

Cuidado de enfermería en la corporeidad del cliente de terapia intensiva

Saul May Uitz¹; Celixa L. Pérez Valdez²

¹ Doctorante en Ciencias de Enfermería. Maestro en Ciencias de Enfermería. Profesor de Carrera de Enseñanza Superior Tiempo Completo. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán. E-mail saul.may@correo.uady.mx

² Dra. En Enfermería. Profesor Principal de la Facultad de Enfermería de la Sección de Postgrado de la Universidad Nacional de Trujillo. E-mail celixa@hotmail.com

Recibido: 30-10-2015

Aceptado: 28-04-2016

RESUMEN

Objetivo. Describir y analizar el cuidado de enfermería en la corporeidad del cliente de terapia intensiva en hospitales regionales de Yucatán, México. Los teóricos que sustentan el estudio son Maturana y Figueiredo. **Material y método.** Estudio con abordaje cualitativo, método descriptivo, se realizó en dos hospitales públicos de la ciudad de Mérida, Yucatán, participaron diez profesionistas en enfermería siete del sexo femenino y tres masculino, la determinación de los participantes fue por saturación de la información. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista por medio de una guía semi estructurada y el método de la observación participante, los discursos fueron analizados a través del análisis de contenido, teniendo presente los criterios de rigor y ética. **Resultados.** Se identificaron tres categorías 1. Cuidando la corporeidad; con tres subcategorías, cuidando el cuerpo, cuidando de mí en el otro y lenguajeando el cuidado 2. Cuidado terapéutico; con dos subcategorías: Cuidando con acoplamiento tecnológico y cuidando con toque terapéutico y 3. Extensión del cuidado con dos subcategorías; cuidando con la familia y cuidando con musicoterapia. **Conclusión.** La tesis sustenta que, el cuidado de la enfermera en la corporeidad del cliente de terapia intensiva genera un cuidado corporal del cuerpo y el espíritu pero no como dos conceptos divorciados sino como uno solo, pues la enfermera como instrumento de cuidado cuida el cuerpo del cliente a través de su lenguaje, por medio de un cuidado terapéutico permitiendo la extensión del cuidado a la familia y la musicoterapia en la recuperación del cliente.

Palabras clave: Enfermería, Cuidados, Terapia Intensiva (Fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

Objective. Describe and analyze nursing care in customer corporeality in intensive care regional hospitals in Yucatan, Mexico. The theory underlying the study is Maturana and Figueiredo. **Material and method.** Qualitative study, descriptive method, was conducted in two public hospitals in the city of Merida, Yucatan, was attended by ten nursing professionals in seven female and three male, determining participants was saturation of information. For data collection an interview was conducted by means of a semi structured guide, participant observation was used, the speeches were analyzed through content analysis, bearing in mind the criteria of rigor and ethics. **Results.** We identified three categories 1. Caring corporeality; three subcategories, the corpo caring, taking care of me in the other and lenguajeando therapeutic care 2. Care; two subcategories: Caring with technological coupling and caring with therapeutic touch and care 3. Extension with two subcategories; caring with family and caring with music therapy. **Conclusion.** Supports the thesis that nursing care in corporeality client generates an intensive care pampering body and spirit but not as concepts but as two divorced one, because the nurse as an instrument of care customer care body through language, through therapeutic care enabling extended family care and music therapy in the client's recovery.

Keywords: Nursing, Care, Intensive Therapy (Source DeCS BIREME)

I. INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es el área de hospitalización, en la que se encuentran médicos y enfermeras especializados y entrenados, junto con el equipo de monitoreo, diagnóstico, tratamiento y otros elementos necesarios para la adecuada atención de pacientes en estado agudo crítico que ameritan atención inmediata e intensiva, con posibilidades razonables de recuperación. (Diario Oficial de la Federación, 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) en la década anterior, entre las principales causas de muerte de los pacientes hospitalizados en terapia intensiva reporta la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares e infecciones de las vías respiratorias inferiores. El número de muertes causadas por las enfermedades crónicas aumenta de manera constante en el mundo; entre ellas el cáncer pulmonar junto con el de tráquea y el de bronquios, causó 1,6 millones de defunciones (2,9 por ciento) en el año 2012, al comparar con 1,2 millones (2,2 por ciento) presentado en 2000 es notorio el incremento. De modo parecido, la diabetes mellitus causó 1,5 millones de defunciones (2,7 por ciento) en 2012, en comparación con 1,0 millones (1,9 por ciento) en 2000.

El cuidado intensivo en Latinoamérica, al igual que en el resto del mundo, ha tenido un desarrollo vertiginoso, debido a los mejores conocimientos de la fisiopatología del paciente en cuidado crítico, del avance tecnológico necesario para el diagnóstico, monitoreo y manejo; del compromiso continuo de mejorar la calidad de la prestación de los servicios, sin olvidarse de los principios éticos y racionalización de los recursos (Celis, 2007 p. 97-100).

En México en un estudio de ocho años de experiencia en la unidad de cuidados intensivos, se demostró, la incidencia de sepsis en 135 UTI's (Unidad de Terapia Intensivas) reportando una tasa de mortalidad por sepsis de 27.3 por ciento. Las infecciones más frecuentes fueron: abdominal 47 por ciento, pulmonar 33 por ciento y tejidos blandos 8 por ciento. En 52 por ciento los aislamientos fueron gram negativos, 38 por ciento de gram positivos y 10 por ciento de hongos. Se manifestó una baja adherencia a la campaña para incrementar la supervivencia en sepsis (Duarte, 2012 p. 85-89).

En el contexto profesional datos de la OMS, indican que a nivel mundial, hay 28 enfermeras por cada 10.000 habitantes. Así mismo menciona que en México se encontraron 88 678 enfermeras en el periodo 2000-2007 lo que equivale a 9 por cada 10 000 habitantes. De este total únicamente el 10 por ciento, cuenta con el nivel Licenciatura y en porcentaje menor aquellos que poseen una especialidad o grado académico superior, es decir, son los auxiliares y técnicos quienes representan la mayor parte de este gremio (OMS, 2009). Por su parte la OPS, (2011) menciona que en México, el personal de enfermería representa más del 50 por ciento del total de personal de salud. Hasta abril del año 2010 se tenían registradas en el Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) un total de 201,801 enfermeras para brindar atención a más de 100 millones de mexicanos.

En el mismo contexto a nivel nacional, en una revisión bibliográfica y estudios de campo realizado por la directora de Enfermería Jiménez (2012), reportó los siguientes datos: enfermería pediátrica 109; enfermería del área de cuidados intensivos 190; enfermería quirúrgica 189; enfermería en administración y docencia 91; enfermería en salud pública 82; enfermería Cardiovascular 49; enfermería perinatal 44, enfermería del adulto mayor 21; enfermería en salud mental/psiquiatría 19; enfermería en rehabilitación 16; enfermería oncología 10.

En Colombia, en un estudio sobre el significado, para los pacientes gravemente enfermos, de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo, se discutió la experiencia de padecer una enfermedad crítica y la hospitalización en UCI es dura, debido al sufrimiento que ocasiona, tanto por los efectos de la enfermedad como por los elementos utilizados en el tratamiento y los procedimientos realizados para resolver la enfermedad, concluyendo que en la enfermedad, sus manifestaciones en el organismo y en la persona, las intervenciones médicas y quirúrgicas, y los procedimientos enfermeros constituyen motivos de sufrimiento que contribuyen a la dureza de la experiencia de estar críticamente enfermo (Beltrán, 2009 p. 34-45).

En Brasil, en un estudio cuyo objetivo fue comprender como la espiritualidad envuelve al proceso de cuidar de sí mismo y de otros, en el mundo de la terapia intensiva, bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería. La investigación se caracterizó por un abordaje cualitativo del método creativo sensible de Cabral, que guió la producción y el análisis de las informaciones en nueve talleres de arte y experiencias. Concluyen que, la espiritualidad en el cuidado de sí mismo, la que fue evidenciada en las prácticas cotidianas que acontecían por medio de la oración, del contacto íntimo con la naturaleza, así como en el sentimiento de conexión con una Fuerza Superior que propiciaba tranquilidad, bienestar, fortalecía la vida y el trabajo de las cuidadoras en el Centro de Tratamiento Intensivo. El auto conocimiento se reveló como una práctica esencial en el cuidado de sí mismo que contribuía para mejor el cuidar de otros (Dezorzi, 2008 p. 212-217).

Desde el ejercicio profesional en los servicios de las UCI a diario se observan hechos de la práctica profesional que se califican como rutinarios ya que, se limitan a acciones desarticuladas, segmentadas y otras prescritas desde la medicina, en ese sentido los cuidados de enfermería y la relación enfermero paciente se circunscribe a la interacción en los diferentes procedimientos que el profesional debe ejecutar; lo que consiste en saludos y en ocasiones en información del procedimiento que se va a realizar, lo cual en ocasiones no se comunica o veces no se realiza., en ese sentido, esta interacción no reúne los aspectos necesarios de una relación de persona a persona que permita al cliente comunicar o expresar todo el cúmulo de sentimientos, emociones, sufrimientos que está atravesando a causa de su situación. Los sentimientos, las emociones, las percepciones, los temores, las preocupaciones inherentes a la UCI no son tenidas en cuenta (Gómez, 2009 p. 6-14).

En ese mismo contexto en la Unidad de Cuidados Intensivos, el paciente crítico requiere de atención especializada, observación y cuidados continuos e individualizados, de alta tecnología para prevenir complicaciones y reestablecer el estado fisiológico previo. Enfermería, como profesión de naturaleza social, debe brindar cuidados bajo una óptica humanista, para favorecer las respuestas y/o minimizar desequilibrios en su estado de salud. Exige a la enfermera la responsabilidad de brindarle cuidados de forma integral, concibiéndolo como un ser holístico, único, con afectación no solo desde el punto de vista físico sino también emocional y social. Implica que la enfermera intensivista posea un perfil enmarcado en una filosofía integradora de cuidado que incluya conocimientos científicos y tecnológicos (Fernández, 2007 P. 8-10).

En el contexto de la práctica de enfermería la atención y cuidado al cliente, la enfermera utiliza sus sentidos corporales; el tacto y la escucha como instrumentos de trabajo, así mismo la espiritualidad. Otra situación comparable a la presencia espiritual en la composición del ser humano proviene de percepciones, emociones, sentimientos e intuiciones que insinúan y advierten sobre el cuidado apropiado a la persona en particular. En ese sentido la espiritualidad, es lo que da consistencia al cuerpo, alma y espíritu, es el soplo la respiración o el Espíritu Santo que hace en la persona ser un ser con alma y espíritu. Esta es una visión integrada del ser humano y se considera apropiado para el desarrollo de la integralidad de cuidado del ser por lo anterior es indispensable cuidar al cliente en su integralidad (Figueiredo, 2012 p. 6-8).

Maturana, refiere que, lo que nos constituye como seres humanos es nuestro modo particular de ser en este dominio relacional donde se configura nuestro ser en el conversar, en el entrelazamiento del lenguajear y emocionar. Lo que vivimos lo traemos a la mano y configuramos en el conversar, y es en el conversar donde somos humanos. El conversar es un modo particular de vivir juntos en coordinaciones del hacer y el emocionar. Por eso el conversar es constructor de realidades. Al operar en el lenguaje cambia nuestra fisiología. Por eso podemos herir o acariciar con las palabras (Maturana, 2010 p. 23-25).

El propósito del estudio fue describir y analizar el cuidado de enfermería en la corporeidad del cliente en terapia intensiva en dos hospitales públicos con base al análisis de los resultados se realizó una propuesta teórica a la luz del teórico Maturana 2010 y Figueiredo 2012, en relación al cuidado de enfermería en la corporeidad del cliente en situación crítica.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 OBJETO DE ESTUDIO

Cuidado de la enfermera en la corporeidad del cliente de terapia intensiva

2.2 MEDIOS

Como medio se realizó una entrevista, se utilizó de una guía semiestructurada conformada por dos secciones, la primera aborda la caracterización de los participantes y la segunda una guía de preguntas, las entrevistas fueron grabadas y transcritas asimismo se empleó la observación participante, que consistió en observaciones y anotaciones en el escenario real, se observó el cuidado que las enfermeras y enfermeros intensivistas realizan al momento de realizar los cuidados, el cual se llevó a cabo en las unidades de cuidados intensivos de dos hospitales públicos.

2.3 MÉTODOS Y TÉCNICAS

Tipo de Estudio y Método

La presente investigación tuvo un abordaje cualitativo, porque buscó especificar propiedades, características y rasgos importantes del fenómeno, que no pueden ser reducidos a operacionalización de variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), este abordaje permitió una comprensión más exhaustiva sobre el cuidado de enfermería en la corporeidad del cliente de terapia intensiva. El método fue descriptivo, porque se indaga desde la perspectiva de los especialistas en cuidados intensivos en el escenario real, observar desde la mirada del investigador como es cuidado el cuerpo de la persona en situación crítica, en este sentido profundizar el fenómeno en estudio, esto es la forma en que perciben la realidad. En este contexto los participantes manifiestan la verdad al investigador para que comprenda esas cualidades o atributos, es decir que no se investiga variables si no, las interrogantes planteadas en el estudio (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013).

Escenario y participantes del estudio

La investigación se realizó en dos hospitales públicos, el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) y el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado) en una ciudad de la península de Yucatán, Específicamente el escenario de estudio fueron las unidades de cuidados intensivos de ambos hospitales públicos. Los participantes en el estudio, fueron en total diez especialistas en cuidados intensivos de los cuales siete son enfermeras y tres enfermeros, la edad mínima fue de 31 años y la máxima de 56, los años de servicio profesional laborando en las unidades de cuidado intensivo fluctuaron entre 7 a 25 años y con respecto al nivel de formación tres son especialistas en cuidados intensivos con formación técnica y siete especialistas con formación en posgrado. Para proteger el anonimato se asignó a las enfermeras y enfermeros participantes un seudónimo quedando de la siguiente manera: José, Margarita, Graciela, Silvia, Elena, Julio, Juana, Marcela, América y Pablo. Los cuales fueron delimitados por el criterio de saturación.

Técnica de recolección y manejo de datos

La técnica de selección de los enfermeros y enfermeras especialista en cuidados intensivos fue no probabilístico y fueron delimitados por el criterio de saturación, después de haber obtenido la autorización por las instituciones de salud para llevar a cabo la recolecta de datos, se explicó a cada participante los objetivos del estudio así como el respeto a la confidencialidad en el manejo de sus datos personales, se procedió a la firma del consentimiento, obteniendo su autorización para la grabación de los discursos, también se dio a conocer la importancia de su participación en el estudio y la relevancia de sus aportaciones, así como su participación voluntaria y que en cualquier momento que desee pudiese retirarse de la participación en el estudio. Así mismo para la recolecta de datos se empleó como técnica la observación participante que fue a través del contacto directo del investigador con el fenómeno observado en los participantes, se utilizó una guía de entrevista semi-

estructurada, antes de realizar las entrevistas se hizo una prueba piloto en la unidad de cuidados intensivos de otro hospital público, para validar el uso de la guía de entrevista.

Análisis de la Información

El análisis de contenido sustenta la presente investigación, el análisis de la información obtenida de los discursos recabados durante las entrevistas y la observación participante, para es una interpretación de textos en la que los actores sociales se sitúan en sus contextos para una mayor comprensión del fenómeno en estudio. Para (Souza, 2013 p. 52-55), el análisis de contenido es una descodificación del contenido que el investigador hace a partir de su comprensión, preparación y de cómo trabaja con los datos el, cual se compuso de tres etapas, la de preanálisis, en la que el investigador inicialmente realizó dos entrevistas grabadas para un análisis previo y reestructurar la pregunta; la etapa de codificación, en esta etapa consistió en la organización de los contenidos (discursos) a unidades temáticas y la de categorización, consistió en la organización y categorización de las unidades temáticas por similitudes en cuanto a su significado. Y por último se identificaron las categorías subcategorías.

Consideraciones éticas y rigor científico

Para la presente investigación durante su desarrollo el investigador mantuvo en todo momento la ética y criterios de rigor científicos; para este fin se consideró la declaración de principios del código de ética para enfermeras y enfermeros de México, así como la Ley General de Salud en materia de Investigación, en su título segundo y el capítulo I artículos 14, 16, 17, 20, y 21 de los aspectos éticos en la investigación en seres humanos, en todo momento a los participantes se les mantuvo en el anonimato y la confidencialidad. Para los criterios de rigor científico se consideraron la dependencia, la credibilidad, la Confirmabilidad o auditabilidad y la fundamentación.

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Del análisis de contenido, de las entrevistas realizadas a las enfermeras y enfermeros especialistas en cuidados intensivos, y de las descripciones de la observación participante, como hallazgos se definieron tres categorías analíticas, en cada una de ellas se describen, cuidando la corporeidad del cliente en situación crítica desde la perspectiva de las y los participantes las categorías identificadas son: 1. Cuidando la corporeidad; con tres subcategorías, cuidando el cuerpo, cuidando de mí en el otro y lenguajeando el cuidado la segunda categoría fue 2. Cuidado terapéutico las subcategorías son: Cuidando con acoplamiento tecnológico y cuidando con toque terapéutico y la tercera categoría 3. Extensión del cuidado con dos subcategorías; cuidando con la familia y cuidando con musicoterapia.

1. CUIDANDO LA CORPOREIDAD

1.1 Cuidando el cuerpo

(Figueiredo, 2004 p-18-28) señala que con el cuerpo transmitimos cargas de energías tanto positivas como negativas. Por ello, el cuerpo que cuida y el que es cuidado posee una interacción electromagnética en resonancia, esta irá interfiriendo de forma directa en el cuidado prestado. La interacción electromagnética, es el cambio de energía vital durante la práctica de cuidado que promueve el mecanismo de resonancia. La resonancia es la transferencia de energía de un sistema oscilante para otro, con las frecuencias propias del segundo. La resonancia, tal como entiende la física, ocurre cuando las ondas electromagnéticas se propagan en la misma frecuencia.

“(...) Baño al paciente, reviso que no esté evacuado, porque si esta evacuado tengo que asearlo y limpiarlo para evitar lesiones futuras, si esta intubado y tiene secreciones, tengo que aspirarlo en general tengo que cuidar de manera integral al paciente. (...)” (José)

“(...) Empiezo aspirando al paciente, lavo el tubo endotraqueal, le lavo la boca, cambio fijaciones, realizo el baño general, cambio sábanas (...)” (Silvia)

“(...) Espiritualidad es ser holístico, me refiero a que tengo presente a la persona en su espiritualidad, es una persona con sentimientos, es una persona que cuando enferma y está en un estado crítico, también es una persona que siente, que sufre, entonces el cuidado debe ser integral holístico (...)” (Juana)

Para la práctica de la enfermera cuidando el cuerpo es la atención al cliente, utiliza sus sentidos corporales como instrumentos de trabajo, y esto implica la espiritualidad. Otra situación comparable a la presencia espiritual en la composición del ser humano proviene de percepciones, emociones, sentimientos e intuiciones que insinúan y advierten sobre el cuidado apropiado a la persona en particular. Se cree que, en la cuarta dimensión, lo que da consistencia al cuerpo, alma y espíritu es el soplo, la respiración o el Espíritu Santo. Esta es una visión integrada del ser humano y se considera apropiado para el desarrollo de la integralidad de cuidado del ser (Figueiredo, 2012 p. 97-99).

1.2 Cuidando de mí en el otro

Maturana postula que los fenómenos relacionados con la empatía y el amor tienen una base biológica, la preocupación por el otro no tiene fundamentos racionales, la preocupación ética no se funda en la razón, se funda en el amor (Maturana, 1995 p. 151).

“(...) Cuidar de mí en el otro, es para mí ponerse en el lugar del paciente es, inmiscuirme en parte de su vida, conocerlo para tratar de ayudar lo mejor posible en cuanto a su problema de salud, es ponerme del lado del paciente para, saber, sentir su problema y poderlo ayudar de la mejor manera, es tratar de ayudar lo mejor que se pueda para que el paciente sienta un bienestar. (...)” (José)

“(...) Cuidar de mí en el otro, es ponerse en el lugar del paciente, es darle lo mejor que puedo con respecto a mis cuidados como enfermera especialista, porque entre más atención y más cuidado reciba el paciente y que sea de calidad, el paciente va a estar menos tiempo ingresado en la terapia intensiva (...)” (Graciela)

“(...) Yo trato de ponerme en la medida de mis posibilidades en el estado del paciente aunque es algo muy difícil, creo que como nunca he estado en esa situación, pues no sé lo que se siente, pero lo que yo creo lo que debe estar sintiendo (...)” (América)

En la terapia intensiva las enfermeros y enfermeras señalan que cuidar de mí en el otro, es ponerse en el lugar del paciente, es considerar como si yo mismo me estoy cuidado, en la práctica de Enfermería se hace necesario procurar el espacio a los usuarios(as) para que expresen lo que sienten sobre sí mismos y acerca del hecho de ser cuidados y de la forma en que lo son (Simpson, 1992, p.36). Es bajo esta dinámica que la esencia de la profesión desde su profundidad y complejidad lleva implícita la humanización. Esta debe manifestarse en las relaciones dadas en la atención para el logro de los objetivos planteados en pro del bienestar perseguido.

1.3 Lenguajeando el cuidado

(Maturana, 2010 p. 22-23) refiere que, lo que nos constituye como seres humanos es nuestro modo particular de ser en este dominio relacional donde se configura nuestro ser en el conversar, en el entrelazamiento del Lenguaje y emocionar. Lo que vivimos lo traemos a la mano y configuramos en el conversar, y es en el conversar donde somos humanos.

“(...) Me comunico con el paciente, para saber qué es lo que siente, que es lo que piensa, donde le dolía, que facies tiene él, para que yo pueda ayudarlo (...)” (José)

“(...) La comunicación con el paciente forma parte importante de mis cuidados, pues para mí, es una gran satisfacción porque yo soy enfermera, porque me gusta darle esa atención al

paciente, cuando un paciente esta sedado, yo siempre me dirijo al paciente, le hablo, le digo lo que estoy realizando y cuando están conscientes, pues me agrada acercarme al paciente para platicar (...) **(Silvia)**

Los discursos señalan que en la terapia intensiva la comunicación con el paciente es esencial, sea cual sea el estado de conciencia en el que se encuentre el paciente en estado crítico, (Maturana, 1995) Refiere que, el mecanismo fundamental de interacción en el operar de los sistemas sociales humanos es el lenguaje. Más aún, el lenguaje como característica del ser humano, surge con lo humano en el devenir social que le da origen. La conducta primaria de coordinación conductual en la acción sobre el mundo, generada y aprendida a lo largo de la vida de los miembros de un sistema social cualquiera como resultado de sus interacciones en él, es descrita como conducta lingüística por un observador que ve cada elemento conductual como una palabra descriptora del mundo al señalar objetos en él.

2. CUIDADO TERAPÉUTICO

2.1 Cuidando con acoplamiento tecnológico

Maturana (2004. P. 133) refiere que Acoplamiento es cada vez que el comportamiento de una o más unidades es tal que hay un dominio en que la conducta de cada una es función de la conducta de los demás se dice que ellas están acopladas en ese dominio. El acoplamiento surge como resultado de las modificaciones mutuas que las unidades interactuantes, sufren, sin perder su identidad, en el transcurso de sus interacciones. En este contexto los discursos señalan lo siguiente:

"(...) Tengo que estar pendiente igual del paciente si esta acoplado al ventilador, ya sea para sedarlo o para que el médico me dé indicaciones de que procedimiento vamos a seguir para acoplarlo (...)" **(Silvia)**

"(...) Desde que llego al servicio de la terapia intensiva, tengo una idea en general de las actividades que realizo, desde que entro al servicio veo a los pacientes, para saber el estado y la evolución del paciente, recibo al paciente, en qué condiciones esta, si está despierto si esta ventilado, si esta acoplado al ventilador, los compañeros me dicen como estuvo el paciente como la paso en el turno anterior, empiezo a revisar al paciente en general, veo las condiciones, en las que se encuentra (...)" **(José)**

"(...) Aquí en la terapia principalmente veo como se encuentra el estado físicamente del paciente desde la cabeza hasta los pies, luego todo lo que tiene, la tecnología en cuanto los monitores si están funcionando correctamente, ventiladores ver si están funcionando bien como se menciona aquí en la terapia si esta acoplado, a veces me olvido un poquito, en cuanto al estado físico pero siempre me avoco a él. (...)" **(Pablo)**

Los discursos refieren que cuidar el acoplamiento tecnológico es una interacción sincrónica entre la estructura con el ambiente, en este caso el ventilador, sondas, la evolución clínica, los cambios que ocurren en el estado hemodinámico del paciente, la monitorización de los signos vitales, estar al pendiente del paciente de sus necesidades, en ese sentido es tener presente lo cognitivo para el cuidado del paciente. Como refiere (Vega, 2012) Refiere que cuando existe entre paciente enfermera una relación de cuidado: técnicas y procedimientos como aspirar secreciones, asear, movilizar, cambiar el cuerpo de posición, en el momento en que el paciente siente incomodidad, dolor, o cuando la enfermera (o) le habla y/o lo toca, aun estando sedado y relajado. Este modo de acoplamiento describe cómo la enfermera (o) va ir articulando su cuerpo como instrumento de cuidado con el cuerpo del paciente como instrumento que es cuidado. Para el proceso de conexión, son indispensables la relación de cuidado y la presencia de la enfermera (o).

2.1 Cuidando con toque terapéutico

Maturana sostiene que el proceso terapéutico es siempre el mismo, cualquiera sea la forma de la psicoterapia, y que se obtiene cuando el terapeuta logra, mediante su interacción con el paciente,

guiarlo, conducirlo inconscientemente, en el abandono de la negación sistemática de sí mismo y del otro, y en la recuperación de la biología del amor como la manera o hilo central de su vivir (Maturana, 2002 p. 38-41). Los discursos mencionan:

“(...) Una de las funciones principales que tenemos los enfermeros es el lado humanitario (...) Escuchar al paciente es ver las facies de dolor en algún momento dado un paciente despierto consiente, orientado te manifiesta donde tiene dolor o que preocupaciones tiene de fuera (...)” (José)

“(...) En la terapia intensiva el contacto o toque se da cuando movilizo al paciente, para la prevención de anti escaras. (...)” (Margarita)

“(...) Es importante tener un contacto más con los pacientes, no olvidarme de ese tacto humano con el paciente o no enfocarme mucho a la tecnología, la tecnología es un apoyo (...)” (Graciela)

Señala (Boff, 2012 p. 19-20) que cuidar y ser cuidado son dos requerimientos fundamentales de nuestra existencia personal y social; esta relación indisoluble entre cuidar y ser cuidado nos acompaña a lo largo de toda la vida, por la misma condición humana, siempre expuesta a riesgos, siempre vulnerable y siempre mortal, y por eso mismo sujeta a enfermedades, y por último a la muerte. En este contexto el cuidado esencial, como es visto desde las reflexiones filosóficas de Heidegger, es pensado desde el ámbito de la práctica cotidiana de las relaciones humanas, que, para mantener su densidad humana, deben estar imbuidas de cuidado.

3. EXTENSION DEL CUIDADO

3.1 Cuidando con la familia

Para Maturana, las emociones caracterizan el modo particular de escucha de un individuo que se produce en un espacio relacional. Teniendo, por lo tanto, la familia como primer espacio relacional del ser humano, donde se dan las primeras conversaciones en la conexión de las coordinaciones de hacer del lenguaje (Maturana, 1993 p. 16-18)

“(...) Cuando estoy en la terapia intensiva es muy importante, no olvidar también el lado del familiar, permitirle ese acercamiento de la familia con el paciente aunque sean pocos minutos, aunque yo considero que debería ser un poco más de tiempo (...) Darle la oportunidad al familiar que se acerque al paciente, a veces eso les ayuda mucho, el que el familiar les hable, que los escuchen (...) Porque a veces, cuando el paciente escucha a su familiar y lo trata de tranquilizar, aunque el paciente este ventilado y sedado eso ayuda mucho a que el paciente este más tranquilo (...) Cuando entra la visita al servicio y el familiar le habla, eso le sirve para que él esté más tranquilo, a veces están agresivos, están inquietos, están desorientados y cuando escuchan la voz del familiar eso les ayuda bastante (...)” (Graciela)

“(...) La mayor parte del tiempo los pacientes solo me ven a mí, porque es muy poco el tiempo que los familiares tiene contacto con él para estar aquí en la terapia, el paciente siente, que yo, soy la única persona que le estoy dando la atención que requieren, sino, a veces hasta me agarran de la mano para decirme sus problemas; y cuando el paciente me dice lo que le está pasando en ese momento, es importante que el familiar este presente para que no se sienta solo, para que se sienta acompañado para que platique con su familiar, y eso ayuda a su pronta recuperación (...)” (Silvia)

Las enfermeras y enfermeros consideran a la familia parte de ese cuidado en la terapia intensiva, señalan que es indispensable para el paciente para su pronta recuperación, el familiar debe platicar con el paciente, debe tocarlo, escucharlo que ayuden en la movilización. Boff (2012 p. 18-22) señala que la ausencia de cualquier otro excedente pretende limpiar de obstáculos el camino, a fin de que

los hombres se encuentren entre sí en su transparencia de hermanos, sirviéndose mutuamente, como conviene entre los miembros de una familia.

Para Boff (2004 p. 10) Por más valores irrenunciables que contenga, la familia no deja de inscribirse dentro de la condición humana, que es siempre convivencia de los contrarios. Por eso hay en ella simultáneamente dimensiones de luz y de sombra El núcleo utópico e inmutable de la familia es el amor, el afecto, el cuidado del uno con el otro y el deseo de estar juntos, siendo los pares abiertos a la procreación, cuando es posible, o por lo menos al cuidado de todas las formas de vida, que es también un modo de realizar la fecundidad. Este núcleo debe poder realizarse en las diferentes formas concretas de convivencia.

3.2 Cuidando con musicoterapia

En el campo de la filosofía Platón ya apuntaba la estrecha relación entre la música y los sentimientos resaltando como las antiguas escalas griegas evocaban diversos estados de ánimo y reconocía en la música su capacidad para colocar al hombre en armonía (Ribeiro, 2014 p. 167-171).

“(...) Durante la estancia en el servicio y pues, a veces aquí lo que manejo es la música trato de poner música para que el paciente también se relaje, este tranquilo y comfortable (...)”
(Graciela)

“(...) Aquí en el servicio cuando estoy con los pacientes a veces con mi celular pongo la música para escuchar pero sin darme cuenta creo que también ayuda a que el paciente este tranquilo y este relajado, en el caso de los pacientes cardíopatas ellos escuchan música con su celular y se ven tranquilos y relajados, pues yo no les impido a que lo escuchen, creo que es parte de la terapia. (...)”
(Julio)

El conocimiento científico es lo que posibilita a cualquier profesional que actúa en las instituciones hospitalarias y correlacionadas, a prestar una asistencia de calidad, seguridad, alta resolubilidad y uso racional de las tecnologías en salud, cuales quieran que sean. Por lo tanto, para que la música sea utilizada efectivamente en el contexto de los diversos profesionales, ya sean enfermeros, médicos, musicoterapeutas, tenemos la necesidad de comprenderla a la luz de referenciales teóricos (Ribeiro, 2014 P. 167-171).

IV. CONCLUSIONES

De los hallazgos y la discusión y a la luz de los teóricos se concluye que, en la Unidad de Cuidados Intensivos, las enfermeras y enfermeros especialista en cuidados intensivos cuidan el cuerpo del cliente por medio de sus manos como instrumento de cuidado, cuidan el cuerpo físico y espiritual no como una dualidad, si no que como un solo cuerpo, Cuidan el cuerpo del cliente como si fuera el propio cuerpo de la enfermera, cuidan el cuerpo usando el lenguaje del cuidado, así mismo el cuerpo del cliente es cuidado de manera terapéutica, considerando el acoplamiento tecnológico y a través del toque terapéutico; cuidan el cuerpo del cliente permitiendo la extensión del cuidado a la familia, también cuidan el cuerpo con la musicoterapia todo lo anterior a la luz del teórico Maturana.

Cuidar la corporeidad del cliente en la terapia intensiva es un cuidado que va más allá del aspecto físico, es un cuidado en el que se siente la corporeidad del cliente como un todo, el aspecto físico y espiritual, en la que se debe de conversar el cuidado en esa relación enfermera-paciente; esto es mantener una estrecha comunicación en todos los ámbitos independientemente del estado de conciencia en la que se encuentre el paciente; así mismo hay que cuidar lo corporal y espiritual pues el cuerpo y espíritu son uno solo y forman parte del ser humano, va más allá del cuidado físico sino, que debe ser un cuidado en la que se consideren el cuerpo físico como el cuerpo espiritual, en este sentido, esta dualidad deben estar presente en todo momento.

Cuidar lo terapéutico, va más allá de un cuidado intensivo; es una forma de ver un cuidado que nunca acaba, pues forma parte de la vida, cuidando lo terapéutico es cuidar la vida de manera sensitivo, usando los conocimientos para el cuidado, cuidar lo perceptible es cuidar a través de los sentidos, escuchar, tocar el cuidado y cuidar de mí en el otro es estar conscientes de que el cuidado de uno mismo es igual al otro pues quien cuida es humano y es humano quien es cuidado.

La extensión del cuidado es un modo de convivencia humana, es no enajenar el cuidado pues la familia forma parte de ese cuidado, es una extensión del cuidado, la presencia de la familia fortalece el amor, el afecto, y la presencia del otro para fortalecer ese cuidado, la familia interviene con el lenguajear y el toque terapéutico al estar presente en momentos críticos del cliente.

AGRADECIMIENTOS

A las Enfermeras y enfermeros de las instituciones de salud que aceptaron participar en el estudio, por sus aportes y por el tiempo destinado a las entrevistas, a la Universidad Nacional de Trujillo y a la Universidad Autónoma Metropolitana por la confianza brindada hacia mi persona, por permitirme cursar este programa de doctorado y finalmente y no menos importante a mi asesora de tesis; la Dra. Lucia Celixa Pérez Valdez, por su valioso apoyo, paciencia, tiempo y dedicación para guiarme en la elaboración de este estudio.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOFF, L. 2012. **El cuidado necesario**. Brasil: TROTTA. P. 18-22

BOFF, L. 2004. **Familia: Utopia y realidad**. Koinonia. Brasil. Recuperado de: <http://www.servicioskoinonia.org/boff/articulo.php?num=077> p.10

BELTRÁN, S. 2009. **La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo**. Invest Educ Enferm. Vol. 1:34-45.

CELIS, R. & Rubiano, S. 2007. Desarrollo del Cuidado Intensivo en Latinoamérica. Bogotá Colombia. Recuperado de: <http://www.fsb.org.co/sites/default/files/desarrollodelcuidadointensivo.pdf>. Consultado Mayo de 2015.

DUARTE, M. 2012. Experiencia de ocho años de la Terapia Intensiva Central del Hospital General de México, OD. Vol 16. 85-89.

DO PRADO Souza de, M.L, M., Monticelli, M., Cometto, M.C. y Gómez, P.F. (2013). Investigación cualitativa en Enfermería. Metodología y didáctica. Washington, D.C: PALTEX

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (2012). PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-025-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. DOF: 23/02/2012. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5234984&fecha=23/02/2012 Consultado 23 de Enero de 2015.

DEZORZI, Luciana Winterkorn and CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. **La espiritualidad en el cuidado de sí para profesionales de enfermería en terapia intensiva**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2008, vol.16, n.2, pp. 212-217.

FERNÁNDEZ, Ch. et al. 2007. **Valorización del rol del profesional de enfermería en terapia intensiva**. *Revista Uruguay de Enfermería*. Noviembre, 2 (2): 5-13.

FIGUEIREDO, N. 2012. **Cuidar en la integralidad del ser: perspectiva estética/socio poética de progreso en el campo de la enfermería.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro. P. 97-99

FIGUEIREDO, N. 2004. **Práticas de Enfermagem: Ensinando a Cuidar a Criança.** 5ª edição, 1ª reimpressão. São Caetano do Sul, São Paulo: Difusão Enfermagem.

GÓMEZ, H. 2009. Relación enfermero-paciente en las Unidades de Terapia Intensiva. Córdoba. Recuperado de: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/gomez_hugo_alberto.pdf. Consultado Agosto 2015.

HERNÁNDEZ S, R, Fernández, C, y Baptista L, P. 2010. **Metodología de la Investigación,** Editorial McGraw-Hill. México. D.F

JIMÉNEZ, J. 2012. Formación de recursos en enfermería. Recuperado de: <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/publicaciones/CASMI-11.pdf>. Consultado enero 2015.

LEE, C. 2012. **Enfermería de cuidados intensivos.** Manual moderno, México.

MATURANA R. H., 1995. **La Realidad ¿objetiva o construida?** I. Fundamentos biológicos de la realidad. Barcelona: Anthropos.

MATURANA, R. H., y Varela G.F., 1993. **De Máquinas y seres vivos autopoiesis: la organización de los vivo. Chile: Editorial Universitaria.** P. 16-18

MATURANA, R. H., y Varela G.F., 2004. **De Máquinas y seres vivos autopoiesis: la organización de los vivo. Chile: Editorial Universitaria.** P. 133

MATURANA, H., NISIS, S. 1995 **Formación Humana y Capacitación.** España: UNICEF-Chile/Dolmen ediciones P. 151

MATURANA, R. H. 2010. **El sentido de lo humano.** Buenos Aires: GRANICA.

MATURANA, A. 2010. **Musicoterapia en la unidad de cuidados especiales neonatales del hospital clínico de la universidad de chile.** Monografía. Universidad de Chile. Facultad de Artes

MATURANA, R. H. 2002. Los aportes de Humberto Maturana a la psicoterapia. Chile INTECO. Recuperado de: http://www.inteco.cl/articulos/003/texto_esp.htm

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO, 2012. Health at a glance 2011 OCDE París.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Serie Recursos Humanos para la Salud: 2011. Regulación de la Enfermería en América Latina. Washington, D. C.: OPS, © 2011. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16768&Itemid=721&lang=en. Consultado. Junio 2015.

RIBERIRO, L. 2014. **El cuidado mediado por la música.** Cuadernos Index, España. 167-171

SOUZA, M. 2013. **Investigación cualitativa en enfermería.** Metodología y didáctica. PALTEX, Washington D. C. p. 52-55

VEGA, G. 2012. **Acoplamiento Cibernético paciente-Maquina-Enfermera.** Vol. 9: 21-34.