



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**RELACIÓN DE AYUDA QUE ESTABLECE EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA EN LA
UNIDAD CLÍNICA CIRUGÍA II Y IV DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
CARACAS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2015**

(Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al
Título de Licenciada en Enfermería)

Tutor:
Aguilera, Alirio.

Autoras:
T.S.U. Márquez P. Keily
C.I.: 19.254.261
T.S.U. Torres L. Katerin
C.I.: 19.711.336

Caracas, Diciembre 2015

**RELACIÓN DE AYUDA QUE ESTABLECE EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA EN LA
UNIDAD CLÍNICA CIRUGÍA II Y IV DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
CARACAS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2015**



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE MEDICINA
 ESCUELA DE ENFERMERÍA
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



ACTA
 TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los reglamentos de la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, quienes suscriben Profesores designados como Jurados del Trabajo Especial de Grado, titulado:

RELACION DE AYUDA QUE ESTABLECE EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA EN LA UNIDAD CLINICA II Y IV del Hospital Universitario DE CARACAS. I SEMESTRE DEL 2015

Presentado por las (os) Técnicos Superiores:

Apellidos y Nombres:	<u>MARQUEZ, Kelly</u>	C.I. N°	<u>19.254.261</u>
Apellidos y Nombres:	<u>TORRES, Ilatenir</u>	C.I. N°	<u>19.711.336</u>
Apellidos y Nombres:	<u>/</u>	C.I. N°	<u>/</u>

Como requisito parcial para optar al Título de: Licenciado (a) en Enfermería.

Deciden: APROBACION

En CARACAS, a los 10 días del mes de Diciembre de 2015

Jurados,

[Signature]
 Prof. (a). Rosendo J. Serrano C.
 C. I. N° 6.331.545

[Signature]
 Prof. (a). Ambrosio Alfaro A.
 C. I. N° 3969645

[Signature]
 Prof. (a). Alina Abente
 C. I. N° 4612039



Va sin enmienda

DEDICATORIA

A Dios por todas las cosas que me he dado en la vida, sin su guía no lograríamos nada.

A mi madre por darme la vida, por ser madre y padre, por darme estudios y valores, mami te estaré eternamente agradecida.

A mi hermana y sobrino, Kellybeth y Keyller por ser parte de mi vida y permitirme formar parte de la suya.

A mi compañera de tesis Katerin Torres por ser tan persistente y ayudarme en esta etapa de mi vida, demostramos que aunque tenemos caracteres tan diferentes podemos lograr lo que nos propongamos, gracias Kate.

A mis grandes amigas Aniuska, Kassandra y Katerin por demostrar que aunque no nos podamos ver todos los días aún podemos mantenernos unidas, las adoro.

A familiares y amigos por estar siempre al pendiente de mí.

Keily Márquez.

DEDICATORIA

Primeramente a mí querido Dios, que me ha dado cada día la fuerza, la paciencia, la perseverancia y la presencia de personas esenciales para culminar este trabajo especial de grado.

A mí mami Francisca Leone, por estar cada día conmigo desde el momento que llegue a este mundo, estar presente en cada logro de mi vida y recordarme siempre el completar este trabajo especial de grado.

A mis hermanas Karina y Karen, por estar conmigo siempre y compartir cada logro de mi vida, y ayudarme a completar satisfactoriamente este trabajo especial de grado.

A mi compañera de tesis y Amiga Keily Márquez, la cual ha estado de forma persistente y muy paciente conmigo para la culminación de este trabajo especial de grado.

A mi amiga Emily Urbina, a la cual le agradezco ayudarme a despejar ciertas dudas presentadas en el trabajo especial de grado.

A mi tutor Prof. Alirio Aguilera, por su aporte al presente trabajo especial de grado.

Y a ciertos profesores de la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela, por guiarme en el camino correcto.

Katerin Torres

AGRADECIMIENTOS

Nuestra Gratitude, principalmente a Dios por su guía e iluminación en cada día de nuestras vidas.

A la Universidad Central de Venezuela, la Escuela de Enfermería y a todos los profesores por darnos una excelente educación, formación y que nos han acompañado durante el largo camino para ser profesionales de enfermería.

A nuestro tutor el Profesor Alirio Aguilera por su paciencia, dedicación y orientación en todo momento para la culminación satisfactoria del presente trabajo especial de grado.

Al Hospital Universitario de Caracas y a los profesionales de enfermería de las unidades clínicas Cirugía II y Cirugía IV por su colaboración y por ende su participación para poder desarrollar la presente investigación.

A todas las personas que de alguna u otra forma presentaron su valiosa colaboración para ayudarnos a cumplir un logro más en nuestras vidas.

A nuestras familias y amigos por siempre prestarnos su apoyo incondicional.

Las Autoras

INDICE GENERAL

Acta de Trabajo Especial de Grado.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimientos.....	iv
Lista de Cuadros.....	ix
Lista de Gráficos.....	xi
Resumen.....	xiii
Introducción.....	1

CAPITULOS

I. EL PROBLEMA

Planteamiento de Problema.....	4
Objetivos de la Investigación.....	9
Objetivo General.....	9
Objetivos Generales.....	9
Justificación de la Investigación.....	10

II. MARCO TEÓRICO

Antecedentes.....	13
Bases Teóricas.....	17
Bases Legales.....	47
Sistema de Variable.....	51
Operacionalización de Variable.....	52
Definición de Términos Básicos.....	56

III. MARCO METODOLÓGICO

Diseño de la Investigación.....	58
Tipo de la Investigación.....	60

Población.....	60
Muestra.....	61
Técnica e Instrumento para la Recolección de Datos.....	62
Validez.....	63
Confiabilidad.....	64
Técnica de Análisis de Datos.....	65
Procedimiento para la Recolección de Datos.....	65
IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	
Presentación y Análisis d los Resultados.....	68
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	108
Recomendaciones.....	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	114
ANEXOS	
Anexo A. Instrumento de Recolección de Datos.....	122
Anexo B. Certificados de Validez.....	129
Anexo C. Datos de la Confiabilidad.....	133

LISTA DE CUADROS

Nº		Pág.
1	Distribución absoluta y porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. Indicador: Recogida Organizada de los Datos del Paciente.	70
2	Distribución absoluta y porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. Indicador: Apertura de la Relación.	74
3	Distribución absoluta y porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. Indicador: Aclarar el Problema.	77
4	Distribución absoluta y porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. Indicador: Exploración y compresión de los pensamientos y sentimientos.	87

LISTA DE CUADROS

Nº		Pág.
5	Distribución absoluta y porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. Indicador: Facilitación y actuación.	92
6	Distribución absoluta y porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. Indicador: Resumen de Logros Obtenidos.	95
7	Distribución absoluta y porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. Indicador: Posibles actitudes positivas en el paciente.	99
8	Distribución absoluta y porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. Indicador: Descripción de Posibles Actitudes Negativas en el Paciente.	104

LISTA DE GRÁFICOS

Nº		Pág.
1	Distribución porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. Indicador: Recogida Organizada de los Datos del Paciente.	73
2	Distribución porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. Indicador: Apertura de la Relación.	76
3	Distribución porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. Indicador: Aclarar el Problema.	83
4	Distribución porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. Indicador: Exploración y comprensión de los pensamientos y sentimientos.	90

LISTA DE GRÁFICOS

Nº		Pág.
5	Distribución porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. Indicador: Facilitación y actuación.	94
6	Distribución porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. Indicador: Resumen de Logros Obtenidos.	98
7	Distribución porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. Indicador: Posibles actitudes positivas en el paciente.	102
8	Distribución porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. Indicador: Descripción de Posibles Actitudes Negativas en el Paciente.	106



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



RELACIÓN DE AYUDA QUE ESTABLECE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA EN LA UNIDAD CLÍNICA CIRUGÍA II Y IV DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2015

Autores:

T.S.U. Márquez P. Keily

T.S.U. Torres L. Katerin

Tutor:

Aguilera, Alirio

Año: 2015

RESUMEN

El presente Trabajo Especial de Grado se formuló como objetivo general: Determinar la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas. Metodológicamente es de diseño no experimental, univariable, de campo y transeccional. La muestra estuvo conformada por 20 profesionales de enfermería de atención directa que laboran en el Hospital Universitario de Caracas en el turno 7am / 1pm. Como técnica utilizada para la recolección de datos es la observación no participante, se realizó en tres (03) oportunidades por cada profesional de enfermería y para el instrumento se elaboró una Guía de Observación con un total de 44 ítems; se validó a través del juicio de tres expertos y se aplicó la confiabilidad entre observadores arrojando un resultado de 0,86. El estudio tiene como marco teórico la propuesta de Berman, A; Snyder, S; Kosier, B; y Erb, G. (2008) que describe el proceso de relación de ayuda en cuatro fases secuenciales, cada una de ellas caracterizada por tareas y capacidades identificables, las cuales son: Fase de Preinteracción de la Relación de Ayuda, Fase Introdutoria de la Relación de Ayuda, Fase de Trabajo y Fase de Cierre de la relación de ayuda. Los resultados demuestran que en la fase de preinteracción el profesional de enfermería realizar acciones de forma adecuada, en la fase introductoria y en la fase de trabajo el profesional de enfermería si ejecuta acciones para aplicar una relación de ayuda presentando un déficit al ejecutar dichas acciones y la fase de cierre se presenta un déficit absoluto para utilizar herramientas e identificar posibles actitudes positivas y negativas, por ende no se concluye una satisfactoria relación de ayuda.

Descriptores: Obesidad Mórbida, Relación de Ayuda y Enfermería.

INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería en su ardua labor diaria por ayudar a la persona enferma en el proceso de recuperar la salud realiza actividades multidisciplinarias con la finalidad de brindar el cuidado más óptimo al paciente, esto abarca no solo el cuidado físico, sino también el emocional dado a que el profesional de enfermería es el que pasa más tiempo con el paciente durante su estadía hospitalaria es fundamental durante su recuperación.

Una de herramienta útil que el profesional de enfermería puede adoptar para involucrarse con el paciente es estableciendo la relación de ayuda, ya que se sabe que el proceso de enfermedad y hospitalización médica conlleva consigo una carga de stress emocional a la persona enferma, temor a lo desconocido, a la enfermedad y al tener que depositar su recuperación en manos de personas que no conoce.

La relación de ayuda es la interacción que se establece entre la persona enferma y el profesional de enfermería, esta relación conlleva confianza y respeto por parte de los involucrados.

La relación de ayuda ha sido descrita en cuatro fases las cuales son: fase de preinteracción, introductoria, de trabajo y cierre, en cada una de ellas el profesional de enfermería realiza actividades a fin de brindar el mejor apoyo al paciente y que este se desenvuelva de forma independiente; ya que es de vital importancia en la recuperación de la salud para un paciente encontrarse

en un ambiente de tranquilidad, confort, con plena confianza en sus cuidadores, sintiéndose respetado y aceptado en todo momento.

La siguiente investigación se desarrolla con la finalidad de determinar cuál es la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas en el primer semestre del 2015.

La investigación es de tipo descriptivo, el diseño es no experimental ya que no se hará variar la variable, se determinara el fenómeno tal y como se da en su contexto natural, univariable, de campo y transeccional. Los resultados se obtuvieron a través de una guía de observación de 44 ítems. Los datos obtenidos se presentan en cuadros de frecuencia absoluta y porcentual, con sus respectivos gráficos de distribución porcentual.

En ese orden, este proyecto de investigación está estructurado en cinco (05) capítulos:

Capítulo I: Constituido por Planteamiento del problema, objetivos general y específicos, y la justificación de la investigación.

Capítulo II: Constituido por Marco teórico sustentado por los antecedentes del estudio, las bases teóricas, bases legales, sistema de variables, Operacionalización de la variable y definición de términos básicos.

Capítulo III: Constituido por Marco metodológico sustentado por el tipo de investigación, diseño de la investigación, población, muestra, técnica e instrumento para la recolección de datos, validez, confiabilidad, técnica de análisis de datos y procedimiento para la recolección de datos.

Capítulo IV: Constituido por la presentación de los resultados sustentado por cuadros de distribución absoluta y porcentual y gráficos de distribución porcentual.

Capítulo V: Se presentan las conclusiones y recomendaciones.

Finalmente, las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

Actualmente, existen problemas médicos y sanitarios de carácter global que han sido motivo de discusiones, uno de ellos es el problema de la obesidad mórbida. Siendo ésta, en el mundo actual un importante problema de salud por el riesgo de morbilidad y mortalidad, debido a las enfermedades que derivan de la misma y que influyen en la calidad de vida de las personas.

La obesidad mórbida se define como: un peso de 45 kilos o más de lo recomendado por los médicos y un índice de masa corporal (IMC) más de 40 Kg/m², la persona posee tejido adiposo y/o grasa corporal en exceso y por ende hay un aumento de lípidos o ácidos grasos, por lo general las dietas no surten ningún tipo de efecto.

Ahora bien, se habla de que el único tratamiento para que el paciente logre perder peso es la cirugía, este tratamiento se denomina como cirugía bariátrica, la cual logra alcanzar una significativa y sustancial pérdida de peso para millones de individuos con obesidad mórbida. Estos procedimientos quirúrgicos alteran la anatomía y la fisiología del tracto gastrointestinal.

La alarmante frecuencia de la obesidad, tanto en países desarrollados como no desarrollados, debe ser motivo de estudio y reflexión; ya que, esta enfermedad origina problemas sanitarios y educacionales de primer orden en muchos países, que ven como su frecuencia aumenta imparablemente desde

las primeras edades de la vida Ríos, V. (2013). Desde el punto de vista epidemiológico, la obesidad mórbida representa una pandemia en el siglo XXI, ya que es una enfermedad crónica no transmisible. De allí que, la misma deba ser considerada una amenaza muy severa para la salud individual y colectiva.

El aumento mundial de este problema de salud pública atribuible a factores sociales, culturales y económicos, tales como el sedentarismo cada vez más elevado de la mayoría de los empleos, los cambios en los medios de transporte y en general la urbanización que cada vez aleja más a la población de actividades físicas. Eso sumado a la modificación de la dieta diaria, con una tendencia al aumento de alimentos ricos en carbohidratos, grasas y azúcares.

Por otra parte, se tiene que son muchos los estudios realizados en diversos países que han mostrado el aumento progresivo de la prevalencia de obesidad y de la asociación de la misma con diferentes alteraciones metabólicas sin distinción de género Corbacho, M. (2014).

En 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos y en general, en 2014 alrededor del 13% de la población adulta mundial, un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres, eran obesos OMS (2015).

Es vital destacar que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) no ha dudado en darle el apelativo de epidemia del siglo XXI, ya que la obesidad es una patología que está alcanzando proporciones epidémicas, no estando

limitada a los países más desarrollados. Sin embargo, se considera que el factor genético puede ser generador de sobrepeso y obesidad, más aun así, los avances tecnológicos, los cambios en el estilo de vida que han favorecido la falta de actividad y alimentación inadecuada.

Venezuela se encuentra en el ranking de los países con mayor índice de obesos del planeta según la OMS; Cardona, D (2014) afirma que 31% de la población venezolana padece de obesidad. El informe de Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2012 presentado por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, señala que pese a la reducción de los índices de desnutrición en el país, la tendencia a la obesidad va en aumento.

Además de las complicaciones físicas que derivan de la obesidad mórbida, al igual que cualquier otra patología, tiene un alto impacto emocional en quienes la padecen ya que afecta su autoestima y su capacidad de interrelacionarse con otros. Es de vital importancia que el paciente con obesidad mórbida reciba como parte del tratamiento asistencia y guía en el manejo de las emociones y sentimientos por parte del equipo multidisciplinario de salud, y en mayor medida esta ayuda debe originarse del profesional de enfermería ya que este es el que se vincula por más tiempo con el paciente.

Siguiendo el orden de ideas, según Joyce Travelbee (1971) citada por Marriner, A. y Raile, A. (2003) la enfermera: “Goza de un cuerpo de conocimientos especializados y de la capacidad de utilizarlo, con el objetivo de ayudar a otros seres humanos, a prevenir enfermedades, recobrar la

salud, encontrar el significado de su enfermedad o mantener el máximo grado de salud” (Pág.419). El profesional de enfermería juega un papel importante en ayudar al paciente con obesidad mórbida a través de sus habilidades y conocimientos científicos y así tener una base para que la ayuda sea satisfactoria, ya que a través de la atención directa pueden ofrecer estrategias de afrontamiento a la enfermedad y al mismo tiempo ayudar a mantener o incrementar la calidad de vida de los usuarios atendidos.

El profesional de enfermería puede lograr una buena atención a través de la relación de ayuda mediante sus herramientas educativas como lo señala Joyce Travelbee (o.p.cit)., sostiene que: “Es un proceso, un suceso, una experiencia o una serie de experiencias que se dan de forma simultánea en la enfermera y en el receptor de sus cuidados” (Pág. 421).

La relación de ayuda en enfermería la define Riopelle, L. Grondin, L y Phaneuf, M. (2003) como: “Es un recurso complementario que el ayudante pone al alcance del paciente de manera que pueda así encontrar una solución al problema que le atañe” (Pág. 229). En este sentido, muchos autores promueven acciones que promuevan la madurez del usuario, lo que implica utilizar la reflexión antes de actuar, ser prudente, tener buen juicio antes las situaciones que siente y manifiesta el paciente con obesidad mórbida. A la luz de lo expuesto, la ayuda es un proceso que facilita el crecimiento en el que el profesional de enfermería ayuda al paciente con obesidad mórbida a resolver problemas y afrontar crisis.

Según Berman, A; Snyder, S; Kozier, B; y Erb, G (2008): “El proceso de relación de ayuda se describe en cuatro fases secuenciales, cada una de ellas caracterizada por tareas y capacidades identificables..., la enfermera

podrá identificar el proceso de una relación si comprende esas cuatro fases: fase de preinteracción, fase introductoria, fase de trabajo y fase de cierre” (Pág.472). El profesional debe disponer de destrezas y utilizar las cuatro fases de la relación de ayuda, es decir el profesional de enfermería y el paciente con obesidad mórbida deben lograr una relación de ayuda amena y por ende positiva.

El ambiente hospitalario es uno de los lugares en donde el profesional de enfermería pone en práctica todos sus conocimientos acerca de la relación de ayuda para así poder establecer un enlace de plena confianza con los pacientes a su cuidado.

El profesional de enfermería en el Hospital Universitario de Caracas, recibe pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica cirugía II y VI, esto pudiera permitir una relación de ayuda, sin embargo los profesionales de enfermería mantienen una comunicación con dichos pacientes en un tiempo corto, ya que solo se limitan a cumplir sus funciones en cuanto a administrar medicamentos, controlar signos vitales, realizar informes de enfermería, etc., por lo cual al contar con un número elevado de pacientes con diversas patologías, deben realizar sus funciones de forma rápida y satisfactoria para cumplir con los objetivos propuestos, sumando a esto se ven en la necesidad de limitarse en la interacción de cada paciente.

De lo anteriormente expuesto surgen una serie de interrogantes que encierran los puntos claves para el desarrollo de la investigación:

¿Qué acciones realiza el profesional de enfermería en la fase de preinteracción de la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas?

¿Qué acciones ejecuta el profesional de enfermería en la fase introductoria de relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas?

¿Qué acciones aplica el profesional de enfermería en la fase de trabajo de relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas?

¿Qué herramientas utiliza el profesional de enfermería en la fase de cierre de relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas?

Lo antes señalado permite formular el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas en el primer semestre del 2015?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas en el primer semestre del 2015.

Objetivos Específicos

- ✓ Identificar las acciones que realiza el profesional de enfermería en la fase de preinteracción de la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas.
- ✓ Describir las acciones que ejecuta el profesional de enfermería en la fase introductoria de relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas.
- ✓ Describir las acciones que aplica el profesional de enfermería en la fase de trabajo de relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas.
- ✓ Identificar las herramientas que utiliza el profesional de enfermería en la fase de cierre de relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas.

Justificación

Es de relevancia destacar que se trata de una investigación que busca sistematizar una experiencia de investigación que cumple además con el rigor científico, y ofrece una propuesta a los profesionales de enfermería a utilizar instrumentos que pueden ser validados, así como procedimientos debidamente aprobados para que los resultados que se obtengan sean confiables y válidos.

Para ello es vital tener en claro primeramente que la obesidad mórbida es una enfermedad crónica progresiva, con amenaza para la vida; es por ello, que algunos pacientes se sienten desalentados al ver fracasar sus intentos por mejorar su calidad de vida, la obesidad mórbida no es simplemente el resultado de comer en exceso y la falta de fuerza de voluntad.

El propósito del estudio se orienta a determinar la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas en el primer semestre del 2015, por lo tanto se justifica porque busca conocer y comprender el proceso de relación de ayuda en profesionales de enfermería y como es la relación paciente-enfermero, en donde los pacientes son aquellos que ya han sido diagnosticados con obesidad mórbida.

En el contexto metodológico, está plenamente justificado ya que utiliza métodos de investigación; siendo así una investigación susceptible ya que se puede medir teniendo así la factibilidad de abordar el tema.

En el contexto práctico, el estudio busca determinar e identificar la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería en pacientes con obesidad mórbida a través de un modelo de cuatro fases.

A la Institución Hospitalaria, este estudio le aportara información necesaria ya que esta ayudara a fomentar una apropiada relación de ayuda a través de las acciones que realizan en cada fase de la misma, debido a que los profesionales de enfermería forman parte de la investigación, y les corresponde estudiar el tema de manera interna.

A las investigadoras les brindará aportes y servirá de bases a futuros trabajos que se planteen como problema, en función a la relación de ayuda y obesidad mórbida.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se realiza una amplia descripción del problema de la investigación e integra la teoría de la misma. Según explica Tamayo, M. (1995): “Es la teoría del problema, y tiene como fin ayudarnos a precisar y organizar los elementos contenidos en la descripción del problema”. (Pág. 117).

Por lo cual, a continuación se describen los antecedentes del estudio, los cuales son investigaciones realizadas en torno al tema; las bases teóricas que le dan solidez, claridad y coherencia a los principios postulados y por ende se fundamenta la investigación; las bases legales que ofrecen sustento legal a la investigación; se identifica la variable de estudio que es objetivo de análisis y manipulación de la investigación con su respectiva operacionalización, y se plantea la definición de términos básicos.

Antecedentes del Estudio

Lucena, S. y Khaoime, A. (2008). “Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes obesos en preoperatorio y postoperatorio de bypass gástrico”. Caso práctico: Consulta Externa del Hospital Universitario Dr. Luís Razetti de Barcelona, Estado Anzoátegui. El objetivo de la investigación era: Determinar la calidad de vida, la ansiedad y la depresión en pacientes obesos en preoperatorio y postoperatorio de bypass gástrico. Se trata de un estudio

prospectivo, transversal, de campo. Se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las dimensiones de la variable calidad de vida entre los pacientes en preoperatorio y los pacientes en postoperatorio: funcionamiento físico, rol físico, función social, vitalidad y percepción general de salud. Con respecto a la ansiedad y a la depresión, sólo se encontraron diferencias significativas en la variable depresión. Todos los hallazgos son consistentes con la mayoría de estudios recientes a nivel internacional, lo que ratifica, los beneficios en la calidad de vida y disminución de los niveles de depresión y ansiedad que trae para un paciente obeso someterse a esta intervención quirúrgica.

Fernández, R. (2009). "Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: Análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso". Objetivo General: Estudio a largo plazo donde se explora la evolución de la salud y calidad de vida de enfermos obesos mórbidos sometidos a cirugía bariátrica mediante la técnica del bypass gástrico. Conclusiones: Se constató que el 60% de la muestra presentaba obesidad desde la infancia, con un peso promedio de 87 kg sin variación durante al menos 2 años. La investigación corroboró cambios a nivel físico y psicológico en la calidad de vida de los pacientes que se someten a bypass gástrico, incrementando su autoestima y calidad de vida, así como la disminución de hábitos alimenticios perjudiciales dentro de un período que oscila entre los 6 meses a 1 año, generando una mejoría significativa dentro de lo que respecta a la imagen corporal de los individuos.

Maita, Yessica; Patinez, Olenka y Soto Raquel (2012) realizaron una investigación titulada "Relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con la familia de la enferma con cáncer de mama en la unidad clínica de mama del instituto oncológico Dr. Luis Rasetti. Caracas, segundo semestre del 2012." Es de tipo descriptivo, la población estuvo conformada

por 14 profesionales de enfermería que laboran en el servicio unidad clínica de Mama. Se trabajó con los profesionales de los turnos (7 a.m – 1 p.m / 1 p.m - 7 .m / 7 p.m - 7 a.m), que representaron el 100 % de la población. Para recolectar la información se utilizó la técnica de observación directa, cuyo instrumento fue la lista de cotejo con 25 ítems de preguntas cerradas. En conclusión la investigación arrojó que el 32.5% de los profesionales algunas veces identifican las acciones relacionadas a promover el crecimiento en la familia referente a la enfermedad del cáncer. El 51.9% nunca identifican las acciones relacionadas con el desarrollo de la familia con el estado de salud de la enferma con cáncer de mama. El 41.8% nunca identifica las acciones que se ejecuta para mejorar la capacidad de la familia para interactuar con la enferma con cáncer de mama y el 48.6% nunca identifican las acciones que realiza para ayudar en la familia en la madurez para tomar decisiones relacionadas con la situación de salud de la enferma con cáncer de mama. Se recomienda a los organismos de salud desarrollar programas sobre contenidos referentes a la relación de ayuda para el profesional y la familia.

Martínez Gustavo (2012) realizó una investigación titulada “Relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con la enferma mastectomizada en la unidad clínica de patología mamaria en el instituto de oncología Dr. Luis Razetti. San José de Cotiza. Primer trimestre de 2012.” La investigación estuvo comprendida en un estudio descriptivo transversal de campo. La población y muestra comprendió ocho (8) profesionales de enfermería que laboran en dicha unidad en los turnos 7am a 1pm y 1pm a 7pm. El método de recolección de datos fue un instrumento de dieciocho (18) ítems con respuestas: siempre, algunas veces y nunca. Los datos aportaron evidencias de algunas fortalezas en la ejecución de las fases de la relación de ayuda, en las acciones de la fase previa las ejecutaron en un 57.5%, la fase preliminar el 40.62%, en la fase de trabajo el 62.5% y en la fase de

terminación el 62.5% las aplica. Se recomendaron talleres y cursos formales designados a los profesionales de enfermería para reforzar los aspectos que si cumplen y fortalecer las debilidades al establecer la relación de ayuda.

Ramírez, Eliaris y Tirado Annys (2012) realizaron un estudio titulado “Desempeño del profesional de enfermería al establecer relación de ayuda hacia los padres de pacientes pediátricos recluidos en la unidad de cuidados intensivos del Dr. Xavier Mugarras del hospital J.M de los Ríos en el segundo trimestres del año 2012.” Corresponió, a un estudio de campo de tipo descriptivo cuya población estuvo conformada por siete profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del hospital J.M de los Ríos en el turno de 1pm a 7pm quienes constituyeron toda la muestra a estudiar, el instrumento empleado fue una guía de observación mediante una entrevista estructurada con preguntas mediante un guion preestablecido, secuenciado y dirigido y con preguntas cerradas (si, no y una respuesta predeterminada) con cuatro momentos a observar; los resultados permitieron concluir que el profesional de enfermería presenta déficit en cuanto a su desempeño al brindar relación de ayuda en sus tres fases preliminares, de trabajo y de finalización hacia los padres de pacientes pediátricos recluidos en la unidad de cuidados intensivos, y que para mejorar se debe crear estrategias dirigidas a reforzar la importancia de este tema a los profesionales de enfermería.

Estos antecedentes de investigación sustentan la investigación, debido a que los mismos hacen referencia a relación de ayuda, solo que están en diferentes ámbitos, pero todos estos se desarrollan donde el profesional de enfermería está presente. Estos demuestran la importancia que tiene el profesional de enfermería para brindar una óptima relación de ayuda.

Bases Teóricas

Relación de Ayuda

Según Joyce Travelbee (1971) citada por Marriner, A. y Raile, A. (2003) la enfermera: “Goza de un cuerpo de conocimientos especializados y de la capacidad de utilizarlo, con el objetivo de ayudar a otros seres humanos, a prevenir enfermedades, recobrar la salud, encontrar el significado de su enfermedad o mantener el máximo grado de salud” (Pág.419).

Hay un objeto la enfermería más claro de que describe Joyce Travelbee (o.p.cit) el cual es: “Ayudar a una persona, una familia o una comunidad a prevenir o afrontar la experiencia que les supone la enfermedad y el sufrimiento, y si es necesario, encontrar un sentido a estas experiencias” (Pág. 419).

El profesional de enfermería para establecer la relación de ayuda con los usuarios, debe poseer conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, para aplicarlos de manera flexible y eficaz en procura del bienestar de ambas partes. Igualmente debe disponer condiciones personales, esenciales que faciliten la realización de ayuda en cada una de sus partes para el éxito y el logro de los objetivos planteados.

Joyce Travelbee citada por Marriner, A. y Raile, A. (2003) define que el termino interacción enfermera-paciente se refiere a: “Cualquier contacto existente entre una enfermera y una persona enferma, y se caracteriza por

el hecho de que ambas se perciben de forma estereotipada” (Pág. 420). Es importante que el profesional de enfermería entable una buena interacción enfermera-paciente ya que en gran medida de esto dependerá la recuperación del individuo.

Joyce Travelbee (o.p.cit)., sostiene que la relación: “Es un proceso, un suceso, una experiencia o una serie de experiencias que se dan de forma simultánea en la enfermera y en el receptor de sus cuidados. Se compone de un grupo de pensamientos y de sensaciones interrelacionados; estos pensamientos, sensaciones y actitudes se propagan, o se contagian de un ser humano a otro” (Pág. 421). La relación entre el profesional de enfermería y el paciente ha sido planteada por varios teorizantes como parte fundamental en el proceso de recuperación de la salud y en el alivio del sufrimiento. Es responsabilidad del profesional de enfermería ayudar a la persona enferma a encontrar significado a la experiencia de la enfermedad y de esta manera encontrar la forma de afrontar los problemas suscitados de la misma.

La relación enfermera-paciente según Du Gas, B., (2000) define que: “La relación que se establece entre la enfermera y el paciente es de ayuda o asistencia. Es la base de la práctica de enfermería y está implícita en toda la interacción que ocurre entre la enfermera y el paciente” (Pág. 118).

Numerosos autores definen relación de ayuda; a continuación se describen y comentan algunas de estas conceptualizaciones.

Relación de ayuda según Du Gas, B., (2000): “En el campo de la salud, la relación de ayuda suele denominarse terapéutica, porque es un elemento clave que permite al profesional de la salud brindar asistencia al paciente” (Pág.118). Relación de ayuda la define Brusco, A. (1997) como la: “Forma especial de relacionarse humanamente con el otro con el fin de satisfacer necesidades humanas” (Pág.15).

Riopelle, L. Grondin, L y Phaneuf, M. (2003), señalan que la relación de ayuda en enfermería: “Es un recurso complementario que el ayudante pone al alcance del paciente de manera que pueda así encontrar una solución al problema que le atañe” (Pág. 229).

Relación de ayuda según Madrid, J. (2004) es: “Aquel encuentro entre dos personas, en el cual una de ellas pide ayuda para modificar algunos aspectos de su modo de pensar, sentir, actuar, y la otra parte quiere ayudarle, dentro de un marco interpersonal adecuado” (Pág.860).

Todos estos autores concuerdan en que el objetivo de la relación de ayuda es proporcionar apoyo a la persona necesitada proporcionándole un entorno de tranquilidad y confianza.

Características y Objetivos de la Relación de Ayuda

En cuanto a las características según Berman, A; Snyder, S; Kozier, B; y Erb, G. (2008):

- Es un lazo intelectual y emocional entre la enfermera y el paciente y se centra en el paciente.
- Respeto al paciente como un individuo, lo que incluye:

- ✓ Aumento al máximo de las capacidades del paciente para participar en la toma de decisiones y los tratamientos.
 - ✓ Consideración de aspectos étnicos y culturales.
 - ✓ Consideración de las relaciones y los valores de la familia.
- Respetar la confidencialidad del paciente.
 - Se centra en el bienestar del paciente.
 - Se basa en la confianza, el respeto y la aceptación mutua.

En cuanto a los objetivos Básicos de la Relación de Ayuda, podemos mencionar que:

Según Berman, A; Snyder, S; Kozier, B; y Erb, G. (2008) son:

- Ayudar a los pacientes a controlar sus problemas para vivir con más efectividad y aprovechar más las oportunidades no usadas o subutilizadas.
- Ayudar a los pacientes a cuidarse mejor en la vida diaria.

Fases de la Relación de Ayuda

Según Berman, A; Snyder, S; Kozier, B; y Erb, G. (2008): “El proceso de relación de ayuda se describe en cuatro fases secuenciales, cada una de ellas caracterizada por tareas y capacidades identificables..., la enfermera podrá identificar el proceso de una relación si comprende esas cuatro fases: fase de preinteracción, fase introductoria, fase de trabajo y fase de cierre” (Pág.472).

1. Fase de Preinteracción

Según Berman, A., y otros (2008): “Es la fase previa a la interacción es similar a la fase de planificación antes de una entrevista..., si la enfermera identifica la información específica a obtener, el resultado puede ser positivo” (Pág.472).

En esta fase de Preinteracción el profesional de enfermería realiza:

➤ **Recogida Organizada de los Datos del Paciente**

Según Du Gas, B., (2000) la relación de ayuda inicia cuando el profesional de enfermería: “Ha reunido todos los datos y está comenzando a elaborar un plan tentativo de atención para el paciente” (Pág.120). Esto permite al profesional de enfermería tener ventaja al contar con información previa del paciente y lo guía hacia las siguientes fases de relación de ayuda.

Tal información la encontrara el profesional de enfermería en:

Historia Clínica: Según De Herrera, G; De Jara, E; De Suárez, M; De Rosas, M; De Yáñez, G; y De Yépez, R. (s/a) la definen como: “Un documento personal confidencial en el que se registra información de: historia, antecedentes personales y familiares de salud y enfermedad del usuario, medidas de diagnóstico y tratamientos realizados; evolución de la enfermedad” (Pág.44). Hay que destacar que es un documento legal con validez jurídica y es un documento de investigación que proporciona

información útil al personal de salud, la cual debe ser manejada únicamente por el mismo. Esta historia clínica del paciente se tomara en cuenta para la relación de ayuda los datos personales y datos clínicos. Al tener suficiente información, profesional de enfermería podrá validarlo al iniciar las otras fases de relación de ayuda.

Informe de Enfermería: Según De Herrera, G y otros (s/a) es el: “Registro que constituyen la forma de comunicación escrita de hechos sucedidos en un lugar y momento determinados..., esto permite mantener informado al personal de salud” (Pág. 46). Un registro importante constituye los informes de enfermería, que son las anotaciones sobre la condición y evolución del paciente y los mismos se tomaran en cuenta para la relación de ayuda. Siendo estos la mejor prueba de la calidad de atención, deben tener un objetivo en base a lo observado y ejecutado, debe ser preciso sin divagación, debe ser claro con buena construcción gramatical y letra, debe ser concreto ni demasiado extenso ni muy corto y debe ser organizado explicando los datos más importantes, para evitar una incorrecta interpretación, lo que puede perjudicar al profesional de enfermería y parecer negligente. Estos reportes se realizan generalmente al finalizar cada turno de trabajo y en el momento que se requiera de acuerdo con la condición del paciente.

2. Fase Introdutoria

Es un encuentro inicial que según Berman, A; Snyder, S; Kozier, B; y Erb, G. (2008) es donde: “El paciente y la enfermera se observan de cerca el uno al otro y forman juicios sobre la conducta del otro” (Pág. 472).

Según Du Gas, B., (2000) es la fase en que: “La enfermera y el paciente comienzan a conocerse y a confiar entre si..., la enfermera toma la iniciativa en la relación que se establece. Es quien debe fijar en tono de la entrevista o serie de encuentros y tomar la dirección” (Pág. 119). Durante esta fase ambas partes se identifican con sus nombres y aclaran sus papeles.

En esta fase Introdutoria el paciente y el profesional de enfermería realizan:

➤ **Apertura de la Relación**

Según Berman, A., y otros (2008): “El paciente y la enfermera se identifican mutuamente por sus nombres. Cuando la enfermera inicia la relación es importante explicar el papel de la enfermera para proporcionar al paciente una idea de lo que puede esperar” (Pág.473).

En este punto el profesional de enfermería se encarga de:

Presentación Personal con el paciente: El profesional de enfermería se identifica ante el paciente con nombre y apellido, y verifica que es el paciente el cual realizó una recogida organizada de los datos del mismo. Se inicia con un saludo, implica darle al paciente un saludo afectuoso, sincero, tratando de establecer una buena relación. El saludo debe ser lo suficiente cortés como para permitir establecer una atmósfera de tranquilidad; cuando el paciente siente que ha sido recibido con un saludo respetuoso, que manifiesta interés, siente confianza y deseos de expresarse.

Establecer Rapport: Es algo más que una actitud inicial, placentera y un medio de lograr que el cliente se sienta cómodo. Es una relación eficaz que permite al paciente, examinarse a sí mismo y a sus problemas, librarse de sus temores y conflictos y lograr una mejor comprensión de sí mismo y de sus relaciones con los demás. Se caracteriza por el agrado, la confianza, la cooperación, la sinceridad y el interés.

Establecer Empatía: Según Du Gas, B., (2000): “Capacidad de reconocer los sentimientos de la otra persona en una situación determinada..., significa tratar de imaginar que uno se encuentra en la situación de la otra persona” (Pág.118). Esto quiere decir, que es la capacidad que tiene el profesional de enfermería para ponerse en el lugar del paciente y considerar las cosas desde el punto de vista del mismo.

➤ **Aclarar el Problema**

La tarea principal del profesional de enfermería es ayudar a aclarar el problema, ya que según Berman, A., y otros (2008) afirman que: “El paciente puede no ver el problema con claridad inicialmente” (Pág.473). Un error de esta etapa es realizar demasiadas preguntas al paciente, hay que centrarse en la prioridad. Para aclarar el problema el profesional de enfermería debe usar técnicas de comunicación terapéutica.

En este punto interviene lo siguiente:

Escucha Atenta: Consiste en oír activamente, utilizando para ello todo los sentidos..., es un proceso dinámico que exige energía y concentración. Consiste en prestar atención a la totalidad del mensaje, tanto verbal como no verbal, y observar si la comunicación es congruente..., transmite una actitud de afecto e interés, lo cual anima al paciente a expresarse.

Utilizar el Silencio: El profesional de enfermería debe aceptar las pausas y silencios que puedan durar varios segundos o minutos sin interponer respuesta verbal alguna.

Proporcionar Indicaciones Generales e Información: El profesional de enfermería debe proporcionar, de una forma sencilla y directa, indicaciones en general e información objetiva y concreta que el paciente pueda o no solicitar. Cuando se desconoce la información, el profesional de enfermería lo comunica e indica quien puede proporcionarla o cuando la conseguirá.

Hacer Propuestas Concretas y Directas: El profesional de enfermería debe realizar declaraciones concretas y directas en vez de generales, y provisionales en lugar de absolutas.

Formular Preguntas Abiertas: Son preguntas que van a permitir que la comunicación surja de una manera abierta y de forma fluida entre el profesional de enfermería y el paciente; tienen como objetivo clarificar la información, ampliarla y profundizarla, para luego ser utilizada; no hay juicio de valores, no hay críticas, ni reclamos, ni verbal, ni gestualmente.

Formular Preguntas Cerradas: Con respeto y tacto, el profesional de enfermería debe formular preguntas directas que conduzcan al paciente a analizar las ideas y los sentimientos; solo hacen referencia al tema a tratar.

Recapitular: El profesional de enfermería escucha activamente el mensaje básico del paciente y a continuación repetir las ideas, los sentimientos o ambos, esto deja ver que el profesional de enfermería ha escuchado y comprendido el mensaje.

Parafrasear: El profesional de enfermería reiterar con palabras parecidas el mensaje que el paciente a dado, esto le ofrece una idea más clara al paciente de lo que ha dicho.

Aclarar: Método que hace más comprensible el significado global del mensaje del paciente. Se utiliza cuando resulta difícil parafrasear o cuando la comunicación divaga o es confusa. Para aclarar el mensaje, el profesional de enfermería puede recapitular el mensaje básico del paciente, o bien confesar su confusión y pedir al paciente que repita el mensaje o que lo exprese con otras palabras. El profesional de enfermería también puede aclarar sus propios mensajes con afirmaciones.

Establecer Alternativas Consensuadas: Son opciones que proporciona el profesional de enfermería con ayuda del paciente las cuales son a su vez de común acuerdo y de forma consiente por ambas partes.

Ofrecer Ayuda: El profesional de enfermería debe proponer la propia presencia, interés o voluntad de comprender al paciente sin exigencias o condiciones que el paciente deba cumplir para recibir la atención por parte del profesional de enfermería.

Centrarse: El profesional de enfermería ayuda al paciente a ampliar y desarrollar un tema de importancia. El centro de atención puede ser una idea o un sentimiento, sin embargo, a la hora de ayudar al paciente a reconocer una emoción oculta en sus palabras, el profesional de enfermería suele hacer hincapié en un sentimiento.

Resumir: Expresar los puntos principales del debate para clarificar los aspectos importantes que se hayan comentado.

Al final de la fase introductoria, los pacientes deben comenzar a:

Según Berman, A; Snyder, S; Kozier, B; y Erb, G. (2008):

- Desarrollar confianza en la enfermera.
- Considerar a la enfermera como una profesional competente capaz de ayudarles.
- Considerar que la enfermera está verdaderamente interesada por su bienestar.
- Creer que la enfermera procurara comprender y respetar sus valores y creencias culturales.
- Creer que la enfermera respetara la confidencialidad del paciente.

- Sentirse cómodos hablando con la enfermera sobre sentimientos y otros temas delicados.
- Comprender el objetivo de la relación y los papeles de ambas partes.
- Sentir que son participantes activos en el desarrollo de un plan de cuidado mutuamente acordado (Pág. 472).

3. Fase de Trabajo

En la fase de trabajo según Berman, A., Snyder, S., Kozier, B y Erb, G. (2008). “La enfermera y el paciente realizan las tareas descritas en la fase introductoria, aumentan la confianza y la relación y desarrollan una relación de cuidado” (Pág. 473). En esta etapa el profesional de enfermería y el paciente participan estableciendo metas satisfactorias para lograrlas. Se establece un contrato que puede ser sencillamente “verbal” entre ambas partes, y hasta puede incluir algún miembro de la familia con el que el paciente se encuentre cómodo.

Durante la fase de trabajo según Du Gas, B., (2000): “La relación enfermera-paciente, la primera tiene un papel de motivación importante, además de sus responsabilidades de llevar a cabo las medidas específicas de los cuidados de enfermería” (Pág. 120) Así como el resto de las fases de la relación de ayuda se desarrollará durante la jornada laboral del profesional de enfermería logrando cumplir las metas pautadas sin dejar de lado sus funciones diarias.

En esta fase de Trabajo el paciente y el profesional de enfermería realizan:

➤ **Exploración y comprensión de los pensamientos y sentimientos**

El profesional de enfermería según Berman, A., y otros (2008): “Ayuda al paciente a explorar pensamientos y sentimientos y adquiere una comprensión del paciente y el paciente explora los pensamientos y sentimientos asociados con problemas, desarrolla la capacidad de escucha y aumenta su percepción de la conducta personal” (Pág. 473).

En este punto intervienen las siguientes capacidades:

Respeto: Según Berman, A., y otros (2008): “La enfermera debe mostrar respeto a la voluntad del paciente, que se manifiesta por estar disponible, voluntad de trabajar con el paciente y una actitud que transmite la idea de considerar con seriedad el punto de vista del paciente” (Pág. 474). El profesional de enfermería debe aclarar al paciente que es libre en la toma de decisiones y que sus opiniones están siendo consideradas como parte de la relación de ayuda, además de mostrar un trato cortés y atento, como por ejemplo respetar el tiempo pautado para las reuniones.

Autenticidad: Según Berman, A., y otros (2008): “Las exposiciones personales pueden ser útiles para consolidar la comunicación entre la enfermera y el paciente” (Pág. 474). El profesional de enfermería puede hacer comentarios sobre situaciones similares vividas, pero se debe ser cuidadoso con no tocar temas que puedan ofender de alguna manera al paciente. Al centrar toda la conversación en vivencias del profesional de enfermería el paciente podría perder el interés.

Concreción: Según Berman, A., y otros (2008): “La enfermera debe ayudar a que el paciente sea concreto y específico, en vez de hablar de generalidades” (Pág. 474). Se debe recordar que se cuenta con un periodo de tiempo limitado, por lo tanto se debe aprovechar al máximo, si se logra que el paciente muestre claramente lo que le preocupa con más premura se encontrará la manera de ayudarlo de la manera más satisfactoria.

Confrontación: Según Berman, A., y otros (2008): “La enfermera señala las discrepancias entre pensamientos, sentimientos y acciones que inhiben la autocomprensión del paciente o la exploración de áreas específicas. Eso se hace con empatía, no de forma acusatoria” (Pág. 474). Se discute de manera clara las ideas sin llegar a ser ofensivo en ningún momento esto puede terminar con la relación de ayuda de manera negativa. La empatía y el respeto mutuo fomentarán un clima de confianza entre el profesional de enfermería y el paciente.

Reconocer y Reflejar Cambios: El profesional de enfermería y el paciente identifican y manifiestan los cambios alcanzados durante la relación de ayuda.

➤ **Facilitación y Actuación**

Según Berman, A., y otros (2008): “En ultimo termino el paciente debe tomar decisiones y actuar para convertirse en más efectivo. La responsabilidad de las acciones corresponde al paciente. La enfermera sin embargo, colabora con esas decisiones, proporciona soporte y puede ofrecer opciones o información” (Pág. 474). El profesional de enfermería es el encargado de guiar al paciente, proveerle información de ser necesario y le

ofrecerá alternativas pero las decisiones finales las debe tomar el paciente asumiendo las consecuencias de las mismas.

En este punto interviene:

Establecer Objetivos: Según Berman, A., y otros (2008): “La enfermera planea programas dentro de las capacidades del paciente y considera los objetivos a largo y a corto plazo” (Pág. 473).

Evaluar Alternativas: Es estudiar cada posible opción a tomar con detenimiento, conociendo cada detalle implicado, para así poder elegir la más adecuada.

Tomar Decisiones: Según Berman, A., y otros (2008): “El paciente necesita aprender y aceptar riesgos (es decir acepta que el resultado puede ser el éxito o el fracaso). La enfermera debe reforzar el éxito y ayuda a que el paciente reconozca los fracasos de forma realista” (Pág. 473).

4. Fase de Cierre

Según Du Gas, B., (2000) esta fase inicia cuando: “La relación enfermera-paciente termina cuando el enfermo es dado de alta, la enfermera lo deja por otros deberes o deja de encargarse de él por cualquier otra razón” (Pág. 120).

Esta separación no debe suponer desaliento para ninguno de los involucrados. Durante esta fase es útil revisar con el paciente los logros obtenidos o el avance hacia las metas preestablecidas.

Según Berman, A., Snyder, S., Kozier, B y Erb, G. (2008). “La fase de terminación de la relación resulta con frecuencia difícil y llena de ambivalencia” (Pág. 474). Si las fases anteriores se desarrollaron con éxito, la terminación generará conductas positivas para ambas partes. Puede ayudar de alguna manera notificar al paciente con anticipación, por ejemplo desde el penúltimo encuentro, cuando será la última sesión, de esta manera el paciente tendrá tiempo de adaptarse a su independencia nuevamente y estará preparado para la despedida.

Hildegard Peplau citada por Cibanal, L. Y Arce, M. (2009) describió también la relación enfermera-paciente entablando una relación de ayuda nombrando la última fase como de resolución: “Las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan nuevas. Éste es un proceso durante el cual el paciente se libera de su identificación con la enfermera” (Pág. 126).

En esta fase de terminación el paciente y el profesional de enfermería realizan:

➤ **Resumen de Logros Obtenidos**

Independientemente de lo que dure la relación, hay una sensación inevitable de pérdida cuando termina. Según Berman, A., Snyder, S., Kozier,

B y Erb, G. (2008): "Se pueden usar muchos métodos para terminar las relaciones. El resumen o la revisión del proceso pueden producir una sensación de logro"(Pág. 474). El profesional de enfermería debe destacar los logros obtenidos por el paciente, aunque parezcan mínimos para el representarán el alcance de grandes metas, de ser necesario establezca nuevos objetivos aclarándole al paciente que estos los cumplirá el solo ya que se encuentra preparado para lograrlo.

Este punto interviene:

Chequear logros obtenidos: El profesional de enfermería revisa con el paciente cuales de las metas preestablecidas se han alcanzado y en cuales se debe seguir trabajando.

Programar seguimiento: El profesional de enfermería de ser necesario se programa nuevos encuentros con el paciente para dar continuidad a las metas aún en curso.

Establecer enlaces con otros profesionales de salud: Du Gas, B., (2000): "En ocasiones es necesario delegar el cuidado del paciente a otro profesional de la salud. Ante esta situación siempre es útil en la medida de lo posible presentar al paciente con su próximo cuidador, esto disminuirá la sensación de incertidumbre del paciente ante lo desconocido" (Pág.141).

Establecer enlaces con grupos de apoyo: Musito, G., Herrero J., Cantera, L., y Montenegro, M. (2004) define grupos de apoyo como:

“Sistemas informales de ayuda. Sin embargo existen al menos cinco condiciones esenciales que permiten diferenciar entre estos grupos y los sistemas de ayuda más naturales (familia, amigos, etc.): todos sus miembros comparten un problema en común, el estatus de los miembros es de igual a igual, los miembros reciben y proporcionan apoyo, son intencionales y sus actividades son guiadas hacia un objetivo definido y su funcionamiento es autónomo” (Pág. 220).

Durante la fase de cierre o resolución de la relación de ayuda, el paciente puede llegar a manifestar ciertas actitudes ante la inminente separación del profesional de enfermería con el cual estrecho un lazo. Esta actitud puede ser positiva o negativa y el profesional de enfermería debe estar preparado ante cualquiera de ellas para poder darle una respuesta óptima y que la relación no termine de forma indeseada.

Según Gordon Allport (1935) citado por Hogg, M. y Vaughan, G. (2010) actitud es “un estado mental y nervioso de preparación, organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetivos y situaciones con las que esta relacionada” (Pág. 148).

Thurstone (1929) citado por Ibáñez, T., Botella, M., Domenech, M., Feliu, J., y otros, definió actitudes como “la suma de las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, sesgos, ideas preconcebidas, miedos, amenazas y convicciones sobre un determinado asunto” (Pág. 189).

Petty y Cacioppo (1981) citado por citado por Ibáñez, T., Botella, M., Domenech, M., Feliu, J., y otros se refirieron a la actitud como un “Sentimiento general, permanente positivo o negativo, hacia alguna persona,

objeto o problema” (Pág. 192). Se puede decir que la actitud es una respuesta emocional y mental ante las circunstancias y que esta puede ser positiva o negativa.

➤ Posibles Actitudes Positivas.

En este punto interviene:

Agradecimiento: El paciente puede manifestar su gratitud por la ayuda prestada por el profesional de enfermería.

Aprecio: Se puede llegar a establecer un lazo tan estrecho entre el profesional de enfermería y el paciente que es normal sientan aprecio el uno por el otro.

Duelo e interiorización: Según Cosacov, E. (2007): “Termino principalmente utilizado por el psicoanálisis y que alude al proceso que transcurre entre la constatación de una pérdida (fallecimiento de personas cercanas, quebranto de la salud, incapacidades, separaciones, etc.) y la aceptación resignada de los mismos” (Pág. 101).

Autonomía: Es la capacidad del paciente de tomar decisiones propias sin intervenciones de otra persona.

Responsabilidad: Es la aptitud de asumir el compromiso u obligación por algo, por ejemplo por las decisiones tomadas o las acciones realizadas.

Independencia Afectiva: Capacidad del paciente de realizar sus actividades diarias sin depender de la aprobación o dependencia de otra persona.

➤ **Descripción de posibles Actitudes Negativas.**

En este punto interviene:

Negación: Es un mecanismo de defensa relativamente simple, que Por ejemplo negarse a aceptar un diagnóstico.

Agresividad: Según Fernández-Abascal (1997) es una: “Disposición conductual que se manifiesta en acciones de confrontación que provoca daño a otras personas. Se evidencian diferencias individuales en la forma de comportarse que dependen de variables como el consumo de alcohol, sustancias tóxicas, características de personalidad o trastornos psicopatológicos” (Pág. 265).

Hostilidad: Según Fernández-Abascal (1997) es: “Más que una emoción es una predisposición cognitiva negativa o de resentimiento hacia otras personas o situaciones que se perciben como amenazantes” (Pág. 265).

Aislamiento: Según Doron, R y Parot, F. (2008): "Consiste en separar un pensamiento o una acción de su contexto y del resto de la existencia del sujeto" (Pág. 29).

Regresión: Es el mecanismo que ante las dificultades para afrontar una amenaza del entorno el sujeto experimenta y responde con conductas infantiles o primitivas. Por ejemplo un adulto ante una dificultad responde con una rabieta.

Dependencia Emocional: Según Villar, F. (2009) "Necesidad que podemos tener de la presencia o apoyo de ciertas personas para conservar nuestro bienestar psicológico" (Pág. 18).

Obesidad

La obesidad se define como un aumento del peso corporal debido a su exceso de grasa que hace peligrar seriamente la salud. Es por lo tanto, una enfermedad metabólica multifactorial, influido por elementos sociales, fisiológicos, metabólicos y genéticos. Ahora bien, la obesidad es una enfermedad crónica con repercusiones negativas para la salud y existe una asociación clara y directa entre el grado de obesidad y la morbimortalidad.

Aparte del problema que de por sí representa la obesidad, sus efectos más negativos se producen porque actúa agravando a corto plazo y de forma muy evidente patologías.

La obesidad comienza con un sobrepeso moderado que, bien por falta de atención o por tratamientos inadecuados, evoluciona progresivamente hacia una acumulación de grasa cada vez mayor. Si este proceso no se detiene, la persona puede llegar a la situación que se denomina obesidad mórbida.

Clasificación de sobrepeso y obesidad según IMC

	IMC kg/m ²	Clase de Obesidad
Bajo Peso	<18.5	
Normopeso	17,5 – 2,9	
Sobrepeso	25 -29.9	
Obesidad	30-34,9	I
Obesidad	35-39,9	II
Obesidad extrema	>40	III

Fuente: Moreno, B., Álvarez, J. Y Moreno, S. (2000). (Pág. 474).

Otra clasificación de la obesidad según Ayela, M. (2009) es:

- **Hiperplástica:** Se caracteriza por al aumento del número de las células adiposas.
- **Hipertrófica:** Aumento del volumen de los adipocitos.

- **Primaria:** En función de los aspectos etiológicos la obesidad primaria representa un desequilibrio entre la ingestión de alimentos y el gasto energético.
- **Secundaria:** En función de los aspectos etiológicos la obesidad secundaria se deriva como consecuencia de determinadas enfermedades que provocan un aumento de la grasa corporal (Pág. 13).

Obesidad mórbida y manifestaciones clínicas

La obesidad mórbida hace referencia a pacientes que están desde un 50 a 100% ó 45 kg por encima de su peso corporal ideal. Por otro lado, un valor mayor a 39 en el índice de masa corporal se puede utilizar para diagnosticar este tipo de obesidad.

La obesidad mórbida es una de las enfermedades más características en la actualidad, sobre todo por el número de complicaciones que tiene asociadas. Para tratarla es necesario como último recurso el empleo de la cirugía, ya que las dietas no surten ningún tipo de efecto. En este caso se denomina cirugía bariátrica.

En este estudio, se define como manifestaciones clínicas a todos los signos y síntomas presentes en una persona con obesidad mórbida que pueden afectar el ritmo de vida y conllevar a la muerte, a esto se encuentra ligado el Síndrome Metabólico o Síndrome "X".

Las manifestaciones clínicas son: hipertensión arterial, trombosis venosa profunda, diabetes mellitus no insulino dependiente, hipercolesterolemia, dislipidemias, síndrome de hipoventilación, apnea obstructiva del sueño, somnolencia excesiva.

Consecuencias de la Obesidad Mórbida

La obesidad mórbida tal como lo describe Ayela, M. (2009): “Tiene grave consecuencias para la salud. Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas, tales como:

- Enfermedades cardiovasculares: (cardiopatías y accidente vasculares cerebrales) que ya constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo, con 17 millones de muerte anuales.
- Diabetes, que se ha transformado rápidamente en una epidemia mundial (OMS calcula que las muertes por diabetes aumentarán en todo el mundo en más de un 50% en los próximos 10 años).
- Enfermedades del aparato locomotor, y en particular la artrosis.
- Algunos cánceres, como los de endometrio, mama y colon. (Pág. 10).

Las personas que padecen obesidad mórbida, por la disfunción resultante de su exceso de peso, pueden verse limitadas en sus roles familiares y ser objeto de discriminación o de estigma social. Esta enfermedad lleva a quienes la padecen a vivir una especie de encierro en su propio cuerpo, pues mientras más kilos acumulan, menos pueden desplazarse, respirar, y hacer una vida normal.

Tratamientos para la Obesidad Mórbida

Si bien se considera que las piezas claves para lograr una pérdida de peso efectiva deben ser la dieta, el ejercicio y cambios de hábitos, se establecen unos criterios en los que se puede utilizar el tratamiento farmacológico.

Según Moreno, B., Álvarez, J. Y Moreno, S. (2000): “El tratamiento con drogas puede ser apropiado como coadyuvante si tienes patologías asociadas presentes, tales como: diabetes mellitus tipo 2, síndrome de apnea de sueño, dislipidemias, hipertensión arterial o cardiopatía isquémica“(Pág. 477).

Baltasar, A. (2001) indica que: “No hay ningún estudio publicado que demuestre que los tratamientos dietéticos, psicológicos o con medicamentos hayan sido efectivos a los cinco años. Las dietas y las nuevas medicinas son muy útiles en pacientes que no tiene sobrepeso tan elevado” (Pág. 47).

El tratamiento médico insatisfactorio y los malos resultados de las dietas producen una pérdida de autoestima en el sujeto. A los pacientes con un IMC de 40 o mayor ó que presentan enfermedades asociadas se les debe presentar la opción la cirugía bariátrica.

Cirugía Bariátrica

La describieron Aguilar, J., De Andrés, J., De León, O., Gómez, A. y Montero, A. (2001) como aquella cirugía que: “Pretende restringir la capacidad de ingesta o bien reducir la absorción de determinados alimentos” (Pág.1798).

Las cirugías más frecuentemente realizadas según Baltasar, A. (2001) son:

- La derivación gástrica: bypass gástrico.
- La derivación bilio-pancreática.
- El cruce duodenal.
- La gastroplastía vertical anillada más derivación gástrica.

Se describe con énfasis el bypass gástrico ya que los pacientes hospitalizados en las unidades clínicas del Hospital Universitario de Caracas en las cuales laboran los profesionales de enfermería objeto de estudio en esta investigación son posibles candidatos para ser sometidos a un Bypass Gástrico.

El bypass gástrico es quizás la principal cirugía para bajar de peso, que consisten en hacer cambios en el sistema digestivo para ayudar a bajar de peso mediante la limitación de la cantidad que se puede comer, reduciendo la absorción de nutrientes, o ambas cosas.

Cirugía malabsortiva: la define Baltasar, A. (2001) como aquella que: “Acorta el intestino delgado e impide la absorción de los alimentos. Son las derivaciones o bypass intestinales” (Pág. 69).

Razones para hacer un Bypass Gástrico

El bypass gástrico se hace para ayudar a perder el exceso de peso y reducir potencialmente riesgos que amenacen la vida por problemas de salud relacionados con el peso, incluyendo:

1. Enfermedad por reflujo gastroesofágico
2. Enfermedad del corazón
3. Hipertensión
4. Apnea del sueño severa
5. La diabetes tipo 2

Riesgos del Bypass Gástrico

Al igual que con cualquier cirugía mayor, el bypass gástrico presenta riesgos potenciales para la salud, tanto a corto plazo como a largo plazo. Los riesgos asociados con el procedimiento quirúrgico pueden incluir:

1. Sangrado excesivo
2. Infección
3. Las reacciones adversas a la anestesia
4. Los coágulos de sangre
5. Problemas pulmonares o respiratorios
6. Las fugas en el sistema gastrointestinal
7. Muerte

Los riesgos a largo plazo y complicaciones de la cirugía de bypass gástrico para la pérdida de peso varían dependiendo del tipo de cirugía. Estos pueden incluir:

1. Obstrucción intestinal
2. Síndrome de Dumping: diarrea, náuseas o vómitos
3. Cálculos biliares
4. Hernias
5. Azúcar bajo en la sangre (hipoglucemia)

6. Desnutrición
7. La perforación uterina
8. Úlceras
9. Vómitos
10. Muerte

El bypass gástrico no siempre funciona tan bien como se podría haber esperado. Por un lado durante o después del procedimiento podrían ocurrir complicaciones. Si un procedimiento de pérdida de peso no funciona o deja de funcionar bien, se pueden desarrollar problemas de salud graves. Es importante asistir a todas las revisiones de seguimiento después de la cirugía para bajar de peso. Si se nota que no está perdiendo peso u otro tipo de complicaciones, se debe consultar al médico inmediatamente.

También cabe la posibilidad de no perder suficiente peso después de la cirugía, incluso si el propio procedimiento funciona correctamente. Este aumento de peso puede suceder si no se siguen los cambios de estilo de vida recomendados. Para ayudar a evitar la recuperación del peso, se deben hacer cambios permanentes y saludables en la dieta y hacer actividad física regular. Si con frecuencia se comen alimentos con alto contenido calórico, por ejemplo, es posible que la pérdida de peso no se consiga.

En Venezuela

Con la finalidad de generar respuestas ante el aumento de los índices de sobrepeso y obesidad en la población venezolana, el Instituto Nacional de Nutrición (INN) retomó durante el 2008 una de sus especialidades: la investigación de los problemas relacionados con la nutrición y la alimentación en el país.

Un equipo multidisciplinario de técnicos y especialistas de la Dirección de basados en las alarmantes cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) que registran aproximadamente 1.600 millones de adultos con sobrepeso Investigaciones Nutricionales se propuso realizar para el período 2008-2009 el primer Estudio Nacional de Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad y Factores Exógenos Condicionantes en la población de 7 a 40 años de edad.

Ahora bien, el debate sobre obesidad ha tomado fuerza en los últimos años en los distintos escenarios sociales a escala internacional. De hecho, algunos especialistas se atreven a hablar de la enfermedad bajo el término de “globesidad”, y, al menos, 400 millones de adultos obesos; y estiman que para el año 2015, habrá alrededor de 2.300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.

Los kilos de más hace rato que dejaron de ser un asunto de pocos para convertirse en un problema de salud pública en Venezuela, pues un 30,7% de la población padece de obesidad, cifra que, de acuerdo con el informe Estadísticas Sanitarias Mundiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), coloca a Venezuela en el primer lugar con esta enfermedad en Suramérica.

El estudio Perfil Nutricional en Venezuela establece que ha existido una malformación en la rutina alimentaria y de vida que ha hecho que la cultura tomara características occidentales donde las hamburguesas y las frituras forman parte de la dieta diaria. A esto se suma un mayor sedentarismo.

Entre las medidas que ha tomado el Gobierno venezolano figuran los “Nutripuntos” que son espacios abiertos, donde un grupo de especialistas realizan una evaluación de los miembros de la comunidad para hacer un

diagnóstico nutricional. También se estableció la difusión del trompo de los alimentos que combina una dieta balanceada, junto al agua y a la actividad física.

Hospital Universitario de Caracas

Su creación se remonta al año 1943, cuando el Presidente de la República General Eleazar López Contreras, consideró urgente la construcción de un hospital de envergadura; ya que el Hospital Vargas con 52 años de actividades era insuficiente para atender las necesidades médico - asistenciales de la población.

Concluida la construcción en 1954, le correspondió al artista plástico Mateo Manaure, la tarea de vestir de colores el imponente edificio con una obra de arte, “La Policromía”; la cual diluyó la masa del Hospital y lo integró al esquema arquitectónico moderno de la Ciudad Universitaria de Caracas.

El 14 de mayo de 1956, fue inaugurado con la presencia del Presidente de la República y diversas personalidades invitadas y las instalaciones fueron bendecidas por el Arzobispo de Caracas, Mons. Lucas Guillermo Castillo, acompañado por su Coadjutor Mons. Rafael Arias Blanco.

Desde su fundación, ha sido pionero en la formación y capacitación de nuevas generaciones en el área de la medicina, tanto de pre y postgrado; así como de otras profesiones afines, cumpliendo con el propósito fundamental de obtener una elevada eficiencia asistencial, docente y de investigación; siendo catalogado como obra invaluable de referencia médico-asistencial y paradigma nacional e internacional

El Hospital Universitario de Caracas brinda atención integral al paciente obeso. La Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica (UNIBAROS), adscrita al Hospital Universitario de Caracas, brinda charlas informativas dirigida a las personas que sufren de obesidad ofreciendo además la colocación de bypass y mangas gástricas, sin costo alguno.

Bases Legales

A continuación se presentan una serie de artículos relacionados al marco legal de la salud basándose en el rol que debe desempeñar un profesional del área.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela

CAPÍTULO V De los derechos sociales y de la familia

Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la república.

Artículo 84: Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regidos por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las

enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Ley orgánica de salud

CAPITULO III. De la Atención Médica

Artículo 28: La atención integral de la salud de personas, familias y comunidades, comprende actividades de prevención, promoción, restitución y rehabilitación que serán prestadas en establecimientos que cuenten con los servicios de atención correspondientes.

Artículo 31: El tercer nivel de atención cumple actividades de diagnósticos y tratamientos en pacientes que requieren atención especializada con o sin hospitalización en aquellos casos referidos por los servicios de atención del primero y segundo nivel.

TITULO VI. Del Personal en Ciencias de la Salud

CAPITULO I. Régimen Común del Personal en Ciencias de la Salud

Artículo 58: El ejercicio de las ciencias de la salud estará a cargo de personas de reconocida moralidad, idoneidad comprobada y provista del título profesional correspondiente en dicha ciencia.

Ley Del Ejercicio Profesional De La Enfermería

CAPÍTULO I. Disposiciones Generales

Artículo 2: A los efectos de esta Ley, se entiende por ejercicio de la enfermería:

1. El cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, tomando en cuenta la promoción de la salud y calidad de vida, la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre. El objeto de la enfermería es mantener al máximo, el bienestar, físico, mental, social y espiritual del ser humano.

Artículo 3: El enfermero o enfermera es un profesional egresado de una universidad, instituto o colegio universitario venezolano, de acuerdo con las leyes especiales sobre la materia, con conocimientos, habilidades y destrezas que se ocupan del cuidado de las personas, familias y comunidades durante todas las fases del proceso de crecimiento y desarrollo, en la salud y en la enfermedad, durante la discapacidad, la rehabilitación y, hasta en la muerte, así como la gestión del cuidado y servicio.

Código Deontológico de Enfermería en Venezuela

Capítulo II

Artículo 6: En ejercicio de sus funciones las enfermera/os están obligadas a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta.

Artículo 10: Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión, como cuando ésta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.

Sistema de Variable

Variable: Relación de ayuda que establece el profesional de enfermería en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas en el primer semestre del 2015.

Definición Conceptual: Según Berman, A; Snyder, S; Kozier, B; y Erb, G (2008): “El proceso de relación de ayuda se describe en cuatro fases secuenciales, cada una de ellas caracterizada por tareas y capacidades identificables..., la enfermera podrá identificar el proceso de una relación si comprende esas cuatro fases: fase de preinteracción, fase introductoria, fase de trabajo y fase de cierre” (Pág.472).

Definición operacional: Se refiere al intercambio personal y humano que tiene lugar entre el profesional de enfermería y los pacientes con obesidad mórbida a través de cuatro fases: preinteracción, introductoria, trabajo y cierre, con el fin de proporcionar relación de ayuda.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable: Relación de ayuda que establece el profesional de enfermería en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas en el primer semestre del 2015.

Definición Operacional: Se refiere al intercambio personal y humano que tiene lugar entre el profesional de enfermería y los pacientes con obesidad mórbida a través de cuatro fases: preinteracción, introductoria, trabajo y cierre, con el fin de proporcionar relación de ayuda.

Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores	Ítems
<p>1. Fase de Preinteracción de la Relación de Ayuda: Es la fase antes o previa de presentarse al paciente con obesidad mórbida, en donde el profesional de enfermería realiza una recogida de datos.</p>	<p>Recogida Organizada de los Datos del Paciente: Se refiere a la recolecta de datos que realiza el profesional de enfermería al paciente con obesidad mórbida, antes de la presentación de ambos; estos datos se encuentran en la historia clínica e informe de enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica. • Informe de Enfermería. 	<p>1,2 3,4</p>

<p>2. Fase Introdutoria de la Relación de Ayuda: Es donde el profesional de enfermería se presenta al paciente con obesidad mórbida y se identifican, por lo cual ambos realizan una apertura de la relación y empiezan a delimitar el problema.</p>	<p>Apertura de la Relación: Es el primer contacto que hay entre el profesional de enfermería y el paciente con obesidad mórbida, y es donde inicia la relación entre ambos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación personal con el paciente. 5 • Establecer rapport. 6 • Establecer empatía. 7
	<p>Aclarar el Problema: Es cuando inicia la interacción verbal entre el profesional de enfermería y el paciente con obesidad mórbida, en donde el profesional de enfermería usa técnicas de comunicación terapéutica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escucha activa. 8 • Utilizar el silencio. 9 • Proporcionar indicaciones generales e información. 10 • Hacer propuestas concretas y directas. 11 • Formular preguntas abiertas. 12 • Formular preguntas cerradas. 13 • Recapitular. 14 • Parafrasear. 15 • Aclarar. 16 • Establecer alternativas 17

		<p>consensuadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer Ayuda. • Centrarse. • Resumir. 	<p>18</p> <p>19</p> <p>20</p>
<p>3. Fase de Trabajo de la Relación de la Ayuda: El profesional de enfermería y el paciente con obesidad mórbida participan estableciendo metas satisfactorias para lograrlas, ambos realizan tanto una exploración y comprensión de los pensamientos y sentimientos como una facilitación y actuación.</p>	<p>Exploración y comprensión de los pensamientos y sentimientos: El paciente con obesidad mórbida los asocia con sus problemas y el profesional de enfermería adquiere una comprensión del mismo.</p> <p>Facilitación y Actuación: El profesional de enfermería guía al paciente con obesidad mórbida para establecer objetivos, evaluar alternativas y finalmente tomar decisiones consensuadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto. • Autenticidad. • Concreción. • Confrontación. • Reconocer y reflejar cambios <ul style="list-style-type: none"> • Establecer objetivos. • Evaluar alternativas. • Tomar decisiones. 	<p>21</p> <p>22</p> <p>23</p> <p>24</p> <p>25</p> <p>26</p> <p>27</p> <p>28</p>

<p>4. Fase de Cierre de la Relación de ayuda: Implica la finalización de un ciclo de trabajo con inicio, desarrollo y fin, que posibilita la satisfacción de las metas establecidas entre el profesional de enfermería y el paciente con obesidad mórbida, en donde ambos realizan un resumen de logros obtenidos.</p>	<p>Resumen de Logros Obtenidos: El profesional de enfermería y el paciente con obesidad mórbida revisan el progreso realizado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chequear logros obtenidos. 29 • Programar seguimiento. 30 • Establecer enlaces con otros profesionales de salud. 31 • Establecer enlaces con grupos de apoyo. 32
	<p>Posibles Actitudes Positivas en el paciente: Son las conductas favorables que puede manifestar el paciente con obesidad mórbida al concluir la relación de ayuda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecimiento. 33 • Aprecio. 34 • Duelo e interiorización. 35 • Autonomía. 36 • Responsabilidad. 37 • Independencia afectiva. 38
	<p>Descripción de Posibles Actitudes Negativas en el paciente: Son las eventuales conductas desfavorables que puede llegar a desarrollar el paciente con obesidad mórbida al concluir la relación de ayuda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Negación. 39 • Agresividad. 40 • Hostilidad. 41 • Aislamiento. 42 • Regresión. 43 • Dependencia emocional. 44

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Autenticidad: Ser real y autentico, transparencia emocional y de conducta.

Actitud: Forma de actuar de una persona.

Empatía: Capacidad de reconocer los sentimientos de la otra persona en una situación determinada.

Grasa Corporal: Se denomina al tejido corporal compuesto por adipocitos, células especializadas en acumular lípidos. El tejido adiposo sirve de reserva energética, de protección de órganos internos y para mantener la temperatura corporal.

Índice de Masa Corporal (IMC): Es el parámetro utilizado internacionalmente para diagnosticar el estado nutricional, se calcula tomando el peso de un adulto en kilogramos dividido por la altura en metros al cuadrado ($IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura (m}^2\text{)}$).

Morbilidad: Número de sujetos que padecen una enfermedad en una población y un tiempo dado.

Mortalidad: Se refiere en parte a la calidad de mortal; es decir, de lo que ha de morir o está sujeto a la muerte, todo lo contrario a la vida.

Obesidad: Aumento del peso corporal debido a su exceso de grasa que hace peligrar seriamente la salud.

Pandemia: Epidemia que se extiende por un área geográfica extensa o que afecta a casi todos los individuos de una comunidad.

Rapport: Es una relación eficaz que permite al paciente, examinarse a sí mismo y a sus problemas, librarse de sus temores y conflictos y lograr una mejor comprensión de sí mismo y de sus relaciones con los demás.

Relación de ayuda: Es un recurso complementario que el ayudante pone al alcance del paciente de manera que pueda así encontrar una solución al problema que le atañe.

Silencio terapéutico: aceptar las pausas y silencios que puedan durar varios segundos o minutos sin interponer respuesta verbal alguna.

Sobrepeso: Peso corporal que sobrepasa como mínimo el 10% el peso teórico normal.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Una vez, ya desarrollada la teoría del problema, se establecerá el tipo de información a indagar y los datos a recopilar, en conjunto a métodos y técnicas necesarias para obtener la información. Es por ello que el fin del marco metodológico según Balestrini, M (2002): “Es situar, en el lenguaje de investigación, los métodos e instrumentos que se emplearan en la investigación planteada... de esta manera se proporcionara al lector una información detallada acerca de cómo se realizara la investigación” (Pág. 126).

La metodología de la investigación incluye el tipo de la Investigación, diseño de la investigación, población y muestra la cual es la totalidad y parte representativa del fenómeno, técnica e Instrumento para la recolección de datos, validez, confiabilidad, técnica de análisis de datos y procedimiento para la recolección de datos.

Diseño de la Investigación

El diseño de una investigación tal como lo describe Hurtado, J (2000): “Conjunto de decisiones estratégicas que toma el investigador, relacionadas con el donde, el cuándo, el como recoge los datos y el tipo de datos a recolectar, para garantizar la validez interna de su investigación” (Pág. 694). Para identificar el diseño de la investigación ya se han precisado los objetivos y por ende el tipo de resultado a alcanzar, y a su vez las

investigadoras ya han identificado el donde, el cuándo, el cómo recoger los datos y el tipo de datos a recolectar.

Siguiendo el orden de ideas, el diseño de esta investigación es no experimental, univariable, de campo y transeccional.

Es no experimental, ya que no se hace variar la variable, se determinara el fenómeno tal y como se da en su contexto natural. De acuerdo a Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P (2006): “Se realiza sin la manipulación deliberada de la variable y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (Pág. 205). En este caso el fenómeno a estudiar en su ambiente natural para después analizarlo es la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería en pacientes con obesidad mórbida.

Es univariable, porque lo define Hurtado, J., (2000) como: “La recolección de datos está focalizada en un único evento, ya sea para describirlo, compáralo, analizarlo, explicarlo” (Pág.695). El único evento que se planteó estudiar es la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería en pacientes con obesidad mórbida, identificando así la variable considerando que es un evento descriptivo.

Es de campo, ya que Hurtado, J., (2000). (op. Cit.), lo define como: “Aquel donde el investigador obtiene la información relacionada con su estudio a partir de fuentes vivas o materiales, en su contexto natural o habitad” (Pág. 694). La información que se obtuvo es porque las investigadoras se trasladaron al sitio del fenómeno para tomar los datos de la muestra, que en este caso es el Hospital Universitario de Caracas en las unidades clínicas de cirugía II y IV.

Es transeccional, ya que para Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P (2006): “Recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único..., es como tomar una fotografía de algo que sucede” (Pág. 208). Las

investigadoras recopilaron los datos a través de los profesionales de enfermería en el primer semestre del 2015, eso quiere decir que se realizó en un momento único.

Tipo de la Investigación

De acuerdo al problema y a los objetivos ya delimitados, la investigación es de tipo descriptivo. Según Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P (2006): “Busca especificar propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos..., es decir, mide, evalúa o recolecta datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes de fenómenos a investigar” (Pág. 102).

En este sentido, consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos, esto es detallar como son y cómo se manifiesta; valga la redundancia se describe lo que se investiga y por ende se recoge información de un grupo o población. De esta manera se busca determinar la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas en el primer semestre del 2015.

Población

La población es definida por Arias, F. (2006) como: “Es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes..., esta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio” (Pág. 81).

En el proyecto de investigación, la población estudiada está representada por la totalidad de profesionales de enfermería de la unidad clínica Cirugía II, divididos por turnos de trabajo de seis y doce horas respectivamente, 10 pertenecen al turno de 7am a 1pm, 9 al turno 1pm a 7 pm, 8 a la noche A y

9 a la noche B, y los de la unidad clínica cirugía IV, desglosados por turnos de trabajo de seis y doce horas respectivamente, 10 pertenecen al turno de 7am a 1pm, 10 al turno 1pm a 7 pm, 9 a la noche A y 9 a la noche B.

La sumatoria de los tres turnos de trabajo de ambas unidades clínicas que hacen un total de 74 profesionales de enfermería de atención directa que son el 100% de la población. Esto quiere decir que la población es finita, ya que en estas unidades es donde se manejan pacientes con obesidad mórbida y por ende, los elementos ya son identificables por las investigadoras.

Muestra

La muestra consiste en la escogencia de una parte representativa de una población, cuyas características son similares. Para la recolección de la muestra, no se utilizó muestreo, ya que la cantidad poblacional es finita y reducida. La muestra la define Arias, F. (2006) (op. Cit.), como: "Subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible" (Pág. 83). En consecuencia, la muestra en estudio, está conformada por 10 profesionales de enfermería de atención directa de la unidad clínica Cirugía II y 10 más de la unidad clínica Cirugía IV del Hospital Universitario de Caracas, que laboran en el turno 7am / 1pm. En donde solo hay un profesional del sexo masculino y 19 del sexo femenino; 8 licenciadas en enfermería y 12 técnicos superiores en enfermería.

Técnica e Instrumento para la Recolección de Datos

Al referirse a técnica e instrumento para la recolección de Datos Balestrini, M., (2002) refiere que: "Contienen principios sistemáticos y normas de carácter práctico, muy rigurosas e indispensables para ser aplicados a los

materiales bibliográficos que se consultaran a través de todo el proceso de la investigación” (Pág. 152). La técnica consiste en el método empleado para obtener la información del fenómeno y el instrumento, es una herramienta específica o material estructurado para recopilar los datos.

Para la técnica e instrumento utilizado en la investigación son los siguientes:

La técnica utilizada es la observación no participante, Hurtado, J., (2000) la define como: “El observador permanece fuera de la situación a estudiar. No participa en él ni lo modifica, e intenta distinguir su propio marco de referencia de la perspectiva de los investigados” (Pág. 834). Esta se realizó en tres (03) oportunidades por cada profesional de enfermería, siendo un total de sesenta (60) oportunidades, tomadas en diferentes tiempos; las investigadoras no formaron parte del fenómeno estudiado, y por ende no se modifica la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería en pacientes con obesidad mórbida.

Es este sentido el instrumento para medir la variable, es una Guía de Observación en donde Tamayo y Tamayo, M. (2001) la definen como: “Instrumentos que nos permiten ordenar y clasificar los datos consultados y recogidos, incluyendo nuestras observaciones y críticas” (pág. 212). Esta guía consta de un total de 44 ítems y la cual es una adaptación de la original formulada por Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., y Erb, G. (2008).

Validez

Validez para Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P (2006) es el: “Grado en el que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir” (Pág.278). La validez debe alcanzarse en cada instrumento de

medición y por ende en cada investigación que se realiza, se debe medir precisamente lo que se quiere saber.

Según Hurtado, J. (2000) La validez del instrumento se refiere: “Al grado en que un instrumento realmente mide lo que pretende medir, mide lo que el investigador quiere medir y se mide sólo lo que quiere medir” (Pág.414). La validez de la guía de observación está establecida mediante la técnica de juicios de expertos, sometido al instrumento, previo a su aplicación, al juicio de tres (03) expertos, a saber: uno (01) la metodología, uno (01) en diseño y uno (01) en contenido técnico, quienes previa comparación con los objetivos de la investigación y la operacionalización de la variable, consideraron que los mismos eran válidos para ser aplicados a la muestra objeto de estudio, dejando en evidencia de ello mediante la emisión de Certificado de Validez.

Confiabilidad

Según Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P (2006) es el: “Grado en el que un instrumento produce resultados consistentes y coherente” (Pág. 277). Para efectuar el cálculo de la confiabilidad de la guía de observación existen infinidad de fórmulas que generan coeficientes de confiabilidad. Estos coeficientes pueden oscilar entre cero “0” y uno “1”, siendo cero “0” una confiabilidad nula y uno “1” una confiabilidad máxima, mientras más se acerca al valor a cero más factible es el error en la medición.

A fin de calcular el coeficiente de confiabilidad se aplicó la guía de observación a diez “10” profesionales de enfermería con características similares al de la muestra seleccionada; estos diez profesionales utilizados para la prueba piloto fueron seleccionados de la Clínica Sanatrix lugares de trabajo de las investigadoras; utilizando para ello la confiabilidad entre observadores o el grado de acuerdo en interobservadores, cuya fórmula es:

$$A_o = \frac{I_a}{I_a + I_d}$$

Donde:

A_o = Confiabilidad entre observadores o el grado de acuerdo en interobservadores.

I_a = Es el número total de acuerdo entre observadores.

I_d = Es el número total de desacuerdo entre observadores.

Los resultados se interpretaron de acuerdo a la siguiente escala de relación:

ESCALA	CATEGORÍA
0-0,20	Muy Baja
0,21-0,40	Baja
0,41-0,60	Moderada
0,61-0,80	Alta
0,81-1	Muy Alta

Fuente: Pérez, G. (1998).

Donde se sustituye: $A_o = \frac{380}{380 + 60} = 0.86$ el instrumento es confiable.

Comparando el valor obtenido de 0,86 con los reflejados en la escala presentada por Pérez Galán (1998), refleja una confiabilidad "Muy Alta".

Técnica de Análisis de Datos

Una vez recolectada la información se elaboró una matriz de doble entrada para resumir los datos, utilizando el programa computarizado Word

2013. Se procedió al análisis de datos, aplicando estadística descriptiva, utilizando para ello la tabulación de datos en frecuencias absolutas y relativas porcentuales; se elaboraron cuadros estadísticos para la presentación de los resultados, así como gráficos tipo histograma para la sustentación de la información precisada.

El análisis cuantitativo se realizó mediante la técnica de la estadística descriptiva que según Hernández, R., y otros (2006) es: “Describir los datos, los valores o las puntuaciones obtenidas para cada variable” (Pág. 419).

La distribución de frecuencia y el porcentaje según Hernández, R., y otros (2006): “La distribución de frecuencia es un conjunto de puntuaciones ordenadas es sus respectivas categorías..., y puede complementarse agregando los porcentajes de casos en cada categoría” (Pág. 419).

En este sentido, estas técnicas, por ser procesos que se complementan, permiten percibir la realidad del estudio a través de la clasificación y organización de la información.

Procedimiento para la Recolección de Datos

1. Se solicitó autorización a las autoridades del Hospital Universitario de Caracas para iniciar esta investigación.
2. Se Informó a las coordinadoras de enfermería de las unidades clínicas Cirugía II y Cirugía IV de la presencia de las investigadoras en las respectivas unidades ya nombradas y se les explicó el fin de esta investigación.
3. Se realizó la presentación con los profesionales de enfermería de las la unidades clínicas Cirugía II y Cirugía IV.

4. Se realizaron visitas previas a las unidades clínicas Cirugía II y Cirugía IV a fin de observar si los profesionales de enfermería contaban con las características requeridas para la investigación.
5. Se procedió a la construcción del instrumento, el cual es una guía de observación, con preguntas de respuestas con proposiciones que hacen un total de 44 ítems, se tomó en cuenta la operacionalización de la variable y por ende los sub-indicadores para cada ítem.
6. Posterior a esto para poder aplicar el instrumento, se requirió la validación del mismo, la cual fue a través del juicio de tres (03) expertos, todos profesores que laboran en la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela, y los mismos emitieron un certificado de validez.
7. Para medir la confiabilidad de la guía de observación, se realizó una prueba piloto a través de la observación no participante con 10 profesionales de enfermería, los mismos poseían características similares a la muestra seleccionada y se utilizó para ello la confiabilidad entre observadores o el grado de acuerdo en interobservadores, se aplicó la fórmula con los datos obtenidos de los 10 profesionales de enfermería y arrojó un resultado de 0,86 indicando que la guía de observación es confiable para aplicarla a la muestra seleccionada por las investigadoras.
8. Se prosigió a realizar un cronograma para determinar que días se haría acto de presencia a las unidades clínicas para aplicar el instrumento.
9. A continuación se aplicó el instrumento aprobado, se realizaron tres (03) observaciones no participantes a 10 profesionales de cirugía II y 10 profesionales de cirugía IV en un lapso de tres (03) semanas.

- 10.** Finalmente, se procedió a la tabulación de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento.
- 11.** Para concluir, se procedió a realizar el respectivo análisis de los datos resultantes de esta investigación, para construir el informe final del estudio.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El contenido de este capítulo corresponde a los resultados de la investigación realizada a los profesionales de enfermería que laboran en la unidad clínica cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas.

Estos resultados se encuentran enmarcados en cuadros estadísticos establecidos por medio de frecuencia absoluta y porcentajes, por lo cual permite una mejor comprensión de los resultados obtenidos en función de los objetivos ya establecidos en el estudio. A continuación se presentan los resultados.

CUADRO Nº 1

Distribución absoluta y porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. **Indicador: Recogida Organizada de los Datos del Paciente.**

Ítems Recogida organizada de los datos	1°Observacion				2°Observacion				3°Observacion				Total			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		No	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
1.Datos personales	20	100	0	0	18	90	02	10	20	100	0	0	58	97	02	03
2.Datos clínicos	18	90	02	10	15	75	05	25	18	90	02	10	51	85	09	15
3.Condición del paciente	15	75	05	25	10	50	10	50	15	75	05	25	40	67	20	33
4. Evolución del paciente	20	100	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	60	100	0	0

Fuente: Instrumento Aplicado 2015.

Análisis

En el ítem Nº 1 Datos Personales: durante la primera observación se muestra que el 100% de los profesionales de enfermería estudiados evalúa los datos personales del paciente, en la segunda observación se muestra que el 90% de los profesionales de enfermería estudiados evalúa los datos personales del paciente, mientras que el 10% no lo realiza y durante la tercera observación se evidencia que el 100% de los profesionales de

enfermería estudiados evalúa los datos personales del paciente; los resultados correspondientes a las tres observaciones realizadas arrojaron que el 97% de los profesionales de enfermería en estudio realizan una recolección de datos personales del paciente con obesidad mórbida antes de interactuar con el mismo y un 3% no lo realiza.

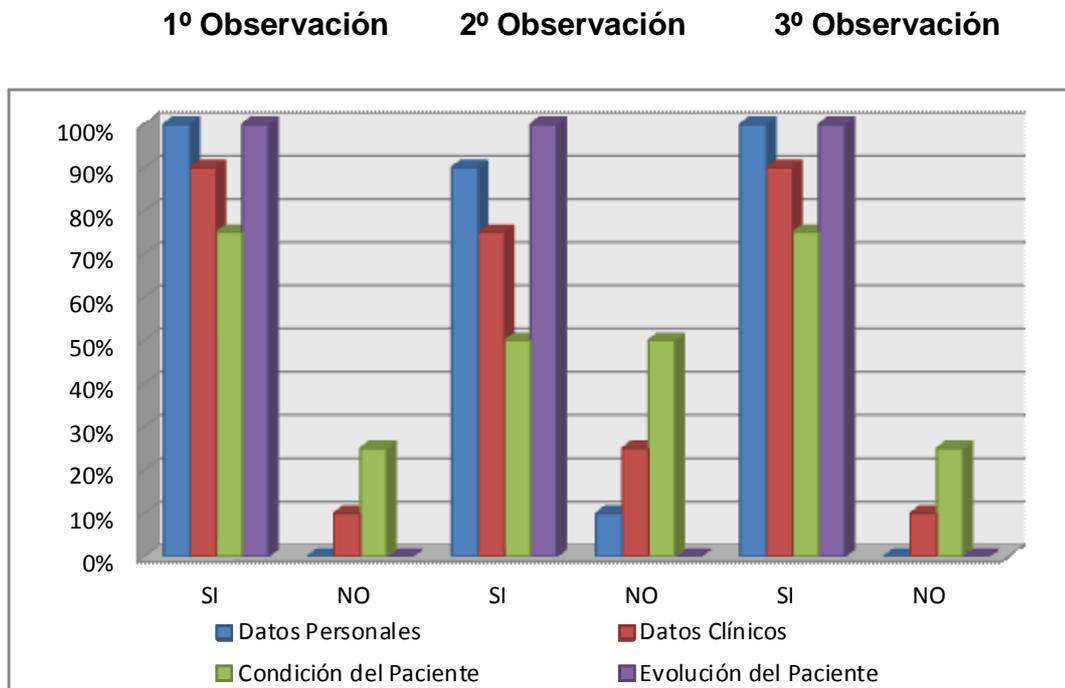
En el ítem N° 2 Datos Clínicos: durante la primera observación se muestra que el 90% de los profesionales de enfermería estudiados evalúa los datos clínicos del paciente mientras que el 10% no lo hace, en la segunda observación se muestra que el 75% de los profesionales de enfermería estudiados evalúa los datos clínicos del paciente, mientras que el 25% no lo realiza y durante la tercera observación se evidencia que el 90% de los profesionales de enfermería estudiados evalúa los datos clínicos del paciente y el 10% no lo hace; los resultados correspondientes a las tres observaciones realizadas evidenciaron que el 85% de los profesionales de enfermería en estudio realizan una recolección de datos clínicos del paciente con obesidad mórbida antes de interactuar con el mismo y un 15% no lo realiza.

En el ítem N° 3 Condición del Paciente: durante la primera observación se muestra que el 75% de los profesionales de enfermería estudiados evalúa la condición del paciente mientras que el 25% no lo realiza, en la segunda observación se muestra que el 50% de los profesionales de enfermería estudiados evalúa la condición del paciente mientras que el 50% no lo realiza y durante la tercera observación se evidencia que el 75% de los profesionales de enfermería estudiados evalúa la condición del paciente mientras que el 25% no lo realiza; los resultados correspondientes a las tres observaciones realizadas evidenciaron que el 67% de los profesionales de enfermería en estudio realizan una recolección de datos en cuanto a la condición del paciente con obesidad mórbida antes de interactuar con el mismo y un 33% no lo realiza.

En el ítem N° 4 Evolución del Paciente: durante la primera, segunda y tercera observación se muestra que el 100% de los profesionales de enfermería estudiados valora la evolución del paciente; los resultados correspondientes a las tres observaciones realizadas evidenciaron que el 100% de los profesionales de enfermería en estudio realizan una recolección de datos en cuanto evolución del paciente con obesidad mórbida antes de interactuar con el mismo.

GRÁFICO N°1

Distribución porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. **Indicador: Recogida Organizada de los Datos del Paciente.**



Fuente: Cuadro N° 1

CUADRO Nº 2

Distribución absoluta y porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. **Indicador: Apertura de la Relación.**

Ítems Apertura de la Relación	1° Observación				2° Observación				3° Observación				Total			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
5. Presentarse con el paciente	10	50	10	50	15	75	05	25	15	75	05	25	40	67	2	3
6. Establecer Aceptación	20	100	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	60	100	0	0
7. Ponerse en el lugar del Paciente	08	40	12	60	15	75	05	25	10	50	10	50	33	55	2	4

Fuente: Instrumento Aplicado 2015.

Análisis

En el ítem Nº 5 Presentarse con el Paciente: durante la primera observación se muestra que el 50% de los profesionales de enfermería estudiados se presenta con el paciente mientras que el 50% no lo pone en práctica, en la segunda observación se muestra que el 75% de los profesionales de enfermería estudiados se presenta con el paciente mientras que el 25% no lo realiza y durante la tercera observación se

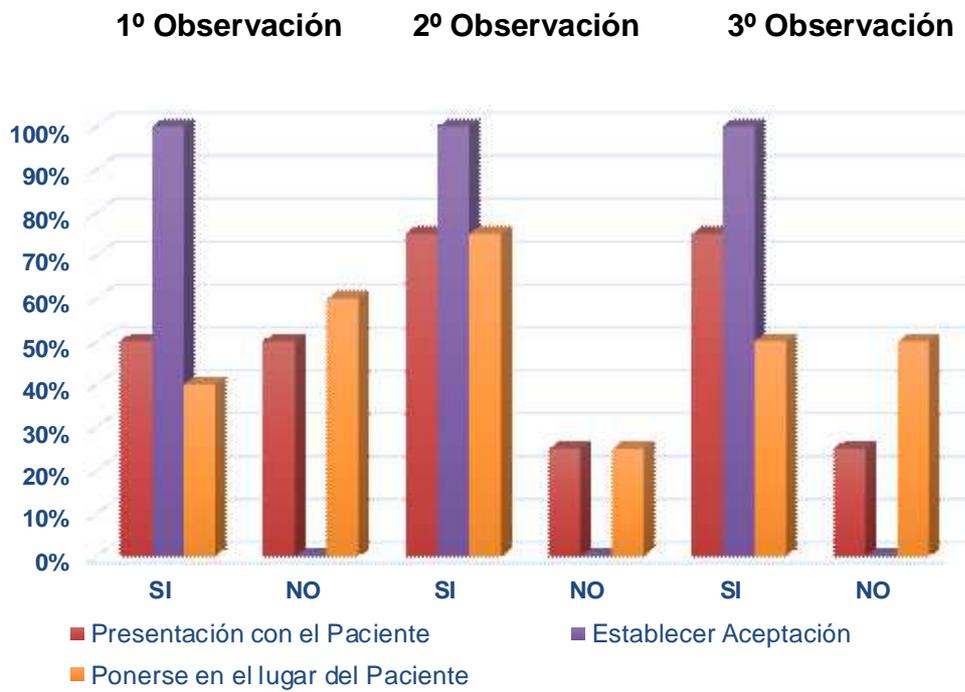
evidencia que el 75% de los profesionales de enfermería estudiados se presenta con el paciente mientras 25% no lo hace; los resultados correspondientes a las tres observaciones realizadas mostraron que el 67% de los profesionales de enfermería objeto de estudio se presenta al paciente con obesidad mórbida y el 33% no lo realiza.

En el ítem N° 6 Establecer Aceptación: en la primera, segunda y tercera observación se muestra que el 100% de los profesionales de enfermería estudiados establece aceptación con el paciente; los resultados correspondientes a las tres observaciones realizadas mostraron que el 100% de los profesionales de enfermería estudiados establecen aceptación con el paciente con obesidad mórbida

En el ítem N° 7 Ponerse en el lugar del Paciente: en la primera observación se muestra que el 40% de los profesionales de enfermería estudiados se pone en lugar del paciente mientras que el 60% no lo hace, en la segunda observación se evidencia que el 75% de los profesionales de enfermería estudiados se pone en lugar del paciente mientras que el 25% no lo realiza y durante la tercera observación se muestran que el 50% de los profesionales se pone en lugar del paciente mientras que el 50% no lo pone en práctica; los resultados correspondientes a las tres observaciones realizadas mostraron que el 55% de los profesionales de enfermería estudiados se ponen en el lugar del paciente con obesidad mórbida y el 45% no lo hace.

GRÁFICO N°2

Distribución porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. **Indicador: Apertura de la Relación.**



Fuente: Cuadro N° 2

CUADRO Nº 3

Distribución absoluta y porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. **Indicador: Aclarar el Problema.**

Ítems Aclarar el Problema	1° Observación				2° Observación				3° Observación				Total			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
8. Escucha activa	20	100	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	60	100	0	0
9. Utilizar el silencio	15	75	05	25	18	90	02	10	18	90	02	10	51	85	09	15
10. Proporcionar indicaciones generales e información.	17	85	03	15	18	90	02	10	19	95	01	05	54	90	06	10
11. Hacer propuestas concretas y directas	20	100	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	60	100	0	0
12. Formular preguntas abiertas	09	45	11	55	07	35	13	65	06	30	14	70	22	37	38	63
13. Formular preguntas cerradas	20	100	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	60	100	0	0
14. Recapitular	12	60	08	40	10	50	10	50	10	50	10	50	32	53	28	47
15. Parafrasear	10	50	10	50	10	50	10	50	10	50	10	50	30	50	30	50
16. Aclarar	20	100	0	0	19	95	01	05	20	100	0	0	59	98	01	02

17. Establecer alternativas consensuadas	11	55	9	45	09	45	11	55	9	45	11	55	29	48	31	52
18. Ofrecer Ayuda	20	100	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	60	100	0	0
19. Centrarse	12	60	08	40	12	60	08	40	15	75	05	25	39	65	21	35
20. Resumir	17	85	03	15	20	100	0	0	17	85	03	15	54	90	06	10

Fuente: Instrumento Aplicado 2015

Análisis

En el ítem N° 8 Escucha Activa: la primera, segunda y tercera observación se muestra que el 100% de los profesionales de enfermería estudiados pone en práctica la escucha activa; los datos resultantes de las tres observaciones reflejan que el 100% de los profesionales objeto de estudio emplean la escucha activa hacia el paciente con obesidad mórbida.

En el ítem N° 9 Utilizar el Silencio: en la primera observación se muestra que el 75% de los profesionales de enfermería estudiados utiliza el silencio mientras que el 25% no lo hace, en la segunda observación evidencia que el 90% de los profesionales de enfermería estudiados utilizan el silencio mientras que el 10% no lo realiza y durante la tercera observación se muestran que el 90% de los profesionales objeto de estudio utilizan el silencio mientras que el 10% no lo hace; los datos resultantes de las tres observaciones mostraron que el 85% de los profesionales de enfermería objeto de estudio utiliza el silencio hacia el paciente con obesidad mórbida y el 15% no lo utiliza.

En el ítem N° 10 Proporcionar Indicaciones Generales e Información: en la primera observación se muestra que el 85% de los profesionales de enfermería proporciona indicaciones generales e información mientras que el 15% no lo hace, en la segunda observación evidencia que el 90% de los profesionales de enfermería estudiados proporciona indicaciones generales

e información mientras que el 10% no lo hace y durante la tercera observación se muestran que el 95% de los profesionales objeto de estudio proporciona indicaciones generales e información mientras que el 5% no lo hace; los datos resultantes de tres observaciones en relación a proporcionar indicaciones generales e información se mostraron que el 90% de los profesionales objeto de estudio si lo realiza al paciente con obesidad mórbida mientras que el 10% no lo hace.

En el ítem N° 11 Hacer Propuestas Concretas y Directas: en la primera, segunda y tercera observación en cuanto a hacer propuestas concretas y directas se evidencia que el 100% de los profesionales de enfermería objeto de estudio lo ponen en práctica; los datos resultantes de las tres observaciones en cuanto a hacer propuestas concretas y directas se evidencia que el 100% de los profesionales de enfermería objeto de estudio lo ponen en práctica al paciente con obesidad mórbida.

En el ítem N° 12 Formular Preguntas Abiertas: en la primera observación se muestra que en cuanto a formular preguntas abiertas el 45% de los profesionales de enfermería estudiados lo hacen mientras que el 55% no lo realiza, en la segunda observación evidencia que el 35% de los profesionales de enfermería estudiados formulan preguntas abiertas mientras que el 65% no lo hacen y durante la Tercera observación se muestran que el 30% de los profesionales objeto de estudio formulan preguntas abiertas mientras que el 70% no lo hacen; los datos resultantes de tres observaciones mostraron que el 37% de los profesionales de enfermería objeto de estudio formulan preguntas abiertas al paciente con obesidad mórbida y el 63% no lo hace.

En el ítem N° 13 Formular Preguntas Cerradas: en la primera, segunda y tercera observación se muestra que en cuanto a formular preguntas cerradas 100% de los profesionales de enfermería estudiados lo hacen.; los datos

resultantes de tres las observaciones mostraron que el 100% de los profesionales de enfermería objeto de estudio si formulan preguntas cerradas al paciente con obesidad mórbida.

En el ítem N° 14 Recapitular: en la primera observación se muestra que en cuanto a recapitular el 60% de los profesionales de enfermería estudiados lo hacen mientras que el 40% no, en la segunda observación evidencia que el 50% de los profesionales de enfermería estudiados recapitulan mientras que el 50% no lo hace y durante la tercera observación se muestran que el 50% de los profesionales objeto de estudio recapitulan y el otro 50% no lo realiza; los datos resultantes de tres observaciones mostraron que en cuanto a recapitular se mostró el 53% de los profesionales de enfermería objeto de estudio si lo hacen al paciente con obesidad mórbida y 47% no lo hace.

En el ítem N° 15 Parafrasear: en la primera, segunda y tercera observación se muestra que en cuanto a parafrasear el 50% de los profesionales de enfermería estudiados lo hacen y el 50% no lo realiza; los datos resultantes de tres observaciones mostraron que en relación a parafrasear el 50% de los profesionales de enfermería objeto de estudio si parafrasean con el paciente con obesidad mórbida y el 50% no.

En el ítem N° 16 Aclarar: en la primera observación se muestra que en cuanto a aclarar las dudas el 100% de los profesionales de enfermería estudiados lo hacen, en la segunda observación evidencia que el 95% de los profesionales de enfermería estudiados aclaran las dudas y el 5% no lo hace y durante la tercera observación se muestran que el 100% de los profesionales objeto de estudio aclaran las dudas; los datos resultantes de tres observaciones mostraron que en cuanto a aclarar el 98% de los profesionales de enfermería objeto de estudio si aclaran las dudas ante el paciente con obesidad mórbida y solo el 2% no lo hace.

En el ítem N° 17 Establecer Alternativas Consensuadas: en la primera observación se muestra que en cuanto a establecer alternativas consensuadas el 55% de los profesionales de enfermería estudiados lo hacen mientras que el 45% no, en la segunda observación evidencia que el 45% de los profesionales de enfermería estudiados establecen alternativas consensuadas mientras que el 55% y durante la tercera observación se muestran que el 45% de los profesionales objeto de estudio establecen alternativas consensuadas y el 55% no lo realizan; los datos resultantes de tres observaciones mostraron que en relación a establecer alternativas consensuadas se mostró que solo el 48% de los profesionales de enfermería objeto de estudio muestran alternativas consensuadas entre el profesional de enfermería y el paciente con obesidad mórbida y el 52% no establece dichas alternativas.

En el ítem N° 18 Ofrecer Ayuda: durante la primera, segunda y tercera observación se muestra que en cuanto a ofrecer ayuda el 100% de los profesionales de enfermería estudiados lo hacen; los datos resultantes de tres observaciones mostraron que en cuanto a ofrecer ayuda el 100% de los profesionales de enfermería objeto de estudio brinda ayuda al paciente con obesidad mórbida.

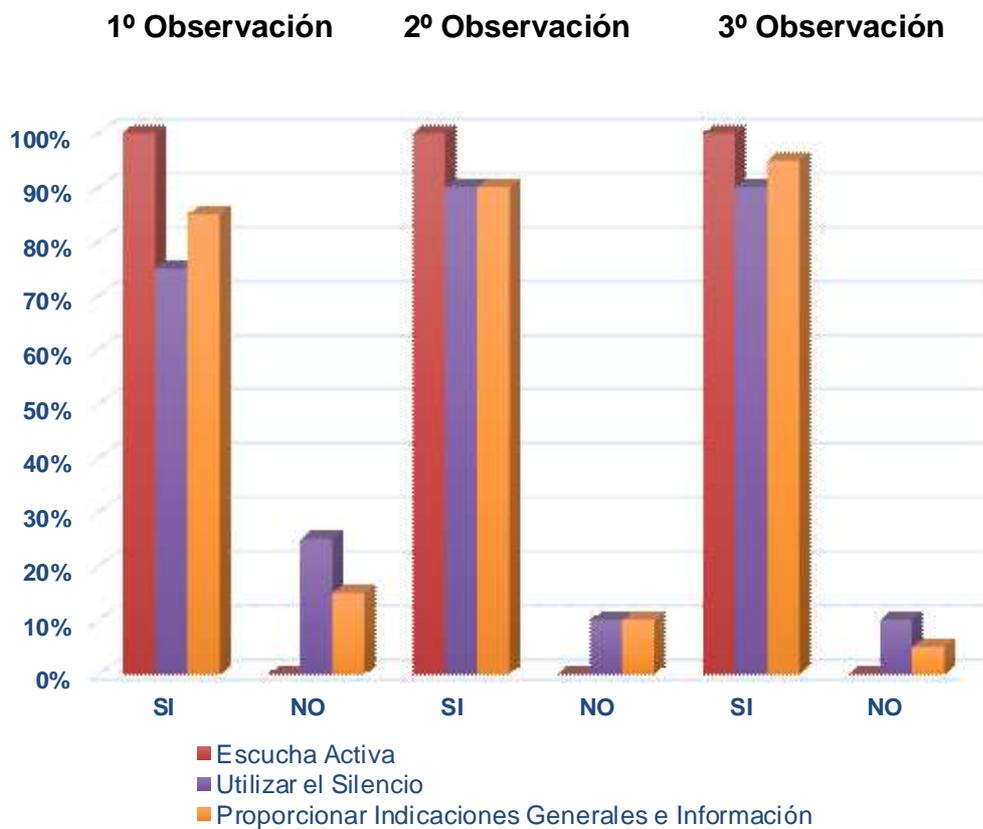
En el ítem N° 19 Centrarse: en la primera observación se muestra que en cuanto a centrarse en un tema de importancia el 60% de los profesionales de enfermería estudiados lo hacen mientras que el 40% no lo realiza, en la segunda observación evidencia que el 60% de los profesionales de enfermería estudiados lo hace mientras 40% no lo hace y durante la tercera observación se muestran que el 75% de los profesionales objeto de estudio ayuda al paciente a centrarse en un tema de importancia y el 25% no lo hace; los datos resultantes de tres observaciones en relación a centrarse en un tema de importancia mostró que 65% de los profesionales de enfermería

objeto de estudio si lo realiza al paciente con obesidad mórbida y el 35% no lo hace.

En el ítem N° 20 Resumir: en la primera observación se muestra que en cuanto a resumir de lo comentado entre al profesional de enfermería y el paciente con obesidad mórbida 85% de los profesionales de enfermería estudiados lo realizan y el 15% no, en la segunda observación evidencia que el 100% de los profesionales de enfermería estudiados realizan un resumen de lo comentado entre al profesional de enfermería y el paciente con obesidad mórbida y durante la tercera observación se muestran que el 85% de los profesionales objeto de estudio lo realizan mientras que el 15% no lo hace; los datos resultantes de tres observaciones mostraron que el 90% de los profesionales de enfermería objeto de estudio realizan un resumen de lo comentado entre al profesional de enfermería y el paciente con obesidad mórbida y el 10% no lo hace.

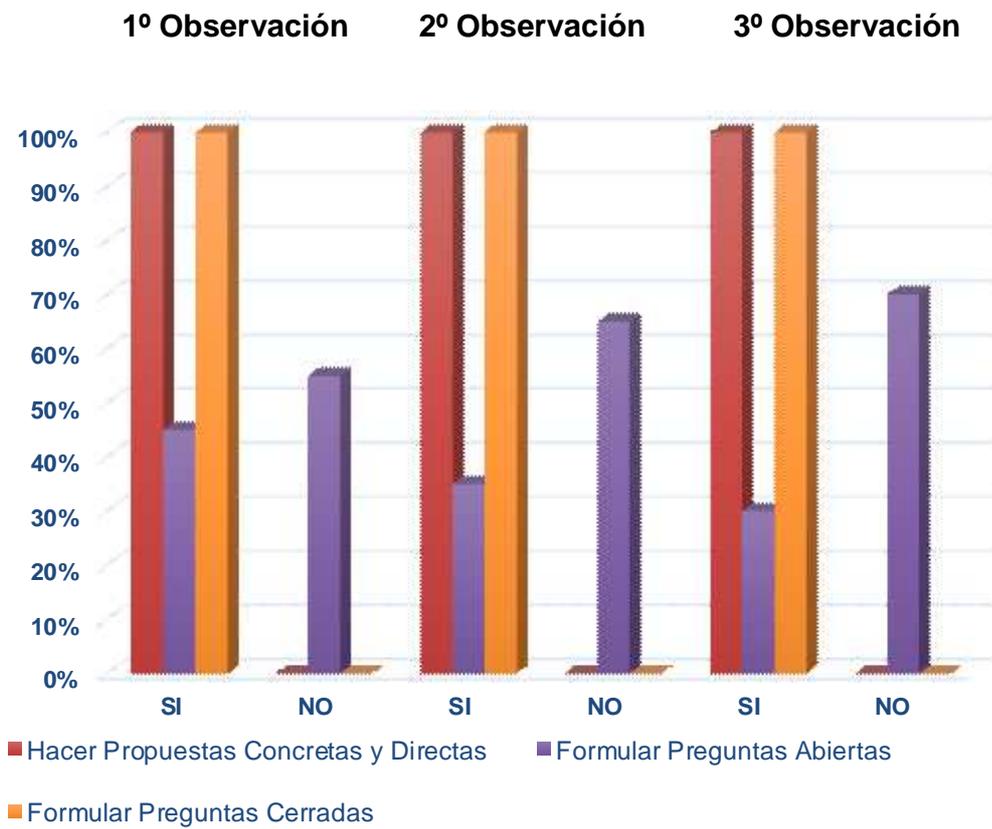
GRÁFICO N° 3

Distribución porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. **Indicador: Aclarar el Problema.**



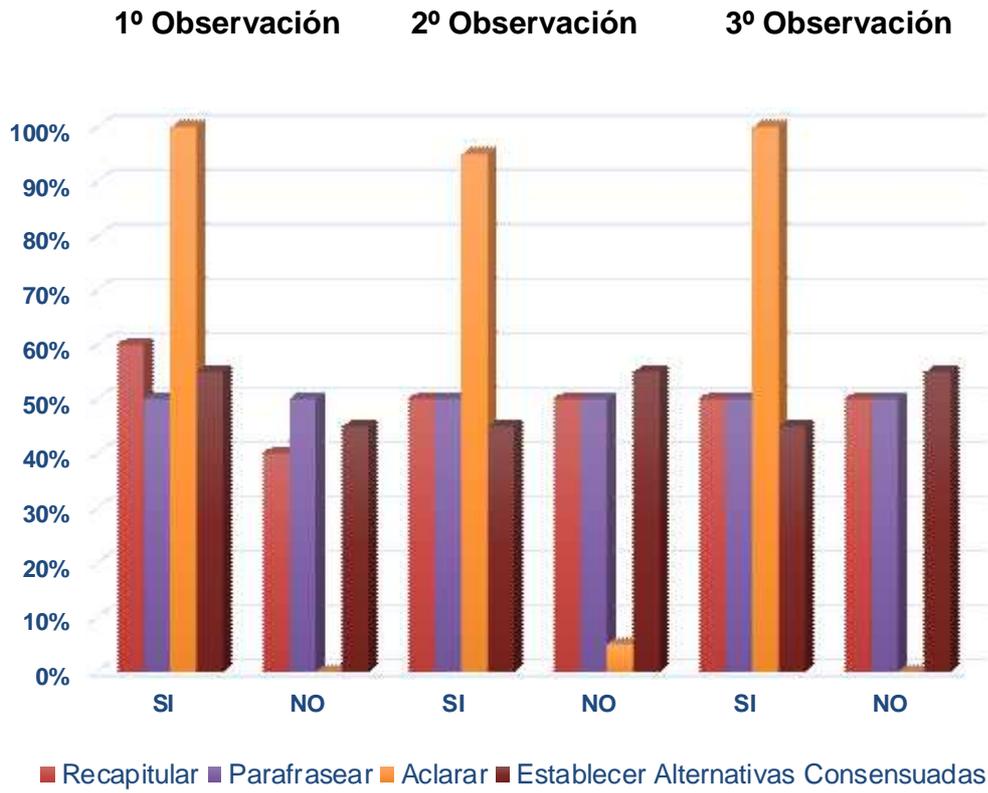
Fuente: Cuadro N° 3

GRÁFICO N° 3-A



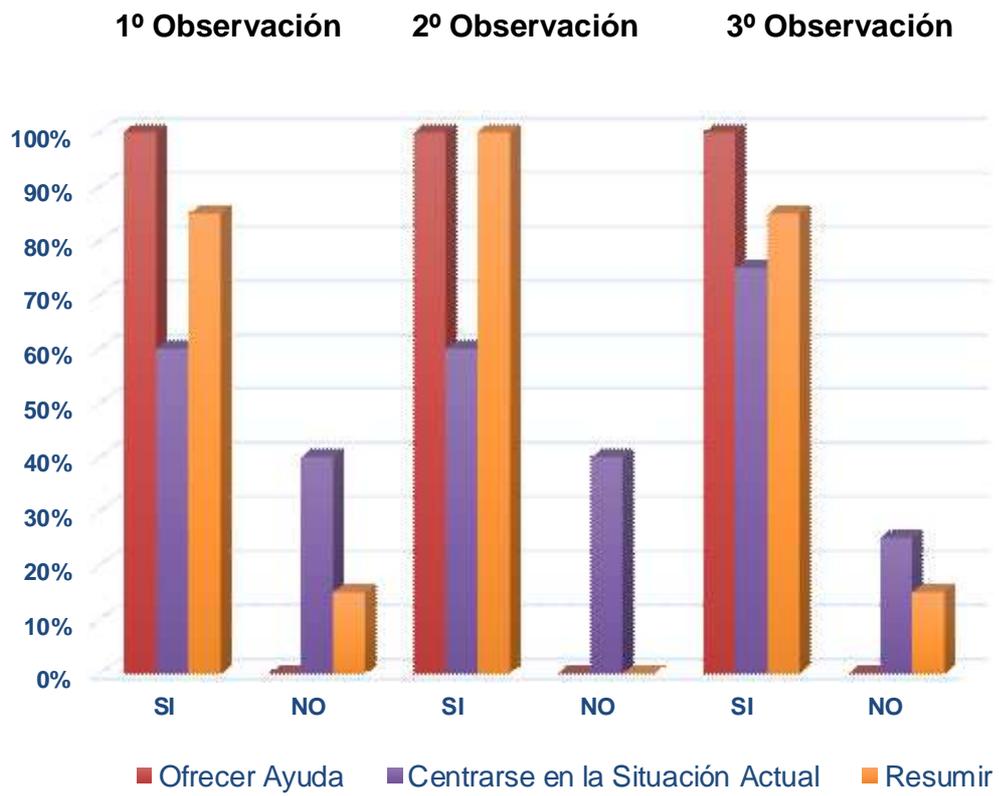
Fuente: Cuadro N° 3

GRÁFICO N° 3-B



Fuente: Cuadro N° 3

GRÁFICO N° 3-C



Fuente: Cuadro N° 3

CUADRO Nº 4

Distribución absoluta y porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. **Indicador: Exploración y comprensión de los pensamientos y sentimientos.**

Ítems	1° Observación				2° Observación				3° Observación				Total			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
	21.El trato del paciente por su nombre	16	80	04	20	18	90	02	10	18	90	02	10	52	87	08
22. Autenticidad	18	90	02	10	17	85	03	15	17	85	03	15	52	87	08	13
23.Es concreto y específico	20	100	0	0	19	95	01	05	20	100	0	0	59	98	01	02
24.Clarifica la situación	17	85	03	15	15	75	05	25	13	65	07	35	45	75	05	25
25.Identifica y manifiesta los cambios alcanzados	07	35	13	65	05	25	15	75	0	0	20	100	12	20	04	08

Fuente: Instrumento Aplicado 2015.

Análisis

En el ítem N° 21 El trato del Paciente por su Nombre: en la primera observación se muestra que en cuanto al trato del paciente por su nombre el 80% de los profesionales de enfermería estudiados lo realizan y solo el 20% no lo hace, en la segunda observación evidencia que el 90% de los profesionales de enfermería estudiados tratan a los pacientes por su nombre mientras que el 10% no lo hace y durante la tercera observación se muestran que el 90% de los de enfermería estudiados tratan a los pacientes por su nombre mientras que el 10% no lo hace; los datos resultantes de tres observaciones mostraron que el 87% de los profesionales objeto de estudio trata al paciente con obesidad mórbida por su nombre y el 13% no lo hace.

En el ítem N° 22 Autenticidad: en la primera observación se muestra que en cuanto a autenticidad el 90% de los profesionales de enfermería estudiados lo son con sus pacientes mientras que el 10% no lo es, la segunda observación evidencia que el 85% de los profesionales de enfermería estudiados son auténticos con sus pacientes mientras que el 15% no lo es y durante la tercera observación se muestran que el 85% de los de enfermería estudiados son auténticos con los pacientes mientras que el 15% no lo es; los datos resultantes de tres observaciones mostraron que el 87% de los profesionales de enfermería objeto de estudio son auténticos con el paciente con obesidad mórbida y el 13% no lo es.

En el ítem N° 23 Es Concreto y Específico: en la primera observación se muestra que en cuanto a ser concreto y específico el 100% de los profesionales de enfermería estudiados lo son, en la segunda observación evidencia que el 95% de los profesionales de enfermería estudiados son específicos con sus pacientes mientras que el 5% no lo es y durante la tercera observación se muestran que el 100% de los profesionales de enfermería estudiados son específicos con los pacientes; los datos resultantes de tres observaciones mostraron el 98% de los profesionales de

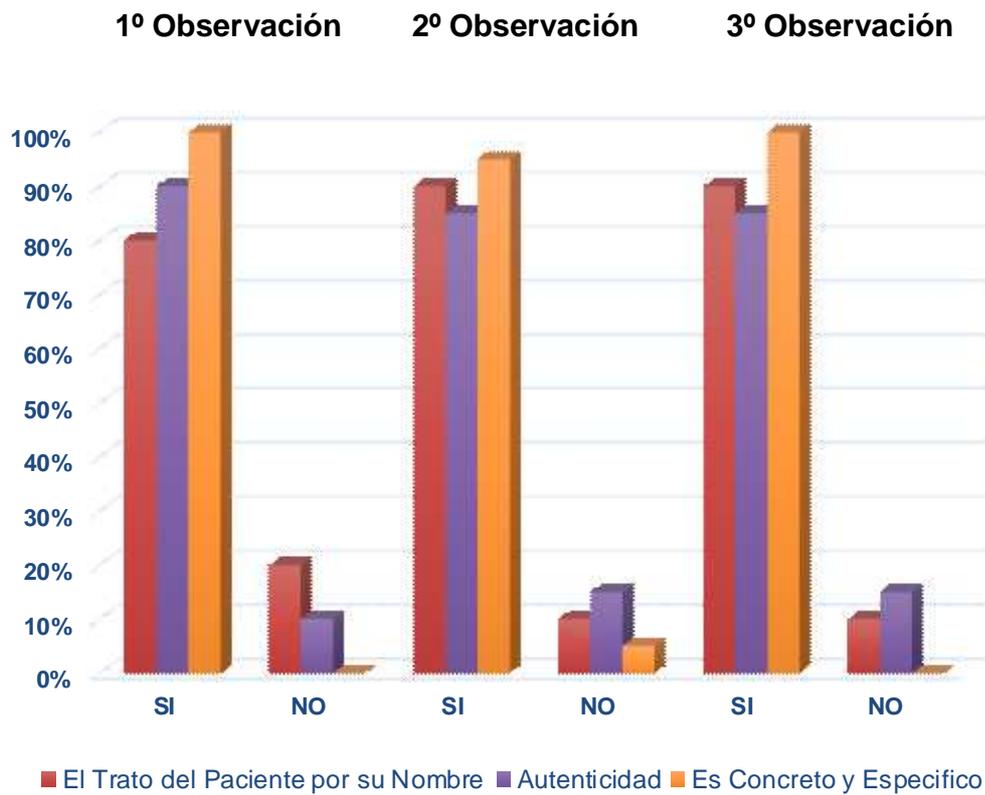
enfermería objeto de estudio es concreto y específico con el paciente con obesidad mórbida y el 2% no lo es.

En el ítem N° 24 Clarifica la Situación: en la primera observación se muestra que en cuanto a clarificar la situación ante el paciente el 85% de los profesionales de enfermería estudiados lo hacen mientras que el 15% no lo realizan, en la segunda observación evidencia que el 75% de los profesionales de enfermería estudiados clarifica las situaciones ante el paciente mientras que el 25% no lo hace y durante la tercera observación se muestran que el 65% de los de enfermería estudiados clarifica las situaciones ante el paciente mientras que el 35% no lo hace; los datos resultantes de tres observaciones mostraron que el 75% de los profesionales de enfermería objeto de estudio clarifica las situaciones ante el paciente con obesidad mórbida y el 25% no lo hace.

En el ítem N° 25 Identifica y Manifiesta los Cambios Alcanzados: en la primera observación se muestra que en cuanto a identificar y manifiesta los cambios alcanzados por los pacientes solo el 35% de los profesionales de enfermería estudiados lo hacen mientras que el 65% no lo realizan, en la segunda observación evidencia que solo el 25% de los profesionales de enfermería estudiados identifica y manifiesta los cambios alcanzados por los pacientes mientras que el 75% no lo hace y durante la tercera observación se muestran que el 100% de los de enfermería estudiados no identifica ni manifiesta cambios alcanzados por los pacientes; los datos resultantes de tres observaciones mostraron que tan solo el 20% de los profesionales de enfermería objeto de estudio identifica y manifiesta los cambios alcanzados por los pacientes con obesidad mórbida y que el 80% no lo hace.

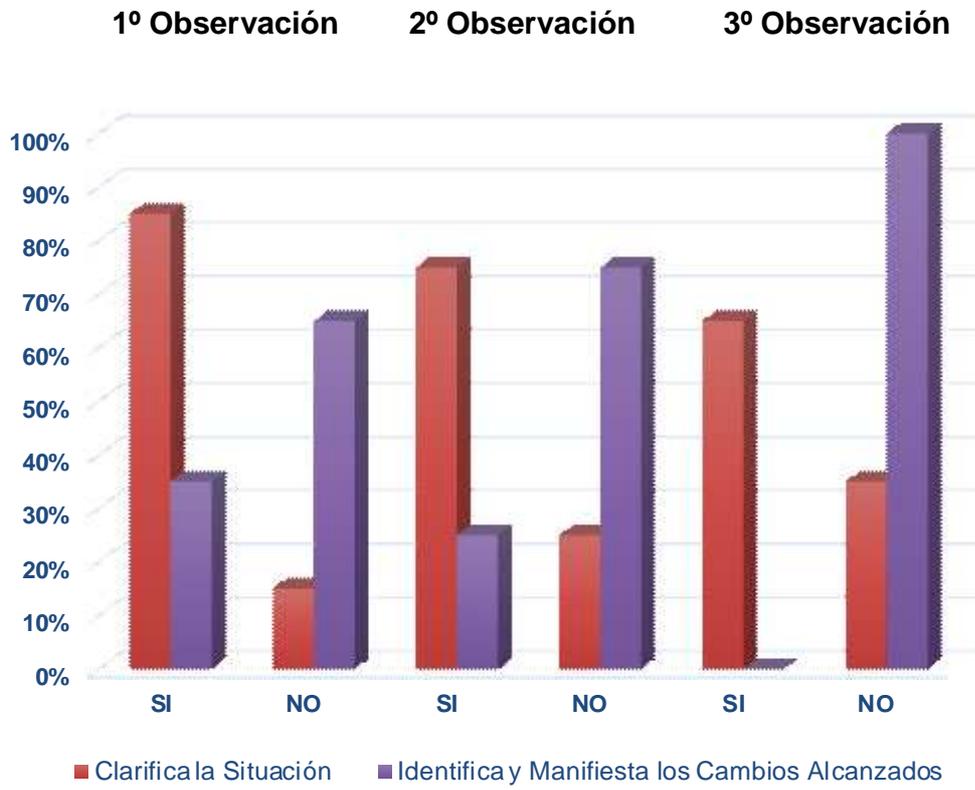
GRÁFICO N° 4

Distribución porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. **Indicador: Exploración y comprensión de los pensamientos y sentimientos.**



Fuente: Cuadro N° 4

GRÁFICO N° 4-A



Fuente: Cuadro N° 4

CUADRO Nº 5

Distribución absoluta y porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. **Indicador: Facilitación y actuación.**

Ítems En la facilitación y actuación.	1° Observación				2° Observación				3° Observación				Total			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
26. Establecer objetivos.	0	0	20	100	06	30	14	70	0	0	20	100	06	10	54	90
27. Evaluar alterativas.	0	0	20	100	01	05	19	95	0	0	20	100	01	02	59	98
28. Tomar decisiones.	01	05	19	95	0	0	20	100	03	15	17	85	04	07	56	93

Fuente: Instrumento Aplicado 2015.

Análisis

En el ítem Nº 26 Establecer Objetivos: en la primera observación se muestra que en cuanto a establecer objetivos el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no lo realizan, en la segunda observación evidencia que solo el 30% de los profesionales de enfermería estudiados establece objetivos con los pacientes mientras que el 70% no lo hace y durante la tercera observación se muestran que el 100% de los de enfermería estudiados no establece objetivos con los pacientes; los datos resultantes de tres observaciones mostraron que el tan solo el 10% de los

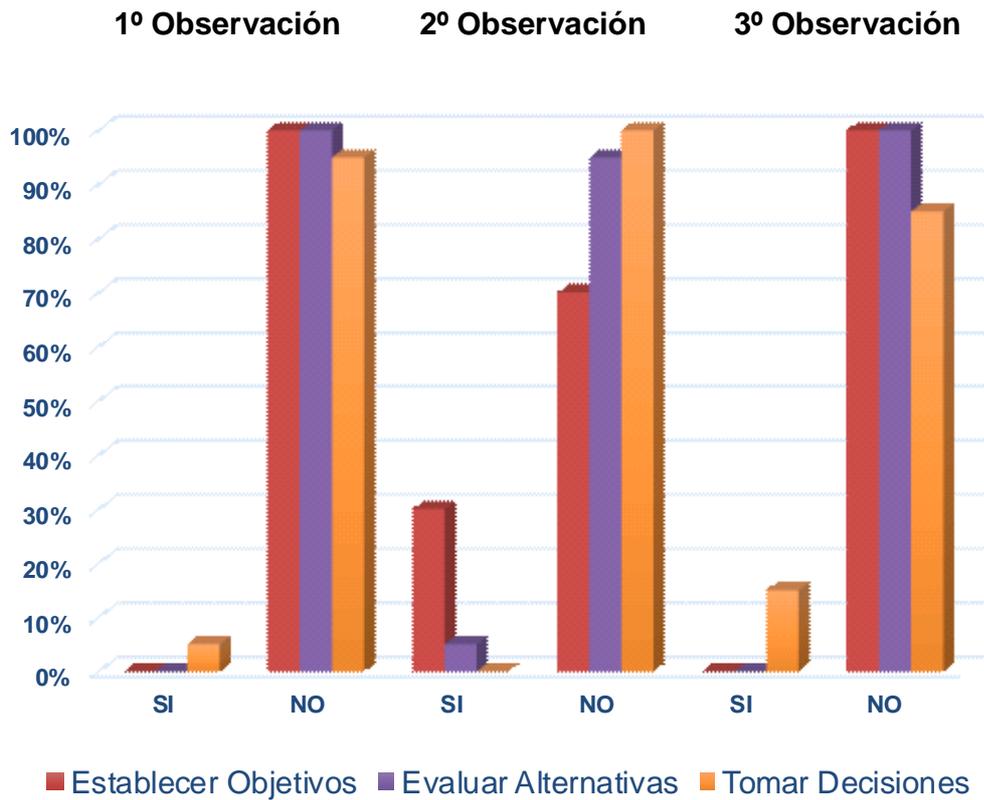
profesionales de enfermería estudiados establece objetivos con los pacientes con obesidad mórbida y que el 90% no lo hace.

En el ítem N° 27 Evaluar Alternativas: en la primera observación se muestra que en cuanto a evaluar alternativas el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no lo realizan, en la segunda observación evidencia que solo el 5% de los profesionales de enfermería estudiados evalúa alternativas con los pacientes mientras que el 95% no lo hace y durante la tercera observación se muestran que el 100% de los de enfermería estudiados no evalúa alternativas con los pacientes; los datos resultantes de tres observaciones evidenciaron que solo el 2% de los profesionales de enfermería objeto de estudio evalúa alternativas con el paciente con obesidad mórbida y el 98% no lo hace.

En el ítem N° 28 Tomar Decisiones: en la primera observación se muestra que en cuanto a la toma de decisiones solo el 5% de los profesionales de enfermería estudiados lo realizan mientras que el 95% no lo hace, en la segunda observación evidencia que el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no apoya a sus pacientes en la toma de decisiones y durante la tercera observación se muestran que el 15% de los de enfermería estudiados apoyan a los pacientes en la toma de decisiones mientras que el 85% no lo realiza; los datos resultantes de tres observaciones mostraron que en relación a la toma de decisiones se mostró que tan solo el 7% de los profesionales de enfermería objeto de estudio apoyan al paciente con obesidad mórbida en la toma de decisiones y el 93% no lo hace.

GRÁFICO N° 5

Distribución porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. **Indicador: Facilitación y actuación.**



Fuente: Cuadro N° 5

CUADRO Nº 6

Distribución absoluta y porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. **Indicador: Resumen de Logros Obtenidos.**

Ítems Resumen de logros Obtenidos.	1° Observación				2° Observación				3° Observación				Total			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
29. Chequear Logros obtenidos.	01	05	19	95	0	0	20	100	05	25	15	75	06	10	54	90
30. Programar seguimiento.	02	10	18	90	03	15	17	85	01	05	19	95	06	10	54	90
31. Establecer enlaces con otros profesionales de salud.	02	10	18	90	01	05	19	95	02	10	18	90	05	08	55	92
32. Establecer enlaces con grupos de apoyo.	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado 2015.

Análisis

En el ítem Nº 29 Chequear Logros Obtenidos: en la primera observación se muestra que en cuanto a chequear los logros obtenidos por el paciente solo el 5% de los profesionales de enfermería estudiados lo realizan

mientras que el 95% no lo hace, en la segunda observación evidencia que solo el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no chequea los logros obtenidos por el paciente y durante la tercera observación se muestran que el 25% de los profesionales de enfermería estudiados chequean los logros obtenidos por el paciente mientras que el 75% no lo hace; los datos resultantes de tres observaciones en relación al indicador chequear los logros obtenidos mostraron que el tan solo el 10% de los profesionales de enfermería estudiados realiza un chequeo de logros obtenidos al paciente con obesidad mórbida y que el 90% no lo realiza.

En el ítem N° 30 Programar Seguimiento: en la primera observación se muestra que en cuanto a programar seguimientos solo el 10% de los profesionales de enfermería estudiados lo realizan mientras que el 90% no lo hace, en la segunda observación evidencia que solo el 15% de los profesionales de enfermería estudiados programa seguimientos con sus pacientes mientras que el 85% no lo hace y durante la tercera observación se muestran que el 5% de los de enfermería estudiados programa seguimientos con sus pacientes mientras que el 95% no lo hace; los datos resultantes de tres observaciones en relación a programar seguimientos se mostró que solo el 10% de los profesionales de enfermería objeto de estudio programa seguimiento al paciente con obesidad mórbida y que el 90% no lo realiza.

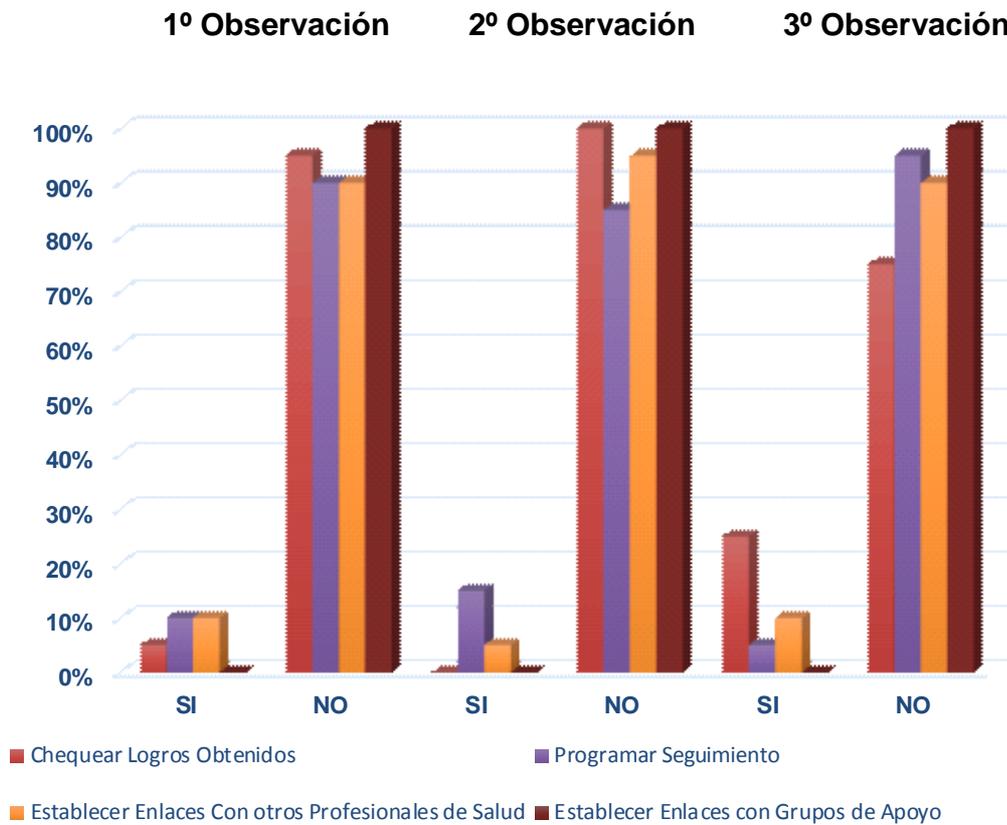
En el ítem N° 31 Establecer Enlaces con otros Profesionales de Salud: en la primera observación se muestra que en cuanto a establecer enlaces con otros profesionales de la salud solo el 10% de los profesionales de enfermería estudiados lo realizan mientras que el 90% no lo hace, en la segunda observación evidencia que solo el 5% de los profesionales de enfermería estudiados establece enlace con otros profesionales de la salud mientras que el 95% no lo hace y durante la tercera observación se muestran que el 10% de los de enfermería estudiados establecer enlace con

otros profesionales de la salud que el 90% no lo hace; los datos resultantes de tres observaciones en relación a establecer enlaces con otros profesionales de la salud tan solo el 8% de los profesionales de enfermería objeto de estudio lo realiza y el 92% no.

En el ítem N° 32 Establecer Enlaces con Grupos de Apoyo: en la primera, segunda y tercera observación se muestra que en cuanto a establecer enlaces con grupos de apoyo el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no lo hace; los datos resultantes de tres observaciones en cuanto al establecer enlaces con grupos de apoyo se mostró que el 100% de los profesionales de enfermería objeto de estudio no lo hacen.

GRÁFICO N° 6

Distribución porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. **Indicador: Resumen de Logros Obtenidos.**



Fuente: Cuadro N° 6

CUADRO N° 7

Distribución absoluta y porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. **Indicador: Posibles actitudes positivas en el paciente.**

Ítems Posibles actitudes positivas en el paciente	1° Observación				2° Observación				3° Observación				Total			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
33. Agradecimiento	20	100	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	60	100	0	0
34. Aprecio	01	05	19	95	0	0	20	100	0	0	20	100	01	02	59	98
35. Duelo e interiorización	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	60	100
36. Autonomía	01	05	19	95	0	0	20	100	0	0	20	100	01	02	59	98
37. Responsabilidad	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	60	100
38. Independencia afectiva	08	40	12	60	0	0	20	100	02	10	18	90	10	17	50	83

Fuente: Instrumento Aplicado 2015.

Análisis

En el ítem N° 33 Agradecimiento: en la primera, segunda y tercera observación se muestra que en cuanto al agradecimiento el 100% de los profesionales de enfermería estudiados lo detecta en sus pacientes; los datos obtenidos en tres observaciones mostraron que el 100% de los

profesionales de enfermería estudiados detectan agradecimiento por parte del paciente con obesidad mórbida.

En el ítem N° 34 Aprecio: durante el primer momento de observación se muestra que en cuanto al aprecio solo el 5% de los profesionales de enfermería estudiados lo detecta en sus pacientes mientras que el 95% no lo hace, en la segunda observación evidencia que el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no detectan aprecio en sus pacientes y durante la tercera observación se muestran que el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no detectan aprecio en sus pacientes; los datos obtenidos en tres observaciones mostraron que en relación al aprecio se mostró que tan solo el 2% de los profesionales de enfermería estudiados detectan este sentimiento en el paciente con obesidad mórbida y el 98% no lo hace.

En el ítem N° 35 Duelo e Interiorización: en la primer, segunda y tercera observación se muestra que en cuanto el duelo e interiorización el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no lo detecta en sus pacientes; los datos obtenidos en tres observaciones mostraron que en cuanto al duelo e interiorización se evidencia que el 100% de los profesionales de enfermería objeto de estudio no lo detectan en el paciente con obesidad mórbida.

En el ítem N° 36 Autonomía: en la primera observación se muestra que en cuanto a la autonomía solo el 5% de los profesionales de enfermería estudiados la detecta en sus pacientes mientras que el 95% no lo hace, en la segunda observación evidencia que el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no detectan autonomía en sus pacientes y durante la tercera observación se muestran que el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no detectan autonomía en sus pacientes; los datos obtenidos en tres observaciones mostraron en relación a la autonomía se mostró que tan solo el 2% de los profesionales de enfermería objeto de

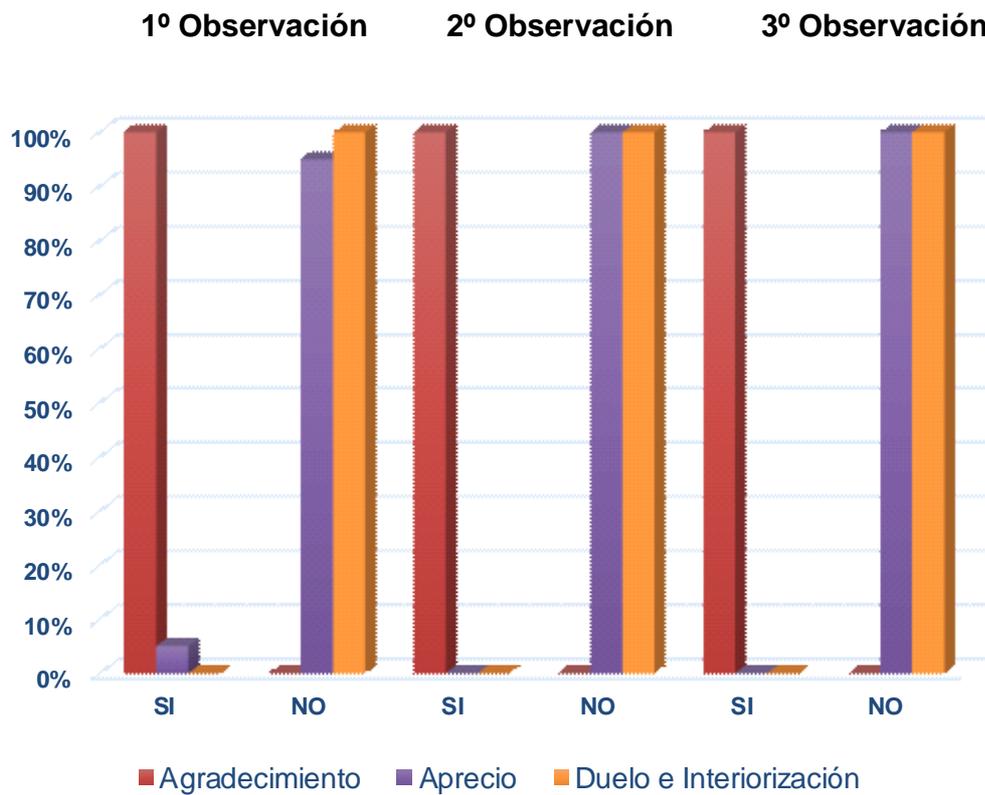
estudio la detectan en el paciente con obesidad mórbida y el 98% no lo hace.

En el ítem N° 37 Responsabilidad: en la primera, segunda y tercera observación se muestra que en cuanto a la responsabilidad el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no la detecta en sus pacientes; los datos obtenidos en tres observaciones mostraron en cuanto a la responsabilidad se evidencia que el 100% de los profesionales de enfermería objeto de estudio no la detectan en el paciente con obesidad mórbida.

En el ítem N° 38 Independencia Afectiva: en la primera observación se muestra que en cuanto a la independencia afectiva el 40% de los profesionales de enfermería estudiados la detecta en sus pacientes mientras que el 60% no lo hace, en la segunda observación evidencia que el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no detectan independencia afectiva en sus pacientes y durante la tercera observación se muestran que el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no detectan independencia afectiva en sus pacientes; los datos obtenidos en tres observaciones mostraron que en cuanto a independencia afectiva se mostró que tan solo el 17% de los profesionales de enfermería objeto de estudio la detectan en el paciente con obesidad mórbida y que el 83 % no la detecta.

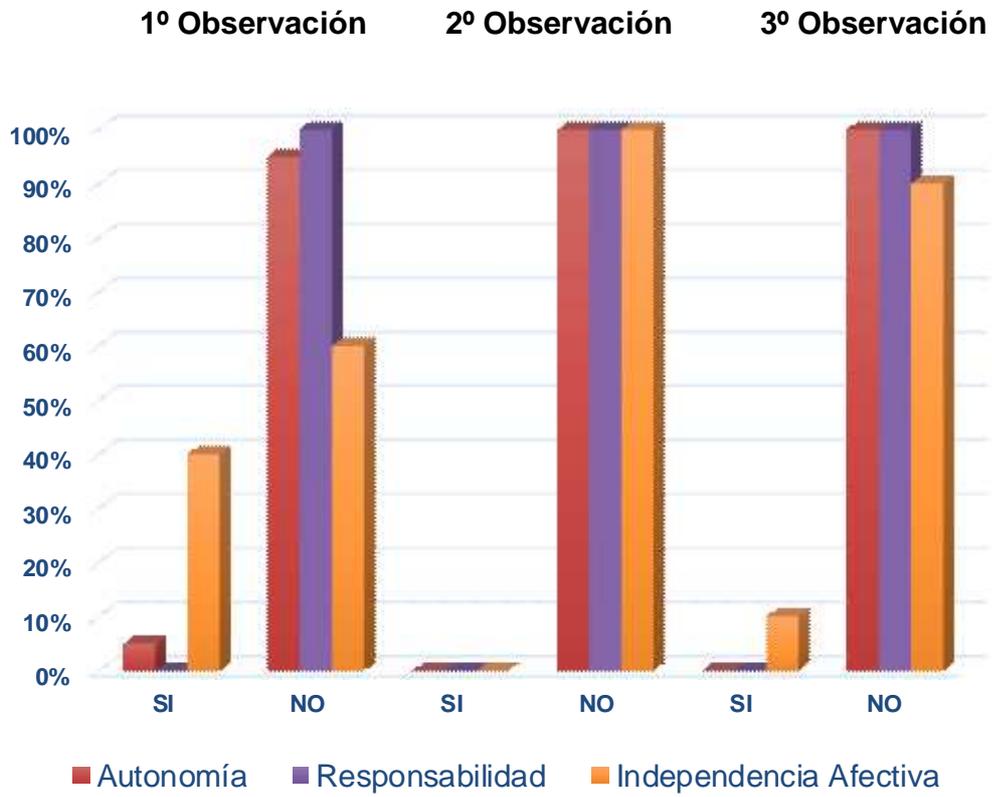
GRÁFICO N° 7

Distribución porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. **Indicador: Posibles actitudes positivas en el paciente.**



Fuente: Cuadro N° 7

GRÁFICO Nº 7-A



Fuente: Cuadro Nº 7

CUADRO N° 8

Distribución absoluta y porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. **Indicador: Descripción de Posibles Actitudes Negativas en el Paciente.**

Ítems Posibles actitudes negativas en el paciente.	1° Observación				2° Observación				3° Observación				Total			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
39. Negación	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	60	100
40. Agresividad	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	60	100
41. Hostilidad	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	60	100
42. Aislamiento	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	60	100
43. Regresión	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	60	100
44. Dependencia Emocional	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	20	100	0	0	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado 2015.

Análisis

En el ítem N° 39 Negación: en la primera, segunda y tercera observación se muestra que en cuanto a la negación el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no lo detecta en sus pacientes; los datos obtenidos en tres observaciones mostraron que el 100% de los profesionales de

enfermería estudiados no detectan negación en el paciente con obesidad mórbida.

En el ítem N° 40 Agresividad: en la primera, segunda y tercera observación se muestra que en cuanto a la agresividad el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no lo detecta en sus pacientes; los datos obtenidos en tres observaciones mostraron que en cuanto a la agresividad se evidenció que el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no detecta esta actitud en el paciente con obesidad mórbida.

En el ítem N° 41 Hostilidad: en la primera, segunda y tercera observación se muestra que en cuanto a la hostilidad el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no lo detecta en sus pacientes; los datos obtenidos en tres observaciones mostraron que en relación a la hostilidad se mostró que el 100% de los profesionales de enfermería objeto de estudio no detecta esta actitud en el paciente con obesidad mórbida.

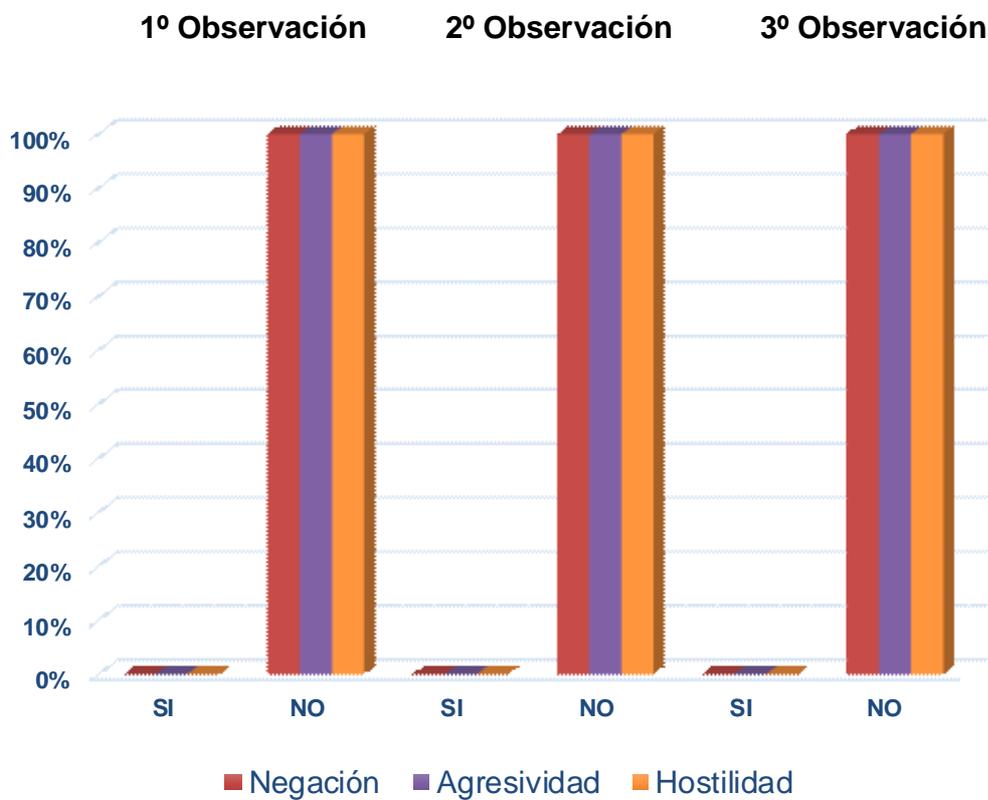
En el ítem N° 42 Aislamiento: en la primera, segunda y tercera observación se muestra que en cuanto al aislamiento el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no lo detecta en sus pacientes; los datos obtenidos en tres observaciones mostraron que haciendo referencia al aislamiento se evidenció que el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no detecta esta actitud en el paciente con obesidad mórbida.

En el ítem N° 43 Regresión: en la primera, segunda y tercera observación se muestra que en cuanto a la regresión el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no lo detecta en sus pacientes; los datos obtenidos en tres observaciones mostraron que en la regresión el 100% de los profesionales de enfermería objeto de estudio no detecta esta actitud en el paciente con obesidad mórbida.

En el ítem N° 44 Dependencia Emocional: en la primera, segunda y tercera observación se muestra que en cuanto a la dependencia afectiva el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no lo detecta en sus pacientes; los datos obtenidos en tres observaciones mostraron que en relación a la dependencia afectiva se evidenció que el 100% de los profesionales de enfermería estudiados no detecta esta actitud en el paciente con obesidad mórbida.

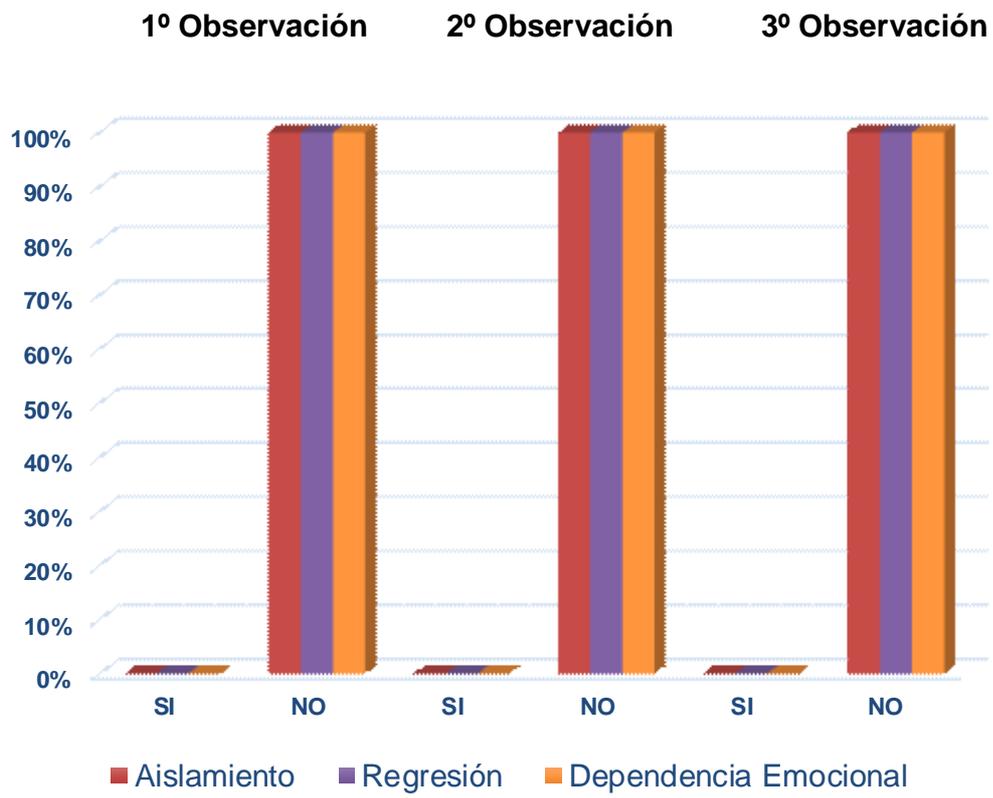
GRÁFICO N° 8

Distribución porcentual que establecen los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida del Hospital Universitario de Caracas. **Indicador: Descripción de Posibles Actitudes Negativas en el Paciente.**



Fuente: Cuadro N° 8

GRÁFICO N° 8-A



Fuente: Cuadro N° 8

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el presente capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones sugeridas del estudio, una vez analizada la información aportada por los elementos muestrales para dar respuesta a los objetivos de la investigación.

Conclusiones

Teniendo como primer objetivo identificar las acciones que realiza el profesional de enfermería en la fase de preinteracción de la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida, el estudio muestra:

Indicador Recogida Organizada de los Datos del Paciente: Según Du Gas, B., (2000) es cuando el profesional de enfermería: “Ha reunido todos los datos y está comenzando a elaborar un plan tentativo de atención para el paciente” (Pág.120). Los datos a recoger por el profesional de enfermería son: Datos Personales, Datos Clínicos, Condición del Paciente, Evolución del Paciente; esto permite al profesional de enfermería tener ventaja al contar con información previa del paciente y lo guía hacia las siguientes fases de relación de ayuda. Si el profesional de enfermería identifica la información a obtener el resultado puede ser positivo.

Teniendo como segundo objetivo describir las acciones que ejecuta el profesional de enfermería en la fase introductoria de relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida, el estudio muestra:

Indicador Apertura de la Relación: Es el camino a seguir ya que según Berman, A., y otros (2008): “El paciente y la enfermera se identifican mutuamente por sus nombres. Cuando la enfermera inicia la relación es importante explicar el papel de la enfermera para proporcionar al paciente una idea de lo que puede esperar” (Pág.473). Las acciones a usar por el profesional de enfermería son: Presentarse con el Paciente, Establecer Aceptación, Ponerse en el lugar del Paciente; estas acciones permite al profesional de enfermería identificase ante al paciente, reconocer los sentimientos del mismo en su situación actuar e imaginar que el profesional de enfermería se encuentra en la situación del paciente con obesidad mórbida.

Indicador Aclarar el Problema: La tarea principal del profesional de enfermería es ayudar a aclarar el problema, ya que según Berman, A., y otros (2008) afirman que: “El paciente puede no ver el problema con claridad inicialmente” (Pág.473). Para aclarar el problema el profesional de enfermería debe usar técnicas de comunicación terapéutica, como: Escucha Activa, el Silencio, Proporcionar Indicaciones Generales e Información, Hacer Propuestas Concretas y Directas, Formular Preguntas Abiertas, Formular Preguntas Cerradas, Recapitular, Parafrasear, Aclarar, Establecer Alternativas Consensuadas, Ofrecer Ayuda, Centrarse en un tema de importancia y Resumir; todas estas técnicas de comunicación permiten al profesional de enfermería ayudar al paciente con obesidad mórbida a comprender el problema que le atañe.

Teniendo como tercer objetivo describir las acciones que aplica el profesional de enfermería en la fase de trabajo de relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida, el estudio muestra:

Indicador Exploración y Compresión de los Pensamientos y Sentimientos: Permite según Berman, A., y otros (2008): “Ayuda al paciente a explorar pensamientos y sentimientos y adquiere una comprensión del paciente, y el paciente explora los pensamientos y sentimientos asociados con problemas, desarrolla la capacidad de escucha y aumenta su percepción de la conducta personal” (Pág. 473). Las acciones que aplica el profesional de enfermería son: El trato del Paciente por su Nombre, Autenticidad, Es Concreto y Específico, Clarifica la Situación, Identifica y Manifiesta los Cambios Alcanzados.

Indicador Facilitación y Actuación: Según Berman, A., y otros (2008): “En ultimo termino el paciente debe tomar decisiones y actuar para convertirse en más efectivo. La responsabilidad de las acciones corresponde al paciente. La enfermera sin embargo, colabora con esas decisiones, proporciona soporte y puede ofrecer opciones o información” (Pág. 474). Las acciones que aplica el profesional de enfermería son: Establecer Objetivos, Evaluar Alterativas, Tomar Decisiones; estas acciones permiten al profesional de enfermería de guiar al paciente, proveerle información de ser necesario y le ofrecer alternativas tomando en cuenta que las decisiones finales las debe tomar el paciente asumiendo las consecuencias de las mismas.

Teniendo como cuarto objetivo identificar las herramientas que utiliza el profesional de enfermería en la fase de cierre de relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida, el estudio muestra:

Indicador Resumen de Logros Obtenidos: Según Berman, A., Snyder, S., Kozier, B y Erb, G. (2008): "Se pueden usar muchos métodos para terminar las relaciones. El resumen o la revisión del proceso pueden producir una sensación de logro"(Pág. 474). Las herramientas a utilizar por el profesional de enfermería son: Chequear Logros Obtenidos, Programar Seguimiento, Establecer Enlaces con otros Profesionales de Salud, Establecer Enlaces con Grupos de Apoyo; el profesional de enfermería ayuda al paciente con obesidad mórbida a producir una sensación de logro.

Indicador Posibles Actitudes Positivas en el Paciente, las cuales son: Agradecimiento, Aprecio, Duelo e Interiorización, Autonomía, Responsabilidad, Independencia Afectiva; y en el Indicador Descripción de Posibles Actitudes Negativas en el Paciente las cuales son: Negación, Agresividad, Hostilidad, Aislamiento, Regresión, Dependencia Emocional; durante la fase de cierre o resolución de la relación de ayuda, el paciente puede llegar a manifestar ciertas actitudes ante la inminente separación del profesional de enfermería con el cual estrecho un lazo. Esta actitud puede ser positiva o negativa y el profesional de enfermería debe estar preparado ante cualquiera de ellas para poder darle una respuesta óptima y que la relación no termine de forma indeseada.

En resumen, los resultados demuestran que en la fase de preinteracción de la relación de ayuda el profesional de enfermería realiza acciones de

forma adecuada, en la fase introductoria y en la fase de trabajo de relación de ayuda el profesional de enfermería si ejecuta acciones para aplicar una relación de ayuda adecuada presentando un déficit al ejecutar dichas acciones y la fase de cierre de relación de ayuda se presenta un déficit absoluto para utilizar herramientas e identificar actitudes positivas y negativas en el paciente, y por ende no se concluye con una satisfactoria relación de ayuda.

Dichos resultados demuestran que el profesional de enfermería en muchos casos no tiene posibilidad de realizar las acciones en la fase de cierre de la relación de ayuda con los pacientes a su cargo, agregando otros factores la jerarquía de poder en el equipo médico y las fallas de comunicación en todo el equipo de salud.

Recomendaciones

En base a los resultados de esta investigación las investigadoras realizan las siguientes recomendaciones:

- ✓ Hacer extensivo este estudio en otras unidades clínicas del Hospital Universitario de Caracas para que tomen en cuenta la importancia de las fases de la relación de ayuda en pacientes con obesidad mórbida y así fomentar las acciones en la relación de ayuda.
- ✓ Sugerir la réplica de este estudio en otros centros de salud a nivel nacional para que tomar en cuenta de igual forma la importancia de las fases de la relación de ayuda.

- ✓ Informar a los profesionales de enfermería de las unidades clínicas Cirugía II y Cirugía IV de los resultados de esta investigación con fin de poner en práctica los correctivos correspondientes.
- ✓ Sugerir un programa de educación continua para los profesionales de enfermería del Hospital Universitario de Caracas de las unidades clínicas Cirugía II y Cirugía IV como parte de la capacitación del personal de salud.
- ✓ Incentivar a los profesionales de enfermería del Hospital Universitario de Caracas de las unidades clínicas Cirugía II y Cirugía IV al establecimiento de las fases de la relación de ayuda como parte del cuidado del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR, J., DE ANDRÉS, J., DE LEÓN, O., GÓMEZ, A. y MONTERO, A. (2001). **Tratado de anestesia y reanimación II**. [Libro en línea]. España. ARÁN. Disponible: https://books.google.co.ve/books?id=W3eIk22N_soC&pg=PA1792&dq=clasificacion+de+la+obesidad+morbida+segun+imc&hl=es&sa=X&ved=0CCoQ6AEwBGoVChMlOLNtOXCxwIVAYeCh1yTwXk#v=onepage&q=clasificacion%20de%20la%20obesidad%20morbida%20segun%20imc&f=false [Consulta: 2015, Agosto 24]
- ARIAS, F. (2006). **El proyecto de la Investigación**. 5ª Edición. Editorial Episteme. Caracas. Venezuela.
- AYELA, M. (2009). **Obesidad: problemas y soluciones**. [Libro en línea]. San Vicente (Alicante). Educa editorial club universitario. Disponible: https://books.google.co.ve/books?id=BStJiQqJIJ0C&pg=PA5&dq=manifestaciones+de+la+obesidad+morbida&hl=es-419&sa=X&ved=0CBoQ6AEwAWoVChMIm4fTu9nCxwIVw6YeCh1_LQnv#v=onepage&q=manifestaciones%20de%20la%20obesidad%20morbida&f=false [Consulta: 2015, Agosto 24]
- BALESTRINI, M. (2002). **Como se Elabora el proyecto de Investigación**. Sexta Edición. Editorial Consultores Asociados OBL. Caracas, Venezuela.
- BALTASAR, A. (2001). **Obesidad y cirugía**. [Libro en línea]. 2ª edición. España. ARÁN. Disponible: <https://books.google.co.ve/books?id=3XpacoK8H1sC&pg=PA47&dq=tratamiento+de+la+obesidad+morbida&hl=es&sa=X&ved=0CB8Q6>

AEwAmoVChMlmb_C3u3CxlVjJQeCh33GQLe#v=onepage&q=tratamiento%20de%20la%20obesidad%20morbida&f=false [Consulta: 2015, Agosto 24]

BASTOS, .A., GONZÁLEZ, R., MOLINERO, O. Y SALGUERO, A. (2005). **Obesidad, nutrición y actividad física**. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte.

BERMAN, A; SNYDER, S; KOZIER, B; y ERB, G. (2008). **Fundamentos de enfermería**. Vol. 1. 8ª Edición. Editorial Pearsa Prentice Hall. Madrid.

BRUSCO, A. (1997). **Apuntes de Realacion de Ayuda**. Editorial Sal Terrae. España.

CARDONA, D. (2014). **La Obesidad**. [Documento en línea]. Disponible: <https://prezi.com/1kyp9zt1kvme/la-obesidad/> [Consulta: 2015, Abril 20]

CIBANAL, L. y ARCE, M. (2009). **La relación enfermera-paciente**. [Libro en línea]. Colombia. Editorial Universidad de Antioquia. Disponible:<https://books.google.co.ve/books?id=VFZkM262C6lC&pg=PA113&dq=aceptacion+de+sentimientos+en+la+relacion+de+ayuda+en+enfermeria&hl=es419&sa=X&ei=TvJ0VbHgDsTfsASXm4PIC&ved=0CB8Q6AEwAg#v=onepage&q=aceptacion%20de%20sentimientos%20en%20la%20relacion%20de%20ayuda%20en%20enfermeria&f=false> [Consulta: 2015, JUNIO 07]

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE ENFERMERÍA EN VENEZUELA 2012. [Transcripción en línea]. Disponible: <http://www.fefp.us.es/documentos/02estudios/grados/enfermeria/codigo-deontologico-de-enfermeria.pdf> [Consulta: 2015, Agosto 09]

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
1999. (Gaceta Oficial N° 5.908). (Extraordinario), Febrero 19, 2009.

CORBACHO, M. (2014). **Haz Click y vive sano. Refugiarse en la comida no es la salida.** [Documento en línea]. Disponible:
<http://www.efesalud.com/noticias/maria-corbacho-tras-perder-50-kilos-refugiarse-en-la-comida-no-es-la-salida/corbachodos/>
[Consulta: 2014, Abril 20]

COSACOV, E. (2007). **Diccionario de términos técnicos de la psicología.** [Libro en línea]. 3era edición. Argentina. Editorial brujas.
Disponible:<https://books.google.co.ve/books?id=v5umU5ltpBsC&pg=PA87&dq=diccionario+de+psicologia+independencia&hl=es419&sa=X&ved=0CB8Q6AEwAmoVChMINGfisqFvglVyaKACH12GAB6#v=onepage&q=diccionario%20de%20psicologia%20independencia&f=false> [Consulta: 2015, Junio 15]

DE HERRERA, G; DE JARA, E; DE SUÁREZ, M; DE ROSAS, M; DE YÁNEZ, G; Y DE YÉPEZ, R. (s/a). **Manual de la Enfermería.** MMVIII Edición. Editorial Cultura, S.A. Madrid, España.

DORON, R y PAROT, F. (2008). **Diccionario AKAL de psicología.** [Libro en línea]. España. Ediciones AKAL. Disponible:
<https://books.google.co.ve/books?id=UKWPwux2JtYC&printsec=frontcover&dq=diccionario+de+psicologia&hl=es419&sa=X&ved=0CBMQ6AEwAGoVChMI5ojRsoGExglVMjOMCh2wXADs#v=onepage&q=diccionario%20de%20psicologia&f=false> [Consulta: 2015, Junio 10]

DU GAS, B., (2000). **Tratado de ENFERMERÍA Práctica.** 4ª.Edicion. Editorial MacGraw-Hill Interamericana. México.

- ENRIQUETA, M., SEIJAS, M., ANTOR, M., (2013). **Primer congreso venezolano de tratamiento del paciente bariátrico**. Tomo I. Nutrición y Psicología. Caracas. Venezuela.
- FERNÁNDEZ, R. (2009). “**Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: Análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso**”.
- HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C., y BAPTISTA, P. (2006). **Metodología de la Investigación**. 4ª Edición. Editorial MacGraw-Hill Interamericana. México. D.F.
- HURTADO, J. (2000). **Metodología de la Investigación Holística**. 3ª Edición. Editorial Fundación Sypal. Caracas. Venezuela.
- HOGG, M. y VAUGHAN, G. (2010). **Psicología social**. [Libro en línea]. 5ta edición. Madrid. Editorial medica panamericana. Disponible:<https://books.google.co.ve/books?id=7crhnqbQIR4C&pg=PA148&dq=actitud+segun+allport&hl=es419&sa=X&ved=0CBMQ6AEwAGoVChMlkqyzp4GNxglV6mOMCh1UAgAD#v=onepage&q=actitud%20segun%20allport&f=false> [Consulta: 2015, Junio 13]
- IBÁÑEZ, T., BOTELLA, M., DOMENECH, M., FELIU, J., MARTÍNEZ, L., PALLÍ, C., PUJAL, M. y TIRADO, F. (2004). **Introducción a la psicología**. [Libro en línea]. 1ra edición. Barcelona. Editorial UOC. Disponible:<https://books.google.co.ve/books?id=n33QfqZa9YC&pg=PA188&dq=psicologia+definici%C3%B3n+de+actitud&hl=es419&sa=X&ved=0CBUQ6AEwAGoVChMlXlqOI4NxglVCtKACH2CagBS#v=onepage&q=psicologia%20definici%C3%B3n%20de%20actitud&f=false> [Consulta: 2015, Junio 13]

LUCENA, S. Y KHAOIME, A. (2008). “**Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes obesos en preoperatorio y postoperatorio de bypass gástrico. Caso práctico: Consulta Externa del Hospital Universitario Dr. Luís Razetti de Barcelona, Estado Anzoátegui**”.

MADRID, J. (2004). **Los procesos de Relación de Ayuda**. Editorial Desclee de Brouwer. España.

MAITA, YESSICA; PATINEZ, OLENKA Y SOTO RAQUEL. (2012). “**Relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con la familia de la enferma con cáncer de mama en la unidad clínica de mama del instituto oncológico Dr. Luis Rasetti**”. **Segundo semestre del 2012**. Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Licenciado en Enfermería. Escuela de Enfermería, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

MARTÍNEZ GUSTAVO. (2012). “**Relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con la enferma mastectomizada en la unidad clínica de patología mamaria en el instituto de oncología Dr. Luis Razetti. San José de Cotiza. Primer trimestre de 2012**”. Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Licenciado en Enfermería. Escuela de Enfermería, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

MARRIENER, A., y RAILE, M., (2003) **Modelos y teorías en enfermería**. Editorial Elsevier Science. Madrid.

MORENO, B., ÁLVAREZ, J. Y MORENO, S. (2000). **Obesidad: la epidemia del siglo XXI**. [Libro en línea]. 2ª edición. Díaz de Santos.

Disponible:<https://books.google.co.ve/books?id=mLj0qJkQ3fwC&pg=PA474&dq=clasificacion+de+la+obesidad+morbida&hl=es&sa=X&>

[ved=0CDUQ6AEwBWoVChMI4p-vj9_CxwIVSCweCh1MCwLe#v=onepage&q=clasificacion%20de%20la%20obesidad%20morbida&f=false](https://books.google.co.ve/books?ved=0CDUQ6AEwBWoVChMI4p-vj9_CxwIVSCweCh1MCwLe#v=onepage&q=clasificacion%20de%20la%20obesidad%20morbida&f=false) [Consulta: 2015, Agosto 24].

MUSITO, G., HERRERO J., CANTERA, L., y MONTENEGRO, M. (2004). **Introducción a la psicología comunitaria**. [Libro en línea]. Primera edición. Barcelona. Editorial UOC. Disponible: https://books.google.co.ve/books?id=jMQSEPBlkC&pg=PA220&dq=grupos+de+ayuda&hl=es419&sa=X&ved=0CBgQ6AEwAWoVChMI0Ye2q_bgxgIVhDICh3z0Qu0#v=onepage&q=grupos%20de%20ayuda&f=false [Consulta: 2015, Julio 16].

LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA. (Gaceta oficial N° 38.263). (2005, Septiembre 01). [Transcripción en línea]. Disponible: <http://actualidadlaboral.com.ve/admini/wpcontent/uploads/Ley%20del%20Ejercicio%20Profesional%20de%20la%20Enfermeria%20Gaceta%20Oficial%20N38263%20de%20fecha%201%20de%20septiembre%20de%202005.pdf> [Consulta: 2015, Agosto 09].

LEY ORGÁNICA DE SALUD. (Gaceta oficial N° 36.579) (1998, Noviembre 11). [Transcripción en línea]. Disponible: <http://www.fundaribas.gob.ve/paginaweb/pdf/salud.pdf> [Consulta: 2015, Agosto 09].

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (2015). **Obesidad y Sobrepeso**. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> [Consulta: 2015, Mayo 31].

RAMÍREZ, ELIARIS Y TIRADO ANNYS. (2012). “**Desempeño del profesional de enfermería al establecer relación de ayuda hacia los padres de pacientes pediátricos recluidos en la unidad de cuidados intensivos del Dr. Xavier Mugarras del hospital J.M de**

los Ríos en el segundo trimestres del año 2012”. Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Licenciado en Enfermería. Escuela de Enfermería, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

RIOPELLE, L; GRONDIN, L Y PHANEUF, M. (2003). **Cuidados de Enfermería**. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Editorial Interamericana Ms Graw – Hill. Madrid, España.

RÍOS, V. (2013). **Reducción de la obesidad infantil a través del componente de nutrición de una iniciativa de Escuela Promotor de Salud**. Volumen 5, México [Documento en línea]. Disponible: <http://www.scielo.org/pdf/spm/v55s3/v55s3a10.pdf> [Consulta: 2015, Abril 15]

TAMAYO y TAMAYO, M. (1995). **EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**. 3ª Edición. Editorial Limusa, S.A de C.V. grupo Noriega editores. México, D.F.

TAMAYO y TAMAYO, M. (2001). **El proceso de la investigación científica**. 3ª Edición. Editorial Limusa. México.

VILLAR, F. (2009). **Discapacidad, Dependencia y Autonomía en la vejez**. [Libro en línea]. Primera edición. España. Editorial Aresta SC.

Disponible: <https://books.google.co.ve/books?id=rGx8QAKtX4C&pg=PA18&dq=definicion+de+dependencia+emocional&hl=es419&sa=X&ei=LMuiVdOfLsS5QGo0onIBw&ved=0CC4Q6AEwBQ#v=onepage&q=definicion%20de%20dependencia%20emocional&f=false>

[Consulta: 2015, Julio 12].

ANEXOS

ANEXO A
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



GUÍA DE OBSERVACIÓN
RELACIÓN DE AYUDA QUE ESTABLECE EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA EN LA
UNIDAD CLÍNICA CIRUGÍA II Y IV DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
CARACAS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2015

Tutor:
Aguilera, Alirio.

Autoras:
T.S.U. Márquez P. Keily
C.I.: 19.254.261
T.S.U. Torres L. Katerin
C.I.: 19.711.336

Caracas, 2015

PRESENTACIÓN

La presente guía de observación tiene como propósito determinar la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas.

El instrumento a continuación consta de un total de 44 ítems, en donde las alternativas son “**Si** y **NO**”, se marcará una alternativa por cada ítem.

Es preciso resaltar que la información obtenida, es de vital importancia para realizar la investigación, la cual se presentará en el Trabajo Especial de Grado exigido por la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela, para obtener el título de Licenciada en Enfermería.

GRACIAS

LAS AUTORAS

INSTRUCCIONES

1. Lea cuidadosamente cada ítem de la guía de observación antes de proceder a la observación.
2. Tome el tiempo necesario para analizar cada ítem.
3. Marque con una “**X**” la alternativa correcta según la observación ya realizada.
4. Tome el tiempo necesario para marcar cada ítem.
5. No deje ningún ítem sin marcar.

GRACIAS

LAS AUTORAS

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Nº	Ítems	Observ. 1		Observ. 2		Observ. 3		Total	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
El profesional de enfermería en la recogida organizada de los datos, se asegura de revisar:		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Datos Personales.								
2	Datos Clínicos.								
3	Condición del Paciente.								
4	Evolución del Paciente.								
El profesional de enfermería en la apertura de la relación, se asegura de:		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
5	Presentarse con el paciente.								
6	Establecer Aceptación.								
7	Ponerse en el lugar del Paciente.								
El profesional de enfermería para aclarar el problema, se asegura de:		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
8	Escucha Activa.								
9	Utilizar el Silencio.								
10	Proporcionar Indicaciones Generales e Información.								
11	Hacer propuestas concretas y directas.								
12	Formular preguntas Abiertas								

13	Formular preguntas Cerradas.								
14	Recapitular.								
15	Parafrasear.								
16	Aclarar.								
17	Establecer alternativas consensuadas.								
18	Ofrecer Ayuda.								
19	Centrarse en la situación actual.								
20	Resumir.								
El profesional de enfermería en la exploración y comprensión de los pensamientos y sentimientos, utiliza:		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
21	El trato del paciente por su nombre.								
22	Autenticidad.								
23	Es concreto y específico.								
24	Clarifica la situación.								
25	Identifica y manifiesta los cambios alcanzados.								
El profesional de enfermería en la facilitación y actuación interviene en:		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
26	Establecer Objetivos.								
27	Evaluar alternativas.								
28	Tomar Decisiones.								
El profesional de enfermería en									

el resumen de logros obtenidos se asegura de:		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
29	Chequear Logros Obtenidos.								
30	Programar Seguimiento.								
31	Establecer enlaces con otros profesionales de salud.								
32	Establecer enlaces con grupos de apoyo.								
El profesional de enfermería en posibles actitudes positivas en el paciente, identifica:		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
33	Agradecimiento.								
34	Aprecio.								
35	Duelo e interiorización.								
36	Autonomía.								
37	Responsabilidad.								
38	Independencia afectiva.								
El profesional de enfermería en posibles actitudes negativas en el paciente, identifica:		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
39	Negación.								
40	Agresividad.								
41	Hostilidad.								
42	Aislamiento.								
43	Regresión.								
44	Dependencia emocional.								

ANEXO B
CERTIFICADOS DE VALIDEZ



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA



CERTIFICADO DE VALIDEZ

Yo, Marling Bello en mi carácter de experto (a) en: Psicología, manifiesto que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que desarrollan las Técnicas Superiores en Enfermería: **Márquez P. Keily C.I.: 19.254.261** y **Torres L. Katerin C.I.: 19.711.336**, en su Trabajo Especial de Grado, cuyo título es: **Relación de ayuda que establece el profesional de enfermería en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica de cirugía II y IV en el Hospital Universitario de Caracas en el primer semestre del 2015**. El mismo cumple con los requisitos de claridad, precisión, redacción y comprensión de los ítems formulados y puede ser sometido a confiabilidad.

Caracas, a los 15 días del mes de Julio del 2015.

Firma: Marling Bello
C.I.: 10.309.656



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



CERTIFICADO DE VALIDEZ

Yo, Lilvia I. Betancourt en mi carácter de experto (a) en: Docente de Investigación A manifiesto que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que desarrollan las Técnicas Superiores en Enfermería: Márquez P. Keily C.I.: 19.254.261 y Torres L. Katerin C.I.: 19.711.336, en su Trabajo Especial de Grado, cuyo título es: **Relación de ayuda que establece el profesional de enfermería en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica de cirugía II y IV en el Hospital Universitario de Caracas en el primer semestre del 2015.** El mismo cumple con los requisitos de claridad, precisión, redacción y comprensión de los ítems formulados y puede ser sometido a confiabilidad.

Caracas, a los 15 días del mes de Julio del 2015.

Firma: Lilvia I. Betancourt
C.I.: 1267326



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



CERTIFICADO DE VALIDEZ

Yo, Eva Elena Suárez, en mi carácter de experto (a) en: Ética en Enfermería, manifiesto que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que desarrollan las Técnicas Superiores en Enfermería: **Márquez P. Kelly C.I.: 19.254.261** y **Torres L. Katerin C.I.: 19.711.336**, en su Trabajo Especial de Grado, cuyo título es: **Relación de ayuda que establece el profesional de enfermería en pacientes con obesidad mórbida en la unidad clínica de cirugía II y IV en el Hospital Universitario de Caracas en el primer semestre del 2015**. El mismo cumple con los requisitos de claridad, precisión, redacción y comprensión de los ítems formulados y puede ser sometido a confiabilidad.

Caracas, a los 15 días del mes de Julio del 2015.

Firma: Eva Elena Suárez
C.I: 1845769

ANEXO C
DATOS DE LA CONFIABILIDAD

DATOS DE LA CONFIABILIDAD
CONFIABILIDAD ENTRE OBSERVADORES

Ítems	1º P	2º P	3º P	4º P	5º P	6º P	7º P	8º P	9º P	10º P	Total	
											A	D
1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
5	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	0	10
6	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	0	10
7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
9	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	0	10
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
14	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
15	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0

16	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
17	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	0	10
18	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
19	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
20	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
21	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
22	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
23	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
24	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
25	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
26	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
27	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
28	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
29	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
30	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
31	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
32	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
33	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
34	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	0	10

35	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
36	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	0	10
37	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
38	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
39	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
40	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
41	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
42	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
43	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
44	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
P: Profesional. A: Acuerdo. D: Desacuerdo.											380	60

Ao = Confiabilidad entre observadores o el grado de acuerdo en Interobservadores.

$$\text{Fórmula: } Ao = \frac{Ia}{Ia + Id}$$

Ia = Es el número total de acuerdo entre observadores.

Id = Es el número total de desacuerdo entre observadores.

Donde se sustituye: $Ao = \frac{380}{380 + 60} = 0.86$ el instrumento es confiable.

$$380 + 60$$