



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**COMUNICACIÓN TERAPEUTICA ENFERMERA(O) –
PACIENTE. SERVICIO DE ONCOLOGIA PEDIATRICA,
UNIDAD ONCOLOGICA CENTRO VIRGEN DEL VALLE.**

Profesor Asesor:
Lcda. Branchi María

Tesis Presentada por
Bachilleres:
Prado Reyes, Diana Rafse.
C.I. 19.298.173
Rojas Rojas, Amarilis Coromoto.
C.I. 15.688.941

Como requisito para Optar al titulo de:
Licenciada en Enfermería.
Ciudad Bolívar, Febrero 2012.

INDICE

INDICE	II
AGRADECIMIENTOS	IV
DEDICATORIA.....	V
DEDICATORIA.....	VIII
RESUMEN.....	X
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	13
OBJETIVOS.....	16
Objetivo general	16
Objetivo específicos	16
METODOLOGÍA	17
Tipo de estudio	17
Universo y muestra.....	18
Criterios de Inclusión	18
Criterios de exclusión	18
Método de recolección de datos	19
Procedimientos	19
Plan de Tabulación y análisis	21
Validación Y Confiabilidad.....	21
RESULTADOS.....	22
Cuadro N° 1	22
Cuadro N° 2	23
Cuadro N° 3	25
Cuadro N° 4	27
Cuadro N° 5	29
Cuadro N° 6	31
Cuadro N° 7	33

Cuadro N° 8	34
Cuadro N° 9	35
Cuadro N° 10	36
Cuadro N° 11	37
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES.....	44
RECOMENDACIONES.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	47
ANEXO	53

AGRADECIMIENTOS

Primeramente gracias a Dios todo poderoso por la fortaleza para lograr nuestra meta, al cual le debemos nuestro triunfo.

Gracias a nuestros padres y hermanos por su apoyo incondicional, sin el no hubiésemos logrado nuestra meta.

Gracias a nuestra tutora: Lcda. María Branchi que con su conocimiento y orientación llena de sabiduría nos ayudo alcanzar esta meta y a los profesores Ciro Basanta, Nuglenis Rodríguez, Yasmelys Caraballo y a los Doctores Diego Motas y Gustavo Lans Por el apoyo en este trabajo.

A todos los profesionales que laboran en la Unidad Oncológica Pediátrica Centro Virgen del Valle de Ciudad Bolívar por su ayuda y colaboración prestada para la recolección de información.

A nuestra casa de estudio la Universidad de Oriente por ofrecernos un lugar para nuestra preparación y educación universitaria y ser los profesionales que ahora somos.

Y por ultimo y no menos importantes a nuestros amigos y a todas las personas que aunque no las mencionamos por el apoyo para la culminación de este trabajo.

MUCHAS GRACIAS POR SU APOYO.

DEDICATORIA.

Primeramente a Dios

Por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida, haberme dado salud, inteligencia y sabiduría para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mi madre Carolina Rojas.

Por haberme apoyado en todo momento. Gracias a tus consejos y confianza, por el amor que siempre me has brindado no solo como madre sino como mi mejor amiga, por cultivar e inculcar ese sabio don de la responsabilidad y atención cálida al prójimo.

¡Te quiero mucho!

A mi padre Laureano Rojas.

Le agradezco el cariño, la paciencia y el apoyo que me brindó para culminar mi carrera profesional.

A mi abuelo José Rojas

En memoria por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizaban y que me inculcó siempre, por el valor que mostró para salir adelante y por su amor.

A mis hermanos

Arcadio, Adrian y Efraín, por que siempre he contado con ellos, gracias a la confianza que siempre nos hemos tenido. A mi hermana Adriana por brindarme su apoyo, amor y amistad incondicionalmente.

A mis familiares.

A todos mis sobrinos que con sus alegrías e inocencia dieron rumbo a momentos de motivación en días grises. A todos mis familiares que me apoyaron durante este logro.

A mis profesores.

Por su tiempo y los conocimientos impartidos que me cedieron en el desarrollo de mi formación profesional, en especial: a la Lcda. María Branchi de Zerpa por haber guiado el progreso de este trabajo y llegar a la culminación del mismo, a la Lcda. Harlen Barrios por su apoyo ofrecido en los momentos difíciles en esta responsabilidad; a la Lcda. Odalys Reyes por su colaboración.

A mis amigos.

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos: Mariana Suárez, Miguel Rodríguez, Diana Prado, Lilimerys Sierras. A mi amigo Ken Torrealba por la confianza, apoyo y amistad en los momentos más difíciles de mi carrera. A la Dra. Lisbeth Farreras por haberme impulsado al comienzo de este triunfo. Al pueblo de El Callao que con su valores y principios arraigados complementaron mi diario vivir.

A LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE. NÚCLEO BOLÍVAR. ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD y en especial al Departamento de **ENFERMERÍA** por permitirme ser parte de una generación de triunfadores.

Amarilis Coromoto Rojas Rojas

DEDICATORIA.

Primeramente a Dios todo poderoso

Por haberme dado la salud, fortaleza, fuerza y perseverancia para poder lograr esta meta y al cual le debo este triunfo.

A mi madre Trina De Prado.

Por haberme apoyado incondicionalmente por orientarme y aconsejarme en los momentos más difíciles, darme Su amor y confianza en todo momento para poder culminar mi meta y así ser una profesional el día de hoy.

A mi padre Jose Prado.

En memoria por haberme brindado todo su apoyo incondicional, amor, y confianza al inicio de mi carrera y ser unos de mis impulsos para culminarla con éxito y bendición mí meta.

A mis hermanos.

Por haberme dado todo su apoyo sin importar momento ni lugar y nunca darme la espalda a pesar de las tristezas y dolor en los momentos difíciles para el logro de esta meta.

A mis familiares.

Principalmente a mi abuela y sobrinos por su apoyo y estímulo en todo momento para el logro de esta meta.

A mis profesores.

En especial a nuestra tutora: María Branchi por su orientación llena de conocimiento y sabiduría la cual nos ayudo para poder culminar esta meta.

A mis amigos.

En especial a mis pastores por apoyo, sus consejos y estímulo a mis amigos Amarilis Rojas, Miguel Rodríguez, Silvia Parra y Lilimerys Sierras por el apoyo que nos damos mutuamente cada día para el logro de nuestras metas. Entre otros que nos los nombro pero de igualmente se la dedico.

A LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE. NÚCLEO BOLÍVAR. ESCUELA CIENCIA DE LA SALUD y en especial al Departamento de **ENFERMERÍA** por permitirme ser parte de una generación de triunfadores.

Diana Rafse Prado Reyes.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE

NÚCLEO BOLÍVAR

ESCUELA DE CS. DE LA SALUD

“Dr. Francisco Battistini Casalta”

Departamento de Enfermería

**COMUNICACIÓN TERAPEUTICA ENFERMERA(O) – PACIENTE.
SERVICIO DE ONCOLOGIA PEDIATRICA, UNIDAD ONCOLOGICA
CENTRO VIRGEN DEL VALLE.**

Prado Reyes, Diana Rafse

Rojas Rojas, Amarilis Coromoto

RESUMEN

Con el objeto de evaluar la comunicación terapéutica enfermera – paciente en el servicio de oncología pediátrica del Oncológico Virgen del Valle, Ciudad Bolívar, Edo Bolívar, durante el primer trimestre del 2012, se realizó un estudio cuantitativo descriptivo, tomando como muestra a 22 profesionales de enfermería. Como instrumento se utilizó una guía de observación que cuenta con 15 items, basada en una escala de estimación. En dicha investigación se obtuvieron los siguientes resultados: género femenino predominó con un 86,36%, de las cuales un 45,45% son Licenciadas y un 40,91% son Técnicos; la edad predominante fue de 21 a 25 años con un 31,82%, de los cuales un 27,27% lo representa el sexo femenino y el 4,45% el sexo masculino; el principio de Interés estuvo presente con 86,36%; el principio de Respeto se evidenció con 100%; del principio de Aceptación se obtuvo que un 100% acepta las creencias del paciente y de sus familiares; en el principio de Honestidad se obtuvo que el 68,18% si orienta y disipa las dudas de los pacientes; tomando en cuenta el principio de coherencia un 54,55% no expresa información de forma precisa al paciente; en el principio de Seguridad el 50% del personal vigila a los pacientes durante la deambulacion y de la población estudiada el 100% no coloca las barandas para resguardar la integridad física del paciente; según la aplicación del principio de Permiso se obtuvo que el 77,27% solicita el consentimiento para realizar procedimientos invasivos.

Palabras Claves: Comunicación, terapéutica, enfermera(o), paciente, oncología, pediátrica.

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha tenido una participación destacada en la promoción de la salud y el bienestar gracias a sus programas de comunicación. En 1986, la Carta de Otawa para la Promoción de la Salud la definió como "el proceso de facultar a las personas para que aumenten el control que tienen sobre su salud y para mejorarla". La Carta establecía, además, que los medios de comunicación son actores claves para la promoción de la salud (Coe, 1998).

Durante la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre de 1990, se hizo hincapié en la comunicación social, como un elemento fundamental para la formación básica de personas, familias y comunidades. Posteriormente, en las orientaciones estratégicas y programáticas de 1995-1998 se estipulaba lo siguiente: "El uso de la información como instrumento del cambio debe ser una esfera de trabajo importante. La transmisión de información a individuos y a grupos mediante la comunicación social creará el conocimiento que servirá de base para lograr los cambios de actitudes y prácticas. La información debe destinarse también a determinados grupos de la comunidad, con miras a ejercer influencia sobre las políticas o a fomentar la adopción de políticas públicas orientadas a la salud, lo cual es un componente clave de la promoción de la salud" (Coe, 1998; Jiménez, 2008).

El 30 de septiembre de 1993, el XXXIX. Consejo Directivo aprobó la resolución "Promoción de la salud en las Américas", por la cual "insta a los gobiernos miembros a que incluyan, como instrumentos claves en los programas de salud de la comunidad, campañas de comunicación social y de educación, promoviendo la

responsabilidad de la población". Esto se reafirmó en la Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI, adoptada en la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en julio de 1997. (Coe, 1998).

Bajo la Convención de Derechos del Niño de las Naciones Unidas todo niño tiene derecho a la vida, a tratamiento de enfermedades, a rehabilitación de su salud y el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que lo afectan, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones, en función de la edad y madurez del niño. El niño tendrá derecho a la libertad de expresión (Declaración de los derechos del niño, 2002). Las dificultades que el niño y su familia tiene que enfrentar durante el tratamiento son muchas, por lo que necesita buscar formas de ayuda para vencer las situaciones de sufrimiento físico y emocional que la enfermedad genera, y enfrentar de manera adecuada una interacción saludable entre los familiares a través de la comunicación (Jiménez, 2008).

Varios autores señalan que el instrumento más terapéutico, en una interacción con el paciente, es el propio profesional. Ese proceso requiere el uso consciente de técnicas comunicativas como líneas de Acción (Cibanal, et al, 2003; Santos, et al; 2004). Es de gran importancia la adquisición de habilidades y actitudes fundamentales a la hora de iniciar una relación de ayuda (Hurtado, 2004).

En la práctica profesional la relación persona - enfermera aparece como una constante y es que las enfermeras teóricas definen la profesión como una relación de ayuda (García, et al, 2004). Se puede afirmar que la relación terapéutica es una relación profesional basada en un proceso de interacción e influencia social cuyo objetivo es la curación del enfermo (Evans, 2007; León y Marín, 2001).

El papel que cumple el profesional de enfermería en los procesos que viven los niños enfermos de cáncer es de vital importancia, ya que ella es la encargada de orientar al niño y su familia. Además deberá dar soporte y apoyo emocional durante el proceso a ambos, colaborando con la satisfacción de sus necesidades de forma integral; así mismo se considera importante explorar la comunicación terapéutica enfermera - paciente con el niño oncológico (Jiménez, 2008).

En España se realizó un trabajo sobre "El empleo del tacto como forma de comunicación del profesional de Enfermería", su objetivo fue intentar clarificar cómo emplea el enfermero/ a de nuestro entorno esta forma de contacto, así como los factores que influyen en el hecho de tocar a un enfermo en cualquiera de nuestros centros hospitalarios. Los resultados obtenidos fueron 85% de respuesta, de los cuales existía un número importante de profesionales que afirmaron haber sido poco o nada tocados en su adolescencia y eso se traduce en su poco hábito táctil tanto en familia como en sus relaciones sociales y con los enfermos (Fidez, et al, 1999)

Con el objetivo de evaluar en México la percepción de las enfermeras sobre una comunicación terapéutica durante la instalación de Venoclisis, se organizó y se mostró una simulación filmada. Los participantes consideraron "buena" la relación interpersonal mostrada; identificaron técnicas de comunicación terapéutica, que, en su mayoría, correspondieron a la categoría de descripción de la experiencia y expresión de pensamientos y sentimientos. No se encontraron diferencias entre docentes y personal asistencial. La dificultad más referida para utilizar técnicas de comunicación fue la detectada en el paciente para relacionarse (Carpio y Quintero, 2000).

Otro estudio planificado y aplicado en Colombia (Bogotá) con el objetivo de describir la comunicación entre el profesional de enfermería y el niño escolar, con diagnóstico de cáncer, en una institución de III nivel de atención permitió concluir que existía una comunicación efectiva entre el personal de enfermería y los niños escolares con cáncer mediada por los principios de interés, respeto y participación, lo que facilitó el diagnóstico de sus necesidades y por consiguiente agilizó y cualificó la atención brindada (Jiménez, 2008).

En San Cristóbal (Venezuela), se realizó una investigación acerca de la "Comunicación asertiva y su relación con la toma de decisiones de la enfermera de atención directa". Su objetivo era determinar la relación entre la comunicación asertiva (en su dimensión técnica de comunicación) y la toma de decisiones (en su dimensión función administrativa). Sus resultados evidenciaron que no existía relación entre la comunicación asertiva y la toma de decisiones (Landeros y Carvalho, 2006)

Otro proyecto titulado "Relación Interpersonal de Enfermería y su Efectividad En Pacientes en La Unidad de Hospitalización, Cirugía y Traumatología del Hospital Militar "Cnel Elbano Paredes Vivas" fue planteado en Maracay para determinar el nivel de las relaciones interpersonales de las enfermeras y su efectividad con enfermos hospitalizados en la Unidad Clínica referida. Los resultados permitieron concluir que en las relaciones interpersonales entre ambos grupos existen factores de orden comunicacional (No verbal, barreras semánticas y psicológicas) que las limitan (Moreno, et al, 1997)

Profesionales de enfermería en la Unidad de Recuperación del Hospital Central de Maracay, Estado Aragua. (Mogollón y Pinto, 2004), procesaron un protocolo cuyo objetivo consistió en analizar la comunicación y la satisfacción de los enfermos en el postoperatorio inmediato.

En Ciudad Bolívar (estado Bolívar), se aplicó un estudio para indagar la influencia de algunos factores sobre la calidad de atención de enfermería en pacientes adultos con soluciones de urgencias en el Hospital Ruíz y Páez, y sus resultados evidenciaron que el 80% de los usuarios no estaban satisfechos por la atención de sus necesidades. El 97% del personal no mostraban respeto por la dignidad humana al momento de proporcionar cuidados al enfermo (Castillo, 1995).

Blanco et al, en el 2008 afirmaron que la información expresada al paciente, como parte integrante de un nuevo modelo de relación clínica basada en un proceso interactivo y comunicativo, contribuye como cualquier otro acto en la actividad asistencial, a mejorar los niveles de calidad en la práctica asistencial. El trabajar en un ambiente estresante, hace que, muchas veces, los enfermeros no utilicen los recursos de la comunicación como proceso terapéutico. De ese modo, se pierde la oportunidad de contribuir para la aproximación de la asistencia hospitalaria recomendada por los principios del Sistema de Salud en la actualidad, que defiende la asistencia integral paralela, a la recuperación del paciente (Araújo y Silva, 2007).

La competencia fundamental, del profesional de enfermería, es la de establecer una relación enfermera-paciente y ello se logra a través de la comunicación terapéutica, que se define como la "que permite establecer lazos significativos entre enfermeras y paciente. En ella se manifiesta la aceptación, el respeto cálido y la

comprensión empática que ayudan al cliente cuando se enfrenta a una dificultad especial" (Panheuff, 1993).

La comunicación como proceso esencial en la relación humana es una herramienta indispensable en el desempeño del profesional de enfermería, ya que la enfermera (o) tiene el don y la responsabilidad de dar cuidado y proveer satisfacción al usuario de los servicios en salud. Lo anterior sólo es posible a través de una buena comunicación ya sea verbal o no verbal, de manera que se pueda establecer una relación de ayuda efectiva, en donde la enfermera pueda interpretar adecuadamente las necesidades del usuario y pueda satisfacerlas a cabalidad (Jiménez, 2008).

En este orden de ideas, se observa que el profesional de enfermería debe tener habilidades y destrezas para establecer la comunicación terapéutica, ya que la misma influye en la calidad de los cuidados; especialmente en los enfermos oncológicos, situación que frecuentemente es traumática en su proceso de recuperación, llevándolos a vivenciar ansiedad, miedo y angustia; por tanto, requiere del apoyo del profesional de enfermería a través de la comunicación terapéutica y, por consiguiente, influye en la calidad del cuidado con la finalidad de contribuir con su pronta recuperación (Mogollón y Pinto, 2004).

La comunicación es un conjunto esencial para la supervivencia de todas las criaturas, proceso por el cual una persona transmite a otros pensamientos, sentimientos e ideas. Es un instrumento para que una persona comprenda a otra, el sujeto acepte a los demás y sea aceptado (Leddy y Pepper, 1990). Es un proceso que moviliza todas las acciones humanas, siendo capaz de dar soporte a la organización y funcionamiento de todos los grupos sociales. Por medio de la habilidad de percibir y

comunicar, el individuo enriquece su referencial de conocimientos, trasmite sentimientos y pensamientos, aclara, interactúa y conoce lo que los otros piensan y sienten (Barcellos y Camponogara, 2001).

El profesional de enfermería, con la intención de ayudar al enfermo en su proceso de recuperación utiliza diversas técnicas como el mensaje que comprende las ideas y sentimientos, que trasmite a través de codificadores como expresiones tanto verbales como no verbales. El contacto físico, cuyo contenido será interpretado por el decodificador del enfermo como consuelo, esperanza y tranquilidad en esos momentos; y el receptor, que es el enfermo, a quien van dirigidos los cuidados y la atención. Bajo esta perspectiva, algunos autores indican que dentro de la práctica de enfermería se encuentra la comunicación terapéutica (Kozzier, et al, 2005), definida como un proceso que ayuda a vencer temporalmente el estrés, a entenderse con otras personas, a ajustarse a lo inalterable, y a vencer los bloqueos psicológicos que hay en el proceso de autorrealización" (Mogollón y Pinto, 2004).

Por tanto el profesional de enfermería al establecer la comunicación con el enfermo deberá hacer gestos que transmitan interés, por su situación hará contacto visual y asumirá posturas corporales que denoten disposición de ayuda al expresar sus inquietudes y necesidades. Con el conocimiento del mismo, el profesional de enfermería dispondrá de los elementos necesarios para proporcionar satisfacción de las necesidades con cuidados de calidad, es decir seguros, oportunos, adecuados y libres de riesgos (García,C., 2010).

Continuando con el desarrollo de la comunicación, como instrumento de trabajo del profesional de enfermería, algunos autores señalan dos formas de comunicación: Verbal y No Verbal (Protter y Grifing, 1996).

La comunicación verbal consiste “en las palabras habladas o escritas” (Protter y Grifing, 1996). La comunicación verbal, constituye el lenguaje expresado con las palabras o sonidos vocales, por otra parte, otros autores expresan, que "...el uso de la comunicación verbal requiere la capacidad de percibir, comprensión y trasmisión de los mensajes tanto escritos como orales" (Kozzier, et al, 2005).

En el marco de la comunicación terapéutica, está presente la No verbal; se refiere a transmitir mensajes a través del cuerpo, por gestos, posturas, expresión facial y sonidos, entre otros, como la definen algunos autores "... los mensajes que se envían y reciben sin utilizar las palabras". En ello participan los sentidos, es la percepción de contenidos o mensajes que se envían a través de canales distintos al habla o la escritura; es decir, gestos, contacto visual, forma de caminar, vestir y posturas corporales; lo que está relacionado con signos no lingüísticos (Kozzier, et al, 2005; Mogollón y Pinto, 2004).

"La comunicación no verbal se realiza a través de multitud de signos de gran variedad: Imágenes sensoriales (visuales, auditivas, olfativas...), sonidos, gestos, movimientos corporales" expresa Certero (1999). Entre las características más significativas destaca: mantiene una relación con la comunicación verbal, ya que suelen emplearse juntas; por otra parte, actúa como reguladora del proceso de comunicación, contribuyendo a ampliar o reducir el significado del mensaje y

generalmente, cumple mayor número de funciones que la verbal, pues lo acompaña, completa, modifica o sustituye en ocasiones (Certero, 1999).

En este orden de ideas, la calidad y cantidad de información que se transmite entre el profesional de enfermería y el enfermo van a estar influenciadas por una serie de variables propias de la relación. Entre ellos destacan los principios en los cuales se sustenta; que expresan toda habilidad o técnica de la comunicación terapéutica se apoya en ocho principios: Aceptación, Interés, Respeto, Honestidad, Concreción, Asistencia, Permiso y Protección; que sirven de pauta para interacciones eficaces con los pacientes. (Kozzier, et al, 2005).

El principio de Aceptación, lo describen como "...una forma inicial de crear un entorno terapéutico al aceptar al enfermo como un individuo con necesidades, con características propias y que deben ser aceptadas ante su derecho de respetar su dignidad" (Protter y Grifing, 1996). Cada uno responde de manera diferente ante la enfermedad. Es la enfermera, quien debe tratar de conocer y comprender la situación y respuesta de cada uno para poder ofrecer apoyo, reforzar las defensas, hacerlo sentir protegido y seguro, responder a las preguntas que formule, darle la información precisa y comprensible (Ariza, 2002).

El principio de Interés, comprende de lo genuino del profesional de enfermería al expresar su deseo de ayudar al enfermo. La muestra o reflejo de atención y la voluntad de proporcionar el cuidado es de gran valor para el enfermo; que requiere ser atendido de manera solícita y manifestar preocupación por éste. También el interés, se puede transmitir mediante preguntas acerca de su condición: cómo se encuentra, cómo se siente, cómo está; preguntas que expresadas en tonos cordiales y

amables muestran la disposición al acercamiento y el deseo de ayudar. (Kozzier, et al, 2005).

Otro principio fundamental es el respeto, que manifiesta la "aceptación incondicional". Esta se traduce en que, el profesional de enfermería, debe apreciar al enfermo en su condición humana, valorarlo y reconocer sus derechos ante la toma de decisiones, asumiendo su responsabilidad (Giordanni, 1997). También ha sido manifestado por García (1998) que el respeto permite mantener la dignidad del enfermo, cuando experimenta una mayor desprotección. En este sentido, el profesional de enfermería muestra consideración, y acepta las ideas y pensamientos del enfermo.

El principio de honestidad, permite advertir la autenticidad en que el profesional de enfermería logra ayudar al enfermo. De acuerdo con lo expuesto, el profesional de enfermería requiere manifestarse coherente, franco y abierto ante lo que expresa. Debe haber congruencia entre lo que verbaliza y transmite de manera no verbal (Kozzier, et al, 2005).

En esta misma línea, el principio de honestidad afirma que "Dar información adecuada, suficiente y oportuna a la persona, familia y comunidad de acuerdo con sus necesidades, solicitud y capacidad de comprensión". Evidentemente el principio de honestidad para el profesional de enfermería, conduce a dar información y explicar acerca de los procedimientos técnicos, preparaciones para exploraciones, exámenes y tratamientos con el objetivo de asegurar el ejercicio de su autonomía y obtener su consentimiento (Ariza, 2002).

A objeto de enfatizar en la comunicación terapéutica y los principios que la conforman, la concreción, consiste en "...la precisión y claridad con que se expresa el profesional de enfermería hacia el enfermo". Es decir, el profesional de enfermería debe expresar con exactitud lo que desea, sin dejar en el enfermo dudas o interpretaciones erradas del mensaje emitido, de allí que la concreción implique también la claridad, comunicarse con palabras comprensibles, adecuadas a su conocimiento o condición, siendo congruente entre lo que expresa verbalmente y su forma no verbal (Kozzier, et al, 2005).

En el marco de la comunicación terapéutica, el principio de la asistencia, constituye la esencia del cuidado de enfermería, en el radica la protección de la vida humana, lo que se convierte en el centro de la reflexión, el objeto del conocimiento, del saber y del quehacer del profesional de enfermería. En atención a la función que cumple la comunicación terapéutica en el cuidado del enfermo, el principio "permiso", (Kozzier, et al, 2005), debe ser considerado por el profesional de enfermería al establecer la comunicación terapéutica con el enfermo, su consentimiento ante la intervención, explicarle los procedimientos, y las opciones para que autorice los mismos.

La comunicación terapéutica, como instrumento de trabajo para el profesional de enfermería, adquiere trascendencia al aplicar los principios, entre ellos el de "protección", que cual en el campo de acción comprende la aplicación de los principios éticos de beneficencia y no mal eficiencia, lo que representa para el profesional de enfermería procurar el bienestar del enfermo por su condición de indefenso. Ante esta condición debe ser protegido y garantizada su seguridad (Kozzier, et al, 2005)

Esta última, la Seguridad, como lo sustenta Espino, significa que "...el enfermo se siente confiado y con garantía de su protección física, así como su protección emocional". De esta forma, la seguridad y protección son sinónimos cuando el profesional de enfermería resguarda el medio o entorno del enfermo, técnicas para la prevención de infecciones y contaminación intra hospitalaria al igual que la ausencia de dolor físico, con respecto a la amenaza psicológica y la existencia de un ambiente ordenado y predecible (Espino, 2001).

Dentro de este contexto las técnicas de comunicación terapéutica: Escuchar con atención, paráfrasis, aclarar, utilizar preguntas y declaraciones abiertas, centrarse, ser explícito e informativo, uso del tacto, uso del silencio, proporcionar indicaciones generales y resumir (Kozzier, et al, 2005).

Las técnicas de comunicación terapéutica son guías, estrategias o líneas generales de acción que pueden ser utilizadas en la interacción con el paciente, no sólo para la memorización mecánica. Al utilizarlas, la enfermera considera en cada acción el conocimiento y la creatividad necesarios para cada situación. El carácter verbal y no verbal de estas técnicas requiere el desarrollo de habilidades para crear un clima terapéutico (Stefanelli, 1985; Stefanelli y Carvalho, 2005). Durante el procedimiento de la comunicación terapéutica se irán implementando las técnicas y habilidades comunicativas (Stefanelli, 1985).

Es por medio de la construcción de la comunicación que el profesional de enfermería puede cumplir exitosamente con el objetivo de su profesión, que es el cuidar la vida y la salud, ayudando al niño y a su familia a prevenir y afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento. De ser necesario ayudarles a dar

sentido a estas experiencias. En el caso específico del niño con diagnóstico de cáncer es aún más importante la comunicación tanto con el niño como con su familia, por lo que representa el diagnóstico en sí y el impacto del tratamiento de la enfermedad (Jiménez, 2008).

Otros factores que podrían dificultar la comunicación profesional de enfermería-paciente es la limitación del recurso humano y la falta de tiempo, porque en la mayoría de las instituciones hay poco personal, al que, además, se le asigna un gran número de pacientes y funciones (Naranjo y Ricaurte, 2006).

Establecer una comunicación plenamente humana entre enfermera y el niño requiere tiempo. Esto trae como consecuencia una inadecuada utilización terapéutica ya, definida como “la capacidad de utilizar la propia personalidad de forma consciente y con plena intención para intentar establecer relaciones y estructurar la intervención de enfermería. Requiere introspección, comprensión de uno mismo, entendimiento de la dinámica de la conducta humana, capacidad para interpretar las aptitudes propias y las de los demás y habilidades para intervenir con eficacia en las situaciones de enfermería” (Naranjo y Ricaurte, 2006).

Como consecuencia de las reflexiones a que conducen la revisión de la bibliografía especializada se puede afirmar que, Venezuela y el estado Bolívar no escapan a la poca importancia que se le da en general al manejo terapéutico de la comunicación enfermera-paciente. Esta realidad permite organizar un protocolo orientado a determinar como se desarrolla la actitud, comunicación del profesional enfermera(o) con el paciente en el servicio de Oncología Pediátrica de la Unidad Oncológica Virgen del Valle. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar.

JUSTIFICACIÓN

Los estudios acerca de la relación terapéutica enfermera – paciente, a nivel internacional muestran que, siendo la relación de ayuda fundamental en el cuidado de enfermaría; a nivel práctico esta relación se ve afectada por falta de tiempo del grupo de enfermeras (García, et al, 2010). En el mismo sentido, en España se encontró que es importante en el pre- postgrado de las enfermeras profesionales incluir dentro de las asignaturas la comunicación como base fundamental de la relación enfermera paciente (Jiménez, 2008).

Son pocos los estudios que existen en Colombia acerca de la comunicación como herramienta terapéutica en el tratamiento de los niños con cáncer. Entre ellos se encontró un estudio hecho en Antioquia donde hace alusión a la importancia que tiene la comunicación terapéutica enfermera – paciente, donde se define cómo la comunicación es el proceso mediante el cual el profesional de enfermería establece una relación con el paciente (Naranjo y Ricaurte, 2006).

El enfermero(a), es un profesional humano dinámico, amable, cálido, accesible, analítico, eficiente, responsable, positivo, en permanente actualización y gestor de cambios, que ha adquirido competencias científico-técnicas en el marco del desarrollo de la ciencia, tecnología, institucional y del país para brindar cuidado postoperatorio inmediato y ayuda al paciente quirúrgico, familia y/o comunidad. La comunicación se convierte en un instrumento de trabajo del profesional de enfermería al facilitar al enfermo expresar sus necesidades y/o problemas (García, 1998).

El paciente tiene la necesidad de comunicarse con los demás y es necesario que el profesional de enfermería debiera adaptarse al nivel de su lenguaje para comprenderlo, además debería observar al enfermo en sus gestos, y descubrir en sus palabras sus necesidades. De esta forma, la complejidad de los cuidados hace que el profesional de enfermería debe ser capaz de desarrollar un modelo de atención sistémico e integral, lo que implica poner en práctica la valoración de criterios preestablecidos sustentado en los estándares de enfermería validados por un proceso de análisis, diseño, desarrollo e implementación que se fundan en el método científico y solución de problemas, teniendo como base fundamental la comunicación, con la finalidad de garantizar cuidados de enfermería de alta calidad. (Hallas, et al, 1995)

La forma en la que nos comunicamos es un tema de consulta e investigación frecuente en otras áreas del conocimiento, como las ciencias económicas, administrativas y por supuesto humanas, ya que si los usuarios sujetos de la atención no se encuentran satisfechos con la comunicación que establecen con los profesionales que les atienden, es difícil desarrollar o llegar al cumplimiento de los objetivos para los cuales se ha desarrollado la atención (Jiménez, 2008)

Es de interés internacional discutir ideas para el fortalecimiento de capacidades y desarrollar mapas de competencias para distintos profesionales en el campo de la comunicación en salud, es así como el profesional de enfermería debe asumir el proceso de comunicación como herramienta esencial en la tarea de proveer cuidado en un mundo globalizado (Jiménez, 2008; Mogollón y Pinto, 2008).

Por lo anteriormente expresado se hace necesario encontrar herramientas terapéuticas nuevas en el acercamiento al niño con cáncer ya que puede tener un

impacto positivo bilateral que mejore tanto la calidad del ejercicio profesional como la calidad de vida del niño y su familia. El abordaje de la comunicación hacia el niño con diagnóstico de cáncer contribuye a mejorar la calidad de la atención de los servicios de oncología pediátrica, abre paso al conocimiento del paciente pediátrico con cáncer y ofrece herramientas para mejorar la atención y la satisfacción de las necesidades de estos pacientes. Provee además, de la satisfacción propia de brindar un cuidado de calidad y por último invita a crear nuevos protocolos de atención para el niño con cáncer.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la comunicación terapéutica enfermera – paciente en el servicio de oncología pediátrica de la Unidad Oncológico Virgen del Valle, Ciudad Bolívar, Edo Bolívar, durante el primer trimestre del 2012.

Objetivo específicos

- ❖ Identificar el nivel académico del personal de enfermería.
- ❖ Clasificar el personal de enfermería según sexo y edad.
- ❖ Verificar la aplicación de los principios de la comunicación terapéutica del personal de enfermería. (Aceptación, Interés, Respeto, Honestidad, Concreción, Asistencia, Permiso y Protección).
- ❖ Valorar la jornada laboral del personal de enfermería para la comunicación terapéutica.

METODOLOGÍA

Todas las unidades tratadas han intentado exponer el objeto de la investigación y los elementos a estudiar. Sin embargo, es necesario explicar cómo se llevará a cabo el estudio, lo que se engloba en lo que se denominará diseño metodológico. Se utilizan además, los términos “métodos” y “procedimientos”, entre otros; no obstante, más importante que la denominación es determinar qué se incluye en la metodología (Canales, et al, 2000). Lo que se justificara ya que durante la investigación la fuente de información principal la constituirán los profesionales de enfermería del servicio de oncología pediátrica.

Tipo de estudio

Se realizó en un lapso de tres meses y se empleó un estudio cuantitativo descriptivo, que en función a los objetivos planteados, aplicó un diseño de campo a través de la observación directa del actuar del profesional, que permitió un acercamiento a la comunicación y a la forma en que los profesionales de enfermería se comunican con los niños. Ya que los estudios descriptivos son aquellos que están dirigidos a determinar “como es” o “como esta” la situación de las variables que deberán estudiarse en una población; la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia), y en quienes, donde y cuando se está presentando determinado fenómeno (Canales, et al, 2000).

Universo y muestra

El universo es el conjunto de individuos y objetos de los que se desea conocer algo en una investigación y la muestra, no puede ser seleccionada arbitrariamente, los estudios de este campo han planteado algunas consideraciones que deben tenerse presente en el proceso de muestreo (Canales, et al, 2000). El universo estuvo conformado, por los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de oncología pediátrica de la Unidad Oncológica Virgen del Valle, los cuales están representados por los dos turnos y se considerará como muestra el total de la población.

Criterios de Inclusión

- Todo personal Enfermero(a) activo en el área oncología pediátrica de la Unidad Oncológica Virgen del Valle en los tres turnos de trabajo.
- Todo el Personal de Enfermería que desee colaborar.

Criterios de exclusión

- Personal Enfermero que no desee participar en el estudio.
- Personal Enfermero que se encuentren de vacaciones, reposo, permiso, alto riesgo o día libre.

Método de recolección de datos

Se utilizó el método de Observación, el cual es el registro visual de lo que ocurre en una situación real, clasificando y consignando los acontecimientos pertinentes de acuerdo con algún esquema previsto y según el problema que se estudia (Canales, et al, 2000).

Se aplicó a cada profesional de enfermería una guía de observación (anexo 1) que cuenta con 15 ítems, basada en una escala de estimación (SI y NO). Dichas observaciones se llevaron a cabo de forma directa durante los dos turnos de atención del servicio. El método de recolección de datos constituyen los lineamientos para obtener la información necesaria y dar respuesta a las interrogantes de estudio, en este sentido, al ser un diseño de campo se consideró la observación con el fin de describir la comunicación terapéutica Enfermera–Paciente que realiza el profesional de enfermería.

Procedimientos

Se realizó una carta dirigida a la dirección de la Unidad Oncológica Virgen del Valle informándoles a las autoridades la realización de este estudio además de informarles a los profesionales de enfermería participantes a través de una reunión informativa, el nombre de la investigación y su objetivo general, sin mencionar los objetivos específicos, con la finalidad de no crear sesgos de comportamientos durante

la observación, además de obtener el consentimiento verbal de la participación en la investigación.

Para la recolección de los datos se empleó una guía de observación con el fin de tomar los hechos de la realidad en donde suceden sin ningún tipo de manipulación ejercida por el investigador o los observados. La guía fue aplicada por las investigadoras y constó de dos partes: datos para la caracterización socio demográfica de la población participante; y la segunda contuvo los principios de la comunicación y los ítems que caracterizan a cada uno.

A partir del consentimiento verbal de los participantes, se procedió a obtener datos de la caracterización socio demográfico de la población. Se asignó un valor numérico por motivos de discreción y confidencialidad de sus identidades.

Se inició el trabajo de observación en el turno de la mañana del día 1, y se prestó atención específica a la aplicación de los principios de la comunicación en la relación enfermera-paciente, observando a cada profesional de enfermería en su relación con tres pacientes distintos, en diferentes momentos del turno laboral, aplicando a cada paciente una guía de observación diferente, es decir que por cada profesional participante se aplicaron tres guías de observación para un total de 27 observaciones, durante 10 días.

Plan de Tabulación y análisis

Posteriormente a partir de los datos obtenidos en las guías, se analizó la información recolectada bajo la estadística descriptiva, y se utilizó el análisis por distribución de frecuencias, obteniendo los resultados de la investigación.

Validación Y Confiabilidad

En cuanto a la validación y confiabilidad de la futura investigación se utilizó una guía de observación, tomada y adaptada del trabajo de grado “Comunicación entre el profesional de enfermería y el niño escolar con diagnóstico de cáncer”, realizado por Jiménez en el 2008; fue aplicada a los profesionales de enfermería participantes en la investigación, y permitió recolectar los datos de la realidad sin manipulación alguna de los investigadores instrumento perseguirá como objetivo fundamental determinar mediante el juicio de expertos, un criterio preciso en la correspondencia que debe existir entre el contenido del instrumento y los objetivos que se persiguen. ni de los observados. Así como también el instrumento fue validado por 5 expertos en el área como estadista, licenciada en enfermería, pediatra, pediatra con especialidad en oncología. En esta investigación la validez del instrumento perseguirá como objetivo fundamental determinar mediante el juicio de expertos, un criterio preciso en la correspondencia que debe existir entre el contenido del instrumento y los objetivos que se persiguen.

RESULTADOS

Cuadro N° 1

Distribución de frecuencia según el nivel académico del personal de enfermería en el servicio de oncología pediátrica de la Unidad Oncológica Virgen del Valle, Ciudad Bolívar, Edo Bolívar. Primer trimestre 2012.

Grado de instrucción	N°	%
Licenciatura	10	45,45
T.S.U	12	54,55
Auxiliar	0	-
Total	22	100

Fuente: Encuesta aplicada por Prado y Rojas, 2012.

Análisis: del cuadro anterior se puede observar que el mayor porcentaje del personal de Enfermería con un 45,45% son Licenciadas y un 54,55% son Técnicos superior.

Cuadro N° 2

Distribución de frecuencia según la edad y el sexo del personal de enfermería en el servicio de oncología pediátrica de la Unidad Oncológica Virgen del Valle, Ciudad Bolívar, Edo Bolívar. Primer trimestre 2012.

Caract.	SEXO					
	Fem		Masc		Total	
Edad	Fem	%	Masc	%	Total	%
21 - 25	6	27,27	1	4,45	7	31,82
26 - 30	4	18,18	1	4,45	5	22,73
31 - 35	4	18,18	-	-	4	18,18
36 - 40	3	13,64	1	4,45	4	18,18
41 - 45	2	9,09	-	-	2	9,09
Totales	19	86,36	3	13,64	22	100

Fuente: Encuesta aplicada por Prado y Rojas, 2012.

Análisis: se puede visualizar el comportamiento porcentual de la edad de los profesionales observados. En su mayoría los profesionales de enfermería observados se encuentran entre los 21 a 25 años con un 31,82%, de los cuales un 27,27% lo representa el sexo femenino y el 4,45% el sexo masculino, en menor porcentaje los

profesionales que se encuentran en el rango de 26 a 30 años con 22,73%, de los cuales un 18,18% corresponde al sexo femenino y un 4,45% pertenece al sexo masculino. Y en el último rango de la escala, aquellos que se encuentran entre los 31 a 35 años y 36 a 40 años representados por un 18,18% respectivamente, culminando con los profesionales que se encuentran entre 41 a 45 años con un 9,09%

Cuadro N° 3

Distribución de frecuencia según la aplicación del principio de interés del personal de enfermería en el servicio de oncología pediátrica de la Unidad Oncológica Virgen del Valle, Ciudad Bolívar, Edo Bolívar. Primer trimestre 2012.

<i>Items</i>	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>	Total	%
<i>Interés</i>						
1. ¿El Profesional de enfermería responde a las preguntas del paciente respecto de su Enfermedad y Tratamiento?	19	86,36	3	13,64	22	100
2. ¿El profesional de enfermería acude al llamado del paciente durante los siguientes 5 minutos?	15	50,09	9	40,91	22	100
3. ¿El profesional de enfermería escucha con atención las opiniones del paciente respecto de su tratamiento?	21	95,45	1	4,55	22	100
4. ¿El profesional de enfermería pregunta al paciente sobre su estado físico y emocional a diario?	14	63,64	8	36,36	22	100
5. ¿El profesional de enfermería cuida y provee que el paciente se encuentre cómodo y confortable?	12	54,55	10	45,45	22	100

Fuente: Encuesta aplicada por Prado y Rojas, 2012.

Análisis: en el cuadro anterior están representados los porcentajes de los profesionales que aplican o no los 5 ítems que contiene el principio de interés. Los datos observados son relevantes en cuanto al primer ítem con una aplicación del 86,36% lo que representa que más de la mitad de los profesionales observados responden de manera oportuna las preguntas del niño y despejan sus dudas respecto del tratamiento, el 13,64% restante no aplicó el principio por tres razones básicas observadas: primero, en algunos casos no es competencia del profesional de enfermería responder ciertas inquietudes del niño que son de manejo interdisciplinario, segundo, algunos profesionales no estaban preparados para responder coherentemente a las preguntas del niño y tercero algunos respondieron por falta de tiempo, así que les pidieron el favor de hablar con otro profesional.

La oportunidad de la respuesta al llamado con un 50,09% muestra que según lo observado, el profesional ya sea por ocupaciones administrativas o asistenciales no alcanza a responder al llamado de todos los pacientes durante los siguientes 5 minutos, esto deja ver también que sería ideal el tener más apoyo humano y profesional en enfermería para poder brindar un cuidado más humanizado y de calidad y así distribuir equitativamente las cargas administrativas y asistenciales.

Las cifras en la aplicación del 4 y 5 ítem del principio de interés con 63,64% y 54,55% respectivamente, esto representa que los profesionales se preocupan significativamente por el estado físico y emocional del niño así como también de proveer confort y comodidad, lo que es de suma importancia en el niño con cáncer ya que por su condición en algunas ocasiones hacia la mejoría y otras hacia el deterioro, puede presentar cambios significativos de un turno de trabajo a otro, de los cuales el profesional necesita estar enterado para proveer un cuidado humanizado y de calidad.

Se puede distinguir entonces que los profesionales aplican significativamente cada uno de los indicadores del principio de interés en su relación de comunicación con el niño escolar con diagnóstico de cáncer.

Cuadro N° 4

Distribución de frecuencia según la aplicación del principio de respeto del personal de enfermería en el servicio de oncología pediátrica de la Unidad Oncológica Virgen del Valle, Ciudad Bolívar, Edo Bolívar. Primer trimestre 2012.

<i>Respeto</i>	Sí	%	No	%	Total	%
1. ¿El profesional de enfermería saluda al paciente?	22	100	-	-	22	100
2. ¿El profesional de enfermería siempre llama al paciente por su nombre?	21	95,45	1	4,55	22	200
3. ¿El profesional de enfermería provee protección a la intimidad física del paciente?	16	72,73	6	27,27	22	100

Fuente: Encuesta aplicada por Prado y Rojas, 2012.

Análisis: en el cuadro anterior se puede observar claramente que la aplicación de los ítems que contiene el principio de respeto son significativamente altas. Llama la atención los ítems 1 con un 100% y 2 con un 95,45%, lo que demuestra que el profesional de enfermería en su mayoría, se caracteriza por su forma respetuosa de dirigirse a otros y disposición por brindar información oportuna y veraz acerca de los procedimientos tanto clínicos como administrativos. De hecho, el profesional de

enfermería es por lo general el apoyo del niño y su familia, y punto de referencia y apoyo en situaciones de manejo crítico como lo es el cáncer. También es visible la preocupación del profesional por la protección de la intimidad física del niño, en un 72,73% de los casos que brinda seguridad y confianza y que permite que el niño se sienta protegido y seguro en el ambiente hospitalario.

Cuadro N° 5

Distribución de frecuencia según la aplicación del principio de asistencia del personal de enfermería en el servicio de oncología pediátrica de la Unidad Oncológica Virgen del Valle, Ciudad Bolívar, Edo Bolívar. Primer trimestre 2012.

<i>Asistencia</i>	Si	%	No	%	Total	%
1. ¿El profesional de enfermería al acercarse verifica la satisfacción de las necesidades básicas?	6	27,27	16	72,73	22	100
2. ¿El profesional de enfermería habla con el paciente de forma cordial y amable?	22	100	-	-	22	100
3. ¿El profesional de enfermería permite que el paciente exprese de forma libre sus ideas respecto a su enfermedad?	11	50	11	50	22	100
4. ¿El profesional de enfermería permite que el paciente busque información de forma oral o escrita respecto a su enfermedad?	4	18,18	18	81,82	22	100
5. ¿El profesional de enfermería provee y estimula al paciente otras formas de expresión tales como el juego o la pintura?	6	27,27	18	72,73	22	100

Fuente: Encuesta aplicada por Prado y Rojas, 2012.

Análisis: en cuanto al principio de asistencia, en su totalidad los profesionales hablan con el niño de manera cordial y amable. El profesional de enfermería permite que los niños expresen de forma libre sus ideas respecto a su enfermedad en un 50%. Los ítems 1 y 5 representan un 27,27%, en los que los profesionales verifican la satisfacción de las necesidades y estimulan al niño formas de expresión como el juego y la pintura. Estas cifras indican que los profesionales de enfermería observados no lo aplicaron porque, como se pudo observar, el profesional no tiene tiempo para proveer los recursos lúdicos al niño puesto que debido a la carga asistencial y administrativa es imposible disponer del tiempo necesario para poner a disposición del niño las herramientas para jugar y pintar y compartir con él la experiencia. Cabe resaltar que el juego y el dibujo como forma de expresión universal de los niños, reduce ostensiblemente el estrés generado por la hospitalización y permite la expresión de sentimientos; a través de estas expresiones se puede diagnosticar también el estado emocional del niño, su estado físico, como percibe el entorno y que necesita de él.

Cuadro N° 6

Distribución de frecuencia según la aplicación del principio de aceptación del personal de enfermería en el servicio de oncología pediátrica de la Unidad Oncológica Virgen del Valle, Ciudad Bolívar, Edo Bolívar. Primer trimestre 2012.

<i>Aceptación</i>	Si	%	No	%	Total	%
1. ¿El profesional de enfermería realiza una valoración física para dar cuidados individualizados?	1	4,55	21	95,45	22	100
2. ¿El profesional de enfermería acepta las creencias del paciente y familiares?	22	100	-	-	22	100
3. ¿El profesional de enfermería respeta las decisiones tomadas por el paciente?	12	54,55	10	45,45	22	100

Fuente: Encuesta aplicada por Prado y Rojas, 2012.

Análisis: en el cuadro anterior se expresan los resultados del principio de aceptación y se obtuvo que un 100% acepta las creencias del paciente y de sus familiares. Más de la mitad de los profesionales, representado por un 54,55%

respetar las decisiones tomadas por el paciente. En cuanto a realizar la valoración física para proporcionar cuidados un 95,45% del personal no lo hace.

Cuadro N° 7

Distribución de frecuencia según la aplicación del principio de honestidad del personal de enfermería en el servicio de oncología pediátrica de la Unidad Oncológica Virgen del Valle, Ciudad Bolívar, Edo Bolívar. Primer trimestre 2012.

<i>Honestidad</i>	Si	%	No	%	Total	%
1. ¿El profesional de enfermería orienta al paciente en cuanto a sus inquietudes de su enfermedad y tratamiento?	15	68,18	7	31,82	22	100

Fuente: Encuesta aplicada por Prado y Rojas, 2012.

Análisis: en cuanto al principio de honestidad se obtuvo que el 68,18% si brinda orientación al paciente sobre sus dudas e inquietudes de su enfermedad y el tratamiento. El 31,82% prefiere no involucrarse al dar ese tipo de información y los refiere al equipo interdisciplinario

Cuadro N° 8

Distribución de frecuencia según la aplicación del principio de coherencia del personal de enfermería en el servicio de oncología pediátrica de la Unidad Oncológica Virgen del Valle, Ciudad Bolívar, Edo Bolívar. Primer trimestre 2012

<i>Coherencia</i>	Si	%	No	%	Total	%
1. ¿El profesional de enfermería expresa información de manera precisa para ayudar al paciente en la satisfacción de sus necesidades?	10	45,45	12	54,55	22	100
2. ¿El profesional de enfermería usa un lenguaje adecuado para la edad y madurez del paciente?	22	100	-	-	22	100

Fuente: Encuesta aplicada por Prado y Rojas, 2012.

Análisis: según el principio de coherencia un 54,55% no expresa información de forma precisa al paciente con la finalidad de colaborar a satisfacer sus necesidades, mientras que el 100% del personal utiliza un lenguaje acorde a la edad y madurez de los pacientes.

Cuadro N° 9

Distribución de frecuencia según la aplicación del principio de permiso del personal de enfermería en el servicio de oncología pediátrica de la Unidad Oncológica Virgen del Valle, Ciudad Bolívar, Edo Bolívar. Primer trimestre 2012

<i>Permiso</i>	Si	%	No	%	Total	%
1. ¿El profesional de enfermería obtiene el consentimiento del paciente para los procedimientos de carácter invasivo?	17	77,27	5	22,73	22	100
2. ¿El profesional de enfermería suministra información al paciente acerca de las intervenciones de cuidado?	12	54,55	10	45,45	22	100

Fuente: Encuesta aplicada por Prado y Rojas, 2012.

Análisis: en la distribución de frecuencia del personal según la aplicación del principio de permiso se obtuvo que el 77,27% solicita el consentimiento para realizar procedimientos invasivos, mientras que un 54,55% proporciona información sobre las intervenciones de cuidado.

Cuadro N° 10

Distribución de frecuencia según la aplicación del principio de seguridad del personal de enfermería en el servicio de oncología pediátrica de la Unidad Oncológica Virgen del Valle, Ciudad Bolívar, Edo Bolívar. Primer trimestre 2012.

<i>Seguridad</i>	Si	%	No	%	Total	%
1. ¿El personal de enfermería vigila al paciente durante la deambulaci3n?	11	50	11	50	22	100
2. ¿El profesional de enfermería resguarda la integridad física del paciente colocando la baranda?	-	-	22	100	22	100

Fuente: Encuesta aplicada por Prado y Rojas, 2012.

Análisis: en cuanto al principio de seguridad el 50% del personal vigila a los pacientes durante la deambulaci3n y de la poblaci3n estudiada el 100% no coloca las barandas para resguardar la integridad física del paciente.

Cuadro N° 11

Distribución de frecuencia según la jornada laboral del personal de enfermería en el servicio de oncología pediátrica de la Unidad Oncológica Virgen del Valle, Ciudad Bolívar, Edo Bolívar. Primer trimestre 2012.

Jornada Laboral	N°	%
7/1	14	63,64
1/7	8	36,36
7/7	0	-
Total	22	100

Fuente: Encuesta aplicada por Prado y Rojas, 2012.

Análisis: en el cuadro anterior se evidencia la distribución del personal según la jornada laboral, obteniéndose que el 63,54% corresponde al turno de 7/1, seguido por un 36,36% del personal que labora en el turno de 1/7. En el actualidad el Oncológico presta servicios ambulatorios por lo que no posee hospitalización y no se encuentra activo el turno 7/7.

DISCUSIÓN

La investigación realizada sobre la comunicación terapéutica enfermera – paciente en el servicio de oncología pediátrica de la Unidad Oncológica Virgen del Valle, Ciudad Bolívar, Edo Bolívar, durante el período de Enero-Marzo, 2012, contó con 22 profesionales en enfermería que participaron de manera voluntaria y arrojó los siguientes resultados:

Los profesionales observados pertenecen al género femenino con un 86,36%, de las cuales un 45,45% son Licenciadas y un 54,55% son Técnicos y en menor porcentaje se encuentran los miembros del género masculino con un 13,64%, de los cuales dicho porcentaje corresponde a Técnicos. Estos datos coinciden con los del estudio realizado en Colombia por Jiménez en el 2008, titulado “Comunicación entre el profesional de enfermería y el niño escolar con diagnóstico de cáncer” en la que los profesionales observados pertenecían al género femenino con un 78% y en menor porcentaje los miembros del género masculino con un 22% (Jiménez, 2008).

Tomando en cuenta la edad, sexo y el grado de instrucción en su mayoría los profesionales de enfermería observados se encuentran entre los 21 a 25 años con un 31,82%, de los cuales un 27,27% lo representa el sexo femenino y el 4,45% el sexo masculino, en menor porcentaje los profesionales que se encuentran en el rango de 26 a 30 años con 22,73%, de los cuales un 18,18% corresponde al sexo femenino y un 4,45% pertenece al sexo masculino. En su mayoría los profesionales de enfermería se encuentran entre los 21 a 25 años con un 31,82%, de los cuales un 18,18% lo representa los técnicos y el 13,64% los licenciados.

Los datos anteriores difieren con los obtenidos en Colombia en el 2008 por Jiménez en los que los profesionales de enfermería observados se encuentran entre los 31 a 40 años con un 58%, en menor porcentaje los profesionales que se encuentran en el rango de 20 a 30 años con un 33% y en el último rango de la escala aquellos que se encuentran entre los 41 a 50 años. El 78 % de la población observada no tiene formación de postgrado, mientras que el 22% tiene formación posgraduada en pediatría y pediatría oncológica (Jiménez, 2008).

Los porcentajes de los profesionales que aplican el principio de interés en cuanto al primer ítem fueron 86,36% lo que representa que más de la mitad de los profesionales observados responden de manera oportuna las preguntas del niño y despejan sus dudas respecto del tratamiento, el 13,64% restante no aplicó el principio. Estos datos coinciden con la investigación de Jiménez en los cuales el 52% de los profesionales observados responden de manera oportuna las preguntas del niño y despejan sus dudas respecto del tratamiento, el 48% no aplicó el principio (Jiménez, 2008).

La oportunidad de la respuesta al llamado está presente con un 50,09%. Datos similares fueron obtenidos en la investigación realizada en Colombia en el 2008 por Jiménez, en los que la oportunidad de la respuesta al llamado con un 74% muestra que según lo observado (Jiménez, 2008).

Las cifras en la aplicación del 4 y 5 ítem del principio de interés con 63,64% y 54,55% representando que los profesionales se preocupan significativamente por el estado físico y emocional del niño así como también de proveer confort y comodidad. Estos hallazgos coinciden con los de Jiménez, cuyos ítems del principio están

presentes con 96% y 100% respectivamente (Jiménez, 2008). Estos datos difieren con los obtenidos por Pinto y Mogollón en el 2004, cuyos resultados denotaron que el 50% de dichos profesionales no se preocupan por el enfermo mientras que el resto (50%) si lo hacen. Acerca de realizar preguntas para iniciar la comunicación se apreció en igual porcentaje que en la observación anterior. (Pinto y Mogollón, 2004).

En cuanto al principio de respeto se obtuvo que el 100% saluda al paciente, un 95,45% siempre llama por su nombre al paciente y el 72,73% de los profesionales provee protección a la intimidad física de los pacientes. Estos datos coinciden con los resultados de Jiménez, en los que el 100% del personal saluda al paciente, lo llama por su nombre y provee la intimidad física del paciente (Jiménez).

En el principio de asistencia, en su totalidad los profesionales hablan con el niño de manera cordial y amable. El profesional de enfermería permite que los niños expresen de forma libre sus ideas respecto a su enfermedad en un 50%. Los profesionales verifican la satisfacción de las necesidades y estimulan al niño formas de expresión como el juego y la pintura en un 27,27%. En la investigación de Jiménez en el 2008, un 85% del personal habla con el paciente de manera cordial y amable, un 100% del personal permite que los pacientes se expresen de forma libre sobre su enfermedad, sólo un 48% estimula al niño con formas de expresión como el juego y la pintura (Jiménez, 2008). En cuanto a las observaciones de Pinto y Mogollón, el 60% del personal durante sus actividades dedicaba tiempo a conocer las necesidades del enfermo y el 40% no lo hacían. El 60% de estos profesionales no hacían un esfuerzo por su interés para acercarse al enfermo para constatar la satisfacción de los cuidados el 40% si lo hacía (Pinto y Mogollón, 2004).

En el principio de aceptación se obtuvo que un 100% acepta las creencias del paciente y de sus familiares, un 54,55% respeta las decisiones tomadas por el paciente. En cuanto a realizar la valoración física para proporcionar cuidados un 95,45% del personal no lo hace.

En la investigación de Pinto y Mogollón en el 2004, las observaciones realizadas a los Profesionales de Enfermería que laboran en la Unidad de Recuperación del Hospital Central de Maracay, en cuanto a la comunicación terapéutica que establecen con los enfermos hospitalizados en la misma, considerando en la dimensión Principios de la Comunicación en su indicador Aceptación se pudo distinguir que el 60% de los mismos no reconocen las diferencias de cada enfermo y el 40% si lo hace; el 70 % de dichos profesionales no valora al enfermo para dar cuidados individualizados y el 30% si lo hace. En cuanto a respetar las creencias de los enfermos, se apreció que el 60% del profesional de enfermería si lo hacían y el 40% no y se observó que el 70% de estos profesionales tomaban en cuenta las opiniones de los enfermos cuando realizaba un procedimiento y el 30% no (Pinto y Mogollón, 2004).

En cuanto al principio de honestidad se obtuvo que el 68,18% si brinda orientación al paciente sobre sus dudas e inquietudes de su enfermedad y el tratamiento. El 31,82% prefiere no involucrarse al dar ese tipo de información y los refiere al equipo interdisciplinario. En las observaciones realizadas por Pinto y Mogollón en su investigación al respecto, se encontró que el 70% de los profesionales de enfermería se expresan de forma coherente con el enfermo y el 30% no lo hace. El 60% de los profesionales de enfermería no se mostraron abiertos o receptivos ante la satisfacción de sus necesidades, mientras que el resto, 40%, si lo hizo. Se evidenció

además que el 80% de dichos profesionales mostraron ser asertivos con el enfermo y el 20% No (Pinto y Mogollón, 2004).

Según el principio de coherencia un 54,55% no expresa información de forma precisa al paciente con la finalidad de colaborar a satisfacer sus necesidades, mientras que el 100% del personal utiliza un lenguaje acorde a la edad y madurez de los pacientes. En la investigación de Pinto y Mogollón en cuanto al principio de coherencia se obtuvo que el 70% de los profesionales de enfermería si comunicaron sus mensajes de manera precisa en la satisfacción de sus necesidades y el 30% no lo hizo; se distinguió en el 60% utilizó un vocabulario que facilitaba el diálogo con el enfermo, en el 40% no lo facilitaba y en el 60% de éstos no se observó la coherencia ante las expresiones verbales que manifestaba a los enfermos y en el 40% si se observó (Pinto y Mogollón, 2004).

Según la aplicación del principio de permiso se obtuvo que el 77,27% solicita el consentimiento para realizar procedimientos invasivos, mientras que un 54,55% proporciona información sobre las intervenciones de cuidado. Resultados similares se obtuvieron con los de Pinto y Mogollón, las observaciones realizadas en la aplicación del principio permiso a través de la solicitud del consentimiento e informar los procedimientos a realizar. En este sentido, se distinguió que el 50% de los profesionales de enfermería solicitaron el consentimiento del enfermo antes de efectuar cualquier procedimiento; y el 80% de los mismos solo informan los procedimientos para la satisfacción de sus necesidades (Pinto y Mogollón, 2004)

En el principio de seguridad el 50% del personal vigila a los pacientes durante la deambulaci3n y de la poblaci3n estudiada el 100% no coloca las barandas para

resguardar la integridad física del paciente. En cuanto a este principio los resultados de Pinto y Mogollón arrojaron que el 70% de los profesionales de enfermería se esfuerzan por resguardar la integridad física del enfermo y en el 30% no lo hace. De igual manera, en el 50% de dichos profesionales se apreció que no le garantizaba la seguridad al resguardar la deambulaci3n, cuesti3n que solo fue apreciada en el 40% de los mismos (Pinto y Mogoll3n, 2004).

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación se concluye lo siguiente:

El género femenino predominó con un 86,36%, de las cuales un 45,45% son Licenciadas y un 54,55% son Técnicos y en menor porcentaje se encuentran los miembros del género masculino con un 13,64%, de los cuales dicho porcentaje corresponde a Técnicos.

Según el principio de Interés el 13,64% de los profesionales observados no aplicó el principio.

El principio de respeto se evidenció con 100%, lo que demuestra que el profesional de enfermería en su mayoría, se caracteriza por su forma respetuosa de dirigirse a otros y disposición por brindar información oportuna y veraz acerca de los procedimientos tanto clínicos como administrativos.

Del principio de aceptación se obtuvo que en cuanto a realizar la valoración física para proporcionar cuidados un 4,55% lo realiza y un 95,45% del personal no lo hace.

En el principio de honestidad se obtuvo que el 68,18% si brinda orientación al paciente sobre sus dudas e inquietudes de su enfermedad y el tratamiento. El 31,82% prefiere no involucrarse al dar ese tipo de información y los refiere al equipo interdisciplinario.

Tomando en cuenta el principio de coherencia un 54,55% no expresa información de forma precisa al paciente con la finalidad de colaborar a satisfacer sus necesidades.

Según la aplicación del principio de permiso se obtuvo que el 22,73% no solicita el consentimiento para realizar procedimientos invasivos y un 45,45% no proporciona información sobre las intervenciones de cuidado.

En cuanto al principio de seguridad el 50% del personal vigila a los pacientes durante la deambulación y de la población estudiada el 100% no coloca las barandas para resguardar la integridad física del paciente.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda la instrucción y el desarrollo de los principios de la comunicación terapéutica Enfermera(o)-paciente para la comprensión y la buena atención hacia el paciente.
2. Establecer un Programa de Educación en servicio dirigido a los profesionales de Enfermería para enfatizar en el manejo de la comunicación terapéutica con el objeto de mejorar su intervención aplicando los principios de la misma y su influencia en la satisfacción de las necesidades de los pacientes.
3. A los profesionales de Enfermería profundizar los conocimientos de la comunicación terapéutica y la relación con la satisfacción de las necesidades de los pacientes visto desde la perspectiva humanística mediante talleres específicos acerca de ésta, para contribuir en su pronta recuperación.
4. A las autoridades de Enfermería y a los Profesionales de Enfermería implementar planes de trabajo o talleres, donde permitan desarrollar habilidades y destrezas de la comunicación terapéutica como herramienta fundamental para garantizar un cuidado óptimo al paciente.
5. Continuar ampliando este tema en estudio en otro servicio o centros de salud donde se apliquen los principios de la Comunicación Terapéutica Enfermera(o)-Paciente.
6. Que se realicen talleres donde sobre salgan los principios con mayor prioridad como lo es el principio de Aceptación en cuanto a la valoración física del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- Araújo, M., Silva, M. 2007. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. Rev Esc Enferm USP **41**(4):668-674. [Serie n línea]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_09.pdf . [Mayo 2010].
- Ariza, C. 2002. Es Posible Humanizar la Atención de Enfermería al paciente en estado Crítico? Actual. Enferm; **1**(4):18-20. [En línea]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>. [Abril 2011].
- Blanco, M., Iglesias, S., Proba, S. 2008. Función de la enfermería en la comunicación con el paciente. Proyecto de investigación. [En línea]. Disponible en: <http://sicfae.files.wordpress.com/2008/11/proyecto1.pdf>. [Junio 2010].
- Barcellos, V, Camponogara, S., 2001. O uso da comunicação não-verbal no cuidado ao paciente cardiopata: percepções da equipe de enfermagem. In: Costenaro RGS. Cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões. Santa Maria (RS): UNIFRA;. P.53-72. [En línea]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_09.pdf . [Mayo 2010].
- Canales, F., Alvarado, E., Pineda, E. 2000. Metodología de la Investigación. Organización Panamericana de la Salud. Washinton. pp 327.
- Castillo, R. 1995. Influencia De Algunos Factores En La Calidad De Atención De Enfermería En Pacientes Adultos Con Soluciones De Urgencia. Hospital Ruiz Páez. Ciudad Bolívar. [En línea]. Disponible en: www.monografias.com . [Mayo 2010].

- Carpio, Z., Quintero, W. 2000. Relación Interpersonal de Enfermería y su Efectividad en Pacientes en la Unidad de Hospitalización, Cirugía y Traumatología del Hospital Militar Cnel. Elbano Paredes Vivas, Maracay. Trabajo presentado para optar al título de licenciado en enfermería. Universidad Central de Venezuela. Caracas. [En línea]. Disponible en: www.monografias.com . [Mayo 2010].
- Certero, A. 1999. Comunicación No Verbal. [En línea]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/post-operatorio/post-operatorio.shtml>. [Abril 2011]
- Cibanal L, Arce MC, Carballal MC. 2003. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en las ciencias de la salud. [En línea]. Disponible en: <http://media.axon.es/pdf/78131.pdf>. [Mayo 2010].
- Coe, G. 1998. Comunicación en Salud. Rev Latinoam Salud Chasqui. (63). [En línea]. Disponible en: <http://chasqui.comunica.org/coe.htm>. [Abril 2011].
- Espino, J. 2001. El Enfermo en la Unidad de Cuidados Críticos. Hospital Universitario de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. [En línea]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/post-operatorio/post-operatorio.shtml>. [Abril 2011].
- Evans, A. 2007. Transference in the nurse-patient relationship. J psych mental health nursing. (14): 189-195. [En línea]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300021&script=sci_arttext . [Agosto 2010].

Fidez, J., Trujillo, E., Sacaluga, R., Marchal, M., García, A. 1999. El Empleo del Tacto como Forma de Comunicación del Profesional de Enfermería. [En línea]. Disponible en: www.google.com. [Mayo 2010].

García, C. 2010. Enfermería Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales: comunicación terapéutica de la enfermera. [En línea]. Disponible en: http://groups.google.com/group/eccpn/browse_thread/thread/dbc53fbc30f3b6f9. [Abril 2011].

García, M., López, I., Vicente, M. 2004. Reflexiones en torno a la relación terapéutica. Índex Enferm (Gran); **47**: 44-48. ISSN 1132-1296. [En línea]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300021&script=sci_arttext . [Agosto 2010].

García, R. 1998. Bioética del Cuidado. Universidad de Barcelona. España. [En línea]. Disponible en: https://groups.google.com/group/eccpn/browse_thread/thread/dbc53fbc30f3b6f9?hl=es

Giordanni, B. 1997. La Relación de Ayuda de Rogers Carkhuff. Serendipity. Bilbao. pp 183. [En línea]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/post-operatorio/post-operatorio.shtml> . [Mayo 2010].

Hallas, Ch., Fraser, W., Mac Gillivray, R. 1995. Cuidado y Educación del Subnormal. Salvat. España. pp 102. [En línea]. Disponible en: www.monografias.com [Mayo 2010].

- Hurtado, S. 2004. Enfermería y la relación de ayuda. Excelencia enfermera. [En línea]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300021&script=sci_arttext [Agosto 2010].
- Jiménez, M. 2008. Comunicación entre el profesional de enfermería y el niño escolar con diagnóstico de cáncer. Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Enfermera. Bogotá. [En línea]. Disponible en: <http://www.ensode.net/pdf-crack.jsf;jsessionid=7a6700d32241704f8b7e6cc07721>. [Abril 2011].
- Kozzier, B., Erb, G., Wilkinson, J. 2005. Fundamentos de Enfermería. Mc Graw Hill. México. 5ªed. pp 1022. [En línea]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/post-operatorio/post-operatorio.shtml>. [Mayo 2010].
- Landeros, M., Carvalho E. 2006. La comunicación terapéutica durante instalación de venoclisis: uso de la simulación filmada. Rev Latino-am Enfermagem setembro-outubro; 14(5):658-65. [En línea]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/v14n5a04.pdf>. [Mayo 2010].
- Leddy, S., Pepper, L. 1990. Bases Conceptuales de Enfermería Profesional. Organización Panam salud. Washinton. pp 98. [En línea]. Disponible en: www.monografias.com. [Mayo 2010].
- León, J., Marin M. 2001. Psicothema: Entrenamiento en habilidades sociales; **13** (2): 247-251. [En línea]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300021&script=sci_arttext. [Agosto 2010].
- Mogollón, C; Pinto, Z. 2004. Comunicación terapéutica en la satisfacción de las necesidades de los enfermos en el postoperatorio inmediato. Maracay. [En línea].

- Disponibile en: <http://www.monografias.com/trabajos15/post-operatorio/post-operatorio.shtml>. [Abril 2011].
- Moreno, A., Hernández, D., Milán, Y. 1997. Comunicación Asertiva y su relación con la Toma de Decisiones de la Enfermera de Atención Directa. Trabajo presentado para optar al título de licenciado en enfermería. Universidad Central de Venezuela. Caracas. [En línea]. Disponible en: www.monografias.com . [Mayo 2010].
- Naranjo B. IC, Ricaurte G. GP. 2006. La comunicación con los pacientes. Investigación educación enferm. **24**(1): 94-98.
- Panheuff, M. 1993. Cuidados de Enfermería. Mc. Graw Hill. México. pp 139. [En línea]. Disponible en: www.monografias.com [Mayo 2010].
- Protter, P., Grifing, A. 1996. Fundamentos de Enfermería. Mosby/Doyma. España. pp 219. [En línea]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/post-operatorio/post-operatorio.shtml> . [Mayo 2010].
- Santos, I., Figueiredo, N., Padilha, M., Souza, S., Machado, W., Cupello A. 2004. Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar. Realidade, Questões. Soluções. **14** (5). [En línea]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/v14n5a04.pdf> . [Mayo 2010].
- Stefanelli, M. 1985. Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeira-paciente. [Disertación]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP. **14**(5). [En línea]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/v14n5a04.pdf> . [Mayo 2010].

Stefanelli, M., Carvalho, E. 2005. Organizadoras. A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem. Barueri (SP). Manole. **14**(5). [En línea]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/v14n5a04.pdf> . [Mayo 2010].

ANEXO



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
ANEXO

GUIA DE OBSERVACIÓN DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE
ENFERMERIA:
COMUNICACIÓN TERAPEUTICA ENFERMERA(O) – PACIENTE.
UNIDAD ONCOLÓGICA PEDIATRICA, CENTRO VIRGEN DEL VALLE.

Edad:_____ **Sexo:**_____ **Nivel Académico:** _____ **Turno:** _____

ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
INTERES			
¿El profesional de Enfermería responde a las preguntas del paciente respecto a su enfermedad y tratamiento?			
¿El profesional de Enfermería acude al llamado del paciente durante los siguientes 5 minutos?			
¿El profesional de Enfermería escucha con atención las opiniones del paciente respecto de su tratamiento?			
¿El profesional de Enfermería pregunta al paciente sobre su estado físico y emocional a diario?			
¿El profesional de Enfermería cuida y provee que el paciente se encuentre cómodo y confortable?			

RESPECTO			
¿El profesional de Enfermería saluda al paciente?			
¿El profesional de Enfermería llama al paciente por su nombre?			
¿El profesional de Enfermería provee protección a la intimidad física del paciente?			
ASISTENCIA			
¿El profesional de Enfermería al acercarse verifica la satisfacción de las necesidades básicas?			
¿El profesional de Enfermería se comunica con el paciente de forma cordial y amable?			
¿El profesional de Enfermería permite que el paciente exprese de forma libre sus ideas respecto a su enfermedad?			
¿El profesional de Enfermería permite que el paciente busque información de forma oral o escrita respecto a su enfermedad?			
¿El profesional de Enfermería provee y estimula al paciente otras formas de expresión tales como el juego o la pintura?			
ACEPTACIÓN			
¿El profesional de Enfermería realiza una valoración física para dar cuidados individualizados?			
¿El profesional de Enfermería acepta las creencias del paciente y familiar?			
¿El profesional de Enfermería respeta las decisiones			

tomadas por el paciente?			
HONESTIDAD			
¿El profesional de Enfermería, orienta al paciente en cuanto a sus inquietudes de su enfermedad y tratamiento respectivo?			
COHERENCIA			
¿El profesional de Enfermería expresa información de manera precisa para ayudar al paciente en la satisfacción de sus necesidades?			
¿El profesional de Enfermería usa un lenguaje adecuado para la edad y madurez del paciente?			
PERMISO			
¿El profesional de Enfermería obtiene el consentimiento del representante para los procedimientos de carácter invasivo?			
¿El profesional de Enfermería suministra información al familiar y al paciente acerca de las intervenciones de cuidado?			
SEGURIDAD			
¿El personal de enfermería vigila al paciente durante la deambulación?			
¿El profesional de enfermería resguarda la seguridad física del paciente subiendo la baranda de la cama?			

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	COMUNICACIÓN TERAPEUTICA ENFERMERA(O) – PACIENTE. EN ONCOLOGIA PEDIATRICA, CENTRO VIRGEN DEL VALLE.
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
Prado Reyes, Diana Rafse	CVLAC: 19 298 173 E MAIL: rafsep2009@hotmail.com
Rojas Rojas, Amarilis Coromoto	CVLAC: 15 688 941 E MAIL: maryrojas1506@hotmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Comunicación, terapéutica, enfermera(o), paciente, oncología, pediátrica.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA	SUBÀREA
Dpto. de Enfermería	

RESUMEN (ABSTRACT):

Con el objeto de evaluar la comunicación terapéutica enfermera – paciente en el servicio de oncología pediátrica del Oncológico Virgen del Valle, Ciudad Bolívar, Edo Bolívar, durante el primer trimestre del 2012, se realizó un estudio cuantitativo descriptivo, tomando como muestra a 22 profesionales de enfermería. Como instrumento se utilizó una guía de observación que cuenta con 15 ítems, basada en una escala de estimación. En dicha investigación se obtuvieron los siguientes resultados: género femenino predominó con un 86,36%, de las cuales un 45,45% son Licenciadas y un 40,91% son Técnicos; la edad predominante fue de 21 a 25 años con un 31,82%, de los cuales un 27,27% lo representa el sexo femenino y el 4,45% el sexo masculino; el principio de Interés estuvo presente con 86,36%; el principio de Respeto se evidenció con 100%; del principio de Aceptación se obtuvo que un 100% acepta las creencias del paciente y de sus familiares; en el principio de Honestidad se obtuvo que el 68,18% si orienta y disipa las dudas de los pacientes; tomando en cuenta el principio de coherencia un 54,55% no expresa información de forma precisa al paciente; en el principio de Seguridad el 50% del personal vigila a los pacientes durante la deambulaci3n y de la poblaci3n estudiada el 100% no coloca las barandas para resguardar la integridad f3sica del paciente; seg3n la aplicaci3n del principio de Permiso se obtuvo que el 77,27% solicita el consentimiento para realizar procedimientos invasivos.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Lcda. María Branchi	ROL	CA	AS	TU x	JU
	CVLAC:	3.020.251			
	E_MAIL	Mariabranchi48@hotmail.com			
	E_MAIL				
Lcda. Ana Sulbaran	ROL	CA	AS	TU	JU x
	CVLAC:	4.493.721			
	E_MAIL	anaedicta_sulbaran@hotmail.com			
	E_MAIL				
Dr. Edwin Velásquez	ROL	CA	AS	TU	JU x
	CVLAC:	11.170.295			
	E_MAIL	Esvd69@yahoo.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2012	05	25
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis: Comunicación Terapéutica. doc.	. MS.word

ALCANCE

ESPACIAL: Unidad Oncológico Virgen del Valle, Ciudad Bolívar, Edo Bolívar

TEMPORAL: 10 años

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Licenciatura en enfermería.

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Dpto. de Enfermería

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda "SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009".

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *[Firma]*
FECHA 5/8/09 HORA 5:20

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Firma]
JUAN A. BOLANOS CUNTEL
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Telesinformática, Coordinación General de Postgrado.
JABC/YGC/maruja

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario “

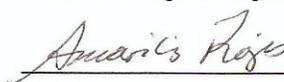
AUTOR

Diana Prado Reyes



AUTOR

Amarilis Rojas Rojas



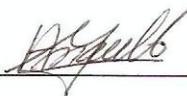
TUTOR

Lcda. Maria Branchi



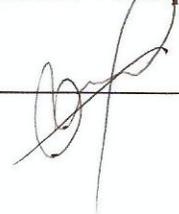
JURADO

Lcda. Ana Sulbaran



JURADO

Dr. Edwin Velásquez



POR LA SUBCOMISION DE TESIS