

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA
SEDE CHOTA



TESIS:

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA
“COMUNICACIÓN NO VERBAL EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA
DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ADULTO MAYOR.
HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS. CHOTA. 2014”

AUTORA: Bach. Enf. Erika Emperatriz, CÓNDOR VITÓN

ASESORA: Dra. Carmen Yrene, YUPANQUI VÁSQUEZ

CO ASESORA: MCs. Rosa Ricardina, CHÁVEZ FARRO

CHOTA-PERÚ

2014

JURADO EVALUADOR

PRESIDENTA: Dra. Norma Bertha, CAMPOS CHÁVEZ

SECRETARIA: Mcs. María Eloisa, TICLLA RAFAEL

VOCAL: Mg. Katia Maribel, PÉREZ CIEZA

DEDICATORIA

A mis Padres: Augusto C3ndor y Luz Celina Vit3n, que han sabido formarme con buenos sentimientos, h3bitos y valores, que me han ayudado a salir adelante en los momentos m3s dif3ciles.

A mi esposo: Ulices Eduardo que viene acompa1andome estos 6 a1os de mi vida, siendo el bast3n en el cual me apoyo.

A mi hijo: Eduardo Andr3, que es mi motor y motivo, que me impulsa seguir adelante.

A mi hermana que con su ejemplo, me ha guiado hacia el camino de la superaci3n profesional; brind3ndome su apoyo incondicional.

A mis hermanos que a pesar de haberlos perdido, han estado siempre cuid3ndome y gui3ndome desde el cielo.

Erika Emperatriz

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mi madre, que con su demostración de una madre ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos. A mi padre que siempre lo he sentido presente en mi vida. Y sé que está orgulloso de la persona en la cual me he convertido.

A mi asesora Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez por su acertada asesoría, orientación y apoyo incondicional en el presente trabajo de investigación, siempre demostrando que es una gran profesional, pues se muestra, no sólo como una docente, sino también, como una amiga.

A los participantes del estudio quienes nos permitieron conocer su percepción de la comunicación no verbal en el cuidado que le brinda la enfermera/o, pues gracias a ello, nos han permitido ahondar en este tema poco conocido.

A la “Universidad Nacional de Cajamarca” en especial a la “Escuela Académico Profesional de Enfermería Sección – Chota”, por permitirme formar parte de la familia universitaria, lugar anhelado donde he recibido la formación profesional mediante los valiosos aportes, conocimientos científicos/técnicos y éticos de su distinguida plana docente que se esmeran siempre en generar profesionales competitivos y de calidad.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de esta investigación.

RESUMEN

La investigación: "COMUNICACIÓN NO VERBAL EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA DESDE LA PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR. HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS. CHOTA. 2014". Tiene un abordaje cualitativo, se ha utilizado el método descriptivo según Tello, C (2004), con el objetivo de describir la comunicación no verbal en el cuidado de enfermería desde la percepción del adulto mayor, el enfoque teórico está fundamentado por el concepto de percepción de Ariza O. (2001), En la investigación participaron 7 adultos mayores, la muestra se alcanzó por saturación de información. Se utilizó la entrevista a profundidad y el análisis de contenido de discursos, donde han emergido 2 grandes categorías. La primera: "Comunicación Enfermero/ Paciente: Alegría Cariño y Respeto", la primera Sub Categoría 01: "El trato de enfermería es bueno": cuando el cuidador no levanta la voz, promueve tranquilidad, aseguran que las enfermeras/os están junto a ellos siempre. Subcategoría 02: "Alegría en el cuidado de enfermería al paciente adulto mayor": los adultos mayores consideran que los enfermeras/os se muestran alegres al cuidarlos, son su apoyo, identifican su intención que se recuperen pronto. La categoría 02: "La Comunicación no verbal como Elemento del Cuidado": Subcategoría 01: "Comunicación no verbal entre enfermera – paciente adulto mayor: sensibilidad por el dolor humano": los participantes perciben que las/os enfermeros atienden a su problema de salud y procuran hacerles sentir bien; ellos sienten que van a recuperarse pronto con los cuidados que están recibiendo. Subcategoría 02: "Amor en el cuidado de enfermería": Los adultos mayores están de acuerdo en que el cuidado debe de ser brindado con amor, entre las muestras identificadas el llamarlo por su nombre, el llevarlo en brazos al baño, acudiendo a su llamado, arreglar su cama.

Palabras claves: Comunicación no verbal, Cuidado de enfermería, Percepción del Adulto mayor ✓

ABSTRACT

Research: "NO VERBAL COMMUNICATION IN NURSING CARE FROM THE COLLECTION OF THE ELDERLY. JOSEPH HOSPITAL HERNÁN SOTO CHAINS. CHOTA. 2014 ". It has a qualitative approach was used descriptive method according Tello, C (2004) with the aim of describing nonverbal communication in nursing from the perception of the elderly, the theoretical focus is driven by the concept of perception Ariza O. (2001) the research involved seven seniors, the sample was achieved by information overload. Depth interviews and content analysis of speeches, which have emerged two broad categories was used. The first: "Communication Nurse / Patient: Joy Honey and Respect", the first Sub Category 01: "The deal is good nursing": when the caregiver does not raise his voice, promotes peace, ensure that nurses / are you with them always. Subcategory 02: "Joy in nursing care to elderly patients" seniors believe that nurses / os they are happy to take care of them, they are your support, identify its intention to recover soon. The category 02: "Nonverbal Communication and Care Item": Subcategory 01: "Nonverbal communication between nurse - elderly patients: sensitivity to human suffering" participants perceived that the / os nurses care for your health problem and try to make them feel good; they feel that they will recover soon with the care they are receiving. Subcategory 02: "Love in nursing care" Older adults agree that care must be given with love, between samples identified the call out your name, carry him to the bathroom, going to his call , fix your bed

Keywords: nonverbal communication, nursing care, Senior Adult Perception.

INDICE

Pág.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN	09
Presentación y antecedentes del problema	09
Justificación	13
Objeto de estudio	15
Pregunta norteadora	15
Objetivo	15

CAPÍTULO II

2. ABORDAJE TEÓRICO	16
Percepción	16
Comunicación	16
Comunicación no verbal	18
Cuidados en enfermería	24
Cuidados de enfermería en el adulto mayor	28

CAPÍTULO III

3. ABORDAJE METODOLÓGICO	31
Tipo de investigación	31
Descripción de la técnica: entrevista	34
Sujetos de investigación	36
Análisis e interpretación de datos	37
Consideraciones éticas y de rigor científico	39

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	41
Categoría 01: Comunicación enfermero/ adulto mayor:	
alegría cariño y respeto	41
Subcategoría 01: Amabilidad del enfermero en el cuidado	42

Subcategoría 02: Expresiones de alegría en el cuidado al paciente.	44
Categoría 02: La comunicación no verbal como elemento del cuidado	47
Subcategoría 01: Comunicación enfermera – paciente adulto mayor: sensibilidad por el dolor humano.	48
Subcategoría 02: Amor en el cuidado de enfermería	50

CAPÍTULO V

Consideraciones finales	52
Sugerencias	54
Bibliografía	55
Anexos	58

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1. PRESENTACIÓN Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION:

Actualmente, es conocida la importancia de la comunicación en el cuidado de enfermería, la comunicación enfermera – paciente debe ser verbal y no verbal, al ser quien permanece mayor tiempo con el enfermo cuando es hospitalizado, su acercamiento debe ser valorando su aspecto fisiológico, patológico, farmacológico, sino también emocional, sus experiencias previas, etc. para así brindar un cuidado integral al paciente y a sus familiares.

En la mayoría de los establecimientos hospitalarios en los que como estudiante e interna se ha tenido oportunidad de acceder, se ha observado que muchas veces la enfermera/o por el gran número de pacientes y por el trabajo administrativo en el servicio, tiene pocas oportunidades de conversar con el paciente, escucharles y responder a sus cuestionamientos, creando inseguridad y ansiedad debido al desconocimiento de porqué y para que se realizan los procedimientos, se observa a veces al personal ceñudo o impaciente, que no llama por su nombre al paciente o lo mira, por ultimo no le dirige la palabra, sus rostros se muestran bastante serios; el personal levanta la voz de forma grotesca y la solicitud de ayuda es de forma inadecuada, incluso las cosas que llevan en las manos se caen por el apuro y la vehemencia de su caminar, el lenguaje simbólico que expresan sus rostros y los movimientos de las manos dicen bastante de su estado de ánimo, los posibles conflictos personales que puedan tener o problemas de índole familiar con sentimientos reales, que no pueden ser expresados oralmente y son manifestados externamente a través de gesticulaciones o expresiones del rostro; el paciente puede percibir de diferente manera el acercamiento de

la enfermera/o, su percepción puede ser negativa y pensar que el actuar del personal es una agresión o falta de respeto y no producto del estrés del trabajador de salud.

Pero de otro lado, muchas veces el enfermero/a, tiene un acercamiento positivo al paciente, suele bromear, conversar, brinda apoyo emocional, no solo verbal, sino también no verbal situación que es muy valorada por el paciente y por la familia, mostrando afecto, consideración y respeto hacia el personal a través del agradecimiento continuo y el saludo amistoso.

La percepción acerca del cuidado recibido puede variar de una persona a otra de acuerdo a su edad, experiencia, incluso a su grado de instrucción, el estado anímico y la gravedad de la enfermedad. Si queremos brindar un cuidado humano, debemos promover que los cuidados de enfermería se desarrollen a través de una relación terapéutica o también denominada de ayuda, que se establece a través del diálogo, la escucha y el servicio.

Al respecto **Colliere, F. (1999)**, refiere que servir es la base de enfermería, servir a los enfermos, objeto y finalidad de los cuidados, lo da sentido a la práctica de enfermería y que orienta y guía su actitud. Servir es velar por el enfermo, confortarlo, cuidarlo, la enfermera debe sobre todo conocer al enfermo a su medio, tratar el mal, prevenir su extensión, debe conocer apropiadamente al ser que sufre y a la propia dolencia.

Entre las investigaciones con abordaje cualitativo relacionadas con el tema presentamos las siguientes:

Morales, M y Cols. (2000), en su investigación sobre "La comunicación entre el personal de enfermería, el paciente y la familia en algunos servicios hospitalarios médico quirúrgicos. Medellín- España, con los siguientes hallazgos en la categoría cuidado de enfermería: los actores develan lo que es la buena atención, la satisfacción o insatisfacción de la misma, en la categoría interacción comunicación: señalan las actitudes, gestos y el personal identifica los momentos comunicacionales propicios

durante la interacción; en la categoría comunicación y desempeño: los pacientes indican la forma de reconocer al personal de enfermería y éste cuenta las barreras para la comunicación social.

Jorcano, P (2005) en su estudio sobre Comunicación no verbal: un reto en los cuidados enfermeros de calidad. España. Concluye que es preciso y útil aumentar el nivel de conocimientos sobre comunicación y específicamente sobre comunicación no verbal. El aprendizaje de la comunicación facilita la reafirmación de la identidad de la enfermera, desde el momento en que se inicia como alumna. Si aumentamos los conocimientos sobre comunicación estaremos facilitando el contacto con los pacientes en sus prácticas y posteriormente en su vida personal y/o profesional.

Delgado, K. y Tarrillo, R. (2008), en la investigación: "Cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del paciente adulto hospitalizado servicio de Cirugía Hospital José Soto Cadenillas Chota 2008" encontró que en muy pocas oportunidades el personal de salud informa al paciente o familia los procedimientos que va a realizar, provocando cierto grado de desconfianza en el paciente, el personal de salud no es capaz de tratarlos con paciencia y comprensión tanto al enfermo como a sus familiares, ya que señalan al mismo tiempo el maltrato verbal del que son víctimas, así como incompreensión e intolerancia.

Giuntada, S y Cols. (2010), en su investigación cualitativa sobre la "Comunicación no verbal: reflexiones acerca del lenguaje corporal" busca reflexionar sobre la importancia del lenguaje corporal, a través de la identificación de un grupo de enfermeras, estudiantes de post-grado. Sao Paulo- Brasil. Se analizó el contenido de los relatos, de donde surgieron cinco categorías: concepto, función, importancia, significado y formas de manifestación del lenguaje corporal. El lenguaje corporal fue valorizado por el grupo, como una forma compleja de interacción interpersonal, de la cual

se tiene poca conciencia. Tiene por función expresar sentimientos, emociones y transmitir mensajes, cuyo significado es influenciado por el contexto. El reconocimiento del lenguaje corporal amplía la percepción profesional como un instrumento más para mejorar la calidad de la asistencia de enfermería.

Villalobos, L (2013), realizó un estudio con abordaje cualitativo sobre: La comunicación no verbal de la enfermera con la persona cuidada, Servicio de Emergencia Hospital I Chepén Es salud 2013, Chiclayo-Perú en la cual profundiza en el estudio de la comunicación no verbal de la enfermera en el servicio de emergencia, enfatizando la gestualidad, uso de la mirada y toque expresivo entre otros que el profesional de enfermería exterioriza en el cuidado a la persona. Entre los resultados importa acotar que la comunicación no verbal está adherida a la naturaleza de la enfermera y debe saber auto regularla para fortalecer un cuidado holístico, desde la relación del contacto táctil en las relaciones interpersonales, la gestualidad en las acciones de cuidado, la función de la apariencia en la expresión, la interrelación entre el entorno y la personalidad, la dirección y sentido de las miradas hasta las expresiones faciales.

El adulto mayor que se hospitaliza en el servicio de medicina del Hospital José Soto Cadenillas, proviene frecuentemente de la zona rural, con poco o ningún conocimiento sobre salud o enfermedad y muchas veces es internado por primera vez, enfrentándose a un cambio radical en sus hábitos y costumbres de alimentación y descanso mayormente; confía plenamente en el personal de salud que lo atiende, comparte varios días otros pacientes y el/la enfermera que está pendiente de él, en quien pone su confianza y esperanza de recibir un cuidado integral, además se convierte en un ser importante para el personal y en especial para el enfermero así lo señala **Colliere, F. (1999)**, la práctica de enfermería encuentra su razón de ser en la persona cuidada, los cuidados no tienen sentido sino en relación con la realidad, con la manera como vive su enfermedad.

Según información verbal de los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de Medicina del Hospital, éste alberga mayormente a adultos y adultas mayores con enfermedades cardiovasculares (HTA, arteriosclerosis., ACV) enfermedades endocrinas (diabetes mellitus) y respiratorias (Neumonía. EPOC), en menor frecuencia pacientes ancianos con enfermedades gastrointestinales como tifoidea y GECA, cada uno de estos casos encierra particularidades, algunos padecen deterioro auditivo o motor, generalmente los familiares trasladan al enfermo cuando se encuentra en una situación crítica, debiendo permanecer muchos días postrado en cama dependiendo del cuidado de la enfermera/o.

Desde la formación profesional se tiene la certeza de que el paciente es un ser holístico y necesita un cuidado de enfermería integral, que muchas veces es difícil brindar, debemos promover la comunicación no verbal en el cuidado que se brinda a nivel hospitalario: como sonreír, mirar, transmitir empatía, aspecto importante para enfermería cuyo objeto es el cuidado, y la percepción del adulto mayor hospitalizado acerca de la comunicación no verbal, es importante para sentar las bases de una relación enfermera/o paciente, lo que indudablemente puede ayudar a su pronta recuperación.

Como hemos mencionado en el cuidado de enfermería, la comunicación debe ser verbal y no verbal, el cuidado al ser integral busca disminuir no solo el dolor físico sino calmar el dolor emocional, la ansiedad, el temor o preocupación pueden ejercer una influencia negativa en el proceso de recuperación del paciente y hacer infructuoso el trabajo de todo el equipo de salud.

Por tanto consideramos importante el estudio del tema poco estudiado, ya que en la revisión bibliográfica no se ha encontrado estudios cualitativos o cuantitativos publicados que se hayan realizado en la zona.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La investigación, es importante ya que aborda un aspecto poco tratado en el cuidado de enfermería, los profesionales emprenden estudios de especialización que les brinda conocimientos y habilidades en el uso de tecnología que son herramientas importantes para la recuperación de la salud del paciente, sin embargo, muchas veces se deja de lado el aspecto emocional y subjetivo de los enfermos. Cada ser es único con vivencias y experiencias diferentes y por tanto el cuidado de enfermería también debe ser diferente, el acercamiento de la enfermera debe ser amable, asertivo, respetuoso es decir integral.

La investigación argumenta su desarrollo porque la comunicación no verbal esta enlazada al arte de cuidar, situación que la posesiona como un tema de actualidad y de gran importancia, sin embargo, aún no se ha profundizado en su contenido, a nivel local y regional.

Los resultados aunque no puedan generalizarse, pueden ayudar a los futuros estudiantes en enfermería a analizar el cuidado, los diferentes paradigmas de cuidado y la manera como los docentes deben enseñar el cuidado; dando igual importancia al aspecto procedimental, como al aspecto emocional y subjetivo en la interacción del enfermero con el paciente.

Aunque se han realizado varias investigaciones sobre el tema con abordaje cualitativo en el Distrito de Chota, todavía nos falta profundizar en el cuidado de enfermería, es necesario difundir los hallazgos de los estudios, incluirlos como línea de investigación y propiciar la formación de núcleos de estudio sobre el cuidado de brinda enfermería y sus diferentes paradigmas.

El conocer sobre la comunicación no verbal desde la percepción del adulto mayor beneficia a las/los enfermeras/os del servicio de medicina, ya que podrán conocer como es su relación con los pacientes, plantear un cambio

si fuera necesario y reforzar algunos aspectos en su interacción.

Igualmente, los hallazgos del estudio son importantes para los docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería porque permitirán la mejora continua de syllabus, planes curriculares, planes de clase correspondientes al consignar como tema también prioritario la comunicación no verbal con el paciente.

1.3.OBJETO DE ESTUDIO:

La comunicación no verbal en el cuidado de enfermería desde la percepción del paciente adulto mayor

1.4.PREGUNTA NORTEADORA

¿Cómo es la comunicación no verbal en el cuidado de enfermería desde la percepción del paciente adulto mayor. Servicio de Medicina. Hospital José Soto Cadenillas-Chota 2014?

1.5.OBJETIVO:

Describir y analizar la comunicación no verbal en el cuidado de enfermería desde la percepción del paciente adulto mayor. Servicio de Medicina. Hospital José Soto Cadenillas-Chota 2014.

CAPÍTULO II

2. ABORDAJE TEÓRICO

2.1. PERCEPCIÓN:

Ariza, O (2001), afirma que la percepción del paciente en términos de psicología, es la capacidad de organizar los datos y la información que llega a través de los sentidos en un todo, creando un concepto.

La percepción varía de acuerdo a qué experiencia y a qué aprendizaje previo tenga el observador. Los aspectos que influyen sobre la persona que percibe son:

1. Las necesidades y deseos, es decir la motivación de la persona la cual le hace percibir aquello que le proporcionaría satisfacción.
2. Las expectativas; se entienden al percibir lo que se espera, aquello que resulta más familiar.
3. El estilo de cada persona para enfrentarse al ambiente que lo rodea. Algunas personas perciben más un conjunto de detalles, no pudieron recordar por separado algunas características específicas del objeto; otras en cambio reparan en tales detalles.
4. La cultura en la creció, la cual entrena en cierto modo de percibir la realidad.

2.2. COMUNICACIÓN:

2.2.1 DEFINICIÓN:

Villalobos (2013) cita **KNAPP, M (1992)** quien define a la comunicación como el proceso de interrelación de información o datos, para lo cual requiere una serie de elementos como emisor, canal, un mensaje y un receptor, fenómeno inherente a la relación que los seres vivos mantienen cuando se encuentran en grupo.

Al explorar el concepto de comunicación, esta puede realizarse desde su **etimología**. La palabra deriva del latín *comunicare*, que significa **“compartir algo, poner en común”**, por ello a través de la comunicación, las personas o animales obtienen información respecto a su entorno y pueden compartir la con el resto. El proceso comunicativo implica la emisión de señales (sonidos, gestos, señas, etc.) con la intención de dar a conocer un mensaje.

Para que la comunicación sea exitosa, el receptor debe contar con las habilidades que le permitan decodificar el mensaje e interpretarlo. El proceso luego se revierte cuando el receptor responde y se transforma en emisor (con lo que el emisor original pasa a ser el receptor del acto comunicativo).

Villalobos, L (2013) cita a **Gómez**, quien explica que comunicación puede permitir a las enfermeras establecer una relación de lo que se traducirá en las interacciones que se centran en el establecimiento de las relaciones interpersonales como la posibilidad de crecimiento para todos los involucrados, donde los individuos se influyen mutuamente a través de la comunicación verbal y no verbal.

Marriner (1994), cita a **King, I** quien define a la comunicación como “un proceso por el cual la información pasa de una persona a otra bien sea directamente... o indirectamente... La comunicación es el componente informativo de las interacciones” El intercambio de signos verbales y no verbales y de símbolos entre el enfermero/a y el paciente y el entorno, es una comunicación.

Marriner (1994), cita a **Travelbee, J** quien manifiesta que “la comunicación es el proceso por el cual el enfermero/a es capaz de establecer una relación de persona a persona con el paciente y realizar así el propósito de la enfermería, esto es, ayudar a los individuos o la familia a prevenir o a enfrentarse con la experiencia de

la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, ayudarles a encontrar un sentido a dichas experiencias.”

2.3. COMUNICACIÓN NO VERBAL:

2.3.1 DEFINICIÓN:

Knapp, M (1992), se define como aquella clase de eventos comunicativos que trascienden la palabra hablada o escrita. Este tipo de comunicación sugiere dimensiones de conducta no verbal en relación con la comunicación.

Villalobos (2013), cita a **Riehl, J (1992)**, refiere que “La comunicación es el componente clave del interaccionismo simbólico. Aunque la comunicación verbal suele ser la principal fuente de intercambio entre los seres humanos, la comunicación no verbal se considera a menudo igualmente importante. Esto puede aplicarse, desde luego, a la enfermería.”

Marriner (1994), cita a **King, I** quien mantiene que el 80% de la comunicación es no verbal.

2.3.2 CLASIFICACION DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL:

Según **Knapp, M**, quien refiere las siguientes siete dimensiones de la conducta verbal en relación con la comunicación:

➤ KINÉSICA:

Entre los movimientos corporales de la kinésica se encuentran: La mirada o contacto ocular con la otra persona, expresa deseo de comunicarse e interés. Por el contrario, la falta de contacto ocular o pérdida frecuente de la mirada de la otra persona, implica renunciara la comunicación por falta de interés en el tema por

preocupación o disconformidad con lo que se dice. Por último la mirada de soslayo se asocia a desconfianza, así un movimiento de los ojos: rápido, parpadear o fruncir las cejas suelen ocurrir en situaciones de excitación o ansiedad (si no usa lentes).

Entre las expresiones faciales tenemos: la sonrisa, tradicionalmente se asocia a situaciones de bienestar y sentimientos positivos hacia la otra persona, sobre todo si se acompaña del mantenimiento del contacto ocular.

La depresión de la comisura labial: expresa tristeza y suele acompañar de mordedura de labios; las contracciones de los músculos faciales como la frente arrugada o la contracción de los labios son movimientos que sugieren preocupación o cólera y abrir la boca sin hablar implica la supresión consciente de un bostezo, se asocia a sorpresa o fatiga.

➤ **TACTÉSICA:**

Con relación a la tactésica, explica que el tacto es usado en dos funciones: instrumental y expresivo, el primero presenta un objetivo concreto, distinto al comunicativo, por ejemplo, mover al paciente, explorarlo o realizar alguna técnica instrumental. Este tipo de situaciones producen una gran ansiedad en el paciente por lo que la enfermera, que invade una zona íntima de él, debe mostrar un gran respeto.

Además, el tacto sirve para expresa confianza, empatía, y apertura hacia la comunicación.

Tocar al enfermo acompañado de comunicación verbal permite que entiendan mejor los mensajes y consigue que perciban a las enfermeras como más empáticas. Los pacientes en los que las enfermeras más utilizan la tactésica son los más jóvenes, mientras

que donde menos se emplea es en los ancianos y minusválidos físicos, dos grupos de enfermos que, sin embargo, serían de los que más se beneficiarían con este tipo de comunicación.

➤ **PROXÉMICA:**

Cuando se habla de proxémica, **Villalobos (2013)**, cita **Hall, E (1966)**, expone categorías básicas de distancia interpersonal que implica diferentes tipos de comunicación de las cuales la distancia social o profesional, es la que ocurre a partir de un metro de distancia, se emplea para interacciones con personas con las que no existe una relación íntima como las relación es laborales o la comunicación con pacientes.

Sugiere que la comunicación con pacientes postrados en cama o sentados en sillas de ruedas, no se debe realizar de una posición erguida, de lo contrario la simetría en la comunicación que experimentan debido a las diferentes alturas, produce un sentimiento desagradable de inferioridad, hace que el paciente pierda el interés en comunicarse.

Igualmente cita a **Knapp, M**, acota que las posturas generales del cuerpo como la inclinación ligera hacia adelante asocian apertura a la comunicación y atención al tema, la postura hacia atrás, por el contrario expresa desconfianza o desagrado. La rigidez al sentarse sobre todo al borde de la silla significa que se quiere acabar la conversación y falta de interés, así como flacidez extrema al sentarse, indica falta de respeto, desinterés; brazos cerrados y piernas cruzadas expresan desagrado, ansiedad, deseos de evitar la comunicación, asimismo, un encogimiento de hombros denota incertidumbre o ambivalencia. Estas posturas externas forman parte del movimiento o desplazamiento de toda persona cuando se relaciona con otra y también se observan en

las/os enfermeras/os desde la admisión de los pacientes hasta ser dados de alta, muchas de estas posturas están influenciadas por el estado de ánimo, el exceso de trabajo, las improvisaciones en el cambio, función o las exigencias del servicio.

➤ **PARALINGÜÍSTICA:**

Villalobos (2013), cita a **Hall, E (1966)**, la paralingüística forma parte del aspecto externo de un individuo, pues los tonos de voces vivaces ejercen un efecto positivo sobre el oyente porque sugieren extroversión y carácter agradable. La monotonía se asocia a frialdad y reserva. La nasalidad produce desagrado sin que se asocie a ninguna emoción específica.

Entre los principales significados de los actos paralingüísticos destacan: el tono de voz bajo, como un susurro, suele utilizarse para hacer revelaciones personales o de pronóstico; los cambios en el tono de voz se asocian a variaciones en el significado emocional; la velocidad: el habla rápida y espasmódica se asocia a ansiedad, mientras que el habla excesivamente lenta indica preocupación o tristeza; tartamudeos y lapsus verbales producen intensa ansiedad.

2.4. COMUNICACIÓN EN ENFERMERÍA

2.4.1. Comunicación no verbal

Frutos M (2012), señala que es extremadamente útil, cuando las palabras pueden fallar por completo. Cita a **Friedman**: Los pacientes observan las acciones no verbales de los que les atienden y deciden si son respetados o apreciados, si esperan que mejoren o si resultan repugnantes, desvalorizados o intratables”.

La comunicación no verbal sirve de apoyo a la comunicación verbal.

“Es la transmisión de información a través del lenguaje no verbal (corporal, conductual), destacando en la interrelación: el contacto físico, la mirada, la expresión facial, el aspecto personal, el tono de voz, etc.”.

a. Contacto Físico

Frutos M (2012), cita a **Aguilera**, quien identifica los siguientes criterios:

- Es primordial en la prestación de los cuidados, siendo considerada como la conducta principal no verbal.
- No se puede cuidar o ayudar a alguien “sin tocar”
- “El contacto físico aumenta las verbalizaciones de los enfermos así como una actitud positiva en relación con aquellos”

b. Mirada

Elemento de la comunicación que más aporta acerca de la interacción y cuyas funciones se centran en:

- Regular el flujo de la comunicación.
- Obtener retroalimentación de cómo los demás reaccionan ante la comunicación.
- Expresar emociones comunicando la naturaleza de las relaciones de las personas que interaccionan.

c. Expresión Facial/ Aspecto/ Tono De Voz

- **Expresión Facial:** Es el lenguaje universal que bien interpretado informa de los sentimientos (alegría, temor, sorpresa, enojo, etc.).

- **Aspecto personal:** Transmite el estado de ánimo, el estatus, la autoestima, los valores, etc.
- **Tono de voz:** Lo importante no es lo que se dice, sino cómo se dice.

2.4.2. CARACTERÍSTICAS DEL MENSAJE NO VERBAL QUE MEJORAN LA COMUNICACIÓN

- **Contacto visual:** Demuestra reconocimiento de la persona como interlocutor válido y deseo de mantener la comunicación.
- **Postura abierta:** Da sensación de aceptación, puesto que una postura rígida sugiere escasa implicación.
- **Apariencia relajada:** Indica una actitud de saber estar profesional que es capaz a la vez de mantener el control sobre la situación.

2.5. ADULTO MAYOR.

Según la OPS (2006). Se consideran personas adultas mayores a aquellas que tienen 60 o más años. En el Perú, conforme a lo establecido en la asamblea general de la organización nacional de las naciones unidas, mediante la resolución 50/141 del 30 de enero de 1996, la denominación utilizada para este grupo poblacional es el de personas adultas/os mayores.

Según, Leiton, Z. y Cols, (2003). Consideran que desde el punto de vista funcional podemos clasificar en tres grupos a las personas adultas/os mayores:

Persona adulta mayor auto Valente: Es aquella persona adulta mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria. Es decir, aquellas actividades esenciales para el auto cuidado, como desplazarse, vestirse, comer, asearse, bañarse y controlar la

continencia; y así mismo, realizar actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar, manejar la medicación, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir de la ciudad.

Persona adulta mayor frágil o intermedio: son los adultos/as mayores que tienen un tipo de disminución del estado fisiológica asociada con un aumento de riesgo a discapacitarse.

Persona adulta mayor dependiente o postrada: son los adultos mayores que tienen una pérdida sustancial del estado fisiológico asociado a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades físicas de la vida diaria.

Para **Barros, C. (2004)**, la etapa del adulto mayor implica tres aspectos importantes a considerar: Cambios Biológicos, Sociales y Psicológicos.

▪ **Cambios Biológicos:**

- Deterioro del aspecto físico.
- Disminución de la agudeza de las funciones sensoriales.
- Cambios estructurales, fisiológicos bioquímicos en el sistema nerviosos central.
- Disminución de la actividad metabólica basal.
- Cambios en funciones respiratorias, cardiovasculares, digestivas, endocrinas.
- Cambios en aparato osteoarticular.
- Disminución de la respuesta del aparato inmunitario.

▪ **Cambios Sociales:**

- Cambio en la estructura familiar, se produce el nido vacío: Se refiere a cuando los hijos ya se han marchado del hogar, quedando la pareja, la madre o el padre, según sea el caso, viviendo solos.

- **Jubilación:** El trabajo en la vida del hombre cumple importantes funciones como: ingresos, status, fuente de relaciones interpersonales, además de ser la actividad en la cual se ocupa la mayor parte del tiempo, es claro que este gran cambio involucra pérdidas para la vida de una persona, pese a que la jubilación es un derecho de todos, donde la oportunidad de descansar y ocupar el tiempo de manera libre, puede que no sea deseado y se transforme en una amenaza, por la falta de un objetivo social y de la inactividad social; en cambio para otras puede significar mayor tiempo para nuevas actividades y un merecido descanso. En Chile la edad para jubilar es de 60 años para las mujeres y 65 años para los hombres.
- **Disminución del ingreso económico:** En la mayoría de los casos la jubilación trae consigo una disminución del ingreso económico, sobre todo porque puede significar un cambio en el nivel de vida que llevaba anteriormente, transformándose en un problema, en donde, en la mayoría de los casos el dinero recibido a través de la jubilación les alcanza sólo para subsistir.
- **Pérdida de la identidad social y ausencia de un rol social:** La jubilación coincide con el comienzo de la Adultez Mayor, por lo tanto, la persona se ve obligada a enfrentar las consecuencias de ésta como un proceso social. Al dejar de trabajar, la persona siente la evidente ausencia de un rol de jubilado socialmente valorado y explícito en nuestra sociedad, como así también si las personas perciben su actividad laboral como una función social que le produce agrado, sentirán que pierden su identidad en la sociedad.
- **Deterioro de la salud y pérdida de autonomía:** Con el paso de los años el riesgo de enfermarse y tener dificultades funcionales de tipo motor y sensorial, aumenta gradualmente; las personas pierden la agilidad y aumenta la fatiga y éstas pueden ser de mayor o menor gravedad según la calidad de vida que una

persona haya mantenido durante las etapas anteriores, por lo tanto, cuando un Adulto Mayor tiene bastantes complicaciones de salud o cuando ya es de una edad muy avanzada, tiene que recurrir a la ayuda de otros, lo que se traduce en un problema para la persona ya que no puede cuidarse sólo y además se siente una carga para los demás.

- **Pérdida de seres queridos y red de apoyo social:** En esta etapa de la vida aumenta considerablemente la posibilidad de pérdidas vitales significativas y de quedar viudo(a), que trae consigo una de las penas más grandes de una persona, y de difícil superación, pese al mecanismo adaptativo de todos los seres humanos mediante el cual una persona debiera superar el dolor e impacto psicológico; por otro lado, se van perdiendo amigos ya sean del trabajo, del barrio u otros. Como la persona va perdiendo seres queridos y además se encuentra en su hogar luego del retiro laboral, va perdiendo sus redes sociales, quedando cada vez más aislado y en soledad.
- **Aislamiento y soledad:** se producen sentimientos de soledad en un Adulto Mayor, por el distanciamiento de la familia y la pérdida de seres queridos, esto no sólo en el ámbito físico, es decir, por la falta de compañía de otros, sino que también, se vivencia una soledad existencial que ocurre cuando el Adulto Mayor no se siente tomado en cuenta y por lo tanto, éste tiende a aislarse.

- **Cambios Psicológicos:**

Se refieren a la acción y efecto del paso del tiempo sobre las distintas funciones psicológicas, entendiendo a éstas como la forma en que percibimos la realidad y la entendemos, a la forma en que sentimos y valoramos la relación con los demás y con el entorno y en definitiva a la manera en que nos comportamos. Dichos cambios

tienen que ver con el funcionamiento de la personalidad, que se transforma según lo que se espera de los roles marcados por la edad.

La vejez, por tanto, desde una perspectiva psicológica debe entenderse como una etapa más del desarrollo humano, que implica cambios a los cuales las personas deben adaptarse, como cualquier etapa de la vida, la vejez debe ser aceptada y asumida con sus aspectos positivos y negativos, lograr un buen envejecimiento, por lo tanto implica: aceptar la edad, con sus cambios y limitaciones, asumir pérdidas y aceptar el dolor, redefinir su rol social, enfrentar y generar alternativas ante el cese laboral, revisión de la vida para establecer nuevas metas y dar nuevo sentido a la existencia.

2.6. CUIDADO EN ENFERMERÍA:

2.6.1. Definición:

Waldow, V (2006), señala que en el cuidado se desarrolla acciones, actitudes y comportamientos realizados para promover, mantener y/o recuperar la dignidad y totalidad humana. Esa dignidad y totalidad engloba sentido de integridad y la plenitud física, social, emocional, espiritual e intelectual en las fases del vivir y del morir.

El proceso de cuidar es la forma como se da el cuidado, es un proceso interactivo entre cuidadora y ser cuidado en que la primera tiene un papel activo pues desarrolla acciones acompañadas de comportamientos de cuidar y el segundo tiene un papel más pasivo y en función de su situación puede ser dependiente temporalmente cambiando para un papel menos pasivo y contribuir en su cuidado y ser responsable de su propio cuidado posteriormente.

El encuentro entre la cuidadora y el ser cuidado puede durar un momento que puede ser percibido como breve o largo a veces interminable, lo importante es que cuando se percibe como un encuentro real de respeto, aceptación y consideración este se

prolonga por el resto de la vida trascendiendo tiempo y espacio, la representación real de la cuidadora es reconocida por el paciente.

El inicio de la acción de la cuidadora, incluye el desarrollo de la interacción interpersonal ofreciendo un ambiente adecuado (limpieza, privacidad, seguridad, condiciones térmicas adecuadas, etc.) expresiones de aceptación al ser cuidado a los familiares por medio de palabras, toques, miradas, gestos, postura corporal, ofrecimiento de presencia real, lo que significa que la cuidadora está centrada en su situación y está presente en cuerpo y alma, empatía; demostrando seguridad, eficiencia y respeto en el desempeño de las intervenciones o procedimientos necesarios.

Colliere, F. (1999), por su parte refiere que el respeto es aceptar y comprender tal y como son los demás, aceptar y comprender su forma de pensar aunque no sea igual que la nuestra, aunque según nosotros está equivocado, pero quien puede asegurarlo porque para nosotros; está bien los que están de acuerdo con nosotros, sino lo están; creemos que ellos están mal, en su forma de pensar, pero quien asegura que nosotros somos los portadores de la verdad, hay que aprender a respetar y aceptar la forma de ser y pensar de los demás. El respeto a uno mismo y a los demás exige proceder de acuerdo con la condición y circunstancias de uno y otros, y siempre partiendo de la consideración y valoración de la dignidad de la persona humana

Villalobos, L. (2013), señala que los objetivos del cuidar abarcan entre otros, aliviar, dar, reconfortar, ayudar, favorecer, promover, restaurar, hacer. Todos estos comportamientos y actitudes de la enfermera en el momento de cuidar llevan implícitos: kinésica, táctésica, proxémica y paralingüística.

El Grupo de Cuidado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (2002), Cita a **Molano**, quien

refiere que la interacción activa y efectiva entre la enfermera, el paciente y su familia, tiene como eje central y orientador la percepción del cuidado. Es decir de la manera como se comprenda la percepción del cuidado y como se de la relación entre enfermera, paciente y familia. En la interacción del cuidado, la percepción es esencial puesto que es la forma como se interioriza y se clasifican las acciones intencionales de la persona cuidada y cuidadora. Estas acciones bien llevan al cuidado físico, emocional o espiritual, si son percibidas como algo beneficioso o positivo para el ser humano, promueve un sentido de protección y seguridad en el paciente. Para ello el profesional de enfermería debe conocer el contexto social, político, económico de la familia, la situación de salud del usuario, los sistemas de apoyo, creencias, valores, estilos de vida.

CAPÍTULO III

3. ABORDAJE METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El trabajo de investigación de abordaje cualitativo, que según **Hernández, S (2010)**, se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de las participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto, acerca de los fenómenos que los rodea, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados es decir, la forma en que las participantes perciben subjetivamente la realidad.

En este caso, la investigadora buscó conocer como es la comunicación no verbal en el cuidado de enfermería en el servicio de medicina, desde la percepción del adulto mayor, considerando que la percepción puede variar de un individuo a otro y está fuertemente relacionada con su mundo interior y sus experiencias previas.

El método utilizado es descriptivo que según **Tello, C (2004)**, es un modo que produce resultados basados en conversación y observación, es un método de las ciencias humanas cuyo proceso es descubrir el significado de un evento en el tiempo. El ser humano desarrolla una definición del mundo a través de la experiencia de eventos de la vida. El método descriptivo incluye la elaboración del contexto de la situación del evento de la vida.

3.2. ESCENARIO DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en el Distrito de Chota, que está ubicado en la parte central de la provincia, en la región andina norte del Perú. Su capital se

encuentra en la meseta de Akunta a 2,388 msnm y a 150 Km al norte de Cajamarca o a 219 Km al este de Chiclayo, Lambayeque.

El distrito se ubica a una longitud, teniendo en cuenta el meridiano base GREENWICH de 0°0'0" hacia el hemisferio occidental está ubicado el Perú con su grado referencial, el que pasa por Lima es el de 75° de longitud occidental; más al oeste se ubica nuestro departamento de Cajamarca por cuya capital pasa el meridiano 78°30' más al occidente se ubica la capital de la provincia de Chota y distrito de Chota; por cuya plaza pasa el meridiano imaginario 78°39'29" de longitud occidental.

La latitud en la que ubica según el círculo máximo imaginario ecuatorial que marca 0°0'0" y divide la tierra en hemisferio norte y hemisferio sur. Nuestro país se localiza en el hemisferio sur, en cuanto nos referimos a Cajamarca se encuentra más próximo a esta línea ecuatorial con una latitud de 7°12'05" y nuestra ciudad de Chota se ubica más al norte de la capital departamental, por este lugar pasa el paralelo 6°33'48". Chota está a una altitud específicamente la ciudad capital, se encuentra a 2,388 msnm. Sus límites son: Norte: Con las Provincias de Ferreñafe y Cutervo, Sur: Con las Provincias de Celendín, Hualgayoc y Santa Cruz, Este: Con el Río Marañón que es el límite con la Provincia de Luya, Oeste: Con las Provincias de Chiclayo y Ferreñafe al Oeste (Chota, Perú Portal 2006 – 2008).

La recolección de información se realizó en los ambientes del servicio de medicina del Hospital José Soto Cadenillas Chota; según referencia de las enfermeras desde que se fundó el hospital el 19 de mayo de 1968, el servicio de medicina dependía del servicio de cirugía, el 15 de noviembre del 2011 el servicio de medicina se independiza, contando en ese momento con 3 ambientes (medicina varones, medicina mujeres y aislados); para este año se cuenta con 4 ambientes (medicina varones, medicina mujeres, aislados, pacientes críticos), contando con un número total de 17 camas. Además cuentan con una ambiente para star de enfermería, un ambiente para cocina, materiales y equipos, un ambiente para la ropa de cama y del paciente, un ambiente para el reposo del personal, 1 ambiente de servicios

higiénicos. Este nosocomio está categorizado como hospital de segundo nivel de complejidad con categoría II-1, por contar con las 4 principales áreas de atención (neonatología y pediatría, gineco-obstetricia, medicina y cirugía) y por tener la capacidad de atención resolutive.

3.3. RECOLECCION DE INFORMACION

La recolección de información se realizó a través de la entrevista en profundidad según **Minayo, M (2003)**.

La entrevista es el procedimiento que se utilizó en el trabajo de campo. A través de ella, se buscó obtener informes contenidos en el habla de los actores sociales (adultos mayores). No supone una conversación sin pretensiones y neutra, desde el momento en que se inserta como medio de recolección de los hechos relatados por los actores, en cuanto sujetos-objeto de la investigación que viven una determinada realidad que está siendo focalizada. Sus formas de realización pueden ser de naturaleza individual y/o colectiva. En este caso se ha elegido desarrollar una entrevista individual.

En esta investigación se usó la entrevista a profundidad en el acercamiento con los adultos mayores participantes para identificar y describir como es la comunicación no verbal de la enfermera/o desde la percepción del adulto mayor; se buscó la conversación cara a cara entre la investigadora y los participantes teniendo en cuenta el objetivo de la investigación; fue una comunicación verbal con la importancia relevante del lenguaje y del significado del habla. Al iniciar cada entrevista se realizó una sensibilización para que los participantes contacten con sus emociones y mundo interior, solicitando autorización para grabar la entrevista.

3.4. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN:

Los sujetos de investigación fueron aquellos pacientes adultos mayores de 60 años hospitalizados en servicio de medicina del Hospital José Hernán

Soto Cadenillas, durante el mes de agosto del 2014, que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

- a. Sin alteraciones mentales, conscientes, orientadas en tiempo, espacio y persona.
- b. Sin alteraciones del habla o auditivas.
- c. Que tengan como tiempo de hospitalización al menos 02 días.
- d. Que aceptaran voluntariamente participar en el trabajo de investigación.

Cuadro 01. Caracterización de los participantes:

TECNICA	CARACTERIZACION DE LOS ADULTOS MAYORES PARTICIPANTES
ENTREVISTA A PROFUNDIDAD	Participante 1: 77 años, sexo masculino, 1 ^{er} de primaria, procedente de Chota, patología: EPOC, HTA.
Fechas:	Participante 2: 74 años, de sexo femenino, analfabeta, procedente de Llangoden, patología: Diabetes.
12/08/2014	Participante 3: 65 años, de sexo masculino, primaria completa, procedente de Chiguirip– caserío Tugusa, patología: Bronquitis Aguda.
14/08/2014	Participante 4: 78 años, de sexo masculino, analfabeto, procedente de Cabracancha, patología: Neumonía Comunitaria.
18/08/2014	Participante 5: 69 años, sexo femenino, primaria completa, procedente de Chota, patología: Celulitis en MID; ITU.
Nº de Participantes: 7	Participante 6: 71 años, sexo femenino, analfabeta, procedente de Lajas, patología: GECA.

La muestra fueron 07 adultos mayores que cumplieron con los criterios de información, el número de participantes se alcanzó por saturación de información, es decir, al no encontrar discursos con contenido diferente vertidos por los participantes se detuvo el desarrollo de las entrevistas.

3.5. PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO:

Para la ejecución del presente estudio se tuvo en cuenta lo siguiente:

- a. Se seleccionó los participantes para el trabajo de investigación teniendo en cuenta los criterios de inclusión y aceptación del consentimiento informado.
- b. Se realizó la visita a los adultos mayores para solicitar su participación en la investigación y acordar una visita posterior, la entrevista se desarrolló en horas de la tarde y de noche, para no interferir con las actividades de enfermería y además el adulto mayor se encontraba tranquilo.
- c. La entrevista tuvo una duración de aproximadamente 20 a 30 minutos aproximadamente. Se recolectaron los datos mediante grabación usando grabadora portátil y luego se realizó la transcripción de los datos.
- d. Las preguntas planteadas fueron las siguientes:

¿Cuándo la enfermera/o viene a atenderlo, le sonrío, como es su tono de voz, su mirada, sus gestos?

¿Cómo se siente usted cuando la enfermera/o viene a atenderlo?

3.6. PRUEBA PILOTO

Para validar el instrumento de recolección de información, se realizó una prueba piloto a los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina de Hospital José Hernán Soto Cadenillas, en dicha prueba la información recolectada y los participantes fueron parte de la población sujeto de estudio final.

3.7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Se usó el análisis de contenido que según **Martín, R (2008)**, es una técnica de investigación cualitativa que pretende convertir fenómenos simbólicos de conducta en datos científicos. Los datos científicos deben ser

objetivos y reproducibles, susceptibles de medición y cuantificación, teniendo como finalidad crear datos que sean:"

- ❖ Objetivos (centrados en la verdad).
- ❖ Susceptibles de medición y tratamiento cuantitativo o cualitativo.
- ❖ Significativos o explicativos de un hecho.
- ❖ Generalizables para facilitar una visión objetiva del hecho.

El análisis de contenido se caracteriza por investigar el significado simbólico de los mensajes, los que no tienen un único significado, puesto que según menciona el autor, "los mensajes y las comunicaciones simbólicas tratan, en general, de fenómenos distintos de aquellos que son directamente observados".

En este caso, luego de recolectar la información a través de la entrevista con los adultos mayores, en gabinete estos discursos fueron transcritos, y luego revisados para identificar unidades de significado, que luego se comparó y ubicó teniendo en cuenta si son convergentes o divergentes, y finalmente se construyeron dos categorías.

Por su parte **Hernández S (2010)**, señala que este análisis se realiza en dos niveles, en el primero se codifican las unidades de significado, para categorizarlas y asignarles códigos y en el segundo nivel se comparan las categorías entre sí para agruparlas en temas y buscar posibles vinculaciones.

Luego de la transcripción de discursos, se identifican las unidades de significado o segmentos de contenido, el investigador considera un segmento de contenido, lo analiza y se cuestiona ¿Qué significa? ¿A que se refiere? ¿Qué me dice?, luego toma otro segmento lo analiza, lo compara con el segmento anterior y lo analiza en términos de similitudes y diferencias; si son diferentes en significado de cada uno induce una categoría, si son similares induce una categoría común.

Considera un tercer segmento nuevamente lo analiza, lo contrasta con los otros, puede crear una nueva categoría o lo agrupa con otros, a este proceso el autor lo denomina comparación constante.

El investigador revisa nuevos segmentos de datos y vuelve a revisar los anteriores segmentos y va agrupando o creando nuevas categorías. La identificación de unidades o segmentos es tentativa en un comienzo y se encuentra sujeta a cambios. Se selecciona el inicio del segmento hasta que se encuentra un significado, algunos segmentos pueden tener 2, 5, 10, 50 líneas (Hernández S 2010).

El investigador va otorgando significados a los segmentos y descubriendo categorías, a cada una de estas les asigna un código. En la codificación cualitativa los códigos surgen de los datos más precisamente de los segmentos de datos, los datos van mostrándose y se “capturan” en categorías, Se usa la codificación para comenzar a revelar significados potenciales y desarrollar ideas, conceptos e hipótesis, vamos comprendiendo lo que sucede con los datos. Los códigos son etiquetas para identificar categorías, es decir describen un segmento de texto, imagen, artefacto u otro material.

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE RIGOR CIENTÍFICO:

Según Tello C (2009), debemos recordar que a investigación cualitativa se caracteriza por ver las cosas desde el punto de vista de las personas que están siendo estudiadas, de esta manera el papel de los investigadores es entender e interpretar que está sucediendo y ello se convierte en una tarea difícil, de un lado porque los investigadores no pueden abstraerse totalmente de su propia historia, de sus creencias, y de su personalidad y de otro por la complejidad de los fenómenos humanos.

La investigación cualitativa, se basó en criterios que tuvieron como finalidad asegurar la calidad y la objetividad de la investigación siendo los siguientes:

3.8.1. En relación a la ética:

Polit, H (2004), considera los siguientes criterios éticos para asegurar la validación del trabajo de investigación:

❖ Consentimiento informado:

Se solicitó la autorización a los sujetos de investigación para su participación en el estudio, haciendo constar las firmas de los entrevistados, investigadora y asesora de investigación.

En el presente estudio se solicitó la autorización de los adultos mayores través del documento del consentimiento libre e informado (ANEXO 1) que se entregó a cada participante, para registrar su participación voluntaria luego de ser informados en forma clara y concisa del propósito y la modalidad de investigación, se hizo hincapié en que el participante podía no seguir con la entrevista si lo creyese conveniente.

❖ Confidencialidad:

Se dio a saber que se guardará la confidencialidad y anonimato, es decir que su nombre no será revelado y se cuidara que no se pueda relacionar la identidad del adulto mayor con la información obtenida y presentada en los resultados de la investigación. De igual manera, la información no se compartirá con personas ajenas al equipo de investigación.

Para ello, se consideró el número de participante y de esta manera no revelar los nombres de los adultos mayores que

participaron en la investigación; solo se conocerá el número del participante. Así mismo se dio a conocer la importancia de la utilización de grabadora para registrar los datos de los entrevistados.

❖ **Derecho a la protección ante la incomodidad y el daño:**

Este derecho en el principio ético de la beneficencia, que uno afirma que uno debe hacer el bien y sobre todo no hacer el daño. Según este principio, los miembros de la sociedad deben tener un papel activo en prevención de la incomodidad y el daño y proporcionar el bien en su entorno. En esta investigación la incomodidad y el daño pueden ser físicos, emocionales sociales, económicos o cualquier combinación de este.

3.8.2. En relación al rigor científico:

Tello C (2009), señala que comúnmente se utilizan para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo son la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad.

La credibilidad se logra cuando el investigador a través de sus observaciones y conversaciones con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Este criterio se estableció a través de las dos visitas que la investigadora hizo a los participantes, donde se debía repetir la pregunta y también las respuestas dadas por los participantes.

La transferibilidad o aplicabilidad, este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. En la investigación cualitativa la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos

a un contexto diferente del estudio. Para ello se necesita que se describa densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por tanto el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre contextos. Luego de concluida la investigación, el método y el instrumento así como los resultados aunque no pueden generalizarse pueden ser utilizados en otros ámbitos con poblaciones parecidas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANALISIS

4.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Las habilidades sociales o comunicacionales, forman parte de la formación de distintos profesionales, sobre todo de aquellos «que emplean gran parte de sus vidas profesionales en interacciones cara a cara», y de forma especial aquellos profesionales que centran su principal actividad profesional en la interacción social, como es el caso de los profesionales de la enfermería.

En el estudio los discursos fueron recopilados a través del contacto directo con los participantes a través de la entrevista a profundidad. Participaron 7 pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, todos ellos cumplieron los criterios de inclusión planteados en la metodología.

Luego de la transcripción de los discursos, y realizado el análisis de contenido han emergido 02 grandes categorías donde cada categoría tienen subcategorías:

- Categoría 01: Comunicación enfermero/adulto mayor: alegría cariño y respeto
- Categoría 02: La comunicación no verbal como elemento del cuidado

CATEGORÍA 01: “COMUNICACIÓN ENFERMERO/ ADULTO MAYOR: ALEGRIA, CARIÑO Y RESPETO”

La OPS (2006), considera personas adultas mayores a aquellas que tienen 60 o más años. En el Perú, conforme a lo establecido en la asamblea general de la Organización Nacional de las Naciones Unidas, mediante la resolución 50/141 del 30 de enero de 1996, la denominación utilizada para este grupo poblacional es el de personas adultas/os mayores.

Los comportamientos y actitudes de cuidado son: respeto, gentileza, amabilidad, apoyo, consideración, compasión, disponibilidad, responsabilidad, interés, seguridad, confianza, comodidad y solidaridad. Los objetivos del cuidar abarcan entre otros, aliviar, dar, reconfortar, ayudar, favorecer, promover, restaurar, hacer. Todos estos comportamientos y actitudes de la enfermera componen una atención de calidad.

El cuidado de enfermería y en este caso la comunicación entre paciente y cuidadora desde la percepción del adulto mayor hospitalizado, tiene que ver con su visión de cómo debe ser tratado un anciano, sus creencias y sus estereotipos positivos y negativos acerca de su contacto con el personal de salud así lo señala Ariza, O (2001), afirma que la percepción varía de acuerdo a qué experiencia y a qué aprendizaje previo tenga el observador. Los aspectos que influyen sobre la persona que percibe son:

Cuidar es un arte y una ciencia, exige conocimientos, actitudes y comportamientos; las actitudes desempeñan un rol importante en la conducta social, con sus comportamientos afectivos y cognoscitivos; es decir, contienen sentimientos y emociones. Algunas actitudes están cargadas de comportamiento afectivo y no requieren más acción que la expresión de un sentimiento. (Grupo de Cuidado 2002).

De otro lado Barros, C. (2004), señala que en el proceso de envejecimiento se presenta deterioro de la salud y pérdida de autonomía

con el paso de los años pierden la agilidad y aumenta la fatiga y éstas pueden ser de mayor o menor gravedad según su calidad de vida, por lo tanto, cuando un adulto mayor tiene bastantes complicaciones de salud tiene que recurrir a la ayuda de otros, en este caso a la enfermera o enfermero.

Esta categoría está conformada por dos subcategorías, en donde los participantes nos relatan a través de sus discursos la percepción que tiene sobre la comunicación no verbal en el cuidado de enfermería.

Sub Categoría 01: “El trato de enfermería es bueno”

Al respecto del cuidado Colliere, F (1999), señala que cuidar implica conocer a cada paciente, interesarse por él, es decir, supone entrar dentro del ser, en este caso dentro del paciente, tener un conocimiento propio de cada uno, es darse cuenta de sus actitudes, intereses y motivaciones y además de sus conocimientos, requiere su manifestación como persona única auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo.

En este contexto la comunicación es crucial la comunicación no verbal con respecto a esta diremos que cuando nos referimos a la comunicación no verbal en el cuidado de enfermería, nos referimos a todos aquellos mensajes que enviamos sin hacer uso de la palabra. Hablamos de gestos, expresiones, movimientos corporales, contacto visual, toda una serie de señales que tienen mucha importancia en la relación entre paciente – enfermera. Por tanto comunicación no verbal en enfermería, significa saber interpretar todo aquello que nos dicen sin palabras (Grupo de Cuidado 2002).

De otro lado Villalobos (2013), cita a Riehl, J, quien refiere que “La comunicación es el componente clave del interaccionismo simbólico. Aunque la comunicación verbal suele ser la principal fuente de intercambio entre los seres humanos, la comunicación no verbal se

considera a menudo igualmente importante; sobre todo en enfermería.”

A continuación se muestran los siguientes discursos para fundamentar la subcategoría:

Participante 1: *_Son muy buenos todos... hasta los médicos, porque tratan con cariño, con gusto, no como otras personas déspotas...me siento, alegre, no me siento solo; siento que me voy a recuperar pronto, con el apoyo de mi familia, los médicos y enfermeras... ellas están perennes conmigo.*

Participante 2: *_La enfermera me atiende bien porque son buenas... Alegre, tranquila... como en mi casa... como todo el día lo pasamos aquí, tenemos que llevarnos bien, tratamos con respeto, con cariño. No depende solo de la enfermera, nosotros también, tenemos que ser amables.*

Participante 3: *_Estoy muy contento.... Porque, ellos vienen riéndose a verme y como revisar mi medicina, a preguntar como sigo de salud; me siento muy engréido con ellos.*

Participante 4: *_Nos atienden muy bien, está a la hora, al momento, con un buen trato, son amables, considerados con uno...*

Participante 5: *_La mayoría son buenas, me han regalado pañales.*

Participante 6: *_Estoy muy contenta, feliz, porque voy a estar mejor...aquí hay un viejito, que es solterón y le anda enamorando a las enfermeras y ellas se prestan al juego, a todos nos da risa.*

Los participantes en sus discursos nos relatan su contacto con la enfermera/o, específicamente sobre la comunicación, refiriendo que el trato es bueno, cuando no levantan la voz, los tratan con cariño (tono de voz, golpecitos en el brazo, arreglan los cobertores de su cama), promueve la tranquilidad, no se sienten solos, aseguran que las enfermeras están junto a ellos siempre. Ellos en reciprocidad también

son amables: cumplen las indicaciones de la enfermera, responden el saludo del personal, como vemos la comunicación verbal y no verbal son importantes y se complementan.

Al respecto **Frutos M (2012)**, señala que la comunicación no verbal es extremadamente útil, cuando las palabras pueden fallar por completo. Cita a **Friedman**: Los pacientes observan las acciones no verbales de los que les atienden y deciden si son respetados o apreciados, si esperan que mejoren o si resultan repugnantes, desvalorizados o intratables”.

Gallar, M (2004), por su parte refiere que es todo aquello que damos a entender al receptor sin emplear palabras, comprende no solo el lenguaje corporal sino también las acciones o hechos que efectuamos ante los demás. En este caso la comunicación no verbal entre el adulto mayor y el personal de salud, es identificado y valorado por los pacientes, y hace más llevadera su estadía en el hospital, los entrevistados identifican en la comunicación con la enfermera alegría, tranquilidad, protección, preocupación por su recuperación, un gesto una sonrisa al parecer son importantes para ellos.

Como nos revelan los testimonio de los adultos mayores observan las acciones no verbales de los que les atienden y deciden si son respetados o apreciados, si esperan que mejoren o si resultan repugnantes, desvalorizados o intratables” (**El Grupo De Cuidado 2002**),

Subcategoría 02: “Alegría en el cuidado de enfermería al paciente adulto mayor”

Para **Colliere, F (1999)**, el respeto entre paciente y enfermero/a implica aceptar y comprender tal y como son los demás, aceptar y comprender su forma de pensar aunque no sea igual que la nuestra,

aunque según nosotros está equivocado, pero quien puede asegurarlo porque para nosotros; está bien los que están de acuerdo con nosotros, sino lo están; creemos que ellos están mal, en su forma de pensar, pero quien asegura que nosotros somos los portadores de la verdad, hay que aprender a respetar y aceptar la forma de ser y pensar de los demás.

Cuando dos personas entran en contacto por primera vez, la comunicación combina tanto aspectos verbales como no verbales, se ha observado que el receptor suele fijarse más en la cara y en los gestos que en el contenido significativo mensaje verbal (Gallar, M 2004).

Cuidado humano es dar cariño al paciente, respetar sus derechos, ayudarlo con una sonrisa, una caricia para demostrar que puede contar conmigo ante cualquier dificultad que tenga; de esta manera se logrará cuidar todas las dimensiones física y espiritual.

Los participantes nos presentan los siguientes discursos que nos exponen su percepción sobre la comunicación en el cuidado de enfermería:

Participante 1: *El chico de santa cruz, es muy bueno, procura a hacerme sentir bien... me tratan con cariño y respeto, nos bromeamos... todos sonríen cada vez que me conversan, son amables y me dicen que todo va a salir bien, me apoyan.*

Participante 2: *son muy alegres, me tratan bien.*

Participante 3: *Agradecido estoy con ellas... porque ellos me cuidan, curan, me atienden, ellos hacen lo posible para mejorar mi salud y gracias a Dios que ellos están aquí para cuidarnos, si no que sería de los enfermos.*

Participante 4: *Claro uno siempre espera que la gente le trate bien, al menos con respeto*

Participante 5: _ Uno espera que le traten bien, que nos traten con piedad, con amabilidad, con alegría...

Los adultos mayores entrevistados consideran que los enfermeras/os son buenos, se muestran alegres, sonríen siempre, son bromistas y celebran las bromas de los pacientes y los familiares, procuran hacerles sentir bien (por su nombre, verificando si vía intravenosa está permeable, sin apuros), los identifican como su fuente de apoyo, y confían plenamente en el personal; el respeto y la amabilidad al parecer son importantes para ellos. Acerca de expresión facial/aspecto/tono de voz, **Frutos M (2012)**, señala que la expresión Facial es el lenguaje universal que bien interpretado informa de los sentimientos (alegría, temor, sorpresa, enojo, etc.). El Aspecto personal transmite el estado de ánimo, el estatus, la autoestima, los valores, etc. Y el tono de voz: Lo importante no es lo que se dice, sino cómo se dice.

El anciano tiene problemas de comunicación, comprensión, atención y memoria, lo que incrementa enormemente su tendencia a la ansiedad y confusión, a muchos ancianos no les gusta salir del hospital por sentir mejor atendidos que en su domicilio y recibir más afecto de los suyos **Gallar, M (2004)**. Los adultos mayores identifican el respeto como parte importante del cuidado, el tratarlo de usted, el saludarle, el informarle sobre su medicina o procedimiento crea en ellos un sentimiento de valía, al respeto **Marriner (1994)**, cita a **King**, quien mantiene que el 80% de la comunicación es no verbal.

Todo sentimiento tiene sus motivaciones, intereses y propósitos. Es el motor o el inhibidor de la acción de cuidar, pues moviliza o inhibe a la persona. Según los testimonios vertidos, el paciente percibe empatía por parte del enfermero.

CATEGORIA 02: “LA COMUNICACIÓN NO VERBAL COMO ELEMENTO DEL CUIDADO”

Maturana, H (1984), señala que cada vez que hay un fenómeno social hay un acoplamiento estructural entre individuos y por tanto una conducta de coordinación recíproca entre ellos, se entiende a la comunicación al mutuo gatillado de conductas coordinadas que se da entre los miembros de una unidad social.

Según **Colliere, F (1999)**, la confianza es la segunda base del cuidado, es el convencimiento que alcanzamos sobre nuestras propias capacidades y cualidades. Se asienta en nosotros a medida que constatamos nuestra aptitud en las tareas que realizamos y al tiempo que logramos la habilidad para mantener relaciones de calidad con los demás.

En el cuidado de enfermería es fundamental el entendimiento mutuo y la cooperación en la interacción que son condiciones básicas para la convivencia humana, la comprensión no puede existir sin un proceso comunicativo. **Marriner (1994)**, cita a **Travelbee, J** quien manifiesta que “La comunicación es el proceso por el cual el enfermero/a es capaz de establecer una relación de persona a persona con el paciente y realizar así el propósito de la enfermería, esto es, ayudar a los individuos o la familia a prevenir o a enfrentarse con la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, ayudarles a encontrar un sentido a dichas experiencias.”

Para enfermería el establecimiento de procesos de comunicación permite operacionalizar la acción de cuidar en un proceso dinámico y único. El hombre por naturaleza es un ser gregario, necesita del otro, es preciso recordar que el anciano vive en una etapa del proceso vital humano, con una características y particularidades que lo hacen un ser singular ávido de afecto y con enorme necesidad de ser escuchado y de encontrar una escucha (**Grupo de Cuidado 2002**).

Subcategoría 01: “Comunicación no verbal entre enfermera – paciente adulto mayor: sensibilidad por el dolor humano”

Para Colliere, F (1999), el ideal y el valor del cuidado no son simplemente casos resueltos, sino un punto de inicio del contacto con el paciente, existe una actitud que debe tomarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consiente que se manifiesta en actos concretos. El cuidado humano como ideal, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera.

En tiempos pasados, las escuelas de enfermería priorizaban una enseñanza técnica; luego, en el conocimiento técnico-científico; y así como en todas las disciplinas, el conocimiento era basado en las ciencias biológicas, las acciones de enfermería comprendidas como cuidado, se referían a las intervenciones terapéuticas. Posteriormente, empieza a surgir una mayor preocupación por el ser que presentaba una determinada patología, o señales y síntomas, que exigían intervenciones tendientes a resolver otros problemas de los pacientes (Grupo de Cuidado 2002).

Se muestran los siguientes discursos para fundamentar la subcategoría:

Participante 1: *Casualmente en eso están, están preocupados por que salgan los resultados de los análisis, para que vean lo que tengo, se interesan en mí porque en la mañana han venido a verme como 6 a 7 veces...*

Participante 3: *Me recuperaré, con el cuidado de la enfermera, el médico y Dios... Dios que pone en las manos del médico, su poder, para sanarnos... porque ellos saben lo que hacen, no son como nosotros, ellos ha estudiado, ellos no van a querer nuestro mal...*

Participante 4: *Se preocupan en nosotros... en nuestra mejoría, se proponen hacernos sentir bien, ellas son las que más se preocupan, siempre son muy atentas...*

Participante 6: *Se preocupan por mí, por mi salud, aquí me hacen caso, me han asegurado y dicen que me van atender gratis y no tengo que pagar nada... bueno no sé que tengo, pero sí sé que me voy a recuperar pronto, eso es lo que me dicen los médicos y las enfermeras.*

En esta subcategoría los participantes convergen en el discurso de que las enfermeras se preocupan por ellos, ellos perciben atención a su problema de salud, el hecho de que vayan a verificar sus signos vitales es importante para ellos, procuran hacerles sentir bien; identifican preocupación en el personal (preguntan por su estado, si presentan dolor, tienen mirada afligida) al mostrarse atentos (vigilantes frente a un signo o síntoma de gravedad) ellos sienten que van a recuperarse pronto con los cuidados que están recibiendo, muchas veces los adultos mayores su enfermedad necesitan de un cuidado continuo convirtiéndose en dependiente al respecto **Leiton, Z. y Cols., (2003)**, refiere que una persona adulta mayor dependiente tiene una pérdida sustancial del estado fisiológico asociado a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades físicas de la vida diaria.

En el proceso de envejecimiento se presentan cambios biológicos que hacen al adulto mayor proclive a padecer alguna enfermedad, o por sus estilos de vida inadecuados aumentan considerablemente el riesgo a enfermarse y hospitalizarse, para **Barros, C (2004)**, la etapa del adulto mayor implica cambios biológicos como: disminución de la agudeza, de las funciones sensoriales, cambios fisiológicos bioquímicos en el sistema nervioso central, disminución de la actividad metabólica basal, cambios en funciones respiratorias, cardiovasculares, digestivas, endocrinas, cambios en aparato osteoarticular, disminución de la respuesta del aparato inmunitario.

De otro lado la preocupación del personal percibida por los participantes, encierra actividades monitoreo de signos vitales, preguntar por algún signo o síntoma de alarma, concerniente a este punto **Colliere, F (1999)**, refiere que ante la amenaza de seguridad, de

enfermedad, la cuidadora (enfermera), se dedica a proveer, además de la atención y el afecto, el alivio, demás actividades que posibiliten el bienestar, la restauración del cuerpo y la del alma y la dignidad.

Subcategoría 02: “Amor en el cuidado de enfermería”

Algunos autores definen el amor como aquel afecto por el cual el ánimo busca el bien verdadero. Es el fundamento desde donde se hace posible aquello que queremos. Lo refiere ampliamente **Villalobos (2013)**, quien cita a **Montes M** cuando desarrolla su teoría sobre la “asistencia amorosa del cuidado de enfermería”. De otro lado **Colliere, F (1999)**, asegura que los cuidados de enfermería son marcados por las concepciones, las creencias y los valores y que se relacionan tanto a los que necesitan los cuidados como a los que los brindan.

Se muestran los siguientes discursos para fundamentar la subcategoría:

***Participante 2:** _ Queremos que nos atiendan con cariño, que nos traten con respeto, que nos hagan caso. Por ejemplo aquí hay una chica, que me marca cuando voy al baño.*

***Participante 3:** _porque si no espero que ellos me traten así, entonces yo no me voy a sentir apreciado, no voy a ser apreciado en ningún lado.*

***Participante 4:** _ Que nos traten, como uno lo tratan, pero menos mal todos me han tratado bien en estos 3 días que estoy aquí.*

Los testimonios de los adultos mayores nos narran sobre la comunicación enfermero - paciente, todos los discursos convergen en que este cuidado es brindado con amor, entre las muestras identificadas el llamarlo por su nombre, el llevarlo en brazos al baño, acudir a su llamado, arreglar su cama, alcanzarle agua para que se

asee por la mañana, administrarle sus medicamentos sin causarle dolor, el ser apreciado implica ser valorado como persona mayor, incluso tratar bien a la familia, al respecto el **Grupo de Cuidado (2002)**, cita a **Maslow**, quien refiere que las necesidades de amor y pertenencia surgen en medida en medida que se han sido satisfechas las necesidades de seguridad y protección; estas comprenden tanto el dar como el recibir. El amor es una forma de vivir, de mirar y de sentir la vida en una dimensión total.

Frutos M (2012), cita a **Aguilera**, quien refiere que la comunicación no verbal es primordial en la prestación de los cuidados, siendo considerada como la conducta principal no verbal, no se puede cuidar o ayudar a alguien “sin tocar”, el contacto físico aumenta las verbalizaciones de los enfermos así como una actitud positiva en relación con aquellos”

El Grupo De Cuidado (2002), cita a **Nightingale F**, quien demostró que dar medicamentos, limpiar y curar heridas, no era suficiente. Se requería un deseo de curar, un compromiso emocional con el otro. Cuidar es movilizar todo el potencial al interior de la persona; es potencializar al interior de nosotros mismos.

El Grupo De Cuidado (2002), cita a **Drummond**, quien desarrollo nueve componentes básicos del amor: delicadeza, entrega, tolerancia, respeto, paciencia, bondad, generosidad, humildad, desprendimiento. Al revisar cada uno de estos componentes encontramos que estos han estado presentes a lo largo de la profesión, en ocasiones visto como legado histórico desde lo religioso y del propio rol de la mujer; sin embargo; en la actualidad recobran una gran relevancia desde la mirada humanística del quehacer de enfermería. El ser humano, es esencialmente un ser afectivo y espiritual. Un ser trascendente. La enfermería, si pretende brindar un cuidado holístico, debe de partir desde la perspectiva de integridad del ser, creando vínculos en cada una de sus acciones de cuidado.

CONSIDERACIONES FINALES

A partir de la percepción del adulto mayor sobre la comunicación no verbal en el cuidado que le brinda la/el enfermera/o, podemos encontrar que la comunicación no verbal esencial en el interactuar diario del cuidador con el sujeto de cuidado, porque así se genera una atención de calidad. De los discursos de las participantes han surgido dos grandes categorías.

La primera categoría: “Comunicación Enfermero/Adulto Mayor: Alegría Cariño y Respeto”

Subcategoría 01: “El trato de enfermería es bueno”

Para los participantes el trato es bueno, cuando el cuidador no levanta la voz, promueve tranquilidad, no se sienten solos, les hace reír, aseguran que las enfermeras/os están junto a ellos siempre.

Subcategoría 02: “Alegría en el cuidado de enfermería al paciente adulto mayor”

Los adultos mayores entrevistados consideran que los enfermeras/os se muestran alegres al cuidarlos, procuran hacerles sentir bien, son su apoyo, identifican su intención que se recuperen pronto, el respeto y la amabilidad al parecer son importantes para ellos.

La segunda Categoría: “Categoría 02: “La Comunicación no verbal como Elemento del Cuidado”

Subcategoría 01: “Comunicación no verbal entre enfermera – paciente adulto mayor: sensibilidad por el dolor humano”

Los participantes refieren que sienten preocupación por ellos, la comunicación verbal como no verbal se entremezclan a su favor, perciben atención a su problema de salud, lo es importante para ellos, procuran hacerles sentir bien; ellos sienten que van a recuperarse pronto con los cuidados que están recibiendo.

Subcategoría 02: "Amor en el cuidado de enfermería"

Los adultos mayores están de acuerdo en que el cuidado debe de ser brindado con amor, entre las muestras identificadas el llamarlo por su nombre, el llevarlo en brazos al baño, que acudan a su llamado, arreglar su cama, alcanzarle agua para que se asee por la mañana.

SUGERENCIAS

A la Universidad Nacional de Cajamarca, los docentes agreguen a los contenidos de los syllabus, y planes de clase el tema también prioritario a la comunicación no verbal en la relación enfermera/o – paciente.

Los docentes involucrados en la promoción para la salud incluyan en los syllabus temas y actividades que permitan generar en los alumnos habilidades sociales o comunicacionales, para que los estudiantes tomen conciencia de la gran importancia de cuidar el aspecto subjetivo del paciente, además reciban un trato digno y humanizado.

Los estudiantes de Enfermería deben tomar conciencia de que la comunicación no verbal entre los profesionales de enfermería y los pacientes es básica en el cuidado, sobre todo cuando se producen en el proceso de atención de enfermería.

A los diferentes servicios del Hospital José Hernán Soto Cadenillas que a través de los resultados de este trabajo de investigación, le permiten plantear estrategias, para que el acercamiento no verbal se realice con sensibilidad, de forma oportuna, continua y acompañada de humanidad, enfocando mayor interés en la parte subjetiva al momento de brindar cuidados y no sólo centrarse en la parte clínica del usuario.

Se propone que este trabajo sea como punto de partida para que realicen posteriores estudios, en esta línea de investigación, la comunicación no verbal en el cuidado de la persona hospitalizada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIZA; O. "Percepción sobre cuidados de enfermería". España. 2001
(Pagina [citado el 20 de junio 2014]. Disponible en:

[http://www.gestiopolis.Com/recursos/experto/catsexp/pagans/mar/50/percecli
ente.htm](http://www.gestiopolis.Com/recursos/experto/catsexp/pagans/mar/50/percecli
ente.htm).

BARROS, C. Gerontología Básica, Lecturas complementarias. Capitulo "El
adulto Mayor en la sociedad Chilena". Pontificia Universidad Católica de
Chile, miembro Comité Nacional Para el Adulto Mayor. Chile, 2004

Disponible en: www.ilustrados.com

CHOTA – PERÚ/ PORTAL [en línea]. Chota. 2006-2008 Segundo Wilson
Pérez Medina. [citado 04 de junio del 2014]. Disponible en:
<http://www.chota.org/portal/Ubica.htm>.

COLLIERE, F. Promover la vida. 2ª edición. Editorial Líder. Lisboa. 1999

MINAYO, M. C. Y COLS. Investigación social: teoría, método y creatividad
[internet]. 2^{da} edición. Buenos Aires: Lugar editorial. 2003.

DIEZ M.I., FERNÁNDEZ J.L. Y COLS. Enfermería Geriátrica. En: Lexus
editores. Manual de enfermería. Edición 2008. España: DIORKI; 2008. p.
701-702

FRUTOS, M. Fundamentos Metodológicos de enfermería. Comunicación
Verbal. 2012. Visitado el 21 de Noviembre del 2014. Disponible en
<https://www5.uva.es/guadocente/uploads/2012/...Documento5.pdf>

GALLAR, M. Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al paciente. 3era
Edición, Editorial Thomson – Paraninfo. España 2004.

GARCÍA J. Comunicación no verbal. En: Tazón P, García Campayo J,
Aseguinolaza L. Relación y comunicación. Madrid: Ediciones DAE (Grupo
Paradigma), 2000.

GIUNTADA S. y cols. Comunicación no reflexiones acerca del lenguaje
corporal. [revista en línea]. 2010. [citado el 18 de junio del 2014]. Disponible en
<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/translate.php>

GÓMEZ, F. Apoyo Psicológico en situaciones de emergencia. Aran
Ediciones. S. L. España. 2009.

GRUPO DE CUIDADO. El Arte y La Ciencia del Cuidado. 1era. Edición. Facultad De Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá Colombia 2002

HERNÁNDEZ, S. Metodología de la investigación, Editorial Me Graw Hill. Bogotá Colombia 2010. [citado el 18 de junio del 2014]. disponible en:

<http://www.angelfire.com/tv2/tesis/Analisisdecontenido.htm>

JORCANO, P. La comunicación no verbal: un reto en los cuidados enfermeros de calidad. Biblioteca Las casas, 2005. [citado el 24 de junio del 2014]. Disponible en:

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0017.php>

KNAPP, M.L. La comunicación no verbal y la interacción humana. New York. Rinehart & Winston. 1992. [Citado el 13 de junio del 2014]. Disponible en:

<http://http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

LEITON, Z. Y ORDOÑEZ Y. Manual de Información para Profesionales. Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor. Edt. Panamericana. Lima-Perú, junio del 2003.

MARINER T. Modelos y Teorías en Enfermería. 3^{ra} edición. España: Mosby / Domay Libros; 1994.

MARTÍN, R. Estadísticas y metodología de la investigación. Colombia. 2008. [citado el 04 de diciembre del 2014]. Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos12/recoldat/recoldat.shtml>.

MATURANA H. El Sentido de lo Humano. Undécima Edición. Ed. Océano. Dolmen Ensayo. Chile 2002.

MATURANA H. El Árbol del Conocimiento: Las bases biológicas del entendimiento Humano. Editorial Universitaria. Chile. 1984

MORALES, M. y COLS. "La comunicación entre el personal de enfermería, el paciente y la familia en algunos servicios hospitalarios médico-quirúrgicos. 2000. [citado el 20 de junio del 2014]. disponible en:

<http://translate.google.com/translate?>

MULENS R., I. La Gestión de Enfermería desde las Dimensiones del Cuidado. Cuba, 2009, visitado el 18 de setiembre 2014, disponible en http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj_gestion_ivette.pdf.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA PARA LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OPS/OMS). "Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud". Resumen. Washington, D.C. 2006.

POLIT, H. Investigación científica en ciencias de la salud. 7ma. Ed. México: Mc Graw Hill 2004. [citado el 17 de junio del 2014].

TELLO, C. La investigación cualitativa: aportes para su operacionalización. Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Enfermería. Dpto. Académico de Salud Familiar y Comunitaria. Trujillo - Perú. 2004.

TELLO, C. Métodos y Técnicas de Análisis Cualitativo. Universidad Nacional de Trujillo. Escuela de Post Grado. Sección de Post grado. Trujillo - Perú. 2009.

VILLALOBOS. L. La comunicación no verbal de la enfermera con la persona cuidada, Servicio de Emergencia Hospital I Chepén Es salud. 2013. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/149>

WALDOW, R. Cuidar: Expresión Humanizadora de la Enfermería. Editora Voces. Brasil 2006.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

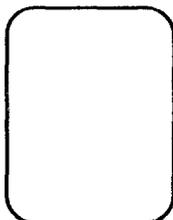
TITULO:

**“COMUNICACIÓN NO VERBAL EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA
DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ADULTO MAYOR.
HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS. CHOTA. 2014”**

OBJETIVO:

Describir y analizar la comunicación no verbal en el cuidado de enfermería desde la percepción del paciente adulto mayor. Servicio de Medicina. Hospital José Soto Cadenillas-Chota 2014.

YO....., Peruana de nacimiento, identificada con DNI N°....., mostrando mi concordancia con la Bachiller de Enfermería CÓNDROR VITÓN Erika Emperatriz. Acepto participar en la investigación, Asumiendo que la información brindada será de conocimiento para la investigadora y asesora, quienes garantizan el secreto y respeto a mi privacidad, pudiendo retirarme en cualquier momento de la investigación. Sin ninguna presión sabiendo a cabalidad los objetivos y principios de la investigación. La investigadora podrá grabar y filmar mi actuación, guardando los principios de confidencialidad.



Chota..... de..... 2014

PACIENTE ENTREVISTADO

ANEXO N°2

CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO

A. DATOS DEL PARTICIPANTE

- SEUDONIMO:.....
- EDAD:.....
- SEXO.....
- PROCEDENCIA:.....
- GRADO DE INSTRUCCIÓN:.....
- TIEMPO DE HOSPITALIACIÓN.....
- PATOLOGÍA.....

B. Preguntas abiertas

¿Cuándo la enfermera/o viene a atenderlo, le sonríe, como es su tono de voz, su mirada, sus gestos?

¿Cómo se siente usted cuando la enfermera/o viene a atenderlo?