho que es observado al realizar junto con las (los) estudiantes de enfermería, las prácticas

hospitalarias, evidenciando en esta ocasión que la enfermera tiene un papel preponderante en la administración del cuidado a las personas que sufren situaciones de emergencia; ella es la primera que lo atiende.

La problemática de emergencia se traduce en la forma que es atendido el usuario demandante que llega solicitando insistentemente el cuidado de su salud, encontrando un servicio completamente copado de usuarios que exigen un turno porque les asiste el derecho de ser asegurados. El tiempo de espera muchas veces se inicia desde el servicio de admisión, seguido por el tópico al cual asiste, posteriormente los servicios de laboratorio y farmacia, paralelamente recibe el cuidado de la enfermera; al haber demanda excesiva reciben la contestación “espere”, no siendo así con los casos de emergencia que son atendidos inmediatamente en Shock Trauma. Esta situación problemática fue otra motivación importante en la academia para desarrollar la investigación a rigor, en el Doctorado de Enfermería en la Universidad Católica los Angeles de Chimbote, pues, aún no se han realizado estudios sobre las concepciones del cuidado al adulto en situación crítica que tienen las enfermeras en el Servicio de emergencia.

El paciente que acude a emergencia en busca de atención considera que su vida se encuentra generalmente en peligro, se le observa con miedo, temor, angustia, ellos y sus familiares, a veces violentos, exigentes; situaciones que requieren de un cuidado humano, el que se transforma, se fragmenta, dedicándose a atender mayormente la emergencia física, biológica, el trastorno local, el tratamiento para la enfermedad específica, descuidando la valorización de las otras dimensiones: emocional, social, espiritual e intelectual), siendo muchas veces despersonalizado, considerándolo un caso más, un diagnóstico o un número de cama.

Frente a tales consideraciones se ha formulado el siguiente objeto de estudio:

1.2 OBJETO DE ESTUDIO

Concepciones de la enfermera emergencista sobre el cuidado a la persona adulta en estado crítico en un servicio hospitalario y sus implicancias en el cuidado humanizado.

1.3 PREGUNTA DE ESTUDIO

¿Cuáles son las Concepciones de la enfermera emergencista sobre el cuidado a la persona adulta en estado crítico en un servicio hospitalario y sus implicancias en el cuidado de enfermería en un hospital de la seguridad social. TRUJILLO 2014?

1.4 PREGUNTA ORIENTADORA

¿Qué es para ti cuidar a una persona adulta en estado crítico en el servicio de emergencia de un hospital de la seguridad social?

1.5 OBJETIVO DE LA INVESTIGACION:

- Analizar las concepciones de la enfermera emergencista sobre el cuidado a la persona adulta en estado crítico en un servicio hospitalario.
- Analizar las implicancias de las concepciones para el cuidado humanizado.

1.6 JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO

El servicio de emergencia tiene demanda cada vez mayor de adultos en estado crítico, por lo tanto se necesita de una enfermera peruana que considere

la reflexión, la comprensión en las concepciones que tiene la enfermera del cuidado al adulto en situación crítica en este servicio incluyendo el rescate humano de los cuidados de enfermería. También espero poder contribuir a la renovación de la práctica de enfermería, reafirmando la relación entre la teoría y la práctica en relación con la atención / cuidado humano en enfermería. También tiene relevancia en las diferentes funciones que cumple la enfermera en los diversos ámbitos en que se desenvuelve, por cuanto el cuidado que brinda la enfermera a la persona y sobre todo en situación de emergencia tiene impacto en la calidad de vida que sucede luego del hecho acontecido.

Permitirá tener fundamentos antropológicos filosóficos del cuidado brindado por las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital público de la seguridad social y en el enfoque de la calidad que se requiere para fortalecer la cultura de la autoevaluación reflexiva donde se analice y se profundice los fundamentos señalados, que permitan hacer rupturas, epistémicas acerca del cuidado y continuar analizando los universos subjetivos mencionados.

En la asistencia nos permitirá reforzar las funciones que desempeña la enfermera para conocer aún más a la persona y como percibe ese cuidado en situación de emergencia y mejorar la calidad de atención.

En la docencia contribuirá en el área de enfermería básica y disciplinar brindar definiciones teóricas epistemológicas de las concepciones del cuidado del adulto en situación crítica que llega a emergencia y recibe cuidado por la Enfermera.

En la administración servirá para construir el perfil profesional de una

enfermera Emergencista, mejorando la gestión del cuidado utilizando los métodos para de asignación de tareas.

En la investigación permitirá comprender la magnitud de la importancia que tiene la experiencia de la enfermera para brindar un cuidado de calidad en situaciones de emergencia asimismo daremos una contribución que motive a futuras investigaciones a partir de los resultados obtenidos. Por último, mediante la identificación, la reflexión y teorización del cuidado crítico de enfermería para el cliente en emergencia utilizando etnometodología, espero contribuir en la construcción de un cuerpo de conocimientos científicos específicos sobre el cuidado en la práctica de enfermería de emergencia.

II.-REFERENCIAL TEORICO –CONCEPTUAL

2.1. ABORDAJE EMPÍRICO

Se ha podido encontrar algunas investigaciones que tienen relación con el presente estudio, a continuación se mencionan:

Krederdt (4) Perú. En su investigación doctoral de tipo cualitativa “Reflexiones sobre el cuidar cuidado de enfermería: estudio etnográfico en enfermeras docentes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos”2006 tuvo como propósito esclarecer las representaciones sociales referidas al día a día de la enfermera docente, destacando dos funciones del cuidar cuidado: las *conceptualizaciones* con 5 significados: bienestar de las personas, autocuidado, protección integral, salud y su dimensión antropológica y condiciones esperadas para las competencias. Y las simbologías con 4 significantes como: rescate del autocuidado, reafirmando la dignidad humana, atención integral y agobiante trabajo. Cabe resaltar que las docentes sujetos de estudio se constituyeron en unidad de análisis referente a la esencia de su pensar – hacer del cuidar/cuidado en su cotidiana enseñanza o asistencia.

Priscylla (5) Brasil. En su estudio: Revisión sistemática sobre los cuidados de enfermería en las unidades de atención de emergencia 2013. En los resultados se observó que las condiciones y relaciones de trabajo desencadenan estrés; la Enfermera Emergencista es la gestora de cuidados inmediatos y cualitativos a la víctima y por lo tanto requieren actualizaciones en el área. Las enfermeras son profesionales especializados en la atención de emergencia; de las unidades de urgencia ambulatoria y de emergencia, es un problema que afecta a la calidad de la atención, la enfermería ha estado

llevando a cabo en términos de los servicios de emergencia y puestos de emergencia.

Coelho (6) Brasil, en su estudio: *Maneras de cuidar en Enfermería 2006*. Cuidar e investigar son actos inseparables de las maneras de cuidar de enfermería, denominadas también como: formas, estilos y definiciones de Cuidar. Destacado la organización o contextura de los cuidados. Identificando las maneras de cuidar en enfermería y la estructura de un sistema de cuidar/cuidados, utilizando los conceptos de cuidar/ cuidado de Coelho., del Cotidiano de Certeau, abordando con la investigación cualitativa en diferentes momentos de la descripción de la realidad de las circunstancias prácticas, descriptibles, inteligibles, relatarles y analizables, a través de la observación individual y grupal, entrevistas y consulta de documentos “cualquier elemento escrito que pueda ser usado como fuente de información”. Se utilizó el análisis temático, identificando 46 maneras de cuidar en Enfermería desde la admisión hasta el alta hospitalaria/muerte, tales como cuidar alerta, guerra, alerta, al margen de lo social entre otras; finalizando con definiciones de las maneras de cuidar como visibilidad teórica y propuesta de creación, que permitió emerger (develar) las maneras de cuidar en enfermería

Velázquez (7) Chiclayo, en su investigación: *El arte de personalizar a través del cuidado a la persona en el servicio de emergencia 2013*. El estudio formuló como objetivos describir, analizar y proponer la construcción de elementos teóricos para personalizar a través del cuidado; basándose en E. Sgreccia; J. Burgos y F. Torralba, hacia el logro de un sustento teórico sobre

la persona como una realidad concreta y valiosa para fortalecer el cuidado. Metodología: Investigación Cualitativa con abordaje en teoría fundamenta de Strauss. Para ello, se entrevistaron a 16 enfermeros del servicio de emergencia de un hospital de Chiclayo. Perú; con observación directa, uso de diario de campo y consentimiento informado. Emergió como categoría central “La visión de la persona como centro del cuidado” y como consideración final: el cuidado contemplado desde la integralidad hacia la trascendencia se convierte en un elemento fundamental para que el profesional de enfermería valore a quien cuida.

Inostroza (8) Ica, en su estudio: El cuidado profesional de enfermería un enfoque humanístico 2014. Objetivos: Identificar, analizar e interpretar las investigaciones relacionadas al cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico en los servicios hospitalarios en Latinoamérica y socializar el marco teórico filosófico de J. Phaterson, J. Watson y E. Wiedenbach. Método: Descriptivo-comparativo de investigaciones cualitativas y cuantitativas de Cuidado Humanístico en Enfermería. Se realizaron cuarenta revisiones científicas relacionados al tema y se seleccionaron diez por su especificidad temática y contextual. Hallazgos: Las investigaciones realizadas en Latinoamérica, demuestran que hay factores sociales y profesionales que influyen en el cuidado humanizado, los sistemas complejos de salud en las instituciones públicas, la escasez de cursos humanos y materiales y la influencia del paradigma tecno científico limitan el ejercicio de la ciencia y arte de enfermería, de un encuentro genuino con el paciente para explorar sus vivencias durante la enfermedad y cuidarlo. Consideraciones Finales: El

cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico, sugiere al profesional de enfermería dar una mirada filosófica de la persona, en una relación existencial.

Verastegui (9) Significado del cuidado de enfermería otorgado por las enfermeras de un servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo 2012. Cuyo objetivo fue comprender el significado que otorgan al cuidado de enfermería las enfermeras del servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo. El referente teórico: Jean Watson con su teoría del cuidado humano, la trayectoria metodológica cualitativa descriptiva comprensiva con enfoque procesual a través de la teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Las preguntas orientadoras, fueron: ¿Qué significa para usted el cuidado? ¿Qué significa para usted ser enfermera?. Los resultados, accedieron a las representaciones, en cuatro dimensiones: “Reconocimiento del ser cuidado como persona humana en la interrelación”, “Reconocimiento de la propia naturaleza humana de la enfermera”, “Auto-reconocimiento de capacidades de la enfermera” y “Definiendo que el cuidado de enfermería no es solo ciencia y arte, es la complementación con el Self de la enfermera”.

2.2 REFERENCIAL CONTEXTUAL

Actualmente, el Perú enfrenta un escenario político, económico y social que hace favorable y viable la implementación de una política de cambios en el sector salud. Estos factores son: el crecimiento sostenido de la economía, la mejora en la recaudación fiscal, el fortalecimiento del proceso democrático e institucional, el proceso de descentralización que se va afianzando, la creciente expectativa de la ciudadanía por el ejercicio y la concreción de sus derechos, la creciente cultura por el cuidado responsable de la salud y, lo más importante, la voluntad y el respaldo político del Gobierno para tomar decisiones en el marco de una política pública de inclusión social (10,11).

Este conjunto de factores deben permitir la realización de los cambios necesarios para avanzar en la protección social en salud de toda la población, y ofrecerle más y mejores servicios. La protección social en salud a la que nos referimos es amplia y comprensiva. Queremos, en primer lugar, enfatizar que es responsabilidad indelegable del Estado velar por la buena salud de todos los peruanos. Para ello, planteamos fortalecer la Autoridad Sanitaria de modo que pueda ejercer una rectoría vigorosa en el gobierno y la conducción estratégica del sector; para que así ejerza el control de riesgos y enfermedades, lo que supone una mayor inversión y financiamiento en la vigilancia sanitaria y epidemiológica; y, además, para alertarnos de riesgos cada vez más presentes en un mundo interconectado, donde transitan personas y productos, pero también enfermedades (10, 11).

Asimismo, proponemos que se profundicen las acciones de

promoción de la salud, a través del fomento de estilos de vida y entornos saludables, así como las de prevención de enfermedades, que van desde las inmunizaciones hasta el control ambiental. Finalmente, planteamos que se destinen recursos para que los servicios de salud estén preparados tanto para atender situaciones de desastre como para mitigar sus potenciales daños. Por otro lado, está la protección individual de las personas y de sus familias, área en la que proponemos que se extienda la actual cobertura de aseguramiento hasta alcanzar su universalidad. Esto permitirá que toda la población esté comprendida en alguno de los regímenes de aseguramiento y, así, se mejore sustancialmente el acceso y la calidad de los servicios que ofrecen los establecimientos de los distintos proveedores del sistema de salud, los cuales deben brindar la debida seguridad, garantía, efectividad y calidad (10).

En este contexto, se debe reordenar el sistema prestador integrándolo, articulándolo, en redes funcionales y dándole una orientación hacia la atención primaria de la salud, poniendo énfasis en mejorar sus niveles de resolutivez. Planteamos una revalorización del trabajador en salud, con condiciones adecuadas para su pleno desarrollo y cumplimiento de sus funciones, en el marco de una política integral de recursos humanos. Planteamos, además, la necesidad de cerrar las brechas de infraestructura y equipamiento de los servicios de salud, a partir de una mayor y mejor inversión pública, basada en la planificación concertada de mediano y largo plazo con enfoque territorial, que optimice el uso de los recursos disponibles (10).

El Ministerio de Salud (MINSA) tiene como reto avanzar hacia un sistema de salud al servicio de la población por lo que el Sistema de Salud peruano necesita fortalecerse para operar y brindar servicios en condiciones adecuadas, en términos de calidad y oportunidad. Por ello, se requiere modernizar su infraestructura y dotarlo con equipamiento suficiente. Asimismo, se necesita mejorar los niveles y distribución de los recursos humanos que permitan atender las necesidades de salud de las poblaciones dispersas o localizadas en zonas remotas del país. De otro lado, se requiere mejorar la gestión de los servicios de salud, fortaleciendo las capacidades gerenciales de los directivos y funcionarios de salud, para producir resultados acordes con las expectativas de la ciudadanía (11).

En estas circunstancias, el reto es avanzar hacia un Sistema de Salud enfocado en el ciudadano, para lo cual es fundamental cerrar las brechas de infraestructura, de recursos humanos y de gestión para: (a) mejorar la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud; (b) responder a las características culturales de la población; (c) garantizar un trato digno e igualitario al usuario; (d) proveer de información para decisiones acertadas por parte del usuario (11).

Asimismo, se propone que se amplíe la inversión para mejorar el equipamiento y la infraestructura de la red hospitalaria y para atender una mayor cobertura de servicios especializados que son financiados por el Seguro Integral de Salud y el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL). Cabe señalar que las necesidades de inversión de la red hospitalaria, que se propone, serán resultado de una planificación articulada y conjunta a nivel

sectorial e intergubernamental (MINSA, EsSalud, Sanidades, gobiernos regionales) (11).

En este marco, el sub sector público deberá dar prioridad a la mejora de la capacidad resolutive de los servicios de prevención, detección temprana, tratamiento recuperativo y paliativo de las enfermedades. El MINSA deberá realizar acciones para fortalecer la gestión hospitalaria en el sector público. Así, en el 2012, se firmó un convenio con la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR) para iniciar un proceso de selección y capacitación para la conformación de equipos de gerentes de servicios de salud para hospitales regionales y afines, principalmente, para cubrir las posiciones de Director o Gerente de Administración y Planificación y Presupuesto (11).

Con este proceso, se prevé, inicialmente, renovar 80 posiciones gerenciales hacia fines del primer semestre del 2013, dotando a los hospitales con equipos de profesionales calificados con competencias gerenciales, en permanente formación y con soporte para mejorar su desempeño. Se tiene previsto continuar con este proceso por un lapso de cuatro años (11).

Las actividades de salud y asistencia social del sector Público son orientadas a regular, fiscalizar y estimular las actividades privadas del Sector No Público; en este contexto se dio algunas disposiciones para las situaciones de emergencia, como el D.L.19609 y su reglamentación el D.S. 0023-73-SA, sobre la obligatoriedad de las Instituciones de Salud de atender las Situaciones de Emergencia. Así como el Reglamento General de Hospitales R.S.006-78/SA; así como las disposiciones sobre Defensa Civil,

compatibilizando con las respectivas leyes orgánicas de los sectores y el Código Sanitario (12).

En el Perú contamos con la norma técnica de salud de los servicios de Emergencia, según Resolución Ministerial N°386-2006/MINSA, en Lima , donde establece que los establecimientos de salud deben contar con servicios de emergencia que funcionen las 24 horas del día los 365 días del año, como también un área funcional de atención con equipo necesario que permita la reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, y la estabilización del paciente, además de equipo de profesionales como enfermeras con competencias para brindar reanimación cardiopulmonar cerebral básica y atención de Enfermería de emergencia según demanda de la comunidad; el perfil de la enfermera es que debe ser especialista con competencias en el manejo de a pacientes en situación de emergencia, contar con habilidades y actitudes proactivas, estabilidad psicológica y emocional, buena salud física y capacidad de trabajo (12).

La organización y el funcionamiento de la atención médica de emergencia y de primeros auxilios es diferente según las instituciones del sector salud. El primer nivel comprende la atención de primeros auxilios por personal no profesional que se dispensa en puestos sanitarios ó postas médicas. El segundo nivel comprende las atenciones de emergencia dispensada por personal médico de centros de salud u hospitales que tienen personal médico escaso y turnos por lo tanto de retén y el tercer nivel es cuando la atención de emergencia corresponde ya a un Servicio ó

departamento de emergencia permanente con equipo profesional completo las 24 horas del día (12).

En 1970, la clase de enfermería ya representaba un grupo de profesionales del sistema de atención de la salud que colaboran para que, en 1986, surgió la Ley 7.498 / 86, que regula la profesión de Enfermería. Enfermería es una ciencia humana, personas y experiencias con conocimiento del terreno, el razonamiento y la práctica de cuidar a los seres humanos, incluye la situación sanitaria de la enfermedad, mediada por las transacciones personales, profesional, científico, estético, ético y políticas (13, 14).

En cualquier campo de trabajo, la enfermera tiene tres funciones principales: El cuidar al paciente , asume la naturaleza de una respuesta deliberada no solo del intelecto , sino del temperamento y carácter, que incluye la capacidad de promover acciones procesales que cumplan las necesidades de atención directa al paciente; el papel principal, que consiste en el poder de decisión, la relación, la persuasión y la facilitación; y el papel de investigador, que sirve para contribuir a la práctica científica de Enfermería (13, 15).

Así, aunque cada rol tiene su propia responsabilidad, que se correlacionan y se encuentran en todos los campos de enfermería están estructurados para satisfacer la atención inmediata y futura, así como las necesidades de los consumidores de servicios de salud de los pacientes que son receptores de la atención de enfermería (15).

En este contexto, la enfermería se está adaptando para satisfacer las expectativas cambiantes y necesidades de salud, tomar medidas para mejorar

la distribución de los servicios de salud y reducir los costos de la atención. Una de estas medidas es la expansión del papel de la enfermera, percibida por la apertura de varios cursos de especialización académica, la educación continua y la creación del proceso de enfermería, lo que favorece al crecimiento y la apreciación de la profesión, haciendo de esta estrategia científica, profesional y desarrollar con éxito del proceso salud-enfermedad (16).

Los Servicios de emergencia contemporáneos tienen una especificidad que los distingue de todos los demás servicios de salud, lo que requiere un conocimiento inmediato, eficiente e integrada y completa asistencia técnica, habilidades profesionales y el uso de los recursos tecnológicos. Así que, como una parte especializada de enfermería, servicio de emergencia está bien distribuida. Al contrario de lo que sucedió antes de hoy, el nivel de conocimiento, habilidad y capacidad de las enfermeras de emergencia son reconocidos. Las enfermeras han respondido a lo que se espera de ellos, ganando su lugar como profesionales cualificados especializados en la atención de emergencia (17).

En Trujillo, en un hospital de la seguridad social de tercer nivel donde la atención de emergencia corresponde a un Servicio de emergencia permanente con equipo profesional completo las 24 horas del día como lo estipula el MINSA, fue creado desde hace 63 años con la apertura del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, que al inicio contaba con las instalaciones de un primer nivel.

Actualmente es el centro de toda la población asegurada allí acuden los adultos a atender sus dolencias que día a día padecen, haciendo una total congestión de las instalaciones por lo que ya ha quedado sin espacio para la atención oportuna e inmediata de los mismos, el personal de Enfermería de este servicio ha quedado insuficiente haciéndose necesario la convocatoria de personal calificado, actualmente se cuenta con un número de 40 enfermeras por turno, distribuidas en los diferentes ambientes del servicio y que laboran en turnos rotativos de mañana, tarde y noche, siendo la rotación diaria de 8 enfermeras por turno, una para cada área: Observación A(2), Observación B(1), Observación C(1), Observación D, Tópico(2) y Shock Trauma(1), teniendo un promedio de 21 camas y total de 40 camillas disponibles.

2.3 REFERENCIAL CONCEPTUAL

2.3.1 LA ENFERMERA EMERGENCISTA.

La enfermera Emergencista, como la nomenclatura dice, es un profesional habilitado para trabajar en el campo de urgencia y el tratamiento de emergencia. La organización y los procedimientos de ese departamento a determinar su eficacia, pero una enfermera bien entrenada debe ser capaz de proporcionar un tratamiento de emergencia, hacer la evaluación y aplicar el plan de acción (18).

El papel de la enfermera en los sectores de emergencia y atención de urgencia, es de importancia y la necesidad de su trabajo en la atención del adulto en situaciones críticas de su atención inicial a los cuidados de enfermería en relación con el proceso enfermería en estas unidades es crucial. La enfermera profesional busca bienestar en los usuarios que asisten expuestos a situaciones de riesgo y ser conscientes de la gran importancia de sus actividades en estos sectores (18).

La enfermera y el cuidado de enfermería en las unidades de emergencia y de urgencia data desde hace más de 145 años, la pionera fue Florence Nightingale, expresando su interés en asistir a los hospitales y las actividades no convencionales de ejercicio para una "buena chica" que era contrario a la tradición de su familia y comenzó el ejercicio empírico de enfermería, que en ese momento no podía prever el complejo entorno de los hospitales y servicios salud (18).

Por lo tanto en las unidades de urgencia y emergencia las enfermeras son líderes, maestros, consejeros y coordinadores, además de poder completar eficazmente los esfuerzos de los administradores, médicos, auxiliares y departamentos públicos de atención de emergencia. (18).

Actualmente, en Brasil la Ordenanza N° 2.048 / GM, el Ministerio de Salud, establece como una guía de los sistemas estatales de emergencia y centros de educación de emergencia en la creación de situaciones de emergencia, proporcionando formación, continua cualificación de los recursos humanos en este área. En 1983, la American Nurses Association (ANA) ha establecido las normas de la Práctica de Enfermería en Emergencias y enfermeras calificadas en tres niveles, en el que el primero requiere competencias mínimas para brindar atención al paciente lesionado; la segunda requiere experiencia en el área de emergencia; y la tercera especialización necesidades en área bien definida y actuar en los niveles de pre e intrahospitalario (18, 19).

Además de sus funciones y competencias, se puede comprobar en la enfermería el hecho de no poder ejercer la profesión sin conocer los fundamentos científicos y específicos que guían la práctica de cuidado. También es importante considerar que las coordinaciones entre el grupo de enfermería y otros los equipos deben ser evidentes, ya que el compañero de atención es único. Este mismo autor define la relación entre todos los profesionales es importante y necesario, teniendo en cuenta las diferencias, el conocimiento científico, los roles y las jerarquías. Con eso, en primer lugar, la enfermera debe ser capaz de distinguir sus funciones dentro de su propio

equipo, diferenciando su papel en relación con asistente técnico y de enfermería, y posteriormente diferenciar sus poderes de otros profesionales, como médico. La enfermera, a su vez, dirige la atención en el que una parte de su trabajo es independiente y la otra depende de la colaboración de su grupo y de otros equipos. Esta dependencia parcial es importante articulación, lo que proporciona una calidad de la atención debido a la interdisciplinariedad, es decir, la conexión de todos los profesionales con diferentes habilidades y tareas a favor de un resultado satisfactorio para el gran bagaje científico adquirido por el equipo (19).

La interdisciplinariedad, es importante porque el personal de enfermería no actúa solo. Juntos forman un equipo multidisciplinario, comparten el área médica, farmacia, trabajo social, fisioterapia, psicología, nutrición, terapia de lenguaje, terapia ocupacional y apoyo. En esencia, el equipo de enfermería proporciona atención directa e indirecta del paciente para una variedad de métodos de organización bajo la supervisión de enfermeras que participan en todo el proceso. Las funciones de cuidado de emergencia son independientes, interdependientes y de colaboración, y todas las enfermeras deben conocer los límites legales de sus funciones y se mantiene dentro de ellas. Por lo tanto, su trabajo junto con los médicos y otros profesionales en el servicio de urgencias y emergencias debe ser amable, respetando las competencias de los demás y creer que el éxito de la persona depende de la calidad y el esfuerzo de todo el grupo (19).

Debido a la continua escasez de médicos y ubicación geográfica defectuosa de los servicios existentes, los derechos de la enfermera

Emergencista dependerán del lugar en el que ejerce su trabajo. Las leyes que determinan el alcance de sus actividades varían de un estado a otro, y los decretos que regulan la profesión de enfermeras registradas se están ampliando para definir su papel más amplio, lo que conduce a un aumento de las responsabilidades de estos profesionales en el servicio de urgencias. Otro hecho de colaboración para esta situación está en una tendencia nacional de poner a disposición un servicio médico de la mejor calidad y la eficiencia de la enfermería en los servicios de emergencia. Como fundadoras en el tratamiento de emergencia, las enfermeras tienen conocimientos y prácticas que permiten coordinar el Servicio de Urgencias. Además, la expansión de su papel permite obtener la historia, la exploración física del paciente y hacer que los tratamientos de ejecución, asesoramiento y enseñanza en el mantenimiento de la salud y guiar a los enfermos a seguir las indicaciones de tratamiento y vida (19, 20).

Pocas profesiones como la medicina y la enfermería tiene inherente, la relación de causa y efecto. Por lo tanto, la enfermera debe estar siempre preparado, porque sus funciones en el servicio de urgencias que van desde escuchar la historia del paciente, la exploración física, la implementación de tratamiento, asesoramiento a los pacientes la coordinación del equipo de enfermería, que combina conocimientos y habilidades de liderazgo científico, la agilidad y rapidez de pensamiento y la necesidad de mantener la tranquilidad (21, 22).

A partir de la experiencia profesional en el cuidado de enfermería, se observa que algunos profesionales en el juego de sus actividades en las salas

de emergencia, muestran preocupación, como el foco principal, los aspectos biológicos del ser humano, sin tener en cuenta los demás aspectos del ser, la mayor parte del tiempo. Por lo tanto, la atención fragmentada, ya que no tienen en cuenta al ser humano en su totalidad y complejidad (23).

El profesional de enfermería para trabajar en unidad de cuidados críticos deben demostrar destreza, agilidad, habilidad, así como la capacidad para establecer prioridades y actuar conscientemente y seguro en el cuidado del ser humano, sin olvidar que, incluso en condiciones de atención de emergencia es el vínculo de interacción / integración / relación entre profesional y cliente. En la relación de cuidado, el trabajador establece el vínculo entre el cuidador y el cuidado de ser, imbuido de atención y respeto, que fortalece el vínculo entre ellos mismos (23).

La capacidad de sentir empatía profesional de enfermería y la manifestación de actitudes impregnado de calidez, amor, amabilidad y atención, vinculado a característica simpática de este ser, permite que el cliente se sienta bienvenido y la atención en los hospitales, incluso cuando están llenos. Por lo tanto, se manifiesta la dedicación y el compromiso con el cuidado que subyacen en la práctica profesional (24).

Además de estas diversas formas de atención, el enfoque sistemático del equipo de enfermería y la evaluación de la situación de emergencia por la enfermera, es esencial para identificar y priorizar las necesidades reales de la persona (25).

La Enfermería de Urgencias y Emergencias se encuentra en la actualidad en un pico de relevancia social debido principalmente a dos causas: Las

patologías cardiovasculares y los accidentes se han convertido en las principales causas de muerte e invalidez en las sociedades occidentales, la atención que se presta a estas patologías quedan enmarcadas en el ámbito de los cuidados de Urgencias y Emergencias. La denominada “*hora de oro*”, donde la actuación sanitaria ha demostrado con creces rebajar el número de lesiones invalidantes, así como los fallecimientos, confirma la necesidad de actualizar y reorganizar los distintos Servicios de Urgencias hospitalarios y extrahospitalarios, así como la creación de Servicios de Emergencias allí donde aún no se contemplan (25).

Por ello, la formación en Enfermería de Urgencias y Emergencias, debido a la demanda social y del entorno, es el primer paso para el desarrollo de profesionales cualificados para prestar cuidados de calidad a las personas que necesiten estas atenciones, además de constituir un importante reto para las instituciones educativas y sanitarias, las cuales deben adaptar las estrategias a cubrir las demandas de salud de la población. La terminología usada en el dominio de la ayuda sanitaria urgente varía, no sólo dentro de nuestro país, sino entre los distintos países de nuestro entorno socioeconómico (25).

Existen diversos criterios a la hora de definir el concepto de urgencia sanitaria, entre éstos se encuentra el que resume la filosofía que ha servido a la Seguridad Social para establecer los Servicios especiales o normales de Urgencia: “Urgencia es toda demanda de asistencia que se produce fuera del horario laboral normal”. Se trata de un criterio eminentemente funcional. Las diversas asociaciones sanitarias americanas, a modo de ejemplo, definen

urgencia como: “Toda aquella situación que, en opinión del paciente, su familia o quien quiera que asuma la responsabilidad de llevar a un paciente al hospital, requiere una atención sanitaria inmediata”. Se trata de un criterio centrado en la percepción del usuario. Comúnmente se acepta que: “Urgencia es toda situación que plantea una amenaza inmediata para la vida o salud de una persona” (25).

Los tipos de urgencias atendiendo a los conceptos expresados sobre las urgencias, podrían hacerse las siguientes distinciones: Urgencia subjetiva Está fundada desde la óptica de la víctima y del gran público; surgiendo de criterios que tienen carácter de impresión, tales como el dolor agudo o la hemorragia externa, sin que esos signos pongan necesariamente en peligro la vida o la salud de la persona. Urgencia objetiva, sería por tanto aquella situación que compromete la vida o la salud de la persona, y que puede ser apreciado por personal sanitario o no sanitario entrenado. Urgencia vital Forma parte de la urgencia objetiva y es definida como la situación en que, por fallo o compromiso de las funciones vitales respiratorias, circulatorias o cerebrales, existe a corto plazo riesgo de fallecimiento; este concepto hace referencia al término Emergencia (25).

El término emergencia se refieren aquellas situaciones que reúnen las siguientes características: Hacen peligrar la vida del enfermo, algún órgano o parte esencial de su organismo, a no ser que se instauren medidas terapéuticas con prontitud. Siempre comporta un elevado riesgo vital. El problema desencadenante de la emergencia aparece casi siempre de un modo súbito, requieren de respuesta especializada inmediata, entre unos minutos y una

hora, la emergencia requiere hospitalización, salvo raras excepciones, y ésta se produce prácticamente siempre ocupando camas de enfermos críticos o agudos, precisa, por lo general, de asistencia *in situ* y un transporte asistido o especializado hasta el hospital, la solicitud de atención ante situaciones de emergencia procede de la familia o del entorno donde se ha desencadenado el problema. Generalmente, no es solicitada por el propio paciente, hasta la plena instauración de los servicios de urgencia extrahospitalarios, necesita con frecuencia la concurrencia de instituciones no sanitarias para su resolución, como son policía, bomberos, etc. El personal que atiende situaciones de emergencia requiere formación específica. (25).

Los principios generales y estructurales de la asistencia urgente y de emergencia son las tendencias del sistema sanitario que indican la necesidad de la especialización en urgencias y emergencias. La Enfermería de Urgencias y Emergencias aparece en un mundo en constante evolución, en el que los cambios se desarrollan vertiginosamente, con una capacidad técnica y científica como hasta ahora jamás conocida. Ésta adquiere su desarrollo en un momento en el que la Enfermería trata de potenciar, como nunca, su identidad, con un aumento de su autonomía, de investigación propia, de búsqueda crítica de teorías y caminos que fundamenten la profesión y los cuidados (25).

La asistencia sanitaria evoluciona día a día, de manera dinámica. Se incorporan avances tecnológicos, nuevos conocimientos basados en estudios científicos, innovadoras formas de gestión y administración, etc., y así, aquello que hace unos años parecía imposible o simplemente no se tenía en

cuenta, hoy cobra una notoriedad, cimentando la base para la creación de un nuevo concepto asistencial de salud. El volumen de la atención urgente y la creciente demanda, ponen de manifiesto la evolución del desarrollo de estos servicios como un claro indicador de la necesidad de dotar de profesionales enfermeros especialistas, cualificados y expertos, los recursos de respuesta a la demanda ciudadana (25).

Comienzan a quedar atrás los tiempos en que los cuidados de Urgencias y Emergencias en los centros hospitalarios eran los primeros que recibían las personas con necesidades críticas. En este nuevo sistema se traslada la atención al lugar de los hechos: el hospital extiende un brazo imaginario que valora, prioriza, presta cuidados *in situ* y traslada a su núcleo central al paciente donde se complementa y perfecciona la asistencia. (25).

Esta paulatina transformación de la conciencia sanitaria lleva consigo la formación de personal enfermero cualificado en el área de Urgencias y emergencias, donde los cuidados a aplicar y tareas a realizar van a ir encaminados a la prevención, a prestar atención integral al paciente y a la familia en situaciones muy especiales, además de participar activamente en la gestión y administración de los recursos. Cambios en la práctica de la Enfermería en esta especialidad que justifican la necesidad del conocimiento y práctica especializada (25).

La Enfermería de Urgencias y Emergencias es un área de especialidad de la Enfermería profesional que implica la integración de la práctica, la investigación, la educación y la profesionalidad. La práctica comprende la valoración, diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana a los

problemas percibidos, reales o potenciales, físicos o psicosociales que pueden ser episódicos, primarios y/o agudos (25).

La investigación es el descubrimiento y la verificación de conocimiento en base al cual puede avanzar el conocimiento de la especialidad. Está basada en la premisa que el paciente es el principal beneficiario. La educación engloba la formación continuada de uno mismo y la enseñanza de los pacientes, de la familia y comunidad y de los otros miembros del equipo de Urgencias (25).

La profesionalidad (responsabilidad, autonomía, autoridad y liderazgo) contribuye al crecimiento de la especialidad, a la formación y mantenimiento de relaciones interprofesionales. Podríamos definir la Enfermería de Urgencias y Emergencias como la teoría y práctica de los cuidados de Urgencias y Emergencias realizados por profesionales enfermeros (26).

La *Emergency Nurses Association* (ENA), hace la siguiente definición de los cuidados urgentes: “Valoración, diagnóstico y tratamiento de problemas observados, actuales o potenciales, súbitos o apremiantes, físicos o psicosociales, que son fundamentalmente episódicos o agudos”. Estos problemas pueden precisar cuidados mínimos o medidas de soporte vital, educación del paciente y otras personas allegadas, referencia o traslado adecuado y conocimiento de las implicaciones legales (26).

Por su parte, la *American Nurses Association* (ANA), describe a los especialistas en Enfermería como los profesionales que están involucrados en campos especializados dentro de la Enfermería y a la especialización como un enfoque limitado a una parte del campo global de la Enfermería. La

Enfermería de Urgencias y Emergencias interacciona todas estas especificidades. Incluye la administración de cuidados que abarca desde la prevención a las intervenciones destinadas a salvar la vida. Se valoran, diagnostican, planifican, ejecutan y evalúan los cuidados a personas de todas las edades, familia y comunidad, que requieren desde formación básica hasta medidas de soporte vital (26).

La práctica de la Enfermería de Urgencias y Emergencias tiene un carácter pluridimensional, ya que se lleva a cabo junto a otros grupos profesionales: médicos, técnicos, auxiliares, asociaciones e instituciones. Dentro de este rol, las enfermeras/os de Urgencias y Emergencias se comunican, relacionan y comparten recursos, así como información, investigación, docencia, tecnología y experiencias (26).

El perfil profesional en la atención urgente se basa en que los profesionales especialistas en Enfermería clínica avanzada en Urgencias y Emergencias proporcionarán cuidados enfermeros a personas con problemas de salud en situación crítica, de alto riesgo o en fase terminal, individual o colectivamente, dentro del ámbito sanitario o domiciliario, agilizando la toma de decisiones mediante una metodología fundamentada en los avances producidos en el campo de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica lograda a través de una actividad investigadora directamente relacionada con la práctica asistencial (26).

Asimismo, por ser expertos en dicha área, serán eficaces asesores en el ámbito institucional o en el equipo de salud en cualquier aspecto relacionado. Dichos profesionales estarán capacitados para prestar atención integral a la

persona para resolver, individualmente o como miembros de un equipo multidisciplinario, los problemas de salud que le afecten en cualquier estadio de la vida con criterios de eficiencia y calidad (26).

Utilizar con destreza y seguridad los medios terapéuticos y de apoyo a los diagnósticos medios que se caracterizan por su tecnología compleja. Diagnosticar, tratar y evaluar de forma eficaz y rápida las respuestas humanas que se generan ante los problemas de salud reales y/o potenciales que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad. Establecer una relación terapéutica eficaz con los usuarios para facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones que padezcan (26).

Participar activamente con el equipo multidisciplinar aportando su visión de experto en el área que le compete. Formular, implementar y evaluar los estándares, guías de acción y protocolos específicos para la práctica de la Enfermería clínica avanzada en urgencias y emergencias. Gestionar los recursos asistenciales con criterios de eficiencia y calidad. Asesorar como expertos en el marco sanitario global y en todos los niveles de toma de decisiones (26).

Proporcionar educación sanitaria a los usuarios, así como asesorar al equipo de salud en todos los aspectos relacionados con su área en la especialidad. Asumir las competencias en materia de formación de los futuros especialistas. Impulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en la clínica avanzada en urgencias y emergencias (26).

Las competencias profesionales del enfermero/a en Urgencias y Emergencias para el Comité Consultivo para la Formación de Enfermeros en reunión celebrada el 13 de enero de 1998, en consecuencia con el Consejo Europeo de Turín, aprobó el informe y recomendación sobre las competencias requeridas para el ejercicio de la actividad de enfermero responsable de cuidados generales en la Unión Europea (26).

El término competencia tiene distintas acepciones y su utilización varía dependiendo de que se aluda al mundo laboral, empresarial, del derecho, de la educación o de la formación. En lo relativo a los cuidados de Enfermería, por competencias cabe entender las cualificaciones específicas necesarias para el ejercicio de la profesión. En este ámbito, las competencias se definen como las características individuales (conocimientos, habilidades y actitudes) que permiten a una persona ejercer su actividad de forma autónoma, perfeccionar permanentemente su práctica y adaptarse a un entorno en constante cambio (26).

La adquisición de los conocimientos, habilidades y actitudes requeridos se efectúa en el marco de una formación de una duración mínima determinada y con un contenido específico y reglado. Las competencias adquiridas al término de la formación básica varían. El ejercicio de la profesión exige que el enfermero entre en un proceso de desarrollo permanente, de puesta al día personal, y que tenga una capacidad de evolución a fin de actualizar sus conocimientos, de poder adoptar decisiones e, incluso, de introducir cambios en el ámbito profesional (26).

La definición de las competencias a escala de la Unión Europea debe ser amplia y cubrir las principales competencias comunes exigidas para poder ejercer la profesión en cualquier Estado miembro ofreciendo las máximas garantías de seguridad y profesionalismo. La adquisición de dichas competencias corresponde a los resultados que se esperan al finalizar dichos estudios; por su parte, los criterios de formación deben representar las condiciones mínimas para el reconocimiento automático de las cualificaciones de los enfermeros responsables del cuidado (26).

Para el más fácil tratamiento y manejo del conjunto de las Competencias, y para ayudar a su comprensión generalizada, se establecen dos agrupamientos denominados: procesos asistenciales y procesos instrumentales. Las Competencias del grupo de procesos asistenciales están referidas al Proceso de Atención de Enfermería y a ellas les corresponden actuaciones de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación (26).

Al grupo de procesos instrumentales están asignadas la Competencias más relacionadas con las actitudes y valores que favorecen la implicación del profesional en su propio desarrollo, como individuo y como profesión, por su avance a través de la investigación, la docencia y la gestión como elementos básicos para garantizar la calidad de los cuidados enfermeros, en el ejercicio de la actividad asistencial, en situaciones de Urgencias y Emergencias por ser éstas propias del enfermero especialista (26).

Las competencias propias del enfermero de Urgencias y Emergencias definidas en este documento, no agotan el compromiso de su desarrollo profesional y por lo tanto éstas se han de ir adaptando con el transcurrir del

tiempo a los avances en salud, tecnología y cuidados que marcan continuamente el progreso profesional. A tal fin, la SEEUE velará por la puesta al día del catálogo de competencias (26).

Todo Estado miembro deberá tener derecho, sin embargo, a no contentarse con esta exigencia mínima y a fijar las competencias suplementarias necesarias para responder a las exigencias específicas que se plantean en su territorio. La adquisición de competencias depende en gran medida de la selección de candidatos que posean las cualificaciones necesarias. El nivel que se exige habitualmente es equivalente al exigido para poder seguir una formación de nivel superior o universitario. La definición de las competencias sólo constituye la primera fase de la concepción del programa de formación (26).

Las distintas fases que conducen a su adquisición son las siguientes: elección del contenido de la formación teórica y clínica necesaria para la obtención de resultados o la adquisición de competencias, determinación de la duración mínima de la formación en cuestión para la adquisición de la psicología, los conocimientos, las habilidades y actitudes en las que se basan las competencias que se van a adquirir, elaboración y aplicación de estrategias en materia de formación y aprendizaje, selección de los métodos de evaluación que permiten comprobar que las competencias definidas se han adquirido realmente; el enunciado de las competencias no puede perder de vista que “las intervenciones de Enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana” (26).

El enfermero generalista, con independencia de su especialización, es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos de enfermero, que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos (26).

La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, en las correspondientes responsabilidades profesionales que pretende asumir y desarrollar, interpreta que las competencias para el ejercicio asistencial son el resultado de la formación y que, en consecuencia, se establece una retroalimentación constante entre dicha formación de grado y de especialidad, y la atención y los cuidados en Urgencias y Emergencias y el progreso de los conocimientos por la práctica y la aplicación de esas competencias en dicha praxis (26).

La competencia profesional se configura con tres elementos imprescindibles: conocimiento, actitudes y habilidades. El Comité Científico de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, en su reunión de 2 de julio de 2012, propone, debate y aprueba el siguiente catálogo de competencias para la práctica de los cuidados de Enfermería en Urgencias y Emergencias con el propósito de someter periódicamente a revisión y actualización dichas competencias en función de los avances de los conocimientos teóricos y del progreso y avance de la investigación y las nuevas tecnologías en Urgencias y Emergencias (26).

Este catálogo de las Competencias del Enfermero de Urgencias y Emergencias ha de formar parte, alimentando el espíritu y la letra, de los “correspondientes sistemas de acreditación de profesionales, como vía hacia la excelencia de la práctica profesional de enfermería”. Art. 56.3. El Título III de este RD nos impele a los profesionales en la figura de “la Organización Colegial de Enfermería, en sus respectivos niveles, a la ordenación de la actividad profesional de Enfermería, orientada hacia la mejora de la calidad y la excelencia de la práctica profesional como instrumento imprescindible para la mejor atención de las exigencias y necesidades sanitarias de la población y del sistema sanitario español”, Art. 56.1 y, por extensión, la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias asume la cuota de responsabilidad correspondiente al definir y desarrollar las competencias propias del enfermero/a de Urgencias y Emergencias y éstas basándose en que “el ejercicio de la profesión de Enfermería abarca, a título enunciativo, el desarrollo de las funciones asistenciales, investigadoras, de gestión y de docencia” (26).

Las competencias de las enfermeras en Urgencias y Emergencias, ellas implican utilizar los conceptos teóricos y el conocimiento de los cuidados de Enfermería como base para la toma de decisiones en la práctica enfermera de urgencias y emergencias, impulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en urgencias y emergencias, adoptar actitudes concordantes, en la toma de decisiones éticas y en su aplicación, con el Código Deontológico de la Enfermería, realizar la recogida y análisis de datos de salud o enfermedad de la persona, familia o comunidad, de forma continua y sistemática, en base al marco conceptual de

Enfermería adoptado para la prestación de cuidados enfermeros en el ámbito de Urgencias y Emergencias, y en base al conocimiento científico, la concepción de los cuidados enfermeros, los componentes de la situación y la percepción del paciente y su ecosistema (27).

Asimismo, realizar los planes pertinentes de atención de Enfermería estandarizados para su posterior aplicación mediante planes de atención de enfermería individualizada basados en los diagnósticos enfermeros formuladas, y evaluar de forma eficaz y rápida las respuestas humanas que se generan ante los problemas de salud reales y/o potenciales que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad, evaluar, y modificar si hay pertinencia con los planes de cuidados basándose en las respuestas del paciente, de la consecución de los objetivos y de los resultados medidos, prestar atención integral a la persona, para resolver individualmente o como miembros de un equipo multidisciplinar, los problemas de salud que le afecten en cualquier estadio de la vida con criterios de eficiencia y calidad (27).

Igualmente, participar activamente con el equipo multidisciplinar aportando su visión de experto en el área que le compete, formular, implementar y evaluar los estándares, guías de acción y protocolos específicos para la práctica de la Enfermería en Urgencias y Emergencias, gestionar los recursos asistenciales con criterios de eficiencia y calidad, asesorar como experto en el marco sanitario global y en todos los niveles de toma de decisiones, proporcionar educación sanitaria a los usuarios para que adquieran conocimientos de prevención de riesgos y adquieran hábitos de vida saludables, asesorar al equipo de salud en todos los aspectos relacionados con

Urgencias y Emergencias, asumir responsabilidades y compromisos en materia de formación de los futuros enfermeros (28).

El 15 de febrero del 2002 en el Perú se promulgó la ley del trabajo de enfermería N.º 27 669, que establece su rol y ámbito de competencia, así como sus responsabilidades y funciones, al igual que sus derechos y obligaciones, y niveles de la carrera y modalidades de trabajo, la Enfermera(o) tendrá la opción de continuar estudios de especialización en las diferentes áreas de Enfermería aprobados por el Colegio de Enfermeras(os) del Perú (29, 30).

2.3.2 PERSONA ADULTA EN ESTADO CRITICO

Una persona adulta en estado crítico es un paciente en riesgo momentáneo o continuo de perder la vida o alteraciones importantes de la calidad de vida por una condición específica configurado en estado de gravedad persistente que requiere monitorización y tratamiento continuado (31).

En el ámbito de la medicina es muy recurrente el empleo del concepto estado crítico para referir justamente la un tipo de situación clínica que atraviesa un paciente. Normalmente, los médicos que atienden a un individuo a la hora de comunicarles a sus colegas, a los familiares del mismo, o bien a los medios de comunicación interesados por el estado de un paciente, suelen utilizar este concepto que nos ocupa, cuando quieren indicar que los signos vitales de este no son estables y por caso, la muerte es un desenlace probable e inminente (32).

Con un ejemplo se comprenderá mejor, un individuo que acaba de padecer un accidente automovilístico, seguramente, presentará una fluctuación en su presión arterial, entre alta y baja extrema, y además puede presentar una

grave lesión en la cabeza que le generó una inconsciencia. En otro caso, un individuo en estado crítico también puede estar inconsciente, aunque, esto no es condición necesaria para que este en estado crítico, también puede estar en estado crítico y encontrarse en coma o despierto. El estado crítico es de los cinco estados que contempla la medicina el más grave, mientras tanto, existen otros de menor complicación y que también se usan para designar y dar cuenta del estado de salud de una persona que está recibiendo atención médica, tal es el caso de: grave, regular, indeterminado y bueno (32).

Cabe destacarse que el paciente que se haya en este estado se encontrará tratado en el área de emergencia o de cuidados intensivos, tal como se denomina a aquella sala de una clínica u hospital en la cual los pacientes alojados allí reciben soportes vitales y orgánicos y además se hayan conectados a diversas máquinas que permiten monitorear su estado de salud constantemente, entre ellos: monitores, catéteres, sondas, vías intravenosas, entre otros. Los profesionales que se desempeñan en esta área se encuentran especialmente entrenados. Es habitual que aquellos pacientes que han sufrido un grave accidente o bien aquellos que han sido sometidos a cirugía mayor sean depositados en la mencionada área (32).

En la actualidad estamos en condiciones de encarar con éxito el tratamiento de pacientes con severo deterioro de sus funciones orgánicas, ya sea cuando estas se presentan en uno o en varios órganos simultáneamente. Hemos también aprendido mucho de los mecanismos de las enfermedades que llevan a los pacientes a tal grado de compromiso funcional. Sin embargo, gran parte de las herramientas que utilizamos para distinguir a aquel que debemos

ayudar, siguen residiendo en nuestras habilidades para percibir cambios (signos y síntomas) y jerarquizarlos adecuadamente. Por este motivo, quienes tenemos la responsabilidad del cuidado de pacientes internados con enfermedades agudas o crónicas que pueden potencialmente complicarse comprometiendo la vida, debemos mantener un alto nivel de alarma acerca de la aparición de cambios no esperados en su evolución que puedan anunciarnos el agotamiento de su capacidad de respuesta orgánica (32).

Esta vigilancia se basa en nuestra capacidad para la observación y esta, a su vez, en la confianza que depositemos en nuestras percepciones cuando estas han sido adecuadamente entrenadas. Para ello, debemos entrenarnos en la detección de diferencias que nos permitan luego al jerarquizarlas formarnos una idea clara de la magnitud del problema. Esta idea nos guiará y la deberemos someter a pruebas y contrapruebas mediante el uso juicioso de los métodos auxiliares de diagnóstico, a la opinión de nuestros colegas y, en especial, a la respuesta que el paciente muestre a las acciones terapéuticas que tomemos en base a ella (32).

El paciente en busca de un servicio de urgencias y emergencias necesita atención inmediata en situaciones críticas que se describen por sí mismos como una experiencia de dolor y sufrimiento. Para sus familias, observadores directos de esta realidad, está claro que es difícil, a menudo de entendimiento con respecto a las prioridades de atendimento. Tales prioridades en la atención y / o de la familia del paciente, deben establecerse desde la comunicación, la observación, el conocimiento científico y la capacidad de sensibilidad y liderazgo enfermera para discernir las diferentes situaciones que

requieren una acción inmediata y más atención en la unidad de emergencia (32).

2.3.3 ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA Y PARADIGMAS

La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas". En este sentido se presentan tres paradigmas: categorización, integración y transformación, que han servido para orientar la disciplina de enfermería (33).

Paradigma de la categorización, es la corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica (34).

Paradigma de la integración, corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el

reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo (35).

Paradigma de la transformación, corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo (36).

2.3.4 EL COTIDIANO DE LA ENFERMERA EMERGENCISTA.

La nobleza de la vida cotidiana se da a partir de lo ordinario, privilegiando lo íntimo, lo vivido, los microelementos, una red sutil compleja, en la cual cada elemento objeto, asunto, situaciones anodinas, eventos importantes, pensamientos, acción, relaciones, etc. Sólo en cuanto ligadas al todo y sólo hace sentido dentro y por la globalidad. Como se supone, la cotidianidad aún encuentra rechazo en la comunidad científica, especialmente entre los neopositivistas, probablemente porque consideran que en lo cotidiano, no conseguimos discriminar con certeza la dicotomía entre lo verdadero de lo falso, la ciencia de la ideología, el análisis de la síntesis, lo digital con lo analógico, lo real con lo imaginario, la razón con la irracionalidad (37).

En el enfoque postmoderno la epistemología tiene mezcla de rigor e intuición, de razón y afectividad, de lógica y mitología, en la construcción de un nuevo saber, queda sin efecto el pensamiento totalitario, lineal, simple. De

esta manera la separación entre el discurso intelectual académico y la acción podrá ser atenuada, cuando la tónica sea de una epistemología renovada que se abra y comparta otros saberes en una complementariedad cuando del cuidar/cuidado se trata por ejemplo, permitiendo acoger al otro, darle morada en su transitoriedad en el proceso de la enfermedad o en su estado terminal (37).

La cotidianeidad, nos lleva a reflexionar en la condición humana tanto de la enfermera que cuida como de la persona que es cuidada. Transitar por estas rupturas epistémicas que se dan en esta postmodernidad nos da la oportunidad que -en nuestro cotidiano repensemos la enfermería como una práctica social que deconstruye reconstruye su pensar y su ethos en la relación con el otro y el nosotros; y sea halagüeño sospechar que en ese proceso, enfermería afine su criterio frente al positivismo y postpositivismo e inicie un tránsito hacia la pluralidad conceptual y metodológica de su pensar y hacer (38).

Lo cotidiano es mediación entre la persona y la naturaleza como posibilitador de cultura. En su cotidianeidad las enfermeras expresaran su temperamento, intelecto y carácter creando y recreando en continua tensión-distensión con la esencia de la profesión. En sus hechos cotidianos conjugan teoría y práctica, en cada acción cotidiana hay un saber, un conocer, un valer que permiten y facilitan el hacer. En lo cotidiano se va resumiendo el legado social de las enfermeras para permitirle su propia configuración, la construcción de su propio relato donde se van explicitando las condiciones de posibilidad de ser un proyecto (38).

Lo cotidiano es entonces posibilitador, espacio, explanada de apertura

para la imaginación, la creación, la subversión en las prácticas cotidianas que constituye un conjunto muy amplio, difícil de delimitar, que provisionalmente podemos designar como conjunto de procedimientos, como esquemas de operaciones que dan sentido a las acciones como es el cumplimiento de su carga académica lectiva, no lectiva. Visto así, lo cotidiano como prefiguración permite la construcción y reconstrucción de la "historia" de la existencia humana. Lo cotidiano es, entonces, su creatividad permanente. Las prácticas cotidianas siempre serán hechos singulares, únicos, incanjeables, repletos de imaginación creadora que permita el desarrollo de la profesión (39).

En el hecho cotidiano la persona se manifiesta como ser único que continuamente ejerce su voluntad, confirma su libertad. En su práctica cotidiana recupera su privacidad, haciendo uso de su posibilidad de elegir, ahí radica el potencial de la vida cotidiana como salida de la alienación, del absurdo, de la banalidad. Si bien lo cotidiano se lo califica como lo que se repite, pensamos que esa repetición no debe verse linealmente sino como repetición creadora de sentido -recreadora- donde se semantiza el quehacer. La repetición cíclica da sentido al tiempo porque la acción será nueva, en un tiempo nuevo, que adquiere sentido en forma nueva. Lo cotidiano también se da en el decir. La conversación es espacio permanente de invención (40).

El hecho cotidiano es sólo un fragmento de la realidad inmediata. Es por tanto menos que la vida, sólo una parte de ella, pero es más que la vida porque es en los hechos cotidianos donde se hace y se fija la historia. Decimos que el hecho cotidiano siempre es singular, único, irrepetible pero al volverse parte de la vida cotidiana se generaliza, se universaliza, se vuelve representativa de un

tipo humano. No obstante que lo cotidiano siempre está arraigado a la tradición, al pasado, a lo ya dado, en su acción se posibilita la innovación, la creación, la proyección de la persona en su hacer y decir simbólico. Si se está viviendo en otras entidades formadoras de enfermería rupturas de concepciones, paradigmas de la modernidad para dar paso a corrientes de pensamiento de la postmodernidad (41).

2.3.5 ENFERMERIA Y EL PENSAMIENTO COMPLEJO

Al contrario de un simple sistema, el cuidar/cuidado de enfermería como un fenómeno complejo tiene muchas partes/dimensiones que interactúan entre sí. En este proceso sistémico, en el que las diferentes partes/dimensiones constituyen la totalidad, el movimiento es generado y dinamizado por la forma en que éstos interactúan. Por lo tanto, cuanto más intensas sean las relaciones, interacciones y asociaciones que procesan el cuidar/cuidado, mayores serán las posibilidades de diálogo creativo y mayor el crecimiento y la calidad de la atención. Así, la necesidad de superar la lógica de la fragmentación, la previsibilidad y del excesivo orden - recetas listas de cuidar/cuidado, debe gradualmente ser asumida como actitud proactiva y emancipadora por los profesionales de enfermería. La aprehensión del cuidado como un fenómeno complejo es, por tanto, fundamental para inducir el nuevo, el creativo y posibilitar relaciones próximas, dialógicas y humanizada (42).

El pensamiento de Morín, basado en la idea de las *tres teorías*, en la cual, argumenta que todavía estamos en un nivel prehistórico con respecto al espíritu humano y solo la *Complejidad* puede civilizar el conocimiento. En ella se puede adentrar en el desarrollo de la naturaleza humana multidimensional, la

lógica generativa, dialéctica y arborescente, del cual cuando el universo es una mezcla de caos y orden; a partir del concepto y práctica de la *Auto-eco-organización*, el sujeto y el objeto son partes inseparables de la relación autorganizador-ecosistema. Además introduce en la ciencia, conceptos que estaban en pausa para aplicarlos a su pensamiento (aleatoriedad, información en el ambiente y sujeto con su creatividad) y ver los fenómenos integrados en el énfasis de las emergencias e interacciones y no en las sustancias. Pese a la similitud semántica no se puede considerar que sus ideas entronquen con la matemática de la complejidad (43).

El pensamiento de Morin conduce a un modo de construcción que aborda el conocimiento como un proceso que es a la vez, biológico, cerebral, espiritual, lógico, lingüístico, cultural, social e histórico, mientras que la epistemología tradicional asume el conocimiento sólo desde el punto de vista cognitivo. Este nuevo planteamiento tiene enormes consecuencias en el planteamiento de las ciencias, la educación, la cultura, la sociedad (44).

En la teoría del Pensamiento Complejo, ideada por Morin, se dice que la realidad se comprende y se explica simultáneamente desde todas las perspectivas posibles. Se entiende que un fenómeno específico puede ser analizado por medio de las más diversas áreas del conocimiento, mediante el "Entendimiento transdisciplinar", evitando la habitual reducción del problema a una cuestión exclusiva de la ciencia que se profesa (45).

La realidad o los fenómenos se deben estudiar de forma compleja, ya que dividiéndolos en pequeñas partes para facilitar su estudio, se limita el campo de acción del conocimiento. Tanto la realidad como el pensamiento y el

conocimiento son complejos y debido a esto, es preciso usar la complejidad para entender el mundo. Así pues, según el Pensamiento Complejo, el estudio de un fenómeno se puede hacer desde la dependencia de dos perspectivas: holística y reduccionista. La primera, se refiere a un estudio desde el todo o todo múltiple; y la segunda, a un estudio desde las partes (45).

2.4 REFERENCIAL TEÓRICO FILOSOFICO:

El marco referencial teórico de este estudio se sustenta en las bases conceptuales del cuidado brindado por la enfermera a las personas adultas en el servicio de emergencia y las concepciones que tiene la profesional según su experiencia diaria y sus implicancias en el cuidado humanizado. Enfermería es una ciencia humana de personas y experiencia en el campo del conocimiento, de fundamentos y prácticas de cuidado de las personas, así: WATSON que proponen el cuidar como foco central frente al cuestionamiento sobre el conocimiento del enfoque biológico positivista, exigiéndose con el posmodernismo que dé cuenta acerca de las dicotomías entre ciencia-arte; teoría-práctica; profesión-vocación; pensar-hacer; conocimiento acción, que permita considerarlas como parte de la misma sustancia, de modo que el camino natural es convergencia, complementariedad entre ciencia y arte como modo de ser de la enfermería y que incluye la tecnología, entendida como el uso de una serie de equipamientos, materiales, técnicas necesarias para el cuidar (46).

En relación a cuidado fueron identificadas las categorías siguientes: 1) Resultados; 2) acciones de asistir/cuidar; 3) actitudes morales; 4) interacción; 5) empatía; 6) crecimiento; 7) ayuda; 8) deliberación. Dos aspectos se destacan, uno las dificultades en distinguir cuidar de cuidado, siendo ambos tratados como la misma cosa, otro es el considerar cuidar igual a asistir, cuando en realidad tienen connotaciones diferenciadas. La ayuda aparece como una constante en casi todas las definiciones, se va precisando de modo que al inicio se caracteriza por viabilizar la forma paternalista; es decir, centradas en las enfermeras, en el sentido de tarea; posteriormente se destaca la idea de posibilitar, de auxiliar, de

promover en el otro el crecimiento, favorecer sus potencialidades (46).

El que recibe el cuidado pasa a ser colaborador, con responsabilidades en el sentido que su historia de vida, su experiencia y cultura son consideradas así como su individualidad, entonces deja de ser objeto cosificado y pasa a ser copartícipe. A su vez, el cuidador deja de prestar atención exclusiva a los procedimientos para volcarse a la persona como ser humano en el sentido que toma al cuidar como medio que ayuda a crecer no sólo al otro sino también a él mismo como cuidador (46).

El cuidar-cuidado precisa ser visto como foco central de la disciplina enfermería, permeado por el *cotidiano* de su praxis en diferentes contextos. WATSON Directora del *Centro de Cuidado Humano, en la Universidad de Colorado*, destaca los diez “carative factors”⁵ sosteniendo que en el *día a día* la práctica de enfermería requiere un fundamento en un sistema humanístico de valores, combinado con el conocimiento científico por cuanto que esta combinación subyace en la ciencia del cuidado. Ella usa el término *carative* en contraste al término *curative* para ayudar al estudiante de enfermería a diferenciar con la medicina. Evidentemente reconoce que se debe seguir profundizándose en el estudio (46).

De acuerdo a la teoría de Watson, la enfermera, debe cultivar el “caring” es decir cuidar sanando. En la interrelación con el otro, debe ayudarlo a adoptar conductas de búsqueda de la salud, usando otros aspectos que apoyen el cuidar como: el silencio, el canto, la música, la poesía, el tocar, el estar “presente” a través del arte, de expresiones no verbales, de afirmaciones llenas de espiritualidad y energía que permitan la tranquilidad y la sanación (46).

Además le otorga al cuidado humano una esencia humanista y un valor ético, manifiesta los siguientes supuestos en su trabajo teórico-filosófico: El cuidado solo se puede manifestar y practicar de manera eficaz a través de una relación interpersonal, el cuidado comprende factores del cuidado, que son resultados de la satisfacción de las necesidades humanas, el cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal y familiar, las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser, un entorno de cuidado ofrece desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado, el cuidado es más “generador de salud” que la curación, la práctica del cuidado integra el conocimiento biológico al conocimiento de la conducta humana para mantener y promover la salud, la práctica del cuidado es fundamental para la enfermería. De acuerdo a estos supuestos, Watson complementa en la ciencia del cuidado dos aspectos fundamentales, la obligación moral y una abierta voluntad de cuidar a través de la comunicación transpersonal, determinando para ello 10 factores del cuidado (47).

De este grupo de acciones según Watson, los tres primeros son claves para su Teoría Transpersonal del Cuidado Humano: formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas, para que los cuidados se conviertan en una práctica amable y ecuánime, dándole sentido al acto de cuidar. Estos valores se aprenden desde muy temprano en la vida, pero, en la juventud, son importantes los modelos, es por ello el rol significativo de las docentes de enfermería y las enfermeras asistenciales en la formación de valores humanos y altruistas en los

jóvenes estudiantes de enfermería. Los valores altruistas y humanos van en el día a día, influyendo en sus vidas y cambiando patrones de vida (47).

El cuidado de enfermería se basa en un sistema de valores que actúan como fortaleza durante el encuentro entre la enfermera y paciente, la filosofía de estos valores va a estar siempre presente en el encuentro con el otro, consciente o inconscientemente afectando nuestra propia conducta del cuidado. En ocasiones los valores, creencias, visión de vida, están inconscientes en el ser humano sin ser examinados, pero, es necesario “mirarse dentro de uno mismo” para establecer una filosofía de vida que le va a permitir mantener relaciones más satisfactorias, maduras e íntegras con el otro; instilación de fe y esperanza, donde los cuidados se transforman en una presencia auténtica que permite y sostiene el sistema profundo de creencias, tanto del que cuida, como del ser que es cuidado, así vuelve su mirada a aspectos ancestrales del cuidado, en los cuales adquiere importancia la fe y la esperanza en las creencias que el ser humano posee tanto para su salud y curación, destacando que lo primero, a lo que el hombre recurrió en la antigüedad fue a la magia, religión, encantamientos y rezos; y en segundo lugar, a la medicina (47).

Actualmente, cuando la medicina no da resultados para la curación, el paciente busca medicinas alternativas y creencias que le permitan mantener su fe y esperanza en la curación. Es tan importante para el ser humano creer y tener esperanza, que se ha visto en ocasiones que, con placebos y sin tratamiento médico, han logrado curación o al menos bienestar en su vida; cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás, cultivar las propias prácticas espirituales y transpersonales para ir más allá de uno mismo, del ego. La auto-

aceptación permite a la enfermera otorgar cuidados más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás. Para ello es necesario que las enfermeras hayan consolidado sus juicios, gustos, valores y sensibilidad para desarrollar relaciones humanas (47).

Este desarrollo solo se alcanzará si, se ha pasado por experiencias de vida humanitarias y compasivas. Para lograr llegar a esta etapa, primero, el ser humano debe desarrollar sentimientos profundos, auto-aceptarse y crecer psicológicamente. La mayoría de las personas no alcanza su potencial de sensibilidad porque siempre buscan fuera de ellas, pero, los potenciales de desarrollo están dentro de cada uno, para ello es necesario partir reconociendo sus propios sentimientos, mirando en nuestro interior. En general, existe temor en los seres humanos de expresar sus sentimientos pues, les asusta el ser manipulados por otros, pero el auto-aceptarse y ser honesto con sus sentimientos permite ayudar y empatizar con el otro. La enfermera que ha desarrollado la sensibilidad puede lograr que el otro comprenda, se acepte y sea capaz de cambiar, de madurar y crecer. El ser humano está siempre creciendo y madurando como persona, la enfermedad puede transformarse en una oportunidad de crecimiento, la enfermera a través de sus cuidados transpersonales va a tener la sensibilidad que le va a permitir ayudar y desarrollar estas potencialidades en el otro (47).

Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza, para que los cuidados sean auténticos es necesario que se desarrollen y se sostengan en una confianza mutua. La enfermera debe ver al paciente como ser humano, “sujeto” que necesita ser comprendido, no como “objeto” de sus

cuidados, objeto al cual se le puede manipular y tratar. Watson, en este punto agrega que las enfermeras en los servicios sanitarios llegan a ver a sus pacientes como seres tan comunes, que apenas consideran sus necesidades, y de algún modo van expresando una conducta institucionalizada (47).

Este aspecto de la conducta institucionalizada, fue uno de los objetivos de este estudio, observar si el ámbito de trabajo (hospitalario y académico) ejercía alguna influencia en la percepción de autoeficacia hacia el cuidado en las enfermeras. Para Watson, el cuidado debe basarse en una relación interpersonal verdadera, auténtica y genuina, lo que es clave para que se den los cuidados transpersonales y es lo que hace la diferencia en la calidad del cuidado (47).

Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos, expresar los sentimientos es conectarse profundamente con el espíritu tanto del que cuida, como del que es cuidado. Este factor, se deriva del tercero, el cultivar la sensibilidad de uno mismo y los demás, el auto- conocimiento y aceptación nos van a permitir compartir sentimientos con el otro. Watson (1985), reconoce que es una experiencia que implica riesgos, tanto para enfermeras como pacientes; la enfermera debe estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, comprender emocional e intelectualmente una situación y ser capaz de establecer la diferencia. Los sentimientos afectan los pensamientos y conductas en los seres humanos, por ello, es importante considerarlos y permitirlos en las relaciones de ayuda. Todos los seres humanos están conformados de cognición, sentimiento y conducta siendo los dos primeros los que afectan al último que es la conducta. El componente cognitivo representa el contenido intelectual y el componente afectivo representa sus propios

sentimientos, siendo este último, el más difícil de comprender. El componente conductual consiste en acciones que van a estar determinadas por la cognición y lo afectivo. Según Watson, estudios realizados por psicólogos sociales, demuestran que ayudar a expresar los sentimientos negativos como positivos, permiten al individuo a conocerse a sí mismo. Pierde el temor al rechazo y la burla por otras personas y le facilita desarrollar nuevas dimensiones en las relaciones con otros (47).

Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones, es una actitud creativa para resolver problemas, es una forma de conocer las partes del proceso del cuidado, incorporando el arte en la práctica de cuidar-sanando. El cuidado de enfermería adquiere el carácter científico basándose en un método organizado y sistemático, llamado Proceso de Enfermería. El uso del método de resolución de problemas y el proceso de enfermería como herramientas, ha permitido a las enfermeras una práctica científica del cuidado (47).

Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal, es una experiencia genuina de enlazar la enseñanza y aprendizaje como una unidad de “ser” y con “significado”. El separar el cuidado de la curación, le dá a la enfermera la posibilidad de ayudar al paciente a través de una educación que lo informe y lo responsabilice sobre su autocuidado. Que sea el mismo paciente el que determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse y crecer como persona. Enfermería, tiene como una de sus principales funciones la de educar al paciente en el cuidado de su salud. La enfermedad separa al ser humano de su estilo de vida, su rutina y costumbres, lo

cual le genera un estrés, al que debe adaptarse. El estar informado, le permite al paciente percibir los eventos en forma objetiva. Los psicólogos sociales, establecen que los profesionales de la salud deben prepararse para educar y entregar información al paciente, de este modo, los van a ayudar a adaptarse y a disminuir el estrés. Rogers (1982), destaca que la educación y el cambio de actitudes en los pacientes van a tener resultados favorables si existe una buena relación transpersonal entre paciente y profesional (47).

Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual, creando un ambiente sanador en todos los niveles, dando fuerza y energía al ambiente “no físico”, reforzando la belleza, la integridad, la comodidad, la dignidad y la paz. Uno de los aspectos importantes a considerar es disminuir el estrés en el paciente, lo que se obtiene informándolo y educándolo. Otros aspectos, tales como, el bienestar, privacidad, seguridad y ambientes limpios y estéticos, también son importantes. El bienestar es necesario evaluarlo desde el paciente y no por rutinas establecidas en los servicios hospitalarios. Aspectos como una cama confortable, una posición correcta y ejercicios, son tan importantes como explicar al paciente los procedimientos que se van a realizar al igual que la satisfacción de sus necesidades espirituales. La privacidad de los pacientes es constantemente pasada a llevar en los servicios hospitalarios despersonalizados, debido a las normas, al factor tiempo, lugar y no considerar al paciente como persona (47).

El paciente debe ser respetado como ser humano, en su integridad física, psicológica, espiritual y sociocultural. La seguridad es considerada como una necesidad básica en los seres humanos, los ambientes hospitalarios

despersonalizados generan temor en los pacientes originándoles inseguridad, por lo tanto, es necesario disminuir tanto la inseguridad interna como externa, dada por el ambiente. La seguridad no solo se relaciona con un ambiente limpio y estético, sino además por el trato y atención amable del personal hacia el paciente (47).

Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas, satisfacer las necesidades básicas, dándole sentido al cuidado, administrando la esencia del cuidado humano, reforzando la integridad cuerpo-mente y espíritu, como un ser único en todos los aspectos del cuidar, incorporando el desarrollo espiritual profundo. Considera a las necesidades básicas de líquidos y alimentación, eliminación y ventilación como necesidades que han permitido la sobrevivencia del ser humano desde que nace. La necesidad de líquidos y alimentación, además, tienen una importancia en la experiencia de asociar sensaciones y en el desarrollo de la personalidad de los individuos; tanto es así, que, la actividad oral, la conducta de comer, hábitos, saborear las comidas y los deseos están directamente asociados con los significados y las relaciones interpersonales, aspectos que están unidos desde el nacimiento. La literatura revela una interacción dinámica entre lo biológico, emocional y conductual y su relación con la necesidad de líquidos y alimentación, que su a vez está asociado con la salud o enfermedad de los individuos (47).

La Teoría del Cuidado Humano Transpersonal, considera esta necesidad como la más básica y significativa para el ser humano, la práctica de la Ciencia del Cuidado debe incluir la comprensión de las personas por medio de sus gustos, deseos y necesidades de alimentarse. La necesidad de eliminación es

esencial en los cuidados de enfermería. La eliminación involucra factores externos ambientales y factores internos subjetivos y estados de ánimo. También involucra conceptos de privacidad, significados del funcionamiento corporal, hábitos del baño y relaciones entre estados de ánimo y sensaciones externas físicas. Esta necesidad está asociada con sentimientos de ansiedad, enojo, culpa, poder, control y dependencia. La actitud hacia la necesidad de eliminación esta asociada con lo sociocultural y actitudes hacia la limpieza, modestia, privacidad, moralidad, inmoralidad y hábitos del baño.

En la práctica del cuidado se debe incluir el conocimiento de los deseos, hábitos, ideas y asociaciones con esta necesidad. La asistencia y gratificación de esta necesidad en los pacientes, es parte de la rutina en las instituciones hospitalarias, pero, para Watson, ésta debe ser comprendida como un cuidado holístico y no como parte de la rutina; debe haber una comprensión amplia de ella, que promueva la autonomía, flexibilidad, curiosidad y creatividad. También debemos considerar la necesidad de ventilación, que incluye dos componentes biológicos: la respiración y circulación que son sistemas interconectados. Por este motivo ambos se alteran frente a estímulos psicológicos y ambientes estresantes. Simplemente tanto oxígeno como sangre son necesarios para sobrevivir, y esta necesidad de ventilación, es también importante para mantener la salud. La práctica del cuidado debe visualizar ésta necesidad como un factor donde se incluyen normas socioculturales, patrones de vida, así como, las demandas de ambos sistemas biológicos (47).

Las necesidades de segundo orden, llamadas psicofísicas, por Watson, están constituidas por la actividad, reposo y sexualidad. La actividad y

reposito son aspectos fundamentales y centrales en la vida de las personas, proveen de madurez, dominio, competencia, variedad, relajación y restauración. La insatisfacción de esta necesidad puede causar alteración de las otras necesidades. La necesidad de la sexualidad involucra el desarrollo de una personalidad completa e identificación sexual. La satisfacción de esta necesidad es única y personal, es una necesidad que se origina biológicamente, pero, está fuertemente influida por factores socioculturales y religiosos. Las necesidades de orden superior, que incluyen la autoactualización, pertenencia y autorrealización son importantes de satisfacer por la enfermera, ésta debe ayudar a los pacientes a escoger y encontrar caminos que lleven a la persona autoactualizarse y autorrealizarse (48).

La necesidad de pertenencia, es una necesidad humana universal y es parte central del humanismo. Es una necesidad básica para las tareas cooperativas y la base de las relaciones de uno mismo con los otros. La conducta de afiliación se manifiesta de diversas formas. Lo que está claro es que significa compartir y depender de otros para realizar tareas cooperativas. La autorrealización es la más alta necesidad en la que se busca desarrollar las propias potencialidades. Está directamente relacionada con el desarrollo y madurez interpersonal de los seres humanos (48).

Aceptación de fuerzas existenciales- fenomenológicas se deben atender y abrir los misterios espirituales y existenciales de la vida y la muerte; cuidando el alma de uno mismo y del que se cuida. La incorporación del existencialismo y los factores fenomenológicos en la ciencia del cuidado, permiten que el profesional de enfermería comprenda el significado que los

pacientes le dan a su vida. Este conocimiento y visión filosófica del ser humano, ayuda a la enfermera como persona y profesional, trayendo significado a su propia vida al aceptar fuerzas no reconocidas. La fenomenología-existencialismo son importantes para los estudios e investigaciones de enfermería, fortaleciendo de este modo la ciencia del cuidado, así como le otorga al cuidado una dimensión espiritual y una abierta evocación de amor al cuidar. Para esta teorista el acto de cuidar debe ser un “cuidar- sanando”, es decir un cuidado sanador del espíritu y cuerpo. Watson, intenta conciliar la teoría y la praxis, proponiendo una filosofía y una ciencia del cuidado, considerándolo como la “esencia del ejercicio profesional de la enfermera” (48).

Es más que un ideal moral, que una conducta orientada hacia el trabajo e incluye características como la “ocasión real del cuidado” y las relaciones transpersonales entre enfermera – paciente. El cuidado de enfermería debe ser más que un acto de cuidar, debe adquirir calidad y sentido, por lo que, deben incorporarse valores humanos y transpersonales, que le van a otorgar al cuidado una esencia sanadora, en donde la enfermera desarrolla una relación interpersonal de confianza y ayuda con el usuario/cliente/paciente para provocar una transformación positiva que lleva al crecimiento y desarrollo personal. Esta preocupación revelada por Watson acerca del cuidado la ha llevado en estos últimos años a estudiar este concepto y medirlo, recogiendo datos para describir las conductas del cuidado (48).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo Cualitativa; la cual, se ubica en el campo de las ciencias humanas donde los recursos metodológicos y epistemológicos se identifican y develan las cualidades de los fenómenos considerados como atributos que están ocultos y que se pueden notar cuando el sujeto es interrogado. La investigación cualitativa parte del supuesto básico de que el mundo social es un mundo construido con significados y símbolos, lo que implica la búsqueda de esta construcción y de sus significados. Equivale a un intento de comprensión global. Por muy limitado o reducido que sea el contenido del tema que aborda, éste es enfocado siempre en su totalidad, nunca como un fenómeno aislado, disecado o fragmentado (visión holística e integral) (49).

La investigación cualitativa es entendida como una investigación social, que estudia fenómenos que no son explicados a través de números e índices, sino que son analizados como sistemas complejos interrelacionados desde el punto de vista humano, que utiliza la descripción de los hechos en la generación de conocimiento y que permite entender los fenómenos del mundo. Asimismo, ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas a profundidad acerca de lo que las personas piensan y sienten (sus valores, creencias, actitudes, sentimientos y comportamientos). Esto incluye el desarrollo de un entendimiento enfático basado en la experiencia subjetiva en la comprensión de las conexiones entre las percepciones personales y la conducta (49).

Muchos aspectos de la vida no son posibles ser reportados porque son

fenómenos tales como tristeza, sufrimiento, soledad, angustia, amor, miedo, pudor, vergüenza, cólera; estos fenómenos presentan dimensiones personales, por lo que necesitan ser investigados desde un abordaje cualitativo. Por ello, a través de este enfoque el Profesional de Enfermería logra percibir con mayor claridad las vivencias de las personas buscando la comprensión de estos fenómenos que exigen un conocimiento basado en los principios filosóficos y recursos metodológicos y ampliar nuestro foco de interés hacia lo humano que permite valorar los cuidados de enfermería integral y personal. Además de considerar los diferentes puntos de vista de los participantes, la investigación cualitativa permite iluminar el dinamismo interno de las situaciones que generalmente es inaccesible al observador externo (50).

3.2 Método de investigación

Este estudio es de interés para la Ciencia de Enfermería, ubicándose dentro de la investigación cualitativa Etnometodológica; ya que está orientada a conocer y analizar el cotidiano del cuidado de las enfermeras de emergencia. Esta trayectoria metodológica principal figura del campo etnometodológico llama la atención por la importancia que tienen los conocimientos cotidianos en la definición de conceptos científicos (50).

Él sostiene que la etnometodología “trata como sujeto de estudio empírico a las actividades prácticas, a las circunstancias prácticas y al razonamiento sociológico práctico; es la investigación empírica de los métodos que utilizan los individuos para dar sentido y al mismo tiempo realizar sus acciones cotidianas: comunicar, tomar decisiones, razonar. El

lenguaje como instrumento donde se articula la experiencia y las vivencias de los individuos; en otras palabras, es precisamente esa “palabra viva” del que actúa y define con palabras la acción, sentido constituido a partir de las vivencias y experiencias en el cotidiano que es dependiente del contexto-dimensión sociológica (51).

El investigador etnometodólogo se preocupa sobre todo de garantizar los hechos, la forma oral y el estilo que los vio nacer. El papel del lenguaje en el enfoque etnometodológico es fundamental, pues opta por los hechos y por el mundo de la vida, al dar la palabra al actor y a las circunstancias en que él actúa. De ahí la importancia que tiene en el acercamiento etnometodológico de la realidad, todos los elementos y las circunstancias en que se dan los gestos o las acciones. El actor trata de individualizar su acción a través de un sinnúmero de palabras. Son estas las que permiten al que escucha saber que tal gesto o tal práctica fueron ejecutadas por tal o tal actor en circunstancias únicas (51).

La perspectiva etnometodológica carga el hecho con todo el peso de la elocución del actor. Por consiguiente lo vuelve más y más individualizado y vivencial. Es un enfoque de investigación que estudia el proceso de construcción del conocimiento social de una comunidad dada. Los forma mediante los cuales sus miembros dan sentido a las circunstancias en que se encuentran, buscan el camino a seguir en esas circunstancias y actúan consecuentemente. En otras palabras, la etnometodología se ocupa de la organización de la vida cotidiana (51).

La investigación etnometodológica presta especial importancia a las explicaciones que dan las personas, en particular a la forma en la cual se dan, se aceptan o rechazan esas explicaciones por parte de los otros. Por esta razón, la etnometodología se interesa por el análisis de las conversaciones. Teniendo en cuenta esta conceptualización antes descrita, se consideró a la presente investigación, cualitativa en la modalidad etnometodológica, como la más apropiada; la cual pretende estudiar las concepciones de la enfermera especialista en emergencia sobre el cuidado de la persona adulta en estado crítico en un servicio hospitalario. La metodología adoptada en esta investigación requirió que el investigador tuvo un mayor contacto con los sujetos de estudio. Por lo tanto, había que volver al campo como investigador con el fin a participar en la vida cotidiana (52).

Hace hincapié en la importancia de la entrada de los investigadores en el campo donde se llevará a cabo la investigación y que constituye una etapa importante, que es de detalles relativos a cuestiones prácticas, tales como el establecimiento de los primeros contactos, presentes investigación (53).

En este sentido, y se puso en contacto formal con el personal del Hospital se presentó el proyecto de Tesis. La investigación se realizó sobre el terreno para conseguir el ambiente necesario, la encuesta de recogida de datos se llevó a cabo en los meses de Agosto a Noviembre del 2014.

3.3 Procedimiento de Recolección de datos cualitativos:

-Técnica de recolección de datos

Observación participante y entrevistas.

Para llevar a cabo la recogida de datos de esta investigación, he utilizado en la observación de principios directamente, como una estrategia para explotar el objeto de estudio, el logro de los objetivos y la reflexión de preguntas de orientación iniciando así observación participante. En la medida en que formo parte del equipo de trabajo, como investigador en la Unidad de Emergencia me permitió trabajar con indicialidad, de este manera el grupo utilizo el lenguaje cotidiano que se evidencia en situaciones específicas del cuidado que brinda la enfermera a los pacientes críticos en el servicio de emergencia, estando inmersa con el personal de enfermería del día a día hizo posible este entendimiento (54).

Al final de cada una de las situaciones observadas, entré en contacto con la Enfermeras para llevar a cabo entrevistas sobre las situaciones observadas e identificadas tan significativa, por lo tanto la aclaración de la cuestión de la objetividad y la subjetividad fue clave en el proceso de las concepciones de cuidado al paciente crítico. Las entrevistas tenían la característica de ser libre y se ocupan sobre situaciones que no estaban claros, por lo que permite la comprensión de la situación que los enfermeros perciben el interior. Los principales métodos adoptados para la recogida de datos en esta investigación fueron la observación participante asociado con la técnica de la entrevista no estructurada. El registro de cada observación participante se hizo en el campo todos los días (55).

La observación participante

Los sociólogos utilizan este método cuando usted está especialmente interesado en entender una organización o problema de fondo específico, en lugar de demostrar relaciones entre las variables definidas abstractamente. Por lo tanto, la observación participante pasa a ser utilizado para probar una hipótesis a priori o descubrir hipótesis. La investigación basada en la observación produce una gran cantidad de descripciones detallada. Teniendo en cuenta esta cantidad de datos "ricos y variados, el investigador se enfrenta a problema de cómo analizar de forma sistemática y presentar sus conclusiones" (55).

En la investigación sobre la base de la observación participante, se realizó el análisis secuencialmente en gran parte de ella, mientras que el investigador recogía los datos. Esto tiene dos consecuencias evidentes: una mayor recopilación de datos toma su dirección del análisis condicional ejecutado, los datos están limitados por los requisitos de la situación de los trabajos de campo, y el análisis global final que no puede ser posible hasta que el trabajo de campo se ha completado (55).

Se pueden distinguir tres etapas distintas del análisis realizado tras el final del trabajo de campo. Estas etapas se diferencian, primero, en una secuencia lógica, cada una de las etapas sucesivas depende de un análisis de la etapa anterior. Ellos se diferencian por el hecho de que las conclusiones de diferentes tipos se consiguen en cada etapa, y que estos resultados son distintos de usos diferentes en la continuación de la búsqueda. Por último, que se diferencian por diversos criterios que se utilizan para evaluar la evidencia y llegar a las conclusiones en cada etapa. Las tres etapas de análisis campo son: a) la selección

y definición de los problemas, conceptos y el control sobre la frecuencia, b) la distribución del fenómeno y c) la incorporación de los descubrimientos individuales en modelo de organización en estudio (55).

La importancia de esta técnica radica en el hecho de que podemos capturar una variedad de condiciones o fenómenos que no se obtienen por medio de preguntas, como se observa directamente en la realidad misma, transmitir lo que es más imponderable y difícil de alcanzar en la vida real. La inserción del investigador en el campo está relacionado con las diferentes situaciones observación participante por él deseaba (56).

En este trabajo, la técnica de la observación participante se realizó a través de la del contacto directo entre el investigador y el fenómeno observado; permitió que esta información sobre la realidad de los actores sociales en sus propios contextos. Como investigador, yo era parte del contexto de la observación, de tal modo que el establecimiento de una relación cara a cara con lo observado me dejaba capturar una variedad de situaciones o fenómenos que no se obtienen a través de preguntas (56).

Para grabar la información recogida en las sesiones de observación, he usado el "continuo campo ", en que se registraron notas de carácter descriptivo y reflexivo, es decir, mis propias descripciones de situaciones, las notas relativas a las observaciones directas se hicieron en lo más cercano del evento, a fin de garantizar la fiabilidad de los registros de estas observaciones. Aun sabiendo el grupo de investigación de los objetivos, las notas no se realizaron en el momento de las observaciones porque esto compromete la interacción con el grupo (56).

Los registros efectuados en el diario de campo, se señaló: la fecha, hora de inicio y fin observación, la descripción de la ubicación de la observación y la duración del período de observación. Estos registros, dejan un margen al lado de las observaciones registradas por clasificación del material recogido según los temas que surgieron en el contenido registrado, esta medida fue para facilitar la organización y clasificación de la información recogida (56).

Para desarrollar el estudio y la práctica de la contextualidad de la acción socializada, se aprobó la observación que incluía la descripción de ambientes, personas y situaciones encontradas y cuidado / atención al cliente en estado crítico, estos elementos fueron vinculados, y se hicieron más evidentes, tanto a la noción de indicialidad como miembros de y la pertenencia al grupo. Frente a esto, las sesiones de observación participante y entrevistas remitían los conceptos de dos elementos constitutivos de la etnometodología, la reflectividad y indicialidad. Por lo tanto, se hizo factible recopilar datos del fenómeno social que se estaba viendo, favoreciendo una mejor comprensión de la naturaleza de los factores involucrados en la dinámica de la atención / cuidado de enfermería a los adultos en situación crítica (56).

La entrevista no estructurada

La entrevista era el procedimiento más común en el trabajo de campo a través de él, como investigador trató de obtener informes contenidos en las declaraciones. En este estudio, se hizo posible trabajar con entrevista no estructurada, donde el informante se acercó el tema libremente propuesto. La entrevista permitió profundizar en aquellos temas que no se pueden borrar en observaciones de campo porque para la entrevista tiene que ser incorporado en

su contexto y ser acompañado y complementado con la observación participante. (57).

En este tipo de entrevista, el entrevistador se antepone a liberar formulaciones introducir preguntas o intervenciones para abrir el campo para la explicación de entrevistados o profundizar el nivel de información u opiniones. Los registros de la información recogida en las entrevistas fueron a través de la grabación, con el fin de hacer que el registro de todos los enunciados, liberando al investigador para observar los gestos y las reacciones emocionales de los encuestados. La transcripción de esta información se hizo en toda la colección, que terminó cuando las declaraciones y observaciones lograron una recurrencia y expresiones pretende objetivar investigación (58).

Teniendo en cuenta que el desarrollo de este estudio son los seres humanos, se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas, después de una explicación completa y detallada de la naturaleza de la investigación, sus objetivos, métodos, beneficios esperados, los riesgos potenciales y las molestias que esto pueda resultar, los sujetos firmaron autorizando su participación voluntaria en la investigación (59).

Los principios respecto al consentimiento informado se han cumplido, incluida la libertad de consentimiento, la garantía del secreto que garantice la privacidad de los sujetos y para los datos confidenciales que participan en esta investigación. Después de este paso, comenzamos a recopilar datos a través de la observación participante y entrevistas (59).

3.4 Sujetos de la investigación

En la Observación participante sujetos involucrados fueron las enfermeras que trabajan en el servicio de emergencia con más de 5 años de antigüedad que atiende a los pacientes críticos en los diversos escenarios.

El número de enfermeras considerados como sujetos en este estudio fue por saturación de las propias descripciones, es decir con la técnica de "Bola de Nieve", o definida también como “saturación; 08 participantes en el 2014”

NOMBRE	EDAD	ESPECIALIDAD
María	38	Emergencia
Cecilia	42	Emergencia
Marisa	41	Emergencia
Lidia	51	Emergencia
Ana	39	Emergencia
Lilia	43	Emergencia
Dora	52	Emergencia
Olga	40	Emergencia

3.5 Escenario de la investigación

Esta investigación se desarrolló en el Servicio de Emergencia del HVLET, durante los meses de agosto – noviembre del 2014, de un Hospital de Essalud, con sesenta y tres años de creación, hospital que es cabeza de la Red Asistencial La Libertad, situado en la Prolongación Unión N° 1350. El primer escenario cultural se encuentra en el tópico de shock trauma, medicina, cirugía y traumatología, aquí la atención es brindada por la enfermera Emergencista. Seguidamente tenemos el tópico de enfermería, las salas de observación, Observacion A, Observacion B, Observacion C, Observacion D, Topico y Shock

Trauma, teniendo un promedio de 21 camas y total de 40 camillas disponibles. La demanda ha crecido gradualmente hasta tener un promedio de 200 personas atendidas, recibiendo referencias de los diferentes policlínicos de EsSALUD, resultando muchas veces la infraestructura deficiente.

3.6 Procedimiento para la recolección de discursos

Las descripciones fueron obtenidas a través de los discursos de los colaboradores como respuesta a la pregunta orientadora. ¿Qué es para ti cuidar a una persona adulta en estado crítico un servicio hospitalario de la seguridad social?

Las entrevistas se realizaron en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray EsSALUD La Libertad. Trujillo en el Servicio de Emergencia, a las Enfermeras que cumplieron con los criterios considerados. Se trabajó en los turnos de mañana, tarde o noche por la investigadora durante los meses de agosto a setiembre del 2013 a julio del 2014.

Se estableció el primer contacto con la enfermera Emergencista programada en ese turno y que atendió a un paciente crítico en las diferentes unidades del servicio por decir Shock Trauma, Observación A, Observacion B; se les explicó en forma sencilla la finalidad de la entrevista, solicitando su autorización y consentimiento informado para grabar su respuesta a la pregunta orientadora formulada asegurando la confidencialidad y anonimato.

3.7 Procesamiento de datos:

El análisis de las descripciones se realizó en forma simultánea al recojo de la información, cada entrevista fue procesada de acuerdo a la trayectoria metodológica seleccionada.

Para la organización y análisis de los resultados, los datos tenían que ser organizados y entendidos. Esto se llevó a cabo mediante un proceso continuo en el cual tratado de identificar temas, categorías, relaciones, revelando su significado. Esta es una tarea compleja, no lineal, lo que resulta en una reducción en la organización del trabajo e interpretación de los datos que ya se inicia en la fase exploratoria y sigue toda la investigación. Para organizar y analizar los datos, se optó por el análisis temático que de acuerdo a Minayo (52), refiere: "Hacer un análisis temático consiste en descubrir el núcleo significado que integran una comunicación cuya presencia o frecuencia considera toda cosa para el objetivo analítico previsto". Por lo tanto, el análisis cualitativo se desarrolló después de la primera descripción de cada situación observada en los datos, agrupando los resultados de la observación participante y de la entrevista, para crear las categorías empíricas, examinando el material disponible, identificar temas y patrones relevantes.

Desde el proceso de análisis de la información obtenida, teniendo en cuenta los objetivos del estudio, construida las categorías. Después de la lectura inicial, hizo un pre-análisis vista de un examen minucioso del material recogido lo que nos permitió establecer los temas. Después de obtener los datos de la observación participante, fueron las siguientes actividades: registro en el Diario de Campo, transcribir las entrevistas, procesamiento de datos (Hecho de forma individual), primero la descripción del entorno donde trabaja la enfermera, la caracterización de lo que sucede en ella y con ella, los sentimientos, expresiones, creencias y otros que surgen de la situación; y luego entrevista grabada con los discursos de la enfermera.

Los datos fueron procesados realizando lectura y relectura de los datos obtenidos en el registro de campo y entrevistas transcritas; después de este primer tiempo, fue posible llevar a cabo la codificación de las unidades temáticas. La de este proceso era posible establecer un conjunto de datos consolidados de ambas técnicas utilizadas para el desarrollo de esta investigación. En otro momento, se unieron a todas las unidades temáticas codificados con los números y se identificó con el nombre de cada enfermera participante.

El siguiente paso consistió en agrupar las unidades temáticas importantes y relacionar las convergentes. Para facilitar el proceso de agrupar las unidades temáticas, se utilizó para técnica subrayado colorido al principio y luego los números para hacer la clasificación. Este procedimiento se realiza primero con el recorte de las unidades, pronto se hizo en el equipo, utilizando Microsoft Word 2010. La próxima etapa correspondió a la clasificación de temas, agrupación y volver a agrupar el contenido en categorías o unidades temáticas. Por último en esta etapa se construye las categorías..

Las categorías se refieren a un concepto que abarca elementos o aspectos en características comunes o se relacionan entre sí en este sentido también significaba grupo elementos, ideas o expresiones en torno a un concepto. Luego la comparación de estos resultados con el conocimiento establecido y se identificaron las concepciones del cuidado de Enfermería al adulto en estado crítico y su implicancia en el cuidado de Enfermería, en el servicio de emergencia, y así lograr el objetivo trazado.

3.8 Consideraciones éticas y de rigor científico

La investigación cualitativa se basa en ciertos criterios que tienen como finalidad velar por la calidad y objetividad de la investigación. En el presente trabajo se consideró los siguientes criterios:

A. Rigor:

En la investigación se consideraron a la credibilidad y audibilidad como criterios científicos (60).

a. Credibilidad

Se siguieron los pasos necesarios para evaluar y mejorar constantemente la confianza en que la información que se obtuvo se apegue a la verdad y cumpla con el objetivo propuesto. Asimismo la credibilidad tiene que ver también con nuestra capacidad para comunicar el lenguaje, pensamientos, emociones y puntos de vista de los participantes.

b. Audibilidad

Significa que cualquier lector u otro investigador pueden seguir la sucesión de eventos de este estudio en el entendimiento de su lógica.

B. Ética:

Se tuvieron en cuenta los 3 principios éticos del reporte de Belmont:

a) Principio de Beneficencia

Los sujetos de la investigación no fueron expuestos a situaciones o experiencias con las cuales pudieran resultar perjudicadas por los secretos revelados durante las grabaciones, los cuales son confidenciales y sólo utilizadas para fines de investigación.

b) Principio de Respeto o Dignidad Humana:

Cada sujeto decidió en forma voluntaria su participación o no en la investigación, además de estar en facultad de rehusarse en cualquier momento a continuar dicha participación. Adicionalmente recibieron información completa y clara sobre la investigación a realizar.

c) Principio de Justicia

La información que se recolectó durante el curso de la investigación se mantuvo en estricta confidencia por lo que cualquier información no fue reportada en público ni fue accesible a otras personas que no sean las involucradas en la investigación.

IV. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

UNIDADES TEMATICAS

La investigación etnometodológica presta especial importancia a las explicaciones que dan las personas, en particular a la forma en la cual se expresan, se aceptan o rechazan esas explicaciones por parte de los otros. Por esta razón, la etnometodología se interesa por el análisis de las conversaciones:

1. ADULTO CRITICO EN FASE TERMINAL NO RECUPERABLE Y CALIDAD DE VIDA

“(...)” cuando el paciente viene en fase terminal no recuperable..... los sentimientos son de mucho dolor , quizás en el hecho de que el paciente está afrontando un momento difícil entre la vida y la muerte” MARISA

“(...)” un paciente crítico en fase terminal no recuperable ,da un sentimiento de pena porque pensamos en su calidad de vida , ese no es un paciente crítico, pero ante un paciente critico que es recuperable, el trabajo es más duro y de responsabilidad porque pensamos en su recuperación” MARIA

“(...)” “es cuando tenemos que ser oportunas, rápidas, está en juego su vida, necesitamos poner en práctica toda nuestra experiencia” LILIA

“(...)” el cuidado es inmediato, muchas veces está en estado terminal y en juego su calidad de vida, hacemos lo posible por conservarlo” DORA

2. SATISFACCION PERSONAL Y ALEGRIA POR EL CUIDADO BRINDADO

“(...)”Cuando el paciente se recupera y sale te queda una sensación de satisfacción que has hecho un trabajo por más que nadie lo vea tú te sientes satisfecha de lo que has hecho” MARIA

“poniendo en práctica todos los conocimientos y tu paciente sale pues lo máximo no es decir ya te sientes satisfecha contigo misma....se siente alegría” ANA

“(...)” cuando el paciente está en recuperación y se logra el objetivo nos sentimos satisfechas de que se ha actuado oportunamente” “si logramos que el paciente se recupere, es una alegría inmensa” MARISA

“(...)” mas nuestra algarabía es grande cuando al atender a una paciente recuperable en estado crítico y todo el despliegue de actividad que hacemos es fructífera” CECILIA

“(...)” Si el pacientes responde a nuestros cuidados da alegría por la labor cumplida”. DORA

3. SINTIENDO FRUSTRACION, IMPOTENCIA

“(...)”pero cuando no hay donde recibir a un paciente, a veces eso es lo que a mí me produce más ansiedad, de repente la frustración” LIDIA

“(...)”cuando el paciente está en esta etapa difícil para sacarlo de su problema, de su enfermedad, pero no hay respuesta de todas maneras pues quizás la enfermera puede sentir frustración también si es que el paciente no sale de su situación crítica, son varios sentimientos como tristeza , dolor” MARIA

“(...)” “si el paciente no sale siento pues dices tú que más pude hacer no, o que nos faltó hacer y decimos porque no tenemos los equipos que tienen otros servicios para poder haberlo sacado, es un sentimiento quizás de impotencia pura impotencia, tú dices ese paciente debió pasar a uci porque allí le hubiesen podido hacer algo, pero no llego a pasar, entonces allí si tu sientes la impotencia de no poder decir porque no hacen algo por ese paciente, porque por parte de uno hacemos todo” CECILIA

“(...)” sobre todo cuando no se pudo recuperar al paciente, se siente que se pudo hacer mas, siento frustración, queda como experiencia” MARISA

“(...)” no así cuando se fracasa en el tratamiento, es una un sentimiento de frustración, el no poder haber hecho lo mejor para salvarlo” LILIA

“(...)” eso también me da mucha tristeza pero no podemos hacer más que hacer de seguir las indicaciones y los cuidados que necesitan ellos para sentirse mejor” DORA

“(...)” pero la tristeza, la impotencia nos invade cuando no sale de su cuadro porque hicimos todo lo posible” OLGA

“(...)” no siendo así cuando aunado a la condición del paciente que no es recuperable se suma la falta de recurso personal médico, material es apremiante, sintiendo angustia , frustración de haber podido hacer todo lo posible para ayudar al paciente para sacarlo de su estado y no se hizo”.

ANA

4. SER OPORTUNA Y RAPIDA

“(...)” paciente crítico es el hecho de querer ser oportuna y rápida para atenderlo, estabilizarlo hemodinamicamente” “pedimos lo mejor que

rápido venga el médico y que lo evalué si es posible que lo lleven a uci, y estamos que nos desesperamos y, actuamos más rápido,” LILIA

“(...)”cuando se logra el objetivo nos sentimos satisfechas de que se ha actuado oportunamente” MARIA

“(...)”el cuidado de enfermería es oportuno” OLGA

“(...)”dar un cuidado adecuado y oportuno cuando la situación de emergencia es mayor dado que la asistencia de pacientes el alta”

CECILIA

“(...)” doy la atención que se requiere, oportuna, rápida, junto al equipo de salud”. MARISA

5. BRINDANDO UN TOQUE TERAPEUTICO

“(...)”cuando está muy delicado tengo esa costumbre de agarrar mi mano y ponerle en su antebrazo señor yo soy la enfermera yo estoy al cuidado de Ud. estoy mirando su corazón” MARISA

“(...)”“estabilizarlo, tranquilizarlo y hacerle sentir la presencia de la enfermera” LILIA

“(...)” estoy asumiendo que necesita ayuda me acerco él y lo primero que hago es poner mi mano sobre su hombro, como un apoyo o afecto por que está muy ansioso le doy un toque en la cabeza “OLGA

“(...)” También poner la mano en el hombro y trató de calmarlo porque incluso el adulto dice que transmite la confianza, me he dado cuenta de eso”. LIDIA

6. ANSIEDAD POR QUERER SER OPORTUNA

“(...)”Precisamente por el hecho de querer ser oportuna ya nos produce ansiedad, yo por ejemplo siento que quiero hacerlo rápido entonces allí ya siento ansiedad” MARIA

“(...)”me mueve el hecho de ser oportuna para tratar de inmediato su dolencia, pero se altera cuando tenemos alta demanda de pacientes, de tal modo que no tenemos una sola camilla para su estancia, solo se tiene que priorizar la atención con el reclamo del resto de pacientes y familiares entonces es incómodo no poder atender a todos, causando nuevamente ansiedad, con todo tratamos de calmar a la gente para que comprenda nuestra actitud” MARISA

7. RECONOCIENDO NECESIDAD DE CAPACITACION

“(...)” claro eso no significa que me voy a descuidar que no me voy a actualizar, no voy a estar al día de todo y mientras espero un dato ,siempre cuando uno encuentra un dato que no conoce pues uno tiene inmediatamente que documentarse” CECILIA

“(...)”como profesional estar capacitada para poder sacar al paciente de su problema, de su enfermedad, para eso debe estar capacitada es un factor importante” LIDIA

“(...)” Sentimos también la necesidad de seguir capacitándonos para la atención oportuna a todos los pacientes en estado crítico” LILIA

“(...)” no saben que realmente la enfermera tiene que prepararse continuamente para trabajar más segura y oportunamente” DORA

“(...)” Además la enfermera debe seguir capacitándose para que la atención brindada sea de calidad” OLGA

“(...)” Se pone en juego toda la experiencia profesional pero ya el paciente no responde. Las enfermeras de emergencia somos personal capacitado”. MARISA

8. RECONOCIENDO LO LIMITADO DE RECURSO HUMANO Y EQUIPAMIENTO

“(...)” además que este todo equipado, digamos que tenga lo indispensable para sacar a un paciente del estado crítico, debe contar con todo el material, el recurso personal, muy importante que este todo el equipo de salud completo y los materiales que estén al menos lo más indispensable para actuar en ese momento” MARIA

“(...)” la falta de materiales, la gestión continuada que hacemos por adquirir recursos, y nos falta el tiempo para cumplir con todo lo programado” CECILIA

“(...)” se debe tener personal suficiente para la atención así como también el material necesario para la atención, son factores indispensables en el actuar del profesional enfermera, en los diferentes ambientes con que cuenta emergencia, todo esto aunado a otros factores que me dan la tranquilidad para atender, como por ejemplo el hecho que haya siempre un médico asistente al llamado, también el material necesario para la atención” MARISA

“(...)” necesitamos tener todo a la mano, es decir material y equipo adecuado y suficiente para dar un cuidado adecuado y oportuno” DORA

“(...)” pero cuando excede el número de ellos se necesita ayuda de otro personal” LIDIA

4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

DISCUSION

Se presentan ocho etnoclasificaciones temáticas (categorías) que constituye el modo de interpretación de las concepciones que ofrecen las enfermeras emergencistas del cuidado al adulto en situación crítica.

1. ADULTO CRITICO EN FASE TERMINAL NO RECUPERABLE Y CALIDAD DE VIDA

“(...)”cuando el paciente viene en fase terminal no recuperable..... los sentimientos son de mucho dolor , quizás en el hecho de que el paciente está afrontando un momento difícil entre la vida y la muerte” un paciente crítico en fase terminal no recuperable ,da un sentimiento de pena porque pensamos en su calidad de vida , ese no es un paciente crítico, pero ante un paciente critico que es recuperable, el trabajo es más duro y de responsabilidad porque pensamos en su recuperación” , “es cuando tenemos que ser oportunas, rápidas, está en juego su vida, necesitamos poner en practica toda nuestra experiencia”” el cuidado es inmediato, muchas veces está en estado terminal y en juego su calidad de vida, hacemos lo posible por conservarlo”.

De este modo la enfermera emergencista evalúa rápidamente al adulto que llega a emergencia, está en juego la vida de esta persona, pone en práctica todos sus saberes aunado a la tecnología actual, para tratar de brindar el cuidado conservando en el adulto su calidad de vida, se pone de manifiesto el arte que es parte de su formación profesional y de su experiencia. Aproximándonos a lo formulado en nuestro referencial

filosófico, a la luz de la teorista WATSON (46) que propone el cuidar como foco central frente al cuestionamiento sobre el conocimiento del enfoque biológico positivista, exigiéndose con el posmodernismo que dé cuenta acerca de las dicotomías entre ciencia-arte; teoría-práctica; profesión-vocación; pensar-hacer; conocimiento acción, que permita considerarlas como parte de la misma sustancia, de modo que el camino natural es convergencia, complementariedad entre ciencia y arte como modo de ser de la enfermería y que incluye la tecnología, entendida como el uso de una serie de equipamientos, materiales, técnicas necesarias para el cuidar.

Asimismo coincidimos con Velázquez (7), en su estudio. El arte de personalizar a través del cuidado a la persona en el servicio de emergencia. El estudio formuló como objetivos describir, analizar y proponer la construcción de elementos teóricos para personalizar a través del cuidado con observación directa, uso de diario de campo y consentimiento informado. Emergió como categoría central “La visión de la persona como centro del cuidado” y como consideración final: el cuidado contemplado desde la integralidad hacia la trascendencia se convierte en un elemento fundamental para que el profesional de enfermería valore a quien cuida.

2. SATISFACCION PERSONAL Y ALEGRIA POR EL CUIDADO BRINDADO

“(…)”Cuando el paciente se recupera y sale te queda una sensación de satisfacción que has hecho un trabajo por más que nadie lo vea tú te

sientes satisfecha de lo que has hecho”....., “poniendo en práctica todos los conocimientos y tu paciente sale pues lo máximo no es decir ya te sientes satisfecha contigo misma....se siente alegría”..... “cuando el paciente está en recuperación y se logra el objetivo nos sentimos satisfechas de que se ha actuado oportunamente”.....” si logramos que el paciente se recupere, es una alegría inmensa”..... “mas nuestra algarabía es grande cuando al atender a una paciente recuperable en estado crítico y todo el despliegue de actividad que hacemos es fructífera”.....” Si el pacientes responde a nuestros cuidados da alegría por la labor cumplida”.

Cuando la enfermera cuida de corazón crea un ambiente que emergen sentimientos de repotenciar la vida, el cotidiano que resalta de este cuidado es trascendente e irreplicable, de tal forma que se crea vínculo que permite a este ser humano, la enfermera, tener gozo, satisfacción por el logro obtenido al ver el resultado de sus acciones propias, así como sostiene Watson que se debe desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza, para que los cuidados sean auténticos es necesario que se desarrollen y se sostengan en una confianza mutua. La enfermera debe ver al paciente como ser humano, “sujeto” que necesita ser comprendido, no como “objeto” de sus cuidados, objeto al cual se le puede manipular y tratar (46).

Coincidiendo con Coelho (6) en su estudio Maneras de cuidar en Enfermería. Cuidar e investigar son actos inseparables de las maneras de cuidar de enfermería, denominadas también como: formas, estilos y definiciones de Cuidar, así como momentos de la descripción de la realidad

de las circunstancias prácticas, descriptibles, inteligibles, relatables y analizables, a través de la observación individual y grupal, entrevistas y consulta de documentos “cualquier elemento escrito que pueda ser usado como fuente de información” finalizando con definiciones de las maneras de cuidar como visibilidad teórica y propuesta de creación, que permitió emerger las maneras de cuidar en enfermería.

También citaremos a Maffesoli (40), en su práctica cotidiana recupera la privacidad, haciendo uso de su posibilidad de elegir, ahí radica el potencial de la vida cotidiana como salida de la alienación, del absurdo, de la banalidad. Si bien lo cotidiano se lo califica como lo que se repite, pensamos que esa repetición no debe verse linealmente sino como repetición creadora de sentido -recreadora- donde se semantiza el quehacer. La repetición cíclica da sentido al tiempo porque la acción será nueva, en un tiempo nuevo, que adquiere sentido en forma nueva. Lo cotidiano también se da en el decir. La conversación es espacio permanente de invención.

3. SINTIENDO FRUSTRACION, IMPOTENCIA

“(...)”pero cuando no hay donde recibir a un paciente, a veces eso es lo que a mí me produce más ansiedad, de repente la frustración””cuando el paciente está en esta etapa difícil para sacarlo de su problema, de su enfermedad, pero no hay respuesta de todas maneras pues quizás la enfermera puede sentir frustración también si es que el paciente no sale de su situación crítica, son varios sentimientos como tristeza , dolor”..... “si el paciente no sale siento pues dices tú que más pude hacer no, o que nos faltó

hacer y decimos porque no tenemos los equipos que tienen otros servicios para poder haberlo sacado, es un sentimiento quizás de impotencia pura impotencia, tú dices ese paciente debió pasar a uci porque allí le hubiesen podido hacer algo, pero no llego a pasar, entonces allí si tu sientes la impotencia de no poder decir porque no hacen algo por ese paciente, porque por parte de uno hacemos todo”.....“sobre todo cuando no se pudo recuperar al paciente, se siente que se pudo hacer mas, siento frustración, queda como experiencia”.....” no así cuando se fracasa en el tratamiento, es una un sentimiento de frustración, el no poder haber hecho lo mejor para salvarlo”.....” eso también me da mucha tristeza pero no podemos hacer más que hacer de seguir las indicaciones y los cuidados que necesitan ellos para sentirse mejor”..... “pero la tristeza, la impotencia nos invade cuando no sale de su cuadro porque hicimos todo lo posible”..... “no siendo así cuando aunado a la condición del paciente que no es recuperable se suma la falta de recurso personal médico, material es apremiante, sintiendo angustia , frustración de haber podido hacer todo lo posible para ayudar al paciente para sacarlo de su estado y no se hizo”.

Desde la perspectiva humanística, la enfermera emergencista conceptualiza el cuidado como una labor muy ardua cuando atiende a un paciente crítico, por lo tanto es muy doloroso cuando el cuidado que ha brindado no tiene resultado positivo y siente frustración impotencia de no poder hacer más por el paciente, a la luz de la teoría consultada podemos aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos, expresar los sentimientos es conectarse profundamente con el espíritu tanto del que cuida,

como del que es cuidado. Este factor, se deriva del tercero, el cultivar la sensibilidad de uno mismo y los demás, el auto- conocimiento y aceptación nos van a permitir compartir sentimientos con el otro. Watson, reconoce que es una experiencia que implica riesgos, tanto para enfermeras como pacientes; la enfermera debe estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, comprender emocional e intelectualmente una situación y ser capaz de establecer la diferencia. Los sentimientos afectan los pensamientos y conductas en los seres humanos, por ello, es importante considerarlos y permitirlos en las relaciones de ayuda. Todos los seres humanos están conformados de cognición, sentimiento y conducta siendo los dos primeros los que afectan al último que es la conducta. El componente cognitivo representa el contenido intelectual y el componente afectivo representa sus propios sentimientos, siendo este último, el más difícil de comprender. El componente conductual consiste en acciones que van a estar determinadas por la cognición y lo afectivo. Según Watson, estudios realizados por psicólogos sociales, demuestran que ayudar a expresar los sentimientos negativos como positivos, permiten al individuo a conocerse a sí mismo. Pierde el temor al rechazo y la burla por otras personas y le facilita desarrollar nuevas dimensiones en las relaciones con otros. (46)

Coincidimos con Inostroza (8). El cuidado profesional de enfermería un enfoque humanístico. : El cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico, sugiere al profesional de enfermería dar una mirada filosófica de la persona, en una relación existencial.

Los principios generales y estructurales de la asistencia urgente y de emergencia son las tendencias del sistema sanitario que indican la necesidad de la especialización en urgencias y emergencias. La Enfermería de Urgencias y Emergencias aparece en un mundo en constante evolución, en el que los cambios se desarrollan vertiginosamente, con una capacidad técnica y científica como hasta ahora jamás conocida. Ésta adquiere su desarrollo en un momento en el que la Enfermería trata de potenciar, como nunca, su identidad, con un aumento de su autonomía, de investigación propia, de búsqueda crítica de teorías y caminos que fundamenten la profesión y los cuidados. (22)

4. SER OPORTUNA Y RAPIDA

(....)"paciente crítico es el hecho de querer ser oportuna y rápida para atenderlo, estabilizarlo hemodinamicamente" "pedimos lo mejor que rápido venga el médico y que lo evalúe si es posible que lo lleven a ci, y estamos que nos desesperamos y , actuamos más rápido," cuando se logra el objetivo nos sentimos satisfechas de que se ha actuado oportunamente" "el cuidado de enfermería es oportuno" "dar un cuidado adecuado y oportuno cuando la situación de emergencia es mayor dado que la asistencia de pacientes el alta" " doy la atención que se requiere, oportuna, rápida, junto al equipo de salud".

La enfermera emergencista tiene dentro de su actuar una mística que le hace tener como norte el hecho de salvar la vida al paciente por lo tanto su formación está centrada en principios y normas que rigen su actuar en la especificidad de sus funciones, haciendo esta parte de Enfermería un tanto

ágil, segura y oportuna. Entonces la concepción de la enfermera emergencista es que el cuidado debe brindarse en forma rápida y oportuna para que el adulto pueda superar la situación crítica en la que llegó, complementando a la luz de nuestra teoría en la cual el cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal y familiar, las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser, un entorno de cuidado ofrece desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado, el cuidado es más “generador de salud” que la curación, la práctica del cuidado integra el conocimiento biológico al conocimiento de la conducta humana para mantener y promover la salud, la práctica del cuidado es fundamental para enfermería (46).

Coincidimos también con Priscylla (5). En su estudio: Revisión sistemática sobre los cuidados de enfermería en las unidades de atención de emergencia. Los resultados fueron que las condiciones y relaciones de trabajo desencadenan estrés; la Enfermera Emergencista es la gestora de cuidados inmediatos y cualitativos a la víctima y por lo tanto requieren actualizaciones en el área. Las enfermeras son profesionales especializados en la atención de emergencia; de las unidades de urgencia ambulatoria y de emergencia, es un problema que afecta a la calidad de la atención, la enfermería ha estado llevando a cabo en términos de los servicios de emergencia y puestos de emergencia.

5. BRINDANDO UN TOQUE TERAPEUTICO

(...)”cuando está muy delicado tengo esa costumbre de agarrar mi mano y ponerle en su antebrazo señor yo soy la enfermera yo estoy al cuidado de Ud. estoy mirando su corazón”..... “estabilizarlo, tranquilizarlo y hacerle sentir la presencia de la enfermera”.....” estoy asumiendo que necesita ayuda me acerco el y lo primero que hago es poner mi mano sobre su hombro, como un apoyo o afecto por que está muy ansioso le doy un toque en la cabeza “..... “También poner la mano en el hombro y trató de calmarlo porque incluso el cliente dice que transmite la confianza, me he dado cuenta de eso”.

La acción terapéutica de un toque humano es la señal que se está realizando una empatía con el ser humano en este caso el paciente más aún si está pasando por un momento crítico, es de suma importancia tomar en cuenta esta categoría, el paciente disminuye su ansiedad y por lo tanto colaborara en los procedimientos que se le practique, asimismo mejorara su actitud porque se encuentra atravesando un momento muy difícil. A la luz de nuestra teorista podemos dar fe de nuestros hallazgos cuando dice que crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual, creando un ambiente sanador en todos los niveles, dando fuerza y energía al ambiente “no físico”, reforzando la belleza, la integridad, la comodidad, la dignidad y la paz. Uno de los aspectos importantes a considerar es disminuir el estrés en el paciente, lo que se obtiene informándolo y educándolo. Otros aspectos, tales como, el bienestar, privacidad, seguridad y ambientes limpios y estéticos, también son importantes. El bienestar es necesario evaluarlo desde

el paciente y no por rutinas establecidas en los servicios hospitalarios, sino además por el trato y atención amable del personal hacia el paciente (46).

Citamos a Inostroza (8). En su estudio El cuidado profesional de enfermería un enfoque humanístico. Demuestran que hay factores sociales y profesionales que influyen en el cuidado humanizado, El cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico, sugiere al profesional de enfermería dar una mirada filosófica de la persona, en una relación existencial.

Estos fenómenos humanos complejos presentes en nuestra práctica cotidiana enfermería están dirigidas por encuesta subjetiva, lo que permite la aparición de la sensible la vida cotidiana, una perspectiva estética, y es a partir de la " corriente" de la vida cotidiana que es elaborado conocimiento de lo social, afirman que el cuidado humano es una relación terapéutica en la que la presencia está lleno y en el que la moral enfermería está llena, la promoción del bienestar. En este sentido, el autor señala que la ética siempre se asocia con la presencia, que está a dos componentes más importantes del cuidado humano. La atención terapéutica está prevista para disminuir el estrés emocional de ansiedad al cliente, hecha la identificación de las necesidades de cuidado, se hace referencia en relación previa tener cuidado con su familia y se ejecuta la atención a través del cuerpo, utilizando las manos, los ojos, oreja, al darse cuenta el efecto en el cliente, más tranquilo, aliviado y receptivo. (39)

6. ANSIEDAD POR QUERER SER OPORTUNA

“(...)”Precisamente por el hecho de querer ser oportuna ya nos produce ansiedad, yo por ejemplo siento que quiero hacerlo rápido entonces allí ya siento ansiedad”.....”me mueve el hecho de ser oportuna para tratar de inmediato su dolencia, pero se altera cuando tenemos alta demanda de pacientes, de tal modo que no tenemos una sola camilla para su estancia, solo se tiene que priorizar la atención con el reclamo del resto de pacientes y familiares entonces es incómodo no poder atender a todos, causando nuevamente ansiedad, con todo tratamos de calmar a la gente para que comprenda nuestra actitud”

La enfermera emergencista es una profesional que tiene como preocupación principal la atención del paciente en situación crítica y salvarle la vida, es necesario que sea oportuna, rápida y cuando no se dan estas condiciones, se muestra ansiosa por querer cumplir con todas las actividades que se ha programado, conceptualizando el cuidado oportuno como una premisa invaluable en salvar la vida, aunque ella sienta de ansiedad en su rápido actuar. En general, existe temor en los seres humanos de expresar sus sentimientos pues, les asusta el ser manipulados por otros, pero el auto-aceptarse y ser honesto con sus sentimientos permite ayudar y empatizar con el otro. La enfermera que ha desarrollado la sensibilidad puede lograr que el otro comprenda, se acepte y sea capaz de cambiar, de madurar y crecer. El ser humano está siempre creciendo y madurando como persona, la enfermedad puede transformarse en una oportunidad de crecimiento, la enfermera a través de sus cuidados transpersonales va a tener la sensibilidad que le va a permitir ayudar y desarrollar estas potencialidades en el otro (46).

Coincidimos con Krederdt (1). En su investigación doctoral de tipo cualitativa “Reflexiones sobre el cuidar cuidado de enfermería: estudio etnográfico en enfermeras docentes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos”. Los resultados y las simbologías con 4 significantes como: rescate del autocuidado, reafirmando la dignidad humana, atención integral y agobiante trabajo.

7. RECONOCIENDO NECESIDAD DE CAPACITACION

“(...)” claro eso no significa que me voy a descuidar que no me voy a actualizar, no voy a estar al día de todo y mientras espero un dato ,siempre cuando uno encuentra un dato que no conoce pues uno tiene inmediatamente que documentarse”.....”como profesional estar capacitada para poder sacar al paciente de su problema, de su enfermedad, para eso debe estar capacitada es un factor importante”..... “Sentimos también la necesidad de seguir capacitándonos para la atención oportuna a todos los pacientes en estado crítico”.....” no saben que realmente la enfermera tiene que prepararse continuamente para trabajar más segura y oportunamente”..... “Además la enfermera debe seguir capacitándose para que la atención brindada sea de calidad”.....” Se pone en juego toda la experiencia profesional pero ya el paciente no responde. Las enfermeras de emergencia somos personal capacitado”.

En su actuar diario la enfermera emergencista, ve la necesidad de una capacitación continua, la atención de calidad demanda conocimiento de la especialidad, asimismo el ser oportuna rápida en su actuar le da la experiencia aunado a la autocapacitacion, teniendo mucha seguridad para brindar un

cuidado de calidad, conceptualizando el cuidado como la capacitación da seguridad en el actuar, como lo describe nuestra teorista cuando menciona a las necesidades de orden superior , que incluyen la autoactualización, pertenencia y autorrealización son importantes de satisfacer por la enfermera, ésta debe ayudar a los pacientes a escoger y encontrar caminos que lleven a la persona autoactualizarse y autorrealizarse. La necesidad de pertenencia, es una necesidad humana universal y es parte central del humanismo. Es una necesidad básica para las tareas cooperativas y la base de las relaciones de uno mismo con los otros. La conducta de afiliación se manifiesta de diversas formas. Lo que está claro es que significa compartir y depender de otros para realizar tareas cooperativas. La autorrealización es la más alta necesidad en la que se busca desarrollarlas propias potencialidades. Está directamente relacionada con el desarrollo y madurez interpersonal de los seres humanos (46).

Citaremos a Priscylla (5), en la Revisión sistemática sobre los cuidados de enfermería en las unidades de atención de emergencia. En los resultados se observó que las condiciones y relaciones de trabajo desencadenan estrés; la Enfermera Emergencista es la gestora de cuidados inmediatos y cualitativos a la víctima y por lo tanto requieren actualizaciones en el área.

Las competencias de las enfermeras en Urgencias y Emergencias, ellas implican utilizar los conceptos teóricos y el conocimiento de los cuidados de Enfermería como base para la toma de decisiones en la práctica enfermera de urgencias y emergencias, impulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en

urgencias y emergencias, adoptar actitudes concordantes, en la toma de decisiones éticas y en su aplicación (26).

8. RECONOCIENDO LO LIMITADO DE RECURSO HUMANO Y EQUIPAMIENTO

“(...)” además que este todo equipado, digamos que tenga lo indispensable para sacar a un paciente del estado crítico, debe contar con todo el material, el recurso personal, muy importante que este todo el equipo de salud completo y los materiales que estén al menos lo más indispensable para actuar en ese momento” , “la falta de materiales , la gestión continuada que hacemos por adquirir recursos, y nos falta el tiempo para cumplir con todo lo programado” “se debe tener personal suficiente para la atención así como también el material necesario para la atención, son factores indispensables en el actuar del profesional enfermera, en los diferentes ambientes con que cuenta emergencia, todo esto aunado a otros factores que me dan la tranquilidad para atender, como por ejemplo el hecho que haya siempre un médico asistente al llamado, también el material necesario para la atención”,..... “necesitamos tener todo a la mano, es decir material y equipo adecuado y suficiente para dar un cuidado adecuado y oportuno”.....” pero cuando excede el número de ellos se necesita ayuda de otro personal”.

Precisamente en este contexto donde se desenvuelve la enfermera emergencista, conceptualiza este cuidado como la necesidad de contar con recurso humano material adecuado , es cuando ve alterada su labor al notar la

falta de infraestructura adecuada, materiales y equipos a veces obsoletos, además lo más importante es el recurso humano suficiente cuando excede la capacidad de atención y la demanda es mayor que la oferta en el cuidado de las personas adultas, a la luz de nuestra teorista podemos dilucidar que hace mención al bienestar que es necesario evaluarlo desde el paciente y no por rutinas establecidas en los servicios hospitalarios. Aspectos como una cama confortable, una posición correcta y ejercicios, son tan importantes como explicar al paciente los procedimientos que se van a realizar al igual que la satisfacción de sus necesidades biopsicosociales y espirituales. La privacidad de los pacientes es constantemente pasada a llevar en los servicios hospitalarios despersonalizados, debido a las normas, al factor tiempo, lugar y no considerar al paciente como persona. El paciente debe ser respetado como ser humano, en su integridad física, psicológica, espiritual y sociocultural. La seguridad es considerada como una necesidad básica en los seres humanos, los ambientes hospitalarios despersonalizados generan temor en los pacientes originándoles inseguridad, por lo tanto, es necesario disminuir tanto la inseguridad interna como externa, dada por el ambiente y los recursos disponibles (46).

Las condiciones de trabajo se caracterizan teniendo las condiciones necesarias para que una determinada actividad, incluyen la planta física y las instalaciones apropiadas , materiales específicos , accesorios, profesionales cualificados y también la organización misma de estos recursos , para cumplir con la dinámica del proceso de trabajo, tanto en

cantidad y calidad suficientes para su realización y para cuidar en emergencia se requiere un mínimo de condiciones estructurales y ambientales y de recursos humanos que son posible para garantizar la fiabilidad, la credibilidad de los actos, acciones dirigidas a servicio al cliente en los niveles inmediatos, mediar y tarde (24).

Condiciones de trabajo inadecuadas que ofrece la institución hospitalaria, centradas principalmente la falta de recursos materiales y de personal, agrava en la insatisfacción, la frustración de la enfermera y su equipo cuando no son atendidos en sus reclamaciones. Se expresa fuertemente en requisitos básicos que necesitan para cuidar de los clientes de emergencia. Un aspecto importante a destacar es que estos profesionales de atención continúan trabajando y buscando estrategias individuales y colectivas de solidaridad teniendo en cuenta su realidad y estilos de adaptación para atender a los clientes necesitados en el momento crítico (24).

V. CONSIDERACIONES FINALES

La Enfermería de Urgencias y Emergencias se encuentra en la actualidad en un pico de relevancia social debido a las principales causas de muerte e invalidez. La denominada “*hora de oro*”, donde la actuación sanitaria ha demostrado con creces rebajar el número de lesiones invalidantes, así como los fallecimientos, confirma la necesidad de actualizar y reorganizar los distintos Servicios de Urgencias hospitalarios y extrahospitalarios, así como la creación de Servicios de Emergencias allí donde aún no se contemplan, las enfermeras que allí laboran son expertas en el área para así lograr la recuperación pronta los usuarios, este estudio se trata sobre las concepciones de la enfermera emergencista sobre el cuidado a la persona adulta en estado crítico en un servicio hospitalario y sus implicancias en el cuidado humanizado.

En las diversas consultas teóricas realizadas, se puede notar que la enfermera debe tener un pensamiento crítico, complejo, para dar el cuidado adecuado al adulto que cuida, además debe conocer las teorías que guían su actuar en la humanización del cuidado, así como la tendencia de la formación de especialistas de Enfermería en emergencia, el método de esta investigación es etnometodológica donde presta especial importancia a las explicaciones que dan las personas, en particular a la forma en la cual se dan, se aceptan o rechazan esas explicaciones por parte de los otros. Por esta razón, la etnometodología se interesa por el análisis de las conversaciones.

En el hospital de la seguridad social donde se llevó a cabo la investigación se cuenta con un servicio de emergencia congestionado por la alta demanda de pacientes asegurados, lugar donde Enfermería pone en práctica toda su experiencia al actuar responsablemente en el cuidado del paciente en situación crítica, llegando a tener las concepciones del cuidado. Estas categorías temáticas

son respuesta a la calidad de cuidado en emergencia que brinda la enfermera, demostrando la sensibilidad ante un daño que sufriera el adulto en situación crítica, por otro lado la enfermera nos anima a brindar cuidado humanizado, rápido, oportuno con calidad y calidez en el marco del entorno en el servicio.

Cuando la enfermera cuida de corazón crea un ambiente que emergen sentimientos de repotenciar la vida, el cotidiano que resalta de este cuidado es trascendente e irreplicable, de tal forma que se crea un vínculo que permite a este ser humano, la enfermera, tener gozo, satisfacción por el logro obtenido al ver el resultado de sus acciones propias. Desde la perspectiva humanística, la enfermera emergencista conceptualiza el cuidado como una labor muy ardua cuando atiende a un paciente crítico, por lo tanto es muy doloroso cuando el cuidado que ha brindado no tiene resultado positivo y siente frustración impotencia de no poder hacer más por el paciente, a la luz de la teoría consultada podemos aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos, expresar los sentimientos es conectarse profundamente con el espíritu tanto del que cuida, como del que es cuidado.

Que La enfermera emergencista tiene dentro de su actuar una mística que le hace tener como norte el hecho de salvar la vida al paciente por lo tanto su formación está centrada en principios y normas que rigen su actuar en la especificidad de sus funciones, haciendo esta parte de Enfermería un tanto ágil, segura y oportuna. Por otro lado también refiere la enfermera que es necesaria la acción terapéutica de un toque humano es la señal que se está realizando una empatía con el ser humano en este caso el paciente más aún si está pasando por un momento crítico, es de suma importancia tomar en cuenta esta categoría, el paciente disminuye su ansiedad y por lo tanto colaborara en los procedimientos que se le practique, asimismo mejorara su actitud porque se encuentra

atravesando un momento muy difícil.

La enfermera emergencista es una profesional que tiene como preocupación principal: la atención del paciente en situación crítica y salvarle la vida, es necesario que sea oportuna, rápida y cuando no se dan estas condiciones, se muestra ansiosa por querer cumplir con todas las actividades que se ha programado, conceptualizando el cuidado oportuno como una premisa invaluable en salvar la vida, aunque ella sienta de ansiedad en su rápido actuar, Y en su actuar diario la enfermera emergencista, ve la necesidad de una capacitación continua, la atención de calidad demanda conocimiento de la especialidad, asimismo el ser oportuna rápida le da la experiencia, aunado a la autocapacitación, teniendo mucha seguridad para brindar un cuidado de calidad, conceptualizando el cuidado como que la capacitación da seguridad en el actuar. Sin embargo, precisamente en este contexto donde se desenvuelve la enfermera emergencista, conceptualiza este cuidado como la necesidad de contar con recurso humano material adecuado, porque ve alterada su labor al notar la falta de infraestructura adecuada, materiales y equipos a veces obsoletos, además lo más importante es el recurso humano suficiente cuando excede la capacidad de atención y la demanda es mayor que la oferta en el cuidado que se brinda.

Concluyendo que las concepciones del cuidado que tienen las enfermeras emergencistas si tienen implicancia en el cuidado humanizado porque hacen referencia a su actuar, así como al entorno en el cual se desarrolla el cuidado de emergencia, que debe ser oportuno, seguro, humano y dando valor en primer lugar a salvar la vida del ser que cuida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Plan Estratégico de Essalud 2012 - 2016. Citado el 10.01.2015
www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_2012_2016.pdf
2. Minsa. Sistema de Emergencia de Lima y Callao. Informe de la Comisión Permanente del Sistema de Atención de Emergencias de Lima y Callao R. M 597-86 / DM. 2002. OPS-OMS.2003
3. Memoria Institucional 2012 – EsSalud. (Citado el 20.02.2015)
www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/memoria/memoria_2012.pdf
4. Kredert. Estudio etnográfico en enfermeras docentes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Biblioteca Las Casas, (citado el 10 .07.2014). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0201.php>,2007.
5. Priscilla, Helena y col. Revisión sistemática sobre los cuidados de enfermería en las unidades de atención de emergencia. (citado 30.04.2013); Disponible en: <http://wwwwww.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/download/.../7938>,2013.
6. Coelho MJ. Maneiras de cuidar em Enfermagem. Rev Bras Enferm 2 nov-dez; 59(6): 745-51,2006.
7. Velázquez, Silvia. Chiclayo. El arte de personalizar a través del cuidado a la persona en el servicio de emergencia. (Citado el 10.03.2015)
<http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/204>.
8. Inostroza, Nelly Ica. El cuidado profesional de enfermería un enfoque humanístico <http://alavanguardia.unica.edu.pe/index.php/revan/article/view/41> (citado 10.3.15), 2014.

9. Verástegui, María. Significado del cuidado de enfermería otorgado por las enfermeras de un servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo, 2012. Chiclayo.
10. Documento de la Reforma en Salud- Ministerio de Salud (citado 30.04.14) <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma10102013.pdf>,2013.
11. Ley de la Reforma en Salud- Ministerio De Salud (citado 30.08.14) <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma10102013.pdf>, 2014.
12. Norma técnica de salud de los servicios de Emergencia según Resolución Ministerial N°386-2006/MINSA, en Lima Norma técnica de salud de los servicio de emergencia, Lima, 2006.
13. Figueredo N. Práticas de enfermagem. Fundamentos, conceitos, situações e exercícios. São Paulo: Yendis; 2005.
14. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília (Brasil): COFEN; 1986.
15. Smeltzer SC, Bare BG. Enfermagem medico-cirúrgica. Tratado de Brunner & Suddarth. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
16. Machado, C. O trabalho de enfermagem na emergência do Hospital Universitário Antonio Pedro.1999.f.183p.Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.
17. Almeida PJS, Pires DEP. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. (Citado el 27.07.2013); 9(3):617-29. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>,2007.

18. Wehbe G, Galvão C. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. Rev. latinoam. enferm. ; 9(2):86-90,2001.
19. Gentil RC, Ramos LH, Whitaker IY. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. Rev. latinoam. enferm. [Internet]. (Citado el 30.04.2013);16(2):192- Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041169200800020004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt,2008.
20. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
21. Furtado B., Júnior J. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. Acta paul. enferm. ;23(2):169-74, 2010.
22. Nascimento K. As dimensões do cuidado em unidade crítica: emergindo o cuidado transpessoal e complexo[dissertation]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 180 p,2005.
23. Coelho, M. Os bastidores da assistência: o cliente em risco de vida e a enfermagem na Unidade de Emergência 1991. f.338. Tese (Mestre em Enfermagem)- Escola Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1991.
24. Machado, C. O trabalho de enfermagem na emergência do Hospital Universitário Antonio Pedro.1999.f.183p.Tese(Doutorado)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.
25. Figueiredo, N.: Carvalho,V. O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.p. 149-155.3. Figueredo NMA. Práticas

- de enfermagem. Fundamentos, conceitos, situações e exercícios. São Paulo: Yendis; 2005.
26. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, la Sociedad Española de Enfermería en Cuidados Intensivos y Unidades Coronarias y la Asociación Andaluza de Enfermería en Cuidados Críticos. Reflexiones para una propuesta de Especialidad de Enfermería en Cuidados Críticos y Urgencias. Biblioteca Lascasas; (citado el 29.07.2014). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0109.php>,2006.
 27. Coelho, M. et al. Socorro, o socorrido e o socorrer: Cuidar/cuidados em enfermagem de emergência. Rio de Janeiro:EEAN/UFRJ,1999.
 28. Navarro, T. Formación sobre urgencias y emergencias en los estudios de grado y postgrado de enfermería. Enfermería de Urgencias: una visión global. Ed. MAD S.L. Sevilla julio 2004. p.21-36
 29. Ley del Trabajo de la Enfermera(o). (Citado el 20.07.2014) http://www.mintra.gob.pe/contenidos/legislacion/dispositivos_legales/ley_27669.htm
 30. Colegio de Enfermeros del Perú. Información básica sobre las enfermeras(os).oct. 2002. Lima, p.2-19.
 31. Turchetto, E. A qué llamamos paciente críticamente enfermo y cómo lo reconocemos. Revista del Hospital Privado de Comunidad 52 número 2, agosto-diciembre, 2005. (citado el 15.02.2015).Volumen 88. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/salud/estado-critico.php#ixzz3UhWheGJj>.
 32. Als Pach, W. Cuidados intensivos en el adulto. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, 2006.

33. Cárdenas, B. La profesionalización de la enfermería: Un análisis desde la sociología de las profesiones. México (MX): Pomares; 2005.
34. Fuerbringer, B., Barrientos GE, et al. Enfermería disciplina científica: una aproximación epistemológica. México(MX): Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 1995.
35. Durán V. Indagación filosófica y la práctica de la enfermería. Facultad de Enfermería/ Universidad Nacional de Colombia; 1998. p. 26-36.
36. Barroso R, Torres E. Fuentes teóricas de la enfermería profesional: su influencia en la atención al hombre como ser biosocial. Rev Cubana Salud Publica. 2001 ene; 27(1): 8-11.
37. Amezcua M. Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. Index Enfermería. 2009; 18(2):77-9.
38. Guevara, I. Una espiritualidad en lo cotidiano. Horizonte a la enfermería: Traducción de José Luis Burguet. 2002.
39. Lefebvre, H. La vida cotidiana en el mundo moderno. 6a ed. Madrid: Alianza Editorial; 2006.
40. Mafessoli, M. Contemplanço do mundo. Porto Alegre: 1995.
41. Santos, A. O cotidiano em emergência: o olhar da equipe de enfermagem para o cuidar e a tessitura dos cuidados. 1999.f.160. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999
42. Morín, E. El Método. Tomo I. La naturaleza de la naturaleza. Cátedra, Madrid, 1981.
43. Morín Edgar. Epistemología de la complejidad, pp. 421-446, 1988.

44. Backes, Stein y col. Del cuidado previsible al cuidado complejo de enfermería
Doctora en Enfermería. Docente del Curso de Enfermería del Centro
Universitario Franciscano – UNIFRA.Santa Maria. Brasil. (Citado el
24.02.2015) E-mail: backesdirce@ig.com.br .
45. Morin, E. Introducción al pensamiento complejo (Citado el 23.02.15)
http://www.pensamientocomplejo.com.ar/docs/files/_mginberg_0803.pdf
<http://www.edgarmorin.org/>
46. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring (Rev. Ed.).Boulder,
CO: University Press of Colorado. (2008).
47. Watson J. Global Effort: Caring theory put back into practice around the globe .
(citado 2.06.2013). Disponible en:
[http://www.denvernursingstar.com/newsletter/newsletter_view.
asp?newsid=3472 & mode=current](http://www.denvernursingstar.com/newsletter/newsletter_view.asp?newsid=3472 & mode=current) Links, 2011.
48. Marriner, A. Martha raile alligood, *Modelos y Teorías de enfermería*, Elsevier
Mosby, sexta edición, pp. 91- 105, 2012.
49. Triviños, A. Introdução à pesquisa em ciências sociais.Pesquisa qualitativa em
educação. São Paulo: Atlas, p.146-14, 1987.
50. Garfinkel, H. Studies in ethomethodology. New Jersey: Englewood Clifts-
Prentice Hall, 1967.
51. Coulon, A. Etnometodologia . Rio de Janeiro: Vozes, 1987.
52. Minayo, M. Pesquisa social. Teoria, método e criatividade. 3.ed. . Petrópolis:
Vozes, p. 21-24, 103, 1994.
53. Becker, S. Métodos de pesquisas em ciências sociais. 4. Ed. São Paulo p.47-64,
1999.

54. Ludke, M.; André, M. E. D. A. - Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, E.P.U., 99p. 2001.
55. Polit, Q. y Hungler, B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5ª ed. Editorial Mac Graw Hill-Interamericana. México, 2006.
56. Souza, L. et al. Etnometodologia: uma teoria do social na pesquisa qualitativa. In: Autor Pesquisa em enfermagem novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabar Koogan, 1998.
57. Etnometodologia e Educação. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.
58. Becker, H. Métodos de pesquisas em ciências sociais. 4. Ed. São Paulo p.47-64. 1999.
59. Haguette, T. Metodologias qualitativas na sociologia. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
60. Hernández-Sampieri, R. Metodología de la investigación. México, DF, México: McGraw-Hill Interamericana, 2014.

ANEXO 01



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE

ESCUELA DE POSTGRADO

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO

Las concepciones de la enfermera emergencista del cuidado al adulto en estado crítico en un servicio hospitalario, es un estudio, que está siendo realizado por la enfermera Isabel Cristina Príncipe León, bajo la orientación de la Profesora Dra. Yolanda Rodríguez Núñez. Los objetivos de la investigación son:

Analizar las concepciones de la enfermera emergencista sobre el cuidado a la persona adulta en estado crítico en un servicio hospitalario para una mejor comprensión, reflexión, análisis; así como analizar las implicancias de estas concepciones para el cuidado humanizado.,

El estudio en la asistencia nos permitirá reforzar las funciones que desempeña la enfermera para conocer aún más a la persona y como percibe ese cuidado en situación de emergencia y mejorar la calidad de atención.

Para la recolección de la información se realizará una entrevista individual abierta, la cual será grabada en cinta cassette, a las enfermeras emergencistas del HVLE de la ciudad de Trujillo, Perú. Luego las entrevistas serán transcritas en su totalidad para el análisis respectivo.

A las participantes que desearan intervengan en el estudio, se les garantizará el derecho a la identidad e intimidad; además del esclarecimiento respectivo antes, durante y después del desarrollo de la investigación sobre cualquier duda referente a la investigación.

Las participantes pueden retirar su consentimiento en cualquier etapa de desarrollo de la investigación, sin ninguna penalización, ni prejuicio.

Ms Isabel Príncipe León

Dra. Yolanda Rodríguez de Guzmán

Yo -----mediante los
esclarecimientos arriba citados, acepto participar de la entrevista.

Trujillo.....de.....de.....

Firma del profesional

Firma de la participante.

ANEXO 02



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE

ESCUELA DE POSTGRADO

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

I. DATOS GENERALES:

Edad:

Años de servicio en Emergencia:

II. PREGUNTA ABIERTA

¿Qué es para ti cuidar a una persona adulta en estado crítico en el servicio de emergencia?