



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

**PERCEPCIÓN Y EXPECTATIVAS DE LOS
FAMILIARES SOBRE LA ATENCION DE
ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS**

INTENSIVOS – PIURA, 2016

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO
EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

Lic. ANA PATRICIA GASTELO VILLANUEVA

ASESORA:

Mgtr. SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO

PIURA - PERÚ

2017

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Dra. Nelly Teresa Condor Heredia

Presidente

Dra. Juana René Aranda Sánchez

Secretaria

Mgtr. Nancy Patricia Mendoza Giusti

Miembro

Mgtr. Sonia Aleida Rubio Rubio

Asesora

DEDICATORIA

A Dios, a mis padres: Germán que desde el cielo me acompaña y a mi madre Soledad por brindarme sus sabios consejos.

A mis hijos Julio y Javier por ser los motores que me impulsan a conseguir nuevas metas

A mi esposo Julio por su apoyo constante y su ayuda incondicional

ANA PATRICIA

AGRADECIMIENTO

A Mgtr. Sonia Rubio por su asesoramiento, dedicación y apoyo constante para poder hacer realidad este informe de tesis.

A todos los familiares de los pacientes hospitalizados en U.C.I. que, a pesar de su situación difícil, hicieron posible realizar esta investigación, en calidad de entrevistados.

ANA PATRICIA

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo conocer la percepción de los familiares sobre la Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), así como las expectativas que tienen respecto a dicha Atención. Este estudio fue de tipo cualitativo, que utilizó el método historia de vida. La muestra estuvo conformada por 8 familiares de personas hospitalizadas, prefiriendo familiares más cercanos a las que se les formuló las preguntas norteadoras, ¿Cuál es su percepción y expectativas sobre la Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos? El análisis y procesamiento de los datos se inició después de la transcripción de cada entrevista, posteriormente se establecieron cinco categorías, llegándose las siguientes conclusiones: Cada familiar tiene una percepción diferente respecto a la Atención de Enfermería ligado a las experiencias que le tocó vivir. Todos los cuidados en una Unidad crítica se centran en el paciente, y se ha olvidado que esta persona forma parte de una unidad familiar, la cual se ve muy afectada por lo que se debe considerar también a la familia como un sujeto de cuidados. Las necesidades básicas expresadas por los familiares se refieren a flexibilidad en los horarios de visitas, mayor información, participación activa en el cuidado y también expresaron sus necesidades de apoyo emocional y comunicación empática para sobrellevar esos difíciles momentos.

Palabras claves: Atención de Enfermería, Familiares, Percepción, UCI.

ABSTRACT

The present research had as objective to know the perception of the relatives on the Nursing Care in the Intensive Care Unit (ICU), as well as the expectations that have with respect to this Attention. This study was of a qualitative type, which used the life history method. The sample consisted of 8 relatives of hospitalized people, preferring relatives who were asked the guiding questions, what is their perception and expectations about Nursing Care in the Intensive Care Unit? The analysis and processing of the data was started after the transcription of each interview, later five categories were established, arriving the following conclusions: Each family member has a different perception regarding Nursing Care linked to the experiences that he had to live. All care in a Critical Unit focuses on the patient, and has forgotten that this person is part of a family unit, which is greatly affected by what should also be considered the family as a care subject. The basic needs expressed by family members refer to flexibility in visiting schedules, increased information, active participation in care and also expressed their needs for emotional support and empathic communication to cope with those difficult moments.

Key words: Nursing Care, Family, Perception, ICU.

INDICE

	Pág.
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
2. INTRODUCCION	1
Problematización e importancia.....	3
Objeto de estudio.....	4
Pregunta norteadora.....	4
Objetivos del estudio.....	4
Justificación y relevancia del estudio.....	5
3. REFERENCIAL TEÓRICO - CONCEPTUAL	7
2.1 Antecedentes.....	7
2.2 Referencial teórico.....	11
III. METODOLOGIA	28
3.1 Tipo de investigación.....	28
3.2 Método de investigación.....	28
3.3 Sujetos de la investigación.....	32 ..
3.4 Escenario de estudio.....	33
3.5 Procedimiento de recolección de datos cualitativos:	34
- Técnicas de recolección de datos.....	34
- Procesamiento de datos.....	39
3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico.....	41 ..
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44
4.1 Presentación de resultados.....	44
4.2 Análisis y discusión de resultados.....	44
V. CONSIDERACIONES FINALES	76
Referencias bibliográficas	78
Anexos	86

I. INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un área que alberga paciente en estado crítico, con inestabilidad hemodinámica es decir con alteración de uno o más sistemas importantes, que lo podrían llevar a un desenlace fatal. Las personas que logran estabilizarse necesitan pasar a otras unidades críticas como son las salas de cuidados Intermedios para completar los tratamientos de las diferentes patologías.

La UCI. del Hospital “José Cayetano Heredia”, no es ajena a esta realidad y la morbimortalidad es bastante alta (27%) teniendo como principal causa de morbi mortalidad las alteraciones del sistema respiratorio. El equipo multidisciplinario que labora en esta área realiza un arduo trabajo, muchas veces sin resultados positivos, lo que desmotiva muchas veces al personal de enfermería.

La práctica profesional de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) despierta reflexiones en los profesionales que laboran en esta área sobre las experiencias en este peculiar ambiente, para la atención de pacientes graves donde la accesibilidad a los familiares es casi imposible y la gran cantidad de equipos dejan poco perceptible al ser humano que ahí se encuentra.

Uno de los puntos que surge como significativos son las vivencias sobre la atención de enfermería de parte de los familiares de los pacientes hospitalizados, el cual es tema de este estudio: ¿Cómo perciben los familiares la atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos y Qué expectativas tiene con respecto al trabajo de Enfermería en esta Área?

El interés en esta temática como enfermeras nos permitió escuchar las experiencias de los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, para quienes el hospital resultó ser un lugar hostil, en donde se encuentran solos, asustados, con miedo, donde deben adaptarse a un medio extraño y a un lenguaje especializado, e incluso se encuentran en ciudades y hospitales desconocidos,

dependiendo de personas la que no conocen y enfrentándose a problemas que no comprenden (1).

En la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional “José Cayetano Heredia” la participación de los familiares es bastante restringida, ya que desde que ingresa el paciente a la Unidad, ellos quedan en la sala de espera, que no cuenta con el espacio, ni la comodidad necesaria para albergar a los familiares en las largas horas de espera. En este hospital no existen reglamentos para albergar a familiares que vienen de lugares alejados de la ciudad y que no cuentan con los recursos económicos necesarios para pagar un alojamiento, pernoctando en las salas de espera del servicio de Emergencia.

El informe médico que reciben es de breve duración y es impartida por el médico de turno, a veces empleando terminología poco comprensible para los familiares, teniendo en cuenta al hospital acuden personas de diferente nivel cultural y social. La hora de visita es de corta duración (por la tarde) y se suspende si hay algún procedimiento invasivo que realizar o algún ingreso de pacientes.

La enfermera Intensivista por protocolo del servicio casi siempre está cubierta por un mandilón protector, mascarilla y gorro y la comunicación con el familiar es muy breve, y se limita a monosílabos o a frases de “consuelo” ya que por política del servicio las enfermeras no deben informar sobre el diagnóstico y pronóstico de los pacientes; para evitar problemas legales posteriores.

Poco a poco la Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos se está centrando solo en procedimientos mayormente invasivos y la comunicación se ha visto relegada a respuestas muy breves o monosílabas. Para las enfermeras la información se centra en los cambios biológicos, pero los familiares reivindican que los problemas tienen también facetas psicológicas, sociales y culturales (2).

El ingreso de una persona enferma en una unidad de cuidados intensivos (UCI), supone una barrera física y psicológica en la vida de interrelación familia-paciente.

El aislamiento del enfermo respecto de la familia tiene repercusiones para ambos y de forma indirecta influye también negativamente en el sistema. Sobre la familia se produce un aumento de los niveles de ansiedad (3).

Las UCI. suelen ser espacios donde la tecnología y la efectividad práctica predominan sobre las relaciones personales y la calidad humana. Tradicionalmente, todos los cuidados se han centrado en el paciente, y se ha olvidado que esta forma parte de una unidad familiar, por lo que para prestarle unos cuidados integrales se debe considerar también que su familia es un sujeto de cuidados (4).

En la actualidad la familia juega un rol importante en la satisfacción de necesidades para la recuperación del paciente en las unidades críticas y la tendencia actual es tener una política de visita más abierta, con el fin de incluir a la familia en los cuidados del paciente crítico y de proporcionarle unos cuidados integrales, en función de sus necesidades (5).

Las enfermeras Intensivistas del Hospital José Cayetano Heredia coinciden en que los familiares son la mayor fuente de apoyo social y personal de que disponen los individuos. La persona que dispone de un sistema de apoyo familiar efectivo soporta mejor cualquier situación de crisis, también la enfermedad (6), pero también debemos reconocer que la enfermera intensivista del Hospital “José Cayetano Heredia” prefieren trabajar sin la presencia de familiares, para evitar la “presión “de los mismos, por lo que muchas veces es la enfermera la que solicita a vigilancia desalojar a los familiares visitantes.

Por lo antes mencionado la familia debe tener una participación más activa en la Unidad de Cuidados Intensivos y no ser las personas que están “detrás de la puerta” esperando algún informe sobre su paciente y fiscalizando las labores que ahí se desarrollan. También se tiene la inquietud de saber ¿cómo perciben los familiares la Atención de Enfermería según su experiencia y si confían que la atención sea adecuada y oportuna en la recuperación de su paciente?

A partir de esa problemática se define como:

Objeto de estudio la Percepción y expectativas de los familiares sobre los cuidados de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital José Cayetano Heredia- Piura- 2016.

En ese sentido, se formula las preguntas norteadoras, como vertiente del estudio:

¿Qué piensan los familiares sobre la Atención de Enfermería brindada en las Áreas de Cuidados Intensivos?

¿Qué expectativas tienen los familiares sobre la Atención de Enfermería, cuando se indica hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos?

Con base en esos cuestionamientos es que formulamos los siguientes objetivos:

- Determinar la percepción de los familiares sobre la Atención de Enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos
- Identificar las expectativas de los familiares sobre la Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos.

La Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional “Cayetano Heredia” es una Unidad Crítica general que alberga pacientes en estado crítico de cualquier etapa de la vida. El personal médico y de enfermería cuentan con la especialidad en Cuidados intensivos y reciben capacitación constante a través de cursos y congresos de actualización, por lo que están debidamente calificados para dar atención adecuada y oportuna a los pacientes críticamente enfermos y con riesgo de perder la vida.

La Unidad (UCI) es un área del Hospital cerrada que cuenta con cinco camas y el personal especializado que ahí labora, se dedica a realizar un trabajo de monitoreo continuo y constante que permitan la estabilización de los pacientes críticos mediante una serie de procedimientos invasivos y no invasivos.

El personal de enfermería al estar tan concentrada en la inestabilidad del paciente se “olvida” de los familiares (padres, esposos e hijos) de los pacientes, los cuales permanecen detrás de la puerta, pasando largas horas de incertidumbre con respecto a la situación de salud del paciente, a lo cual se agrega que hay momentos en que son

desalojados por personal de vigilancia, según los reglamentos establecidos en el Hospital.

La enfermedad de uno de los miembros de la familia afecta la dinámica familiar, tanto en la familia nuclear como la extensa, especialmente cuando la duración de la enfermedad es prolongada (7), sin embargo, La familia en la UCI está muy relegada y solo se les solicita cuando se tiene que firmar alguna autorización para algún procedimiento, para lo cual la enfermera o el médico le informa en forma breve y rápida y se les insta a “firmar” en forma rápida varios papeles que no alcanza a leer.

Tenemos que tener en cuenta que por más comprometida que este la salud del paciente él y sus familiares tienen el derecho de decidir la conducta que van a seguir. La asistencia consiste en “dar la atención adecuada al enfermo, que le lleve a tener la mejor calidad de vida posible y que le permita llegar al desenlace final de su proceso en una situación de comprensión y ayuda, respondiendo de forma profesional a las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales, dando prioridad a los objetivos del propio enfermo, tanto por parte de los profesionales como de su familia” (8)

La relación entre las enfermeras y los familiares es superficial y la comunicación muy limitada, por lo que los familiares muchas veces no identifican a las enfermeras encargadas del cuidado de su paciente. “Algunas restricciones en la compañía familiar son impuestas en la UCI. tomando como pretexto los efectos de esta emoción sentida por los pacientes sobre algunos sistemas corporales” (7).

Los familiares casi siempre realizan sus reclamos por la falta de informe de parte del médico y expresan su desacuerdo por algunas actividades de Enfermería como el baño diario, someter al paciente a medios físicos para bajar la temperatura, el aire acondicionado o el tener a los pacientes semi desnudos, con la finalidad de mantener una temperatura adecuada etc.

El presente estudio permitió conocer la percepción que tienen los familiares respecto al cuidado de Enfermería y qué expectativas tiene al respecto, lo cual contribuirá a establecer protocolos y guías para establecer una mayor participación de los familiares en horarios debidamente programados.

Este estudio también pretende que el servicio de UCI. adopte medidas a fin de que los familiares conozcan a las enfermeras encargadas de la atención del paciente, y se establezca una mejor relación, aumentando de esta manera la confianza en el cuidado impartido, lo que redundará en la recuperación de los pacientes.

La presente investigación también sirve para que todas las Áreas de pacientes críticos (UCI, UCIN, UCE y UVI) tomen más en cuenta la participación activa de los familiares mientras dure su estancia en el Hospital y se estreche la relación enfermera-Familia.

II. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Investigación actual en el ámbito extranjero

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

Algarbe S. et. al. (9), Necesidades de las familias de pacientes internados en la unidad de terapia intensiva de adultos. Estudio realizado en el Sanatorio Allende S.A. de la ciudad de Córdoba, durante el período Julio – Septiembre 2010. El objetivo de esta investigación es: Conocer las necesidades de los familiares de los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva de Adultos, para ello se eligió realizar un Informe de Investigación de Tipo Descriptivo y Transversal, tomando la información de fuente primaria, en donde fue entrevistado un familiar por cada paciente, se utilizó la técnica de encuesta cuyo instrumento sería una cedula de entrevista. Por lo tanto, de acuerdo al orden de importancia de las necesidades de los familiares serian: necesidad de participación en los cuidados del familiar; necesidad de información; necesidad de seguridad y confianza y por último comodidad y confort.

Ramírez C. et al. (10), Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos Bogotá, Colombia. El objetivo es describir y correlacionar la percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería que tienen los pacientes y el personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Es un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 122 usuarios hospitalizados, 13 enfermeros profesionales y 13 auxiliares de enfermería. Las conclusiones permiten establecer la existencia de una correlación positiva en las categorías de: ser accesible, monitorea y hace seguimiento, y mantiene relación de confianza; se observó una correlación

negativa en dos categorías: explica y facilita y se anticipa, lo cual permite establecer que existen cuatro categorías en las que se encontró que existía coincidencia entre los pacientes y el personal de enfermería; y dos de ellas mostraron diferencia.

Uribe M, et al. (11), Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular Universidad de Antioquia - Facultad de Enfermería 2004. La investigación utilizó Fue retrospectivo, interpretativo y fenomenológico. Se consideraron los sentimientos de los familiares. Permitió comprender el gran aprecio por el familiar enfermo, los pacientes manifestaron lo poco que fueron tenidos en cuenta y expresaban espontáneamente temor y tristeza. Los sentimientos se reviven a pesar del tiempo. Sus expectativas fueron de esperanza y percepción de muerte. La mayoría estaban satisfechas por la forma como cuidaban a su familiar enfermo; expresaron lo bien que se sintieron por el espacio brindado para comentar sus experiencias. Se propone la “alfabetización emocional” para el personal que participa en el proceso y su intervención con los familiares.

Mendoza R, et al. (12), Percepción sobre la atención de enfermería en una unidad de cuidados intensivos- Hospital de segundo nivel de atención de seguridad social de San Luis Potosí- México. Estudio cualitativo en pacientes hospitalizados en la UCI. Se utilizó una cédula sociodemográfica, entrevista semiestructurada y diario de campo. El análisis de la información fue cualitativo-temático. Resultados: surgieron cuatro dimensiones: 1) el significado que se le da a la UCI. 2) la experiencia con el trato humano de enfermería, 3) percepción del estado de salud y 4) percepción sobre el cuidado enfermero recibido. Los pacientes percibieron la UCI como un lugar atemorizante, inseguro, indeseable, en el cual surgen aspectos decisivos, como la atención otorgada por el personal de enfermería y el nivel de confianza y seguridad inspirada, lo cual establece la diferencia entre una experiencia positiva o negativa. A partir de lo anterior se espera: a) fomentar la comprensión del proceso salud enfermedad en el paciente crítico por parte

del personal de enfermería, b) reafirmar el valor moral de enfermería en la protección, mejora y preservación de la dignidad humana, y c) favorecer un cuidado de enfermería humanizado, al comprender los efectos de la enfermedad y el sufrimiento como experiencia vivida por seres humanos.

Investigación actual en el ámbito nacional

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

Franco R. (13), Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de Enfermería durante la Crisis Situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; 2003 Tesis para obtener el Título de Lic. en Enfermería. Los objetivos fueron: Determinar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional e identificar la percepción del familiar respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional. El método que se utilizó fue el descriptivo de corte transversal, tipo cuantitativo. La población estuvo conformada por 24 familiares de los pacientes de la UCI. La técnica fue la entrevista y el instrumento la escala modificada de lickert. Los resultados fueron que el 37.5% (9) refirieron una percepción favorable, 33.3% (8) desfavorable, y 29.2% (7) indiferente. Ello está referido a que las enfermeras no orientan a la familia sobre la forma de hacer frente a los sentimientos de angustia.

Reyes M.et al. (14), Percepción de los familiares del paciente crítico acerca del apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. El objetivo del estudio fue: Determinar la percepción de los familiares del paciente crítico sobre el apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos. El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 50 familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI. Se concluye que la percepción que tienen los familiares del

paciente crítico sobre el apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la UCI es favorable.

Ramírez J. et al. (15), Ética del cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del familiar cuidador del paciente en estado crítico HRDLM – 2012 Tesis para obtener el título de Lic. en enfermería, Chiclayo 2013. La presente investigación es de tipo cualitativa descriptiva y tuvo como objetivos identificar, describir y analizar la ética del cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del familiar cuidador del paciente en estado crítico. Se utilizó como instrumento de recolección de datos, la entrevista semi-estructurada a profundidad con una saturación de 6 sujetos de investigación. Los criterios de inclusión fueron los familiares directos, tener un tiempo mayor de 48 horas de hospitalizado en el servicio y ser mayor de 18 años. Las consideraciones finales fueron, que el profesional de enfermería hace uso de la ética del cuidado donde desarrolla la comprensión del otro ser que necesita ser cuidado a base de principios y valores morales. Pero en la actualidad no todos los profesionales de enfermería ponen en práctica dicha características cayendo así en formas de no cuidado.

Navarro J. (16), Percepción de los padres acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera al recién nacido. Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión- Setiembre 2012. Facultad de Obstetricia y Enfermería, Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú. El estudio tuvo como objetivo general determinar la percepción de los padres acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera al recién nacido en la UCIN. El estudio fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, prospectivo, de corte transversal. La población en promedio mensual constó de 74 padres de familia, cuya muestra estuvo conformada por 60 padres de familia que tuvieron a sus bebés hospitalizados en el servicio de UCIN. del HNDAC en setiembre de 2012. En las conclusiones La percepción de los padres acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera al recién nacido es favorable.

Investigación actual en nuestro ámbito

Vílchez M. (17), Vivencia de familiares de pacientes que se encuentran en U.C.I: Una realidad por atender-Piura 2015. Tesis para obtener el grado de Magister en Ciencias de la Enfermería. Piura-Perú 2015. La presente investigación tuvo como objetivo conocer las vivencias de los familiares de pacientes que se encuentren en UCI del Hospital Santa Rosa, así como analizarlas; fue un estudio cualitativo que utilizó el método historia de vida, cuya muestra estuvo constituida por 08 adultos quienes fueron entrevistados. Concluyendo así que la familia del paciente que ingresa a la UCI experimenta sentimientos y reacciones emocionales de diferente intensidad, afrontan una crisis situacional de manera súbita ante la enfermedad de su pariente enfermo, requiriendo para ello de una intervención oportuna de la enfermera. La calidad de atención es percibida de regular a mala, las expectativas que tienen están relacionadas con las experiencias previas, y el nivel de conocimiento que tengan.

2.2.Referencial Teórico

Los trabajos realizados con este propósito ofrecen una base muy valiosa. Si bien es cierto que no existe un acuerdo entre las teóricas en la definición que ellas proponen de los conceptos, situación explicable por los diferentes fundamentos, orientaciones y enfoques que utilizan en sus respectivas teorías o modelos teóricos, se considera que es una tarea importante por hacer en la cual es evidente que se viene avanzando y se está enriqueciendo constantemente a la luz de los cambios sociales y políticos; por lo tanto, los profesionales de enfermería requieren mantener una ilustración actualizada sobre los cambios que ocurren y los enunciados que se proponen en los nuevos enfoques teóricos y las nuevas teorías de enfermería que se formulan(18).

Teoría del Cuidado Transpersonal y Cuidado Humano de Jean Watson

“Watson se apoya en gran medida en las ciencias y las humanidades, ofreciendo una orientación fenomenológica, existencial y espiritual. Reconoce el liderazgo filosófico e intelectual de la teoría feminista, la metafísica, la fenomenología, la física cuántica, las tradiciones de sabiduría, la filosofía perenne y el budismo. Además del conocimiento de la enfermería tradicional, como base para su teoría cita filosofías y teóricas de la enfermería como Nightingale, Henderson, Leininger, Peplau, Rogers y Newman, y la obra de Gadow, una enfermera filósofa y ética sanitaria”.

Principales Supuestos

“Watson pide unir la ciencia con las humanidades para que las enfermeras tengan un sólido fondo artístico liberal y entiendan otras culturas como requisito para utilizar la ciencia del cuidado y un marco mente-cuerpo-espiritual. Cree que el estudio de las humanidades amplía la mente y mejora las habilidades de pensamiento y el crecimiento personal. Watson compara el estado actual de la enfermería con el de las mitológicas Danaides, que intentaban llenar de agua una vasija rota, sólo para ver fluir el agua por las grietas. Hasta que la enfermería fusione teoría y práctica mediante el estudio combinado de las ciencias y las humanidades, Watson cree que se encontrarán grietas similares en la base científica del conocimiento de la enfermería. Más recientemente, Watson plantea afirmaciones para una relación de cuidado transpersonal que se extiende a profesionales multidisciplinares

- El compromiso moral, la intencionalidad y la conciencia caritas por la enfermera protegen, fomentan y potencian la dignidad humana, la integridad y la curación, permitiendo a la persona, por tanto, crear o cocrear su propio significado de la existencia
- La voluntad consciente de la enfermera ratifica la importancia subjetiva y espiritual del paciente mientras busca mantener el cuidado en medio de la amenaza y la desesperación, biológica, institucional u de otro tipo. El resultado es aceptar una relación Yo-Tú en vez de una relación Yo-Ello.

- La enfermera busca identificar, detectar con precisión y conectar con la condición interior del espíritu de otro a través de la presencia genuina y centrarse en el momento del cuidado las acciones, las palabras, las conductas, la cognición, el lenguaje corporal, los sentimientos, la intuición, los pensamientos, los sentidos, el campo de energía, etc. contribuyen a la conexión del cuidado transpersonal.
- La capacidad de la enfermera de conectar con otro a este nivel espíritu-espíritu transpersonal se traduce, a través de movimientos, gestos, expresiones faciales, procedimientos, información, tacto, sonido, expresiones verbales y otros medios científicos, técnicos, estéticos y humanos de comunicación, en arte/hechos humanos de enfermería o modalidades deliberadas de cuidado-curación.
- Las modalidades de cuidado-curación en el contexto de la conciencia transpersonal cuidado/caritas potencian la armonía, la integridad y la unidad del ser al liberar parte de la desarmonía, es decir, la energía bloqueada que interfiere en los procesos de curación naturales; por tanto, la enfermera ayuda a otro en este proceso para acceder al sanador interior, en el sentido pleno de la visión de enfermería de Nightingale.
- El desarrollo continuo personal y profesional, el crecimiento espiritual y la práctica espiritual personal ayudan a la enfermera a entrar en este nivel más profundo de la práctica de curación profesional que permite descubrir una condición transpersonal del mundo y una actualización más extensa de las «competencias ontológicas» necesarias en este nivel de práctica avanzada de la enfermería.
- La historia de la propia vida de la enfermera, las experiencias previas, las oportunidades para centrarse en el estudio, haber vivido a través o haber experimentado varias condiciones humanas y haber imaginado los sentimientos de los demás en varias circunstancias son maestros valiosos para este trabajo; hasta cierto punto, el conocimiento y la conciencia necesarios pue-den obtenerse a través del trabajo con otras culturas y el estudio de las humanidades (arte, drama, literatura, historia personal, narrativas de enfermedades, etc.), junto con el examen de los propios

valores, las creencias profundas y la relación con el yo, con los otros y con el mundo.

- Otros facilitadores son experiencias de crecimiento personal como la psicoterapia, la psicología transpersonal, la meditación, el trabajo bioenergético y otros modelos del despertar espiritual”.

“AFIRMACIONES TEÓRICAS

Enfermería

Según Watson, la palabra nurse es nombre y verbo. Para ella, la enfermería consiste en «cono-cimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión». Las enfermeras se interesan por entender la salud, la enfermedad y la experiencia humana, fomentar y restablecer la salud, y prevenir la enfermedad. Su teoría pide a las enfermeras que vayan más allá de los procedimientos, tareas y técnicas utilizados en la práctica, acuñados como el «estado» de la enfermería, en contraposición a la «esencia» de la enfermería, lo que significa que los aspectos de la relación enfermera-paciente se traducen en un resultado terapéutico incluido en el proceso de cuidado transpersonal. Utilizando los 10 factores de cuidado originales y evolucionados, la enfermera presta cuidados a varios pacientes. Cada factor de cuidado y, más recientemente, los procesos caritos clínicos, describen el proceso de cuidado de cómo el paciente alcanza o mantiene la salud o muere en paz. Por el contrario, Watson describe la curación como un término médico que se refiere a la eliminación de la enfermedad.

Con la evolución de la obra de Watson, ha aumentado su atención por el proceso de cuidado humano y los aspectos transpersonales de cuidado-curación en una relación de cuidado trans-personal. La evolución del trabajo de Watson continúa dejando explícito que los seres humanos no pueden ser tratados como objetos y no pueden ser separados del yo, de los otros, de la naturaleza y del universo, más extenso.

El paradigma cuidado- curación se sitúa dentro de una cosmología que es metafísica y trascendente con el ser humano que coevoluciona en el universo. Pide a los otros que se abran a la posibilidad y que guarden las afirmaciones del yo y de los otros, para volver a aprender, y «ver» utilizando todos los sentidos. El contexto exige un «sentido de reverencia y sacralización con respecto a la vida y a las cosas vivas. Incorpora tanto arte como ciencia, ya que ambos se redefinen, reconociendo una convergencia entre los dos».

Entre los metaparadigmas descritos por Jean Watson se puede resaltar: La persona, salud, entorno.

“Personalidad (ser humano)

Watson utiliza indistintamente los términos ser humano, persona, vida, personalidad y yo. Considera a la persona como «una unidad de mente/cuerpo/espíritu/naturaleza», y describe que la «personalidad va unida a las ideas de que el alma posee un cuerpo que no está confinado por el tiempo y el espacio objetivos...». Watson afirma: «Propongo utilizar la mente, el cuerpo, el alma o la unidad en una visión del mundo emergente en evolución-conexión de todo, conocida a veces como paradigma unitario transformador-holográfico del pensamiento. A menudo se considera dual porque utilizo las tres palabras “mente, cuerpo, alma”. Intencionada-mente hago connotaciones y dejo explícito espíritu/metafísico-silente en otros modelos».

.

Salud

Originalmente, la definición de Watson de salud derivaba de la Organización Mundial de la Salud: «El estado positivo del bienestar físico, mental y social, con la inclusión de tres elementos:

- a) Un alto nivel de funcionamiento global físico, mental y social;
- b) Un nivel general de adaptación-mantenimiento del funcionamiento diario,
- c) La ausencia de enfermedad (o la presencia de esfuerzos que conducen a su ausencia)».

Posteriormente definió salud como «unidad y armonía en la mente, el cuerpo y el alma»; se asocia con el «grado de congruencia entre el yo percibido y el yo experimentado». Watson afirmó, además: «Dolencia no es necesariamente enfermedad; [en su lugar] es una confusión o desarmonía subjetiva en el yo interior o el alma de una persona en cierto nivel de desarmonía en las esferas de la persona, por ejemplo, en la mente, el cuerpo y el alma, de forma consciente o inconsciente». «Si bien la dolencia puede producir una enfermedad, dolencia y salud son un fenómeno que no se ve necesariamente como un continuo. Los procesos de enfermedad pueden deberse a vulnerabilidades genéticas, constitucionales y manifestarse si existe una desarmonía. A su vez, la enfermedad crea más desarmonía».

Entorno

En los diez factores de cuidado originales, Watson habla del papel de la enfermera en el entorno como «atender los entornos de apoyo, protector y/o correctivo mental, físico, social y espiritual». En trabajos posteriores, describe que «los espacios de curación pueden usarse para ayudar a otros a superar la enfermedad, el dolor y el sufrimiento», y hace hincapié en que el entorno y la persona están conectados: «Cuando la enfermera entra en la habitación del paciente, se crea un campo magnético de expectativa». También tiene una visión amplia del entorno: «La ciencia del cuidado no es sólo para mantener la humanidad, sino que también es para mantener el planeta... Pertener a un mundo espiritual infinito de naturaleza y todas las cosas vivas; es el nexo fundamental entre humanidad y la propia vida, en el tiempo y el espacio, fronteras y nacionalidades».

Actualmente la teoría de Jean Watson constituye una guía para todo el personal de Enfermería que desea basar el cuidado que brinda en el cuidado Humanizado, propuesto por la teórica, permitiendo una interrelación más estrecha entre la enfermera y el paciente

“Diez factores de Cuidados Originales

1. Formación de un sistema humanístico-altruista de valores

Los valores humanísticos y altruistas se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de las enfermeras-educadores. Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.

2. Inculcación de la fe-esperanza

Este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico del cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera-paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas que buscan la salud.

3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás

El reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sus sentimientos, éstos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza

El desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino y auténtico.

La empatía es la capacidad para la experiencia y, por tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona y para comunicar aquellas comprensiones. La acogida no posesiva se manifiesta

con un volumen moderado del habla; una postura relajada, abierta, y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales.

5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos

El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones

El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como la ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a la sistematización y a la organización.

7. Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal

Este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente esté informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer oportunidades para su crecimiento personal.

8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual

Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como la comodidad, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables”.

9. Asistencia en la gratificación de las necesidades Humanas

La enfermera reconoce sus propias necesidades biofísicas, psicofísicas psicosociales e intrapersonales y las del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las de un rango superior. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de mayor rango, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor rango. La consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior. La autoactualización es una necesidad superior intrapersonal-interpersonal.

10. Permision de fuerzas existenciales-fenomenológicas

La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson considera que este factor es difícil de comprender. Se incluye para ofrecer una experiencia que estimule el pensamiento a una mejor comprensión de uno mismo y de los demás. Watson cree que la responsabilidad de las enfermeras tiene que ir más allá de los 10 factores de cuidado y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante las acciones preventivas de salud. Esta meta se alcanza enseñando cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo apoyo situacional, enseñando métodos de

resolución de problemas y reconociendo las capacidades de superación y la adaptación a la pérdida.

Consecuencias deducibles de la Teoría

La teoría de Watson continúa ofreciendo una orientación metafísica importante y útil para el suministro del cuidado enfermero. Los conceptos teóricos de Watson, como el conocimiento de uno mismo, las necesidades identificadas por el paciente, el proceso de cuidado y el sentido espiritual del ser humano pueden ayudar a las enfermeras y a sus pacientes a encontrar un significado y una armonía en un período de gran complejidad. El conocimiento rico y variado de la filosofía, el arte, las ciencias humanas y las ciencias tradicionales que caracteriza a Watson, unido a su gran capacidad para comunicarse, ha permitido que profesionales de numerosas disciplinas compartan y reconozcan su labor (19).

2.3. Referencial Conceptual

PERCEPCION

La percepción es definida como el “reconocimiento y comprensión de una impresión que se ha presentado a los sentidos. Proceso mental mediante el cual percibimos la realidad (20). La enfermedad golpea al enfermo y su familia y, ante ella, la perspectiva cambia, la percepción del tiempo se altera y la consideración de lo que es prioritario, importante o no varía totalmente (21).

La percepción se incluye en un concepto más amplio como es el procesamiento de la información, es decir, el conjunto de actividades a través de las cuales los estímulos que reciben los compradores se convierten en información y se almacenan. Dentro de este contexto la percepción puede entenderse como “un proceso complejo a través del cual los individuos seleccionamos, organizamos e interpretamos los estímulos sensoriales convirtiéndolos o transformándolos en imágenes dotadas de un significado.

Sus dos características básicas son la selectividad y la organización y ambas presiden el procesamiento de la información por parte de los consumidores que determinará posteriormente sus elecciones de productos y marcas”

La percepción le interesa a la psicología por ser, ante todo, una función mental, con múltiples manifestaciones en las capacidades y logros del individuo que tienen que ver con la detección, discriminación, comparación, reconocimiento e identificación de estímulos. Como en toda función mental, el tipo de relación entre sujeto y objeto que se establece en la percepción es bastante peculiar, más allá de lo que supondría la mera relación física de contacto por la que se entra en posesión de algo material; es lo que podríamos llamar una relación intencional, en el sentido preciso por el que se caracteriza todo acto o estado mental que tiene una referencia externa a él mismo (20).

La percepción se incluye en un concepto más amplio como es el procesamiento de la información, es decir, el conjunto de actividades a través de las cuales los estímulos que reciben los compradores se convierten en información y se almacenan. Dentro de este contexto la percepción puede entenderse como “un proceso complejo a través del cual los individuos seleccionamos, organizamos e interpretamos los estímulos sensoriales convirtiéndolos o transformándolos en imágenes dotadas de un significado (22).

Cuando hablamos de sensaciones designamos ciertas cualidades de un objeto que se captan a través de los sentidos, pero que no son, a su vez, partes individualizadas de ese objeto. A diferencia de la sensación, la percepción consiste en captar el objeto en su totalidad (23).

CUIDADO DE ENFERMERÍA

El cuidado implica un compromiso por parte del personal de enfermería, que los pacientes perciben en fenómenos relacionados con la asistencia, el manejo de tecnología, la capacidad para prevenir complicaciones, las conductas de

apoyo y las actitudes dirigidas a dignificar a otros en su condición humana y a proporcionar su crecimiento integral (24).

“En esta época de modernidad el profesional de enfermería se enfrenta a un reduccionismo biológico de la vida humana, a una ruptura en la que el cuerpo no es algo que la persona es, sino algo que ella tiene, un instrumento bajo el dominio de la ciencia y la técnica” (25). Principalmente en las unidades de cuidados intensivos es donde se puede visualizar que la persona queda reducida a una serie de alteraciones biológicas que hay que corregir. “La realidad corporal, la vida, la salud y la enfermedad se han convertido en cuestiones meramente técnicas quedando la persona cosificada y sujeta a criterios de eficiencia y utilidad. La vida humana se valora en términos de utilidad biológica, sólo es válida aquella que tiene cierta calidad, según unos parámetros: desde esta perspectiva, se ha perdido el valor fundamental de la vida” (25).

El cuidado de la salud de las personas es, por tanto, el objetivo principal y el fin de la profesión enfermera. Cuidar de la salud es lo que, a lo largo de toda la historia, ha configurado el quehacer enfermero. Ello ha hecho de esta acción básica toda una profesión, precisamente por la consideración tan valiosa del significado que tiene en la vida humana, la salud, la integridad, la dignidad, la autonomía, todo ello desde una consideración holística e integral del ser humano (26).

Es importante comprender que el deterioro multisistémico de un individuo lo pueden llevar a requerir atención especializada, las mismas que son ofertadas en las Unidades de Cuidados Intensivos. “La experiencia de enfermar se puede caracterizar como una experiencia de crisis, de ruptura; ésta hace referencia no solo a deterioro o decadencia sino a la transformación, la alteración y el cambio, a una metamorfosis radical de todo el ser personal: no solamente en lo que atañe al cuerpo sino de todo el conjunto estructural, en el orden psicológico, social e incluso espiritual” (25).

El profesional de enfermería juega un papel muy importante en las unidades de cuidado intensivo (UCI) para garantizar la calidad en la atención de los pacientes. Uno de los factores que inciden en esta calidad es la escasez del recurso humano de enfermería, por lo que se incrementa la carga de trabajo del personal presente. La atención del paciente crítico se ha convertido en un recurso sanitario convencional e imprescindible para dar cobertura a la alta frecuencia de procesos cardiovasculares y traumatismos, y a la alta demanda de atención urgente (26).

El Consejo Internacional de Enfermeras ha declarado que el cuidado de enfermería es una necesidad y un derecho universal. Es responsabilidad del profesional de enfermería orientar sus acciones para ayudar a mantener, proteger, y restaurar la salud, evitar las enfermedades, aliviar el sufrimiento y, en fin, ayudar a mantener la calidad de vida de las personas (21).

Escuchar constituye un parte principal del acto de cuidar, ya que permite al paciente enfermo y/o los familiares expresar todas sus dudas y temores así sus expectativas con respecto al cuidado que espera recibir. “Quien escucha a un enfermo debe generar una aproximación a través del tacto en señal de respeto y atención, al acariciar al paciente él entiende que se preocupan por él, precisamente porque es frágil necesita el contacto epidérmico de otro ser humano, de este modo no se siente sólo y abandonado” (25)

LA FAMILIA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

Cuando las familias interactúan con el sistema de salud generalmente están preocupadas por la falta e inconsistencia en la información que se les da. Las familias desean que se les proporcionen informes completos y verdaderos, pero en términos que puedan entender y en el momento en que los necesitan. Otra inconformidad de la familia se presenta cuando el personal del hospital no proporciona al enfermo una atención excelente desde el punto de vista técnico y con la misma calidad humana que ellos lo hacen en casa. Es decir,

la manera como se proporciona el cuidado al paciente es muy importante para la familia.

La satisfacción del paciente y familiar es una condición previa para el cuidado de calidad, donde se asume que una persona satisfecha cooperará más y demostrará una mayor conformidad a un tratamiento y, por consiguiente, regresará a solicitar atención nuevamente (27).

El tiempo que se les dedique a los familiares cuidadores para escucharlos y dar respuesta a sus necesidades de información es fundamental a fin de disminuir la ansiedad y la incertidumbre que presentan y mejorar el cuidado que se brinda en el hogar al enfermo (28).

Expectativa:

La expectativa es definida como la evaluación subjetiva de la probabilidad de alcanzar una meta concreta constituyendo una estructura de conocimiento basada en la experiencia que permite predecir la probabilidad de que se dé un acontecimiento o una consecuencia. En la anticipación de resultados están implícitas las evaluaciones subjetivas de la probabilidad de conseguir tal meta (29).

La principal expectativa de los familiares de pacientes que se encuentran en UCI, es que recobren pronto su salud y es por eso que cuando reciben informes contrarios a lo que esperan, desarrollan actitudes negativas con el personal e intolerancia con las normas propias del servicio.

Tener expectativas supone que el usuario puede categorizar e interpretar a partir de sus creencias, es decir, puede confirmar o no sus hipótesis. De acuerdo a esta postura, la satisfacción del cliente estará definida por la emoción que viene movilizadora por una comparación entre las expectativas del cliente y el servicio ofrecido por la organización (29).

Paciente crítico:

El denominador común de la asistencia al paciente crítico es su situación de gravedad real o potencial, y no su ubicación física (23).

La medicina del paciente en estado crítico tiene como base fundamental el proporcionarle una atención lo más efectiva posible, mediante una vigilancia muy estrecha de las funciones vitales con el objetivo de mantenerlas dentro de los límites más cercanos a la normalidad, o bien, revertir las alteraciones fisiológicas que se presenten durante su evolución (30).

Un paciente en estado crítico es aquél que presenta alteraciones vitales de uno o más órganos que ponen en peligro su vida y que ingresa a la unidad de cuidados intensivos (UCI) para ser objeto de monitoreo, reanimación, mantenimiento de constantes vitales y tratamiento definitivo (31).

En la enfermedad se mantiene la identidad y la intimidad, pero el modo de comprender la existencia y la vida se transforma. Cada ser humano padece y vive la enfermedad desde su subjetividad (25). El análisis de la mortalidad es, sin duda, un marcador importantísimo de la gravedad del paciente mortalidad y es reflejo de la actividad y de la calidad de la asistencia practicada. La enfermedad que motiva el ingreso en UCI, influye en la mortalidad del paciente crítico y la sepsis es uno de los motivos de ingreso en UCI más frecuentes, su tratamiento supone un porcentaje importante del presupuesto de la UCI, y se asocia a una elevada mortalidad (30).

“La enfermedad reduce la autonomía personal porque obliga a depender de otros cuando no se pueden realizar las funciones vitales; produce una sensación de impotencia y abatimiento; el paciente se da cuenta de que su cuerpo ya no es un instrumento que puede manejar a su arbitrio, sino que es un peso que cuesta arrastrar de un lado a otro y que centra todas las exigencias” (25).

Enfermería Intensiva:

La enfermería Intensiva constituye una especialidad dentro de la profesión de Enfermería y son las encargadas de brindar asistencia a pacientes con fallas multiorgánicas cuyo estado es crítico por lo que el riesgo de muerte es inminente “El profesional de enfermería vive una carga emocional y laboral que le afecta la forma de cuidar a los pacientes terminales y le puede causar pérdida del bienestar en la actividad profesional, hasta el desequilibrio emocional, en el que se experimenta desesperanza, depresión e incertidumbre”(25). La carga emocional que vive la enfermera intensivista es bastante alta, ya que a veces todos los grandes esfuerzos realizados y lo que conlleva largas horas de ardua labor, no se ven reflejados en la recuperación del paciente y en la satisfacción de los familiares, quienes muchas veces piensan o se quedan con la creencia que la atención brindada no fue la más adecuada.

En los últimos años se está tratando de implantar una nueva cultura de seguridad enfocada en la prevención, un cambio de actitud de todo el personal médico y paramédico que labora en los hospitales en general y en las UCI. en particular, cuyo objetivo primordial se basa en aplicar las mejores evidencias disponibles aceptadas a la práctica clínica por intermedio de la educación continua (31).

Vulnerabilidad

La experiencia de la vulnerabilidad está íntimamente arraigada en la humanidad. El ser humano es un ser vulnerable, radicalmente vulnerable, es decir desde su raíz (“radix”) más íntima. (...) El ser humano está expuesto a múltiples peligros: el peligro de enfermar, el peligro de ser agredido, el peligro de fracasar, el peligro de morir. Vivir humanamente significa, pues, vivir en la vulnerabilidad (32).

Se puede definir vulnerabilidad como la capacidad que posee la persona humana de experimentar emociones, como rabia, dolor, impotencia, sorpresa y miedo. Constituye la doble posibilidad inherente a la acción humana de causar mal, es decir, de deshumanizarse; o de hacer el bien, que equivale a humanizarse, ser vulnerable o vulnerador; esto influye en el comportamiento hacia los demás y hacia el médico mismo, motivando actitudes que lastiman o que consuelan, para llegar a tomar decisiones que influirán no sólo en el ejercicio de la práctica médica, sino que se expandirán para llegar a afectar al médico y a los que lo rodean tanto en lo físico y lo social como en lo emocional y lo espiritual (31).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

El presente estudio es de naturaleza cualitativa. Es el tipo de estudio que tiene un ambiente natural como su fuente directa de datos y el investigador como su principal instrumento, supone el contacto directo y prolongado del investigador con el ambiente y la situación que está siendo investigada (33). La fuente directa de datos la constituyeron los familiares de pacientes hospitalizados en UCI.

3.2 Método

Se utilizó el método de historia de vida, porque esta metodología permitió una aproximación mayor con los familiares, presentando las experiencias y las situaciones vividas e interpretadas por ellas mismas. El método historia de vida consistió en solicitar a los sujetos de estudio (familiares) para contar parte de su vida, “es el modo como el individuo representa los aspectos de su pasado que considera relevantes para la situación actual” (34).

Los familiares como sujetos formularon reflexiones sobre su vida, en cuanto narraron en el contexto del presente, liberando su pensamiento crítico, que además de seleccionar los hechos determinarán el significado atribuido a ellos, realizando un verdadero balance de su vida.

En el método historia de vida se solicita a los sujetos de estudio contar la historia de su vida en relación a lo que es importante investigar, es el modo como el individuo representa los aspectos de su pasado que considera relevantes para la situación actual (34).

Respecto al significado del término historia de vida, la lengua inglesa dispone de dos palabras para traducir el vocablo francés “histoire”, que son “story” e “history”. En 1970, el sociólogo Denzin propone la distinción de

terminología como aclara Bertaux D. (35), **Life Story**, designa la historia de una vida de la persona que la vivió y la relata y **Life History** está reservada a los estudios de casos sobre una determinada persona, comprendiendo no solo su propia narración de vida, sino también todos los tipos de otros documentos como relatos médicos, relatos judiciales, pruebas psicológicas y testimonios de parientes. El primer abordaje es el más apropiado para este estudio o sea comprende la narrativa de la vida de los familiares respecto al familiar hospitalizado en Área crítica.

Para Glat R. (34), el método historia de vida quita al investigador de su pedestal de “dueño del saber” porque valoriza lo que el sujeto tiene que decir sobre sí mismo, lo que él cree que sea importante sobre su vida. No es el investigador que tiene el control de la situación, se convierte en un aprendiz frente al sujeto de estudio. La dirección de la investigación la tiene el entrevistado, a partir de su visión de mundo, de cómo vivió los hechos y como ellos interaccionan con el presente. Esa autora resalta que es la subjetividad natural de la autobiografía que constituye la verdad de este género.

El respeto que el investigador tiene por la opinión del sujeto, es la diferencia fundamental del método historia de vida para otros abordajes, todos los relatos de los entrevistados son considerados de mucha importancia. El investigador acredita en el sujeto. Y este último no es visto como objeto pasivo de estudio, las personas y los escenarios no son considerados como variables sino como un todo y por tanto son muy valiosos. Al contrario, el investigador y el sujeto se complementan y modifican mutuamente en una relación dinámica e dialéctica (34).

Y para corroborar dicha aseveración, Camargo A. (36), afirma que las historias de vida representan la mejor manera de comprender la cultura “del lado de adentro” como un conjunto vivo, regido por la armonía intensa, no como un conjunto arbitrario de costumbres e instituciones, cuya realidad es

apenas percibida; por eso cree que, en las historias de vida, lo que se pierde en confiabilidad estadística es ganado en fructífera interacción entre los datos empíricos y las preposiciones teóricas.

A decir de Kohli M. (37), construir una historia de vida no significa simplemente coleccionar hechos de la vida individual, pero si *auto-imagen estructural*, es decir, el modo por el cual el individuo representa aquellos aspectos de su pasado que son relevantes en la presente situación, quiere decir es relevante en términos de intenciones (futuro-orientadas) por las cuales él guía sus acciones actuales.

En Minayo M. (38), se dice que el método historia de vida puede ser de varios tipos: una historia de vida completa que recubre todo el conjunto de experiencia vivida por una persona, un grupo o una institución; una historia de vida tópica que enfatiza una determinada etapa o sector de la vida personal o de una organización; historia oral que generalmente enfoca acontecimientos específicos tales como fueron vividos por una persona o grupo social.

La historia de vida, según Camargo A. (36), es un método muy apropiado para estudiar situaciones sociales, que son guardadas sigilosamente, siendo indispensable el conocimiento íntimo de los sujetos para aflorar tendencias obscuras que moldean la realidad social de diversas categorías.

Las características básicas del método historia de vida son 2: a) la experiencia del autor usado de manera horizontal buscando encontrar patrones universales de relaciones humanas y percepciones individuales, y b) interpretaciones sobre el origen y funcionamiento de los fenómenos sociales, a través de articulaciones temporales fortalecidas por las entrevistas.

Ese método preconiza que los sujetos de la investigación relatan su vida o hechos y acontecimientos vividos y que marcaron su vida. La construcción de

una historia de vida es el modo como el individuo representa los aspectos de su pasado que considera importantes para el fenómeno social actual.

Bertaux D. (35), define el método de Historia de Vida como un procedimiento metodológico que utiliza la historia de una vida, narrada al entrevistador tal cual fue experimentada por el sujeto, llevando a la investigación a enfocar el punto de convergencia o divergencia de los seres humanos, en sus condiciones sociales, de la cultura y de la praxis, en el contexto de las relaciones socio-simbólica y de la dinámica histórica.

Camargo A. (36), nos dice que la historia de vida puede tener utilidades diversas como autobiografía, entrevista biográfica, historia de vida como fuente complementaria de investigación e historia de vida como soporte de pesquisa.

La historia de vida, como soporte de la investigación, funciona como metodología principal, revela la red de relaciones sociales, no es solamente una fuente complementaria de datos. Las experiencias humanas son descritas en su dimensión temporal y permiten alcanzar los mecanismos de funcionamiento de la estructura social. Se respeta la individualidad y especificidad del actor, por eso su discurso es descompuesto, reagrupado e interpretado. Este proceso puede ser de acuerdo como el contexto social en que se desenvuelve.

Rodríguez G. (39), refiere que, utilizar la historia de vida como método, implica reconocer que la misma es una de las connotaciones del sentido común al lenguaje in-común. Para este autor, hablar de historia de vida presupone que la vida es una historia y, que una vida es inseparablemente el conjunto de los eventos de una existencia individual concebida como una historia.

Los familiares como sujetos de estudio formularon reflexiones sobre su vida, en cuanto narraron en el contexto del presente, liberando su pensamiento crítico, que además de seleccionar los hechos determinaron el significado atribuido a ellos, realizando un verdadero balance de su vida, en relación a la situación vivida en la UCI.

3.3 Sujetos de la investigación

Los sujetos de la investigación fueron ocho, familiares directos de los pacientes hospitalizados en UCI. (madres hijos y hermanos) quienes después de haber sido informados sobre la investigación, aceptaron voluntariamente participar de la investigación, firmando el término de consentimiento libre e informado (ANEXO 2).

Los sujetos de estudio tuvieron su identidad sigilosamente reservada, Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Ser familiar directo al paciente hospitalizado como esposo(a), hijos hermanos y que vivan con él.
- Tener un tiempo mayor de 48 horas de hospitalizado el paciente en el
- Servicio de UCI. del Hospital III José Cayetano Heredia
- Ser mayor de 18 años.

El tamaño de la muestra fue determinado en base a las necesidades de información, por ello, uno de los principios que guiaron el muestreo fue la saturación de datos, esto es, hasta el punto en que ya no se obtuvo nueva información y esta comenzó a ser redundante.

Como muestra el cuadro abajo los familiares fueron indicados en el estudio por nombre ficticios, tomando como criterio la forma como se interrelacionaban con el personal de salud y su estado anímico; las edades de los pacientes varían de 70, 64, 62 , 45, 38, 26, 22 19 de ellos 7 eran del sexo femenino y uno del sexo Masculino, el intervalo de edades entre los

familiares entrevistados es de 51 años, De ellos 5 casados y tres solteros, en cuanto al grado de instrucción tres con grado superior, cuatro con secundaria y una con primaria. De ellos un comerciante, un técnico de administración dos agricultores una universitaria una religiosa y dos amas de casa con un mínimo de 2 hijos y máximo cuatro.

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	GRADO DE PARENTESCO CON EL PACIENTE
ANGUSTIA	26	F	Soltera	Superior	Administradora	Hija
TRANQUILIDAD	19	M	Soltero	Superior	Estudiante Universitario	Hijo
CONFIANZA	70	F	Casada	Secundaria	Su casa	Madre
DESALIENTO	64	F	Casada	Primaria	Su casa	Madre
PERSEVERANCIA	62	F	Casada	Secundaria	Comerciante	Madre
ESPERANZA	22	F	Soltera	Superior	Estudiante Universitaria	Hermana
PACIENCIA	45	F	Casada	Secundaria	Su casa	Esposa
AMOR	38	F	Casada	Secundaria	Su casa	Madre

3.4 Escenario de estudio

El escenario de estudio fue la UCI del Hospital III José Cayetano Heredia - Piura lo que facilitó la aproximación a los sujetos de estudio. Fue solicitada la autorización a la Enfermera Coordinadora de la UCI. presentándole la propuesta de estudio, el local de trabajo no constituyo foco de interés

El Hospital III “José Cayetano Heredia” tiene más de cuarenta años de antigüedad, perteneciendo al Ministerio de Salud (MINSA) y hace 29 años se convierte en un Hospital Integrado, dando atención de salud a personas aseguradas al Seguro Social, así como a personas no aseguradas circunscritas a su Área. Está ubicado en el distrito de Castilla, consta de 5 pisos y es considerado como un Hospital de mayor complejidad de nuestro

departamento. La población asegurada y no asegurada ha ido creciendo a lo largo de estos años y en la actualidad este gran centro hospitalario resulta insuficiente para la población adscrita, observándose a diario hacinamiento en los servicios de Emergencia y servicios generales, lo que causa incomodidad en los usuarios que asisten a este hospital.

En el transcurrir de esos años el perfil epidemiológico de la población ha ido sufriendo cambios, y los problemas de salud que aquejan a los usuarios también han ido cambiando, es así que actualmente la prioridad son las enfermedades respiratorias, cardiovasculares, metabólicas, metaxénicas, degenerativas etc.

El Hospital cuenta con los servicios de Consultorios externos, Emergencia, Medicina (General y de especialidades) Cirugía general y especialidades, Pediatría, Neonatología, Salas de operaciones, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidades de cuidados Intermedios.

El Área de Cuidados Intensivos es una UCI. general quiere decir que se atienden todas las especialidades se encuentra ubicado en el quinto piso y cuenta con cinco camas, tópicos, oficina, almacén y un área pequeña para Ventilación terapia. Al frente se encuentra el área de Cuidados Intermedios que cuenta con 10 camas, esta área depende directamente de Cuidados Intensivos. El personal que labora en esta Área es especialista en “Cuidados Críticos”. En cada turno labora un equipo de salud conformado por el médico intensivista, dos enfermeras y una técnica de Enfermería. Se cuenta con un médico jefe de servicio, una enfermera coordinadora, ocho médicos, veinte enfermeras y quince técnicas de enfermería.

3.5 Procedimiento de recolección de datos cualitativos:

Técnicas de recolección de datos

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la entrevista abierta,

que consiste en establecer una interacción social, constituye la trama de las relaciones humanas, en un proceso de comunicación donde se confrontan, por un lado, el investigador con su proyecto definido y, por el otro, el entrevistado que viene aceptando participar de la propuesta, relata algo de su existencia de acuerdo con las demandas del investigador. Es un trabajo de interpretación bajo las interpretaciones que el entrevistado tiene sobre hechos marcantes de su vida.

La entrevista fue abierta, esto significa sin un cuestionario predeterminado, en la cual se solicitó al sujeto de investigación para hablar libremente sobre su vida en relación a la situación vivida al tener un familiar gravemente enfermo en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Se realizaron algunas preguntas para profundizar en el tema o para centrarlos en el mismo, cuando la entrevista se desviaba del objetivo principal. «Las preguntas... se dan aquí solo como sugerencias y no para dispararlas una tras otra en una rápida sucesión. Eso la convertiría en una entrevista estandarizada. Son preguntas posibles, cubriendo muchos aspectos de la vida de una persona, de las que puedes tirar. Proporcionan una dirección a seguir, pero solo si y cuando la persona entrevistada ha agotado un tema. No deberías sentirte atado en absoluto por las preguntas. Está solo por si las necesitas. Algunas personas pueden que precisen solamente una luz verde —un oído atento— para empezar y acometer su relato de vida hasta completarlo. Otras pueden que necesiten preguntas periódicas para continuar su relato. Lo más corriente es que cuantas menos preguntas hagas en una entrevista de relato de vida, mejor» (40).

Los sujetos (familiares) fueron libres para hablar sobre aquello que consideran relevante en su experiencia, la forma como vivieron los acontecimientos narrados y como esos interfieren en el presente (41). En esa dinámica, la historia de vida permitió al informante retomar su vivencia de forma retrospectiva, con una exhaustiva interpretación. En ella generalmente

acontece la liberación de un pensamiento crítico reprimido y que muchas veces nos llega en tono de confidencia.

Las entrevistas en profundidad fueron desarrolladas en el escenario mencionado. Asimismo, se concertó una presentación inicial con los familiares, donde se les explicó los objetivos a lograr, solicitando su participación voluntaria en el estudio, fijándose la fecha y hora de las entrevistas de acuerdo a la disponibilidad del familiar entrevistado

Las entrevistas se realizaron en forma individual con cada familiar a quienes se les captaba previamente y les comunicaba verbalmente sobre el estudio a realizar y la necesidad de realizar una entrevista grabada, algunos (cuatro) no aceptaron, refiriendo temor a la grabación, otro (padre) no se le podía contactar por sus horarios de trabajo, una señora refirió que su esposo no quería y otra señora que estuvo de acuerdo, pero en la fecha programada, su esposo fue transferido a otro centro hospitalario (Chiclayo).

Se les informó inicialmente sobre los objetivos de la investigación, garantizándoles la privacidad, confidencialidad y anonimato de las informaciones grabadas, la libertad y el respeto para no responder lo que considere indiscreto o no necesario y finalmente se solicitará la firma respectiva del consentimiento informado (Anexo2).

Las entrevistas se realizaron a partir de mayo del 2016 después de haber realizado el Proyecto de Tesis y se habían programado realizarlas en tres meses las cuales no se cumplieron, porque se presentó una epidemia de Influenza H1N1 que, por ser una enfermedad muy contagiosa, se restringieron todas las visitas, lo que no permitía contactar con los familiares, por lo que se postergaron las entrevistas, realizándose entre Julio y octubre del 2016.

Las entrevistas se realizaron por las tardes después de la hora de visita, generalmente 6 p.m. aprovechando la presencia de familiares visitando a sus pacientes y de esta manera no incomodar a los entrevistados. Las entrevistas se realizaron en un ambiente destinado a ventiloterapia (lugar donde se preparan los ventiladores mecánicos de la U.C.I. pero que solo funciona por las mañanas, se solicitó el permiso a la enfermera coordinadora del servicio, quien nos proporcionó la llave para usar el ambiente, brindando tranquilidad, comodidad y privacidad al familiar y al entrevistador; por momentos había cierta incomodidad ya que este ambiente está cerca a los ascensores, los cuales tienen una alarma cuando llegan a cada piso y se escuchaba aun con la puerta cerrada, sin embargo no interfirieron en las entrevistas.

A veces no se realizaban las entrevistas porque el familiar no asistía, en el horario convenido, entonces se les llamaba telefónicamente y se acordaba un nuevo horario para la realización de la entrevista, agradeciéndole en todo momento su colaboración y disponibilidad.

De acuerdo con la orientación metodológica, las entrevistas se iniciaron siempre con la pregunta: “hable de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación La percepción y expectativas sobre la Atención de Enfermería en Unidad de Cuidados Intensivos” y terminaron cuando el entrevistado consideró que no hay nada más que relatar en aquel momento.

La duración de no fue estipulada. (Anexo 1). Aquí se observó un poco de nerviosismo en algunos de los entrevistados, algunos lloraban al recordar algunas circunstancias vividas con sus familiares en la U.C.I. Algunas señoras en especial las madres miraban constantemente al techo y se frotaban las manos constantemente. Los jóvenes entrevistados correspondientes a hijo o hermana se mostraron más serenos y tranquilos y hablaban en forma más fluida. Algunos entrevistados, no tenían mucho que contar querían terminar pronto la entrevista, se tuvo que utilizar algunas preguntas, para poder

encaminar la entrevista y obtener mayores datos; una madre hablaba con mucho resentimiento, suspiraba constantemente y trataba de justificar las acciones (personal) con gestos de resignación (moviendo la cabeza).

Se utilizaron estrategias útiles como son las tácticas de animación, elaboración y aclaración. Con la primera se pretendió transmitir el interés por parte nuestra por lo que el entrevistado va a ir contando y se consiguió mediante expresiones como “ya”, “ah”, afirmar con un movimiento de cabeza, etc. Las segundas fueron muy útiles, ya que con pequeñas preguntas se logró que el familiar regrese al tema, así como para que el entrevistado clarifique y amplíe la información, se utilizaron formas verbales como: “¿podría decirme más sobre eso?, ¿quiere añadir algo más? Con la tercera, se pidió constantemente a los entrevistados que clarifiquen lo que han dicho, hasta que estemos seguros de lo que el sujeto de estudio quiere decir exactamente.

Las entrevistas no tuvieron un tiempo determinado de duración, se dejó que el entrevistado, hablara libremente de todo lo que creía conveniente, solo se agregaron algunas preguntas, tratando de que no se desviara del tema central, o cuando se callaba, como si no tuviera nada más que decir. Algunas personas hablaban en tono muy bajito, lo que hizo un poco difícil la transcripción.

Al final de las entrevistas, se agradeció por la colaboración y por el tiempo brindado, algunos familiares expresaron que había sido como una terapia, ya que habían podido comentar sentimientos que los habían tenido guardados y la entrevista había servido para desahogarse.

Después determinada la entrevista y del agradecimiento correspondiente, se preguntó si deseaban escuchar la entrevista o si deseaban cambiar algo de la misma, algunos lo pensaban, pero la mayoría no deseaban escuchar, ni tampoco modificar alguna parte de la entrevista. Todos salieron satisfechos de mencionar sus vivencias.

Las entrevistas fueron grabadas, después de la autorización de los familiares, garantizándose el anonimato recomendado en una investigación científica, las mismas se transcribieron textualmente. El audio se utilizó a fin de obtener mayor fidelidad de los datos ya que la reproducción a través de la memoria y las anotaciones son menos confiables. Se utilizaron audífonos para poder transcribir las entrevistas, ya que el tono de voz e varias entrevistas era bajo, lo que dificultaba la transcripción.

Bertaux D. (34), recomienda que la transcripción de las entrevistas ocurra inmediatamente, lo que permitirá al investigador organizar las ideas en relación a cuestionamientos y al punto de saturación. Las entrevistas fueron transcritas inmediatamente a manuscrito y se tuvo que repetir varias veces la entrevista, para no obviar ningún detalle, se transcribieron incluyendo las preguntas que se realizaron, para poder comprender mejor el texto.

La grabación se escuchó en repetidas oportunidades, para poder saber exactamente el sentir de cada persona y poder identificarla según su seudónimo, la voz se escuchaba bastante lejana, por lo que se llegó a la conclusión que la distancia en la que se ponía la grabadora no debería ser igual para todas, ya que habían entrevistadas, con el tono de voz más bajo y que necesitaban la grabadora más cerca; pero la idea es que no se sintieran incomodas, mirando constantemente la grabadora.

Procesamiento de datos

El análisis de los datos se inició después de la transcripción de cada entrevista, para lo cual se hizo uso de audífonos tratando de no omitir nada, sin embargo, hay palabras que no se comprenden por el bajo tono de voz o por la lejanía del grabador (con la finalidad de no intimidar al familiar), en caso de duda sobre la palabra debido a una falla en la grabación la misma fue omitida y representada por puntos suspensivos. Los datos obtenidos fueron clasificados y sirvieron para el análisis e interpretación de los resultados.

Se comenzó con establecer las categorías temáticas. Las mismas que se establecieron partiendo de las siguientes etapas. Los datos obtenidos fueron procesados en cinco principales etapas, así presentado apenas para efectos didácticos porque algunas de ellas, en la práctica, pueden ocurrir simultáneamente:

- Transcripción escrita de las grabaciones de las entrevistas
- Lectura minuciosa de todo el material transcrito (ocho entrevistas)
- Lectura de los relatos de cada familiar entrevistado sobre los temas trabajados para ver similitudes, semejanzas o diferencias de los mismos
- Identificación de las ideas centrales de cada entrevista relacionadas a la temática, las cuales fueron diferenciadas por colores que las representaban.

Es importante registrar que, para agrupar las categorías, se utilizó una técnica de sub lineado colorido, que permitieron encontrar las ideas centrales.

Las categorías emergieron del propio relato de los sujetos de estudio, o sea, fueron construidas configurando las temáticas encontradas y respetando la veracidad de las historias de vida narradas. Los datos surgidos en las entrevistas fueron agrupados en categorías de análisis.

Inicialmente, a partir de la lectura exhaustiva de las entrevistas transcritas y de los audios escuchados le logró establecer categorías preliminares o unidades temáticas: Poca comunicación, Falta de identificación del personal, indiferencia, respuestas breves, Falta de amabilidad, Tristeza ansiedad, temor, cólera e impotencia, confusión, miedo, información breve. Todos estos sentimientos encontrados en las entrevistas, se asociaron y se lograron establecer cinco categorías que incluyan todos estos sentimientos expresados por los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Se establecieron 11 subcategorías, las mismas que se agruparon, logrando establecerse 5 categorías.

Las categorías establecidas fueron las siguientes:

A-Actitud del profesional de salud

B-Sentimientos del familiar

C- Visitas

D- Expectativas

E- Lucha contra la muerte

3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico

La investigación cualitativa estuvo basada en criterios que tienen como finalidad asegurar la calidad y la objetividad de la Investigación. Considerándose los siguientes criterios (42-43). Con los cuales se aseguró el respeto de los derechos de los participantes.

En relación al rigor:

Credibilidad:

Es el incremento de la posibilidad de reducir los resultados a través del compromiso del investigador con el informante en el transcurso de la investigación. Se dio cumplimiento a dicho criterio al analizar a profundidad los datos recopilados de la información brindada por los entrevistados y se obtuvieron resultados confiables, rescatándose lo esencial de los testimonios.

Aplicabilidad:

Con la investigación se busca que los hallazgos se apliquen en otros contextos donde se encuentren personas pasando por experiencias semejantes.

La investigación sirve como referencial para otras investigaciones donde se aborden temas relacionados al contenido temático y por tratar un fenómeno

prevalente en nuestra sociedad cumpliéndose de esta manera la aplicabilidad presente en toda investigación científica.

Auditabilidad:

Referida a la comprensión de los diferentes momentos y la lógica del trabajo de investigación por otros lectores o investigadores.

Este criterio en el presente Informe de investigación se cumplió en la medida que se describe detalladamente el abordaje metodológico con los éxitos y limitaciones hallados en el trabajo de campo y en el momento del análisis de los datos.

Confirmabilidad:

Garantiza que los hallazgos, conclusiones y recomendaciones estén apoyados por los datos y que exista la evidencia actual, al mismo tiempo se debe apoyar en la opinión de expertos.

La confirmabilidad fue aplicada en el momento de elaborar las conclusiones finales, tomándose en cuenta los hallazgos basados en el previo análisis de los datos; contándose además con la asesoría de docentes expertos en este ámbito de investigación.

En relación a la ética:

Consentimiento Informado:

Los individuos deben ser informados acerca de la investigación y dar su consentimiento voluntario antes de convertirse en participantes de la investigación

Para la realización del estudio se solicitó autorización al sujeto de la investigación para la realización del estudio; en el cual constaban las firmas del entrevistado, investigadores.

Privacidad:

Son los derechos de un participante a limitar el acceso de su información personal a otros.

Se mantuvo el anonimato de las entrevistas desde el inicio de la investigación. Este criterio fue cumplido al no revelarse los nombres de los entrevistados.

Confidencialidad:

Se refiere a que los secretos expuestos por las colaboradoras no pueden ser revelados y las grabaciones serán confidenciales, utilizadas sólo para fines de investigación.

Los testimonios de los familiares fueron grabados, y se manejó confidencialmente, usándose sólo para fines de investigación.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Presentación de resultados

Las categorías establecidas fueron las siguientes:

A-Actitud del profesional de salud

- Actitud de la enfermera
- Actitud del Médico

B-Sentimientos del familiar

- Sentimientos en relación a la hospitalización
- Sentimientos en relación a la enfermera
- Sentimientos en relación al paciente
- Sentimientos en relación a los vigilantes

C- Visitas

- Horarios
- Normatividad del Área Crítica

D- Expectativas

- Expectativas en cuanto a la Atención de los profesionales Médicos
- Expectativas en cuanto a la Atención de los profesionales de Enfermería

E- Lucha contra la muerte

Incluye la lucha constante por sobrevivir y la relación con un ser Divino (Dios).

4.2 Análisis y discusión de resultados

Analizando los resultados de la investigación tenemos:

A. CATEGORIA: ACTITUD DEL PROFESIONAL DE SALUD

En relación a esta categoría y de acuerdo a la percepción de los familiares surgen dos subcategorías:

- Actitud del Médico
- Actitud de la Enfermera

ACTITUD DEL MEDICO

De los entrevistados cinco familiares hablaron sobre su percepción respecto a la actitud del profesional de salud: Medico, en los cuales se pueden identificar sentimientos de desconcierto y ansiedad por explicación insuficiente, poco apoyo emocional y poca comunicación.

Carbelo et al (44) definió la comunicación como “un proceso dinámico fundamental para la existencia, el crecimiento, el cambio y la conducta de todos los seres vivos, ya sean individuos u organizaciones”. La comunicación es un concepto más amplio que la información, si bien esta es uno de sus componentes esenciales, sin embargo, muchos profesionales confunden los términos de comunicación e información. Informar es dar noticias sobre algo y es un hecho más puntual, mientras la comunicación implica interrelación entre las partes involucradas.

En las organizaciones hospitalarias, la comunicación interpersonal no puede vista como algo externo que se añade a la práctica médica. Al fin y al cabo ¿cómo sería una consulta en un hospital en el que el personal médico fuese mudo y no pudiese comunicarse con el paciente? ¿Alguien acudiría a este de hospital? En la mayor parte de los casos, los pacientes decidirían cambiar de centro hospitalario. ¿Por qué? Simplemente porque la comunicación interpersonal es una habilidad profesional inherente a la práctica médica. El personal médico debe ser consciente de que su relación con el paciente y con sus familiares, así como con el resto de compañeros de trabajo del hospital (45).

En la UCI. del Hospital José Cayetano Heredia encontramos familiares procedentes de la ciudad y de zonas bastante alejadas, que no conocen el funcionamiento de un centro hospitalario más complejo y sus rutinas de trabajo, por lo que desarrollan mucha ansiedad y preocupación, esto aunado a un informe muy breve y con terminología poco conocida, crea mayor desconcierto en el familiar.

“Los profesionales de la salud deben combatir su tendencia a tratar a todos los pacientes de la misma manera, con el mismo registro de comunicación. He aquí que comunicación y ética se enlazan en el diálogo, en la relación, en la deliberación, en la asociación, en la participación compartida. Hay un deber de establecer un diálogo significativo, porque éste se construye desde la realidad del paciente, un diálogo que debe ser honesto, transparente y no manipulador. Todo ello requiere creatividad, atención, consideración a la dignidad del otro” (25).

La falta de una adecuada comunicación de la parte médica, percibida por los familiares se pudo evidenciar en las expresiones de los entrevistados, los cuales sienten según sus expresiones que no tienen el soporte emocional necesario para afrontar esta difícil etapa de tener un paciente gravemente enfermo.

Angustia: “son muy cortantes con sus explicaciones y solo se limitan con decir “tu paciente esta grave, espera lo peor”, no hay ningún mensaje de aliento (...) son así de tajantes, muy secos te dicen que es pronóstico reservado está mal está muy grave”.

El comentario de la mayoría de familiares se refiere a una inadecuada comunicación de parte del médico, que no los dejaba satisfechos y quedaban con muchas dudas.

Tranquilidad: “yo intentaba dialogar con las personas que ahí se encontraban para obtener alguna información, pero el médico y las enfermeras no hablaban mucho”.

Según la percepción de los familiares la comunicación era insuficiente y eso les causaba ansiedad.

Confianza: “Que conversen con nosotros que nos digan cómo estaba, que le faltaba...Les falta eso...”

Los familiares en todo momento reclaman una comunicación más abierta y fluida de parte del personal de salud

Perseverancia: *“Señora ya su hija tiene bastante tiempo acá, Ud. Sabe que ha estado muy mal, ahora está más estable. ¿estable? Que era estable...”* Mira al techo con gesto de no entender

El personal médico asume que la gente va a entender la terminología utilizada, sin tener en cuenta el grado de instrucción de los familiares.

Esperanza: *“yo si podía entender ciertas cosas o la mayoría, pero hay otras personas que no comprenden nada y que sienten vergüenza y miedo preguntar por el mismo temor de que les digan una grosería o que traten mal a su familiar”*

La información médica se da una vez al día tras la visita de la mañana y siempre que el médico crea oportuno o la situación del paciente lo demande (Mayor inestabilidad y/o complicación). No se da información telefónica, pero se registra en un cuaderno apropiado de los números telefónicos, para un llamado de Emergencia o solicitud de algún medicamento o insumo.

Habitualmente los familiares de los pacientes permanecen en una salita de espera que lamentablemente es pequeña y no se encuentra habilitada con sillas, no se cuenta con instalaciones de máquinas de bebidas, etc., que les ayude a conseguir un mayor confort durante las horas de espera, teniendo que hacer uso de las escaleras o el piso para sentarse, mientras demora la espera, incrementando el sufrimiento de los familiares que ahí se encuentran

Para los familiares informarse a través del personal terapéutico, puede ser difícil, porque que los perciben como muy ocupados y temen molestarlos; al mismo tiempo, no suele existir un lugar específico para intercambiar

impresiones entre familiares y profesionales del equipo terapéutico, aumentando de esta forma, la ansiedad y el sentimiento de impotencia de los miembros de la familia. Esta situación lleva a los familiares a tomar conversaciones de los pasillos, a la interpretación de gestos, miradas y palabras, de las que extraen sus propias conclusiones, muchas veces erróneas acerca del personal de salud de la UCI (46).

ACTITUD DE LA ENFERMERA

Según las ocho entrevistas obtenidas, todas comentan respecto a la Actitud de la enfermera en el Área de Cuidados Intensivos, siendo criticada en su mayoría de forma negativa la falta de apoyo emocional y la falta de comunicación con los familiares, también hay un dos entrevistados que no lograron identificar a las enfermeras y una persona se sintió satisfecha y agradecida con la atención.

Las enfermeras que laboran en esta área crítica dedican gran parte de su tiempo a la labor asistencial, teniendo contacto con los familiares solo unos minutos en la hora de visita, donde algún familiar se acerca a realizar alguna pregunta, por lo que la comunicación es muy pobre y los familiares no logran ni siquiera identificar al personal encargado de brindar la atención a su paciente.

El desarrollo de las competencias comunicativas en el enfermero propicia el establecimiento de relaciones de ayuda, las que se conforman con la actitud facilitadora del profesional de enfermería, mediante acciones como escuchar empáticamente, con interés y una actitud acorde con la situación individual del enfermo. De esta manera, el enfermo percibe que se comprende sus sentimientos, capta y recibe información y, así, el profesional de enfermería verifica y formula nuevamente el mensaje elaborado y emitido por él mismo. Atención hacia lo que se está desarrollando (47).

Esta falta de apoyo emocional y buena comunicación de parte de la enfermera percibida por los familiares la expresan en la entrevista, sin embargo, hay algunos familiares que si se han sentido apoyadas y otras que no opinan porque no han podido interactuar con la enfermera y así lo expresan:

Angustia: *“las enfermeras son bastantes reacias, no hablan mucho, por más que uno quiere sacarles por ahí algo de información, casi no hablan, son bastantes serias (...) hay otras que ni siquiera saludan (...) ni siquiera el saludo responden, son secas”.*

Muchas veces las enfermeras, se encuentran concentradas en ejecutar el plan de cuidados del paciente hospitalizado, y observando respuestas para poder informar oportunamente que le cuesta entablar conversaciones con los familiares, dando una mala imagen.

Tranquilidad: *“Sobre la labor de Enfermería, no la pude apreciar bien (...), inclusive no pude identificar bien cuáles eran las enfermeras puesto que todos estaban con una indumentaria propia del servicio (mandiles, gorros, Mascarillas) que no permitían diferenciar al personal que trabaja en esta área.*

Se observa mediante los testimonios de los entrevistados, que no logran identificar a las enfermeras por usar todos los mismos mandilones.

Confianza: *“En general todas, todas son buenas muy amables, muy profesionales en el trabajo que realizan o sea su desempeño es muy correcto y muy bueno y da confianza”.*

También había gente que se encontraba satisfecha con la atención y brindaba palabras de agradecimiento al personal.

Desaliento: *“A veces se acercaba una enfermera, bueno creo que era enfermera, ya que la verdad no las conocíamos directamente porque tenían la cara cubierta por mascarilla, pero a veces se asomaban y yo les preguntaba señorita usted es de UCI y les preguntaba por mi hija.”*

Perseverancia: *“Me preguntaba a veces ¿Por qué no quieren que los toquen? Seguro porque al despertar se van a intranquilizar pensaba. Pero sentía mucha tristeza que me hicieran esa recomendación en voz alta y sin explicarme por qué”.*

Se manifestó mucho desconcierto frente a algunas indicaciones de parte del personal de enfermeras como: “No tocar al paciente”. Faltando la explicación adecuada que el paciente se encuentra conectado a máquinas de soporte vital y cualquier desconexión puede ser fatal en su estado.

Esperanza: *“con respecto al informe de enfermería, sería muy positivo y valioso ya que habría más comunicación con los familiares, eso falta que interactúen y que les den esa fortaleza que necesitan las personas que tienen su paciente en UCI”.*

En la actualidad en la UCI. Enfermería no dispone de ningún protocolo de información ni para pacientes ni para familiares y por razones legales solo el Médico asistente es el encargado de brindar la información sobre el estado de salud del paciente crítico. A veces se contesta a los pacientes con monosílabos y la comunicación es bastante pobre. Muchas veces se llama la atención al familiar por querer realizar acciones con el paciente como abrigar, limpiar, masajear etc.

La dimensión comunicativa implica el conocimiento sobre elementos de la comunicación, habilidades comunicativas y actitudes contextualizadas a su campo de actuación profesional, que propicie el establecimiento de una comunicación eficaz entre la enfermera o el enfermero -el sujeto sano o

enfermo. Si las personas que la ejercen aprenden a comunicarse con sus enfermos, sus familiares y con los miembros del equipo de salud el trabajo de enfermería pudiera hacerse menos complicado y se convertiría en una fuente de satisfacción (46).

La comunicación con los familiares debe ser empática La empatía terapéutica, pues, es unidireccional. No es correcta la expresión “entre nosotros hay una buena empatía”, o “generar empatía”, o “entrar en empatía”, tantas veces utilizadas, sino que lo correcto sería poder decir: “yo estoy en actitud empática contigo”. Tiene carácter unidireccional, es unívoca, y no requiere vivir las mismas emociones de la persona a la que se quiere comprender.

Al decir que la empatía terapéutica es unívoca queremos decir que no se produce necesariamente en el terapeuta y en el ayudado como si de un sentimiento recíproco se tratara. Claro está que hay un sentido de “ida y vuelta” en la empatía terapéutica: una dirección de “ida” (entro en tu mundo) y una de “vuelta” (te comunico comprensión) (48).

La identificación del personal de enfermería que atiende al paciente de parte de los familiares, es difícil, teniendo en cuenta que, por cumplimiento de normas de bioseguridad del servicio, la enfermera se encuentra con mandilones grandes mascarilla y gorro. La Bioseguridad se define como el conjunto de medidas preventivas destinadas a trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral (49).

De acuerdo a las normas establecidas la enfermera se realiza el Cambio de uniforme que trae puesto, así como los zapatos y se coloca un uniforme cómodo que le permita realizar todo tipo de movimientos necesarios para la atención, también el calzado es cómodo, libre de ruidos y se agrega a esto los métodos de barrera como mandilón, mascarilla y gorro y en el momento del procedimiento guantes y lentes. Esta rutina se realiza en todos los turnos.

No existe un riesgo cero. El objetivo general de la bioseguridad es minimizar el riesgo potencial de los accidentes laborales en el manejo de los residuos patógenos. El riesgo biológico para los profesionales de la salud existe desde que el primer contacto con un paciente. Es importante identificar estos riesgos para determinar el uso de las barreras de protección adecuadas para cada caso en particular (49).

Algunos familiares comentaron que, por estos métodos de bioseguridad utilizado por la enfermera, o se logra identificar a la enfermera de otros profesionales de la salud, así como no les permitía conocer a las enfermeras encargadas del cuidado a su paciente, de tal manera que a la hora de salida de la enfermera con su uniforme de “calle”, los familiares no lograban identificarlas como trabajadoras de la UCI.

Los cambios en la metodología de trabajo y los avances tecnológicos en el ámbito del de la salud, han forzado a la incorporación de normas que obligan a promover y proteger la salud de los trabajadores, esto constituye un cambio favorable para las legislaciones laborales. Se trata pues, de garantizar la seguridad de los trabajadores, especialmente de aquellos que trabajan expuestos a riesgos biológicos (49).

B. CATEGORIA: SENTIMIENTOS DEL FAMILIAR

Sentimientos en relación al internamiento en U.C.I.

La hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos siempre genera una serie de sentimientos como miedo, temor y también confianza en los familiares del paciente, por considerar que es un área crítica, diferente a otras áreas de hospitalización donde se encuentran los pacientes más delicados y con peligro de muerte y que reciben cuidados especiales.

El servicio de cuidados intensivos es una unidad orgánica que brinda atención de salud especializada en Medicina Intensiva al paciente críticamente

enfermo. Es una Unidad Técnica Operativa integrada por profesionales especializados en Medicina Intensiva y que tienen a su cargo el cuidado y manejo del paciente crítico (50).

El Hospital José Cayetano Heredia Es un Hospital Nivel III-I que cuenta con una unidad de cuidados intensivos Generales con cinco camas donde ingresan pacientes críticos de alta complejidad que requieren recursos materiales de tecnología de avanzada y/o que requieren medidas de tratamiento extraordinario, e incluye entre otros todos los daños anteriores y que requieren: Monitoreo hemodinámico, tisular, respiratorio, neurológico, metabólico y también post operados de cirugías complicadas y de alta complejidad .

El ingreso de un paciente a una Unidad Critica siempre causa desestabilización y temor en los familiares por las experiencias compartidas o vividas anteriormente respecto a estas áreas, agregados al conocimiento de la alta tasa de mortalidad que aquí se mantiene.

Familias y enfermos comparten la percepción de la UCI como un ambiente extraño, de estar rodeados de olores y sonidos diferentes a los habituales y de encontrarse cercados por médicos y enfermeras, siempre con aires de urgencia. Esto motiva que algunos de estos actores vean la UCI con ansiedad y recelo, siguiendo con la antigua creencia de que estas unidades son un lugar a donde se va a morir (51).

En las entrevistas efectuadas siete de ellos se refirieron a sus sentimientos respecto al internamiento en el Área crítica de su familiar:

Angustia: *“En el momento que la ingresaron al área de U.C.I nosotros prácticamente quedamos fuera sin respuesta alguna, todo fue muy rápido, por más que tratábamos de indagar algo sobre su estado su situación, realmente todo era nulo, todo intento era nulo”.*

Los familiares sentían que, en esos momentos de enfermedad, deberían estar acompañando a su paciente, por lo que esta separación brusca no lo podían entender y les causaba mucha tristeza.

Tranquilidad: *“Para mí y para mi familia fue algo chocante, porque lo que yo tenía entendido de Cuidados Intensivos era donde ingresan los pacientes que están al borde de la muerte, entonces fue algo difícil de aceptar que mi mamá estaría en esta área o servicio”.*

El miedo y el temor de los familiares se ve manifestado cuando sus pacientes son ingresados a la UCI. y se debe a una falta de explicación.

Confianza: *“está en un sitio donde le brindan todas las comodidades, todo lo necesario para mejorar su estado de cómo había llegado, él ha llegado grave, pero todos lo han atendido.*

Cuando se tenían experiencias positivas anteriores, los familiares sentían alegría y esperanza en la recuperación de su paciente, ya que reconocían que en esta área la atención es bastante minuciosa y detallista.

Desaliento: *“Me asustaba mucho cuando veía a toda la persona alrededor de mi hija, no quería preguntar...tenía miedo; teníamos que esperar que nos llamen ya que nosotros no podíamos exigir, ya que estaban atendiendo a los pacientes. Aunque es bastante desesperante, porque uno tiene la ilusión de ver a su familiar”.*

Los comentarios realizados por otros familiares de pacientes hospitalizados de mayor estancia, generaban temor y angustia.

Esperanza: *“Tenía bastante confianza en el personal de UCI en las enfermeras de uci, en los doctores de UCI, yo sentía que ahí le iban a dar toda la atención que mi hermano necesitaba en ese momento y puse toda la confianza en ellos”.*

Muchas personas, si tienen confianza en la atención en la UCI. de acuerdo a experiencias pasadas positivas

Paciencia: *“... cuando yo entro a UCI. A ver a mi esposo las medidas de higiene que se toman para proteger al paciente. Yo me llevo un buen concepto del área de UCI, lo están haciendo muy bien.”*

Amor: *“Como es un área restringida y el familiar no percibe el cuidado uno piensa mal, pero esta idea ha cambiado y sé que hay cuidado.”*

La familia es la primera célula social en el proceso de salud/enfermedad de sus integrantes, es un grupo cuyos miembros se interrelacionan, dicho grupo está sujeto a la influencia del entorno y por tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis. El ingreso de una persona enferma en una unidad de cuidados intensivos (UCI), supone una barrera física y psicológica en la vida de interrelación familia-paciente. El aislamiento del enfermo respecto de la familia tiene repercusiones para ambos (52).

En la UCI. del hospital III J.C.H. solo cuenta con 5 camas por lo que los médicos realizan una selección de pacientes que pueden ingresar de acuerdo a las interconsultas recibidas de los diferentes servicios y a los criterios de ingreso normados en el M.O.F de la institución.

Los familiares tienen la sensación de que puede producirse la muerte inminente de su ser querido, tienen confianza en Dios, sienten impotencia, tristeza, incapacidad, desasosiego, seguridad, esperanza, dolor, deseos de descansar (de morir), rabia. Sienten la incertidumbre de las esperas: antes de las visitas, durante las intervenciones quirúrgicas, etc. (53).

Los sentimientos de miedo temor y ansiedad desarrollados generalmente se deben a experiencias previas que no tuvieron un final positivo esperado, también se deben a comentarios realizados entre los mismos familiares de los

pacientes hospitalizados que como medio de compensación a su tristeza desarrollan conductas hostiles que se ven reflejadas en actitudes negativas y de defensa frente al personal de la Unidad.

El ingreso y la estadía de un familiar en una UCI. produce sentimientos de miedo y preocupación, tanto por las circunstancias propias de la patología, como por las posibles secuelas de la enfermedad. Todo ello origina nuevos replanteamientos de rol y posibles cambios en el estilo de vida. Este nivel de conocimiento de la situación estresante se basa en la experiencia previa, en la oportunidad que le brindan los medios masivos de comunicación para informarse y en sus mecanismos de afrontamiento normal (53).

En la experiencia diaria he podido observar que las reacciones de los familiares frente a la hospitalización en UCI. son diversas y depende mucho del nivel cultural de los familiares y por ende del grado de conocimiento previo respecto a una Unidad Crítica. Asimismo, se puede observar cómo afecta el cotidiano de las familias y los cambios de rol que deben asumirse en estos casos. Por ello, en caso de las UCI. la familia se ve sometida a la pérdida del rol de uno de los miembros que conforman el núcleo familiar, alterando al mismo tiempo el rol del resto. En la mayoría de los casos, la familia se convierte en la voz del enfermo, teniendo que tomar las decisiones que más se ajustan a las preferencias de su familia (51).

Sentimientos en relación al paciente y su situación de salud

Una enfermedad sobreviene en el marco de la vida de un individuo y, por consiguiente, tiene consecuencias importantes –especialmente si la enfermedad produce invalidez, es grave o crónica– tanto en el plano psicológico como en el social. Se trata, pues, de una experiencia vivida en su globalidad y no resulta fácil para el interesado disociar las modificaciones que se manifiestan en el plano biológico de las que tienen lugar en el plano psicológico, relacional y social. “En la vivencia de la persona enferma se produce con frecuencia un paso desde el estar enfermo al ser un enfermo. Se

trata de una convicción que cambia el modo de vivir y de afrontar la experiencia de la enfermedad. Ahora bien, no sólo esto: estar enfermo provoca un cambio temporal en el comportamiento, ser un enfermo condiciona la identidad de la persona” (54).

Los sentimientos de dolor pena, temor, pero también esperanza se presenta en la gran mayoría de familiares cercanos (padres, hijos, esposos y hermanos), siendo en cada caso de diferente intensidad.

La comunicación puede transmitir desesperación o esperanza. Hay un modo de comunicar el diagnóstico de la una enfermedad grave que no tiene en cuenta enfermedad. Hay un modo de comunicar el que el diagnóstico enfermo tiene su propia sensibilidad y reactividad psicológica, con efectos más bien negativos incluso en el proceso que prospecta posibles realizaciones y hace más soportable la enfermedad (54).

De acuerdo a las entrevistas realizadas, todos se refirieron a sus sentimientos respecto a la situación de salud del paciente hospitalizado, observándose en la mayoría de ellas gestos de ansiedad y preocupación:

Angustia: *“Porque es bien difícil estar afuera como familiar del paciente y nadie te diga si está bien o mal, va a sobrevivir o no, siempre entra, salen entran, salen y no dicen nada (...) pero el familiar que tenemos dentro para nosotros es importante.”*

Se pone de manifiesto la preocupación de los familiares por el estado delicado de su paciente y la incertidumbre de no saber qué va a pasar

Paciencia: *“El no saber si tu familiar va a mejorar o no, es desesperante, el no poder hacer nada, el preguntar y que nadie nos comunique nada sobre nuestro familiar, convierte a la situación del familiar en muy difícil.”*

Ante el temor de poder perder un ser querido, sentían que debían hacer más y así lo expresaban: Como comprar “Mejores medicamentos” ...

Confianza: *“Él ha llegado grave, pero todos lo han atendido, claro él no lo ha visto porque lo mantenían sedado (...) Por favor se lo encargo, se lo recomiendo, porque él es una persona especial, por eso es que tenemos que estar atrás de las personas”*

También se encontraron pacientes muy confiados en la atención brindada en la UCI. y así lo expresaron

Desaliento: *“pero cuando de improviso llamaban para decirme que mi hija estaba peor, yo sentía un gran dolor en el alma..., me parecía que en cualquier momento me iban a decir señora su hija..... (...) cuando me decían ha mejorado un poquito, a ese poquito me aferraba”.*

La incertidumbre de no saber que estaba pasando, generaba angustia y ansiedad en los familiares, de tal manera que cualquier palabra o gesto de apoyo les proporciona tranquilidad.

Perseverancia: *“Fue un gran dolor para mí, que he tenido que gritar al cielo a Dios para que no me quitará mi hija, que yo. que yo le daba mi vida (...) Ya me dejaron pasar un ratito y vi que mi hija estaba intubada, el alma se me partía porque yo jamás había visto esto y es parte de mi sangre no se...que a nadie creo que se lo deseo”.*

Las madres expresaban más sentimientos de angustia y preocupación en comparación con otros familiares

Esperanza: *“dije bueno ellos le van a dar toda la mejor atención y puse mi confianza en ellos, yo quería que mi hermano tenga la mejor atención”.*

Paciencia: *“Después trataba de ver a través de una pequeña rendija y a veces lo veía pasar cuando le iban a realizar algún examen y sentía un gran alivio de saber que estaba bien”.*

Referían los familiares, que con solo ver a su paciente un breve momento les daba tranquilidad y esperanza.

Amor: *“También a veces me asustaba cuando el monitor o el respirador sonaba, algunas licenciadas me tranquilizaban diciendo que algo se desconectó, pero que el paciente estaba bien (...) pensaba de repente así conversan y se descuidan de mi hijo, no le pasará algo, se vaya a desconectar el ventilador, como saber si mi hijo está bien, ya que es totalmente dependiente, la duda de que le pase algo o deje de respirar y no se den cuenta me tenía sobresaltada”.*

El ambiente de un área crítica, es diferente a otras áreas de hospitalización de un hospital y la cantidad de conexiones hace que el paciente sea casi inaccesible, por lo que la interacción es a distancia.

El afrontamiento personal, la creencia religiosa y el apoyo de familiares, amigos, personas desconocidas y del equipo de enfermería fueron descritos como elementos de ayuda para el afrontamiento de la experiencia de una enfermedad crítica y la hospitalización en una UCI (7).

Los familiares reaccionan de muy diferente manera frente al estado de salud que diariamente se informa con respecto a su paciente. Algunos continúan con más esperanza a pesar que las noticias no sean muy buenas, otros entran en estado de negación y tratan de encontrar culpables del estado de su paciente. También se encuentran familiares con actitud derrotista que se da por vencida y ya no acepta continuar con los tratamientos sugeridos. Otros que no logran comprender que la ciencia tiene límites y sugieren intentar otras medidas o tratamientos.

La enfermedad de uno de los miembros de la familia afecta la dinámica familiar, tanto en la familia nuclear como la extensa, especialmente cuando la duración de la enfermedad es prolongada. Un evento de este tipo significa un

motivo para que la unión familiar se afiance o se restablezca cuando se había perdido. Hay cambios en las rutinas familiares para adaptarse a las necesidades del enfermo e incluso los miembros de la familia extensa, poco cercanos afectivamente a los pacientes, se involucran en el apoyo. También, las familias viven un proceso de organización para ofrecer el apoyo que incluye establecer cadenas de oración en las cuales a las oraciones se les atribuyen poderes curativos y se realizan como muestras de solidaridad y afecto (7).

A pesar de que los informes médicos pueden ser desalentadores en el Área Crítica, los familiares prefieren conocer la real situación de salud de su paciente y las complicaciones que pueden haber presentado. También se ha podido observar que la información médica recibida tiene reacciones e diferentes en las personas de acuerdo a los lazos familiares que lo unen al paciente.

“Sin embargo, los enfermos y familiares, además de desear percibir que el profesional que le atiende es competente, desean que su comportamiento refleje sensibilidad, calidez y preocupación por su persona; y están más satisfechos con profesionales que no se muestran emocionalmente neutrales, que se muestran amigables, interesados en ellos como personas, empatizan con sus sentimientos, e inspiran confianza, calma y competencia; y todo ello, no tanto con sus palabras, sino con su lenguaje corporal” (55).

Sentimientos en relación al médico

Los médicos a cargo de pacientes críticos se ven expuestos con frecuencia a este tipo de situaciones. Por un lado, deben afrontar todo el proceso comunicativo de una enfermedad grave y rápidamente evolutiva a veces muy compleja como el fracaso multiorgánico; deben afrontar con frecuencia dilemas éticos como la limitación del esfuerzo terapéutico frente a una sociedad cada día más sensibilizada, con mayor conocimiento y con instrumentos de expresión como los documentos de voluntades anticipadas y

testamento vital; además el médico intensivista es con frecuencia portador de malas noticias; y finalmente, el potencial donante de órganos en muerte encefálica ha estado bajo su responsabilidad previamente y le corresponde comunicar el fallecimiento de forma comprensible y lograr crear una atmósfera adecuada para que se pueda plantear la posibilidad de la donación de órganos y tejidos para trasplante (56).

La Actitud de los Médicos de UCI. es bastante distante para con los familiares, limitándose solamente al informe médico que una sola vez en el día, teniendo una duración bastante breve en la que en forma sucinta y resumida se hace saber el estado del paciente. A veces este informe no se le brinda al familiar directo o cuidador principal, ya que en esos momentos no se encuentra, entonces los familiares quedan descontentos porque el familiar que en ese momento estuvo no logro entender y preguntar sobre determinadas situaciones.

El médico además también suele llamar familiares cuando la situación del paciente es mortal permitiendo estar cerca del paciente. Son pocas las oportunidades en que los familiares desarrollan una relación estrecha y de confianza con el médico tratante.

Los profesionales de la salud deben combatir su tendencia a tratar a todos los pacientes de la misma manera, con el mismo registro de comunicación. He aquí que comunicación y ética se enlazan en el diálogo, en la relación, en la deliberación, en la asociación, en la participación compartida. Hay un deber de establecer un diálogo significativo, porque éste se construye desde la realidad del paciente, un diálogo que debe ser honesto, transparente y no manipulador. Todo ello requiere creatividad, atención, consideración a la dignidad del otro (25).

De los entrevistados solo cuatro expresaron sus sentimientos respecto al Médico Intensivista. Así lo expresan algunos entrevistados:

Angustia: *“Y a veces pensamos que él no siente como uno y que quizá no va a hacer lo suficiente por nuestro familiar; muchas veces renegamos de los doctores”.*

La actitud distante del médico, atemoriza a los familiares que se quedaban con todas sus dudas, por temor de incomodar a los médicos.

Confianza: *“siempre nos tenían informados y frente a las preguntas que hemos hecho siempre ha habido respuestas buenas y alentadoras, como también algunas negativas respecto a su estado”*

Perseverancia: *“algunos médicos hablaban poco y solo me decía que estaba más estable y nada más hubiese querido mayor informe.”.*

La calidad del informe fue muy observada, ya que la mayoría piensa que es insuficiente y asimismo muy tecnificado e incomprensible. Los familiares se inhibían de expresar todo lo que querían expresar.

Paciencia: *“a veces los médicos utilizan términos que uno no entiende en todo muy bien.”*

Cuando no se da la expresión verbal del sentimiento es posible interpretar esto como falta de comprensión, negación, regresión o indiferencia por el familiar. Es importante darse cuenta de esta situación para confrontarla y dejar en claro la necesidad de comunicación e información (11).

Sentimientos en relación a la enfermera

El cuidado implica un compromiso por parte del personal de enfermería, que los pacientes perciben en fenómenos relacionados con la asistencia, el manejo de tecnología, la capacidad para prevenir complicaciones, las conductas de

apoyo y las actitudes dirigidas a dignificar a otros en su condición humana y a proporcionar su crecimiento integral (24).

Las enfermeras que trabajan en la unidad de Cuidados Intensivos son enfermeras especialistas en el Cuidado del paciente crítico, correspondiendo a cada enfermera 2 a 3 pacientes, debido a que el tipo de paciente que se maneja, por lo general pacientes intubados y que por lo tanto no se comunican, la enfermera está acostumbrada por lo tanto a trabajar en silencio y solo tener comunicación con miembros de equipo de salud que ingresan por momentos. A veces esta “tranquilidad” en el desarrollo de las actividades de Enfermería se ve alterada por la presencia de familiares que por la misma ansiedad miedo temor etc. quieren interrogar a las enfermeras sobre el estado de sus pacientes y se sienten defraudados cuando reciben una respuesta breve y de repente poco alentadora.

Asimismo, hay familiares que ingresan en actitud de crítica negativa sobre el cuidado brindado (Experiencias anteriores o intercambio de experiencias con otros familiares).

Es importante también mencionar que la enfermera está concentrada en el cuidado al paciente crítico que se olvida del cuidado del familiar, evadiendo respuestas e interrelacionarse con los mismos, de tal manera que muchas veces los familiares ni siquiera identifican a las enfermeras encargadas del cuidado de su paciente.

Todos los entrevistados (ocho) se refirieron a sus sentimientos respecto a la enfermera sentimientos, pudiéndose observar en la mayoría de ellos el descontento respecto al trato de la enfermera, pero también hubo dos entrevistadas que les pareció adecuada la atención de Enfermería en el Área Crítica. Así lo expresan:

Angustia: *“pero si uno se encuentra con una enfermera que ni siquiera saluda, que es grosera, que contesta mal, uno se va con esa idea de que al familiar lo va a atender de lo peor”.*

La impresión que daba una licenciada al no contestar el saludo o no contestar alguna interrogante del familiar, hacía que la percepción sea negativa para con todas las enfermeras

Tranquilidad: *“Yo creo que aparte de su labor de ayudar a las personas enfermas, podrían ayudar a los familiares o a las personas que se encuentran fuera a través de un consejo quizá, unas palabras de motivación”.*

La falta de una buena comunicación y apoyo emocional es lo que se menciona en las entrevistas respecto a las enfermeras

Confianza: *“Yo quisiera que haya mejor comunicación ya que algunas contestan amablemente y otras contestan con el sí, sí o no nada más, pero hay otras personas que, si conversan con nosotros los familiares y nos dan respuestas a nuestros interrogantes.”*

Todos los familiares reclamaban mejor comunicación de parte de la enfermera y un poco de apoyo emocional para sobrellevar esos difíciles momentos.

Desaliento: *“Tener una comunicación más directa con los familiares, ya que a veces no conocemos al personal de turno, ni identificamos a la enfermera de la técnica”*

Perseverancia: *” pero otras veces me tocaban enfermeras muy buenas, señoritas que sabían y comprendían el dolor de uno y me daban aliento “señora su hija ya está saliendo de su estado grave”, ya me iba contenta.”.*

Una buena explicación y muestra de cariño e interés, hacen que el paciente se sienta más confiado y seguro

Esperanza: *“me encanta la atención de las enfermeras, son amables, son empáticas, cariñosas, te brindan confianza que tú vas a depositar en tu paciente que está grave y lo van a tratar bien”.*

También había familiares satisfechos que así lo expresaban y dejaban comentarios buenos para el personal.

Paciencia: *“A veces me consolaba pensando que cuando no me daban respuesta es porque estaba todo bien ya que si sucedería algo malo ya me hubieran avisado”.*

Las personas aprendían a interpretar los gestos del personal de enfermería, así como la rutina de trabajo y lo relacionaban con su paciente.

Amor: *“parecía que les molestaba lo que yo les decía esto era incómodo para mí, me apenaba un poco, a veces ya no quería decir nada por miedo a que se molesten y me boten más rápido”.*

El cuidado es una interacción entre el cuidador y la persona que lo requiere; algunos participantes expresaron que se hacían amigos del personal de enfermería como estrategia para obtener cuidado (24). La ansiedad de los familiares por obtener un mejor cuidado a sus familiares los lleva a querer agradar al personal con algún regalo o propuesta de hacerle algún “obsequio” en el futuro.

Los pacientes y familiares esperan mucho de la enfermera, pero se tiene que tener en cuenta factores como sobrecarga laboral y el cumplimiento de actividades en tiempos determinados, así como la carga emocional que implica el cuidado de pacientes críticamente enfermos etc. que hacen que la enfermera desarrolle una relación inadecuada con los familiares del paciente, quedando una percepción negativa en ellos.

El profesional de enfermería vive una carga emocional y laboral que le afecta la forma de cuidar a los pacientes terminales y le puede causar pérdida del bienestar en la actividad profesional, hasta el desequilibrio emocional, en el que se experimenta desesperanza, depresión e incertidumbre. La inversión de esfuerzos y energías que no se ven reflejados en la recuperación del paciente, o que no corresponden con el grado de satisfacción esperado, va en detrimento de la utilización de la experiencia para tomar las mejores decisiones, para buscar caminos de mayor autorrealización, de actualización, de exigir reconocimiento a la labor desempeñada (25).

Sentimientos en relación al personal de vigilancia

El personal de vigilancia que es un servicio tercerizado del Hospital brindado por una empresa, es la encargada de mantener el “orden” en cuanto al ingreso de familiares en horas que según reglamento no debe haber visitas, manteniendo a los familiares detrás de la puerta de acceso a la UCI. y también se encargan de ubicar a familiares por sistema de radio a familiares que son requeridos por el personal de la Unidad.

Esta restricción al ingreso desarrolla sentimientos de ansiedad en los familiares, quienes muchas veces agraden verbal y/o físicamente al vigilante. También hay que tener en cuenta que la forma de dirigirse a los familiares de parte de los vigilantes no es la más apropiada, considerando la vulnerabilidad del familiar

La ansiedad se podría conceptualizar como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza –reales o imaginadas– desencadenadas tanto por estímulos ambientales como situacionales o disposicionales que podrían favorecer la aparición de la misma, es decir, es un mecanismo de alarma y es necesaria para nuestra supervivencia, de hecho, sin ella, no podríamos sobrevivir.

En estas situaciones, nuestro cuerpo va a reaccionar de múltiples formas, e inicialmente, son reacciones normales que tenemos todos, ya que, la ansiedad, como cualquier otra emoción, tiene una utilidad adaptativa porque nos ayuda a prepararnos para enfrentarnos a dicho peligro, bien mediante la huida/escape, la defensa o el ataque. A diferencia del estrés, que aparece cuando hay unas demandas ambientales excesivas, y nuestro organismo no da abasto para afrontarlas, la ansiedad se produce cuando anticipamos la amenaza, pensamos lo que va a suceder y tratamos de prepararnos para hacerla frente. Cuando estas situaciones de tensión, nerviosismo y ahogo se mantienen durante mucho tiempo, esta emoción se desborda y se automatiza, aumentan la intensidad, la frecuencia y la duración de sus síntomas y provocan una sobrecarga de nuestro organismo. La activación sostenida de nuestro cuerpo puede agotarlo y además genera una mayor dificultad para resolver los problemas de forma lógica (57).

En las entrevistas no todas se refirieron al vigilante, solo tres entrevistadas pudieron observar, evaluar y calificar el trabajo del vigilante del Área como así lo expresan:

Desaliento: *“hay algunos vigilantes groseros, que no se dan cuenta que los familiares tenemos que estar ahí para cualquier cosa”.*

Los vigilantes o el personal de seguridad constituyen la puerta de entrada a la institución, por lo que su trato debe ser amable, sin embargo, de acuerdo a las referencias de los familiares, eran bastante groseros.

Perseverancia: *“Solo que los preparen y les den una buena charla a los vigilantes porque venimos con mucho dolor y sufrimiento y somos maltratados por ellos en especial la gente humilde.”*

Si se ha observado que el personal de vigilancia, no solo debe cumplir con los requisitos de talla o peso, sino también se debería evaluar en cuanto a modales y valores, que les permita interactuar mejor con los familiares.

Paciencia: *“a veces nos aturdimos y decimos el vigilante es malo, es malo después reflexionamos y nos damos cuenta que ellos están haciendo su trabajo.”*

Los vigilantes o celadores son personas que, en un centro público, se dedica a vigilar el cumplimiento de las normas y el mantenimiento del orden o a hacer otras tareas de apoyo, velan continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de las Institución. Asimismo, vigilan el acceso y estancias de los familiares y visitantes, según las normas del Centro, cuidando que no se introduzcan en el Hospital más que aquellos objetos y paquetes autorizados. Ellos se deben abstener de hacer comentarios a los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico encargado de la asistencia del enfermo.

La misión de este puesto de trabajo es sumamente delicada por ser el primer contacto que se tiene con el Área hospitalaria requiere facilidad de palabra, extroversión, paciencia, amabilidad y comprensión para atender y contestar las preguntas que pueden formularle y estén dentro de su competencia (58).

Los vigilantes que brindan seguridad en la UCI. pertenecen a compañía ESVICSA que brindan servicios tercerizados al hospital y se observa que al parecer el criterio de selección para estos trabajadores es que sean de buena estatura y contextura, sin tomar en cuenta un buen nivel cultural, lo que se ve reflejado cuando interactúan con los familiares de manera inadecuada, faltando muchas veces el respeto a las personas que ya están en un estado de

vulnerabilidad por la situación de salud de su paciente. Así lo expresan los familiares.

CATEGORIA: VISITAS

Horarios

Los horarios de visita de los familiares son por la tarde y por espacio de una hora, durante este tiempo se les sugiere que de preferencia la visita sea de los familiares más cercanos (esposo (a), madre, padre, hermanos, hijos). Respecto al horario se refirieron tres entrevistados quienes se refirieron sobre todo a la brevedad de las mismas.

A pesar de estas evidencias que ponen de manifiesto que los familiares del paciente crítico requieren atención y flexibilización de las normas restrictivas de las UCI y que ello supone un beneficio para pacientes y familiares, las UCI españolas no están adaptando sus normas ni sus estructuras para promover tal cambio. En concreto, la cultura cerrada de las unidades impide resolver la necesidad de cercanía que tienen paciente y familiares. Esto es debido al predominio de una cultura tecnológica, centrada en el paciente, que, por ejemplo, excluye a los familiares de la agenda de las enfermeras. Estas desconocen el impacto y la angustia que suponen estas necesidades para los familiares (58).

Cuando un paciente ingresa a UCI, se le orienta sobre algunas normas del servicio como: la hora del informe médico, la lista de utensilios que necesita el paciente y sobre el horario de visita, además se les solicita números telefónicos para poder contactarlos en caso de que fuera necesario, así como se les proporciona su pase para que en los horarios establecidos puedan realizar sus visitas, sin embargo los familiares permanecen constantemente detrás de la puerta de acceso tratando de pasar en cualquier momento, hecho que causa enfrentamientos con el personal de vigilancia.

Múltiples estudios nos dicen que el dolor, la ansiedad y la separación familiar son algunas de las causas de sufrimiento en el paciente crítico. No existe evidencia científica sobre que un régimen de visitas liberalizado aumente las infecciones o interfiera con la atención al paciente, mientras que sí se ha demostrado, que las visitas familiares disminuyen la ansiedad, ayudan al bienestar del paciente y minimizan la experiencia traumática de la enfermedad, tanto del paciente como de la familia, que también sufre las consecuencias de la enfermedad, como demuestra la alta prevalencia de estrés postraumático y depresión presente en familiares de pacientes críticos.

Una política de visitas liberalizada con las UCI de puertas abiertas, es bueno para el paciente y bueno para la familia ya que les ayuda a compatibilizar la atención al paciente con la actividad laboral o los cuidados de otros miembros familiares. (59).

Los familiares se refirieron así de las visitas a la UCI.

Angustia: *“las visitas eran muy cortas, se limitan a decirnos que veamos al paciente y salgamos”.*

Los familiares expresaban la necesidad de dos horarios de visitas por día y no una sola por considerarla insuficiente.

Desaliento: *“esperábamos con ansias la hora de visita, sin embargo, a veces nos decían que por haber ingresado paciente muy grave y estar haciendo procedimiento ya no habría visitas”.*

Casi todos los entrevistados concuerdan en que las visitas son muy cortas sobre todo cuando dentro se están realizando procedimientos

Esperanza: *“También me gustaría que en las horas de visita solo permitan pasar a los familiares directos”.*

Algunas veces las visitas en la UCI. son suspendidas por algunos procedimientos realizados y/o por ingresos de nuevos pacientes causando mucha incomodidad en los familiares. Sin embargo, esta medida a veces es necesaria, ya que algunos procedimientos son cruentos y no agradables a la vista de las personas, por lo que se prefiere hacerlos sin su presencia.

A pesar de las muchas ventajas de un régimen de visitas abierto y las múltiples recomendaciones que existen en la literatura para abrir las puertas de las UCI, sigue predominando una cultura de UCI cerrada.

C. CATEGORIA: EXPECTATIVAS DEL FAMILIAR

En relación a la Atención del Médico

La familia llega al informe médico con emociones intensas y sentimientos que no pertenecen al campo de lo cuantificable ni de lo palpable: angustia, depresión, incertidumbre, desasosiego, temores acerca del futuro de su familiar. La casi totalidad de las familias reprimen la expresión del afecto, lo que sugiere la existencia de temor a sentir algo más doloroso que la realidad que ya están viviendo. Aún después de un período de cinco días para adaptarse a la UCI, un tercio de las familias están paralizadas por el miedo.

La familia sufre de angustia. Ello se explica por la inseguridad y la inestabilidad que surge frente a la posibilidad de muerte de un integrante del grupo, con el consiguiente desamparo afectivo y económico, que lleva a la mitad de ellos a concurrir sólo al informe médico y a las visitas, alejándose así del hospital para conservar el sustento económico (60)

Los familiares esperan una comunicación adecuada durante el informe médico, que sea claro y sencillo y además en un clima de confianza que les permita realizar las interrogantes deseadas y que les permita aclarar muchas

dudas. La mejor comunicación va a permitir disminuir los niveles de ansiedad en los familiares.

La familia necesita saber qué es lo que tiene su familiar, si existe curación y de qué modo se planteará la misma. Respecto al impacto emocional, la comunicación tiene mucho que ver con la conducta del comunicador tanto en lo que dice verbalmente como en lo que comunica a través del lenguaje no verbal, que consiste en los signos que se transmiten al otro a través de inflexiones de voz, miradas y posturas corporales.

Todos reclaman afecto y comprensión. Si bien las familias en su mayoría buscan a un buen médico, el deseo de contingentación por parte de quien detenta la imagen de autoridad y poder, combinado con los sentimientos de desamparo, nos sugieren fuertemente la búsqueda de una relación paternalista con el médico (60).

En las entrevistas realizadas tres familiares se refieren a las expectativas que tienen respecto a la Atención del Médico de la U.C.I.

Angustia: *“entonces uno no ha estudiado medicina, no sabe, no tiene nociones y lo mínimo que uno espera es que por ahí algo te lleguen a explicar, aunque sea algo mínimo, pero que te expliquen, que no sean tan cortos y secos para decirte tiene esto, esto y esto y si uno no sabe lamentablemente uno tiene que quedarse con la duda”.*

Los familiares esperan un informe detallado y fácil de entender y también que les permitan expresar sus dudas e interrogantes.

Tranquilidad: *“Como decía lo más importante para los familiares o las personas que nos encontramos fuera es la comunicación, que estas personas que laboran en esta área se comuniquen con nosotros”.*

La expectativa de los familiares es tener más comunicación con el personal y poder expresar sus preguntas respecto a su paciente.

Esperanza: *“Por ejemplo me gustaría que cada médico cite a una determinada hora para dar sus informes y que los familiares no tengan que estar preguntando a qué hora dirán los informes”.*

En relación a la Atención de la enfermera se debe tener en cuenta siempre que la esencia de Enfermería está basada en el cuidado y este cuidado no solo es dirigido a la persona enferma, sino se extiende a la familia e inclusive muchas veces a la comunidad. Respecto a las expectativas del familiar respecto a la atención de enfermería, cinco entrevistados se expresaron.

“En el sentido más básico, cuidar significa importarle a uno algo; prestar atención, conceder importancia, sentir o mostrar interés o preocupación por algo. En este sentido, el cuidado carece de un contenido concreto. Comienza a tener ese contenido cuando lo entendemos referido a las personas. Entonces, el cuidado puede designar dos cosas diferentes: puede ser entendido como una motivación o como una conducta. En cuanto motivación, el cuidado empalma directamente con ese sentido básico, pues se refiere a sentir afecto, simpatía o empatía hacia alguien, preocuparse por su bienestar o tener un compromiso (profesional, por ejemplo) de interesarse por él y procurar satisfacer sus necesidades. Es ése el sentido en el que decimos que alguien tiene una actitud de cuidar, de cuidar de otro. En cuanto a conducta, la palabra se refiere a menudo a ocuparse de las personas y de atender a sus necesidades (lo que en castellano propiamente llamamos cuidar), en el contexto de las profesiones sanitarias, del trabajo social, la enseñanza, las relaciones familiares, etc.” (60).

Los familiares que tienen pacientes hospitalizados en UCI. siempre están reclamando que la enfermera sea más humanitaria, lo que vendría a ser un cuidado humanizado dirigido no solo a los pacientes, sino dirigido también a

los familiares que sufren mucho por la estancia del paciente en área crítica. Muchas veces el familiar no percibe este cuidado humanizado, causando malestar y ansiedad.

El empeño en humanizar la asistencia tiene sentido y es necesario porque hay factores que empujan en la dirección opuesta. Algunas tendencias no contribuyen en principio a la humanización de la asistencia, sino más bien al contrario (60).

El personal de enfermería debe tener en cuenta que la expectativa de los familiares en relación a su desempeño va a ser en base a lo que ella le va a proporcionar respecto a los factores negativos encontrados en una hospitalización: La enfermedad (complicada), el ambiente de UCI, que es poco conocido y la separación del ser querido (visitas restringidas).

Así pues, la preocupación por que la experiencia de la enfermedad y la asistencia sea lo más humana posible para el paciente, forma parte esencial de la enfermería; y a la vez, el papel de esta profesión es fundamental para el logro de la calidad humana en la asistencia. Todo ello nos conduce a pensar que la enfermería tiene en la humanización una importante responsabilidad, o al menos está llamada a desempeñarla (61).

Respecto a las expectativas se encontraron las siguientes respuestas:

Angustia: *“que sean un poquito más humanitarias y tengan más llegada al familiar porque el lado de los familiares es bien difícil, estar afuera y no estar ahí, (...) un poco de amabilidad creo que no les quita nada.”*

La enfermera de UCI por lo general está abocada a la estabilización del paciente inestable y deja de lado el apoyo a los familiares.

Tranquilidad: *“para mí la comunicación es fundamental. También tener un trato amable con los familiares, podría decirse con cariño.”*

El “trato Humanitario” es lo que esperan los familiares de parte de la enfermera que les permita tener la confianza en que su paciente será bien atendido

Desaliento: *“para mí la comunicación es fundamental. También tener un trato amable con los familiares, podría decirse con cariño.”*

Nuevamente observamos que los familiares solo solicitan una comunicación empática y sentir el apoyo de otro ser humano, en esto se tiene que trabajar con el personal de UCI que está acostumbrado a trabajar con muy poca comunicación inclusive entre el personal.

Perseverancia: *“deberían informar a los familiares lo que uno debe o no debe hacer al paciente durante la visita”.*

Amor: *“Que las enfermeras nos brinden un poquito más de información, no la médica porque eso es aparte por (...) ejemplo. Porque suena una alarma, esa explicación nos brindaría más tranquilidad y nos aliviaría la angustia”.*

El informe de las enfermeras respecto a algunos cambios presentados en el paciente, disminuyen la ansiedad de los familiares

Las expectativas y necesidades de las familias de los enfermos ingresados en la UCI están condicionadas por múltiples factores de los cuales los más importantes son las perspectivas que tengan sobre la enfermedad, los factores socio-psicológicos como los caracteres étnicos (patrones formativos culturales), la sensibilidad al dolor y ciertas condiciones psicológicas tales como la aprensión, la ansiedad y el miedo. (51).

Las expectativas de los familiares se basan en las percepciones positivas o negativas que se han tenido en los breves momentos de visita y que ninguna manera refleja el cuidado brindado en los turnos de trabajo.

Las UCI (s) son áreas especialmente delicadas en cuanto a la satisfacción de las familias dadas sus características de dificultades, el aislamiento al que están sometidos los pacientes y la situación crítica en la que se encuentran en cuanto a su compromiso vital, por ello es básico que en el futuro los responsables de estos servicios se esfuercen por mejorar el proceso de información-comunicación con los interlocutores naturales, los enfermos y sus representantes, las familias (51).

D. CATEGORIA: LUCHA CONTRA LA MUERTE

La mortalidad en la UCI. del Hospital como en todas las unidades críticas tiene una alta tasa de mortalidad, por lo que de acuerdo a la evaluación por turnos que se realiza y si los resultados no son los esperados, se comunica a los familiares ante la posibilidad de una muerte inminente, encontrándose una serie de reacciones de los familiares.

La muerte se desafía con todo el armamento de la Medicina Intensiva como institución. Su sistema de conocimientos y su práctica diaria demuestran que son los profesionales quienes “controlan” las diversas fases del tratamiento del proceso mórbido del enfermo (51).

En la UCI. se permite la presencia de familiares cuando se espera un desenlace fatal, esto con la idea de que puedan expresar sus sentimientos de cariño ante su familiar próximo a fallecer o que puedan expresarle todos los sentimientos de agradecimiento que no se han expresado en la vida diaria, también solicitudes de perdón por acontecimientos pasados etc.

La situación de agonía en la UCI. no siempre se acompaña del reconocimiento de la inevitabilidad de la muerte. Frecuentemente ésta no es aceptada hasta que el fin está muy cerca. Son los médicos quienes orquestan y controlan la oportunidad de la muerte, dando permiso al paciente para morir después de que fracasen múltiples ensayos de recuperación. La aceptación de

la muerte es muy difícil en un modelo donde todo lo que no sea la curación es vivido como un fracaso del patrón médico dominante (51).

Las reacciones de los familiares frente a la muerte a corto plazo son muy diferentes, encontrándose a veces reacciones muy descontroladas de parte de los familiares que a veces requieren de la asistencia médica y de enfermería (crisis de llanto, desmayos etc.), también se encuentran familiares que reciben la noticia de forma tranquila y con mucha resignación.

Pallares A. (51) nos dice que independientemente del tipo de patología, cuando el paciente entra oficialmente en la etapa agónica, se le duerme si estaba consciente y se espera que la naturaleza siga un curso natural que desembocará en la muerte. Este periodo de tiempo es aprovechado por los profesionales para acabar de preparar a la familia respecto a la situación que se va a producir irremediablemente.

A pesar que este pensamiento de la muerte está en todos los familiares cuando un paciente ingresa a la UCI. Solo tres entrevistados se refirieron a este tema, lo que nos indica que los familiares no desean aceptar la muerte como una posibilidad. Esto nos refirieron al respecto:

Angustia: *“en U.C.I. son pacientes críticos y sé que luchan contra la muerte diaria”.*

La denominación UCI. está muy ligada a muerte, es por esto que se desarrolla mucho temor y en los familiares.

Desaliento: *“pero cuando de improviso llamaban para decirme que mi hija estaba peor, yo sentía un gran dolor en el alma.”.*

El apoyo espiritual y el acompañamiento de parte de la enfermera permiten una mejor adaptación del familiar al estado crítico del paciente

Perseverancia: *“porque la verdad yo ya no la contaba, pero mi corazón de madre se resistía a pensar que mi hija iba a fracasar ¡NOO!, por eso agradezco tanto a Dios”.*

Desde la perspectiva de un enfermo de UCI, la muerte es una realidad casi aterradora por lo cercana que la percibe. Aparece de forma cotidiana conviviendo con los pacientes de modos visibles sin ocultarse y haciendo ostentación de su realidad. No se escamotea. Frivolizando, se puede afirmar que el enfermo que ingresa en el servicio tiene muchas posibilidades de coquetear con la muerte en una situación límite que los pacientes sedados durante proceso de agonía tendrán la suerte de no percibir.

Encontramos que muchas veces a pesar que el médico intenta explicar que la ciencia tiene sus limitaciones frente a determinadas enfermedades y que el desenlace ocurrirá próximamente, el familiar o los familiares se bloquean y no logran comprender el mensaje que se desea transmitir. Esta falta de comprensión se incrementa en pacientes de bajo nivel cultural procedente de zonas rurales y que se encuentra impactada por el hecho de encontrarse en un área de UCI. (51).

V. CONSIDERACIONES FINALES

- Los familiares que tienen su paciente hospitalizado en el área crítica U.C.I. percibe la Atención de Enfermería muy distante, comunicación poco empática, utilizar accesorios de bioseguridad que impiden la buena comunicación (mascarillas). No hay relación estrecha entre familiares y enfermeras, inclusive no llegan a identificarlas y menos conocerlas.
- La familia del paciente que ingresa a la UCI experimenta sentimientos y reacciones emocionales de diferente intensidad tales como: Tristeza angustia, desesperación, miedo, temor, enojo al igual que confianza, esperanza, tranquilidad y paciencia de acuerdo a la experiencia de vida que le tocó vivir.
- Las necesidades básicas expresadas por los familiares Fueron el no tener acceso al paciente por una restricción muy severa en el horario de visitas, las mismas que a veces eran canceladas por ingreso e pacientes o procedimientos invasivos, propios del área crítica. Asimismo, la necesidad de recibir más de un informe médico diario. También se solicitó el informe de Enfermería por ser la encargada del cuidado directo del paciente.
- La mayoría de los familiares perciben la calidad de atención en el servicio de U.C.I de regular a buena, refiriendo muchos de los entrevistados, agradecimiento y alegría por la recuperación de la salud de su paciente.
- Las expectativas que tienen los familiares de su paciente están relacionadas con mejorar la comunicación del personal profesional de enfermería, esperando de la enfermera mayor apoyo psicológico, así como la necesidad de incrementar a dos veces por día el informe médico y adicionar el informe de Enfermería. También se solicita mayor flexibilidad en el horario de visitas.
- Esta investigación demostró la necesidad de una comunicación más asertiva y empática de parte de la enfermera, así como la identificación adecuada del personal que labora en el área crítica.

Recomendaciones

- Las recomendaciones están dirigidas al personal de salud, para incluir en la atención adecuada y oportuna no solo al paciente, sino también a los familiares del paciente hospitalizado en área crítica, considerando que este grupo vulnerable desarrolla sentimientos de ansiedad y estrés.
- Proporcionar un ambiente adecuado, cómodo y acogedor para los familiares que permanecen por largas horas afuera de la U.C.I. para averiguar sobre el estado, progreso y mejoría de sus pacientes.
- Colocarse un distintivo con el nombre y el cargo que desempeña en el área crítica a fin de que el familiar conozca al personal encargada del cuidado y sepa a quien dirigirse de acuerdo a su requerimiento.
- Identificar las necesidades de los familiares en cuanto a informes, teniendo en cuenta el nivel cultural, procedencia, hábitos y costumbres y fortalecer las estrategias de afrontamiento del familiar a esta etapa de deterioro de la salud y las secuelas que pudieran generarse, mediante el acompañamiento y la explicación progresiva y adecuada
- Fortalecer la esencia del cuidado, la misma que no solo debe ser impartida a los pacientes hospitalizados sino también a las personas de su entorno (familiares) debiendo ser en forma holística, para el mejor afrontamiento al deterioro de la salud.
- Gestionar la flexibilidad en cuanto a los horarios de visita, y los informes médicos, desarrollando protocolos para la atención adecuada de los familiares.
- Protocolizar el informe de Enfermería por ser la encargada de Cuidado directo y conocedora de las necesidades reales del paciente, desarrollando una comunicación empática y asertiva con los familiares, lo que mejorará las relaciones entre las familias y los enfermeros.

Referencias bibliográficas

1. Hernández D. Relación de ayuda: intervención de Enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN. Rev. Enferme IMSS. (2002) 10 (3): 125-129.
2. Díaz A, Díaz N. Ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. NURE Inv. 2004 nov 1(10)
3. Sánchez A, et al. Actitud de los familiares de enfermos ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Ponencia al congreso de la SEMIUC 1996.
4. Hidalgo I, Vélez Y, Pueyo E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. Enferm Intensiva. 2007; 18(3):106-14.
5. Velasco JM. Visitas de familiares en UCI: a ambos lados de la puerta. Evidentia [serie en Internet]. 2007 ene-feb [citado el 28 de abril de 2008];4(13). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/293articulo.php> [ISSN: 1697-638X]
6. Portillo H. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. España: Macmillan Iberia, S.A., 2008. ProQuest ebrary. Web. 5 March 2016. Copyright © 2008. Macmillan Iberia, S.A. All rights reserved
7. Salazar A. Hay que poner de su parte para afrontar una enfermedad grave. Aquichan. 10(3): 214-219, 2010. Colombia: D - Universidad de La Sabana, 2010. ProQuest ebrary. Web. 8 March 2016. Copyright © 2010. D - Universidad de La Sabana. All rights reserved.
8. León F. Bioética de la atención de enfermería al enfermo terminal. Bogotá, CO: Red Nova, 2006. ProQuest ebrary. Web. 20 October 2016. Copyright © 2006. Red Nova. All rights reserved.

9. Algarbe S, Vílchez V. Necesidades de las familias de pacientes internados en la unidad de terapia intensiva de adultos- Estudio realizado en el sanatorio allende s.a. de la ciudad de Córdoba, durante el período julio – septiembre 2010.
10. Ramírez C, Parra M. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos Bogotá, Colombia. Recibido: 29-09-09 Aprobado: 06-05-11
11. Uribe M, Muñoz C, Restrepo J. Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular Investigación y Educación en Enfermería, vol. XXII, núm. 2, septiembre, 2004, pp. 50-61 Universidad de Antioquia Medellín, Colombia.
12. Mendoza R, Torres M, Rincón J, Urbina B. Percepción sobre la atención de enfermería en una unidad de cuidados intensivos Rev. Enferm. Inst. México Seguro Soc.2015; 23(3):149-56
13. Franco R. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de Enfermería durante la Crisis Situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; abril 2003
14. Reyes M, Colonia K, Reyes R. Percepción de los familiares del paciente crítico acerca del apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
15. Ramírez J, Idrogo Y. Ética del cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del familiar cuidador del paciente en estado crítico HRDLM Chiclayo 2012 Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de: Licenciado en Enfermería.
16. Navarro J. Percepción de los padres acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera al recién nacido. Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión- Setiembre 2012. Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

17. Vílchez M. Vivencias de familiares de pacientes que se encuentran en UCI: Una realidad por atender-Piura 2015. Tesis para optar el Título de Magister en ciencias de la Enfermería. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote-Filial Piura 2015.
18. Garzón N. Ética profesional y teorías de enfermería+L24. Aquichan. 5(1): 64-71, 2005. Colombia: D - Universidad de La Sabana, 2005. ProQuest ebrary. Web. 14 March 2016. Copyright © 2005. D - Universidad de La Sabana. All rights reserved.
19. Marriner A. Raile M. Modelos y teorías de Enfermería. Ed. Elsevier. Setima edición Pag. 91. Ed. en español de la obra original en inglés: Nursing Theorists and Their Work. www.medilibros.com
20. Giraldo C. Franco G. Calidad de vida de los cuidadores familiares. Aquichan. 6(1): 38-53, 2006. Colombia: D - Universidad de La Sabana, 2006. ProQuest ebrary. Web. 14 March 2016. Copyright © 2006. D Universidad de La Sabana. All rights reserved.
21. Vega O. Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. Aquichan. 11(3): 274-286, 2011. Colombia: D - Universidad de La Sabana, 2011. Pro Quest ebrary. Web. 24 March 2016. Copyright © 2011. D - Universidad de La Sabana. All rights reserved.
22. Calvo S. Factores determinantes de la calidad percibida. España: Universidad Complutense de Madrid, 2006. ProQuest ebrary. Web. 13 March 2016. Copyright © 2006. Universidad Complutense de Madrid. All rights reserved.
23. Sacchi M, Hausberger M. Pereyra A, Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. Argentina: Red Salud Colectiva, 2009. ProQuest ebrary. Web. 13 March 2016. Copyright © 2009. Red Salud Colectiva. All rights reserved.

24. Quintero M, Gómez M. El cuidado de enfermería significa ayuda. *Aquichan*. 10(1): 8-18, 2010. Colombia: D - Universidad de La Sabana, 2010. ProQuest ebrary. Web. 14 March 2016. Copyright © 2010. D - Universidad de La Sabana. All rights reserved.
25. Gómez-Londoño E. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico: una perspectiva bioética. Colombia: D - Universidad de La Sabana, 2009. ProQuest ebrary. Web. 14 March 2016. Copyright © 2009. D - Universidad de La Sabana. All rights reserved.
26. Romero E, Lorduy J. Relación entre la carga laboral de enfermería y la gravedad del paciente en unidades de cuidado intensivo para adultos. *Aquichan*. 11(2): 173-186, 2011. Colombia: D - Universidad de La Sabana, 2011. ProQuest ebrary. Web. 14 March 2016. Copyright © 2011. D - Universidad de La Sabana. All rights reserved.
27. Castillo E, Chesla C, Echeverry G, Satisfacción de los familiares cuidadores con la atención en salud dada a adultos y niños con cáncer. Colombia: *Red Colombia Médica*, 2006. ProQuest ebrary. Web. 14 March 2016. Copyright © 2006. *Red Colombia Médica*. All rights reserved.
28. Peralta J. Rol de las expectativas en el juicio de satisfacción y calidad percibida del servicio.: *Red Límite*, 2000. ProQuest ebrary. Web. 25 May 2016. Copyright © 2000. *Red Límite*. All rights reserved.
29. Estébanez M. Seguimiento hospitalario de pacientes críticos al alta de una UCI polivalente. España: Universidad Complutense de Madrid, 2010. ProQuest ebrary. Web. 24 March 2016.
30. Gutiérrez P. Protocolos y procedimientos en el paciente crítico. México: Editorial El Manual Moderno, 2010. ProQuest ebrary. Web. 14 March 2016. Copyright © 2010. Editorial El Manual Moderno. All rights reserved.
31. Carrillo R. Toma de decisiones y principios éticos en la unidad de terapia intensiva. México: Editorial Alfil, S. A. de C. V., 2008. ProQuest ebrary. Web.

14 March 2016. Copyright © 2008. Editorial Alfil, S. A. de C. V...All rights reserved.

32. Boné P. Vulnerabilidad y enfermedad mental: la imprescindible subjetividad en psicopatología: la imprescindible subjetividad en psicopatología. : Universidad Pontificia Comillas, 2000. ProQuest ebrary. Web. 25 May 2016. Copyright © 2000. Universidad Pontificia Comillas. All rights reserved.
33. Ludke M, André E. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
34. Glat R. Somos iguais a vocês. Depoimentos de mulheres com deficiência mental: Agir; 1989.
35. Bertaux D. L'approche biographique: sa validé methologique, sés potentialités. Cahiers internationaux de sociologie, n. 69, p. 197-225, 1980.
36. Camargo A. Os usos da história oral e da história de vida. Trabalhando com elites políticas. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, 1984. p.5 a
37. Kolhi M. Biografia: relato, texto, método. In: BERTAUX, D. Biography. A. Society. Beverly Huis, c. USA: Publications. Inc, 1981. p, 61-75.
38. Minayo M. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
39. Rodríguez G. et al. Metodología de la investigación cualitativa. 2. ed. México Interamericana, 1999. p. 57-61.
40. Atkinson R. The Life Story Interview. Thousand Oaks, CA: Sage. Cuadernillo metodológico de la colección azul de SAGE (Qualitative Research Methods Series, vol. 44),1998.
41. Santos et al. O método de história de vida na pesquisa em educacao especial. Rev. Bras., Marilia. Maio-ago. 2004, v.1, n 2, p. 235-250. Edicao especial.

42. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2011 Dic. 7]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
43. Rada D. El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad.
44. Carbel B, Romero M, Casas F, Ruiz T, Rodríguez S. Teoría enfermera: el cuidado desde una perspectiva psicosocial. *Cultura de los Cuidados*. 1997; 1(2):54-9.
45. Medina P. Comunicar y curar: un desafío para pacientes y profesionales sanitarios. Barcelona, ES: Editorial UOC, 2012. ProQuest ebrary. Web. 18 February 2017. Copyright © 2012. Editorial UOC. All rights reserved
46. Jiménez V, Zapata L, Díaz L. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan*: 2 ed.:159-72; 2013
47. Aguirre D. Competencias comunicativas del profesional de enfermería en Cuba. La Habana, CU: Editorial Universitaria, 2005. ProQuest ebrary. Web. 18 February 2017. Copyright © 2005. Editorial Universitaria. All rights reserved.
48. Bermejo C. Empatía terapéutica: la compasión del sanador herido. Bilbao, ES: Editorial Desclée de Brouwer, 2012. ProQuest ebrary. Web. 18 February 2017. Copyright © 2012. Editorial Desclée de Brouwer. All rights reserved.
49. Álvarez F, Faizal E, Valderrama F. Riesgos biológicos y bioseguridad: 2a. ed. Bogotá, CO: Ecoe Ediciones, 2010. ProQuest ebrary. Web. 11 March 2017. Copyright © 2010. Ecoe Ediciones. All rights reserved.
50. MINSA. Norma técnica de las Unidades de Cuidados Intensivos. Perú; 2005.
51. Pallares Á. El Mundo de las Unidades de Cuidado Intensivo: la Última Frontera. Ed: UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI; 2010.

52. Castro D. Estrés e estresores dos familiares de pacientes com traumatismo crânio encefálico em terapia intensiva. Tesis. Río de Janeiro: UFRI, Escuela de Enfermería; 2010
53. Brevis I. Silva P. Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2011-1/5.pdf
54. Sandrin L. Cuidar al enfermo: migajas de psicología. Bilbao. España: Editorial Desclée de Brouwer, 2013. Pro Quest ebrary. Web. 20 February 2017. Copyright © 2013. Editorial Desclée de Brouwer. All rights reserved.
55. Remor E. Arranz P. Ulla Sara. El psicólogo en el ámbito hospitalario. Bilbao, ES: Editorial Desclée de Brouwer, 2003. ProQuest ebrary. Web. 20 February 2017. Copyright © 2003. Editorial Desclée de Brouwer. All rights reserved.
56. De Frutos M, Daga D. Relaciones con familias de donantes: actitudes del intensivista. CIMC 2001.
57. Parada E. Psicología y emergencia: habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia. Bilbao. 2 ed. ES: Editorial Desclée de Brouwer; 2009. ProQuest ebrary. Web. 26 February 2017. Copyright © 2009. Editorial Desclée de Brouwer. All rights reserved.
58. Gómez J, Gómez F. El celador y sus funciones Libros Laboratorio Pág. 3-9 <https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/.../que-es-un-celador-y-tipos-de-celadore>.
59. Zaforteza A. García R. Quintana C. Sánchez E. Abadía J. A. Miró Abrir las unidades de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? *Enferm Intensiva*, 21 (2010), pp. 52-57 <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2009.03.001> Medline
60. De Albístur IM. Bacigalupo J. Gerez J. Uzal M. Ebeid A Maciel M. Soto J. La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos *Rev Med Uruguay* 2000; 16: 243-25

61. Vielva J. Ética profesional de la enfermería. Bilbao. 2 ed. ES: Editorial Desclée de Brouwer; 2007. ProQuest ebrary. Web. 28 February2017. Copyright© 2007. Editorial Desclée de Brouwer. All rights reserved.

Anexos



ANEXO 01
UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE
ESCUELA POST GRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

**PERCEPCION Y EXPECTATIVAS DE LOS FAMILIARES SOBRE LA
ATENCION DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL “JOSE CAYETANO HEREDIA”-PIURA
2016**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona:

Edad: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

Grado de Instrucción: _____

Ocupación: _____

Tiempo de Hospitalización del familiar: _____

Grado de Familiaridad: _____

Hable de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación sobre percepción y expectativas de la Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos



ANEXO N°02

TERMINO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Percepción y expectativa de los familiares sobre la Atención de Enfermería, es un estudio, que está siendo realizado por la Licenciada en enfermería Ana Patricia Gastelo Villanueva, bajo la orientación de la Mgtr. Sonia Aleida Rubio Rubio. Los objetivos de la investigación son:

- Analizar la percepción de las Familiares de la Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Unidad de Cuidados Intensivos.
- Identificar las expectativas de los familiares de la Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos

El estudio contribuirá para potenciar la calidad de cuidado, brindando un cuidado humanizado con cierto criterio científico. Para la recolección de la informaciones se realizará una entrevista individual abierta, la cuál será grabada en cinta cassette, los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital III “José Cayetano Heredia” de EsSalud.

Luego las entrevistas serán transcritas en su totalidad para el análisis respectivo. Al familiar que desea participar en el estudio, se le garantizará el derecho a la identidad e intimidad; además de esclarecimiento respectivo antes, durante y después del desarrollo de la investigación sobre cualquier duda referente al estudio.

Lic. Ana Patricia Gastelo Villanueva

Yo:.....mediante los esclarecimientos arriba citados, acepto participar de la entrevista.

Firma de la entrevistada

CONTENIDO DE LA ENTREVISTA: N 1

Parentesco: Hija

Buenos días Sra. Yo soy la Lic. Patricia Gastelo Villanueva y voy a realizar esta entrevista como parte del trabajo de investigación que voy a desarrollar para obtener el título de Magister en Ciencias de la Enfermería. El tema que voy a investigar es: Percepción y expectativas de los familiares sobre la atención de enfermería en el servicio de U.C.I. Este trabajo tiene como objetivos Conocer la percepción del familiar sobre la atención de enfermería en esta área crítica, así como conocer también las expectativas del familiar sobre la atención de enfermería desarrollada en esta área.

Este trabajo va a servir para que nuestro servicio conozca la percepción y expectativa de los familiares y realice las medidas correctivas que permitan mejorar la atención de enfermería en el área de Cuidados Intensivos. La entrevista será gravada, para lo cual ha firmado un consentimiento informado. Se garantiza el anonimato y la privacidad de la misma.

***Hable de lo que Ud. Considera importante respecto de su vida y que tenga relación con la percepción y expectativas sobre la atención de enfermería en el área de Cuidados Intensivos**

En el momento que la ingresaron al área de U.C.I nosotros prácticamente quedamos fuera sin respuesta alguna, todo fue muy rápido, por más que tratábamos de indagar algo sobre su estado su situación, realmente todo era nulo, todo intento era nulo, las enfermeras no nos daban información, porque no estaban autorizadas, que tenían que hablar con el medico directamente que esté a cargo, el medico llegaba por momentos y era muy escueto lo que nos decía, casi no nos daba información y realmente como familiares era un poco desesperante el no poder saber y las visitas eran muy cortas, se limitan a decirnos que veamos al paciente y salgamos, no nos dan información y es desesperante para el familiar que no nos puedan decir nada, los médicos generalmente nos dicen que hay que esperar, generalmente en U.C.I los casos son muy complicados y nos dicen que nos pueden dar un dx, nos dicen que es pronóstico reservado que hay que mantener la calma que hay que tener paciencia y “esperar”, esa palabra hasta ahorita la tengo: paciencia, que hay que esperar nada más, fue un

tiempo muy complicado, entrar y ver a su familiar mal, para nosotros uno como familiar piensa que los médicos no hacen casi nada, hace poco, las enfermeras son bastantes reacias, no hablan mucho, por más que uno quiere sacarles por ahí algo de información, casi no hablan , son bastantes serias y es bien complicado para el familiar, hay que mantenernos afuera porque tampoco dejan entrar, es bien difícil estar ahí afuera esperando, lamentablemente uno como familiar no entiende, pero el familiar que tenemos dentro para nosotros es importante y estar afuera nos limita, no nos permiten entrar, no tenemos confianza con el Dr. Y a veces pensamos que él no siente como uno y que quizá no va a hacer lo suficiente por nuestro familiar, muchas veces renegamos de los doctores, de las enfermeras que no nos quieren decir nada, que talvez son un poco groseras, no nos quieren dar un alcance, no nos quieren dejar entrar un momento, es bien complicado estar afuera, los dos son muy constantes con sus explicaciones y solo se limitan con decir “tu paciente esta grave, espera lo peor”, no hay ningún mensaje de aliento los medico de U.C.I son así, he hablado con varios y la mayoría son así de tajantes, muy secos te dicen que es pronóstico reservado está mal está muy grave, eso siempre nos dicen, es por eso que es difícil para los familiares estar “afuera” esperando. Los doctores son secos y bastantes secos, limitados con sus explicaciones y a veces uno de los doctores te dicen una cosa y ellos creen que uno debe saber lo referente a una enfermedad y a los que se refieren, si nosotros no somos médicos y a veces nos preguntamos bueno ¿Qué es eso? Nos dicen. Bueno si no saben ¿para qué preguntan? , muchas veces contestan así, esa respuesta la encontré en muchos doctores , si no saben mejor no pregunten solo miren a su paciente , entonces uno np ha estudiado medicina, no sabe, no tiene nociones y lo mínimo que uno espera es que por ahí algo te lleguen a explicar, aunque sea algo mínimo, pero que te expliquen , que no sean tan cortos y secos para decirte tiene esto, esto y esto y si uno no sabe lamentablemente uno tiene que quedarse con la duda y por ahí preguntar e indagar con otro personal que te pueda esclarecer algo de lo que te están diciendo, a veces como que les falta la parte humanitaria, claro que a veces uno se pone a pensar ¿Cómo será su trabajo? Pero uno espera que los médicos y enfermeras sean más humanitarios, que se detengan a explicar un poco más, porque es bien difícil estar afuera como familiar del paciente y nadie te diga si está bien o mal, va a sobrevivir o no, siempre entra, salen entran,

salen y no dicen nada, espera ahí , tenga paciencia, espere ahí y no pregunte, es bien complicado, es estresante, es irritante , es difícil, uno mismo se frustra de no poder estar ahí dentro, no poder ayudar a tu familiar, caro que a veces uno no puede hacer nada porque son casos bien complicados, pero por lo menos uno quisiera estar ahí con su familiar, si necesita algo, si se pone mal o poder ayudar que te digan constantemente “pasa esto” exactamente y vamos a hacer esto, porque tampoco te explican los procedimientos que van a realizar, no te dicen absolutamente nada, solo te dicen, está bien está mal y punto , espere ahí, no te dicen vamos a hacer esto, vamos a realizar aquello o vamos a ver la forma de avanzar con otra cosa, son demasiado tajantes y no te dicen nada, es frustrante estar afuera y esperar, esperar y esperar, en mi caso estuve muchos días siempre esperando, hay que armar se paciencia de mucha paciencia

¿A qué se refiere cuando dice que las “enfermeras son secas”?

Al trato con el familiar hay enfermeras que no dicen nada. Por ejemplo, me ha pasado que he entrado a la hora de la visita y me han dicho solamente diríjase a ver a su familiar y no pregunté nada, eso me dijeron una vez, yo traté de entender, pero yo también pensé no puede una enfermera decirte: Tenga paciencia, su familiar está mal, o está levemente mejor, o está recuperándose, o hay que esperar, pero véalo y tenga fe pero hay enfermeras que me han tocado y varias, hay otros que ni siquiera saludan, uno las saluda al entrar y uno busca la manera de llegar a ellas para que te den alguna información o para que de repente atiendan mejor a tu familiar y me ha pasado que llego saludo y ni siquiera el saludo responden, son secas, o sea no dan la confianza de que van a tratar “bien” a tu paciente, si ni siquiera te responden el saludo, son cosas que hacen pensar que si no saludan ¿cómo atenderán al paciente? También me han tocado enfermeras muy buenas que me dicen que hay que tener paciencia, que hay que esperar, en realidad hay de todo, hay enfermeras muy buenas que ya por ahí o sea un poco equilibran la otra parte de las enfermeras que son un poco más secas, hay de todo en realidad.

¿Para Ud. que significa estar fuera?

Que no me dejen entrar, permanecer en sala de espera o muchas veces como me quedé en Emergencia, lejísimos de aquí arriba quinto piso y estar ahí a la expectativa que nadie te dice nada, por ahí que uno trata de averiguar, o sea nadie te da razón, no se sabe cómo está su familiar eso es bien desesperante y que nadie te diga si está bien si está mal, si necesita algo, si hay doctor o no, si las enfermeras están atendiéndolo o no, o sea estar fuera del ambiente donde está tu familiar, no poder estar presente, no saber si necesita algo, eso te frustra y te hace sentir “fuera”, o sea fuera del alcance de tu familiar, no poder llegar a él saber si necesita algo o si está bien, eso hace sentir fuera del alcance de mi familiar.

¿Ud. que considera desesperante?

Es desesperante porque en realidad uno se desespera de saber si su familiar está bien o no, si está siendo bien atendido o no, si hay un médico si hay una emergencia, uno se desespera, uno quisiera saber si está bien en el área de U.C.I. , y que nosotros estamos afuera, no podemos participar y los familiares no sabemos si está bien atendido, si no ve si hay o el médico tiene alguna emergencia y se ve movimiento uno se desespera, se frustra, se cruzan tantas cosas por la cabeza, y si nos enteramos que a veces no hay médico programado o ha salido, no sabemos quién solucionará las emergencias, y como los familiares tenemos que irnos, inclusive nos dicen “que no quede nadie y que nadie puede entrar y uno piensa que en cualquier momento o en la madrugada no haya quien solucione los problemas o quien comunique. La incertidumbre es que, si las enfermeras llamaran o comunicaran sobre algún cambio en el paciente, si necesita algo o si se pone mal nos van a avisar, esa es la incertidumbre de los familiares, eso es lo desesperante de no estar pendiente de nuestro familiar.

Dígame eso es lo que Ud. ha percibido, ahora dígame Ud. que expectativa o como le gustaría que sea la atención de enfermería en la unidad.

EXPECTATIVA....: que los doctores sean más humanitarios que sepan explicar al familiar, yo entiendo que es una unidad de cuidados intensivos pero muchas veces los familiares no sabemos la magnitud de la gravedad, claro los doctores los saben

por algo son doctores pero por lo menos que se tomen un tiempito para sentarse a explicarnos, porque todo este tiempo yo he recibido reportes diarios pero que con muy escuetos y mínimos que los doctores se explainen y nos puedan explicar la expectativa que ellos tienen con respecto al paciente, que las enfermeras tengan un poco más de llegada al familiar y que tal vez sean más amables, que puedan dar un poco no sé si de información porque me imagino que ellas no pueden dar información, o están limitadas a informar pero por lo menos que den una palabra de apoyo al familiar o una palabra de aliento o que nos digan que nos van a avisar porque hasta en eso son un poco reservadas no nos dicen nada, que nos den la confianza de que van a ser bien atendidos, que si pasa algo ellos van a acudir y que van a informarnos a la familia porque esa es una duda constante que todo el tiempo está en la cabeza de los familiares. La expectativa es que sean un poquito más humanitarias y tengan más llegada al familiar porque el lado de los familiares es bien difícil, estar afuera y no estar ahí, esa es la expectativa de que tengan más llegada al familiar.

¿A qué se refiere al decir que sean más amables?

Con el simple hecho de saludar, por ejemplo, buenos días, buenas tardes, porque hay algunas enfermeras que ni el saludo siquiera y un poco hasta groseras, me han tocado también varias que por ejemplo hay familiares que no tienen ni idea de lo que se les debe dejar (útiles de aseo, pañales, almohadas, etc.) a un paciente de U.C.I. por ejemplo los que recién llegan y preguntan ¿qué necesita? La enfermera responde: ¿pero que no le han dicho? ¿Que no sabe desde un principio lo que tiene que traer? No son maneras porque hay personas que ya saben, pero hay personas que recién llegan y no saben y esto también lo he visto, un poco de amabilidad creo que no les quita nada, el saludo o a veces uno agradece cuando sale, las enfermeras muchas veces no te dicen absolutamente nada, como hay otras que si te responden de nada o no hay de qué o estamos para ayudarle, esas cositas parece mentira por más pequeñas que sean a uno como familiar ayudan bastante, tranquilizan, aportan en algo por lo menos a que el familiar se tranquilice al menos un saludo, uno como que se queda tranquilo y piensa que al menos la enfermera es amable entonces uno se hace la idea que va a atender bien al paciente, pero si uno se encuentra con una enfermera que ni

siquiera saluda, que es grosera, que contesta mal, uno se va con esa idea de que al familiar lo va a atender de lo peor, parece mentira, pero cositas mínimas hacen pensar tantas cosas, un simple saludo puede hacer cambios la manera de pensar del familiar y lo puede tranquilizar, un simple saludo, que te contesten el saludo por lo menos, eso ayuda bastante, tranquiliza.

¿Qué sería para Ud. que le den apoyo?

Por lo menos que me digan si mi familiar pasó bien el día o no, eso es un apoyo, buen apoyo para uno como familiar que te digan si pasó o no bien el día, que te digan necesita esto porque ya me ha pasado que este mi mamá no tenía sus pañales o las cosas que necesita y muchas veces no te dejan ni siquiera asomarte a preguntar si necesitan algo, te dicen baje y te cierran la puerta, yo una vez subí y me dijeron su familiar no tiene nada, yo le digo ¿cómo voy a saber si no tiene si ni siquiera me dejan acercarme a preguntar? Y me dijeron no es que Ud. ya debe saber si tiene o no tiene... ya debe saber, entonces ese apoyo de que la enfermera te pueda comunicar le falta, claro que también uno tiene que estar pendiente, ¿no? Pero si no hay la información de que le falta algo, entonces uno ¿cómo sabe? Si el área es restringida y uno no puede estar ingresando en cualquier momento ni tampoco te dejan subir a preguntar, entonces si uno no tiene el apoyo de la información de lo que necesita entonces como quedan los familiares, o que te den una palabra de aliento que te digan hay que esperar, tu familiar está delicadito pero hay que tener fe, hay enfermeras que si te dan esas palabras de aliento, pero hay otras que no, hay de todo, pero ese apoyo de que las enfermeras y el médico también de una esperanza es lo que más espera el familiar. El familiar lo que más espera es una buena noticia, palabra de aliento, palabra de que va a salir tu paciente, eso es lo que el familiar espera que te den una noticia, por lo más mínimo que parezca, que sea un detalle pequeño, por ejemplo, que te diga el día de hoy le han bajado el oxígeno por ejemplo o que te digan el día de hoy su P.A. ha estado normal. Esas cositas mínimas a uno como familiar lo llenan de esperanza, fe de que se va a poder, pero muchas veces no te dicen ni siquiera eso, son tajantes y no te quieren decir nada, a veces he tratado de entender a los médicos, enfermeras que se encuentran bajo presión pero creo que ellos deben entender que nosotros los familiares también estamos ahí afuera sin

ninguna respuesta, sin ningún apoyo, uno afuera se siente que adentro no tiene a nadie, uno se siente solo que no tiene a nadie que lo pueda ayudar, que lo pueda apoyar, uno se siente solo como familiar.

¿Alguna cosa que quisiera agregar para terminar la entrevista?

Que durante este tiempo que mi familiar ha permanecido en el área de U.C.I. ha sido duro, me he cruzado con todo tipo de personas, tanto enfermeras, médicos, he llegado a comprender un 50% el trabajo de ellos, lo difícil que es luchar contra la muerte porque en U.C.I. son pacientes críticos y sé que luchan contra la muerte diario pero al mismo tiempo quisiera que ellos entiendan la posición del familiar, el no saber si nuestro familiar va a salir con vida o no es bien duro porque realmente uno no sabe si su familiar va a salir vivo porque entran críticos y todo este tiempo ha sido para mí de aprendizaje, de llenarme de paciencia, de aprender a ser paciente, a esperar y a tener que aprender a confiar en los médicos y en las enfermeras porque como familiar no le queda otra opción uno tiene que confiar en los médicos y enfermeras porque son en manos de ellos que están nuestros familiares y en ellos encomendamos la vida de nuestros familiares y lo único que podemos hacer es esperar esperar afuera...

Algo más

Ya no

¿Desearía escuchar la grabación de su entrevista y hacer algún cambio?

No

Gracias

CONTENIDO DE LA ENTREVISTA: 2

Parentesco: Hijo

Buenos días Sra. Yo soy la Lic. Patricia Gastelo Villanueva y voy a realizar esta entrevista como parte del trabajo de investigación que voy a desarrollar para obtener el título de Magister en Ciencias de la Enfermería. El tema que voy a investigar es: Percepción y expectativas de los familiares sobre la atención de enfermería en el servicio de U.C.I. Este trabajo tiene como objetivos Conocer la percepción del familiar sobre la atención de enfermería en esta área crítica, así como conocer también las expectativas del familiar sobre la atención de enfermería desarrollada en esta área.

Este trabajo va a servir para que nuestro servicio conozca la percepción y expectativa de los familiares y realice las medidas correctivas que permitan mejorar la atención de enfermería en el área de Cuidados Intensivos. La entrevista será gravada, para lo cual ha firmado un consentimiento informado. Se garantiza el anonimato y la privacidad de la misma.

***Hable de lo que Ud. Considera importante respecto de su vida y que tenga relación con la percepción y expectativas sobre la atención de enfermería en el área de Cuidados Intensivos**

Familiar adulto joven, aparentemente tranquilo, escucha atentamente y hace gestos de querer recordar lo vivido:

Buenos días, bueno yo quería contar mi experiencia, yo tuve a mi mamá con problemas cardiacos y los médicos me comunicaron que sería trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos, entonces para mí y para mi familia fue algo chocante, porque lo que yo tenía entendido de Cuidados Intensivos era de que aquí ingresan los pacientes que están al borde de la muerte, entonces fue algo difícil de aceptar que mi mama estaría en esta área o servicio. También bueno sobre la labor de Enfermería, no la pude apreciar bien , bueno al menos yo no pude apreciar bien su labor ,inclusive no pude identificar bien cuáles eran las enfermeras puesto que todos estaban con una indumentaria propia del servicio (mandiles, gorros, Mascarillas) que no permitían

diferenciar al personal que trabaja en esta área, por lo que no podría decir específicamente como fue el trato de la enfermera, sin embargo lo que si noté fue que todos los enfermos que se encuentran en esta área que por cierto es pequeña se encontraban limpios , el ambiente era aseado y también me permitían dejar mi número telefónico para avisarme sobre cómo iba mi mamá aunque usualmente solo llamaban para decir ya se acabó tal cosa o tiene que comprar esto o aquello, yo esperaba que me dijeran por ejemplo si había algún progreso en la salud de mi mamá o si de repente le retiraron alguno de los tubos que tenía etc., para mi creo que hubiese querido que me hablaran más sobre el estado de mi mamá y que me fueran indicando para yo saber si iba mejorando o sino iba tan bien ,porque eso nos angustia y todas las personas que estamos afuera, que no podemos hacer nada, impotentes, el que nos digan o informen algo ya nos alivia un poco. Pero el personal es poco comunicativo

A qué se refiere Ud. ¿Al decir una situación difícil?

Bueno.....(mira hacia arriba, tratando de recordar, se frota las manos) yo me refiero a difícil a lo que acabo de decir, no sabemos lo que está pasando dentro de la unidad, entonces nos sentimos mal de no poder hacer nada, porque yo no sé nada de medicina o algo para ayudar...,entonces son muchas circunstancias que hace que la situación sea difícil de afrontar .El no saber si tu familiar va a mejorar o no es desesperante, el no poder hacer nada , el preguntar y que nadie nos comunique nada sobre nuestro familiar, convierte a la situación del familiar en “muy difícil”.

¿Qué trata de decir cuando dice poco comunicativos?

Bueno como le estuve contando, cuando estuvo mi mamá ahí, yo intentaba preguntar sobre cómo se encontraba mi mamá, si estaba mejor o no , yo intentaba dialogar con las personas que ahí se encontraban para obtener alguna información, pero el médico y las enfermeras no hablaban mucho, como ya dije de repente por esas mascarillas que usan ... pero no nos comunicaban mucho, o la enfermera me enviaba a hablar con el médico. No me daban algún dato alentador o como para pensar que mi mamá iba mejorando. Cuando digo poco comunicativos también es que cuando daban el informe de pacientes, o sea de cómo se encontraba mi mamá, muchas veces eran

muy breves: “Su mamá sigue mal”, su mamá se ha complicado...tiene tal o cual cosa....y nada más, quizás se necesita una mejor explicación o sin términos técnicos, que nos expliquen de manera sencilla que es lo que está pasando....A eso me refiero.

También lo del saludo, muchas veces lo familiares en este caso yo entraba a la U.C.I. y saludamos porque hay que ser amables con las personas y estas personas (no todas algunas) no respondían el saludo, yo sé que están en un ambiente tenso porque es una unidad crítica, pero el saludo es algo que no se debe perder, al menos eso pienso yo.

También otra cosa que quería mencionar sobre las personas que laboran en el servicio...,la mayoría nos indicaban que nos acerquemos al paciente (mamá), que la toque, que le hable un poquito y que este ahí con ella....pero cuando entraba a la sgte visita y quería hacer lo mismo ,la enfermera que se encontraba de turno ..me decía que no la toque, que era peligroso porque yo venía de afuera y podía traer microbios que empeoren l salud de mi mamá, entonces yo no sabía que hacer(sonrío nerviosamente y mira al techo)porque por una parte me decían que haga una cosa ,luego me decían que no, que no lo podía hacer.....(levanta las manos).

¿Cómo define el termino ayudar?

Bueno ayudar es que estés pendiente de la persona que se encuentra ahí enferma, que se aporten todos los procesos que se necesitan realizar en esta persona para recuperar la salud. Quizás algo de apoyo espiritual también sería útil para las personas enfermas y para los familiares que nos encontramos afuera porque siempre es necesario una palabra de aliento, que no cae nada mal en esos momentos que son bastante tensos.

Yo creo que aparte de su labor de ayudar a las personas enfermas, podrían ayudar a los familiares o a las personas que se encuentran fuera a través de un consejo quizá, unas palabras de motivación o una caricia un abrazo a las personas que se encuentran fuera sin poder hacer nada.

¿Qué expectativas tiene Ud. ¿Sobre la Atención de Enfermería?

Como decía lo más importante para los familiares o las personas que nos encontramos fuera es la comunicación, que estas personas que laboran en esta área se

comuniquen con nosotros ,nos digan cómo se encuentra nuestro familiar , que nos expliquen qué es lo que tiene, quizás que nos digan la probabilidad que nuestro familiar pueda recuperarse , también lo que decía hace un rato tal vez las enfermeras estén ocupadas en atender a los enfermos, pero ayudar a los familiares creo que es una parte importante de su labor , porque los Familiares de U.C.I. viven momentos duros , esperando afuera sin mucha información , para mí lo fundamental es la comunicación que debería mejorar en este servicio, para que los familiares estén más tranquilos y tengan la confianza de que sus familiares están bien atendidos, de que no les va a faltar nada , porque nos van a a comunicar que es lo que le falta para traerles, por eso para mí la comunicación es fundamental .También tener un trato amable con los familiares, podría decirse con cariño.

¿Qué es trato amable?

Es que aparte de cuidar al paciente, también le digan algo bonito o le proporcionen en una caricia u oración para la persona que está enferma. Además, trato amable para los familiares, que cuando entremos no contesten el saludo con amabilidad, pero sobre todo que tengamos la confianza de que el personal va a estar al lado de nuestro familiar enfermo, quien es importante para nosotros y van a estar siempre cuidándolo

Algo que quisiera agregar....

No Gracias

¿Desea escuchar la entrevista y hacer algún cambio?

No, he dicho lo que necesitaba decir

Gracias

Entrevista N 3

Parentesco: mamá

Buenos días Sra. Yo soy la Lic. Patricia Gastelo Villanueva y voy a realizar esta entrevista como parte del trabajo de investigación que voy a desarrollar para obtener el título de Magister en Ciencias de la Enfermería. El tema que voy a investigar es: Percepción y expectativas de los familiares sobre la atención de enfermería en el servicio de U.C.I. Este trabajo tiene como objetivos Conocer la percepción del familiar sobre la atención de enfermería en esta área crítica, así como conocer también las expectativas del familiar sobre la atención de enfermería desarrollada en esta área.

Este trabajo va a servir para que nuestro servicio conozca la percepción y expectativa de los familiares y realice las medidas correctivas que permitan mejorar la atención de enfermería en el área de Cuidados Intensivos. La entrevista será gravada, para lo cual ha firmado un consentimiento informado. Se garantiza el anonimato y la privacidad de la misma.

***Hable de lo que Ud. Considera importante respecto de su vida y que tenga relación con la percepción y expectativas sobre la atención de enfermería en el área de Cuidados Intensivos**

Desde que nosotros llegamos aquí con Henry, notamos que la atención fue lo máximo que pudiéramos querer , todos lo atendieron en el momento oportuno, rápido desde la Emergencia y siempre fueron sinceros con nosotros, no nos daban ninguna esperanza pero había que tener confianza, es lo que hicimos y hasta ahora tenemos la confianza y la fe que está en un sitio donde le brindan todas las comodidades, todo lo necesario para mejorar su estado de cómo había llegado, él ha llegado grave, pero todos lo han atendido, claro él no lo ha visto porque lo mantenían sedado, pero yo sé que a pesar de su inconsciencia se ha sentido muy bien, porque todos lo han atendido, las enfermeras, los médicos, él ha sido un bebe y así es el ,ya que por ser una persona especial siento que así lo han atendido como una persona especial, yo no hago diferencias ella lo atendió mal, ella bien no, nosotros como familiares hemos visto que la atención en general ha sido muy buena muy especial, gracias a eso el

está mejorando, ya dentro de poco lo pasan a la UCIN que ya es un avance para el y un alivio para nosotros los familiares

¿Qué significa para Ud. Dar confianza?

Que conversen con nosotros que nos digan como estaba, que le faltaba y la respuesta siempre ha sido buena nos decían esta así, le falta esto y nos informaban día a día sobre su evolución

Ha avanzado, no ha avanzado, siempre nos tenían informados y frente a las preguntas que hemos hecho siempre ha habido respuestas buenas y alentadoras, como también algunas negativas respecto a su estado

¿Qué entiende Ud. Por una atención especial?

Que se han ocupado de él, en forma personal, tal es así que él ya las conoce, el aún no puede hablar por el tubo, pero ya las mira y yo sé que ya las reconoce y sabe quién es cada persona

Eso es lo que Ud. Ha percibido ¿Qué cosa le gustaría que se mejore?

Bueno lo que queremos es que se mejore su salud, para eso estamos en un hospital, para lograr que se mejore y pueda volver a su vida normal y salga de este dilema de la enfermedad que está viviendo por que él es el que está viviendo la enfermedad, nosotros lo vivimos de otra forma, pero quien está sufriendo enfermedad es él, nosotros como padres lo acompañamos y preguntamos constantemente, pedimos de favor. Por favor como va queremos saber... se lo encargo, se lo recomiendo, porque él es una persona especial, por eso es que tenemos que estar atrás de las personas, que gracias a Dios nos han dado el reporte diario de como está, como ha amanecido, como ha pasado el día etc.

¿Qué significa pedir por favor?

DE que nos digan la verdad, por favor no sea malita díganos la verdad, para no tener falsas esperanzas, no ilusionarnos de que ya está bien cuando no es así, no ilusionarnos y que luego nos digan que está mal, felizmente en la UCI siempre nos han dicho la verdad: esta estableo ya mejoró un poquito o ya lo vamos a pasar a la

UCIN, eso ya es una esperanza, un alivio para nosotros y para él y ya uno se siente más tranquila.

En el cuidado de enfermería que ha visto en la UCI ¿Qué le gustaría que cambie, qué expectativas tiene de aquí a algunos años?

Yo quisiera que haya mejor comunicación ya que algunas contestan amablemente y otras contestan con el sí, sí o no nada más, pero hay otras personas que, si conversan con nosotros los familiares y nos dan respuestas a nuestros interrogantes, respuestas satisfactorias que nos dejan como padres tranquilos. En general todas, todas son buenas muy amables, muy profesionales en el trabajo que realizan o sea su desempeño es muy correcto y muy bueno y da confianza, por eso es que nosotros nos hemos ido tranquilos por las noches, porque sabemos que están pendientes del paciente, nos vamos con la tranquilidad que no va a pasar nada mientras este ahí pendiente de ellos.

¿Qué es para Ud. Esperanza?

La esperanza de regresar al sgte. Día y encontrar una razón mejor que la anterior, una razón nueva, por ejm. Hoy día hemos encontrado que mi hijo está mejor y que lo trasladaran a la UCIN que está mejor, que va superando y eso nos causa alegría a nosotros, nos da tranquilidad, ya le puedo hablar a mi hijo y sé que él me entiende, yo le digo “ella es la señorita que te está cuidando “y la mira y a pesar que no dice nada sé que me entiende y las mira porque sabe que se va a quedar con ustedes, porque prácticamente está viviendo aquí estos días aquí vive.

¿Qué otra cosa quisiera agregar?

Que no cambien su modo de atención a los pacientes, no cambien porque es una atención muy buena que a ellos les da confianza y a nosotros como familiares. La buena atención ayuda al paciente y hace sentir bien a los familiares, tranquilos de que se quedan en buenas manos, que ellos se quedan pendientes de cualquier necesidad del paciente, día y noche, o sea los pacientes están protegidos y los familiares tranquilos. Que sigan así y que Dios las bendiga por ser personas de confianza, de

esperanza que cuidan y protegen a los pacientes. Mi esposo, yo y mis hijas que no vienen por motivos de trabajo, estamos muy contentos y agradecidos con el servicio

¿Desea cambiar algo?

No, y gracias, gracias, gracias.

FIN

Entrevista 4

Parentesco Madre

Buenos días Sra. Yo soy la Lic. Patricia Gastelo Villanueva y voy a realizar esta entrevista como parte del trabajo de investigación que voy a desarrollar para obtener el título de Magister en Ciencias de la Enfermería. El tema que voy a investigar es: Percepción y expectativas de los familiares sobre la atención de enfermería en el servicio de U.C.I. Este trabajo tiene como objetivos Conocer la percepción del familiar sobre la atención de enfermería en esta área crítica, así como conocer también las expectativas del familiar sobre la atención de enfermería desarrollada en esta área.

Este trabajo va a servir para que nuestro servicio conozca la percepción y expectativa de los familiares y realice las medidas correctivas que permitan mejorar la atención de enfermería en el área de Cuidados Intensivos. La entrevista será gravada, para lo cual ha firmado un consentimiento informado. Se garantiza el anonimato y la privacidad de la misma.

***Hable de lo que Ud. Considera importante respecto de su vida y que tenga relación con la percepción y expectativas sobre la atención de enfermería en el área de Cuidados Intensivos**

Para mi bueno ha sido una experiencia bien grande estar acá esperando a que alguien salga y me diga que está sucediendo, saber cómo está la paciente, a veces se acercaba una enfermera, bueno creo que era enfermera, ya que la verdad no las conocíamos directamente porque tenían la cara cubierta por mascarilla, pero a veces se asomaban y yo les preguntaba señorita usted es de UCI y les preguntaba por mi hija, a veces si me contestaban y me decían cuál es su hija y yo les decía la Sra. Que está en la cama 1 entonces me respondían está estable que le estaban aplicando medicamentos y que lo que quedaba era esperar a ver como reaccionaba y que eso dependía de cada organismo, este informe me dejaba tranquila, pero cuando de improviso llamaban para decirme que mi hija estaba peor, yo sentía un gran dolor en el alma....(familiar solloza y agacha la cabeza, frotándose las manos), me parecía que en cualquier momento me iban a decir señora su hija....., me asustaba mucho cuando veía a todo

el personal alrededor de mi hija, no quería preguntar...tenía miedo, después me decían no se está bajando, subiendo no sé pero me decían ha mejorado un poquito ahí sentía que la esperanza volvía a mí, cuando me decían ha mejorado un poquito, a ese poquito me aferraba, pero había momentos que me sentía derrotada quería hacer algo más, inclusive en algún momento me acerque al Dra. decirle que si había algún medicamento que yo tenía que comprar así sea cara yo lo haría para lograr la salud de mi hija, le dije que si esa medicina estaba en el planeta Júpiter yo me iría para conseguirla(mira al espacio con los ojos llorosos).Por otra parte les agradezco bastante porque han hecho todo lo posible y han cumplido con su trabajo de manera profesional. Por su gran deseo de salvar vidas y les agradezco por eso; para mí han hecho mucho por mi hija por eso yo les agradezco bastante, de corazón les agradezco. Recuerdo que con la desesperación le hablaba a otro personal que no era de UCI, pero como los de Sala de operaciones también están tapados, y me decían que no eran yo les decía “Disculpe, disculpe” era la desesperación. Hoy día doy gracias a Dios, a los médicos, enfermeras y a Dios más que todo por haberme salvado a mi hija.

¿Qué significa para Ud. ¿Estar afuera?

Es desesperante, se me hacían las horas largas, llamaban a un familiar, luego a otro y parecía que nunca me llamarían, esperábamos con ansias la hora de visita, sin embargo, a veces nos decían que por haber ingresado paciente muy grave y estar haciendo procedimiento ya no habría visitas y que sería hasta el día siguiente y que tenían que retirarse, a veces le rogaba al vigilante que pregunte por mi paciente y me informe para poder bajar tranquila. Porque no sabe lo desesperante que es no saber de tu paciente, esperando desde las 8 a.m., sin almorzar para no perder la oportunidad de poder pasar a ver nuestro paciente unos minutos. Le diré que no tenía ni hambre me sentía llena, solo quería saber. A veces hay familiares durmiendo en la escalera esperando y otros se quedan en la calle sobre todo si son de lejos y no tienen familia, es triste. Yo también soy de lejos y me quedo día y noche, porque pueden pedir algo en la noche y si no estamos. Algunos días me iba donde un familiar a bañarme y se quedaba mi yerno, tengo un mes de estar así...pero no importa

Para Ud. Que significaba “Tiene que esperar”

Esperar significaba que estaban realizando algún procedimiento como higiene, baño o los estaban cambiando por lo que no podíamos estar ahí y teníamos que esperar que nos llamen ya que nosotros no podíamos exigir, ya que estaban atendiendo a los pacientes. Aunque es bastante desesperante, porque uno tiene la ilusión de ver a su familiar

¿Qué sentía Ud. Cuando a Ud. ¿Le decían no va a haber visita?

A veces me desalentaba y me preguntaba porque no habrán visitas, pero también me consolaba pensar que si no llamaban a nadie en especial es porque estaban bien, bueno estables, yo misma me daba aliento, luego pensaba y si está mal, y yo me contestaba si estuviera mal, ya me habrían llamado o sea yo me decía y me contradecía y pensaba muchas cosas, pero solo me quedaba orar y esperar y esperar y me dije así sean meses seguiré esperando, por eso cuando me decían mejoró un poquito ese poquito me bastaba para tener esperanza y sentía una gran alegría

¿Qué significa para Ud. Tener esperanza?

He aprendido que la esperanza no se pierde, tenemos que tener la esperanza y la fe que los resultados van a ser positivos y tenemos que luchar por eso.

¿Qué expectativas tiene o que le gustaría que mejore sobre la Atención de Enfermería en el Área de Cuidados Intensivos?

Bueno con respecto al trato de las enfermeras, no me quejo nunca me han contestado una grosería, pero sí creo que podría mejorarse la comunicación, que nos den informes de nuestro paciente en lo que a ellas les concierne, una información de esperanza que ayude a los familiares, porque si vi no sé quién sería si enfermera o técnica porque usan el mismo mandil, a la que yo me cerque y le pregunté y me dijo a no sé señora los informes los da el médico...y siguió caminando, yo creo que sí podrían informarnos algo puesto que están al lado del paciente, si bien no pueden dar un informe médico, pero si pueden decirnos algo que nos dé tranquilidad a los familiares y no decirnos no se señora yo no estoy autorizada, no podrá estar autorizada, pero decirnos algo aunque sea pequeño sería de gran ayuda a los

familiares. Para los familiares cualquier informe o dato respecto a nuestro paciente es importante y ayuda mucho, creo que eso se debe mejorar

Respecto a la atención sé que es buena mi hija ha estado bien ahí limpia, cuidada y mi hija se ha dado cuenta cuando ya ha despertado después de muchos días inconsciente

Algo más

En el trato a los familiares, más que todo tenerlos informados si al paciente le falta algo y tratar de solicitar todo y no cosa por cosa porque el familiar tiene que estar bajando constantemente y se pierde los minutos de visita o informes o los vigilantes ya no nos dejan pasar. Tener una comunicación más directa con los familiares, ya que a veces no conocemos al personal de turno, ni identificamos a la enfermera de la técnica. Yo por ejemplo no conocía a las enfermeras que atendían a mi hija a veces escuchaba algunos nombres, un día pregunte su nombre a una enfermera y me lo dijo, pero no les veías sus caras, quizás también el error es de nosotros que no preguntamos y no nos acercamos para tener un trato más directo con las enfermeras, será porque uno está más preocupado en su paciente y no conversa o averigua sobre las enfermeras, a veces escuchaba nombres pero... uno más pregunta por los médicos

¿Le gustaría saber quiénes son las enfermeras y quienes las técnicas de enfermería?

Claro, sé que las de blanco son técnicas y las de verde enfermeras, pero sí creo que ahí el error es de los familiares que no preguntamos, quien es el personal de área, que trabajan ahí, los familiares deben preguntar para que se mejore la comunicación

Algo más....

Bueno no estoy en contra de hospital, la atención es buena, si hay algunos vigilantes groseros, que no se dan cuenta que los familiares tenemos que estar ahí para cualquier cosa, algunos si se compadecen, es por eso que si subimos ya no bajamos porque no nos dejan pasar por eso es que cargamos grandes bolsas con pañales, protectores, porque si bajamos a comprar ya no nos dejan pasar. Después yo pienso que la mejor atención está en este hospital y así lo digo siempre porque yo he tenido

a mi hija antes con embarazo ectópico roto que ya en el ascensor entraba en shock y gracias a la ciencia lograron salvarla, por eso mis respetos a este hospital y al personal, porque salvaron a mi hija y ahora por segunda vez la están salvando

Les agradezco y disculpen algún error

FIN

ENTREVISTA 5

Parentesco: Madre

CONTENIDO DE LA ENTREVISTA:

Buenos días Sra. Yo soy la Lic. Patricia Gastelo Villanueva y voy a realizar esta entrevista como parte del trabajo de investigación que voy a desarrollar para obtener el título de Magister en Ciencias de la Enfermería. El tema que voy a investigar es: Percepción y expectativas de los familiares sobre la atención de enfermería en el servicio de U.C.I. Este trabajo tiene como objetivos Conocer la percepción del familiar sobre la atención de enfermería en esta área crítica, así como conocer también las expectativas del familiar sobre la atención de enfermería desarrollada en esta área.

Este trabajo va a servir para que nuestro servicio conozca la percepción y expectativa de los familiares y realice las medidas correctivas que permitan mejorar la atención de enfermería en el área de Cuidados Intensivos. La entrevista será gravada, para lo cual ha firmado un consentimiento informado. Se garantiza el anonimato y la privacidad de la misma.

***Hable de lo que Ud. Considera importante respecto de su vida y que tenga relación con la percepción y expectativas sobre la atención de enfermería en el área de Cuidados Intensivos**

La madre se torna nerviosa, se rota las manos, mira al techo y suspira recordando todos los momentos vividos.

Me avisaron que le iban a operar cuando me avisaron que la iban a operar a mi hija y que quizás salvaban a su bebé porque ella ya estaba muy mal, Fue un gran dolor para mí, que he tenido que gritar al cielo a Dios para que no me quitará mi hija, que yo. Que yo le daba mi ida, le dije al señor Dios, yo te doy mi vida señor porque ella es joven es joven (mira al cielo y levanta los brazos), devuelmela señor le decía yo, de ahí han pasado horas, horas. Salió de la operación, me dijeron que esperara 6 horas que para mi fueron largas, largas.(suspira y se asoman lágrimas a sus ojos), me dijeron que la bebe estaba también malita , ya bueno pues esperamos toda la noche

hasta el otro día, yo quería ver a mi hija, pasar a verla pero me dijeron que nada más podía pasar su esposo ,sentí que el alma se me iba. Al día sgte. Ya me dejaron pasar un ratito y vi que mi hija estaba intubada, el alma se me partía (gesto de dolor, se toca el pecho) porque yo jamás había visto esto y es parte de mi sangre no se....que a nadie creo que se lo deseo, como le decía a Dios es una prueba tan grande señor que me das “cargar esta cruz”, yo la voy a cargar señor pero no mi hija le decía a Dios a cada rato. De ahí bueno como dicen que en cuidados intensivos no se puede pasar mucho porque dicen que no estamos preparados para estar mucho tiempo, solo un ratito o sea mirarla y salir...para mí era largo todo este tiempo de espera ,después los días pasaban ya me comunicaban algo yo continuaba rezando ,pidiéndole al señor, pidiéndole a toda mi familia que me ayudaran ,que salvara a mi hija para que pudiera ver a sus hijitos .Parece que Dios me escuchaba ,encontraba enfermeras muy buenas que me daban aliento, otras de repente de mal genio, pero yo me mantenía ahí luchando por mi hija.

Un buen día me dijeron señora ya pase, pase tranquila, me hablaron con amabilidad, al menos el médico me dijo: Señora ya su hija tiene bastante tiempo acá, Ud. Sabe que ha estado muy mal, ahora está más estable. ¿estable? Que era estable, yo si sabía que iba a salir bien, parecía que Dios me avisaba que tuviera fe, él me decía confía, confía.

Pasaron más días y me dejaban quedarme más tiempo, a veces me decían “no la Toque”, si le bajaba la colcha me decían ¿Qué está mirando? Me decían las enfermeras o ya salga porque terminó la visita o porque el médico va a realizar un procedimiento, me iba con el corazón destrozado, porque yo quería abrazar a mi hija (gesto de abrazo) darle un beso y no se podía, me iba de ahí desalmada, pero otras veces me tocaban enfermeras muy buenas, señoritas que sabían y comprendían el dolor de unoy me daban aliento “señora su hija ya está saliendo de su estado grave”, ya me iba contenta. También cuando el doctor me decía que mi hija estaba bastante mejor, que estaba avanzando, yo le decía es un milagro de Dios, porque yo sé que Dios me está escuchando, yo no solo rezaba por ella, yo rezaba por todos los enfermos, por los médicos y enfermeras, rezaba por todos los que cuidan los enfermos, así decía siempre.

Yo encontraba más obstáculos con los Sres. Vigilantes de la puerta ,no tanto de las enfermeras, yo ya quería pelear con ellos (expresión de cólera, se frota la frente), yo quería entrar a ver a mi hija, estar más tiempo con ella y sentía que no me comprendían inclusive ni comía ,pero era bastante obstáculo en las puertas ,bueno e su trabajo, pero para los familiares es bien doloroso que no dejen pasar y que te digan más tarde y a veces se pasaba la hora de visita ,o del informe médico ,eso era bastante mortificante. Pero yo si he encontrado bastante apoyo en enfermería y por eso estoy muy agradecida de ustedes (sonríe), de todas las enfermeras y de médicos que han logrado la recuperación de mi hija, porque la verdad yo ya no la contaba, pero mi corazón de madre se resistía a pensar que mi hija iba a fracasar ¡NOO!, por eso agradezco tanto a Dios y también a todos los cuidados que ha recibido en este hospital. Estoy bien agradecida de las Sras. Enfermeras y de los médicos también (piensa e intenta recordar) aunque algunos médicos hablaban poco y solo me decía que estaba más estale y nada más hubiese querido mayor informe. Pensaba mañana es otro día quizá mañana sea mejor. De enfermería he recibido bastante apoyo, la encontraba bien limpiecita, bañadita, me alegraba y le decía “Pronto vas a salir hijita” yo tenía la firme esperanza que iba a salir bien esa es mi experiencia.

Para Ud. ¿Qué significa estar fuera de la unidad?

Al inicio fue doloroso estar afuera y no saber qué está pasando con tu familiar enfermo, pero ahora yo salgo aliviada porque yo sé que se queda en buenas manos, que la cuidan, salgo tranquila porque se queda bien, sé que la van a cuidar bien, me siento aliviada de saber que hay personas que están toda la noche a la expectativa de sus necesidades.

Ud. ¿Qué sentía cuando le decían “no la toque”?

Yo hacía caso, pero me sentía triste porque una madre siempre quiere dar un abrazo un beso a su hijo, sobre todo en esa situación que se encontraba mi hija. Yo pensaba si Jesús se acercaba a los leprosos porque yo no me podía acercar a mi hija, yo no le iba a contagiar nada, pero obedecía. Un día yo me estaba acercando para tocar a mi hija (levanta la mano en señal de caricia) y una señorita me dijo “No la despierte”, “No la despierte señora” y ya terminó la visita, me fui bien...no se apenada y espere

para que llegara algún familiar de otro paciente y que pudiera entrar para que me informe si mi hija estaba bien, felizmente llegó una señora que pudo entrar y me dijo ¡no llores tu hija está tranquila! Me preguntaba a veces ¿Por qué no quieren que los toquen? Seguro porque al despertar se van a intranquilizar pensaba. Pero sentía mucha tristeza que me hicieran esa recomendación en voz alta y sin explicarme por qué.

¿Qué expectativas tiene sobre la Atención de enfermería En U.C.I.?

Yo veo que la Atención de Enfermería está bien, no encuentro nada que cambiar, bueno no sé, para mi entendimiento está bien, quizá también deberían informar a los familiares lo uno debe o no debe hacer al paciente durante la visita.

El trato al inicio fue un poco distante, ahora si esta ...ya está magnífico, será porque ya me conocen , por tener varios días, me tratan bien , me dejan estar un rato más con mi hija, me permiten que la peine .Todas ahorita me tratan bien y siento un gran alivio, todas para mi están ayudando en la recuperación de mi hija.

En cuanto a la comunicación cuando me acercaba a algunas enfermeras para preguntar me decían “Ya creo que el médico le comunicó”, pero les decía que el informe lo recibía mi yerno y cuando yo llegaba ya no estaba y por lo tanto no sabía lo informado, deberían informarnos algo , a veces yo preguntaba señorita ¿puedo acercarme a mi hija?,¿ puedo hablarle?, ¿ puedo cambiarla? y no me respondían, pero ayer sí me dijeron que la peinará (sonríe) y me dio mucho gusto poder tocar su pelito, pero si en realidad me han dado mucho apoyo .

¿Algo que desee agregar?

Que estoy agradecida, que Dios me puso en esta situación que jamás imaginé (se toca la cabeza) y por esta situación mi vida ha cambiado y se lo que me espera, me están entregando a mi hija mejor pero que aún necesita mucho de mí para su recuperación total y para ello cuento con las manos del señor. Estoy agradecida uno puede tener todo el dinero del mundo, pero la vida es incomparable. Muy agradecida

De esta entrevista ¿Quisiera cambiar algo?

No creo, ya no. Solo que los preparen y les den una buena charla a los vigilantes porque venimos con mucho dolor y sufrimiento y somos maltratados por ellos en especial la gente humilde. Yo trataba de consolarlos por eso Dios me ha puesto aquí.

Gracias.

ENTREVISTA 6

Parentesco: Hermana

Buenos días Sra. Yo soy la Lic. Patricia Gastelo Villanueva y voy a realizar esta entrevista como parte del trabajo de investigación que voy a desarrollar para obtener el título de Magister en Ciencias de la Enfermería. El tema que voy a investigar es: Percepción y expectativas de los familiares sobre la atención de enfermería en el servicio de U.C.I. Este trabajo tiene como objetivos Conocer la percepción del familiar sobre la atención de enfermería en esta área crítica, así como conocer también las expectativas del familiar sobre la atención de enfermería desarrollada en esta área.

Este trabajo va a servir para que nuestro servicio conozca la percepción y expectativa de los familiares y realice las medidas correctivas que permitan mejorar la atención de enfermería en el área de Cuidados Intensivos. La entrevista será gravada, para lo cual ha firmado un consentimiento informado. Se garantiza el anonimato y la privacidad de la misma.

***Hable de lo que Ud. Considera importante respecto de su vida y que tenga relación con la percepción y expectativas sobre la atención de enfermería en el área de Cuidados Intensivos**

Bueno cuando me dijeron que mi hermano iba a subir a UCI , bueno yo sabía cómo estudiante de medicina que su estado era bastante grave, pero tenía bastante confianza en el personal de UCI en las enfermeras de uci, en los doctores de UCI, yo sentía que ahí le iban a dar toda la atención que mi hermano necesitaba en ese momento y puse toda la confianza en ellos dije bueno ellos le van a dar toda la mejor atención y puse mi confianza en ellos , yo quería que mi hermano tenga la mejor atención (suspira y mira al techo se percibe la voz entrecortada) y así pasaron el primer día el segundo día, de parte de las enfermeras he sentido que son más amables he sentido que son más simpáticas que las de los otros servicios, pero lo que puedo rescatar es que si esta área es un espacio restringido, yo creo que las visitas deben ser más restringidas ya que en la hora de visita ingresan varios familiares con cualquier vestimenta, no tienen la indumentaria para ingresar, deberían ingresar con guantes,

mandil, mascarilla, pero ingresa cualquier tipo de persona con la ropa que sea y sin ningún tipo de limitación y no hay aquí una vigilancia, en esa parte quisiera y me gustaría que sean más estrictos en cuanto al acceso y por otra parte bueno también en cuanto a los informes bueno sean más explicativos, bueno quizás conmigo no había problema yo podía entender lo que me decían, pero otras personas que no tengan ningún conocimiento de medicina o enfermería, ellos quizás si queden así en la nada y sientan que no pueden decir nada porque no entendieron nada, yo si podía entender ciertas cosas o la mayoría, pero hay otras personas que si no comprenden nada y que sienten vergüenza y miedo preguntar por el mismo temor de que les digan una grosería o que traten mal a su familiar, pero me encanta, me encanta la atención de las enfermeras, son amables, son empáticas, cariñosas, te brindan confianza que tú vas a depositar en tu paciente que está grave y lo van a tratar bien, esa es la percepción que tuve de todo el personal de enfermería y la verdad estoy bastante agradecida con ellas

Para ti ¿qué significa confianza?

Para mi confianza es (se frota las manos), es.... como podría explicar...depositar todo, poner la salud, poner lo que más anhelas en manos de otra persona o sea es.... No sabría cómo explicarlo

¿Qué crees que significa para los familiares estar fuera de la Unidad?

Bueno podría decir que si tu paciente esta sedado o esta con ventilador mecánico, solamente lo mirarías solo lo mirarías, no podrías hacer otra cosa y ellos dirán si solo lo pueden mirar y no pueden interactuar con él, por eso pensarán que no no es necesario que estén los familiares eso pueden pensar. En la UCI casi todos o la mayoría están con ventilador mecánico y sedados, los familiares solo lo miran.

El tiempo con el paciente es suficiente

No no es suficiente y como usted nos dijo en la charla, la visita debe ser de familiares directos deben ser papa, mamá, hermanos, los vigilantes deberán tener la lista y solicitar el DNI. Para mejor control y con sus manos lavadas previa además con su mandil mascarilla y no cualquier persona sino los más allegadas porque es un área

bastante peligrosa que debería estar bastante cuidada porque los familiares son bastante sensibles y estar preguntando constantemente ya que se puede necesitar algo o en cualquier momento puede ocurrir cualquier cosa, porque ahí así es.

¿Es adecuado el ambiente?

Me parece que es adecuado, no hay ruido, las veces que he entrado las enfermeras se encuentran haciendo lo que les corresponde, sus cosas, si me parece que el ambiente es adecuado, me parece que los profesionales que trabajan en el área tienen bastante capacidad, están bien preparados

Según lo que has observado ¿Qué expectativas tienes respecto a la Atención de Enfermería?

Por ejemplo, me gustaría que cada médico cite a una determinada hora para dar sus informes y que los familiares no tengan que estar preguntando a qué hora darán los informes y no estar cambiando todos los días. También me gustaría que en las horas de visita solo permitan pasar a los familiares directos en horario restringido, por ejemplo 10' cada uno. Otra cosa que te digan más cosas durante el informe y también que no sea un solo reporte sino dos o tres o de acuerdo a tu paciente, alguna novedad en tu paciente porque como la visita es una hora, el familiar se queda con ese poquito para todo el día y luego esperar hasta el siguiente día.

Yo creo que las enfermeras deben dar su informe porque la enfermera es la que pasa más tiempo con el paciente y es la que más conoce la evolución del mismo si es favorable o estacionaria, claro que el médico evalúa examina y brinda terapéutica y explica la fisiopatología, pero en cuanto a la evolución los datos más confiables podrían ser los de la enfermera.

Algo que agregar:

No creo que he dicho todo, ah con respecto al informe de enfermería, sería muy positivo y valioso ya que habría más comunicación con los familiares, eso falta que interactúen y que les den esa fortaleza que necesitan las personas que tienen su paciente en UCI.

El apoyo de enfermería consideras que es suficiente

Creo que en cuanto apoyo es bastante escaso, no se establece una buena relación enfermera familiares del paciente, creo que debe haber mayor interacción y eso se lograría con un reporte.

Algo que desearías cambiar de la entrevista:

No

Gracias

Entrevista 7:

Parentesco: Esposa

Buenos días Sra. Yo soy la Lic. Patricia Gastelo Villanueva y voy a realizar esta entrevista como parte del trabajo de investigación que voy a desarrollar para obtener el título de Magister en Ciencias de la Enfermería. El tema que voy a investigar es: Percepción y expectativas de los familiares sobre la atención de enfermería en el servicio de U.C.I. Este trabajo tiene como objetivos Conocer la percepción del familiar sobre la atención de enfermería en esta área crítica, así como conocer también las expectativas del familiar sobre la atención de enfermería desarrollada en esta área.

Este trabajo va a servir para que nuestro servicio conozca la percepción y expectativa de los familiares y realice las medidas correctivas que permitan mejorar la atención de enfermería en el área de Cuidados Intensivos. La entrevista será gravada, para lo cual ha firmado un consentimiento informado. Se garantiza el anonimato y la privacidad de la misma.

***Hable de lo que Ud. Considera importante respecto de su vida y que tenga relación con la percepción y expectativas sobre la atención de enfermería en el área de Cuidados Intensivos**

Buenas tardes Licenciada, bueno mi percepción es buena, ya que doy gracias a Dios porque nosotros somos de la ciudad de Tumbes y derivaron a Piura a mi esposo por su problema de salud, primera vez que visito este centro médico, gracias a Dios las licenciadas cuando les preguntaba me respondían al igual que el doctor que daba los reportes, si yo no entendía yo le preguntaba y el me lo traducía, ya que a veces los médicos utilizan términos que uno no entiende en todo muy bien y en cuanto a que le digo... cuando yo entro a UCI. A ver a mi esposo las medidas de higiene que se toman para proteger al paciente. Yo me llevo un buen concepto del área de UCI, lo están haciendo muy bien, en cuanto a los señores vigilantes si es cierto que a veces se discute ya que a veces causa desesperación que no te dejen pasar y al estar en la puerta nos preocupamos y queremos que el vigilante nos diga, nos diga que pasa con nuestro paciente, pero como ellos dicen: ¡Paciencia, señoras paciencia! Ya sale el

doctor y les va a explicar, pero a veces nos aturdimos y decimos el vigilante es malo, es malo después reflexionamos y nos damos cuenta que ellos están haciendo su trabajo y yo agradezco y doy gracias a Dios porque mi esposo está bien atendido, por eso yo me voy confiada a casa a descansar porque esta con buenos cuidados

Qué significa para Ud. Estar detrás de la puerta

Es bien desesperante estar ahí como le comentaba el caso de los guardianes, los vigilantes que no dejan pasar, no sabemos nada es desesperante, porque no solo estaba yo sino muchos familiares con quienes intercambiamos ideas, conversamos y entre nosotros tratamos de darnos ánimos de pensar en todo positivo, que todo va a salir bien y de calmarnos un poco, gracias a Dios yo no soy de acá pero encontré una amiguita muy buena que me apoyó y me dio ánimos cuando yo me sentía derrotada y como dije sin familiares aquí, pero ella me ayudó mucho

¿Qué significaba no saber nada de su familiar?

Es una desesperación grande, yo entraba caminaba de aquí para allá y los vigilantes mismos me decían señora tenga paciencia... (Mira hacia arriba y una lágrima se asoma, parece estar recordando) ellos insistían ya le van a decir algo, pero es una desesperación grande muy grande y bueno por momentos uno se tranquilizaba, después trataba de ver a través de una pequeña rendija y a veces lo veía pasar cuando le iban a realizar algún examen y sentía un gran alivio de saber que estaba bien.

¿Qué significó tener paciencia?

Paciencia es estar tranquila, tener mente positiva que todo va a salir bien y orar mucho pedirle a Dios, relajarme y pensar positivamente que todo va a salir bien que estaba en buenas manos y con buenos cuidados.

¿Qué expectativas tiene en cuanto a la Atención de enfermería?

Debería mejorar el informe a los familiares en cuanto a orientación, por ejm. Yo me encontraba con familiares que me preguntaban dónde queda esto o aquello y yo les preguntaba de donde eran y me decían de Talara, Órganos Tumbes etc. Entonces yo tampoco conocía, pero les decía que le pregunten al vigilante, pero parece que le

tenían miedo al vigilante, yo siempre les orientaba que pregunten, a veces acá arriba preguntaban hora se visita o que procedimiento se le iba a hacer, siempre les orientaba que vayan donde el vigilante, a solicitar ayuda, pero no en forma prepotente

¿Qué le parecía cuando no respondían sus preguntas?

A veces me consolaba pensando que cuando no me daban respuesta es porque estaba todo bien ya que si sucedería algo malo ya me hubieran avisado y llamado como siempre lo hacen sobre todo cuando falta algo: medicamentos o pañales. Pero si no llaman es porque todo está conforme y eso me tranquilizaba

Alguna cosa que quisiera agregar

Solo dar las gracias, como le dije una persona que viene de lejos sin conocer a nadie, sin conocer nada es difícil, sin conocer las áreas del hospital; pero los enfermeros me orientaban, Sra. vaya por acá o por allá y por eso estoy muy agradecida y si Dios quiere me voy con mi esposo mejor para continuar su rehabilitación

Volver a agradecer a las enfermeras por su paciencia, yo converso con mi prima de Trujillo y le comento que aquí hay muchos médicos y licenciadas que son profesionales por vocación, no por convicción.

Desearía escuchar su grabación y modificar algo...

No he dicho todo y confío en Usted

Entrevista 8

Parentesco: Mamá

Buenos días Sra. Yo soy la Lic. Patricia Gastelo Villanueva y voy a realizar esta entrevista como parte del trabajo de investigación que voy a desarrollar para obtener el título de Magister en Ciencias de la Enfermería. El tema que voy a investigar es: Percepción y expectativas de los familiares sobre la atención de enfermería en el servicio de U.C.I. Este trabajo tiene como objetivos Conocer la percepción del familiar sobre la atención de enfermería en esta área crítica, así como conocer también las expectativas del familiar sobre la atención de enfermería desarrollada en esta área.

Este trabajo va a servir para que nuestro servicio conozca la percepción y expectativa de los familiares y realice las medidas correctivas que permitan mejorar la atención de enfermería en el área de Cuidados Intensivos. La entrevista será gravada, para lo cual ha firmado un consentimiento informado. Se garantiza el anonimato y la privacidad de la misma.

***Hable de lo que Ud. Considera importante respecto de su vida y que tenga relación con la percepción y expectativas sobre la atención de enfermería en el área de Cuidados Intensivos**

Buenos días, bueno los primeros días me sentía bastante impotente de no poder ver a mi hijo cuyo estado de salud era bastante crítico, en la hora del reporte a veces lo podía ver a veces no por su estado, habían enfermeras que no me permitían el acceso como habían enfermeras que si me permitían la entrada unos minutos lo cual me hacía sentir impotente de no poder estar al lado de mi hijito un tiempo más. No poder acompañarlo (Suspira y hace gesto de resignación) habían enfermeras que parecían estar molestas, parecía que les incomodaba mi presencia, como también habían enfermeras que me contaban que me daban alcance de cómo estaba si estaba avanzando o no, era bastante alentador cuando las enfermeras me brindaban esa información, me daba tranquilidad, como había otras que me decían ahí está el paciente mírelo y tiene que traer esto, esto y esto y nada más, bueno un poquito difícil, bueno no todas son iguales (sonríe nerviosamente).Habían enfermeras que

cuando les preguntaba algo, me contestaban, ya se le cambió, ya se le curó espere un momento...parecía que les molestaba lo que yo les decía esto era incómodo para mí, me apenaba un poco, a veces ya no quería decir nada por miedo a que se molesten y me boten más rápido. A veces yo me acercaba a acariciar a mi hijo y me decían “No toque al paciente”, yo quería limpiarle sus labios que estaban con saliva y me decían “Ya se le limpió” otras en cambio me decían amablemente un ratito señora estamos con otro paciente, ya vamos por ahí, como le digo no todos somos iguales. También hay enfermeras que me decían pase, pero me explicaban que debía lavarme las manos y me decían que toque a mi paciente, que le hable, que lo motive etc, y otras señoritas me decían no toque al paciente, no le hable porque esta dormidito espere... era una cosa que yo no sabía qué hacer si hablarle o no hablarle, si tocarlo o no y era bastante difícil para mí sobrellevar esta situación. Con el pasar del tiempo he ido aprendiendo cual es el momento que debo tocarlo en qué momento debo hablarle, ha sido difícil y hasta ahora siento como que algunas están molestas pero entiendo el cansancio del trabajo; a veces pensaba estará bien atendido mi hijo le brindaran el cuidado que necesita, porque en la hora de visita como los pacientes estaban con sus familiares, veía a las enfermeras conversando y pensaba de repente así conversan y se descuidan de mi hijo, no le pasará algo, se vaya a desconectar el ventilador, como saber si mi hijo está bien, ya que es totalmente dependiente, la duda de que le pase algo o de respirar y no se den cuenta me tenía sobresaltada pero con el pasar de tiempo vi que el trabajo de las enfermeras es muy eficiente están pegadas al paciente, se encargan totalmente de él tanto en su cuidado personal como en el cuidado médico, porque están puntuales con la medicina. Pero antes fue muy difícil para mí el pensar que mi hijo estaba solo sin saber si la enfermera lo cambiará a tiempo y no saber si habrá orinado o si se percataron si tiene dolor, sino estoy yo que si le entiendo sus gestos, entonces al principio yo decía que la enfermera no lo cuidaba lo suficiente, pero esta idea ha cambiado con el tiempo ya que veo que si se brinda el cuidado y no solo con mi hijo sino con todos los pacientes ahora veo el cuidado el amor la paciencia, pero antes no inclusive así veía molestas y pensaba si así tratan a los familiares, como trataran a los pacientes que no se pueden defender y pensaba que trían cólera de la calle de su casa y que quizá la desfogan con mi hijo, pensaba que no lo iban a tratar bien , hasta pensaba si no le pegarán o sea un montón de ideas

absurdas que se meten en la cabeza. Como es un área restringida y el familiar no percibe el cuidado uno piensa mal, pero esta idea ha cambiado y sé que hay cuidado

A veces me preocupaba que no lo cambiaran, me pedían pañales y protectores y yo pensaba porque piden tanto, algunas enfermeras me explicaban donde se usaban los protectores y en que horario y yo pude entender, porque al igual que yo muchos familiares reclaman que les pidan tantos pañales y descartables y si se diera una explicación creo que no habría problemas, ya que algunos familiares no dejan material y su paciente los necesita por lo que están llamando constantemente. Yo si dejo pañales porque sé que es para el paciente, para que no esté húmedo y haga lesiones dérmicas. Por eso insisto que para evitar este problema deberían explicarnos sobre su utilidad, horas de cambio etc. Ya que uno piensa que, porque esta inconsciente el paciente no orina, ni hace deposición etc. Al no haber esta explicación los familiares comentan que el personal se cogen los pañales para luego venderlas. A veces también las personas no entregan completo con la esperanza que lo llamen y así puedan ver un rato a sus pacientes Ahora que llevo varios meses ya se cómo es el consumo y cuando cambian y los horarios. También a veces pedían señora pastillas para tal y cuando preguntaba les decía doctora para que esto, porque yo a las licenciadas les decía doctoras algunas me decían soy la enfermera, ah señorita disculpe para que será esta pastilla, me decían para la presión o para su estomaguito y algunas me respondían “no se señora, pregúntele al médico que es el que está indicando”, me contestaban molestas y les importaba poco, como diciendo, ahí está tu receta y punto. A veces me decían bueno esto no compres tenemos, compra solo esta y me explicaban porque ya que a veces solo entregan la receta y nada más o a través del vigilante y el familiar se queda en el aire pensando será bueno esto y para que será. Yo si preguntaba, cuando me decían señora le voy a colocar el medicamento al niño yo les preguntaba para que es, me decían para el estómago, yo les decía que está mal de estómago, no señora me respondían es para proteger su estómago; yo siempre preguntaba y a veces no me respondían o me decían es un medicamento que ha indicado el doctor y yo me sentía mal, sentía que me ignoraban. Los familiares preguntamos porque queremos saber que les van a colocar a nuestro paciente y algunas explican otras no, me parecía que les molestaba que les preguntara, yo ya conocía y evitaba preguntar a algunas enfermeras y me

quedaba callada y avergonzada. También a veces me asustaba cuando el monitor o el respirador sonaba, algunas licenciadas me tranquilizaban diciendo que algo se desconectó, pero que el paciente estaba bien; sin embargo, otras me decían “De eso nos encargamos nosotros, vaya tranquila” creo que nada les costaba decirme señora está bien.....no sé, me sentía un ser muy inferior me decían de lejos tranquilo y yo pensaba si mi hijo no se mueve ni toca nada, tenía muchas dudas en mi cabeza y mucha preocupación. Algunas enfermeras me decían está un poco acelerado su corazón, es preferible que esté tranquilo, no le cuente chistes, ni problemas en cambio otras me decían señora salga, salga afuera y yo no sabía cómo se quedaba mi hijo si bien o mal y era preocupante y angustioso no saber de mi hijo. Me gustaría que las licenciadas brinden un poquito más de información.

¿Qué expectativas tiene respecto a la Atención de Enfermería en la UCI?

Que las enfermeras nos brinden un poquito más de información, no la médica porque eso es aparte, sino de cosas que suceden con nuestro paciente, por ejm. Porque suena una alarma, esa explicación nos brindaría más tranquilidad y nos aliviaría la angustia

O respecto al material empleado en la UCI (pañales, protectores, medicamentos etc.) hay enfermeras que, si lo hacen, pero otras no contestan o nos responden muy breve, eso me gustaría que cambie.

Algo más que quisiera agregar

No nada, solo agradecer. Ya me di cuenta que no es lo que pensaba que a mi hijo si lo atienden. El trabajo de las enfermeras es cansado, pero ellas brindan buen cuidado no solo a mi hijo, sino a todos los pacientes. Es muy satisfactorio verlo ahora, pero porque yo si lo he vivido, pero la gente que no sabe, sienten mucha desconfianza y angustia

Alguna cosa quisiera cambiar:

No, gracias