



FCM
Facultad de Ciencias Médicas



**“LA PARTICIPACION DE LA FAMILIA EN LOS
CUIDADOS DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS”**

Carrera: Licenciatura en Enfermería

González Claudia Emilce
Paladini Graciela Noemí

Año 2009

ADVERTENCIA

APROBACIÓN

Dr. Walther Ezvala

Lic. María Rosa Reyes

Lic. Jorge G. Michel



Mendoza, 03 de octubre de 2009.

"La vida puede ser otra de un minuto al siguiente y no está a nuestro alcance la posibilidad de hacer algo para detener esta característica que le imprime fragilidad a cada día. Ser conciente de este aspecto nos puede ayudar en muchas ocasiones a valorar el instante que estamos transitando"

María Valenzuela

"Malena Despierta, Diario urgente de una madre a su hija"

PRÓLOGO

La importancia de realizar un trabajo de investigación en base a este tema, radica en la necesidad de comprender de qué manera influye en un paciente en estado crítico el contacto directo con sus familiares.

Entendemos que esta temática es compleja y no se presenta en todos los casos de la misma manera, es por esto que queremos conocer cómo es la reacción de diferentes casos, como también así comprender cómo es la relación paciente – enfermero – familia, ya que como todas las relaciones sociales, y este en particular presenta características diferentes, que pueden o no condicionar el cuidado y recuperación del paciente.

A partir de lo antes dicho, realizaremos este trabajo de investigación, porque nos interesa analizar de que manera esta organizada la tarea de los profesionales y que lugar ocupan los familiares en la misma.

¿Por qué investigar? Porque de esta manera podemos mejorar, una vez que conocemos esta realidad, nuestra propia tarea diaria como profesionales activos del lugar a investigar.

Para realizar esta investigación nos enfocaremos en una metodología cualitativa y crítica, debido a que ésta investiga la dinámica del cambio social desde la idea de totalidad, señalando una tendencia posible de cambio, es decir, que plantea una dimensión de transformadora. En este mundo social, los centros de salud, los hospitales y las clínicas son vistas como sujetos de interacción donde cada participante cumple un rol importante en su actuar cotidiano y profesional, y por eso busca dar lugar a una acción autónoma y responsable dentro de ese ámbito.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la autorización del Jefe de Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales Dr. Cocuzza Ángel.-

Al Director Dr. Caston Claudio por su cordialidad y buena predisposición para realizar el trabajo de investigación en la Institución.-

A los familiares que participaron en las encuestas realizadas.-

ÍNDICE GENERAL

| | Página |
|---|--------|
| ADVERTENCIA..... | II |
| APROBACION..... | III |
| FRASE..... | IV |
| PROLOGO..... | V |
| AGRADECIMIENTO..... | VI |
| ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICOS..... | VIII |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| OBJETIVOS..... | 13 |
| Objetivo General..... | 13 |
| Objetivos Específicos..... | 13 |
| HIPÓTESIS..... | 14 |
| MATERIALES Y METODOS..... | 15 |
| RESULTADOS: Variables Demográficas..... | 17 |
| Participación Familiar..... | 25 |
| Conocimientos que posee el familiar sobre los cuidados que se le deben realizar a los pacientes..... | 33 |
| Horarios de Visita..... | 35 |
| Familiares encuestados luego del egreso del paciente en la Unidad y Participación..... | 37 |
| DISCUSIÓN..... | 40 |
| CONCLUSIÓN..... | 43 |
| ANEXOS..... | 45 |
| Anexo I..... | 46 |
| Anexo II..... | 48 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 49 |

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

| | Página |
|----------------------------|--------|
| Tabla y Gráfico N° 1..... | 17 |
| Tabla y Gráfico N° 2..... | 18 |
| Tabla y Gráfico N° 3..... | 19 |
| Tabla y Gráfico N° 4..... | 21 |
| Tabla y Gráfico N° 5..... | 22 |
| Tabla y Gráfico N° 6..... | 23 |
| Tabla y Gráfico N° 7..... | 24 |
| Tabla y Gráfico N° 8..... | 27 |
| Tabla y Gráfico N° 9..... | 28 |
| Tabla y Gráfico N° 10..... | 29 |
| Tabla y Gráfico N° 11..... | 30 |
| Tabla y Gráfico N° 12..... | 31 |
| Tabla y Gráfico N° 13..... | 32 |
| Tabla y Gráfico N° 14..... | 34 |
| Tabla y Gráfico N° 15..... | 36 |
| Tabla y Gráfico N° 16..... | 38 |

LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

INTRODUCCIÓN

El ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos provoca un estrés para el paciente y sus familiares, que se origina no sólo por la gravedad del enfermo, sino también por las dificultades en la comunicación que existe entre ambos.¹

La familia es un recurso que tiene el enfermo y se debe tener en cuenta, siempre ha estado ahí, pero hasta este momento no se han dado las condiciones para aprovechar sus beneficios. El cuidado constante y eficiente en el seno familiar, o próximo al paciente son de gran valor.²

Curar es un desafío satisfactorio y placentero, que otorga gran prestigio. El cuidar es una labor diaria y constante, con resultados situados generalmente en la distancia.²

La Familia del Paciente en estado crítico

A lo largo de la historia las familias han desempeñado un papel crucial en el cuidado de sus miembros. En la actualidad la tecnología y la capacitación necesarias para una adecuada atención de los pacientes, ha tenido la desafortunada consecuencia de limitar la participación de la misma en la toma de decisiones y en el cuidado directo de sus seres queridos, siendo el profesional de enfermería quien toma el relevo familiar con respecto a numerosos aspectos del cuidado.³

Si hacemos algo de historia, en la antigüedad, el ámbito de los cuidados pertenecía a la esfera de la familia y el grupo tribal. En la Grecia clásica los enfermos eran depositados en el ágora para que contaran sus males en público, y así, los que habían pasado por un proceso parecido le relataban a él y a su familia lo que hicieron para sanarse o aliviarse.² Durante la revolución industrial, época en la que sucedieron bruscos y traumáticos cambios, se inicia un despegue tanto ideológico como social, en el pensamiento y paradigma preponderante en la cosmovisión de la mayoría de la sociedad. A mediados del siglo XIX, se afirma el pensamiento mágico – religioso, donde la relación causal no existe, y todo es posible bajo los designios de Dios, el Mal, la Providencia y el Destino. Por lo tanto la enfermedad y la muerte pueden obedecer a causas como: el castigo divino, la mala suerte, el mal de ojo, y demás, acompañado a esto, también estaba la personalidad del campesinado, sector social predominante de la época, que tenía una gran desconfianza en todo lo que sobrepasara la unidad familiar y se acentuaba cuando emigraban a la ciudad.²

Una vez instalado el estado de bienestar, en el siglo XX, la medicina empieza a ganar lugar dentro de una sociedad muy tradicional, el hombre cree en la ciencia y en sus avances, eran consideradas innovaciones y se entregaban ciegamente a ella. De esta manera en los hospitales, los enfermos son separados y trasladados de su ámbito familiar, y una vez tratado, se reintegra a su familia convenientemente aliviado o bien, cuando la institución considera que ya no puede hacer nada más por él.

La familia y el paciente se sienten a menudo "bajo las ruedas", Kafkaiana, situación de un juez desconocido, es decir, su futuro y expectativas son evaluadas y medidas por alguien que ellos apenas conocen con unas reglas casi secretas.²

El paternalismo y el positivismo son las estrellas de la fiesta donde el enfermo se puede calificar como un invitado en el mismo estatus que el pavo en la cena de navidad.²

El cuidado informal es una realidad tan antigua como el hombre, y tal vez por ello es tan poco valorada como él. La primera y más eficiente agencia cuidadora que conocemos es la madre, sus desvelos y su constancia son paradigmáticos. **M. A. Durán** afirma que "la mayor parte de los cuidados de salud tienen lugar en los extremos de la vida (niños y ancianos) y fundamentalmente en el ámbito doméstico".²

La realidad de atención prestada por familiares y amigos se va abriendo paso paulatinamente en nuestra sociedad, pero no tanto en el ámbito de los cuidados críticos, donde parece que la tecnología y la agresividad son marcas claves. El triángulo familiar (cuidado informal) – paciente / profesional (cuidado formal) nunca se ve tan sometido a tanto estrés como en las inmediaciones de estas unidades. La gravedad del proceso acontecido, el miedo, la desesperanza, tiñen el fondo del cuadro, y en numerosas ocasiones los profesionales apenas pueden llegar acercarse a aquellos que sufren junto al paciente.²

Una familia participativa es una familia más sana, con más herramientas para luchar contra la fatiga, la impotencia y la desesperanza. Un paciente al cuidado de profesionales que cuentan con el apoyo de algún referente personal próximo, tiene la esfera de sus necesidades cubiertas de manera integral.²

La Necesidad del Cuidado Formal de Enfermería

Por ser el cuidado de enfermería un acto que implica el abordaje de la persona, el tratar de establecer límites precisos entre sus dimensiones, es una tarea inútil, que impide apreciar la riqueza del acto mismo de cuidar. La pregunta por el ser y hacer de Enfermería ha sido planteado por diferentes

teorías de enfermería desde la década del '50 hasta nuestros días, identificándose el cuidado como la esencia de la profesión. Este cuidado se caracterizó por la relación de ayuda a la persona, familia y grupos comunitarios, con el fin de promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en la rehabilitación y aliviar el dolor.

En el proceso de conceptualización del cuidado se han identificado dimensiones como la interacción, la participación, el afecto y la ética como esenciales en el acto de cuidar.⁴

* **Interacción:** Los autores que han planteado el concepto de interacción como elemento esencial en el cuidado de enfermería, asocian en sus teorías algunas características como: empatía, respeto, responsabilidad, comunicación, reciprocidad, relación de ayuda, compasión y apoyo.⁴ **King Imogene** (1990) considera que "la interacción es un proceso de percepción y comunicación entre una persona y el entorno, o entre una persona y otra que se manifiesta por conductas verbales dirigidas hacia un objetivo, para ello ésta relación se constituye en una experiencia de aprendizaje a través de la cual dos personas interaccionan para enfrentarse a un problema de salud presente, para colaborar en su evolución y para buscar formas de adaptarse a la situación".⁴ **Gala E. Díaz** (1990) dice que "la enfermera socialmente hábil, es capaz de interactuar y comunicarse eficazmente, entablando una interacción en sus pacientes y demás profesionales, convencida de la importancia de ellos".⁴

* **Participación:** Con respecto a la dimensión de la participación del paciente en su cuidado, **Brilly Gil** (1986) considera que: "esta se inicia desde la valoración que hace la enfermera de la situación del paciente, en conjunto, y mediante el diálogo, identifican sus necesidades y posibles soluciones, así mismo, y cuando sea necesario la enfermera orienta los cambios que el paciente tendrá que realizar para alcanzar los objetivos que el mismo se ha propuesto para recobrar su salud. Dicha participación le permite ser autor activo de sus propios cuidados".⁴

* **Afecto:** En relación a la dimensión de afecto en el cuidado de enfermería, **Darle Forest** (1989) en su investigación "la experiencia del cuidar" afirma que: "el cuidar es primero una experiencia mental y emocional que emerge de

sentimientos profundos frente a la experiencia del paciente".⁴ **Watson Jean** (1988) plantea que: "la enfermería es una profesión que tiene responsabilidades éticas y sociales, tanto para con los individuos que cuida como para la sociedad en general. Pone como punto de partida lo afectivo, los sentimientos y las emociones, realizando una perfecta unión entre las creencias tradicionales y las ciencias humanas, para ella el cuidado humano es una idea entre la moral que trasciende el acto y va más allá de la acción de una enfermera, produciendo actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana".⁴

En general los pacientes relacionan el afecto como un elemento fundamental del cuidado de enfermería, asociándolo con "el interés, contacto, apoyo, responsabilidad y respeto que debe superar el aspecto físico".⁴

Para **Watson** el proceso de cuidados está formado por diez elementos o factores cuidativos que se hallan presentes en toda relación en que la enfermera y la persona cuidada sean coparticipantes. Estos elementos se constituyen en pautas y orientaciones para la acción de cuidar, sin ningún orden jerárquico los factores cuidativos son los siguientes:

- Formación de un sistema de valores humanístico y altruista.
- Fomentar la fe y la esperanza.
- Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás.
- Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza.
- Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos.
- Usar procesos creativos para resolver problemas.
- Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.
- Crear un entorno de apoyo o corrección mental, física, sociocultural y espiritual.
- Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas.
- Aceptación de fuerzas existenciales – fenomenológicos.⁵

También podemos decir que cuidar al paciente en la búsqueda de una muerte digna, cuando ya no es posible la recuperación, significa: no hacer

algunas cosas, sino dejar de hacer otras, y en cambio, se puede intentar buscar la manera de enriquecer la comunicación con la familia, aliviar el dolor y el sufrimiento, y favorecer la intervención de todo el equipo de salud.⁶

Las personas tienen la capacidad de ser agentes de su propio cuidado, pero cuando aparece un problema de salud es posible que esta capacidad sea insuficiente para afrontar la situación, siendo necesaria la orientación de otras personas, entre ellas la enfermera.⁴

Por otra parte al no haber espacios que permitan la comunicación y por lo tanto una real interacción enfermera – paciente, los mismos señalan que el afecto se da en relación con las características personales del profesional y su interés personal, es decir, de acuerdo con las características humanas de quien lo cuida.⁴

Podría decirse que el cuidado de enfermería hace relación “al conjunto de acciones fundamentales en relación interpersonal y en el dominio de lo científico - técnico, orientadas a comprender en el entorno en que se desenvuelve, lo cual implica una mirada cuidadosa y un acercarse a las personas en una relación de proximidad, que esta atenta a establecer una relación interpersonal, individualizada y fundamentada en una actitud de apertura al diálogo, respeto por los demás, sensibilidad ante la experiencia propia y las del otro. Este tipo de relación, la que orienta la aplicación de conocimientos y habilidades, llevando siempre a suscitar en el otro aquellos motivos que los induzcan a asumir el papel central en la optimización de la vida”.⁴

Desde el punto de vista de la ética de la virtud, en el siglo de Pericles, mucho se ha escrito y disentido sobre la misma, se ha reflexionado éticamente desde la cotidianidad, y en este sentido el mejor comportamiento ético podría devenir de las palabras de Confucio “no hagas al otro lo que para ti no quieras”. Este sabio principio moral tiene su versión positiva en el evangelio, al definir Jesús el amor al prójimo “has con tu prójimo lo mismo que quisieras que tu prójimo haga contigo” (Lucas 6, 31).⁸

La Necesidad del Cuidado Familiar

El empleo y la optimización de todos los recursos disponibles, es una necesidad difundida por todos los interlocutores que de alguna manera trabajan en el ámbito de la salud, y parece un despilfarro peligroso olvidar los recursos psicológicos, emotivos y personales de los que disponen los allegados al paciente. La evidencia científica se considera modeladora, es decir teniendo la materia prima, el problema ahora es su explotación y su accesibilidad. El concepto de visita imperante y cultivada por la insensibilidad de las instituciones, y el medio de los profesionales cuidadores, es tal vez, el mayor obstáculo para acceder a tan enorme fuente de beneficios para el paciente y para la comunidad, ya que la integración de los cuidadores informales en la atención especializada sirve a su vez para favorecer el afrontamiento de estos, e iniciar en muchos casos el inapreciable camino a la adaptación y al abandono de la incertidumbre.²

La familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan, que está sujeta a la influencia del entorno y por tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis, sometiendo a la familia a una situación difícil, provocándole ansiedad y preocupación.⁷ Frecuentemente se concibe y se habla de la familia como de un ente molesto y en ocasiones puede tenderse a la evitación, probablemente por el déficit en la capacidad de relación y comunicación por parte del enfermero.⁷

En la práctica diaria llevamos a cabo una multitud de tareas en relación con los familiares de los pacientes.⁷

Es importante capacitar a la familia para hacerlo participar en el cuidado del enfermo.⁹

El paciente internado en una Unidad de Cuidados Intensivos está solo en su cama, separado por biombos o paneles de sus compañeros de infortunio, conectado a múltiples dispositivos de monitoreo y sueros, asistido por médicos, enfermeros, técnicos, mucamas y sobre todo, espera. Espera ansioso el momento de estar con sus seres queridos en el conocido "Horario de Visitas", que tiene por objeto la seguridad de los pacientes, al permitir el ingreso de

personas no relacionadas con el cuidado del mismo, algunos centros de salud han comenzado a modificar estos conceptos un tanto rígidos, estos cambios van insinuando de a poco, el permitir la presencia de un familiar muy cercano al lado de un paciente anciano desorientado y excitado, en vez de administrarle sedantes, etc.

Estos cambios comenzaron en el año 2001 con la participación de la familia. Para el modelo de atención centrado en el paciente, las familias deben participar activamente con los profesionales, se deben efectuar reuniones o entrevistas con la familia lo antes posible, y la mayor cantidad de veces que se pueda para reducir el estrés familiar y mejorar la comunicación, tanto en la consistencia como en la sensibilidad cultural, usando términos que la familia pueda entender. El incluir y comprometer a las familias como parte integrante del equipo Multidisciplinario de Cuidados Intensivos, es esencial para una pronta recuperación de la salud, o para optimizar el proceso de muerte de los pacientes críticamente enfermos.

El soporte psicológico y la salud espiritual de la familia es un componente esencial del modelo asistencial centrado en el paciente.

El personal debe ser entrenado para reconocer y satisfacer las necesidades de las familias ante el estrés, y las familias deben ser alentadas a participar activamente en el cuidado del paciente brindándoles información de cómo hacerlo.

El soporte espiritual y religioso debe estar orientado a las necesidades del paciente y la familia.

A la atención del paciente grave, entre sus derechos como enfermo, debe agregarse el derecho a una muerte digna, entendiéndose como tal a una muerte sin dolor, con lucidez para tomar decisiones y con capacidad para recibir y dar afecto. Desafortunadamente en la medicina, se ve a la muerte como un fracaso, y esto provoca que se prolongue su agonía, negando la posibilidad a ese enfermo de una muerte digna en compañía de sus familiares y seres queridos, "ya no hay nada que hacer", típica frase con que nos referimos a los familiares de un enfermo cuya muerte es inevitable, se debería

decir "ya no hay nada que tratar", porque en realidad hay mucho por hacer, mas aún, es cuando más podemos hacer.

Herederos del dualismo cartesiano, mente y cuerpo, nos constituimos en "plomeros del cuerpo" antes que médicos de las personas, ésta necesita algo más que remedios y aparatos, nos necesita a nosotros como persona – médico, y en esta relación la palabra es fundamental, hay que reconocer que a veces las palabras no alcanzan, entonces serán las manos, esas manos "vencedoras del silencio" según la definición de **Evaristo Carriego**.

En una oportunidad una anciana en una sala de terapia intensiva me pidió: "Doctor, tómeme el pulso". Llevado por una deformación profesional no lo hice y mirando el cardioscopio le dije: "Está bien, abuela, tiene 80". Ante su insistencia que le tomara el pulso le pregunté por qué si el aparato era confiable, y me respondió: "Es que aquí nadie me toca". Razón tenía quien dijo que en terapia intensiva los enfermos a veces se mueren con "hambre de piel", en nosotros está saciarlos.

Por último, el efecto sanador de nuestra propia presencia, es que el paciente sienta que estamos a su lado y en su misma sintonía corporal.

"Entonces, ayudando así, a bien morir nos estamos ayudando a bien vivir" ⁸

Relato de un Familiar

En este caso en particular **María Valenzuela** cuenta lo sucedido a su hija hace poco tiempo atrás "cuando llegamos, seguías inconsciente. Deciden hacerte una tomografía computada. Llamo al canal para decir que no voy a grabar el capítulo de Costumbres Argentinas. Hasta este momento, no estaba muy preocupada. Es mas, el primer médico que te vio, un neurólogo, nos había dicho que los signos no indicaban que fuese nada grave. Esperamos con Rama el resultado, sale la doctora y cuando viene hacia mi veo su cara "seria" – los médicos siempre son formales – y me dice: "Tiene una mancha en el cerebro". Me cayó la ficha de tal manera que creí que me moría. Rompí en llanto preguntándome: ¿Por qué? ¿Por qué a vos?, y nadie me lo puede contestar hasta el día de hoy. No entendía bien, no me dijeron derrame cerebral ni nada

por el estilo, solo escuché "tiene una mancha en el cerebro". Esas palabras ingresaron en mi mente como un golpe certero".¹⁰

"Cuestiones del azar. Las enfermedades, a veces, entran en la vida de uno sin que exista la posibilidad de impedirlo. El mudo propio se agrieta, tambalea y va camino a desmoronarse. Uno no para de preguntarse "¿Qué hice mal?", "¿Porqué pasa esto?", "¿Hubiéramos podido evitarlo?". En esos momentos, hay que reunir todas las fuerzas internas, y las externas que nos quieran regalar para lograr la recuperación. Jamás hay que "tirar la toalla" y rendirse ante esos interrogantes que no tienen repuesta."Grave con pronóstico reservado", decía el parte médico. Y yo me desesperé. Por medio de un estudio (Angiografía Digital de los Vasos Cerebrales), se detectó la causa de todo lo que sufrió Malena: una malformación arteriovenosa había provocado el sangrado. En su caso era una anomalía de nacimiento. "Este tipo de enfermedades son congénitas y se forman durante la vida embrionaria – detalló el doctor De Simone -. Mucha gente que va caminando por la calle seguramente tiene malformaciones arteriovenosas en el cerebro y nunca le molestan en su vida".¹⁰

"Estaba claro que Malena podría haber vivido con esta malformación sin que nos enterásemos. O que se revelara su enfermedad en cualquier momento de su vida. Y le tocó a los 19 años, apenas. El accidente irrumpió en un momento clave: estaba abandonando la adolescencia para ingresar a la vida adulta. Joven, sana, llena de energía".¹⁰

"Nadie podía imaginar que de manera tan inesperada quedarán truncados sus proyectos, su futuro, hasta incluso su existencia. Era demasiado el dolor".¹⁰

"La familia está destruida. Imagínense que ayer a la noche su hija estaba bien y hoy está en terapia intensiva y peleando por su vida", sintetizó De Simone frente a los medios de comunicación. Esa idea me quedó dando vueltas mucho tiempo: de la noche a la mañana, la propia realidad, todo lo que uno creía seguro, puede desbaratarse. Y nada se podría haber hecho para frenar ese aluvión. No había forma de explicar lo sucedido. Y tampoco sabía si Malena seguiría con vida. Los médicos advertían que, estadísticamente, el tipo

de casos con la gravedad que presentaba ella tenían una mortalidad cercana al 80 por ciento. La estadística no es un número formado por la experiencia previa y nadie sabe en que lugar va a caer cada paciente. Obviamente los pacientes jóvenes tienen más posibilidades de tolerar este tipo de patología. Pero nadie podía decirnos en que porcentaje de la estadística caería mi Princesa. Números fríos, probabilidades, pronósticos era la única información que me daban. Ninguna respuesta a los "¿Por qué?" que ametrallaban mi cabeza. Suponer que se puede hacer frente a semejante situación fortuita aplicando fórmulas fijas y reglas simplistas, es mostrarse ciego a la realidad. Los médicos no son poseedores de secretos, ni astrólogos con la bola mágica y no nos querían hacer falsas promesas. Nadie sabía que podía pasar. Los pacientes no son meras réplicas de un caso modelo, son casos individuales, y había que ver como sería la evolución, reacciones y tendencias individuales de Malena."¹⁰

"Una vez que la enfermedad se nos vino encima, de manera tan arbitraria y sin razón, lo que siguió fue pelear con todas nuestras fuerzas para salvarle la vida. Y ella también la luchó con todo. Por eso, no bien le sacaron el respirador artificial y empezó a arreglárselas por sus propios medios, también yo empecé a respirar de otra manera, con un poco más de alivio y confianza. Los cierto es que cuando despertó nadie pudo darle razones. Ninguno pudo explicar por qué le había pasado todo eso. Silencio, solo consuelo, contención y mucho amor. Pero quizás porque fuese tan inexplicable todo y tan injusto, los días posteriores a salir del coma farmacológico fueron muy difíciles. Malena no paraba de tener arranques de locura. Llantos, ganas de irse de la clínica, furia. Tenía mucha bronca adentro. Sentía que se había cometido una injusticia con ella. No le gustaba verse postrada en la cama de un sanatorio. Malena no aceptaba la enfermedad y menos que la trataran como enferma. Era una adolescente que manifestaba su rebeldía. Con solo 19 años, su gran pregunta era "¿Por qué me pasó?". Eso la enojaba profundamente. Una vez, me confesó que por esos días había una idea que le daba vueltas y vueltas en la cabeza, por qué justo a ella le había tocado sufrir así. "Soy una buena persona, no le hice mal a nadie, trato de ser generosa con los demás, no puedo entender por qué a mi", me dijo llena de rabia."¹⁰

“Con el tiempo, entendimos que la indignación no nos iba a llevar a ningún buen lugar. Que era el momento de actuar y no de quedarse en medio de lamentos y preguntando “por qué, por qué”. Esas preguntas no tenían respuestas, pero había mucho para hacer. La íbamos a pelear.”¹⁰

Siendo de este modo, los familiares y los profesionales que cuidan del paciente, tendrán sus propias percepciones acerca de las necesidades de la familia del enfermo que se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Consideramos que es importante, conocer las opiniones, sentimientos y expectativas de las familias de los pacientes críticos. Estudios realizados concluyen que mayor será el estrés emocional de los pacientes y sus familiares cuando la distancia entre ellos es mayor.

¿Cómo logramos conocer las inquietudes y la repercusión de la enfermedad del paciente en su entramado social y el compromiso que asume ante él?

Para dar respuesta a este interrogante, realizaremos encuestas a familiares de pacientes internados más de 24 hs., charlas personalizadas con cada familiar sobre los cuidados, teniendo en cuenta cada patología, encuestas a familiares cuando el paciente es dado de alta y regresa a su entorno habitual.

Con respecto al paciente, tendremos en cuenta realizar tareas como alimentación y atención profesional en presencia de sus familiares, proponiendo a estos su colaboración.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Valorar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos, con respecto a la interacción familia – paciente durante su internación y posterior egreso de acuerdo a la información recibida.

Objetivos Específicos

A partir de lo planteado por la familia proponemos lo siguiente:

- Conocer y comprender que rol ocupa la familia en el cuidado de un paciente en estado crítico.
- Conocer que relación se establece entre los familiares y los/las enfermeros/as, y que influencia tienen ante el paciente.
- Establecer que diferencias existen entre familiares con conocimientos en cuidados específicos en enfermería, con aquellos que no los tienen, en relación con la enfermera y con el paciente.
- Saber, a partir del desarrollo de la investigación, que cambios positivos se visualizan en el paciente si los familiares presentan conocimientos en enfermería.
- Brindar educación personalizada para la familia, para la atención del paciente posterior a su egreso.

HIPÓTESIS

- El papel de la familia de los enfermos ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos es fundamental en el plano emocional para su recuperación.
- La familia representa un único soporte afectivo y el único nexo con el exterior para el paciente.
- Las necesidades sentidas por los familiares y su satisfacción está en relación con la comprensión de la información suministrada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Metodología de la Investigación

Realizamos un estudio cualitativo a los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente, de la Institución A. M. E. G. (Asociación Mutual de Emprendimientos Generales), ubicada en el Departamento de San Rafael, Provincia de Mendoza.

Abarcó un período de tres meses, (desde el 01 de Diciembre del 2008 hasta el 28 de Febrero del 2009). Fueron incluidos los familiares de los pacientes internados con un período mayor a las 24 horas. De 56 pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos se reclutaron solo 40 familiares, 10 pacientes fueron dados de alta y 6 fallecieron.

El trabajo se realizó en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente con capacidad de 4 camas, con pacientes adultos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos y dados de alta a planta de hospitalización. Se diseñaron dos encuestas, la primera se entregaba a los familiares después de las 24 horas de internación en la Unidad de Cuidados Intensivos. La segunda encuesta se otorgaba al familiar cuando se derivaba a la sala.

La recolección de los datos se efectuó mediante entrevistas personalizadas, las mismas fueron diseñadas por las autoras del trabajo de investigación.

La primera encuesta contempló las siguientes variables:

- 1) Identificación del Paciente y Familia.
- 2) De opinión familiar.
- 3) Patologías del Paciente y satisfacción de la Familia.
- 4) Demográficas: Sexo, edad.
- 5) Referidas a la patología de internación.
- 6) De opinión familiar, la cual incluyó los sgtes ítems:
 - Participación Familiar
 - ¿Qué conocimientos posee usted sobre los cuidados que se les debe realizar al paciente?
 - Horarios de Visitas

Para la variable de identificación se buscó un perfil del paciente y la familia, edad, sexo y parentesco, dentro del núcleo familiar (tipo de vínculo con el paciente), para la variable de opinión la decisión familiar.

Estas se diseñaron para establecer cuales era: la actitud, conducta y sentir de las familias frente a determinadas situaciones, cuales eran sus preocupaciones, y si se interesaban por el futuro del paciente. Expectativas y opiniones sobre la atención recibida en la Unidad de Cuidados Intensivos y conformidad con la información. Apertura a los interrogantes.

(Se adjunta copia de las encuestas reales como Anexo I y Anexo II).

RESULTADOS

Encuesta N° 1: Datos y Variables Demográficas

De un total de 56 Pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos, se reclutaron 40 familiares para las encuestas, 10 fueron dados de alta antes de las 24 hs. y 6 fallecieron. (Tabla y Gráfico N° 1).

Tabla N° 1: Pacientes internados encuestados y no encuestados en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales. Desde 01/12/2008 hasta 28/02/2009.

| Pacientes internados | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa % | Frecuencia acumulada % |
|-----------------------------|----------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Encuestados | 40 | 71,42% | 71,42% |
| No encuestados | 16 | 28,58% | 100% |
| TOTAL | 56 | 100% | |

* Fuente: datos obtenidos en estadísticas de Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.

Gráfico N° 1: Pacientes internados encuestados y no encuestados en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales desde 01/12/2008 hasta 28/02/2009.



N = 56

* Fuente: datos obtenidos en estadísticas de Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.

Se observa que los Pacientes internados encuestados fueron derivados de diferentes servicios, se observó que los lugares de mayor precedencia fueron derivados de quirófano, guardia y clínica. (Tabla y Gráfico N° 2).

Tabla N° 2: Pacientes internados encuestados y no encuestados según lugar de procedencia en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales. Desde 01/12/2008 hasta 28/02/2009.

| Lugar de procedencia | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa % | Frecuencia acumulada % |
|----------------------|---------------------|-----------------------|------------------------|
| Quirófano | 14 | 25% | 25% |
| Guardia | 12 | 21,43% | 46,43% |
| Maternidad | 3 | 5,36% | 51,79% |
| Clínica | 11 | 19,64% | 71,43% |
| Cirugía | 8 | 14,28% | 85,71% |
| Cardiovascular | 2 | 3,57% | 89,28% |
| Hemodinamia | 3 | 5,36% | 94,64% |
| Consultorio externo | 3 | 5,36% | 100% |
| TOTAL | 56 | 100% | |

* Fuente: datos obtenidos en estadísticas de Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.



N = 56

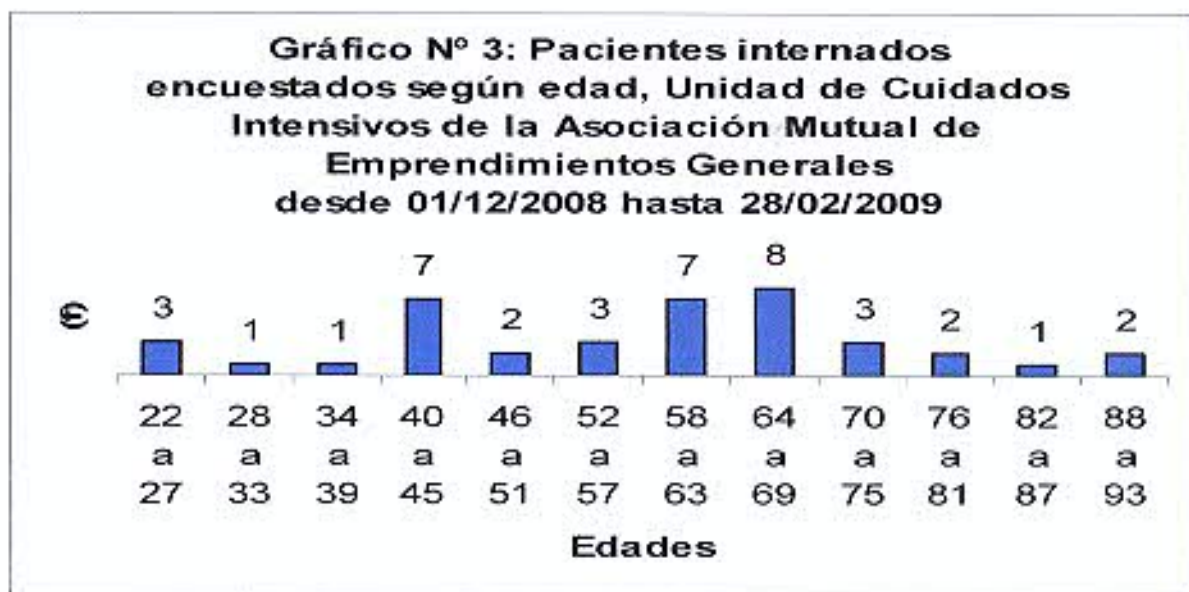
* Fuente: datos obtenidos en estadísticas de Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.

Se observó que de 40 Pacientes, la edad de los internados fue de 22 a 93 años, se obtuvo una media del 20%, (8) entre 64 y 69 años. (Tabla y Gráfico N° 3).

Tabla N° 3: Pacientes internados encuestados según edad, Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales. Desde 01/12/2008 hasta 28/02/2009.

| Edad | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa % | Frecuencia acumulada % |
|--------------|----------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 22 a 27 | 3 | 7,5% | 7,5% |
| 28 a 33 | 1 | 2,5% | 10% |
| 34 a 39 | 1 | 2,5% | 12,5% |
| 40 a 45 | 7 | 17,5% | 30% |
| 46 a 51 | 2 | 5% | 35% |
| 52 a 57 | 3 | 7,5% | 42,5% |
| 58 a 63 | 7 | 17,5% | 60% |
| 64 a 69 | 8 | 20% | 80% |
| 70 a 75 | 3 | 7,5% | 87,5% |
| 76 a 81 | 2 | 5% | 92,5% |
| 82 a 87 | 1 | 2,5% | 95% |
| 88 a 93 | 2 | 5% | 100% |
| TOTAL | 40 | 100% | |

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.



N=40

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.



De la totalidad de la población encuestada según sexo, fue mayor el ingreso de sexo masculino, de 23 (57,5%) y femenino fueron 17 (42,5%). (Tabla y Gráfico N° 4).

Tabla N° 4: Pacientes internados encuestados según sexo, Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales. Desde 01/12/2008 hasta 28/02/2009.

| Pacientes sexo | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa % | Frecuencia acumulada % |
|-----------------------|----------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| femenino | 17 | 42,5% | 42,5% |
| masculino | 23 | 57,5% | 100% |
| TOTAL | 40 | 100% | |

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.



N=40

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.

Al indagar la patología al ingreso del Paciente y teniendo en cuenta que es una terapia polivalente, obtuvimos una mayor incidencia de patologías cardiológicas 20 (50%). Cirugías 11 (27,5%). (Tablas y Gráfico N° 5).

Tabla N° 5: Pacientes internados encuestados según patología, Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales. Desde 01/12/2008 hasta 28/02/2009.

| Patología | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa % | Frecuencia acumulada % |
|-----------------|---------------------|-----------------------|------------------------|
| Cardiaca | 20 | 50% | 50% |
| Cirugía | 11 | 27,5% | 77,5% |
| Clínica | 6 | 15% | 92,5% |
| Neurología | 2 | 5% | 97,5% |
| Politraumatismo | 1 | 2,5% | 100% |
| TOTAL | 40 | 100% | |

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.



N=40

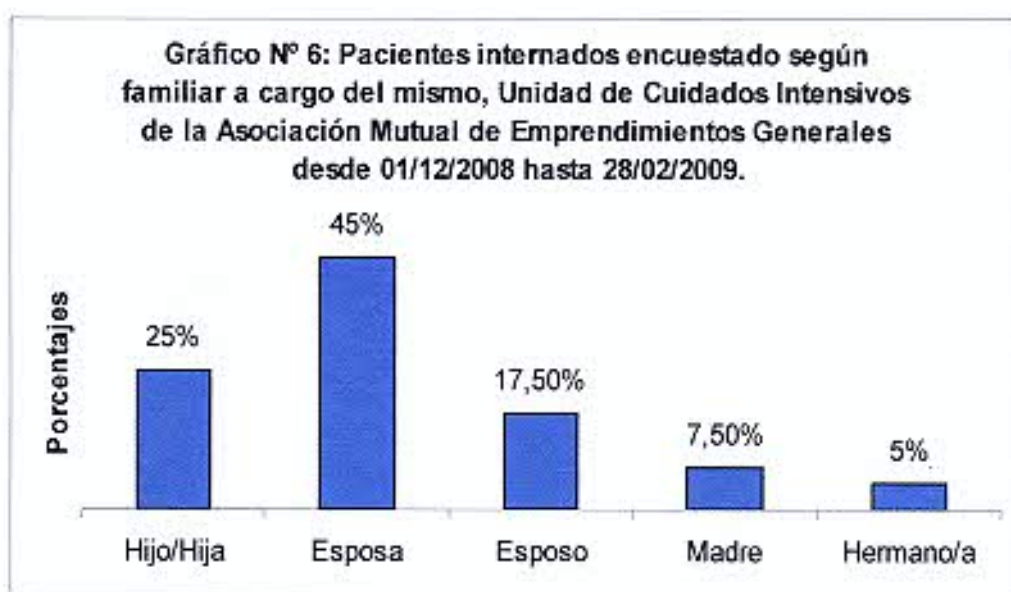
* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.

Según la encuesta realizada se observó que las esposas son las que con más frecuencia se hacen cargo del esposo. (Tabla y Gráfico N° 6).

Tabla N° 6: Pacientes internados encuestados según familiar a cargo del mismo, Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales. Desde 01/12/2008 hasta 28/02/2009.

| Familiar a cargo del paciente | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa % | Frecuencia acumulada % |
|-------------------------------|---------------------|-----------------------|------------------------|
| Hijo/Hija | 10 | 25% | 25% |
| Esposa | 18 | 45% | 70% |
| Esposo | 7 | 17,5% | 87,5% |
| Madre | 3 | 7,5% | 95% |
| Hermano/a | 2 | 5% | 100% |
| TOTAL | 40 | 100% | |

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.



N=40

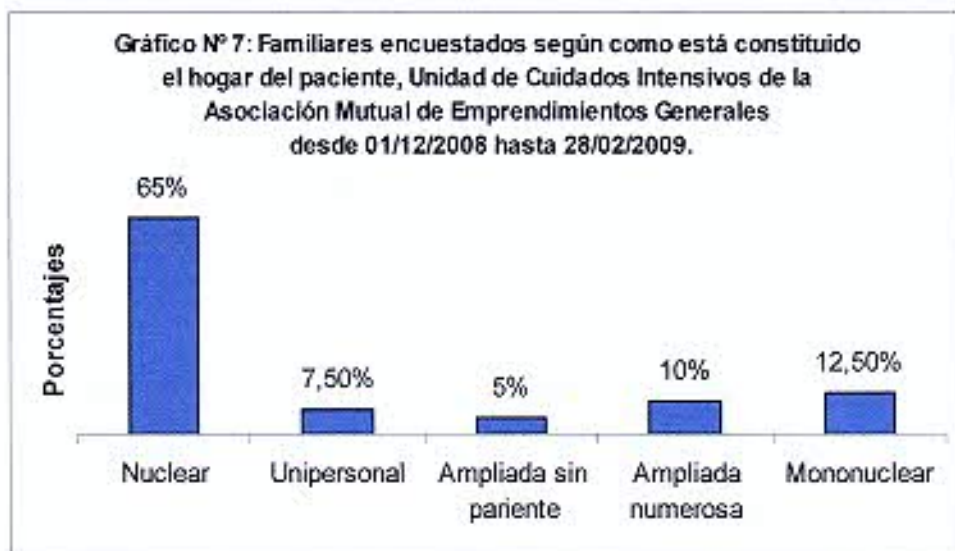
* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.

Al indagar al familiar encuestado de cómo está constituido el hogar del Paciente, observamos que la estructura familiar de más predominio es la nuclear, 26 (65%). (Tabla y Gráfico N° 7).

Tabla N° 7: Familiares encuestados según como está constituido el hogar del paciente, Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales. Desde 01/12/2008 hasta 28/02/2009.

| Estructura familiar | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa % | Frecuencia acumulada % |
|-----------------------|---------------------|-----------------------|------------------------|
| Nuclear | 26 | 65% | 65% |
| Unipersonal | 3 | 7,5% | 72,5% |
| Ampliada sin pariente | 2 | 5% | 77,5% |
| Ampliada numerosa | 4 | 10% | 87,5% |
| Mononuclear | 5 | 12,5% | 100% |
| TOTAL | 40 | 100% | |

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.



N=40

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.

Resultados: Participación Familiar

Observamos en esta etapa de participación familiar los cuidados a tener en cuenta de cómo se debe alimentar para prevenir riesgo de aspiración, ya que se brindaron charlas informativas y personalizadas a cada uno de ellos, con buena predisposición, a colaborar en cada procedimiento que se le enseñó, se le preguntó a la familia si participó en la alimentación, el 80% (32) Si, el 20% (8) No. Le enseñaron a alimentarlo el 85% (34) Si, el 15% (6) su respuesta fue No. (Tabla y Gráfico N° 8).

Al indagar al familiar encuestado sobre la participación en el cuidado que requiere el paciente, observamos que las respuestas fueron favorables con los resultados siguientes: participación de la familia en el cuidado, le gustaría ayudar en el cuidado del paciente se obtuvo el 77.5% (31) la respuesta fue positiva, mientras que el 22.5% (9) fue negativa. Le gustaría tener contacto con el paciente el 100% (40) respondieron que Si. (Tabla y Gráfico N° 9).

Con respecto a las creencias religiosas observamos que tanto la familia como el paciente, requieren la presencia holística, por lo tanto en la unidad se brindó respeto y participación a la familia obteniendo los siguientes resultados: Creencias Religiosas. Respetaron sus creencias religiosas el 100% (40), si fue respetado. Se siente contenido si le permiten el ingreso de sacerdotes, pastores o imágenes religiosas un 97.5% (37), aceptación de que se sienten más contenidos. Mientras que un 7.5% (3) no les interesa. (Tabla y Gráfico N° 10).

Al indagar al familiar a través de las encuestas nos refirió que le gustaría tener más comunicación con enfermería y que a pesar del poco diálogo observaron que fue cordial y respetuoso. Comunicación con Enfermería. Le gustaría tener más diálogo con el enfermero, un 97.5% (39) Si, mientras que el 2,5% (1), respondieron que No. La comunicación enfermero – familia fue cordial, 100% (40) respondieron que la comunicación fue cordial. Le fijaron límites 10% (4) Si, el 90% (36) su respuesta fue No. (Tabla y Gráfico N° 11).

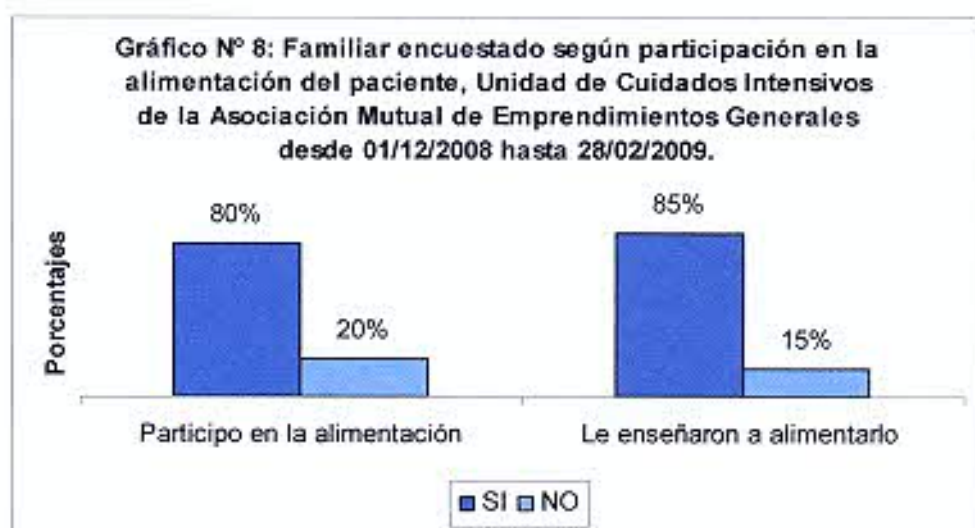
Observamos que el familiar no fue obligado a depender del enfermero, fue contenido y educado a realizar los cuidados, motivándolo a aprender diferentes procedimientos. Lo obligaron a depender del enfermero el 2.5% (1) Si, el 97.5% (39) No. Le enseñaron como realizar los cuidados básicos según la patología del paciente, el 87.5% (35) Si, el 12.5% (5) No. Le interesa aprender como ayudar en los cuidados, obtuvimos una respuesta positiva del 95% (38) mientras que solamente el 5% (2) no le interesa aprender. (Tabla y Gráfico N° 12).

Observamos que a través de la encuesta la atención recibida fue valorada por el familiar sintiéndose conforme, también expresaron que sería importante recibir contención psicológica, ya que estar detrás de una puerta esperando el horario de visita y el informe médico sobre su familiar genera angustia, ansiedad y estrés, los resultados fueron los siguientes: Conformidad y Estado emocional: Se siente conforme con la atención recibida el 97.5% (39), estaban conformes y el 2.5% (1) no estaba conforme. Le gustaría recibir ayuda psicológica, el 80% (32) respondieron que sería muy importante recibir ayuda psicológica desde el ingreso del paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos hasta su egreso, el 20% (8), fue negativa su respuesta. (Tabla y Gráfico N° 13).

Tabla N° 8: Familiar encuestado según participación en la alimentación del paciente, Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales. Desde 01/12/2008 hasta 28/02/2009.

| Participación en la Alimentación | SI | Frecuencia Relativa | NO | Frecuencia Relativa | TOTAL (f) |
|----------------------------------|----|---------------------|----|---------------------|-----------|
| Participo en la alimentación | 32 | 80% | 8 | 20% | 40 |
| Le enseñaron a alimentarlo | 34 | 85% | 6 | 15% | 40 |

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.



N=40

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.

Tabla N° 9: Familiar encuestado según participación en el cuidado del paciente, Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales. Desde 01/12/2008 hasta 28/02/2009.

| Participación en el cuidado | SI | Frecuencia Relativa | NO | Frecuencia Relativa | TOTAL (f) |
|--|----|---------------------|----|---------------------|-----------|
| Le gustaría ayudar en el cuidado del paciente. | 31 | 77,5% | 9 | 22,5% | 40 |
| Le gustaría tener contacto físico con el paciente. | 40 | 100% | 0 | 0% | 40 |

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.



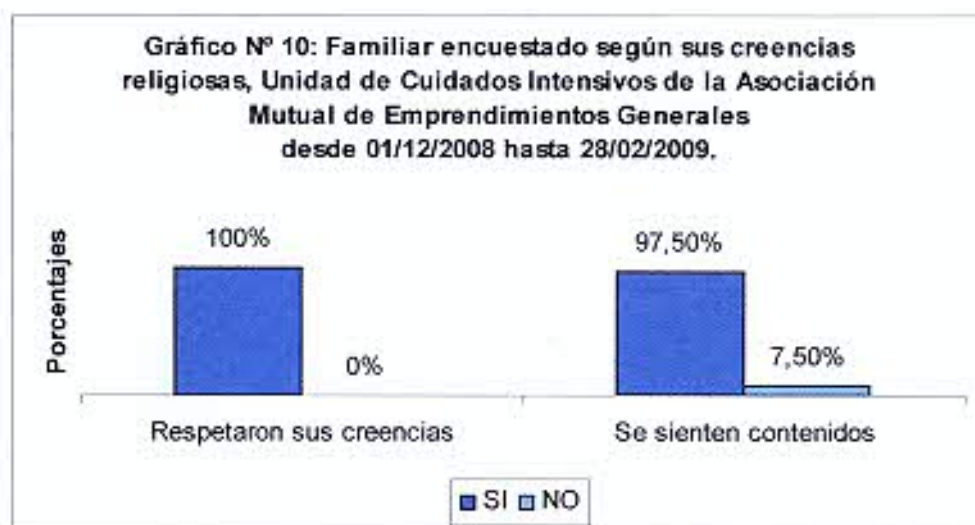
N=40

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.

Tabla N° 10: Familiar encuestado según sus creencias religiosas, Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales. Desde 01/12/2008 hasta 28/02/2009.

| Creencias religiosas | SI | Frecuencia Relativa | NO | Frecuencia Relativa | TOTAL (f) |
|--|----|---------------------|----|---------------------|-----------|
| Respetaron sus creencias religiosas. | 40 | 100% | 0 | 0% | 40 |
| Se siente contenido si le permiten el ingreso de sacerdotes, pastores o imágenes religiosas. | 37 | 97.5% | 3 | 7.5% | 40 |

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.



N=40

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.

Tabla N° 11: Familiar encuestado según la comunicación con enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales. Desde 01/12/2008 hasta 28/02/2009.

| Comunicación | SI | Frecuencia Relativa | NO | Frecuencia Relativa | TOTAL (f) |
|---|----|---------------------|----|---------------------|-----------|
| Le gustaría tener más dialogo con el enfermero. | 39 | 97,5% | 1 | 2,5% | 40 |
| La comunicación enfermero familia fue cordial. | 40 | 100% | 0 | 0% | 40 |
| Le fijaron limites. | 4 | 10% | 36 | 90% | 40 |

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.



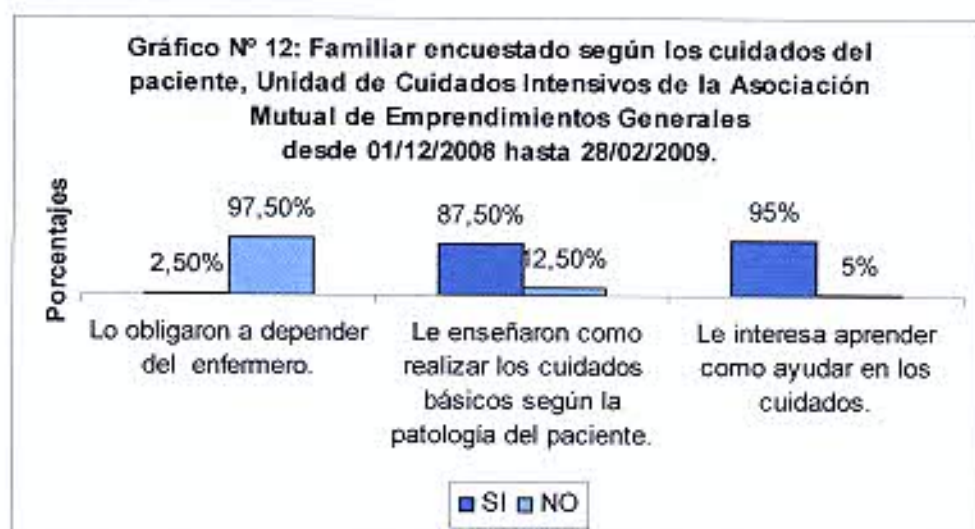
N=40

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.

Tabla N° 12: Familiar encuestado según los cuidados del paciente, Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales. Desde 01/12/2008 hasta 28/02/2009.

| Cuidados del paciente | SI | Frecuencia Relativa | NO | Frecuencia Relativa | TOTAL (f) |
|--|----|---------------------|----|---------------------|-----------|
| Lo obligaron a depender del enfermero. | 1 | 2,5% | 39 | 97,5% | 40 |
| Le enseñaron como realizar los cuidados básicos según la patología del paciente. | 35 | 87,5% | 5 | 12,5% | 40 |
| Le interesa aprender como ayudar en los cuidados. | 38 | 95% | 2 | 5% | 40 |

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.



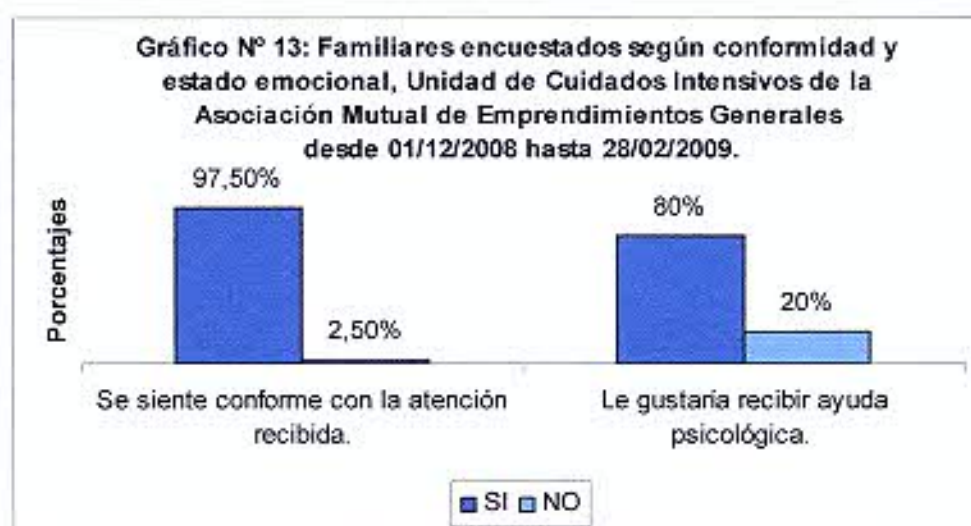
N=40

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.

Tabla N° 13: Familiar encuestado según su conformidad y estado emocional, Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales. Desde 01/12/2008 hasta 28/02/2009.

| Conformidad y estado emocional | SI | Frecuencia Relativa | NO | Frecuencia Relativa | TOTAL (f) |
|--|----|---------------------|----|---------------------|-----------|
| Se siente conforme con la atención recibida. | 39 | 97,5% | 1 | 2,5% | 40 |
| Le gustaría recibir ayuda psicológica. | 32 | 80% | 8 | 20% | 40 |

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.



N=40

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.

Resultados: Conocimientos que posee el Familiar sobre los cuidados que se le deben realizar a los Pacientes.

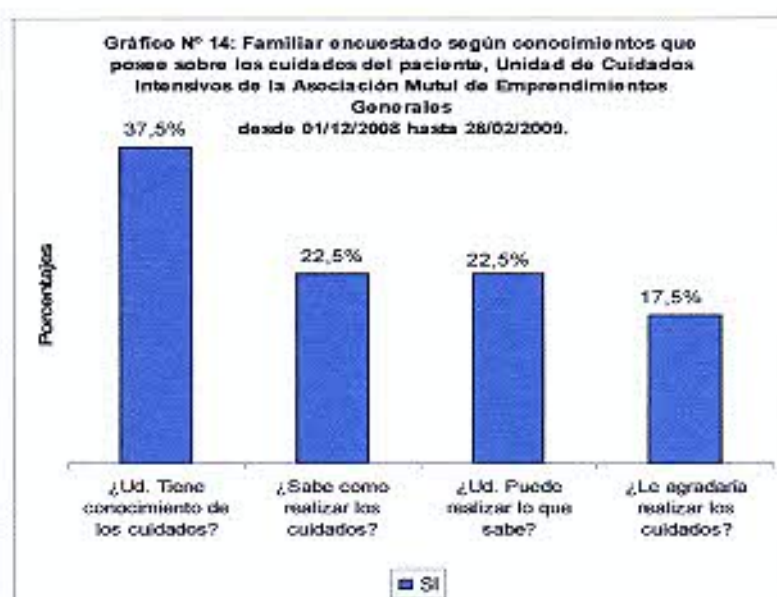
Las familias encuestadas optaron por una sola respuesta de las cuatro opciones, las preguntas fueron las siguientes: ¿Ud. tiene conocimiento de los cuidados?, ¿Ha realizado Ud. algún cuidado? ¿Ud. podría realizar lo que sabe?, ¿Le agradecería realizar los cuidados?

Según los encuestados observamos que tienen poco conocimiento de cómo realizar los cuidados, manifestando que por temor no le agradecería realizarlos, pero refirieron que si les gustaría colaborar. Los resultados fueron los siguientes: con respecto a la primera pregunta, el resultado fue de 15 familias, o sea el 37,5% dijo tener conocimiento. A la segunda respondieron 9 (22,5%) que si realizaron algún cuidado. A la tercera pregunta contestaron que podrían realizar los cuidados solamente 9 personas (22,5%) y a la última pregunta, la respuesta fue de 7 personas (17,5%) que si les agradecería realizar los cuidados. (Tabla y Gráfico N° 14).

Tabla N° 14: Familiar encuestado según conocimientos que posee sobre los cuidados del paciente, Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales. Desde 01/12/2008 hasta 28/02/2009.

| Conocimientos sobre los cuidados del paciente. | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Acumulada |
|--|---------------------|---------------------|----------------------|
| ¿Ud. tiene conocimiento de los cuidados? | 15 | 37.5% | 37.5% |
| ¿Sabe como realizar los cuidados? | 9 | 22.5% | 60% |
| ¿Ud. puede realizar lo que sabe? | 9 | 22.5% | 82.5% |
| ¿Le agradaría realizar los cuidados? | 7 | 17.5% | 100% |
| TOTAL | 40 | 100% | |

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.



N=40

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.

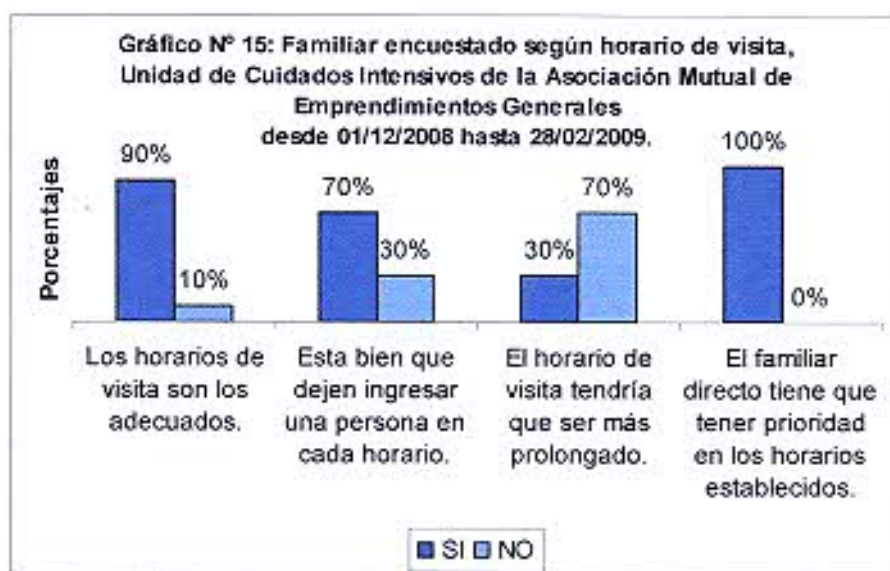
Resultados: Horarios de Visita

Al indagar a los familiares encuestados la mayoría opinaron que el régimen de visita era el adecuado para la participación de los cuidados adquiridos por la familia, pero también se observó que un grupo le gustaría que las visitas fueran más prolongadas. Los resultados son: el 90% (36) de los encuestados respondieron que Si era adecuado el horario, mientras que un 10% (4) respondieron que No. Está bien que dejen pasar a una sola persona en cada horario, el 70% (28) Si, y el 30% (12) No. el horario de visitas tendría que ser más prolongado, el 30% (12) respondieron que Si, el 70% (28) No. el familiar directo tiene que tener prioridad en los horarios establecidos, obtuvimos un porcentaje del 100% (40) su respuesta fue Si. (Tabla y Gráfico N° 15).

Tabla N° 15: Familiar encuestado según horario de visita, Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales. Desde 01/12/2008 hasta 28/02/2009.

| Horario de visita | SI | Frecuencia Relativa | NO | Frecuencia Relativa | TOTAL (f) |
|---|----|---------------------|----|---------------------|-----------|
| Los horarios de visita son los adecuados. | 36 | 90% | 4 | 10% | 40 |
| Esta bien que dejen ingresar una persona en cada horario. | 28 | 70% | 12 | 30% | 40 |
| El horario de visita tendría que ser más prolongado. | 12 | 30% | 28 | 70% | 40 |
| El familiar directo tiene que tener prioridad en los horarios establecidos. | 40 | 100% | 0 | 0% | 40 |

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.



N=40

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.

Resultados: Familiares encuestados luego del egreso del Paciente en la Unidad y Participación.

Encuesta N° 2

Observamos que las familias encuestadas luego del egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos, la misma continuaba atendiendo a su familiar implementando los conocimientos adquiridos durante la internación, con entusiasmo, y mostrando interés en recibir más información para ampliar sus conocimientos, y tener continuidad en su domicilio, brindándole los cuidados básicos.

Luego del egreso del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos, se realizó una encuesta y se obtuvieron los siguientes resultados. Le sirvieron las charlas informativas sobre los cuidados el 92.5% (37) Si, y el 7.5% (4) No. Puso en práctica lo aprendido el 80% (32) Si, el 20% (8) No. Le gustaría que enfermería continúe capacitándolo, el 90% (36) Si, el 10% (4) No. Asistiría a jornadas teóricas – prácticas para adquirir conocimientos sobre los cuidados básicos en domicilio, el 87.5% (35) Si y el 12.5% (5) No. (Tabla y Gráfico N° 16).

Tabla N° 16: Familiar encuestado luego del egreso del paciente de Unidad de Cuidados Intensivos según educación de los cuidados, Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales. Desde 01/12/2008 hasta 28/02/2009.

| Educación de los cuidados | SI | Frecuencia Relativa | NO | Frecuencia Relativa | TOTAL (f) |
|--|-----------|----------------------------|-----------|----------------------------|------------------|
| Le sirvieron las charlas informativas sobre los cuidados. | 37 | 92,5% | 4 | 7,5% | 40 |
| Puso en práctica lo aprendido. | 32 | 80% | 8 | 20% | 40 |
| Le gustaría que enfermería continúe capacitándolo. | 36 | 90% | 4 | 10% | 40 |
| Aceptaría asistir a jornadas teórico-prácticas para adquirir conocimiento sobre los cuidados básicos en domicilio. | 35 | 87,5% | 5 | 12,5% | 40 |

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.



N=40

* Fuente: datos obtenidos en encuesta realizada en Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.

DISCUSIÓN

En primer lugar hay que destacar el alto grado de participación por parte de los familiares, debido, principalmente al hecho de ser una encuesta personal.

Teniendo en cuenta que el tema que nos preocupa son las relaciones interpersonales enfermero – familia – paciente, queremos referirnos brevemente al patrón del conocimiento personal. Los cuatro patrones se distinguen de acuerdo con el tipo lógico de la enfermería de su significado y se han designado como: 1- Empírico: La ciencia de enfermería; 2- Estética: El arte de enfermería; 3- De conocimiento personal y 4- Ético: El conocimiento moral de enfermería.⁴

Los conocimientos de enfermería deben al cuidado hacia la solución de problemas, pero para ello, la enfermera requiere habilidades en la identificación de estos, destreza que se demuestra en poder ir más allá de la historia clínica, de los medicamentos, de los monitores y de los tubos que rodean al paciente, es poder descubrir en una mirada, en un gesto o en un movimiento la expresión trascendente del paciente que se cuida.

En nuestro estudio de investigación la mayoría de los familiares entrevistados están satisfechos con las condiciones medio ambientales de las que estaba rodeado su pariente, debido a que las instalaciones son modernas.

La familia refiere sentirse satisfecha, pero siempre deja el interrogante que el ingreso de un enfermo a la Unidad de Cuidados Intensivos supone una barrera física y psicológica en la vida de interrelación familia – paciente.

Respecto a la relación y a la calidad de información que le otorgaba el personal de enfermería, tanto en la información del cuidado, comunicación fluida, sentíamos que no era suficiente y poco acogedora, que para muchos familiares sería mucho más útil, la interacción, participación y aprendizaje sobre los cuidados básicos que el familiar podría realizarle a su pariente, a través de la encuesta realizada obtuvimos satisfactoriamente un alto porcentaje donde la respuesta de la familia refiere que participar en la higiene, alimentación, aprender los cuidados básicos para tener continuidad en el egreso del paciente

de la Unidad de Cuidados Intensivos. Asistió al curso teórico – práctico para atender a su familiar con secuelas, en su domicilio y no tener temor para realizarlo.

Con relación a la organización de los horarios de visitas, los encuestados estuvieron de acuerdo que siempre tiene prioridad el familiar directo, que los horarios de visitas son los más adecuados, el 10% refería que era en su entrada a su trabajo y que le imposibilitaba estar siempre, también fue cuestionado que se deje ingresar a una sola persona en una hora. El horario de visitas tendría que ser más prolongado, el 30% estuvo de acuerdo que sí.

Los horarios de visitas en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos es de 8:30 a 9:00 hs., donde el familiar participa del desayuno. De 12:30 a 13:30 hs. horario del almuerzo. De 16:00 a 17:00 hs. merienda, y por último de 20:30 a 21:30 hs. Solamente entran 3 personas, 1 por vez de 16:00 a 17:00 hs. En los otros horarios una sola persona.

Comparando nuestro trabajo con estudios publicados, estamos de acuerdo en que: el aislamiento del enfermo – 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, como indica **Sánchez Álvarez**,¹¹ en un estudio prospectivo sobre los familiares, donde se observaron que el estado de ansiedad permanecía elevada a lo largo de la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, de su familiar, relacionándolo con la evaluación del proceso, y con la falta de contacto directo con el enfermo.

También consideramos positivo el estudio realizado por **Herrera M.** que relaciona la liberalización de visitas en la Unidad de Cuidados Intensivos con una menor aparición de delirios, síndromes psicóticos y alteraciones afectivas de los enfermos al favorecer el contacto directo con su familiar.¹¹

Nosotras consideramos que es positiva la presencia del familiar ante una excitación del paciente, ya que el mismo lo contiene más que el personal de enfermería, aunque no siempre es así, hay que tener en cuenta la patología.

Generalmente es importante la presencia del familiar con el adulto mayor (80 a 90 años).

En cuanto a las enfermeras hay artículos que apuntan que las visitas abiertas aumentan su satisfacción profesional, aunque reconocen que suponen más carga tanto física como psíquica.¹¹

Carlson, Simony, Ramsey P. alegan que las visitas interfieren en los cuidados de enfermería y que la relación con la familia es fuente de estrés para las enfermeras. Indican sin embargo, que la mayoría del personal de enfermería tiende a prolongar la visita, aunque la norma del centro sea restrictiva, y lo hacen en función de las necesidades del paciente más que respondiendo a lo de la familia.¹¹

Nosotras creemos que la presencia familiar es muy importante para la recuperación del paciente, que no es un obstáculo para trabajar en los cuidados básicos del paciente, pero si consideramos que no deben estar presente ante las prácticas invasivas que se realizan como canalizaciones, controles, intubaciones, traqueotomías, colocación en A.R.M., R.C.P., etc. Creemos que son muy cruentas para el familiar que no tiene conocimientos, y dichas prácticas pueden tener una observación negativa hacia lo que se realiza y crear conflicto en el futuro.

Si consideramos que aunque no sea horario de visita, luego de la práctica se debe dejar pasar al familiar, nosotras generalmente lo hacemos.

El equipo de enfermería podemos decir que estamos satisfechos en los resultados del estudio de investigación realizado ya que creemos que se han cumplido las expectativas y necesidades tanto del familiar como el de enfermería. También reconocemos que hay mucho para mejorar en la comunicación y participación familiar, la introducción de ciertos cambios como flexibilizar el horario de visitas en algunos pacientes para conducir a una mayor satisfacción de los familiares, y por último queremos utilizar los datos obtenidos para mejorar la calidad de atención, valoración, humanización y orientación a la familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

CONCLUSIÓN

La comprensión del equipo de enfermería con las experiencias de interacción asumidas por la familia, dentro del contexto de cuidado del familiar internado en la Unidad de Cuidados Intensivos; ha conseguido aumentar la satisfacción familiar y disminuir los niveles de ansiedad y estrés. Ya que la familia se siente valorada, segura y se le permite involucrarse en un movimiento de integración y participación, es decir, asumir a los cuidados básicos del paciente.

Al sentir que el profesional de enfermería está abierto a preguntas y dispuesto a orientarlos de cómo realizar los cuidados, también de aclarar sus dudas, la familia establece un vínculo de confianza, amistad y valora lo aprendido.

La comprensión de la experiencia de interacción con la familia muestra que además de participar o involucrarse durante la hospitalización, fue favorable porque disminuyó los sentimientos negativos, como desconfianza, rabia, inseguridad y desamparo.

La familia requiere que se la tranquilice, si se le explica que todos los recursos razonables se están utilizando y que ahora queda esperar la recuperación del enfermo.

De esta forma nos expresan que cuando es posible y corresponde compartir frases de esperanza, educación y enseñanza, allana el camino de la comunicación. A través de las entrevistas personalizadas que se les realizó a los familiares, observamos que las familias esperan honestidad y sinceridad de parte del equipo de enfermería, ya que la Unidad de Cuidados Intensivos es un área donde la MORTALIDAD tiene un alto porcentaje, que ocasiona a las familias angustia e inestabilidad, que sufre ante la posibilidad de la muerte.

"Al hacer el análisis se observó que diferentes teorías y autores en enfermería han contemplado la interacción, la participación y el afecto como elemento básico en el cuidado de enfermería, pero el énfasis que hacen en cada dimensión varía de acuerdo con la perspectiva y posición en donde se sitúan con respecto al cuidado y a la profesión misma".⁶

Es importante resaltar que los conceptos de interacción, participación y afecto, han sufrido cambios en su concepción, significado y aplicación de acuerdo al momento en que los diferentes autores han planteado sus teorías, a las tendencias de salud, y al desarrollo mismo de la práctica profesional.

Otro aspecto a resaltar en este estudio es que se reconocen diferentes niveles de prácticas relacionados con el cuidado, entre las cuales podemos mencionar las realizadas por profesionales como la enfermera y el médico, otras como las de los auxiliares de enfermería, los mismos pacientes y familiares quienes en muchos casos se constituyen en cuidadores primarios.

En este estudio queda cuestionado el cuidado exclusivo de enfermería desde las dimensiones de interacción, participación y afectos, desde las vivencias de los pacientes – familia, lo que pone de manifiesto el debilitamiento del sentido humano en la relación enfermera – paciente – familia.

Los resultados de este estudio nos da la posibilidad de continuar con la educación a la familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos, y posterior al egreso del mismo. Autorizado por la institución Asociación Mutual de Emprendimientos Generales.

**“Ser Enfermera es estar al lado del Enfermo, nunca por encima de él,
estar siempre atento a los problemas de los demás y que a la Familia no
le cueste pedir un favor”**

**Mi experiencia a través de los años ha marcado mi trayectoria personal y
profesional”**

ANEXOS

ANEXO I**Encuesta N° 1**

Nombre del encuestado.....Sexo.....Edad.....
 Parentesco familiar.....Integrantes familiares.....
 Nombre del paciente.....Sexo.....Edad.....
 Patología del paciente.....
 Familiar que se hace cargo del paciente.....

Responder Sí o No**Ítem 1: Participación Familiar.**

| | | | |
|----|--|--|--|
| 1 | ¿Participó en la alimentación del Paciente? | | |
| 2 | ¿Le enseñaron como alimentarlo? | | |
| 3 | ¿Le gustaría ayudar en la higiene personal del paciente? | | |
| 4 | ¿Respetaron su creencia religiosa? | | |
| 5 | ¿Se siente más contenido si le permite el ingreso de sacerdotes, pastores, imágenes, etc.? | | |
| 6 | ¿Le gustaría tener más diálogo con el enfermero? | | |
| 7 | ¿La comunicación enfermeros – familia, fue cordial? | | |
| 8 | ¿Le fijaron límites? | | |
| 9 | ¿Lo obligaron a depender del enfermero? | | |
| 10 | ¿Le gustaría tener contacto físico con el paciente? | | |
| 11 | ¿Le gustaría recibir ayuda psicológica? | | |
| 12 | ¿Le enseñaron como realizar los cuidados básicos, según la patología que presenta el paciente? | | |
| 13 | ¿Le interesa aprender, como ayudar en los cuidados? | | |
| 14 | ¿Se siente conforme con la atención recibida? | | |

Ítem 2: ¿Qué conocimientos posee Ud. sobre los cuidados que se les debe realizar al paciente?

Elegir una opción y marcar con una x

| | | | |
|---|--|--|--|
| 1 | ¿Ud. tiene conocimiento de los cuidados? | | |
| 2 | ¿Sabe como realizar los cuidados? | | |
| 3 | ¿Ud. puede realizar lo que sabe? | | |
| 4 | ¿Le agradaría realizar los cuidados? | | |

Ítem 3: Horario de Visita.

| | | | |
|---|---|--|--|
| 1 | Los horarios de visita son los adecuados. | | |
| 2 | Está bien que dejen ingresar una persona en cada horario. | | |
| 3 | El horario de visita tendría que ser más prolongado. | | |
| 4 | El familiar directo tiene que tener prioridad en los horarios establecidos. | | |

ANEXO II

La segunda encuesta consta de un solo ítem. ¿Le sirvió la capacitación que el equipo de enfermería le brindó acerca de los cuidados?

| Educación de los cuidados | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| Le sirvieron las charlas informativas sobre los cuidados. | | |
| Puso en práctica lo aprendido. | | |
| Le gustaría que enfermería continúe capacitándolo. | | |
| Aceptaría asistir a jornadas teórico-prácticas para adquirir conocimiento sobre los cuidados básicos en domicilio. | | |

BIBLIOGRAFÍA

1. American Society for Parent and Family Nursing. (2000). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

2. American Society for Parent and Family Nursing. (2001). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

3. American Society for Parent and Family Nursing. (2002). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

4. American Society for Parent and Family Nursing. (2003). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

5. American Society for Parent and Family Nursing. (2004). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

6. American Society for Parent and Family Nursing. (2005). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

7. American Society for Parent and Family Nursing. (2006). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

8. American Society for Parent and Family Nursing. (2007). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

9. American Society for Parent and Family Nursing. (2008). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

10. American Society for Parent and Family Nursing. (2009). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

11. American Society for Parent and Family Nursing. (2010). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

12. American Society for Parent and Family Nursing. (2011). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

13. American Society for Parent and Family Nursing. (2012). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

14. American Society for Parent and Family Nursing. (2013). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

15. American Society for Parent and Family Nursing. (2014). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

16. American Society for Parent and Family Nursing. (2015). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

17. American Society for Parent and Family Nursing. (2016). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

18. American Society for Parent and Family Nursing. (2017). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

19. American Society for Parent and Family Nursing. (2018). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

20. American Society for Parent and Family Nursing. (2019). *Family Nursing: A Holistic Approach to Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Bibliografía

1 – Santana Cabrera L., Sánchez Palacios M., Hernández Medina E., García Martul M., Ronaína P., Villanueva Ortiz A. - Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria, España.- "Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional".- Medicina Intensiva – ISSN 0210-5691 – Versión Impresa – Med. Intensiva v31 - nº 6 – Madrid – Agosto/Septiembre 2007; Pág. 3.

2 – Torres Pérez L.- Enfermero UCI Hospital Universitario Virgen de la Victoria – Málaga – Servicio Andaluz de Salud.- "Cuidados Informales y Paciente Crítico".-

<http://www.tempusvitalis.com/Revista01/Revison1/revision1.htm>.

Noviembre 2008; Pág. 2 – 3 – 4 – 5 – 6.

3 – Gálvez González M.- Enfermera Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Regional Universitario Carlos Haya – Málaga.- "El duelo anticipado en la familia de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Críticos. Presentación de un caso clínico".-

<http://www.tempusvitalis.com/secciones/articulos/2008/vol8num1/4duelo81.html>.

Noviembre 2008; Pág. 1.

4 – Daza de Caballero R., Torres Pique A. M., Prieto de Romano G.- "Análisis Crítico del Cuidado de Enfermería: Interacción, Participación y Afecto".- Index de Enfermería – ISSN 1132-1296 – Versión Impresa – Index Enfermería v14 – nº 48-49 - Granada primavera/verano 2005. <http://www.scielo.isciii.es>.
Noviembre 2008; Pág. 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8.

5 – Medina J. L.- "La Pedagogía del Cuidado: Saberes y Prácticas en la Formación Universitaria en Enfermería".- Editorial Laertes – Año 1999; Pág. 51.

6 – Gherardi C., Cháves M., Capdevila A., Tavella M., Sarquis S., Irrazábal C.- División Terapia Intensiva. Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.- “La Muerte en un Servicio de Terapia Intensiva. Influencia de la abstención y retiro del soporte vital”.- Medicina Buenos Aires ISSN 0025-7680 – Versión Impresa – Medicina (B. Aires) v66 – nº 3 – Buenos Aires – Mayo/Junio 2006; Pág. 7.

7 – Velasco Bueno J. M.- Expte: 240/00.- “Detección de Necesidades de los Familiares de Pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos”, (Líneas Básicas del Proyecto).-

<http://www.terra.es/personal13/josevb/lineas.htm>. Febrero 2009; Pág. 1.

8 – Maglio F.- “Ética Médica frente al Paciente Crítico” – “Situación de Muerte en Terapia Intensiva”.- Comunicación al Congreso Panamericano de Medicina Crítica, Caracas, Venezuela, 1986; Pág. 2 – 3 – 4.

9 – “Guías de Soporte”.- Publicado por Kickcfree.

<http://www.uciemp.blogspot.com/2007/03puos-de-soporte-familia-en-unidadde.html>. 30 de Marzo 2007.

10 – Valenzuela M.- “Malena Despierta: Diario urgente de una madre a su hija”.- Buenos Aires Editorial Atlántida, Diciembre 2008; Pág. 13 – Capítulo 11 – Pág. 141 – 142 – 143 – 144.

11 – Rodríguez Martínez M.- “Implicación familiar en los cuidados básicos del paciente crítico”.- Memoria de Solicitud de Proyecto de Investigación, Pág. 2.