



Revista Hacia la Promoción de la Salud

ISSN: 0121-7577

reprosa@ucaldas.edu.co

Universidad de Caldas

Colombia

Castañeda Valencia, Cándida Rosa; Orozco Giraldo, Myriam Jannette; Rincón Mancera, Gloria Patricia

“EMPODERAMIENTO”, UNA UTOPIA POSIBLE PARA RECONSTRUIR LA
HUMANIZACIÓN EN UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO

Revista Hacia la Promoción de la Salud, vol. 20, núm. 1, enero-junio, 2015, pp. 13-34

Universidad de Caldas

Manizales, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309142716002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

"EMPODERAMIENTO", UNA UTOPIA POSIBLE PARA RECONSTRUIR LA HUMANIZACIÓN EN UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO

*Cándida Rosa Castañeda Valencia**

*Myriam Jannette Orozco Giraldo***

*Gloria Patricia Rincón Mancera****

Recibido en septiembre 23 de 2013, aceptado en diciembre 2 de 2014

Citar este artículo así:

Castañeda CR, Orozco MJ, Rincón GP. "Empoderamiento", una utopía posible para reconstruir la humanización en Unidades de Cuidado Crítico. *Hacia promoc. salud.* 2015; 20(1): 13-34.

Resumen

Objetivo: Indagar sobre la humanización del Cuidado, sus barreras y la aplicación de los Modelos de Empoderamiento (Empowerment) en las Unidades de Cuidado Crítico, que permitan fortalecer las políticas de humanización del Cuidado institucional. **Materiales y Métodos:** Estudio mixto de orden secuencial. Fase I: Revisión Integrativa de Literatura Científica y Fase II: Cualitativa: descriptiva fenomenológica, con sustento teórico en los modelos de Watson, Spreitzer y Kanter y el método de triangulación de datos. Se realizaron 10 entrevistas semiestructuradas a enfermeras que laboraban en Unidades de Cuidado Intensivo en la ciudad de Manizales y 5 encuestas a pacientes que egresaron de estas unidades. La información fue analizada mediante el uso de la contrastación de categorías emergentes encontradas en la red de datos, deconstrucción, y análisis e interpretación de datos. **Resultados:** La Teoría del Cuidado Transpersonal de Jean Watson, es un constructo que sella la práctica clínica de enfermería; el "Empowerment" es un modelo integrativo de la colectividad organizacional, a través del cual enfermería asume el liderazgo participativo; lo anterior permitió suscitar una aproximación empírica, para una posible generalización del fenómeno y una propuesta de mejoramiento institucional. **Conclusiones:** El empoderamiento como herramienta disciplinar permite afrontar las dificultades en la identidad del rol del profesional y la adherencia de la Teoría del Cuidado Humano de Watson, en yuxtaposición a la Taxonomía de Diagnósticos Enfermeros NANDA, se convierten en una propuesta que permite trascender las barreras del cuidado en las Unidades de Cuidado Crítico.

Palabras clave

Teoría del empoderamiento, humanización de la atención, teoría del cuidado transpersonal, barreras, cuidados críticos. (*Fuente: DeCs, BIREME*).

* Enfermera, Magíster en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: candidarosa.castaneda@ucaldas.edu.co

** Enfermera, Especialista en Cuidado Crítico del Adulto. Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: jannette.orozco@ucaldas.edu.co

*** Enfermera, Especialista en Cuidado Crítico del Adulto. Unidad de Terapia Intensiva, Clínica de la Presentación. Manizales, Colombia. Correo electrónico: rinconmanv@gmail.com

"EMPOWERMENT" A POSSIBLE UTOPIA TO REBUILD HUMANIZATION IN CRITICAL CARE UNITS

Abstract

Objective: To inquire about humanization of Care, its barriers and implementation of "Empowerment" Models in Critical Care Units, in order to strengthen humanization policies of Institutional Care. **Materials and Methods:** Mixed Study of sequential order. Phase I: Integrative Review of Scientific Literature and Phase II: Qualitative, phenomenological, descriptive, with theoretical supported on Watson, Spreitzer and Kanter's Models and the data triangulation method. Ten (10) semi-structured interviews were carried out with nurses who worked in Critical Care Units (ICU) in the city of Manizales and five (5) patients who had left these units were surveyed. The information was analyzed by contrasting emerging categories found in the data network, deconstruction, and the analysis and interpretation of data. **Results:** Jean Watson's Theory of Transpersonal Caring is a construct that brands the nursing clinical practice: "Empowerment" is an integrative model of organizational community, through which, nursing assumes a participative leadership. This allowed promoting an empirical approach for a possible generalization of the phenomenon and a proposal for institutional improvement. **Conclusions:** Empowerment as disciplinary tool that allows facing difficulties in identity in the professional role and the adherence of Watson's Theory of Human Care in juxtaposition to the Taxonomy of NANDA Nursing Diagnoses becomes a proposal to transcend the barriers of care in the Intensive Care Units.

Key words

Empowerment theory, humanization of assistance, human care theory, barriers, critical care. (Source: DeCs, BIREME).

"EMPODERAMENTO", UMA UTOPIA POSSÍVEL PARA RECONSTRUIR A HUMANIZAÇÃO EM UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO

Resumo

Objetivo: Indagar sobre a humanização do Cuidado, suas barreiras e a aplicação dos Modelos de Empoderamento (Empowerment) nas Unidades de Cuidado Crítico, que permitam fortalecer as políticas de humanização do Cuidado institucional. **Materiais e Métodos:** Estudo misto de ordem sequencial. Fase I: Revisão Integrativa de Literatura Científica e Fase II: Qualitativa: descritiva fenomenológica, com sustento teórico nos modelos de Watson, Spreitzer e Kanter e o método de triangulação de dados. Realizaram-se 10 entrevistas semi-estruturadas a enfermeiras que trabalham em Unidades de Cuidado Intensivo na cidade de Manizales e 5 enquetes a pacientes que saíram destas unidades. A informação foi analisada mediante o uso do contraste de categorias emergentes encontradas na rede de dados, de construção, e análise e interpretação de dados. **Resultados:** A Teoria do Cuidado Trans-pessoal de Jean Watson, é um constructo que sela a prática clínica de enfermagem; "Empowerment" é um modelo integrativo da coletividade organizacional, a través do qual enfermagem assume a liderança participativa; o anterior permitiu suscitar uma aproximação empírica, para uma possível generalização do fenômeno e uma proposta de melhoramento institucional. **Conclusões:** O Empoderamento como ferramenta disciplinar permite afrontar as dificuldades na identidade do rol do profissional e a aderência da Teoria do Cuidado Humano de Watson, em justaposição à Taxonomia de Diagnostico Enfermeiros NANDA, se converte em uma proposta que permite transcender as barreiras, cuidados críticos. (Fonte: MeSH, NKM):

Palavras Chave

Teoria do Empoderamento, humanização da atenção, teoria do cuidado trans-pessoal, barreiras, cuidados críticos. (Fonte: DeCs, BIREME).

El Empoderamiento... proceso emancipatorio por demás transformador, brota de un océano de oportunidades por donde trasiega el Crucero del Cuidado... la nube sombría del extraviado poder del Cuidador eclipsa la paz del viaje; cada viento de rutinas y despersonalización, arrastra, despule en su cotidianeidad los valores de la humanización. Él, el empoderamiento: vindica el humanismo como sello indeleble de improntas éticas y humanas, que todo marinero de la salud decreta antes de embarcar. Ella, la humanización... es bálsamo que mitiga la vulnerabilidad del Ser Humano; cada barrera detectada es la razón para impulsar en todos sus tripulantes, la meta de nuevos viajes a la consciencia, rescatando el eslabón perdido del valor de la Otridad y así... devolverle a los viajeros enfermos, la extraviada credibilidad en aquellos humanos que timonean su largo viaje, por los senderos de la recuperación de su salud y bienestar. ¡Nadie paga un Crucero para naufragar en la deshumanización!

(Castañeda CR, 2013)

INTRODUCCIÓN

“El Cuidado”, según Jean Watson, “es para la Enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción; cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de emociones compartidas entre el profesional y el paciente” (1); este Modelo es más un referente filosófico de la Humanización del Cuidado en donde se aportan conceptos como:

[...] la relación transpersonal, la fenomenología y el cuidado como esencia (eje y corazón) de la práctica de enfermería, que moviliza al paciente hacia la armonía entre cuerpo, mente y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, generando conocimiento, respeto y ayuda mutua, rescatando siempre la dignidad humana en la asistencia de enfermería dentro de un marco de amor. (2)

De otro lado, el Modelo de Empoderamiento Psicológico de Spreitzer (3) define los elementos que proveen a las personas de autoeficacia, competencias, autonomía y un camino de sentido a la propia existencia; mientras que el Modelo de Empoderamiento Estructural de Kanter (4)

relaciona la provisión de recursos, apoyos y oportunidades de aprendizaje para el cumplimiento de las metas personales y profesionales; estos modelos conciben el Empoderamiento como un “proceso y un resultado” (5), los cuales capacitan al personal de salud en aplicar el juicio clínico y la defensa de su paciente (6).

“El Cuidado es una actividad que concierne a todos los profesionales de la salud” (7); pero ha sido enfermería una de las disciplinas que concentra mayor esfuerzo y dedicación en esta actividad, utilizando como eje conductor su propio conocimiento. Vital es, entonces, dilucidar si las barreras a la política del Cuidado Humanizado de Watson se pueden trascender integrando sus supuestos con los Modelos de Empoderamiento de Spreitzer y Kanter, y así avanzar en la búsqueda de garantías para aquellos que requieren, sin pérdida de tiempo, un Cuidado Crítico verdaderamente digno, ético, afectuoso y emancipador, en toda institución que presta cuidado a la salud humana.

Sin embargo, a pesar de reconocer que las Unidades de Cuidado Crítico (UCC) son áreas asistenciales y de conocimiento complejo, cuyo principio es el cuidado a la persona en alta vulnerabilidad, y que la recuperación de la salud en un ambiente “despersonalizado” puede comprometer el bienestar de las personas, enfrentándolas a vivir experiencias por demás afflictivas, desconcertantes y dolorosas, la fragilidad de las bases del Cuidado, puestas en las manos de profesionales con débiles competencias éticas, afectivas y comunicativas e instituciones que no logran concentrar sus esfuerzos en cumplir con este sello de calidad, son elementos que deberían ser reconocidos e intervenidos ya que son la sustancia para la gestación de las “barreras para un verdadero Cuidado”; algunas poco conocidas, otras, poco intervenidas, tienen cimiento en la tecnificación e incomunicación que ha limitado el contacto humano (8), allí la humanización se deja en segundo lugar (9), el aislamiento familiar y emocional plagan las experiencias de los

sobrevivientes, se fomentan los estigmas, impera el modelo biomédico centrado en la enfermedad y no en la persona; todos estos elementos confrontan a la disciplina y práctica de los profesionales de la salud, sobre la calidad del Cuidado que de hecho es naturalmente humanizado.

En respuesta a lo anterior, es necesario conocer cómo generar ambientes humanizantes para la recuperación de la salud de las personas en las UCC, fundamentar la realización de un nuevo pacto social propuesto primariamente por los profesionales de enfermería, empoderados en la construcción de estándares que promuevan el bienestar integral de los seres humanos. Articular el pensamiento de Watson con la realidad estructural de Kanter y el modelo psicológico de Spreitzer, puede lograr incrementar la efectividad de las políticas de humanización y mejores experiencias tanto para los pacientes, como para las familias y los profesionales de la salud.

La presente investigación tiene como objetivo indagar sobre la humanización del Cuidado, sus barreras y la aplicación de los Modelos de Empoderamiento de Spreitzer y Kanter en las UCC, que permitan fortalecer las políticas de humanización de Watson en el Cuidado institucional. En suma, dar respuestas a la pregunta: ¿Cómo superar las barreras para brindar Cuidado Humanizado a las personas adultas hospitalizadas en Unidades de Cuidado Crítico?

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo de investigación se enmarca prioritariamente dentro del paradigma epistemológico-interpretativo que permite la reflexión, conceptualización, análisis de la práctica de enfermería y plantea transformaciones en los paradigmas que lo sustentan. Diseño de método mixto de orden secuencial; estrategia inicial, investigación documental (analítica explicativa) derivada de la amplia revisión de evidencias

científicas disponibles, con una secuencia descriptiva cualitativa de tipo fenomenológico, que permitiera la contrastación e integración de los datos derivados de la Revisión Integrativa (humanización del cuidado y barreras), la esencia de las experiencias y sus relaciones entre los aportes de enfermeras y pacientes con dos modelos de Empoderamiento y la Teoría del Cuidado Transpersonal de Watson, como formas de lograr afianzar la materialización de este aspecto central del cuidado: “La humanización”.

La etapa documental, cuya duración fue de 2 años, se dividió en las siguientes fases:

1) Fase I. Metodológica: Revisión Integrativa de Literatura Científica para la práctica de enfermería basada en la evidencia, diciembre 30 de 2001-2012, en el área temática: Humanización y barreras del cuidado humanizado en las UCC; estrategia de búsqueda, enfocada en el uso de descriptores de indexación, sumados a material físico contenido en bibliotecas de la Universidad de Caldas, Repositorio de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, Fundación Cardioinfantil y Universidad Javeriana sede Bogotá. Consulta a 10 bases de datos: PubMed, Embase, BIREME, LILACS, Ovid, ProQuest, Redalyc, SciELO, Dialnet y Medscape. Tipo de estudios incluidos: Metaanálisis, Metasíntesis, Revisiones Sistemáticas, Ensayos Clínicos Randomizados ECR, ensayos clínicos aleatorizados (ECA), Estudios cualitativos-etnográficos, Teoría Fundamentada, realizados con población mayor de 18 años, contexto cuidado crítico. Idiomas: español, inglés y portugués. Se obtuvo un total de 167 estudios sometidos a criterios de exclusión (88 estudios), retirados por baja calidad en los resúmenes, relevancia y pertinencia temática, estudios inespecíficos para el área de la salud, estudios duplicados no clínicos, población pediátrica y estudios en el contexto ambulatorio, e incluyendo del total tan solo 79 artículos científicos.

Posteriormente, se realizó la clasificación de los estudios según el corte investigativo, se genera una compilación en tabla Microsoft Excel 2012, en la cual se consigna la lectura crítica-evaluativa de la calidad metodológica y conceptual, verificando la validez, utilidad, relevancia de los resultados y ponderación de la evaluación. Para los 17 estudios cuantitativos tipo ensayos clínicos randomizados ECR y aleatorizados ECA, incluidos en las revisiones sistemáticas se utilizó la Escala de Jadad et al. (10) como método útil para considerar los sesgos y deja como resultado 12 estudios (15,1%) de calidad superior, 5 estudios (6,3%) de baja calidad por inapropiada aleatorización y doble ciego. Respecto a los 62 estudios cualitativos sometidos a crítica, se elabora un metarresumen cualitativo en forma narrativa, se ubican los elementos de valoración y hallazgos cualitativos importantes en la tabla Excel; se aplica el método de valoración de Revisión Integrativa propuesto por Mendes y Fracoli (11), cuyos criterios evalúan la validez del estudio, rigor científico, solidez de resultados, credibilidad y utilidad práctica de las evidencias, encontrando: 38 estudios (48,1%) calificados como evidencia Nivel I de alto grado de calidad y 24 estudios (30,3%) como evidencia Nivel II de mediano grado de calidad. Con las 12 piezas de investigación cuantitativas de calidad superior y las 38 cualitativas de Nivel I, se realiza el Plan de Extracción de Datos, su descripción, integración y descripción de categorías luego del análisis discriminado por cada disciplina.

2) Fase II. Nivel de teorización: Centrada en los conceptos de la Teoría de Cuidado Transpersonal de Margaret Jean Harman Watson y los modelos de Empoderamiento organizacional/estructural de Kanter y Modelo de Empoderamiento Psicológico de Spreitzer.

3) Fase III. Descriptiva-fenomenológica: Muestreo intencional hasta saturación de los datos obtenidos capturando la descripción amplia del significado y comprensión del fenómeno de vivir una experiencia de cuidado humanizado en las

UCC. Se seleccionaron las 10 profesionales y las 5 personas egresadas de las UCC que pudieran brindar la mayor y mejor información acerca de la experiencia vivida, en un contexto libre de influencias asociadas a la relación institucional. Esto permitió al equipo de investigadores describir la esencia de dichas experiencias. La saturación finalizó al lograr la densidad esperada en las categorías y cuando las relaciones entre ellas se establecieron y se confrontaron con los investigadores. Como técnica se usaron: la entrevista semiestructurada individual, grabada en audio y transcrita en forma inmediata con finalidad de análisis, con un ordenamiento lógico de preguntas abiertas de opinión y experiencia, extraídas del análisis de la literatura; al análisis se suman las notas de campo, que potencian la claridad de la información y destacaron puntos sensibles para los siguientes encuentros. El formato de entrevista fue revisado y aprobado previo al levantamiento del protocolo para el uso por parte de un experto temático; se realizaron varios encuentros con cada participante, con posterior indagación a familiares y relacionados de los 5 pacientes completando la información y la vinculación con la experiencia del fenómeno. Se cierra la fase de información por la calidad de los datos, la facilidad, claridad, suficiencia para la transcripción de las grabaciones y la vinculación rápida con la experiencia de Cuidado.

El Método Fenomenológico. Los rasgos que lo caracterizan, los momentos de corte fenomenológico y los procesos de pensamiento utilizados en la investigación, siguieron los postulados del mexicano Miguel Martínez (12): proceso psicológico (las representaciones del material de análisis reflejan el punto de vista de los investigados), proceso de lógica del significado (reflexiones sobre el material de análisis), proceso constitutivo trascendental (análisis de los mundos determinados, se compara lo esencial de las experiencias), sistema metafísico de la conciencia (comprensión de las estructuras fundamentales de la totalidad analizada) y el

sistema histórico crítico (expresión de la razón sobre las experiencias); cuyas etapas descriptivas del método fenomenológico, permiten mantener una mirada auténtica sobre las experiencias vividas por las personas desde su propia realidad. La transcripción inmediata de grabaciones, como la extracción de la información, garantizaron la vinculación con el tópico a investigar.

Proceso de Reducción Fenomenológica. Se condujo por varias etapas, a saber:

I. Reducción: Inicia con el marco de conceptos sobre humanización, Teoría del Cuidado Transpersonal, barreras para un cuidado humanizado y modelos del Empoderamiento, que permiten el enfoque de elementos para referenciar la subjetividad de las preguntas indagatorias de la experiencia vivida por el grupo a investigar en la entrevista semiestructurada.

II. Reducción: Definición de los determinantes espacio-temporales y características de los investigados que puedan afectar la materialidad de la subjetividad de los mismos. Criterios de inclusión-exclusión de los participantes. Condiciones de contexto para la recolección de la información (por fuera de la institución) y verificación de los avals éticos, Universidad/Institución.

III. Reducción: Compilación escrita y grabación oral de experiencias o subjetividades de los investigados. De lo fáctico a la expresión eidética; se buscó la esencia de los significados de los reportes.

IV. Reducción-Trascendental: Bloque de análisis, se unifica la esfera eidética individual y se pasa a la expresión universal esencial de significados similares.

V. Reducción-Intersubjetivo Trascendental: Se redujo lo universal-esencial, al intersubjetivo-trascendental por comparación con el Modelo de Watson, en torno a los 10 factores que garantizan el cuidado humanizado.

4) Fase IV. Triangulación de datos: Para el análisis cualitativo del fenómeno, “Empoderamiento del Cuidado Humanizado”, se tuvo en cuenta la variedad de datos provenientes de tres fuentes principales de información:

I. Elementos teóricos (Empowerment Models’ Spreitzer & Kanter y Caring Human Theory).

II. Elementos subjetivos (experiencias de cuidado humanizado por parte de 10 enfermeras que laboraban en las UCC y 5 pacientes, estos últimos egresados de dichas unidades).

III. Elementos derivados de la Revisión Integrativa de Literatura Científica, estudios cualitativos, cuantitativos y sumativos o documentales (humanización en el cuidado de la salud, barreras, deshumanización).

Se recurre a la contrastación de categorías emergentes, deconstrucción, análisis e interpretación; en suma, y triangulación interdisciplinar de criterios con los investigadores participantes: 3 Enfermeras con distintos grados de formación académica, 1 Psicólogo y 1 Doctorado en Educación. Este sistema complementa de por sí el análisis con el objetivo de no perder “La dimensión central del Todo y su acción en el elemento constitutivo de cada una de las partes”. El sustento de la estructura teórica que dio origen a la aproximación empírica para la sustentación del fenómeno naciente es: “Empoderamiento de la Humanización”, el cual se armoniza con la taxonomía NANDA y proceso Caritas (ver Figura 1), se obtuvo mediante los siguientes procesos:

I. Claridad del Método Fenomenológico y los 5 procesos de pensamiento utilizados en la investigación.

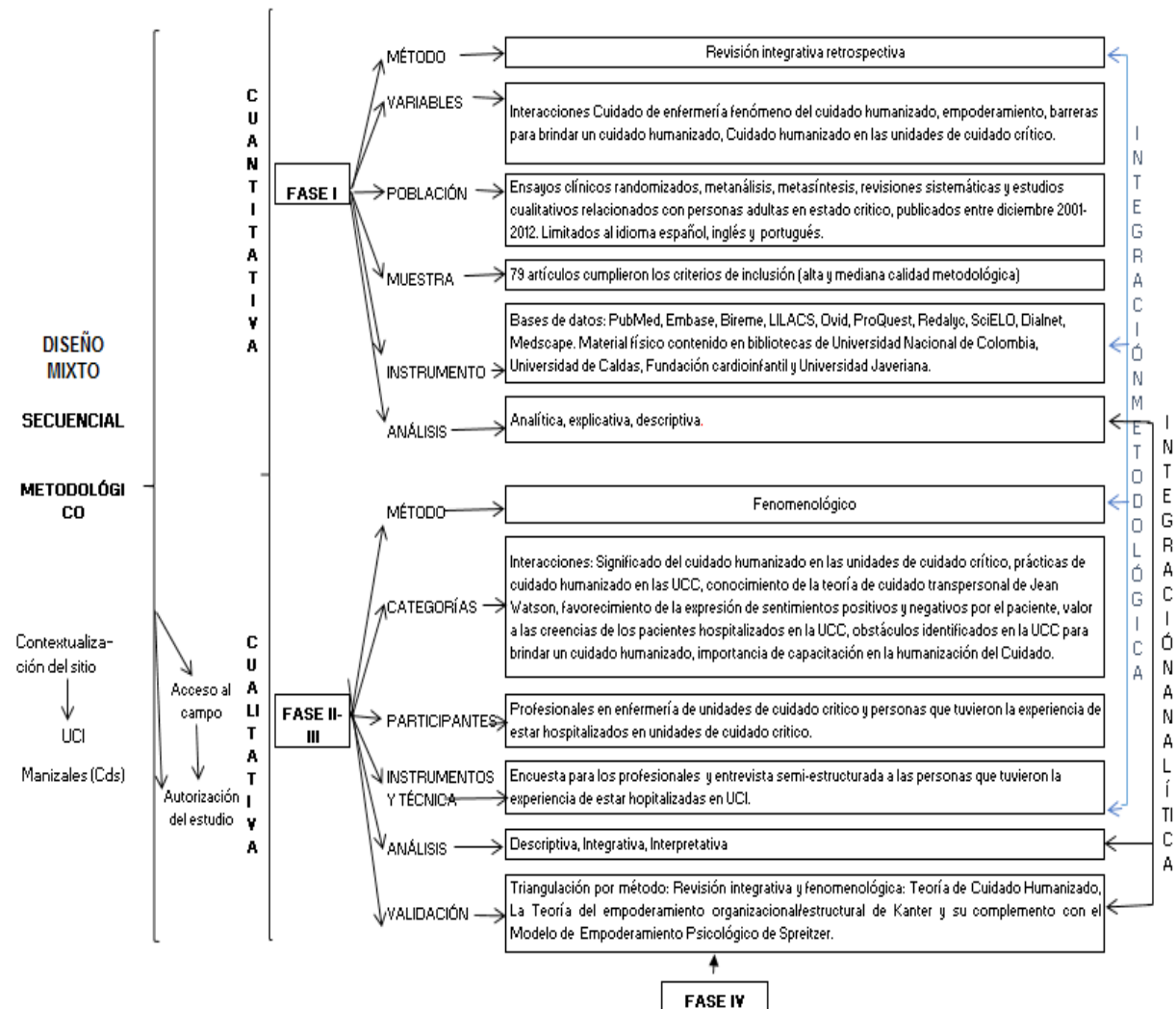
II. Categorización o determinación de clase significativa de la estructura propiamente dicha.

III. Contrastación de la malla de datos entre las

estructuras teóricas, subjetivas y datos existentes de la literatura científica revisada.

IV. Teorización: Análisis e Interpretación: Síntesis final de resultados en la investigación, el cual deriva la proposición empírica: “Los Modelos de Empoderamiento de Spreitzer y

Kanter, asociados a los 10 factores de Cuidado Humanizado de Watson, conducen a la posibilidad de reconstruir la Humanización no solo en las UCC, sino en toda una institución de salud comprometida con calidad en la prestación de servicios de salud humana”.



Fuente: elaboración propia.

Figura 1. Proceso de triangulación de datos.

Consideraciones éticas. El proyecto se enmarca en el cumplimiento del marco legal vigente para el desarrollo de investigaciones en personas en Colombia, Resolución No. 8430 del 4 de octubre de 1993. Se considera una investigación de baja complejidad, por no ofrecer riesgos para la salud física humana. Pero en consideración a la recordación de momentos vividos y traer al presente experiencias vividas negativas o traumáticas, se materializan en el diseño investigativo las consideraciones éticas que garantizan el bienestar a las personas entrevistadas; una es la participación de un equipo de profesionales en salud (enfermeras), asesorados por Psicología y Educación; previo al inicio de la Fase I del proyecto se obtiene el aval escrito de la teórica Jean Watson, a quien se le puso a consideración la propuesta investigativa; otros elementos son: el cumplimiento de la normativa en la Universidad de Caldas sobre Derechos de Autor y Propiedad Industrial Acuerdo 021 de 2008, los avales del Comité de Ética de las 5 UCC de instituciones de Manizales, donde se llevó a cabo el muestreo, el diseño de investigación centrado en respetar el principio ético de no maleficencia y beneficencia para la investigación en humanos. De igual forma, el respeto por la autonomía de las personas (consentimiento informado), el respeto por la confidencialidad: asegurando la protección de la identidad de los participantes, y la veracidad: uso de grabadoras, transcripción fiel de las experiencias, resguardo de los archivos y anonimato de los participantes.

RESULTADOS

Fases I y II: Metodológica y Teorización

Para comprender el Cuidado desde una óptica humanística, las evidencias científicas disponibles conducen a soportar en forma categórica como bien lo expresan Fernández y Vila: “El humanismo y la humanización” como actitudes centradas en el interés de lo humano, en el pleno desarrollo

y bienestar del hombre desde la dimensión biológica, psicológica, social, y espiritual (13, 14). Es un proceso de transformación de la cultura organizacional que necesita valorizar los aspectos subjetivos, históricos y socioculturales de las personas hospitalizadas y los profesionales, para plantear mejorías en las condiciones de trabajo, calidad de la asistencia, de tal forma que se promuevan acciones que integren los valores humanos a los valores científicos (15), puesto que “la humanización es usar nuestra humanidad para cuidar de la humanidad del otro” (16).

Desde lo teórico, Jean Margaret Watson, en su Filosofía y Modelo del Cuidado Transpersonal, aporta a la disciplina el entendimiento del ser humano, quien no puede ser tratado como “objeto”, ni las personas pueden ser separadas de sí mismas; invita a generar la consciencia de mantener el equilibrio para traer el Arte del Cuidado y la consciencia global de la calidad en el trabajo, de tal modo que Caritas sea entendida como “atención afectuosa, que procura desarrollar una relación de cuidado humano, respetando la persona y su estar en el mundo” (17).

Barreras para brindar un cuidado humanizado

El concepto “pérdida del sentido de la vida (el vacío existencial), es la causa principal de la deshumanización del hombre contemporáneo y solo sí la persona recupera el sentido de su vida”, se podrá llamarlo sencillamente “rehumanización” (18). Es necesario, entonces, identificar las causales de la deshumanización del cuidado en las UCC y, por consiguiente, reflexionar como invita Cánovas (19), en las raíces de este fenómeno como se enuncia a continuación:

Apoyados en el concepto del Irigibel-Uriz: “[...] como enfermeras, nos vemos invisibilizadas a la hora de tomar decisiones en los sistemas de atención sanitaria y en los procesos políticos y económicos que nos determinan” (20). Por lo

tanto, el actual contexto donde se desarrolla la enfermería implica un ejercicio en la cotidianidad de un Cuidado en la adversidad, que se caracteriza por una expropiación de su esencia y del Sujeto de Cuidado, que está llevando a desvirtuar la esencia del rol profesional (21). Lo anterior atañe a las influencias de los aspectos socioculturales donde se desarrolla el cuidado.

Cultura del trabajo

La disociación entre el saber y el hacer, trae implícito dificultades en lidiar con los encargos del sufrimiento y las limitaciones profesionales e institucionales (22).

“Para casi nadie es ajeno que los servicios de salud en el país y en especial los servicios de hospitalización y de alta complejidad, presentan ambientes estresantes con altas cargas emocionales para las enfermeras” (23). Al lado de ello “la enfermera expresa y comparte conocimientos, sensibilidad, habilidad técnica y espiritualidad, elevando al otro, es decir, ayudándolo a crecer” (24).

Tecnología

Si bien el desarrollo tecnológico ha elevado la instrumentalización de los cuidados, así como la incorporación de los avances en las UCC, su uso ha favorecido el reduccionismo de las personas hospitalizadas por parte del personal de enfermería (25); hay que advertir: “Lo humano sólo puede ser reemplazado por lo humano si se espera a sobrevivir a la automatización de las personas: Una tendencia convertida en permanente amenaza para la existencia humana” (8, 9, 26); dichas reflexiones, acortan la brecha entre los avances tecnológicos y el cuidado humano (27).

Relaciones humanas de tipo funcional

Es necesario destacar que a las dificultades en las relaciones interpersonales, se vincula

como protagonista las fallas del proceso de comunicación (28), allí el distanciamiento entre el profesional y la persona puede ser el punto inicial que detona la deshumanización del cuidado (29). Al mismo tiempo, “En el ambiente de servicios de alta complejidad, es común tener la oportunidad de compartir diversas situaciones de alta carga emocional con las personas y sus familias” (30); por consiguiente, se debe promover la reflexión de la humanización de los cuidados, considerando las relaciones entre todos los participantes del Cuidado: personas, familia y equipo asistencial (31).

Muchos profesionales en las UCC, en forma frecuente argumentan: No tenemos tiempo...

Cabe preguntarse entonces si la falta de tiempo no es algo más que eso. [...] Muchas respuestas espontáneas en el diálogo con el que sufre parecen reflejar, más que prisa por escasez de tiempo material, la urgencia de salir del contacto con quien sufre porque vemos que se tambalea en medio de su sufrimiento. (32)

El estrés emocional y la tensión de enfermería en las UCC, son circunstancias detonantes para el llamado síndrome de Burnout (33). Al respecto, los profesionales de enfermería con “menos poder” están menos satisfechos con su trabajo y son más susceptibles a este síndrome y a la despersonalización que trae implícito esta entidad (34); desde otro punto de vista, la UCC probablemente no es la causa de Burnout, pero sí de la pérdida de cuidado por los cuidadores (35). En este sentido, es conveniente resaltar evidencias significativas que demuestran cómo un ambiente de trabajo saludable puede ayudar a generar mayor satisfacción personal y aporta mejoras para el entorno laboral (36-38), logrando disminuir los niveles de angustia moral (39).

¿Por qué no se han logrado superar las barreras para brindar un cuidado realmente humanizado a

la persona en las UCC? Son muchas las razones, pero una alternativa importante plantea Brusco: “Creo que el enfermero debe adquirir una identidad personal suficiente” (40), donde se antagonice el actual paradigma economicista, que reduce al ser humano a la nominación de paciente, usuario, cliente y el profesional de enfermería rescate el paradigma humanista de “Persona”; tal vez así se generen remanentes para desarrollar control sobre la propia existencia, se valide el compromiso de brindar Cuidado a las personas, se fortalezca la autonomía profesional, y exista mayor consciencia de los resultados que de ella se derivan.

Cuidado humanizado en las UCC

El Cuidado es la esencia de enfermería, es un elemento paradigmático que hace la diferencia entre esta disciplina y otras del área de la salud (41); el ejercicio de Cuidar es fundamental para la subsistencia del ser humano, en el cual se mezclan según Torralba: “el conocimiento, la comprensión de la circunstancia del sujeto cuidado y el análisis de sus necesidades” (42). Por consiguiente, este proceso requiere conocimiento del comportamiento humano, la integración de las unidades mente - cuerpo y espíritu (43), enmarcados en la humanización, un concepto teórico multidimensional, profundo e integral, esencial en cuidado intensivo (44, 45).

“El Cuidado” como tal, entraña calidad y satisfacción de las necesidades de las personas, este término trae implícitamente el concepto de Humanización (46), ya que:

[...] cuidado crítico no es sólo un sitio... es una actitud que debe asumir cualquier profesional ante la persona enferma, independiente de si se está en UCC; por tal motivo, incursionar en este concepto de humanización, debe ser competencia no sólo del Profesional de Enfermería de las unidades de cuidado intensivo, sino de todos los participantes en el Cuidado. (47)

En el mismo sentido “el conocimiento por parte de los enfermeros de la experiencia que viven los pacientes durante una grave enfermedad, permite dar bases para la toma de decisiones en relación con formas más humanizadas del cuidado crítico” (48).

DISCUSIÓN

Las anteriores evidencias, se suman a las experiencias de profesionales de enfermería de las 5 UCC más reconocidas de la ciudad de Manizales, sobre el fenómeno del cuidado humanizado por medio de entrevista semiestructurada; las respuestas obtenidas permitieron establecer en algunos aspectos una correlación empírica que facilitó su agrupación por características; así:

El significado del Cuidado Humanizado, en las UCC, de los profesionales de enfermería

Análisis y reflexión: Los profesionales encuestados consideran que casi siempre brindan un cuidado humanizado y lo hacen a través de acciones que facilitan la interacción de la persona enferma con su familia, el respeto por sus derechos y la satisfacción de necesidades de Cuidado.

No. 1:

Brindé un cuidado por medio de acciones para mejorar la calidad de vida de un paciente como persona única.

No. 2:

Lo considero como un proceso integral, se trató de preservar su rol familiar y se involucró a su familia en el proceso de enfermedad, teniendo en cuenta aspectos fundamentales propios del quehacer de enfermería.

No. 3:

Lo visibilizo a la luz de la Bioética.

No. 4:

Estuvo ajustado a los requerimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

No. 5:

Considero que la tecnología no fue lo primordial.

El mayor obstáculo para brindar un cuidado humanizado, es atribuido a:

No. 6:

La creciente carga laboral que limita nuestro tiempo, genera prioridad en el desempeño del rol administrativo más que el rol asistencial.

Para las personas que aportaron sus experiencias de haber estado hospitalizados en la UCC, el Cuidado fue considerado como:

No. 1:

Creo que fue humanizado casi siempre, se comportaron bien conmigo.

No. 2:

Creo que me trataron bien.

No. 3:

Pienso que están bien preparadas para el trabajo que realizan.

No. 4:

Me respetaron, en cada cosa que hacían todos los días las enfermeras.

No. 5:

Todas me trataron bien.

Empowerment: Empoderamiento en la práctica clínica profesional

Los profesionales de enfermería deben reconocerse como sujetos de Cuidado, identificar y superar las barreras personales, profesionales e institucionales para retomar el poder necesario que contribuya

al fortalecimiento del Cuidado como soporte de las políticas institucionales. Kanter afirma que el poder es adquirido a través del proceso de empoderamiento (49). “Una vez que las personas tienen la información para comprender la situación actual, los límites no parecen constreñir sino guiar la acción” (50). Por tanto, es conveniente precisar cómo el “poder” de enfermería puede surgir a partir de tres componentes: un lugar de trabajo que tenga las estructuras que promuevan el empoderamiento, la convicción psicológica en la propia capacidad y el reconocimiento del poder en las relaciones y del cuidado que las enfermeras proporcionan (34, 51).

El liderazgo es fundamental en la toma de decisiones en el cuidado de la salud y debe estar en el centro de la “acción” (52); dicho de otro modo, se necesitan esfuerzos de las organizaciones y personas, para promover y desarrollar el liderazgo transformacional y relacional (53). Por tanto, el artículo 19 de la Ley 266 exalta la autonomía de enfermería desde la gestión del cuidado, una dimensión a profundizar; en la creación de un entorno donde la definición de roles y responsabilidades profesionales, buena comunicación y respeto, favorezcan la construcción de un ambiente laboral humano que estimule la humanización en el cuidado enfermero (54).

A través del empoderamiento de la salud como un proceso relacional, surge el reconocimiento de la persona, de los recursos propios del contexto personal y social (55). “Este proceso de empoderamiento, requiere cambios no sólo en la estructura de la organización, sino también en la percepción de los enfermeras(os) de sí mismas y de su rol” (56). Por lo cual, su clara comprensión es necesaria para que estos profesionales tomen ventaja de esta importante herramienta (57), necesaria para reducir la tensión laboral y aumentar la autonomía profesional en las áreas de cuidado crítico (58); de tal forma que: “El profesional de enfermería se sienta empoderado para crear las condiciones que permitan el empoderamiento de otros” (59).

Propuesta para el mejoramiento de la calidad del Cuidado en las UCC

Se propone como guía para el empoderamiento adaptable al fenómeno del cuidado humanizado en las UCC: El conocimiento derivado de la triangulación de datos extraídos de las evidencias, respecto a las bondades de las Teorías: Empoderamiento organizacional/estructural de Kanter, su complemento con el Modelo de Empoderamiento Psicológico de Spreitzer y el Modelo de Jean Watson, proceso Caritas, reúnen las características para la ejecución de un cuidado de enfermería integral, por cuanto consideran aspectos propios del entorno laboral y de la organización, las consecuencias en la satisfacción del personal con la labor desempeñada, que

se traducen en actitudes del cuidador hacia la persona cuidada. En este modelo se contemplan los conceptos de organizaciones humanizantes, necesarias para fortalecer el empoderamiento, las cuales tienen como características: acceso a la información, brindar soporte, acceso a los recursos necesarios para hacer el trabajo, brindan la oportunidad para aprender y crecer; el acceso a estas estructuras empoderadas es facilitado por las características del trabajo formal, trabajos que son visibles y centrales para las metas de la organización, que permiten flexibilidad para alcanzar el empoderamiento. Sumado a las anteriores características, lo referente al trabajo informal, tales como: alianzas con superiores, compañeros y subordinados dentro de la organización, significan mayor influencia para el empoderamiento (49).

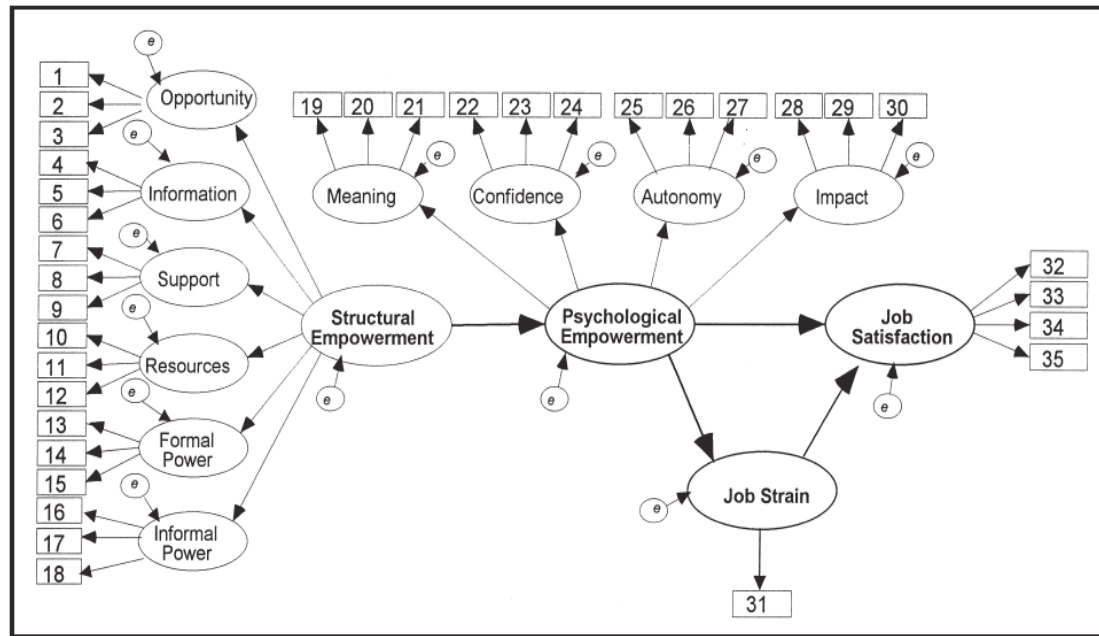
Tabla 1. Empoderamiento organizacional/estructural de Kanter y Psicológico de Spreitzer

<i>Empoderamiento Estructural</i>	<i>Empoderamiento Psicológico</i>
<i>Oportunidad</i>	<i>Significado</i>
1. Trabajo desafiante	19. Importancia del trabajo
2. Adquirir nuevas habilidades	20. Significado de las actividades del trabajo
3. Tareas usando las propias habilidades	21. Significado del trabajo
<i>Información</i>	<i>Confianza</i>
4. Estado actual del hospital	22. Confianza en las habilidades
5. Valores de la alta dirección	23. Seguridad en sí mismo
6. Objetivos de la alta dirección	24. Dominio de las habilidades del trabajo
<i>Soporte</i>	<i>Autonomía</i>
7. Cosas que haces bien	25. Autonomía significativa
8. Cosas que podrías mejorar	26. Decidir por mi cuenta
9. Ayuda en la resolución de problemas	27. Independencia y libertad
<i>Recursos</i>	<i>Impacto</i>
10. Tiempo disponible para papelería	28. Amplio impacto
11. Tiempo para cumplir el trabajo	29. Control sobre lo que sucede
12. Ayuda temporal	30. Influencia significativa
<i>Poder formal</i>	<i>Tensión laboral</i>
13. Premios para la innovación	31. Demandas/balance de control
14. Flexibilidad	<i>Satisfacción en el trabajo</i>
15. Visibilidad	32. Satisfacción con el trabajo
<i>Poder informal</i>	33. Compañeros de trabajo satisfechos
16. Colaboración con la parte médica	34. Feliz de retirarse del sitio de trabajo
17. Orientación a los compañeros que solicitan ayuda	35. Hospital de gran soporte
18. Otros profesionales de la salud	

Fuente: Sánchez (50).

Sin embargo, el empoderamiento estructural simplemente describe las condiciones del entorno del trabajo, no describe la reacción del empleado a esas condiciones. Tales respuestas forman la base del empoderamiento psicológico. Por lo tanto, mayores niveles de empoderamiento contribuyen a generar una atmósfera de emociones positivas, lo cual contribuye al logro de las metas de la organización. Los conceptos de los modelos de Empoderamiento

Estructural y Psicológico se presentan en la Tabla 1 y su interrelación en la Figura 2. De ambos modelos derivan componentes medibles, a través de los cuales se puede indagar en la percepción del empoderamiento por parte del personal institucional (60-61) y se hace necesaria la capacidad de medir el empoderamiento con precisión a través de todos los niveles de atención (62).



Fuente: Sánchez (50).

Figura 2. Modelo integrador del empoderamiento: Modelos de Kanter y Spreitzer

Después de proponer cómo superar las barreras que impiden brindar un cuidado humanizado en las UCC, queda por definir: ¿Cómo incorporar estos conceptos teóricos al Cuidado Crítico para hacerlo verdaderamente humanizado; un fenómeno que trascienda la esfera biológica hacia la visión integral del ser humano? Se parte de reconocer que el empoderamiento en enfermería construye identidad propia, mayor competencia para el cuidado universal; es una política bidireccional que beneficia a los profesionales, a las personas que requieren ser cuidadas, a las instituciones

y finalmente a la disciplina y práctica clínica profesional.

En la práctica clínica, el poder de las enfermeras está relacionado a la participación en los cambios en el estado de salud de los pacientes. Las clasificaciones de enfermería pueden ser instrumentos capaces de ayudar a las enfermeras a aumentar la concientización de su papel clínico y del poder de ese papel. (63)

Se recurre entonces, como forma de ampliar la propuesta institucional, la integración de los 10 factores de Cuidado del Modelo: Teoría Transpersonal de Jean Watson, con los diagnósticos de la NANDA (64), los cuales son afines al proceso Caritas (Tabla 2). “La Teoría del Cuidado humano, aporta conceptos a la práctica de enfermería, movilizándolo a la persona hacia la armonía entre su cuerpo, mente y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la Persona Cuidada y el Cuidador” (65).

Los principales elementos de la teoría de Watson, destacados por Cara son: a) los factores

caritativos, b) la relación del cuidado transpersonal y c) ocasión de cuidado/momento de cuidado (66). Jesse menciona los 10 factores de cuidado (*Charitable Factors*) originales, propuestos por Watson, teniendo en cuenta que los tres primeros factores sirven como fundamento filosófico para la ciencia del cuidado (67). La práctica de enfermería, entendida como un “Verdadero Arte”, es el espacio donde confluyen elementos más importantes de entendimiento y comprensión de las experiencias humanas, en ellas el Ser Humano es el centro de la esencia o eje mayor del metaparadigma de enfermería (68).

Tabla 2. Aproximación empírica derivada de Kanter, Spreitzer, proceso Caritas de Watson y NANDA

FACTORES DE CUIDADO HUMANIZADO (Watson Caring Science Institute & International Caritas Consortium. Home Page, 2004)	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (Juicio Clínico)	PROCESO CARITAS (Actividad)	KANTER-SPREITZER Y WATSON Propuesta Institucional
1. Formación de un sistema humanístico-altruista de valores.	Ninguno establecido por el momento	Práctica de la amabilidad, afecto y ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado	EMPODERAMIENTO PSICOLÓGICO -Reflexión de los valores de la humanización en el cuidado. -Establecer una verdadera política de Cuidado, guiada por el conocimiento de enfermería (Teoría de Watson u otra teoría). EMPODERAMIENTO ESTRUCTURAL -Mantener el proyecto de educación continuada centrada en el desarrollo de competencias para el Cuidado y la reflexión de los principios y valores del mismo.
2. Inculcación de la fe-esperanza.	Disposición para mejorar la religiosidad (00171)	Estar auténticamente presente, permitir y mantener un sistema de creencias profundo, apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar.	EMPODERAMIENTO PSICOLÓGICO -Fomento de la asertividad y la resiliencia. EMPODERAMIENTO ESTRUCTURAL -Fomentar en los acompañantes, la utilización de espacios de apoyo religioso o terapéutico.

FACTORES DE CUIDADO HUMANIZADO (Watson Caring Science Institute & International Caritas Consortium. Home Page, 2004)	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (Juicio Clínico)	PROCESO CARITAS (Actividad)	KANTER-SPREITZER Y WATSON Propuesta Institucional
3. El cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás.	Deterioro de la religiosidad (00169). Riesgo de deterioro de la religiosidad (00170). Sufrimiento espiritual (00066).	El cultivo de las propias prácticas espirituales y del Yo transpersonal más allá del ego.	EMPODERAMIENTO PSICOLÓGICO -Desarrollar proyectos en las UCC, que generen lazos de amistad y mejoría en los niveles de comunicación. -Establecer una política de agradecimiento con el talento humano a la llegada y a la salida de las UCC. -Desarrollar un sistema de vigilancia de problemáticas en las que conflictúan los valores del Cuidado, los personales y los valores institucionales. EMPODERAMIENTO ESTRUCTURAL -Trabajar de manera armónica con el equipo de profesionales y otros niveles de formación en las UCC.
4. Desarrollo de una relación de ayuda y confianza: Este momento se convierte en primer paso para el desarrollo de una Relación de Cuidado humana de ayuda-confianza	Temor (00148)	Desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidado, apoyo y confianza.	EMPODERAMIENTO PSICOLÓGICO -Proponer el respeto por las formas particulares de Cuidar, de comunicarse y de liderar de manera propositiva en las UCC. -Desarrollar una política de acompañamiento y de ayuda a nuevos colegas o compañeros. EMPODERAMIENTO ESTRUCTURAL -Fortalecer el trabajo colaborativo. -Desarrollar políticas que favorezcan el ejercicio de la Autonomía de Enfermería e intervenir desde la reflexión, las situaciones donde se vea comprometida o limitada. -Actualizar y mejorar las competencias para el cuidado. -Potenciar el desarrollo de la confianza y profesionalismo en salud. -Gestionar, intervenir y mantener la comunicación institucional.
5. La promoción y la aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.	Disposición para mejorar la esperanza (00185) Disposición para mejorar el bienestar espiritual (00068) Conflicto de decisiones (00083). Sufrimiento moral (00175).	Estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos, conexión con el espíritu de uno mismo y con aquel a quien se cuida.	EMPODERAMIENTO PSICOLÓGICO -Fortalecer momentos que permitan la expresión de las emociones tanto con compañeros como con personas hospitalizadas y familias. EMPODERAMIENTO ESTRUCTURAL -Ubicar espacios para la catarsis y terapéutica emocional. -Desarrollar políticas de primeros auxilios psicológicos.

FACTORES DE CUIDADO HUMANIZADO (Watson Caring Science Institute & International Caritas Consortium. Home Page, 2004)	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (Juicio Clínico)	PROCESO CARITAS (Actividad)	KANTER-SPREITZER Y WATSON Propuesta Institucional
6. El uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: Se convierte en el uso sistemático de un proceso de cuidado de resolución de problemas creativo.	Disposición para mejorar el autoconcepto (00167). Trastorno de la Identidad personal (00121). Impotencia (00125). Riesgo de impotencia (00152). Síndrome de estrés del traslado (00114). Riesgo de síndrome de estrés del traslado (00149). Riesgo de síndrome postraumático (00145). Disposición para mejorar el confort (00183) Disconfort (00214) Dolor agudo (00132)	Uso creativo de las propias y de todas las vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado; participar en el arte de las prácticas de curación-cuidado.	EMPODERAMIENTO PSICOLÓGICO -Establecer la política y eslabones para la solución de conflictos y decisiones éticas en las UCC. -Desarrollar consensos relativos a Futilidad y Distanasia. -Participar en el desarrollo de políticas sobre: manejo adecuado del dolor, prevención del delirium y morir con dignidad. EMPODERAMIENTO ESTRUCTURAL -Establecer un sistema de educación continuada. -Gestionar la conformación de los grupos de Bioética. -Desarrollar políticas para el análisis de los problemas bioéticos en las UCC.
7. La promoción de la enseñanza-aprendizaje transpersonal.	Mantenimiento ineficaz de la salud (00099) Riesgo de soledad (00054). Baja autoestima situacional (00120). Riesgo de baja autoestima situacional (00153). Desempeño inefectivo del rol (00055)	Participar en una experiencia auténtica de enseñanza-aprendizaje que asista a la unidad del Ser-significado, intentar mantenerse dentro del marco de referencia de otros.	EMPODERAMIENTO PSICOLÓGICO -Promover la satisfacción de necesidades educativas y de relación transpersonal. EMPODERAMIENTO ESTRUCTURAL -Aprovechar las oportunidades para diagnosticar e intervenir las necesidades de enseñanza-aprendizaje transpersonal.
8. La provisión de un entorno de apoyo, protección y/o correctivo mental, físico, social y espiritual.	Deprivación del sueño (00096). Insomnio (00095). Trastornos del patrón de sueño (00198). Disposición para mejorar el sueño (00165). Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno (00127). Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva, cenestésica, gustativa, táctil, olfatoria) (00122).	Crear un entorno de curación a todos los niveles (delicado entorno físico y no físico) de energía y conciencia, allí donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien.	EMPODERAMIENTO PSICOLÓGICO -Detectar y corregir las limitaciones en el entorno que ponen en riesgo la integridad de la persona. -Favorecer en la medida de lo posible el acercamiento con las personas y sus familias, como también, fortalecer la participación de los acompañantes en el Cuidado. EMPODERAMIENTO ESTRUCTURAL -Evitar la tensión laboral. -Proponer espacios para la catarsis (unidades Watson). -Indagar las formas creativas de ambientes amables para las personas enfermas y sus familias. -Participar en proyectos de acompañamiento de enfermería a personas en crisis. -Analizar aquellas situaciones en donde exista limitación para ejercer de manera adecuada el cuidado (grupos de calidad).

FACTORES DE CUIDADO HUMANIZADO (Watson Caring Science Institute & International Caritas Consortium. Home Page, 2004)	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (Juicio Clínico)	PROCESO CARITAS (Actividad)	KANTER-SPREITZER Y WATSON Propuesta Institucional
9. La asistencia en la gratificación de necesidades humanas.	<p>Necesidades fisiológicas básicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Nutrición · Eliminación e intercambio · Actividad y reposo · Rol y relaciones · Sexualidad · Seguridad y protección. <p>Riesgo de compromiso de la dignidad humana (00174). Baja autoestima situacional (00120). Descuido personal (00193). Gestión ineficaz de la propia salud (00078). Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002). Perturbación del campo de energía (00050). Déficit de autocuidado: alimentación (00102). Déficit de autocuidado: baño (00108). Déficit de autocuidado: vestido (00109). Deterioro de la comunicación verbal (00051).</p>	<p>Apoyo sincero a las necesidades básicas de la persona: alimentación, vestido, higiene, interacción, eliminación y otros.</p>	<p>EMPODERAMIENTO PSICOLÓGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Establecer la Cultura de la Humanización del Cuidado, valorar el impacto de las medidas. -Fortalecer un sistema de gratificación tanto del Cuidado ofrecido, como del Cuidado brindado. -Reconocimientos periódicos. <p>EMPODERAMIENTO ESTRUCTURAL</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valoración de necesidades de Soporte por otros profesionales de la salud: Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, entre otros; enmarcados en la disponibilidad del talento humano institucional y extra-institucional.
10. La permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas se convierte en la permisión de fuerzas existenciales fenomenológicas-espirituales	<ul style="list-style-type: none"> · Desesperanza (00124). · Ansiedad (00146). · Deterioro de la capacidad de recuperación personal (00210). · Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188). · Duelo (00136). · Duelo complicado (00135). · Estrés por sobrecarga (00177). · Negación ineficaz (00072). 	<p>Abrirse y atender a las dimensiones espiritual-misterioso y existencial de la propia vida-muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado.</p>	<p>EMPODERAMIENTO PSICOLÓGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Manejo de la confidencialidad. -Valoración de los significados de la experiencia en salud, en forma personalizada. -Tomar en forma autónoma, medidas de apoyo religioso, existencial-espiritual, en la dupla: Persona-Familia, en el ambiente hospitalario.

Fuente: elaboración propia.

CONCLUSIONES

Al indagar sobre la Humanización de la Atención de enfermería, la literatura científica realiza una construcción reflexiva del conocimiento destacando la función. Las barreras más comunes son: la prevalencia de la tecnología que distancia al profesional, la cultura de trabajo institucional, las relaciones que se establecen en los equipos de trabajo y la relación con el paciente.

La aplicación integrada de los modelos de empoderamiento de Spreitzer y Kanter unidos a

la filosofía de la teoría del cuidado transpersonal de Watson son la incorporación de la Teoría del Cuidado Humanizado como eje filosófico del Cuidado de Enfermería, analizados bajo la realidad de las evidencias científicas disponibles, contrastados con la visión de quienes viven la realidad de la experiencia de cuidar y ser cuidados en las Unidades de Cuidado Intensivo; ofrece un nuevo paradigma: “El empoderamiento de la humanización” cuya perspectiva contribuye a la transformación de las condiciones del ejercicio profesional de enfermería, a superar la dependencia y a consolidar tanto la autonomía

e identidad profesional como mecanismo para dignificar las experiencias de cuidado humanizado en las personas hospitalizadas en las UCC. Esto refuerza la necesidad de evaluar las relaciones de poder con la calidad de las instituciones de salud y la responsabilidad del profesional de enfermería en su rol transformador-emancipatorio y agente sensible a las necesidades del ser humano.

Discusión: un aspecto novedoso e importante que plantea el estudio es: el empoderamiento un verdadero paradigma transformacional y un modelo recomendado que puede ser implementado por diversas instituciones de salud, ya que aplica indistintamente para las diversas áreas funcionales

y estructurales de las organizaciones. “Humanizar la salud” no se consigue solo con la reconstrucción de los elementos indispensables para transformar las realidades de enfermería; esta transformación debe enmarcarse coherentemente en una estructura organizacional humanizada, diseñada por y para el engrandecimiento del hombre.

La respuesta al interrogantes que se planteó: ¿Cómo superar las barreras para brindar Cuidado Humanizado a las personas adultas hospitalizadas en Unidades de Cuidado Crítico?, puede resolverse en una nueva etapa investigativa, donde se analicen los aportes en la aplicación del modelo propuesto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. 2 ed. Colorado: The University Press of Colorado; 1985.
2. Rivera L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. *Actual Enferm.* 2007; 10(4): 15-21.
3. Spreitzer GM. Social structural characteristics of psychological empowerment. *Acad Manage J.* 1995; 39(2): 483-504.
4. Shanta LA, Eliason RM. Application of an empowerment model to improve civility in nursing education. *Nurs Educ Pract.* 2014; 14: 82-86.
5. Faulkner J, Laschinger H. The effects of structural and psychological empowerment on perceived respect in acute care nurses. *J Nurs Manag.* 2008; 16: 214-221.
6. Rosenstein AH, O'Daniel M. Disruptive behavior and clinical outcomes: perception of nurses and physicians. *Am J Nurs.* 2005; 105: 54-64.
7. Urra ME, Jana AA, García MV. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales. *Cienc Enfem.* 2011; XVII(3): 11-22.
8. Almerud-Österberg S. Visualism and technification the patient behind the screen. *Int J Qual Stud Health.* 2010; 5(2): 10.
9. Marques IR, Souza RA. Technology and humanization in critical care environments. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(1): 141-144.
10. Manríquez MJ, Valdivia CG, Rada GG, Letelier LM. Análisis crítico de ensayos clínicos randomizados publicados en revistas biomédicas chilenas. *Rev Med. Chile.* 2005; 133(4): 439-446.
11. Mendes AL, Fracoli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Contexto & Enferm.* 2008; 17(4): 771-778.
12. Martínez M. Comportamiento humano: Nuevos métodos de investigación. 3ª edición. México: Trillas; 2001.
13. Fernández N, Félix M, Rocha F, Pastrana MJ. Valorización del rol del profesional de enfermería en terapia intensiva. *Rev Urug Enferm.* 2007; 2(2): 5-13.
14. Vila VS, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “Muito falado e pouco vivido”. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2002; 10(2): 137-44.
15. Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizando el cuidado a través de la valorización del ser humano: resignificación de los valores y principios por los profesionales de salud. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011; 15(1): 7.
16. Souza NM, Passarela A, Cassuli M. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *Rev Bras Enferm. REBEn (Brasília)* [Internet] 2009. [acceso enero de 2012]; 62(3): 349-54. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300003
17. Jesse E. Filosofía y Teoría del Cuidado Transpersonal de Watson. En: Marriner T, Alligood M. Modelos y Teorías en enfermería. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p.91-112.
18. Cañas JL. De la deshumanización a la rehumanización (El reto de volver a ser persona). *Revista Pensamiento y Cultura.* Colombia. 2010; 13(1): 67-79.
19. Cánovas MA. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia, Departamento de Teoría e Historia de la Educación; 2008. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/3562/1/CanovasTomas.pdf>
20. Irigibel-Uriz X. Nietzsche y Levinas. Un marco de referencia para una Enfermería transformadora.

- Index Enferm. 2007; 16(58): 50-54.
21. Romero MN. El Cuidado de Enfermería en la adversidad: Compromisos de resistencia desde la docencia. *Av Enferm.* 2007; XXV(2): 112-123.
 22. De Pinho LB, Dos Santos SM. Dialectics for humanized care in ICU'S: Contradictions between professional nursing discourse and practice. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(1): 66-72.
 23. Reina NC, Vargas E. Validez de contenido y validez facial del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado". *Av Enferm.* 2008; XXVI(2): 71-79.
 24. Vázquez M, Eseverri MC. The caring of family members in the intensive care units from the Jean Watson perspective. *Enferm Intensiva.* 2010; 21(4): 161-4.
 25. Solano MC, Siles J. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. *Index Enferm.* 2005; 14(51): 29-33.
 26. Franco ZR. Humanismo, desarrollo humano y humanización de la atención en salud. 2ª edición. Manizales: Universidad de Caldas; 2004.
 27. Wilkin K, Slevin E. The meaning of caring to nurses: An investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *J Clin Nurs.* 2004; 13(1): 50-59.
 28. Colomé CL, Bracini R, Denardin J, Lima T, Lautert L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de Enfermagem. *Texto Contexto & Enferm.* Florianópolis [Internet] 2007. [acceso noviembre de 2011]; 16(3): 503-510. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/a17v16n3.pdf>
 29. Bettinelli LA, Waskiewicz J, Lorenzini A. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *O Mundo Da Saúde (São Paulo)* [Internet] 2003. [acceso 14 julio de 2011]; 27(2): 237-239. Disponible en: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)111.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)111.pdf)
 30. Rincón F. Reflexiones acerca del cuidado humanizado y su relación con el estrés del cuidador en servicios de salud altamente tecnificados. *Av Enferm.* 2005; 23(2): 45-57.
 31. Rubio L, Cosi M, Martínez C, Miró A, Sans L, Toda D, Velasco C. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva.* 2006; 17(4): 141-153.
 32. Bermejo J. Relación de ayuda en el misterio del dolor. 2ª edición. Madrid, España: Editorial San Pablo; 1996.
 33. Nussbaum GB. Spirituality in critical care: Patient comfort and satisfaction. *Crit Care Nurs Q.* 2003; 26(3): 214-220.
 34. Manojlovich M. Power and Empowerment in Nursing: Looking Backward to Inform the Future. *Online Journal of Issues in Nursing.* USA [Internet] 2007. [acceso 25 de abril de 2011]; 12(1): 2. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17330984>
 35. Dezorzi LW, Crossetti G. Spirituality in self-care for intensive care nursing professionals. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008; 16(2): 212-217.
 36. Schmalenberg C, Kramer M. Challenges in the critical care workplace: Types of intensive care units with the healthiest, most productive work environments. *Am J Crit Care.* 2007; 16(5): 458-468.
 37. Fitzpatrick JJ, Campo T, Graham G, Lavandero R. Certification, empowerment and intent to leave current position and the profession among critical care nurses. *Am J Crit Care.* 2010; 19(3): 218-226.
 38. Shirey MR. Authentic Leaders Creating Healthy Work Environments for Nursing Practice. *Am J Crit Care.* 2006; 15(3): 256-267.
 39. Papathanassoglou E, Karanikola M, Kalafati M, Giannakopoulou M, Lemonidou C, Albarran JW. Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *Am J Crit Care.* 2012; 21(2): e41-e52.
 40. Brusco A. Humanización de la enfermería En: Bermejo J. Humanizar la salud. Humanización y

- relación de ayuda en enfermería. Madrid: Ed. San Pablo. 1997.
41. Afanador N. Indicadores de cuidado. *Actual Enferm.* 2001; 4(1): 13-19.
42. Torralba Roselló F. Esencia de Cuidar. Siete tesis. Sal Terrae. *Revista de teología pastoral.* España. 2005; 93(1095): 885-894.
43. Watson J, Foster R. The attending nurse caring model: Integrating theory, evidence and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *J Clin Nurs.* 2003; 12(3): 360-365.
44. Nascimento KC, Lorenzini A. Understanding the dimensions of intensive care: Transpersonal caring and complexity theories. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2009; 17(2): 215-221.
45. Lucena A, Crossetti M. Significado do cuidar na unidade de terapia intensiva. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2004; 25(2): 243-256.
46. Fontaine DK, Briggs L, Pope-Smith B. Designing humanistic critical care environments. *Crit Care Nurs Q.* 2001; 24(3): 21-34.
47. Castañeda CR. Humanización del cuidado de enfermería brindado al paciente adulto en estado crítico hospitalizado en UCI. Memorias. XVI Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. Manizales. Universidad de Caldas. ACOFAEN; 2003.
48. Beltrán-Salazar OA. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan.* 2009; 9(1): 23-37.
49. Kanter RM. Part III. Structures and processes. In: Kanter R. *Men and women of the corporation.* 2ª ed. New York: Ed. Basic Books; 1993.
50. Sánchez B. Identidad y empoderamiento de la profesión de enfermería. *Av Enferm.* 2002; 20(1): 22-32.
51. Laschinger HK, Finegan J. Using Empowerment to Build Trust and Respect in the Workplace: A Strategy for Addressing the Nursing Shortage. *Nurs Econ.* 2005; 23(1): 6-13.
52. Painter DR. The Power of Nursing. *J Nephrol Nurs.* 2010; 37(2): 114-116.
53. Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong C, Lo E et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies [Internet]* 2010. [acceso junio de 2012]; 47(3): 363-385. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19781702>
54. Congreso de la República. Ley 266 de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. *Diario oficial* 42.710 (Febrero 5 de 1996).
55. Shearer N. Health empowerment theory as a guide for practice. *Geriatr Nurs.* 2009; 30(2): 4-10.
56. Adib M, Salsali M. A model for empowerment of Nursing in Iran. *BMC Health services research [Internet]* 2005. [acceso agosto de 2012]; 5(1): 24. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1079834/>
57. McCarthy V, Freeman LH. A multidisciplinary concept analysis of empowerment: Implications for nursing. *Journal of theory construction and testing [Internet]* 2008. [acceso mayo de 2011]; 12(2): 68-74. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/219211327/fulltextPDF/136505BC5F45535048F/1?>
58. Waugh MK. The perception of transformational leadership and the critical care nursing shortage [tesis doctoral]. Arizona, Estados Unidos: University of Phoenix; 2007.
59. Regan LC, Rodríguez L. Nurse empowerment from a middle-management perspective: Nurse Managers' and assistant nurse managers' workplace empowerment views. *Perm J.* 2011; 15(1): 103-109.
60. Laschinger HK, Finegan J, Shamian J, Piotr Wilk. Impact of Structural and Psychological

- Empowerment on Job Strain in Nursing Work Settings Expanding Kanter's Model Heather K. JONA [Internet] 2001. [acceso junio de 2012]; 31(5): 260-272. Disponible en: <http://graphics.tx.ovid.com/ovftpdfs.pdf>
61. Spreitzer GM. Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Acad Manage J.* 1995; 38(5): 1442-1465.
 62. Caspar S, O'Rourke N. Measurement of workplace empowerment across caregivers. *Geriatr Nurs.* 2011; 32(3): 156-65.
 63. López DA, Mattos CA, Vita MF, Costa AF, Rapone R. La percepción del poder de las enfermeras frente a su papel clínico. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2009; 17(2): 1-7.
 64. NANDA International. Diagnósticos enfermeros - definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona, España: Ed. Elsevier; 2012.
 65. Rivera LN, Triana A. Cuidado humanizado de Enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. *Actual Enferm.* 2007; 10(4): 15-21.
 66. Cara Ch. A pragmatic view of Jean Watson's caring theory. *Int J Caring Sci.* 2003; 7(3): 51-61.
 67. Jesse E. Filosofía y Teoría del Cuidado Transpersonal de Watson. En: Marriner T, Alligood M. *Modelos y Teorías en enfermería.* Séptima edición. Barcelona, España; Ed. Elsevier; 2011. p.91-112.
 68. Parrao Y, Caro CV. Significado: un conocimiento para la práctica de enfermería. *Av Enferm.* 2008. XXVI (2): 116-125.