



**UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**“EXPECTATIVAS DEL FAMILIAR DEL PACIENTE
CRÍTICO ANTE EL CUIDADO QUE BRINDA EL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UCI EN UN
HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD DE
CHICLAYO - 2016”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO**

AUTORA

Lic. Enf. MILAGROS BEATRIZ MURO MINGUILLO

ASESORA

Dra. ROSALÍA SANTA CRUZ REVILLA

LAMBAYEQUE – PERÚ

2017

**“EXPECTATIVAS DEL FAMILIAR DEL PACIENTE
CRÍTICO ANTE EL CUIDADO QUE BRINDA EL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UCI EN UN
HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD DE
CHICLAYO - 2016”**

PRESENTADO POR:

Lic. Enf. Milagros Beatriz Muro Minguillo
Autora

Dra. Rosalía Santa Cruz Revilla
Asesora

APROBADO POR:

Mg. Nora Sánchez De García
Presidente

Dra. Olvido Barrueto Mires
Secretaria

Mg. Doris Pais Lescano
Vocal

DEDICATORIA

A Dios y la Virgen, quienes bendicen mi camino y me llenan de fortaleza para continuar; y es que todo lo puedo con Ellos.

A mi hija, el ser tan especial que da alegría, amor y motivación para emprender grandes retos; y es que su existencia es el regalo más hermoso de mi vida.

A mi familia, quienes me siguen apoyando para lograr mis metas, y con su amor hacen que este camino sea disfrutado a lado de ellos.

AGRADECIMIENTO

A mi asesora, destacada profesional y persona que siempre ha estado al pendiente de mi avance en esta investigación.

A las personas que han participado en esta investigación, y con sus discursos han permitido analizar nuestra variable de investigación: expectativas.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE

RESUMEN

SUMARY

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación	8
2.2. Enfoque metodológico	9
2.3. Población y muestra	13
2.4. Métodos y técnicas de recolección de datos.....	14
2.5. Análisis de datos	16
2.6. Rigor Científico	17
2.7. Principios Éticos	18

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES FINALES Y

RECOMENDACIONES

4.1.Consideraciones Finales	61
4.2.Recomendaciones	63

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 65

APÉNDICES 73

RESUMEN

El ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), genera una amenaza para el familiar, provocando una sensación de inestabilidad emocional con diversas reacciones emocionales tales como el llanto, negación, enojo, cólera, ira y la no aceptación de la enfermedad. Y aun cuando el desenlace del paciente sea la muerte, el ajuste progresivo de las expectativas de la familia a lo largo del proceso de atención y cuidados permite redefinir esas expectativas y ajustar la distancia entre lo superado y lo logrado. Esta situación impulsó al siguiente trabajo de investigación titulado “Expectativas del familiar del paciente crítico ante el cuidado que brinda el profesional de enfermería en la UCI en un Hospital del ministerio de salud de Chiclayo – 2016”, cuyo objetivo fue caracterizar las expectativas del familiar del paciente crítico ante el cuidado que brinda el profesional de enfermería. Investigación cualitativa, con el abordaje metodológico, estudio de caso; además del análisis temático para el tratamiento de los discursos, permitiendo la categorización en dos categorías denominadas: Expectativas de los familiares relacionados con el aspecto humano y administrativo del profesional de enfermería en la UCI. Finalmente se concluyó que la familia en relación al aspecto humano, muestras expectativas de recibir un trato digno, brindar más tiempo en la visita y la necesidad de información constante; y en el aspecto administrativo en recibir ayuda en la solución de problemas.

Palabras claves: Expectativa, Crisis, UCI, familia.

SUMMARY

The revenue to the Intensive care unit(UCI), generates a threat for the relative, provoking a sensation of emotional instability with diverse such emotional reactions like the crying, denial, annoyance, rage, anger and her not acceptance of the illness. And even when the outcome of the patient is death, the progressive adjustment of family expectations throughout the process of care and care can redefine those expectations and adjust the distance between the surpassed and the achieved. This situation led to the following research work entitled "Expectations of the relative of the critical patient to the care provided by the nurse practitioner in the UCI in a Hospital of the Ministry of Health of Chiclayo - 2016", whose objective was to characterize the family member's expectations critical patient to the care provided by the nursing professional. Qualitative research, with the methodological approach, case study; in addition to the thematic analysis for the treatment of discourses, allowing the categorization into two categories named: Expectations of relatives related to the human and administrative aspect of the nursing professional in the ICU. Finally, it was concluded that the family in relation to the human aspect, shows expectations of receiving a decent treatment, providing more time in the visit and the need for constant information; and in the administrative aspect in receiving help in solving problems.

Keywords: Expectation, Crisis, UCI, family.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

La familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan, y están sujetos a la influencia del entorno. Por lo tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis, que incita al paciente y familiar a distintas reacciones emocionales como angustia, miedo, incertidumbre, preocupación, ansiedad, tristeza y desamparo. Siendo así, que si la situación de salud es crónica y/o amenazante para la vida o puede estarlo de manera prolongada, se precisa un nivel de asistencia especializada (monitorización o tratamiento intensivo) y continua con requerimientos de personal en cuidados intensivos y tecnología que sólo puede prestarse en la UCI; lo que produce reacciones emocionales que se intensifican y tienen características propias según su etiología y la idiosincrasia del enfermo y familiar.^{1,2}

El ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), genera una amenaza para el familiar, quienes consideran que es el lugar donde se prestan cuidados avanzados, mientras que otros las consideran como lugares donde van a morir las personas más graves. Todo esto provoca una sensación de inestabilidad emocional con diversas reacciones emocionales tales como el llanto, negación, enojo, cólera, ira y la no aceptación de la enfermedad.

El paciente en estado crítico se caracteriza por la existencia de problemas clínicos reales y potenciales de extrema gravedad y por la necesidad de un control y una actuación para prevenir complicaciones y restablecer su salud; sin embargo cuando este estado de salud no tiene mejoría y se suman factores ambientales, tales

como el verse rodeados de cables, monitores, ventiladores, ruidos irreconocibles, horario restringido de visitas, entre otros, son considerados como factores estresantes para los pacientes, condicionando a la familia a experimentar shock, incredulidad y ansiedad, debido a la incertidumbre sobre el pronóstico de su ser querido, pudiendo causar en la familia una experiencia de desorganización y crisis situacional.

La crisis es el estado en el que el individuo y su familia se sienten abrumada por factores que producen estrés y que tratan de utilizar sus mecanismos de resolución de problemas sin buenos resultados para enfrentarse a la situación; en el intento por recobrar el equilibrio.²

Ante la situación de crisis experimentada, la enfermera cumple una función importante con un profundo sentido y espíritu humanitario del cuidado, que es mucho más que el cumplimiento de las tareas, sino el de administrar un cuidado holístico al paciente, que significa escuchar, acompañar, entender, afrontar y compartir con él y su familia su recuperación con el desarrollo científico y tecnológico de enfermería, a fin de restablecer el equilibrio familiar.³ Además esta intervención es un reto muy importante para las enfermeras, siendo frecuente que los familiares opinen sobre la calidad de atención que brindan los profesionales en los centros hospitalarios en torno a la comunicación, la información, la capacidad de escucha, y las habilidades para ofrecer consejo o para inducir cambios, los cuales no siempre obtienen un buen resultado en relación a las necesidades requeridas por él.

Es así que la mayor parte de las quejas y reclamaciones de los usuarios no son debidas a problemas de competencia técnica, sino a problemas de comunicación y apoyo emocional, donde la familia experimenta sentimientos y reacciones emocionales de diferente intensidad ante la enfermedad de su familiar, requiriendo para ello una intervención oportuna de la enfermera. Por ello, el desarrollo científico y tecnológico de enfermería, no puede menoscabar el profundo sentido y espíritu humanitario del cuidado de enfermería que brinda a las personas y a la sociedad. ⁴

Sin embargo, al presentarse una gran distancia entre las expectativas y la realidad del cuidado enfermero durante el proceso evolutivo de un paciente en la hospitalización, somete a los miembros de su familia a una situación difícil; ya que como expectativas del cuidado enfermero, los familiares tienen por conseguir algo que les produzcan satisfacción y seguridad, y que requiere una atención de ayuda, apoyo y asesoramiento por parte de los profesionales de enfermería.

Aun cuando el desenlace del paciente sea la muerte, el ajuste progresivo de las expectativas de la familia a lo largo del proceso de atención y cuidados permite redefinir esas expectativas y ajustar la distancia entre lo superado y lo logrado. Este entendimiento es posible sólo a través de una eficaz comunicación. Al final, tanto el equipo de salud como los familiares deberán quedar satisfechos con el esfuerzo realizado y conformes con los límites humanos de la medicina. Conocer, comunicar y entender son las claves para lograrlo.

La deficiencia de la satisfacción de las necesidades de la familia y lograr o superar sus expectativas con respecto al cuidado esperado que brinda el profesional

de enfermería, se observa en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital del Ministerio de Salud de Chiclayo, donde los familiares se encuentran deseosos de obtener información respecto al paciente en estado crítico, solicitando a la enfermera información con respecto a las siguientes interrogantes: ¿Cómo está mi familiar?, ¿Qué tiene?, ¿Se va a poner bien?, ¿Necesitará algún examen o placa?, ¿Ya dieron las recetas?, ¿Habrán todo el medicamento en el SIS?, ¿Se va a morir?, ¿Se va a recuperar? ¿Está mejorando? ¿Si esto no hay en el SIS, como puedo conseguirlo? ¿Para qué son estas máquinas? Todo esto sumado a manifestaciones emocionales como el llanto, ira, insistencia, ansiedad, e incapacidad para hacer frente a la situación y sentimientos de culpa entre otros. Además reciben expresiones por parte de la enfermera, tales como “esperen al doctor, nosotros no sabemos nada”, “estoy ocupada, las preguntas al médico”, “señora es cambio de turno, no podemos informarles nada”, “disculpe, ya no es horario de informes”, “señora tiene que esperar, usted no es la única que pregunta por su familiar”, “Tienen que ver estos exámenes porque no tiene el SIS”; lo que conlleva a no cumplir con sus expectativas requeridas.

Por lo que la situación expuesta llevó a la investigadora a formularse la siguiente interrogante de investigación ¿Cómo son las Expectativas del familiar del paciente crítico ante el cuidado que brinda el profesional de enfermería en la UCI en un Hospital del Ministerio de Salud de Chiclayo – 2016?

El objetivo que guio la investigación fue caracterizar las expectativas del familiar del paciente crítico ante el cuidado que brinda el profesional de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos.

La presente investigación se justificó a partir de lo que los familiares expresan y esperan con respecto a los cuidados que sus pacientes deben recibir en la Unidad de Cuidados Intensivos, utilizando esto como referencia de expectativas expresadas, para así planificar cuidados que deben desarrollar cada uno de los profesionales de salud con el objetivo de mejorar continuamente la práctica asistencial que se realiza y así conseguir la mayor satisfacción del paciente y su familia.

La expectativa es una suposición centrada en el futuro que puede ser realista, positiva o negativa; y que en la UCI, esta se vuelve mucho más importante, ya que los familiares sufren más y sus deseos implican contacto con el paciente y personal de salud, así como tener esperanza y estar informados sobre si su familiar está en buenas manos. Por ello es una prioridad mejorar la gestión de la asistencia sanitaria y alcanzar una mayor calidad en los cuidados que se prestan, siendo esta una exigencia ética. Asimismo para que haya calidad en el cuidado, se requiere que la formación de la enfermera contemple una preparación humanística para reconocer la humanidad de quienes cuida, apropiar conocimiento científicos para integrar teorías de lo físico, psicológico y social de cada persona que cuida, y reconocer y aplicar teorías y modelos de cuidado para brindar cuidado oportuno según expectativas individuales.

Esta investigación se sustentará en la Teoría de Jean Watson denominada “Teoría del Cuidado Humano”, la cual manifiesta que el cuidado transpersonal es caracterizado por una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo y/o más alto yo.

Los resultados obtenidos serán de utilidad a las autoridades de diversos establecimientos de salud; ya que, no solo conocerán la problemática a profundidad, sino también les permitirá crear estrategias de salud dirigidas a optimizar el cuidado enfermero en relación al paciente y su familia. Asimismo esta investigación contribuye a ser una fuente bibliográfica para enriquecer el marco teórico en relación a esta problemática, y servir como antecedente para otras investigaciones, en donde emerjan diversos problemas y el profesional de salud pueda para encaminar esta situación.

El informe de investigación está estructurado en los siguientes capítulos: Capítulo I: Introducción que contiene la situación problema, el problema, objetivos, justificación e importancia; Capítulo II: Marco Metodológico que contiene el tipo de investigación, el enfoque metodológico, la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, tipos de análisis, el rigor científico y los principios éticos; Capítulo III: Discusión y Resultados en la cual se dan a conocer dos categorías y subcategorías producto del análisis temático; Capítulo IV: Consideraciones Finales y Recomendaciones, la cual son las propuestas que se derivan de los resultados de la investigación con el fin de ser puestas en práctica.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación

La presente investigación fue de carácter cualitativo – descriptivo.

El estudio cualitativo pretendió enfocar los problemas o fenómenos a estudiar, a través de los datos descriptivos, “las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable desde las vivencias de los sujetos que lo experimentan”. Por esto, los resultados se presentaron en base a una descripción de características del objeto de estudio, ofreciendo técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan y sienten.⁵

La investigación descriptiva llegó a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limitó a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.⁵ Además la investigación descriptiva es aquella que busca especificar las propiedades, características y los perfiles importantes de personas, grupos o comunidades que están sometidos al fenómeno en análisis.⁶

Este trabajo de investigación se sustentó dentro del enfoque cualitativo - descriptivo, otorgando una mejor aproximación de la realidad vivencial e interpretando los aspectos emocionales, racionales y sociales en relación a las

expectativas del familiar del paciente crítico ante el cuidado que brinda el profesional de enfermería en la UCI.

2.2. Enfoque metodológico

La metodología cualitativa que se adoptó en la presente investigación es el estudio de caso. El estudio de caso se define como la investigación a profundidad que se realiza a individuos, grupos, instituciones u otra unidad social individual, donde se registra, analiza y comprende la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado. Además, en el método de estudio de caso los datos pueden ser obtenidos desde una variedad de fuentes, tanto cualitativas como cuantitativas; esto es, documentos, registros de archivos, entrevistas directas, observación directa, observación de los participantes e instalaciones u objetos físicos.⁷

El presente estudio de caso, tuvo en cuenta los siguientes principios:⁷

Se dirigen al descubrimiento, porque se fundamenta en que el conocimiento es una construcción que se hace y rehace en el desarrollo de la investigación, lo cual procurará mantenerse constantemente, pero se agenciará de nuevos elementos que puedan surgir durante el estudio para incluirlos. En esta investigación se tomó al marco teórico como estructura básica a partir del cual se detectaron nuevos aspectos que permitieron comprender las

expectativas del familiar del paciente crítico ante el cuidado que brinda el profesional de enfermería en la UCI.

Enfatizan la interpretación en el contexto, ya que permiten una comprensión más completa del objeto de estudio, para lo cual es necesario tener en cuenta el contexto donde se sitúa dicha investigación. Esta investigación se desarrolló en un Hospital del Ministerio de Salud de Chiclayo, en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se entrevistaron a familias sobre las expectativas del cuidado que brinda el profesional de enfermería.

Buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda, ya que se procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una situación determinada, enfocándola como un todo, enfatizando la complejidad natural de las situaciones, evidenciándose la interrelación de sus componentes. En esta investigación se tomaron en cuenta los discursos narrados por los familiares acerca de las expectativas sobre el cuidado que brinda el profesional de enfermería en la UCI en el contexto en el que se desarrollaron, analizando a profundidad todas las situaciones complejas que enfrentan por la enfermedad.

Usan una variedad de fuentes de investigación, ya que se recurre a una variedad de datos recolectados en diferentes momentos, en situaciones variadas y con una variedad de tipos de información e informantes. Dicha investigación tomó en cuenta los libros de registros estadísticos de la UCI de un Hospital del Ministerio de Salud de Chiclayo, que nos permitieron tener datos sobre el

ingreso de pacientes hospitalizados. Sin embargo la principal fuente de investigación fueron las familias con pacientes en la UCI.

Representan diferentes y a veces conflictivos punto de vista, debido a que la realidad puede ser vista sobre diferentes perspectivas, pudiéndose suscitar opiniones diferentes, teniendo que el investigador traiga para el estudio divergentes opiniones que incluso revelen su punto de vista y así obtener sus propias conclusiones. Es así que dicha investigación tomó en cuenta las expectativas del familiar del paciente crítico ante el cuidado que brinda el profesional de enfermería en la UCI.

Utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de la investigación. Estos datos de estudio de caso pueden estar presentados en una variedad de formas tales como dramatizaciones, diseños, fotografías, slide, discusiones y mesas redondas. Además se presentan los relatos escritos como un estilo informal, narrativo, ilustrado por figuras de lenguaje, ejemplo y descripciones. En esta investigación se utilizó el estilo narrativo y descriptivo de forma clara, directa, relacionada con las expectativas del familiar del paciente crítico ante el cuidado que brinda el profesional de enfermería en la UCI.

El estudio de caso consta de tres fases⁷:

La primera FASE ABIERTA O EXPLORATORIA, está relacionada con el objeto de estudio derivadas de la propia experiencia y de la observación de la realidad durante las prácticas profesionales, surgiendo la pregunta de

cómo son las Expectativas del familiar del paciente crítico con respecto al cuidado enfermero en la UCI; esta interrogante se profundizó, explicó, y reformuló a medida que se desarrolló la investigación. Asimismo, se establecieron los contactos iniciales, se localizaron a los informantes y las fuentes bibliográficas necesarias para el estudio, los cuales fueron analizados y delimitados para definir elementos y conceptos claves para la investigación.

En la FASE SISTEMÁTICA O DE DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO, se determinó los focos de investigación y estableció los límites del objeto de estudio. Asimismo identificado una vez los elementos, conceptos claves y los informantes, que en este caso fueron los familiares de un paciente internado en la UCI, se diseñó el proyecto de investigación para otorgar mayor validez a la investigación.

Se realizó la recolección sistemática de la información, utilizando la entrevista semiestructurada a profundidad, técnica que permitió recoger los datos requeridos para valorar como son las expectativas del familiar ante el cuidado que brinda el profesional de enfermería.

La FASE DE ANÁLISIS TEMÁTICO Y ELABORACIÓN DEL INFORME, consiste en el tratamiento de los resultados por análisis temático, es decir en determinar los temas que surgen de la información obtenida y estén consideradas dentro de la base teórica, con la finalidad de ordenarlos y que se relacionen con el objeto de la investigación.

En esta investigación se analizaron e interpretaron los datos obtenidos en las entrevistas aplicadas a los informantes, transcribiendo el contenido exacto de cada una de las manifestaciones, permitiendo ordenarlas, agruparlas, compararlas y comprenderlas, para luego realizar la descontextualización de los discursos, previa codificación de cada una de ellas, y así de esta manera formular las categorías y subcategorías respectivamente. Luego se procedió a analizar los resultados apoyándose del marco teórico referencial; y finalmente se elaboró el informe de investigación utilizando lenguaje sencillo, claro, coherente y entendible para el lector.

2.3. Población y muestra

La población estuvo constituida por todos los familiares que tienen un paciente hospitalizado en la UCI de un Hospital del Ministerio de Salud de Chiclayo en el año 2016.

Asimismo, para la muestra en estudio, se tuvo en cuenta los siguientes criterios.

Criterio de inclusión:

- Familiar directo del paciente crítico (papá, mamá, esposa, hijos o hermanos).

- Familiares mayores de 18 años y menor de 50 años, que tengan permanencia en el servicio.

- Que el paciente tenga una estancia no menor de tres días y que los familiares sean voluntarios, conscientes y que deseen participar en la investigación (consentimiento informado). Además que los pacientes hayan estado hospitalizados en los meses de Agosto a Noviembre del 2016.

- Familiares que habiten en la región Norte oriente del país.

Se obtuvo como muestra según los criterios de inclusión, 6 familiares de 6 familias. La técnica estuvo dada por saturación y redundancia. Esto significó que cuando los nuevos discursos o relatos no producían ningún tema nuevo, fue declarado saturado, y cuando hubo acumulación de discursos repetitivos por parte de los participantes fue declarado redundancia.

2.4. Métodos y técnicas de recolección de datos

Siendo la investigación de tipo cualitativa, y a fin de develar el fenómeno de objeto en estudio se utilizó la entrevista semiestructurada a profundidad, las cuales fueron grabadas en cintas magnéticas, previo consentimiento de los familiares y de los profesionales de la salud, además se hizo uso de un consentimiento informado aprobado.

En el marco de la investigación cualitativa, se seleccionó a la entrevista, definida como la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto.⁸

En cuanto al grado de estructuración de la entrevista, este fue de carácter semiestructurada, lo que según Delgado y Gutiérrez, significa que “presenta una alternancia de fases directivas y no directivas”, es decir, el entrevistador posee una pauta con los puntos más relevantes para los objetivos de la investigación, que son abordados a lo largo de la entrevista.⁹

Asimismo, la entrevista a profundidad permite investigar más a fondo lo que se desea conocer de la persona entrevistada, puesto que permite la participación activa, donde se observa un ejercicio de representación casi teatral.¹⁰

Esta pauta de entrevista constituyó sólo una guía para el investigador, pues a pesar de contener los ámbitos temáticos a explorar, resultó ser el investigador quien decidió qué pregunta hacer, cómo hacerla y en qué momento de la entrevista.

Es así que, la entrevista semiestructurada a profundidad contó con preguntas ya elaboradas por las investigadoras y validadas por los expertos (asesora), sin embargo en el transcurso se dieron otras interrogantes que surgieron de los relatos de los familiares. Por lo tanto se permitió mayor flexibilidad y mayor ajuste en la obtención de la información.

La recolección de datos se desarrolló de la siguiente manera: primero hubo un contacto con los familiares con un paciente hospitalizado en la UCI, en donde se les informo acerca de la investigación y se obtuvo el consentimiento informado. Luego se inició la entrevista y simultáneamente se grabó la información brindada por los familiares, previo consentimiento.

Durante la entrevista, la investigadora utilizó un lenguaje adecuado, usando el parafraseo, toque terapéutico y de la misma manera los familiares se expresaron libremente en todo momento. Por lo tanto no se ocasiono daño físico ni psicológico a la persona entrevistada y sobretodo se respetó la confidencialidad y el anonimato, protegiendo la intimidad de la persona.

2.5. Análisis de datos

En esta investigación de tipo cualitativa, se utilizó el análisis de contenido. El análisis de los datos de las entrevistas semiestructuradas a profundidad se realizó a través de la teoría fundamentada cuyo objetivo principal es generar una teoría que explique un patrón de conducta que sea importante y significativa para los entrevistados, conceptualizando y formulando una teoría a medida que esta va emergiendo de la información que será tomada en forma escrita por el entrevistador y a través de la grabación en cintas magnéticas.⁵

En la investigación presente, durante el análisis de datos, primero se transcribieron los datos exactos obtenidos de las entrevistas semiestructuradas a profundidad, luego se leyeron, se revisaron en función de sus contenidos y se ordenaron, previa codificación de cada uno. Además, cuando se encontraron discursos repetitivos, se tuvo en cuenta el método de saturación o redundancia. En la siguiente fase, se agruparon los datos codificados en subcategorías, las que dieron origen a las categorías. Finalmente, con las categorías dadas se empezó con la descripción del proceso basándose en el marco teórico y explicando cómo son las expectativas del familiar del paciente crítico ante el cuidado que brinda el profesional de enfermería.

2.6. Rigor Científico

La eficacia de la investigación en ciencias de la salud es un aspecto esencial que los investigadores permanentemente deben garantizar. La calidad de esta investigación está determinada porque se pondrá en práctica el rigor científico que estará dado por los siguientes principios, según Morse: ¹¹

Credibilidad, que se refiere que los hallazgos del estudio sean reconocidos como “reales” o “verdaderos” por las personas que participan en el estudio y por aquellas que han experimentado o han estado en contacto con el fenómeno investigado. En la investigación, se aplicaron a través de las conversaciones prolongadas con los familiares del paciente crítico,

recolectando información que produzca hallazgos; los cuales serán presentados de manera objetiva sin sufrir ninguna modificación.

Confidencialidad, es referido a los secretos que el investigador ha de garantizar de la información recolectada. En la presente investigación, la información obtenida por los participantes se mantuvo en reserva y en secreto (anonimato), con el fin de que sus identidades no sean relacionadas con la información que proporcionen.

Neutralidad, la información recolectada no fue alterada ni modificada, los resultados se obtuvieron a partir de los cuestionarios realizados, y no fueron alterados por los investigadores.

Auditabilidad o confirmabilidad, este criterio se refiere a la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. En la investigación esta estrategia permitió que otro investigador examine la información necesaria, pudiendo llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares.

2.7. Principios Éticos

Belmont nos dice que existen tres principios básicos, que son fundamentales para la ética de la investigación que implica a los seres

humanos: los principios del respeto a las personas, el principio de beneficencia y el principio de justicia.¹²

La expresión “principios éticos básicos” se refiere a aquellos criterios generales que sirven como una justificación básica para diferentes reglas éticas y evaluaciones de las acciones humanas.

El respeto a las personas incorpora por lo menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y segundo, que las personas con menos autonomía tienen derecho a protección.

El respeto a las personas exige que los sujetos entren en la investigación voluntariamente y con la información adecuada, se les tratará con cortesía, respeto y teniendo en cuenta el consentimiento informado. La aplicabilidad de este principio se evidenció en la libertad para la participación voluntaria, mediante el consentimiento informado, así mismo tendrá la facultad de retirarse cuando el participante lo desee y no será obligado a contestar interrogantes, la aplicación del principio de evidencia también en el proceso pues se respetará lo mencionado por los participantes sin ejercer juicios ni reproches. Además la información obtenida solo será para el uso de la investigación con la confianza y la confidencialidad que amerita.

Beneficencia, donde las personas son tratadas de una manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de algún daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar. El término "beneficencia" se refiere a menudo a los actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta

obligación donde se han establecido dos reglas generales para expresar las acciones de beneficencia: la primera que no cause perjuicio y la segunda que aumente los posibles beneficios y disminuya los posibles perjuicios.

En el presente trabajo se aplicó este principio ético, tomándose medidas preventivas necesarias para proteger ante cualquier daño o molestia a las que fueran expuestas los familiares que participarán en esta investigación, teniendo cuidado acerca del carácter de la intromisión en su psicología, minimizando los riesgos: usando el anonimato y se informará que los datos obtenidos sólo serán utilizados con el propósito de investigación.

Justicia, este principio incluye el derecho de la persona a recibir un trato justo, es decir que la distribución de los recursos, de los riesgos y de los beneficios de la investigación se debe hacer de manera equitativa. Otra manera de concebir el principio de justicia es el de comprender que personas iguales deben ser tratadas de la misma manera. Además este principio está íntimamente relacionado con los principios de la fidelidad y veracidad.

En la presente investigación, se fue imparcial durante todo el desarrollo de la misma, tratando de manera justa y equitativa a los participantes, considerando a todas las personas sin discriminación.

Todos los principios descritos por Belmont hacen o contribuyen a la realización de un buen trabajo de investigación, es por tal motivo que se hará uso de cada uno de ellos como se ha mencionado.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) constituyen servicios hospitalarios que proporcionan atención especializada como la medicina intensiva. La vigilancia de estos pacientes debe ser muy rigurosa y estricta, controlándose en forma permanente una gran cantidad de parámetros muy complejos; además esta atención es realizada por personal médico y el equipo de enfermería especializado, que ha requerido una formación y entrenamiento especial.¹³

El ingreso de un paciente a la UCI, somete a los miembros de su familia a una situación difícil, dónde presentan alteraciones emocionales como ansiedad, estrés, depresión o el denominado síndrome de cuidados intensivos, la cual crea una barrera física y psicológica entre la unidad familia – paciente. En la teoría de Virginia Henderson se afirma que “el enfermo no es un ente aislado, sino que forma parte de una unidad que es la familia”, es así como el distanciamiento en la familia puede provocar un estado de crisis, angustia y preocupación, además de tener la sensación que se puede producir la muerte de sus ser querido y con ello desarrollar sentimientos de confianza en Dios, impotencia, tristeza, incapacidad, desasosiego, incertidumbre, inseguridad, esperanza, rabia, desamparado, entre otros, siendo las principales necesidades manifestadas por ellos, las relacionadas con la información, el cuidado, el apoyo y la seguridad.^{14, 15, 16}

Asimismo la política restrictiva de visitas, y las características físicas y técnicas particulares de la UCI, también conforman una atmósfera psicológica especial y poco usual, que genera efectos negativos en la familia, de ahí parte que

el ingreso del paciente a la UCI, frecuentemente constituye una experiencia nueva, única y a veces atemorizante que cobra especial relevancia a la adaptación de este nuevo estado y sistema de vida. ¹⁷

Los familiares de pacientes ingresados a la UCI, presentan dos tipos de emociones: las positivas, relacionadas con la esperanza de mejora del estado de su familiar (proporcionando sentido y alivio del sufrimiento) y las negativas, unidas al miedo de perder al ser querido. ¹³ Estos tipos de emociones, desarrollan necesidades conceptuadas como esenciales y exigidas por la familia, las cuales son satisfechas cuando alivian o disminuyen la aflicción y la angustia inmediata, mejorando su bienestar; por ello es necesario identificarlas y poder satisfacerlas, lo cual se podría lograr con la inclusión de planes de cuidados de enfermería enfocados en el paciente – familia, lo que aumentaría la confianza y promovería una mayor participación del familiar.

En la investigación realizada por Eduar Soto Cruz ¹³ se concluyó que: “Los familiares demandan información continua, no sólo sobre la enfermedad o estado de salud de su ser querido, sino también sobre todo lo que está ocurriendo alrededor del mismo como procedimientos, tratamiento médico y farmacológico, aspectos donde el papel del Enfermero es importante”. Observándose que los profesionales de la salud, presentan un papel importante en el apoyo emocional a los familiares.

Este interés por satisfacer las necesidades experimentadas por los familiares, es importante, porque ayudará a enfrentar la enfermedad, el sufrimiento y el estrés que estas situaciones generan, además de conocer la distancia que media entre las

expectativas generadas por el personal de salud en la familia del paciente y el cumplimiento efectivo de esas expectativas ¹⁸. Cuanto mayor sea la distancia entre aspiraciones y realidad, mayor será el estrés emocional de las familias, mayor será la sensación de insatisfacción y menor será el grado de comunicación. Sin embargo, aun cuando el desenlace del paciente crítico sea la muerte, el ajuste progresivo de las expectativas de la familia a lo largo del proceso de atención y cuidados permitirá redefinir esas expectativas y ajustar la distancia entre lo superado y lo logrado.

Por ello las expectativas representan la anticipación de un acontecimiento futuro, con la esperanza razonable de realizar o conseguir algo. La expectativa acostumbra a conllevar un cierto grado de tensión y de incertidumbre. Siendo así que "Las acciones del cuidado son la ejecución de las estrategias de enfermería para alcanzar el resultado deseado de los objetivos del cliente". Dichas acciones van a estar dadas por medio de los cuidados y satisfacción de las necesidades que la enfermera les brinda al paciente y su familia; que dependerá del estado de salud que presente. ¹⁹

Gerteis, citado por Potter ¹⁹ expone que cuando los pacientes tienen la sensación de que las enfermeras (os) tienen interés en ellos como persona, los usuarios van a cumplir las recomendaciones e indicaciones terapéuticas. Es por eso que, la enfermera debe comprender y conocer al paciente y su familia, ya que de esta manera puede obtener información, analizar los datos y ejecutar las acciones para satisfacer las necesidades encontradas. De igual manera Swanson citado por

Potter, refiere que "Conocer a un cliente significa que la enfermera evita suposiciones, se centra en el cliente y pone en marcha una relación de cuidados con el cliente que revela información e indicios que facilitan el pensamiento crítico y los juicios clínicos".

Las expectativas que el familiar mantiene ante el cuidado que brinda el profesional de enfermería en la UCI, es de vital importancia, pues la enfermería tiene conciencia de su responsabilidad ante la calidad del cuidado que presta al paciente, familia, a la institución, a la ética, a las leyes y a las normas de la profesión, y también de la contribución de su desempeño en la evaluación del cuidado y satisfacción de los pacientes.²⁰ Siendo así que oír a los familiares y pacientes sobre el cuidado prestado y sobre su satisfacción puede ser una oportunidad de construcción de un indicador de resultado, que indica a los gestores algunos caminos decisorios de transformaciones e innovaciones.

Los discursos narrados con respecto a las expectativas del familiar ante el cuidado que brinda el profesional de enfermería en la UCI, se evidenciaron a través de la entrevista semiestructurada, la cual permitió categorizar los resultados de la investigación. La muestra estuvo constituida por 6 familias de diferentes zonas peri urbanas y rurales del departamento de Lambayeque y Cajamarca, que sus edades oscilan entre los 18 y 50 años de edad.

A los familiares se les asignó un seudónimo, que fue determinado por un código: Hombres: Poseidón, Hermes y Hefesto; Mujeres: Atenea, Artemisa y Hera.

Después de haber realizado el análisis y la discusión de cada uno de los discursos, se obtuvieron las siguientes categorías y subcategorías:

I. EXPECTATIVAS DE LOS FAMILIARES RELACIONADAS CON EL ASPECTO HUMANO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UCI

1.1. Esperando el trato digno por el profesional de enfermería

1.2. Queriendo más tiempo en la visita con mi familiar hospitalizado

1.3. Demandando información detallada y oportuna sobre mi familiar

II. EXPECTATIVAS DE LOS FAMILIARES RELACIONADAS CON EL ASPECTO ADMINISTRATIVO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UCI

2.1. Deseosos de recibir ayuda en la solución de problemas durante la hospitalización

I. EXPECTATIVAS DE LOS FAMILIARES RELACIONADAS CON EL ASPECTO HUMANO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UCI

Jhon Canty ² refiere que la familia es un grupo cuyos integrantes se interrelacionan y están sujetos a la influencia del entorno, y por tanto la hospitalización de unos de ellos creará una situación de crisis, ya que al separarse de uno de los miembros del grupo familiar debido a la hospitalización, desencadena una serie de reacciones emocionales; el cual se verá intensificado en relación a la gravedad de la enfermedad. Ante esta crisis situacional, la familia siente amenaza de perder a uno de sus individuos, se defiende contra la pérdida y puede experimentar una crisis psicológica.

La crisis entendida como un momento en la vida de un individuo, en el cual debe enfrentar, de manera impostergable, una situación de conflicto de diversas etiologías (como es la hospitalización de un ser querido en la UCI), la cual es incapaz de resolver con sus mecanismos habituales de solución de problemas, debido a que el sujeto presenta una pérdida de control emocional, se siente incapaz e ineficaz y está bajo la presión del tiempo para resolver el conflicto.²¹

La teoría psicológica clasifica a la crisis en dos tipos, la crisis de maduración o de desarrollo y la crisis situacional llamada también inesperada o accidental. Ésta última ocurre al azar en la mayoría de casos ocasionando alteraciones en el equilibrio psicoemocional del individuo y familia. Se deriva de un conjunto en particular de circunstancias que ocasionan cambios

importantes en la vida del individuo, así tenemos, cambios del papel, accidentes, muerte, enfermedad, entre otras.² Siendo la crisis inesperada, la cual se presenta en la familia del paciente hospitalizado en la UCI y que requiere intervención del profesional de salud para aportarle seguridad física, psicológica y espiritual.

La seguridad psicológica se relaciona con el apoyo emocional que se brinda al familiar, el cual sin lugar a dudas, es la parte más importante de la intervención del profesional de enfermería en la crisis inesperada, que tiene como objetivo ayudar a personas enfermas o con problemas a constatar y ver que hay diferentes maneras de hacer frente a una misma situación o problema, diferentes formas de ver una misma realidad y diferentes caminos para llegar al mismo lugar.

Por ello la creación de relaciones humanas potencian actitudes facilitadoras para la interacción, permitiendo trabajar en los cuidados, prevenir y ayudar a la persona a movilizar sus recursos, lo cual crea condiciones favorables para el desarrollo de la persona y su familia, teniendo en cuenta en toda relación de ayuda la empatía, la autenticidad y la capacidad de escucha.² Además la participación del profesional de enfermería es la expresión de ayuda donde el paciente y familia deben ser considerados como un ser individual, con problemas y necesidades, manteniendo relaciones humanas basadas en bienestar, comunicación y aceptación hacia ellos, además del respeto por la

vida, dignidad y los derechos del ser humano, lo que permitirá restablecer el equilibrio familiar y la satisfacción de sus necesidades.¹⁹

En la investigación realizada por Marisela Anca y Alvarado Máryari¹⁹ titulada "Valoración de las necesidades y expectativas de los pacientes respecto a enfermería" en Barcelona mostraron que las expectativas en relación a las características del profesional de enfermería, como más relevantes son de ser responsables en su trabajo, experta en técnicas y ser atenta y educada. Siendo esta última característica la más importante para los familiares, incluyendo además el trato amable, demostrar interés y ayudar a resolver los problemas.

Por ello la atención por el profesional de enfermería, se representa por la satisfacción de la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento de las expectativas que tiene el sujeto con respecto al cuidado recibido. Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico; por todo ello el cuidado humanizado se convierte en una filosofía de vida aplicada en la práctica profesional de enfermería, el cual significa una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera - paciente.²²

En esta categoría de análisis de los resultados, se tendrá en cuenta las expectativas expresadas de los familiares durante el cuidado que brinda el profesional de enfermería en la UCI, de acuerdo a la satisfacción de las

necesidades que presenta la familia del paciente crítico con respecto a las necesidades de seguridad o confianza, accesibilidad y proximidad, información y comodidad confort en relación al aspecto humano del profesional de enfermería. Estas necesidades se ven identificadas en los discursos obtenidos en las entrevistas.

De esta categoría emergen las siguientes subcategorías:

1.1. Esperando el trato digno por el profesional de enfermería

La experiencia de la hospitalización es vivida en forma personal en un contexto donde el paciente y su familia son vulnerables, por lo cual es necesario promover su bienestar. El personal de enfermería para lograr su bienestar, debe conocer sus sentimientos y expectativas para que pueda responder ante sus demandas de atención.

Conocer la apreciación de los usuarios, es de vital importancia para el sector salud, pues es la enfermera es quien se encuentra en mayor contacto con el paciente y es quien pudiera modificar la opinión que el usuario tiene con relación a su atención, a través de una comunicación efectiva enfermera- familia, para que ésta sea satisfactoria, deben seguirse objetivos comunes entre la enfermera y el familiar que a su vez, si se da una interacción entre ellos se logra con más facilidad la satisfacción del familiar y de la enfermera al ver cubiertas las necesidades del usuario de acuerdo al trato recibido, de lo contrario se producirá estrés e insatisfacción

por parte de ambos, viéndose reflejado en la percepción de la calidad del servicio recibido.²³

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)²³ uno de los objetivos fundamentales de los sistemas de salud, es mejorar el nivel y la distribución del trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud. La atención a la salud es considerada a nivel mundial como uno de los servicios con mayor demanda social, los servicios que ofrece el profesional de enfermería corresponden a uno de los de mayor cobertura en todos los niveles de atención.

El usuario tiene derecho a ser tratado como persona en toda la extensión de la palabra con todas las implicaciones de este concepto, y a no ser sujeto de una relación asimétrica debido a una incapacidad física o a desigualdad en la posesión de información. Involucra el derecho de libertad de movimientos, el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratado cordialmente por todo el personal médico y no médico con el cual se tiene relación durante la prestación del servicio.

El Trato digno de enfermería es el conjunto de indicadores que miden el grado de satisfacción, en la percepción que el usuario o familiar, tiene acerca del trato y la atención proporcionada por el profesional de Enfermería durante su estancia hospitalaria.²⁴

Por ello es importante resaltar que el trato digno es un aspecto esencial, que se debe cuidar en la relación persona - persona, pues el

profesional de enfermería está comprometido a llevarlo a cabo para las acciones de mejora continua que aseguran calidad de atención a pacientes y familiares para establecer trato humano, personalizado y profesional. El trato digno contribuye en lo reglamentado en la carta de los derechos generales de los pacientes, en la Ley General de Salud, en los principios de enfermería bioéticos, por lo que las instituciones requieren de personal altamente competente, que este convencido del compromiso que implica dar atención de calidad y calidez de acuerdo a la misión, visión y objetivos institucionales.²⁵ Si el trato digno se da de manera consecuente y oportuna, la familia experimentará una sensación de satisfacción de acuerdo a las expectativas que tienen.

Esto se evidencia en los siguientes discursos:

“para brindar un cuidado, la enfermera debe tener vocación de servicio y también saber entender lo que nosotros pasamos ...Pero Gracias a Dios, han estado al cuidado de mi madre profesionales muy buenos y comprensibles...y nos han tratado en todo momento bien...”
ATENEA (Hija)

Sin embargo, cuando el familiar percibe que el trato digno no es positivo, le genera inseguridad, insatisfacción, lo que hace que la relación enfermera-familiar se vea debilitada.

Esto se evidencia en los siguientes discursos:

“...ellas deben tener trato, yo señorita soy una persona que no ha estudiado y cómo me gustaría que fueran como esa enfermeras que cuidaron a mi hijito, pero sé que no siempre encontramos ángeles como ellos...” ARTEMISA (Hija)

“....pero al día siguiente que mi hermano entró, me dijo que había una enfermera más adulta bien seria que con las justas le respondió cuando le preguntó algo...creo que responder de una manera cortés y amable no quita nada, y así deberían tratarnos a todos...” POSEIDÓN (Hijo)

“...las enfermeras no todas, han tratado de ser gentiles, pero otras con las justas las vemos a la hora de dar la medicina y son serias, que nos gustaría que nos traten bien y en todo momento sean gentiles...” HERA (Hija)

En los discursos anteriormente narrados, se evidencia que esperar el trato digno por parte del profesional de enfermería es importante para lograr la satisfacción de sus expectativas; sin embargo hoy en día se observa que todo el profesional de enfermería está muy ajeno a esto. Pues la familia experimenta dolor y sufrimiento que son derivados del significado de la hospitalización en UCI, de la percepción de sufrimiento de la persona hospitalizada, de las restricciones y normas de la UCI, así como el impacto que genera el ambiente de la UCI. Así mismo se identifica que el vínculo o parentesco puede incidir en el sufrimiento durante la

experiencia, sumado a enfrentarse a una situación para la que no se estaba preparado. La familia describe en sus relatos la necesidad de que el equipo de salud, especialmente enfermería, le proporcione apoyo emocional, que reconozca sus sentimientos y percepciones, manifestadas en mayor empatía y cercanía en la atención y trato.

El derecho a trato digno y respetuoso hacia el usuario, se refiere a la aceptabilidad que el comportamiento tanto verbal como no verbal se establece en la relación del profesional de enfermería con aquél, más allá de un saludo simple.

Digno es el atenderle con oportunidad, delicadeza, cortesía y en conciencia. Digno es proveerle la información adecuada y pertinente para que el usuario pueda tomar una decisión. Digno es plantearle alternativas de solución. Digno es procurarle un entorno de confianza, de comodidad y de esperanza si es posible, al lado de sus seres queridos. Digno es tratarle con paciencia, constancia, tolerancia y prudencia. Digno es serle leal y guardián celoso de sus circunstancias con independencia de su origen, posición social, estado de aseo, olor o patología. Digno es consolarle cuando la ciencia y la tecnología han agotado sus recursos y acompañarle en su último suspiro. Digno es mostrarnos respetuosos hacia su derecho al trato digno, la dignidad puede ser percibida desde dos ángulos, como representación que se hace de uno mismo de su carácter digno y como la imagen que otros se hacen de nosotros.²⁶

Por consiguiente es de gran importancia el grado de motivación del profesional de enfermería, pues de ello depende en gran parte su interés para realizar con agrado las tareas asignadas. Así el cuidado de enfermería es un arte, donde la enfermera comprende, se muestra amable, es paciente, presta atención, usa un vocabulario entendible, proporciona privacidad, escucha y es amistosa.²³

Finalmente la investigadora considera que en los discursos narrados, se resalta que el trato digno esperado por el profesional de enfermería, se debe centrar en tratarles con paciencia, constancia, tolerancia y prudencia, atenderle con oportunidad, delicadeza, cortesía y en conciencia. Por ello es importante que el profesional de enfermería fomente entre ellos relaciones interpersonales de afecto, solidaridad, consideración en ambientes de confianza, honestidad, lealtad y compañerismo en los cuales exista armonía entre familia y enfermera.

1.2. Queriendo más tiempo en la visita con mi familiar hospitalizado

Las unidades de cuidados intensivos, son espacios cerrados y regulados por los profesionales. Esto significa que “los de dentro” (pacientes y profesionales de la salud) mantienen poco contacto (físico, emocional y de comunicación) con los “de fuera” (familiares/allegados de los pacientes) y que estos no tienen facilidad para acceder al interior de la unidad.²⁷

Por ello el ingreso a la UCI es un acontecimiento estresante tanto para el paciente como para su familia y/o personas más cercanas, pues de pronto se encuentran en un espacio físico desconocido portando tubos, sondas, catéteres, rodeado de aparatos generadores de sonidos irritantes que producen ansiedad y miedo en este, esto unido a la ejecución de procedimientos traumáticos y dolorosos que provocan una separación rápida y que requieren de una mayor necesidad de apoyo psicológico para la familia; pues es en este contexto, donde la visita cobra especial importancia, ya que a través de ella se da la interacción entre el paciente crítico y aquellas personas significativas para él dentro de un entorno hospitalario.²⁸

En la UCI, las familias sufren más y uno de sus deseos implican contacto con el paciente y cercanía, ya que este ambiente genera inseguridad emocional para los familiares, y que al estar fuera de la UCI, tratan de reunir fuerzas para tomar conciencia de la situación a la espera de una noticia o de un contacto con su pariente.

La familia es la base de la convivencia social de las personas y es ella el principal soporte que tienen los pacientes críticos; pues es en la enfermedad que se necesita de una mayor aproximación y, generalmente, ella también acaba sintiendo todas las angustias, los miedos y la inseguridad ante la incertidumbre. Aunque en la UCI exista un mayor contacto de los profesionales con los pacientes, es importante resaltar a la

familia como una unidad a ser considerada en el plan/proyecto terapéutico, tratándose de una perspectiva humanizadora de atención a la salud.

Esto se evidencia en los siguientes discursos:

“queremos abrazar y darle fuerzas a mi papá, pero el tiempo es poco, pero así son las visitas aquí...si tuviéramos más tiempo por las mañanas y tardes mi papá sentiría mucho nuestro amor...” ARTEMISA (Hija)

“las visitas aquí son por las mañanas y tardes un ratito, no como en los otros servicios que puedes estar todo el tiempo...aunque quisiéramos entrar más tiempo y que todos mis familiares también puedan entrar, pero no alcanza el tiempo que dan” POSEIDÓN (Hijo)

“el tiempo es limitado para visitar a mi hermana, creo que más duración de horarios de visitas sería mejor para todos nosotros que queremos estar a lado de nuestros familiares, pues estando aunque sea afuera nos sentimos que estamos acompañándolos” HERMES (Hermano)

“...pero no puedo verlo mucho porque no nos permiten entrar a cada rato...si sólo nos dieran más tiempo para entrar sería mucho mejor, pero debemos esperar nada más el horario de visita” HERA (Hija)

En los discursos mencionados se evidencia que los familiares, tanto hijas, hijos y hermanos, expresan sus deseos de poder tener más tiempo con su familiar en la visita, y que son limitados debido al estado de salud

en el cual se encuentran. Esto hace que sus expectativas de “queriendo más tiempo en la visita con mi familiar hospitalizado”, se vean afectadas, teniendo que el profesional de enfermería brindar educación sobre el porqué de las visitas restringidas y el de crear un programa de intervención sobre la ampliación de tiempo en esta visita, siendo la familia considerada como el primer grupo social de donde proviene el enfermo y su compañía ayuda en su recuperación.²⁷

Molter²⁸ realizó por primera vez un estudio sobre las necesidades de los familiares de los pacientes críticos identificando entre otras, el deseo de mantenerse cerca de su ser querido. Este deseo de cercanía o de proximidad implica poder visitar a cualquier hora, ver al paciente frecuentemente, recibir información sobre el paciente una vez al día, poder cambiar las horas de visita en casos especiales, ser llamado por teléfono a casa si se dan cambios en el estado del paciente, ser informado sobre los planes de traslado, tener cerca una sala de espera, iniciar la visita en el horario establecido, y hablar con la misma enfermera todos los días.

La familia considera que los canales de comunicación no son adecuados por el lenguaje técnico utilizado por el profesional de salud, la gran carga emocional que no permite una adecuada comprensión de la información dada por la enfermera y la necesidad frecuente de información producto del desconocimiento del servicio y estado de salud de su familiar. Por otro lado, el espacio físico de la unidad, el horario restringido de visitas

y la poca privacidad que tiene la familia no permite que haya una adecuada vía de comunicación familia-enfermera. De esta manera el profesional de enfermería que labora en unidades especializadas se olvida de interactuar y comunicarse con las familias, aumentando de forma dramática su estado de estrés y conllevando a un entorpecimiento de las relaciones entre las partes; esto hace que se incremente el grado de insatisfacción de la familia.¹⁵

Es por ello que desde la experiencia de trabajo en servicios de cuidado crítico se ha identificado que la atención se centra en estabilizar a la persona críticamente enferma y casi nunca se cuenta intervenciones de enfermería orientados a la familia que busquen mejorar su bienestar psicológico, el restablecimiento de roles, el funcionamiento familiar y la identificación de alteraciones psíquicas, que permitan mejorar la relación entre enfermera - paciente como forma efectiva para disminuir síntomas provocados por el ingreso, hospitalización y desconocimiento de lo que significa un servicio de cuidado intensivo.

La investigación sobre las necesidades y experiencias de los familiares del paciente crítico, señalan que los horarios restringidos interfieren con los intentos de satisfacer la necesidad de proximidad, además las políticas de visita rígidas son sentidas de modo negativo como una carga y una falta de control (sentimientos de indefensión e impotencia); por lo que la solución sería adaptar individualmente las horas

de visita. Además la flexibilidad incrementa la satisfacción de los familiares, les permite continuar con su vida y disminuye su estrés. Aumenta la comunicación y apoyo entre visitantes y familiares, pero algunos familiares pueden quedar exhaustos por estar demasiado pendientes.

Estos estudios, hacen referencia que a una mayor tiempo de las visitas de los familiares a sus pacientes, les permitirá una mejor satisfacción, mejor comunicación entre la familia y el personal, y disminuiría el estrés emocional que experimentan.

Por eso un término que se ha incluido en la UCI sobre la visita, es de la visita a puertas abiertas, la cual, en el estudio realizado por Whitton & Pittiglio ²⁷, indican que las visitas abiertas tienen un efecto positivo para adaptarse a la experiencia de la UCI, mejorando su satisfacción, decreciendo su ansiedad y pudiéndose mejorar la comunicación entre el paciente, la familia y el personal. Este término de visita a puertas abiertas, ya se viene poniendo en práctica en otros países y en nuestro país, iniciándose en el sector privado, ayudando a equilibrar las necesidades de los pacientes y de las familias además de mejorar la comunicación.

Para concluir, se observa que queriendo más tiempo con mi familiar hospitalizado ayuda al equilibrio emocional, por lo que proporcionar más tiempo en la visita ayuda a reducir el estrés y la ansiedad experimentada, mejora la satisfacción de las necesidades de la familia, tales como tener

una mejor información constante de acuerdo a la evolución de su paciente, tener esperanza y seguridad de que su paciente está siendo cuidado por profesionales capacitados y que brindan un buen trato, proporcionándoles tranquilidad durante la estancia hospitalaria.

1.3. Demandando la información detallada y oportuna sobre mi familiar

Según Ibarra A.²⁹, el estado crítico es una situación clínica en la cual se ve alterada de alguna forma una o varias constantes vitales o es susceptible que se quede alterar por diversas causas clínicas que pueden llevar a un compromiso serio para la continuidad de la vida. Por ello, la familia sufre un proceso de crisis situacional, que lo lleva a seguir un patrón de conductas y a pasar por etapas que es necesario que los profesionales conozcan y sepan intervenir para prevenir desajustes en la vida personal y familiar. Siendo así que el ingreso de una persona delicada de salud a la UCI altera al familiar acompañante pues tiene la necesidad de información y comprensión, percibiendo muchas veces poca sensibilidad por parte del profesional de enfermería que no pueden informarles o dedicarles una atención que se considera es necesario.

La provisión de la información como un componente de la interacción familia-profesional, reconoce que el conocimiento y la información son condiciones necesarias para un efecto positivo en la conducta de la familia; ya que es este componente en la que se imparte conocimiento al familiar sobre el tratamiento del problema del cuidado de

salud, así como detalles de lo que puede y no puede hacer con su tratamiento, ayuda a una buena interacción entre el profesional de salud y la familia, sin embargo, solas no son suficientes para cambiar la conducta y se ha de necesitar del apoyo emocional que se debería recibir.²⁹

La investigación realiza por Bemat, Tejedor y Sanchiz²⁹, refieren que el ingreso de un paciente en la unidad de cuidados intensivos supone una ruptura de la unidad paciente - familia agravada por la frecuente incapacidad del familiar para recibir información y expresar sus propios deseos e inquietudes. Si a esto se le agrega el potencial déficit de comunicación con el personal asistencial, se pueden crear situaciones inquietantes para el usuario-paciente y/o familia, que pueden conducir a conflictos interpersonales que afectan de manera negativa la calidad percibida en la asistencia por la familia del paciente crítico. Además, la familia también requiere tener acceso físico al paciente tanto como sea posible, estar informado por lo menos una vez al día sobre el progreso y pronóstico del paciente, sentirse comfortable en las instalaciones del hospital y que el personal de enfermería sea cálido, amigable y profesional.

Es importante resaltar que el derecho a la información implica no solamente proporcionar toda la información sino hacerlo de la manera más adecuada a las características del familiar, teniendo en cuenta la eficacia de la comunicación entre la enfermera y el familiar se logra cuando hay una comprensión real entre ambos, para ello es necesario utilizar el mismo

código de lenguaje; la cortesía sincera y una sonrisa lo cual ofrecerá confianza y seguridad en especial a alguien que se enfrenta a una situación nueva, llena de incertidumbre, angustia y estrés.

En esta categoría se analizó la importancia de brindar una buena información al familiar de manera constante, además de respetar en todo momento su nivel socioeconómico y cultural para que pueda entender todo lo que se le transmita.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, califica la hospitalización en una UCI como un estrés traumático, ya que somete a los miembros de una familia a una difícil situación que implica cambios de roles, desplazamiento del hogar y miedo a la muerte. Estos conflictos afectivos y emocionales pueden repercutir no solo en la salud psicológica de la familia sino, además, en la recuperación del paciente.² De esta manera surgen necesidades con un enfermo crítico, la cual está determinada por la presencia de un gran impacto emocional condicionado por la aparición de múltiples temores, de sufrimiento, de la duda de si serán capaces de cuidarlo de forma adecuada, de si tendrán acceso al soporte sanitario, de si serán informados constantemente y responderán a las inquietudes que muchas veces no son resueltas durante este proceso de internamiento.

Según Molter¹³, estas inquietudes señaladas anteriormente se encuentran en las necesidades de información; la cual se presenta como un

concepto subjetivo, relativo, que se da en la mente del individuo que la experimenta.

La necesidad de información es universal y de gran importancia para todos los miembros de la familia, independientemente de la edad, sexo, nivel socioeconómico y el nivel educativo de la familia. Esta necesidad evoluciona, influenciada por los acontecimientos y experiencias de los miembros de la familia, por eso cuando los familiares preguntan cómo está el paciente, no es suficiente con darles un informe con los parámetros médicos, debido a que tienen dificultades para interpretar estos valores en un contexto correcto.³⁰

Los familiares necesitan diferentes tipos de información en diferentes momentos del proceso que atraviesan, además ellos observan, preguntan y así comprueban también la calidad de la información que reciben. Siendo así que se distinguen cuatro etapas, en las cuales los miembros de la familia aprenden a manejar la información y suelen pasar por estas etapas, independientemente de sus variables sociodemográficas o su relación con el paciente.

En la primera fase “absorben” pasivamente las noticias proporcionadas por el médico o enfermero. En una segunda etapa, después de ver al paciente, tratan de obtener un control sobre la realidad. En la tercera fase, se enfrentan a un mundo completamente desconocido o experiencias negativas, y buscan ayuda para hacer frente a la información y

comprender la realidad. Por último, todos ellos aprenden a manejar la información y desarrollar e interpretar esta información para poder establecer una esperanza realista.³⁰

Así, la comunicación es una de las herramientas básicas para sostener el proceso de “cuidar” y por las cuales los familiares pasan por las 4 etapas, aunque no todos llegan a poder manejar la situación por la cual están atravesando, manifestando sus expectativas de acuerdo a lo que necesitan. Por ello es esencial aproximar a los sujetos proporcionando momentos de intercambio, de interés y preocupación con el otro.¹⁵

Asimismo la acción de cuidar involucra la comunicación con el paciente por medio de palabras, gestos, posturas y hasta incluso el silencio. Esto contrasta con lo dicho por Trevelbee en su teoría de interacción donde considera que el personal de enfermería planea, dirige y guía la interacción de tal manera que se desarrolle la relación que es primordialmente una experiencia o serie de experiencias subjetivas entre la enfermera y el paciente o un miembro de la familia.¹⁵ Esta experiencia (proceso comunicativo) se caracteriza por una manera particular de comportamiento, percibida, pensada, sentida y actuada recíprocamente.

Siendo así que cuando este proceso comunicativo se encuentra debilitado, el familiar expresa sus expectativas de acuerdo a la información detallada y oportuna que desea recibir por parte del profesional de enfermería.

Lo antes mencionado, se evidencia en los siguientes discursos:

“me siento abandonada por momentos, que deberían darnos información de lo que no sabemos... y si nos informan más, nosotros como familia nos sentiremos seguros de que mi familiar esté en buenas manos...no preguntamos por molestar a las enfermeras, sino porque no sabemos cada cosa que tiene mi papá y eso nos preocupa...” HERA (Hija)

“siempre estoy preguntando por mi papá para saber cómo está, a la hora que ingreso a la visita le pregunto a la señorita como está, pero ellas sólo dicen por favor, el médico da la información y tenemos que esperar, no es que queremos molestarlas, pero queremos que nos digan cómo está yendo mi papá...desde la manera como se expresan, deberían tener consideración para informarnos” ARTEMISA (Hija)

“cuando nos dan información, a veces no entendemos todo lo que nos dicen, hablan y hablan y nosotros no decimos casi nada, sólo escuchamos, pero creo que deben tener paciencia para darnos información y también preguntar que entendamos, debe haber tiempo, porque rapidito nos dicen como está nuestro paciente y así no debería ser” HEFESTO (Hijo)

En los discursos narrados anteriormente, se evidencia que los familiares expresan en muchas ocasiones que la información que necesitan debe ser entendible, detallada y precisa, pero en muchas ocasiones el profesional de enfermería se muestra poco comunicativo, poco expresivo

y los términos empleados no son entendidos. Siendo así que diversas investigaciones sugieren que los modelos de comunicación existentes, entre profesional y familiares, son insuficientes y poco satisfactorios, por lo que expresan disconformidad y quejas de acuerdo a la necesidad de información.³⁰

Por ello, la incomodidad de los familiares y la falta de habilidad, con las estrategias de comunicación, pueden añadir a los familiares sentimientos de estrés y ansiedad, en lugar de promover la mejora de los resultados para aprender a manejar la información y desarrollar e interpretar, y poder establecer una esperanza realista.

Es importante señalar que la búsqueda de información comienza cuando alguien se da cuenta que el nivel actual de conocimientos que posee es menor del que necesita para afrontar un problema, y en el cual el profesional de enfermería debe brindar esta información de manera constante, y teniendo múltiples cualidades como, empatía, confianza, amabilidad, haciendo que el familiar se sienta satisfecho y sus expectativas se vean logradas, para así no sentirse abandonado en su necesidad de información.¹⁵

Según investigaciones, los familiares que perciben menos apoyo por parte de enfermería coincidían con ser personas de mayor edad, de sexo masculino y con menor nivel socioeconómico; características que influyen en la comunicación entre el profesional y el familiar y, en último término,

se expresan en la percepción de un menor apoyo recibido. ¹ En esta investigación, las personas que expresan necesidad de información fueron de ambos sexos, pero sí con un menor socioeconómico y mayor edad, coincidiendo con investigaciones realizadas.

La investigación realizada por Gutiérrez ¹, manifiesta que los familiares perciben que la necesidad de información es insuficiente, sometida a normas y horarios estrictos y mayoritariamente proporcionados por los médicos, por lo que exponen la importancia de mayor participación de la enfermera en este proceso y la necesidad de horarios informativos más flexibles, completos y gratificantes para los receptores, haciendo que esta necesidad de información se vea satisfecha de acuerdo a las expectativas planteadas.

Asimismo, la forma como la enfermera se comunica con la familia es un aspecto central de su intervención, por lo que Juan Mendoza Vega manifiesta que “Una de las características de los seres humanos es de disponer de lenguaje, mediante la voz, gestos de la cara y de las manos, la posición y expresión de los ojos y hasta las actitudes del cuerpo. La comunicación nos hace humanos y nos diferencian de otros seres vivos. Quien la deja de lado, sobre todo en situaciones que impliquen tensión entre los individuos, está desperdiciando una de sus más valiosas características y disminuye la calidad humana del contacto con sus semejantes”. ²

Es importante resaltar que la comunicación es el proceso de compartir información, pensamientos, actitudes, entre otros, teniendo en cuenta que la eficacia de la comunicación entre la enfermera y el familiar se logra cuando hay una comprensión real entre ambos, para ello es necesario utilizar el mismo código de lenguaje; la cortesía sincera y una sonrisa lo cual ofrecerá confianza y seguridad en especial a alguien que se enfrenta a una situación nueva, llena de incertidumbre, angustia y estrés, permitiendo que el familiar se sienta apoyado.

Esto se evidencia en los siguientes discursos:

“vino esa señorita y le pregunté: ¿mi mamá está mal señorita? ¿Por qué suena esa máquina?, ella me miró y con voz tranquila muy amablemente me dijo, señor no se preocupe, su mamá está mejorando poco a poco, éstas máquinas son de su medicina que se han terminado...háblale a su mamá ella lo entiende y le dije muchas gracias...” POSEIDÓN (Hijo)

“he tratado con enfermeras jóvenes que me han dado la información cuando les he preguntado, quiénes han sido muy gentiles, buenas al momento de pedirles información, así que me siento tranquilo que mi hermana esté en buenas manos y eso se refleja en su rápida recuperación que ha tenido...” HERMES (Hermano)

En los discursos antes mencionado, se evidencia que los familiares en relación a su necesidad de comunicación se sienten satisfechos y sus

expectativas van de acuerdo a lo que necesitan. Castañeda García refiere “La utilización de todos nuestros sentidos conduce a un diálogo en el cual la persona y la familia puedan expresar con libertad y confianza sus necesidades y expectativas, respecto a la enfermedad”; esto se contrasta con los discursos descritos, en donde los familiares expresan sus dudas a los desconocido y son respondidas, además la forma cómo se comunican los hacen sentirse apoyados.

Por ello la enfermera debe utilizar la comunicación verbal con el fin de informar y educar al paciente y familia sobre las condiciones en las cuales se encuentra su paciente en la UCI; esta información incluye procedimientos generales, debido a que cuando el familiar encuentra a su paciente entubado, con múltiples máquinas y numerosas vías, sondas, cables, y conexiones con aparatos que le impiden movilizarse; suelen solicitar consejos sobre cómo tratarlo, por qué tiene esto, qué le puedo decir, cuánto tiempo más estará aquí, ¿puedo tocarlo?, entre otras.

Siendo así que la enfermera debe responder a sus dudas, tranquilizarlos, acompañarlos y aliviar en ese primer impacto que produce observar a su familiar en esas condiciones.

Además de la comunicación verbal, también se debe tener en cuenta no verbal, la cual es también fundamental en la relación enfermera-familia y consiste en la expresión de pensar o sentir a través de gestos, caricias, miradas, teniendo en cuenta en todo momentos que el familiar es un ser

humano que está sufriendo y que necesita comprensión y respeto. Esto también ayudará a que el familiar encuentre una adaptación a la crisis, ayudándole a enfrentar sus temores y disminuir su ansiedad, ya que la percepción que este tenga acerca de la intervención de la enfermera favorecerá o no a la buena relación enfermera - familia.³⁰

Finalmente la investigadora concluye que la necesidad de información de los familiares, permitirá tener un efecto positivo en la conducta de las familias, pero deberá estar acompañado del apoyo afectivo, otro componente de la interacción familia - profesional, que ayudará a manejar la información y desarrollar e interpretar esta información para poder establecer una esperanza realista de la situación por la cual está atravesando su paciente.

II. EXPECTATIVAS DE LOS FAMILIARES RELACIONADAS CON EL ASPECTO ADMINISTRATIVO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UCI

Las acciones de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con un gran contenido multidisciplinario. Siendo uno de ellos, la función administrativa de los recursos humanos y materiales.

Cuando se habla de la administración en enfermería, se refiere a gestionar los recursos humanos y materiales, con los mejores resultados, dirigiendo el esfuerzo de grupos organizados, todos a un mismo objetivo, cada vez más necesaria en el sistema sanitario. Siendo así que la gestión de los

recursos materiales con criterios de eficacia y eficiencia se convierten en un punto estratégico de cualquier organización sanitaria, sea pública o privada, causando adecuada satisfacción en el usuario.³¹

La UCI es un servicio que presta cuidados especializados, pero donde todo no lo hay, como los recursos materiales tales como falta de medicamentos, exámenes auxiliares, lo que dificulta la integridad del cuidado para la pronta recuperación. Por ello la enfermera debe mirar más allá de colocar una sonda nasogástrica, sino de ver el insumo necesario para ejecutar este procedimiento. De ahí la importancia de ser gestora de los cuidados que permitan establecer relaciones interpersonales con el equipo de salud para la solución de problemas en insumos y exámenes auxiliares.

La gestión de los cuidados está entonces orientada hacia la persona, el paciente, su familia, el personal de enfermería, los equipos interdisciplinarios. La gestión se identifica como un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, de la motivación y la participación, la comunicación y la colaboración. Utilizando el pensamiento enfermero, la enfermera gestora favorece una cultura organizacional centrada en el cuidado de la persona.

De esta categoría emerge la siguiente subcategoría:

2.1. Deseos de recibir ayuda en la solución de problemas durante la hospitalización

La hospitalización de una persona en estado crítico condiciona un gran riesgo para el desarrollo físico, psicológico y social del familiar, pues es ella quien enfrenta la enfermedad grave de su ser querido, experimentando sensaciones y sentimientos de desconocimiento, impotencia, ansiedad, tristeza y la expectativa de muerte o de vida de su familiar.² Además esta hospitalización provoca una separación rápida y abrupta de la vida que desempeñaba el paciente; ya que lejos de su familia, amigos y compañeros de trabajo, de pronto se encuentra en un espacio físico desconocido portando tubos, sondas, catéteres, rodeado de aparatos generadores de sonidos irritantes que producen ansiedad y miedo; esto unido a la ejecución de procedimientos traumáticos y dolorosos, la falta de medicamentos y exámenes complementarios, condicionan a la familia a someterse a una crisis situacional.

El familiar describe la necesidad de que el equipo de salud, especialmente enfermería, le proporcione apoyo, que reconozca sus sentimientos y percepciones, manifestadas en mayor empatía y cercanía en la atención y trato, y le ayude a solucionar problemas que permitan una mejor adaptación al problema encontrado.³² Por eso, la ayuda en la solución de problemas por parte del profesional de enfermería se relaciona con la relación de apoyo, la cual tiene como objetivo ayudar a personas enfermas o con problemas y su familia, a constatar y a ver que hay diferentes maneras de hacer frente a una misma situación o problema.³³ Todo ello es el compromiso que la enfermera tiene con su trabajo y

especialmente, con el paciente y su familia en cualquier situación de salud - enfermedad.

La acción de cuidar deja de ser un proceso empírico, instintivo e innato y se convierte en un proceso científico, sistemático y aprendido que implica no sólo el acto de cuidar en sí, sino también, el hecho de combinar y buscar la armonía de múltiples recursos, conocimientos y actitudes del cuidador o los cuidadores para lograr el fin último: que el sujeto o los sujetos que requieren y reciben cuidado pasen de un estadio negativo, de displacer, disconfort o anormal que caracterizan a la enfermedad; a un estadio positivo, de placer, confort o normal, por medio de estrategias de promoción, protección, prevención o de rehabilitación de la salud, o que cada vez logren mejores niveles de salud y bienestar.³⁴

El proceso de combinar y buscar la armonía de los recursos y la relación de apoyo, se encuentran dentro de las necesidades de comodidad y confort, que se define como el estado de encontrar las necesidades básicas para la tranquilidad, alivio y transcendencia.¹³ Presentando dentro de ellas la necesidad de comodidad y confort físico que es la sensación de bienestar o tranquilidad física como por ejemplo ningún ocasionante o lesivo que dañe su integridad durante la visita. Así mismo tenemos la necesidad de comodidad y confort ambiental que es la sensación bienestar y tranquilidad en propio entorno como es por ejemplo sentirse cómodo en el ambiente don recibe la información, sala de espera, otros. Y por último

tenemos a la necesidad de comodidad y confort social que es la sensación de bienestar y comodidad con su entorno que los rodea, en este caso con el personal de salud que constantemente va a interactuar con la familia, demostrando apoyo por solucionar problemas en la hospitalización para la recuperación pronta de su paciente.³⁵

Por otro lado cuando no se satisface las necesidades de comodidad y confort social, el familiar se ve envuelto en una serie de disconformidades que alteran su bienestar psicológico, manifestando muchas veces el deseo de que se le ayude a solucionar sus problemas en relación a la búsqueda de recursos materiales y servicios hospitalarios.

Esto se evidencia en los siguientes discursos:

“nos gustaría que aunque sea nos ayudaran para que todo lo que nos piden en la UCI podamos tenerlo y las señoritas que salen a la puerta no se enojen, porque el SIS no da muchas cosas y las medicinas tenemos que comprarlas todos los días y el dinero ya no nos alcanza...Mis hermanos que trabajan allá, han dejado la chacra, para poder estar aquí...” ARTEMISA (Hija)

“cuando lo trajimos a mi papá aquí al hospital, nos dijeron que todo el SIS lo cubría, pero algunas medicinas solo hay en la farmacia. Y ahora que nos piden placas para ver cómo va mejorando, no hay señorita y no tenemos dinero. Las enfermeras nos dicen estas placas tienen que sacarlo porque no hay en el SIS, y nada más...pero no podemos...aunque sea nos

deberían apoyar de alguna forma para conseguir estas placas y mi papá se pueda recuperar pronto” HERA (Hija)

En los discursos mencionados se puede observar, que los familiares, como las hijas, manifiestan que el cuidado del profesional de enfermería es solo pedir medicamentos, exámenes de laboratorio, placas entre otros que son necesarios para complementar el plan de trabajo del paciente a su cuidado, sin embargo muchas veces no valoran el trabajo que realizan los familiares por conseguir lo que se les pide y en su totalidad no pueden completar, haciendo que se sientan desamparados sin recibir apoyo del personal de salud que se ve debilitado, refiriendo que deberían de apoyarlos en poder cumplir con todo lo que se les pide para su paciente y éste pueda recuperarse.

La atención de enfermería, la accesibilidad de los servicios y la disponibilidad son algunos de los aspectos que pueden evaluarse para determinar el nivel de satisfacción de los usuarios. El trabajo del personal de enfermería es el mejor indicador que las instituciones de salud pueden encontrar ya que enfermería es el canal de comunicación entre paciente y equipo de salud³⁶

Como se menciona anteriormente, es el profesional de enfermería quien debe ser capaz de responder a las necesidades de ayuda solicitadas, como son en estos casos solucionar problemas en relación a la falta de recursos sanitarios como son los exámenes auxiliares y medicina;

manifestando los familiares sus expectativas de acuerdo al apoyo solicitado, observándose sólo al personal de enfermería como un individuo ajeno al problema hallado, quien solo lo comunica.³⁷ Por ello la comunicación no sólo debe centrarse en informar de los procedimientos que se van a realizar, sino en comentar el estado del paciente y poder crear estrategias de apoyo para conseguir recursos escasos que sirven para un mejor diagnóstico y terapéutica.

Es importante mencionar que cuando el familiar recurre a la ayuda del profesional de salud, viene con una serie de problemas y necesidades, las cuales para poder satisfacerlas, lo primero que se tiene en cuenta es crear un ambiente de confianza con personas con diferentes niveles de educación y de diferentes etapas de vida, donde se sienta valorado y escuchado, logrando así obtener colaboración y entendimiento de la familia y poder ayudar al individuo a solucionar problemas de salud, en forma más efectiva.

Se desprende de esta perspectiva que la administración eficiente y eficaz de recursos materiales, en las instituciones de salud, precisa alinear las cuestiones de oferta de productos para subsidiar la atención y adoptar controles efectivos que garanticen la disponibilidad de tales recursos como la calidad, en el momento justo, en la cantidad necesaria y con el precio justo.³⁸

El mercado de trabajo exige del enfermero una ampliación de sus competencias para las cuestiones gerenciales, destacándose los aspectos de la economía en salud, en los cuales está insertado el financiamiento, la facturación y el costo. De esa manera, el enfermero tiene que demostrar otras habilidades y ejercer otras funciones y no solamente las asistenciales, sino convertirse en un profesional importante en la administración de recursos materiales.³⁹

Al afirmar que los recursos materiales son instrumentos de trabajo indispensables para el desempeño de las actividades asistenciales, la participación de la enfermería en la gestión del mismo está directamente relacionada a la calidad de la asistencia prestada.⁴⁰ De esta forma, se torna indispensable para el enfermero, demostrar, por medio de la producción, la fundamentación necesaria relacionada con su proceso de trabajo en la gestión de materiales, caracterizando su competencia teórico-práctica como principal estimuladora de la mejoría de la ciencia de la administración.⁴⁰

Por otro lado los resultados en relación al interés por solucionar problemas que demuestra el profesional de enfermería, según la investigación de Jong y Beatty²⁹ refieren que el brindar apoyo a los familiares tiene un efecto positivo en familiares y pacientes, y que las enfermeras de cuidado crítico juegan un rol vital en estas intervenciones. Asimismo la satisfacción de las necesidades emocionales y físicas del

familiar tienen un papel relevante en lo que respecta a los sentimientos referidos a la satisfacción, Ardouin, lo define como "Aquella sensación que el individuo experimenta al lograr el restablecimiento del equilibrio entre una necesidad o grupos de necesidades y el objeto a los fines que la reducen". De esta manera, el paciente percibe la recuperación a medida en que se satisfacen las necesidades y que tiene expectativas que pueden ser o no alcanzadas las cuales son de gran importancia, ya que es muy primitivo analizar otros elementos que influyen en la satisfacción.¹⁹

Finalmente se considera que la gestión en la administración de los recursos materiales debe ser un papel importante dentro de las funciones polivalentes de enfermería, lo que permitirá que la familia se sienta satisfecha y su relación de apoyo sea eficiente, cumpliendo con sus expectativas de recibir apoyo continuo en la búsqueda de insumos sanitarios. Además la enfermera coordinadora de recursos materiales es una figura clave en los órganos de gestión, ya que al planificar las necesidades de los servicios y unidades asistenciales se consigue una gestión eficaz y se incrementa la satisfacción de los profesionales y de los pacientes.

CAPÍTULO IV:
CONSIDERACIONES FINALES Y
RECOMENDACIONES

CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

4.1. Consideraciones Finales

1. Las expectativas de los familiares relacionadas con el aspecto humano por parte del profesional de enfermería, estuvieron relacionadas con el trato digno, el cual se debe centrar en tratarles con paciencia, constancia, tolerancia y prudencia, atenderle con oportunidad, delicadeza, cortesía y en conciencia; el querer más tiempo con mi familiar hospitalizado, en donde brindar más tiempo en la visita ayuda a reducir el estrés y la ansiedad experimentada, mejorando la satisfacción de las necesidades de la familia; y la necesidad de información que deberá estar acompañado del apoyo afectivo, que ayudará a manejar la información e interpretarla, estableciendo una esperanza realista de la situación por la cual está atravesando su paciente.
2. Las expectativas de los familiares relacionadas con el aspecto administrativo por parte del profesional de enfermería, estuvo relacionada con el deseo de recibir ayuda en la solución de problemas durante la hospitalización, donde se considera que la gestión administrativa de recursos materiales está incluida dentro de las actividades polivalentes de la enfermería, que permitirá que la familia se sienta satisfecha y su relación de apoyo sea eficiente. Además la enfermera coordinadora de recursos materiales es una figura clave en los órganos de gestión, ya que al

planificar las necesidades de los servicios y unidades asistenciales se consigue una gestión eficaz y se incrementa la satisfacción de los profesionales y de los pacientes.

4.2. Recomendaciones

1. A las Autoridades de Establecimientos de Salud:

- Crear un programa especial con la participación del equipo de salud multidisciplinario para brindar apoyo a los familiares sobre el significado del paciente hospitalizado en la UCI.
- Implementar un plan de capacitación dirigido al personal de enfermería que les permita desarrollar un perfil fundamentado en el cuidado humanizado, con respecto al paciente hospitalizado en la UCI.
- Implementar una sala de espera, en donde se pueda brindar de manera efectiva y extendida la información sobre la hospitalización de su familiar en la UCI.
- Prolongar los tiempos de visita en la UCI durante la mañana y tarde, con la aplicación de la estrategia de UCI a puertas abiertas.

2. A la Facultad de Enfermería:

- Se sugiere continuar fortaleciendo la formación de profesionales de enfermería con carácter humanista y éticos para que brinden un cuidado holístico y de calidad a los familiares que tienen un paciente hospitalizado en la UCI.

- Tomar en cuenta los resultados de la presente investigación, con la finalidad de incentivar las investigaciones en este aspecto en las estudiantes y profesionales de enfermería.
3. Al Profesional de Enfermería que brinden un cuidado de calidad a los familiares del paciente hospitalizado en la UCI, teniendo en cuenta esta investigación que pone en manifiesto las expectativas del familiar ante el cuidado que debe brindar el profesional de enfermería en la UCI, enfatizando su actuar en la teoría del cuidado humano y transcultural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez M. Experiencias y expectativas del familiar del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos y la percepción del comportamiento de cuidado de la enfermera en el Hospital Base de la Red Asistencial Almenara, Lima. [En línea]. Revista Científica de Ciencias de la Salud 6:6 2013. Disponible en:

http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/196.
[Consulta:14 de Marzo 2016]
2. 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 M. Abril 2013. [En línea].UNMSM, 2013. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1322/1/franco_cr.pdf.
[Consulta:14 de Marzo 2016]
3. M.I. Pardavila Belio, C.G. Vivar. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. [En línea]. Universidad de Navarra, 2013. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidades-familia-las-unidades-cuidados-90133701#bib1>. [Consulta:14 de Marzo 2016]

4. Gálvez González M, Muñumel Alameda G, Del Águila Hidalgo B, Ríos Gallego F, Fernández Vargas M. Vivencias y perspectiva enfermera del proceso de la muerte en UCI. [En línea]. Biblioteca Lascasas, 2007; 3. Disponible en

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0240.pdf>. [Consulta:15 de Marzo 2016]
5. Pineda E; De Alvarado E; Canales F. “Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud”. 2ed. Washington, EUA: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
6. Deobold B; Van Dalen y Meyer W. “La investigación descriptiva”. [En línea]. Disponible en:

<http://noemagico.blogia.com/2006/091301-la-investigacion-descriptiva.php>
[Consulta: 25 de Junio del 2016]
7. Martínez P., Carazo C. El método de estudio de caso. [En línea]. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf> [Consulta: 18 de Mayo 2016]
8. Polit D; Hungler B. “Investigación científica en ciencias de la salud”. 6a ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2000
9. Meléndez J. “Estudio descriptivo y analítico relacional, acerca de la estructura familiar y creencias de familias con un hijo que porte una discapacidad física

producida por un mielomeningocele”. [En línea]. Chile: Universidad de Chile; 2005. Disponible en:

http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/melendez_j/sources/melendez_j.pdf
f. [Consulta: 25 de Mayo del 2016]

10. Hernández R. Metodología de la Investigación. 6ª ed. México: Editorial McGraw Hill; 2010.

11. Fuentes del rigor en la investigación. [En línea]. Disponible en:

<http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/revistas/index/assoc/HASH0197/ef6fd6bc.dir/doc.pdf> [Consulta: 16 de Mayo del 2016]

12. Principios éticos. [En línea]. Disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/damed/rmh/4-3/v4n3ce1.pdf> [Consulta: 28 de Abril del 2016]

13. Rosales K. Necesidades psicoemocionales de los familiares de pacientes ingresados en Cuidados Intensivos Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2013. [En línea]. Disponible en:

http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4950/1/Rosales_Tarazona_Kely_Regner_2015.pdf [Consulta: 28 de Diciembre del 2016]

14. Díaz Viviana; Madrie, Aurora, Martínez, Ximena. Incorporando a la familia en la UCI. U.P.C; 2001-2002

15. Ballesteros G. Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. [En línea]. Disponible en:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/47111/1/91506989.2014.pdf> [Consulta: 18 de Diciembre del 2016]
16. Gutierrez, B, et al. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. En revista electrónica: Enfermería Global, 2008. [En línea] Disponible en internet:

www.um.es/eglobal/. [Consulta: 10 de Diciembre del 2016]
17. Álvarez Y. Unidad de Cuidados Intensivos: Un campo Inexplorado por el psicólogo en Chile, 2002. [En línea] Disponible en internet:

http://csociales.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/unidad_cuidados-intensivos.pdf. [Consulta: 12 de Noviembre del 2016]
18. De Albístur1 M, Bacigalupo J, et al. La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos. [En línea]. Rev Med Uruguay 2000; 16: 243-256. Disponible en:

<http://www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/2000v3/art8.pdf> [Consulta:14 de Diciembre del 2016]
19. Alvarado A, Manrique M, De Caldera E. Valoración de las necesidades y expectativas que tienen los pacientes respecto a enfermería. [En línea]. Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos42/necesidades-pacientes/necesidades-pacientes.shtml#ixzz4Xdbjx3US> [Consulta:12 de Diciembre del 2016]

20. Santana J, Bauer A, Minamisava R, Queiroz L. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza.

[En línea] Rev. Latino-Am. Enfermagem. Disponible en:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf

[Consulta:02 de Diciembre del 2016]

21. Huerta H. Intervención Psicológica en Crisis y Duelo. [En línea] Disponible en:

<https://intervencionencrisisydesastres.wordpress.com/2005/06/29/concepto-de-crisis/> [Consulta:02 de Noviembre del 2016]

22. Garzon N. Fortalecimiento de la Ética y Bioética en la Educación y en las prácticas de Enfermería. Bogotá: ACOPAEN; 1999.

23. Díaz S. Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno otorgado por el personal de enfermería. Tesis. México; 2014.

24. Ibarra, P. AG; (2012) Trato digno de enfermería.

<http://hannyibarra.blogspot.mx/2012/02/trato-digno-de-enfermeria.html>.

[Consulta:20 de Noviembre del 2016]

25. Nava, G. MG; Zamora, R. PE; (2010) Percepción del trato digno de los familiares de los enfermos neurológicos en el instituto nacional de Neurología y Neurocirugía. *Enf. Neurología* Vol. 9 No 1
26. Ibarra, C. Protocolo de trato digno por enfermería. Hospital regional de alta especialidad de Oaxaca, calidad e investigación en enfermería. España; 2012.
27. Cerón Y. Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la unidad de cuidados intensivos. Trabajo de grado Especialización Cuidado crítico. Bogotá D.C.: Universidad Pontificia Javeriana. Facultad de Enfermería, 2008, p. 130.
28. Errasti B, Tricas S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. [En línea]. *Revista Enferm Intensiva*. 2012;23(4):179---188 Disponible en:

file:///C:/Users/Windows/Downloads/S1130239912000715_S300_es%20(1).pdf [Consulta: 18 de Diciembre del 2016]
29. Ruíz M. Satisfacción del familiar con el cuidado a pacientes en estado crítico. [En línea] Disponible en:

<http://eprints.uanl.mx/1185/1/1080116287.PDF> [Consulta: 15 de Octubre del 2016]
30. Gómez L. El paciente crítico en la UCI: saber comunicarse con él y su familia. [En línea]. Disponible en:

http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/253926/Llu%C3%ADs_G%C3%B3mez_G%C3%B3mez.pdf?sequence=1 [Consulta: 18 de Enero del 2017]

31. Vaquero Ch. Gestión de la Calidad: Enfermería. [En línea]. Disponible en:

<http://d14aafm5ckv3lj.cloudfront.net/n128/01gestionCalidad.pdf> [Consulta: 1 de Noviembre del 2017]

32. Cárdenas J. Apoyo de la enfermera al familiar y nivel autoestima del adolescente sometido a terapia de reemplazo renal. servicio de nefrología-INSN. Disponible en:

http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/255/1/Cardenas_jd.pdf [Consulta: 02 de Enero del 2017]

33. Manrique RD, Airlen R, Magaly O, Marianela Rivas, Rosa C, Harol G, et. al. Parto pretermino en adolescentes. (Rev.obstetginecol.venez.)2008,68(n.esp.3); 144-149.

34. Morales C. Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en misistrato Risaralda. [En línea]. Disponible en:

<http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis12.pdf> [Consulta: 02 de Noviembre del 2017]

35. Silberstein D. La familia, un paciente olvidado. Rol de Enfermería. 1997;223:25

36. Cabrera J; Martnez M. Evaluación de la satisfacción del paciente hospitalizado. Empleo de una matriz multirrasgo multimétodo reducida; Bogotá. 2008
37. Ovies A, Álvarez J, Velayos C, García M, Luengo M. Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. [En línea] Disponible en:

www.elsevier.es/es-revista---pdf-90373424-S300 [Consulta: 15 de Diciembre del 2016]
38. Cunha I, Neto F. Competencias gerenciales de enfermería: un nuevo desafío. Rev. Enferm; 2006; 15(3): 479-82.
39. Honório M, Albuquerque G. La gestión de materiales en enfermería. Ciencias de la salud;2005; 4(3):259-68.
40. Costa C, Guimarães R. Consideraciones sobre administración de recursos materiales en un hospital universitario. Rev. Enferm UERJ. 2004; 12(2):205-10.

APÉNDICES



UNIVERSIDAD NACIONAL

“PEDRO RUIZ GALLO”



FACULTAD DE ENFERMERÍA

“Expectativas del familiar del paciente crítico ante el cuidado que brinda el profesional de enfermería en la UCI en un hospital del Ministerio de Salud de Chiclayo - 2016”

GUÍA DE ENTREVISTA

INTRODUCCIÓN: La información que Ud. nos proporcione será utilizada con fines investigativos por lo que se le pide la mayor sinceridad posible, así mismo le garantizamos el anonimato y la confidencialidad de los mismos. Agradecemos su participación.

OBJETIVO: Esta entrevista está diseñada para indagar las expectativas del familiar del paciente crítico ante el cuidado que brinda el profesional de enfermería en la UCI.

I. DATOS GENERALES

1.1. Procedencia:

1.2. Grado de instrucción:

1.3. Diagnóstico del paciente:

1.4. Estructura Familiar:

	Parentesco	Sexo	Edad	Ocupación
1.				
2.				
3.				

II. Preguntas

¿Cómo son sus expectativas respecto al cuidado que debería brindar el profesional de enfermería a su paciente en la UCI?

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

Yo..... declaro que acepto participar de la investigación titulada "Expectativas del familiar del paciente crítico ante el cuidado que brinda el profesional de enfermería en la UCI en un Hospital del Ministerio de Salud de Chiclayo - 2016", que tiene como objetivo principal caracterizar las expectativas del familiar del paciente crítico ante el cuidado que brinda la enfermera en la UCI.

Declaro, aún, que fui informado (a) respecto a los siguientes aspectos:

- Mi participación será espontánea y concuerdo con la utilización de los datos de mi entrevista para los fines de la investigación.
- Las informaciones obtenidas serán tratadas bajo absoluto sigilo, anonimato y fielmente relatadas por la investigadora.
- Que en cualquier momento, podré desistir de participar en la investigación, no sufriendo ningún tipo de sanción o prejuiciosos en consecuencia del acto de la resistencia o por mis opiniones dadas.
- Que la investigadora estará disponible para cualquier aclaración que será necesaria respecto al asunto abordado.

Lambayeque, ____ de _____ del 2016.

Firma del
Participante

Firma de la
investigadora