

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIDAD CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES

NECESIDADES PSICOTERAPÉUTICAS DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE
CRÍTICAMENTE ENFERMO DURANTE SU ESTADÍA EN LA UCI
PERIODO MARZO SEPTIEMBRE 2012. (PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIARES)

Autor:

Lcdo. Fernández Peña, Ángel.

Tutor:

MSc. Uzcátegui, Rosalía.

DONACION

SERBIULA
Tullo Febres Cordero

MÉRIDA. 2012

**NECESIDADES PSICOTERAPÉUTICAS DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE
CRÍTICAMENTE ENFERMO DURANTE SU ESTADÍA EN LA UCI
PERIODO MARZO SEPTIEMBRE 2012. (PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIARES)**

www.bdigital.ula.ve

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL LICENCIADO ANGEL
FERNANDEZ CI: 1805.131, ANTE EL CONSEJO DE FACULTAD DE MEDICINA DE
LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, COMO CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA
OBTENCIÓN DEL GRADO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO**

Autor:

Lcdo. Ángel de Jesús Fernández Peña

Licenciado en Enfermería.

Residente II del Postgrado en Enfermería en Cuidados al Paciente en Estado Crítico

Tutor:

MSc. Rosalía Uzcátegui.

Profesora Asistente de la Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería.

Magíster en Ciencias de la Conducta.

Mención: Orientación de la Conducta.

Doctorando en Especialidades Médicas.

www.bdigital.ula.ve

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la fe, sabiduría y fortaleza para culminar con éxito este proyecto.

A mi madre y padre, y mi hermana por apoyarme en todo momento, por darme su amor, comprensión, ayuda incondicional para realizar este proyecto, y la fuerza necesaria para continuar.

A mi tutora Rosalía quien me proporcionó su paciencia y sabiduría, gracias por todo el apoyo en la culminación de esta meta.

A todos los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos, quienes aceptaron y participaron en la realización de esta investigación.

Al Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) por abrirme sus puertas y lograr un paso más en mi formación académica.

A mis compañeros y amigos que de una u otra manera contribuyeron en la culminación de esta meta.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.	
Índice General.....	v	
Índice de Tablas.....	vi	
Índice de Gráficos.....	vii	
RESUMEN.....	viii	
ABSTRACT.....	ix	
INTRODUCCIÓN.....	1	
 CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN		
1.1 Planteamiento del Problema.....	4	
1.2 Justificación	10	
1.3 Objetivos de la Investigación.....	13	
 CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO		
2.2 Antecedentes de la Investigación.....	14	
2.3 Bases Teóricas.....	22	
 CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO		
3.1 Tipo y Diseño de la Investigación.....	33	
3.2 Población Muestral.....	35	
3.3 Operacionalización de la Variable.....	36	
3.4 Instrumento de Recolección de Datos.....	37	
3.5 Validez del Instrumento.....	37	
3.6 Procedimiento para la recolección de Datos.....	38	
3.7 Procesamiento y Análisis de los Datos	38	
3.8 Plan de tabulación y análisis estadísticos de los datos.....	39	
 CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....		40
 CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
Conclusiones.....	60	
Recomendaciones.....	64	
 CAPÍTULO VI		
PROPUESTA PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVO	66	
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		77
 ANEXOS.....		84
 CONSENTIMIENTO INFORMADO		85
INSTRUMENTO		88

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla		Pp.
1	Operacionalización de la Variable.....	36
2	Dimensión Datos sociodemográficos, indicador Edad.....	40
3	Dimensión Datos sociodemográficos, indicador Genero.....	41
4	Dimensión Datos sociodemográficos, indicador Estado Civil.....	42
5	Dimensión Datos sociodemográficos, indicador Nivel Académico.....	43
6	Dimensión Datos sociodemográficos, indicador Ocupación.....	44
7	Dimensión Datos sociodemográficos, indicador Procedencia.....	45
8	Dimensión Datos sociodemográficos, indicador Parentesco.....	46
9	Dimensión Necesidades Emocionales, indicador Comunicación.....	47
10	Dimensión Necesidades Emocionales, indicador Apoyo.....	49
11	Dimensión Necesidades Emocionales, indicador Empatía e Información.....	51
12	Dimensión Necesidades Emocionales, indicador Lenguaje, Tacto y Escucha, Sinceridad.....	53
13	Dimensión Necesidades Emocionales, indicador Confianza, Seguridad, Visita al enfermo.....	55
14	Dimensión Necesidades Emocionales, indicador Ética y Respeto....	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO		Pp.
1	Dimensión Datos sociodemográficos, indicador Edad.....	40
2	Dimensión Datos sociodemográficos, indicador Genero.....	41
3	Dimensión Datos sociodemográficos, indicador Estado Civil.....	42
4	Dimensión Datos sociodemográficos, indicador Nivel Académico.....	43
5	Dimensión Datos sociodemográficos, indicador Ocupación.....	44
6	Dimensión Datos sociodemográficos, indicador Procedencia.....	45
7	Dimensión Datos sociodemográficos, indicador Parentesco.....	46
8	Dimensión Necesidades Emocionales, indicador Comunicación...	47
9	Dimensión Necesidades Emocionales, indicador Apoyo.....	49
10	Dimensión Necesidades Emocionales, indicador Empatía e Información.....	51
11	Dimensión Necesidades Emocionales, indicador Lenguaje, Tacto y Escucha, Sinceridad.....	53
12	Dimensión Necesidades Emocionales, indicador Confianza, Seguridad, Visita al enfermo.....	56
13	Dimensión Necesidades Emocionales, indicador Ética y Respeto.	58

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSTGRADO
POSTGRADO DE ENFERMERÍA EN CUDADOS AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO.

**NECESIDADES PSICOTERAPÉUTICAS DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE
CRÍTICAMENTE ENFERMO DURANTE SU ESTADÍA EN LA UCI
PERIODO MARZO SEPTIEMBRE 2012. (PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIAR)**

Autor: Lcdo. Ángel Fernández.
Tutor: MSc. Rosalía Uzcátegui.
Año: 2012

RESUMEN

La presente investigación, tuvo como objetivo general Analizar las necesidades emocionales y terapéuticas de los familiares del paciente críticamente enfermo durante la estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos, periodo marzo-septiembre 2012. Fue un estudio de tipo descriptivo, con diseño de campo y corte transversal, bajo la modalidad de proyecto factible, para ello se aplicó un cuestionario dividido en dos partes: parte I, corresponde a los datos sociodemográficos y parte II, integra las dimensiones de las necesidades emocionales y terapéuticas de la familia, la cual fue validada a través de la “Técnica Juicio de Expertos”. La población quedó conformada por 30 familiares de primera línea de consanguinidad y más de 3 días de haber ingresado en la UCI. Los resultados arrojados en relación con las características sociodemográficas determinó que dentro de la población estudiada predominó que un 27% de los familiares tenían edades comprendidas entre los 26 y 30 años, 53% eran de género femenino, 67 % solteras (os), 47% poseían título universitario, 33% eran empleados públicos, 57 % residían en el estado Mérida y 53% de los familiares eran las madres de los pacientes. Respecto a la dimensión: Necesidades emocionales, arrojó que la mayoría de los familiares del paciente críticamente enfermo manifestó con un 53% que algunas veces el personal se mostró dispuesto para aclararle las dudas que surgieron durante el ingreso de su familiar enfermo, 67% comunicó que nunca le llamaran a su casa si ocurre algún cambio significativo en el estado de salud de su familiar enfermo, 53% manifestó que siempre estuvo atento y le orientó en cuanto a la enfermedad de su familiar enfermo, 50% refirió que algunas veces, le dedicó momentos o espacios para hablar sobre temas que le preocuparon acerca de la evolución clínica de su familiar enfermo, 50%, comunicó que algunas veces se preocupó por cómo se encontraba, incluso cuando la situación más crítica del familiar enfermo ya había pasado, 80% opinó que algunas veces las explicaciones que le daba acerca del estado de su familiar enfermo había sido con palabras que ellos podían entender, 53%, expresó que algunas veces los (as) tomaron en cuenta, haciéndole preguntas y escuchándole sobre las dudas que tenían acerca de su familiar enfermo. En cuanto a la dimensión: *Necesidad Terapéuticas*, un 47% arrojó que siempre el personal de enfermería procuró que él o ella participara en el cuidado de su familiar hospitalizado para que estuviese preparado (a) cuando lo dieran de alta, 77% comunicó que siempre durante la visita al familiar enfermo en UCI se sintieron cómodos (as), 80% indicó que siempre el personal de enfermería procuró preservar su intimidad emocional durante la estadía de su familiar enfermo, 53%, comunicó que algunas veces creyeron que el personal de enfermería tomó sus propias decisiones para cuidar a su familiar enfermo durante su estadía en la UCI. Se recomendó la aplicabilidad del programa de Intervención Psicoeducativo a los familiares del paciente críticamente enfermo hospitalizado en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos).

Palabras Claves: Enfermería, Cuidado, Necesidad Emocional, Terapéuticas y UCI.

viii

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE NURSING IN PATIENT CARE CRITICAL CONDITION

**PSYCHOTHERAPEUTIC FAMILY NEEDS OF PATIENT DURING CRITICALLY
ILL ICU STAY
PERIOD MARCH SEPTEMBER 2012. (PSYCHOEDUCATIONAL INTERVENTION
PROGRAM FOR FAMILY)**

Author: Lcdo. Ángel Fernández.
Tutor: MSC. Rosalía Uzcategui.

ABSTRACT

This research aimed to analyze overall emotional and therapeutic needs of relatives of critically ill patients during their stay in the ICU, March-September 2012 period. It was a descriptive study, with field design and cross section in the form of feasible project, for this, a questionnaire was divided into two parts: Part I is the data sociodemográficos and II part integrates the dimensions of emotional needs therapeutic and family, which was validated through the "Technical Expert Judgment". The population was made up of 30 relatives of the first degree and more than 3 days of being admitted to the ICU. The results obtained in relation to sociodemographic characteristics determined within the study population predominated that 27% of family members were aged between 26 and 30 years, 53% were female, 67% were single (I), 47 % had college degrees, 33% were civil servants, 57% lived in Merida state and 53% of the families are the mothers of the patients. Regarding the dimension: emotional, daring than most of the relatives of critically ill patients with 53% said that sometimes the staff was willing to clarify the doubts that arose during their ill family income, 67% reported that never call home if there is any significant change in the health of your family member, 53% said it was always attentive and focused in terms of their ill family disease, 50% admitted that sometimes, I dedicate time or space to discuss issues that concerned about the clinical course of their ill family member, 50%, reported that sometimes worried about how she was, even the most critical of the ill family member had passed, 80% felt sometimes gave explanations about the state of his family had been sick with words they could understand, 53% said that sometimes (as) took note, asking questions and listening on the doubts they had about their ill family member. As for the dimension: Therapeutic Necessity, 47% throw that nurses always made sure that he or she will participate in the care of their hospitalized family up to prepare (a) when you are discharged, 77% reported always during a visit to the sick family felt comfortable in ICU (as), 80% indicated that nurses always sought to preserve their emotional intimacy during the stay of their ill family member, 53%, reported that sometimes believed that nurses made his own decisions to care for their ill family member during their stay in the ICU. It recommended the applicability of psychoeducational intervention program to the families of critically ill patients hospitalized in the ICU.

KEYWORDS: Nursing care, emotional need, therapeutic and ICU.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se ha logrado un acelerado avance en los cuidados médicos del paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ya que es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es prestar cuidados integrales a aquellas personas que están críticamente enfermas debido a diferentes causas, dentro de las que se encuentran los traumatismos, postoperatorios complicados, insuficiencias respiratorias, insuficiencias cardiovasculares, entre otras.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tiene características propias y muy particulares en comparación a otros servicios de hospitalización, entre ellas es importante destacar la tecnología, que permite conocer algunas variables fisiológicas, contribuyendo en la interpretación del diagnóstico clínico y el régimen terapéutico a seguir. Sin embargo, se puede observar que en estas unidades de cuidados críticos ocasiona incomodidad tanto en las personas hospitalizadas como en los familiares, ya que por la gravedad de las mismas no se puede informar al familiar que se encuentra en una sala de espera sobre el proceso salud-enfermedad de su familiar enfermo, lo cual altera el bienestar y la satisfacción de la familia.

La satisfacción ante el cuidado enfermero en la UCI se mide muchas veces desde la perspectiva de la familia debido a que, con frecuencia, son pacientes en estado de gravedad e inclusive en etapa terminal de la vida con imposibilidad para poder comunicarse. Por ello, para mejorar la calidad de los cuidados en la UCI es necesario medir el grado de satisfacción de los familiares, de modo que esta información pueda redundar en iniciativas para dicha mejora.

En tal sentido, los familiares de pacientes ingresados en una UCI sufren de estrés, ansiedad hasta llegar a la depresión, lo que puede afectar la participación de los mismos en las decisiones que se tomen para continuar con el cuidado terapéutico. De allí que se hace necesario resaltar el desempeño del Profesional de Enfermería para contribuir de manera eficaz en mantener el equilibrio físico y psíquico necesario de los familiares y el éxito de la estancia durante el tiempo de hospitalización de su familiar enfermo. Es por ello, que la disciplina de enfermería se abre continuamente a nuevos paradigmas y acciones, ya que el principio ético que los rige es conservar y restaurar el cuerpo, la mente y el espíritu, resguardando la integridad y la dignidad ostentada por la persona humana.

El propósito fundamental de esta investigación se basa en evaluar, mediante una encuesta personal, las necesidades emocionales y terapéuticas aplicadas al familiar del paciente críticamente enfermo, con el propósito de diagnosticar para luego elaborar un programa de intervención psicoeducativo dirigido a los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), se trata de un estudio de tipo descriptivo, con diseño de campo, transversal bajo la modalidad de proyecto factible.

La investigación se estructuró en cinco capítulos a saber:

El Capítulo I. Se describe el problema objeto de estudio, es decir el planteamiento y formulación del mismo, los objetivos, la justificación y las consideraciones éticas de la investigación.

El Capítulo II. Se corresponde al marco teórico, en donde se presentan las investigaciones realizadas consideradas antecedentes de esta investigación. Luego las bases teóricas contentivas de los aspectos más relevantes del tema estudiado, las cuales sustentan el estudio.

En el Capítulo III. Se presentan los lineamientos metodológicos, enfocando el tipo y diseño de la investigación, población y muestra, sistema de variables y su operacionalización, instrumento, validez del instrumento, técnicas y recolección de datos, procesamiento de la información.

En el Capítulo IV. Se enfoca el análisis de los resultados que se obtuvieron luego de aplicar el instrumento; dichos resultados se presentan en tablas y gráficos, para su mayor visualización y comprensión y a su vez se expone las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación.

El Capítulo V. Contempla las conclusiones y recomendaciones de dicha investigación

En el Capítulo VI. Se presenta la propuesta para el diseño del Programa de Intervención Psicoeducativo dirigido a los Familiares de los pacientes hospitalizados en UCI.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema.-

Actualmente la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ha pasado a formar parte primordial de casi todo el hospital (IAHULA), debido a que las personas que ingresan en dicha unidad por axioma son enfermos graves. Por lo tanto, su valor está comprobado en la complejidad del cuidado y tratamiento, ya que las personas ingresadas sufren situaciones que representan una seria amenaza para la vida de las personas, con alteraciones físicas y psicológicas, que si no se tratan pueden dificultar la recuperación del proceso salud-enfermedad. Es por ello, que de algún modo se necesita profesionales especializados que conserven aptitudes inteligibles, así como conocimiento y experiencia tecnológica de la información para satisfacer las actuales demandas del entorno clínico, ya que tanto el paciente como la familia presentan necesidades emocionales y terapéuticas donde se describe ansiedad, apatía, depresión y miedo, lo cual afecta el estado cognitivo y afectivo de los mismos.

La hospitalización de un familiar enfermo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) sucede generalmente de forma repentina, teniendo la familia poco tiempo para adaptarse. Frente a esta circunstancia los familiares pueden sentirse desamparados, con pensamientos desorganizados y con dificultades para movilizarse, emergiendo diferentes tipos de necesidades sentidas.

En consideración a lo antes expuesto, Dueñas y Rivas, expresan que, el ingreso en una Unidad de Cuidados Críticos altera los roles familiares y genera necesidades de seguridad e

información¹. Por lo tanto, la familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan y están sujeto a la influencia del entorno. En ese sentido, Mojalefa, Miller, Kabacoff, Keitner, Epstein y Bishop (1986), citado por Caqueo y Lemos, describen que diversas investigaciones han constatado que los pacientes con enfermedades críticas acarrear un fuerte impacto en la familia, afectando la dinámica familiar, definida esta como aquellas situaciones empíricas manifestadas dentro de un núcleo de personas denominadas familia, según el enfoque sistémico, la dinámica familiar comprende “los aspectos suscitados en el interior de la familia, en donde todos y cada uno de los miembros están ligados a los demás por lazos de parentesco, relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías o roles y toma de decisiones². No obstante, este proceso puede llevarse a cabalidad, siempre y cuando la familia posea buenas bases, es decir, que la dinámica de la familia tenga una homeóstasis, en efecto, un buen equilibrio.

Por su parte Saunders, menciona que las familias que viven con un miembro que sufre de una enfermedad crónica o crítica, por lo general se ajustan y se adaptan a la enfermedad o a los cambios en la situación familiar, a pesar de que puede dar lugar a un incremento en el malestar emocional y físico de la familia³. Así mismo, Huerta, señala que la capacidad de la familia para adaptarse o hacer frente a los eventos críticos, depende de la utilización de los propios recursos, los cuales pueden ser de tipo social, cultural, religioso, económico, educacional y médico, considerándose estos efectivos si los adecua a las necesidades sentidas⁴. Por otra parte, el funcionamiento familiar está asociado a la aplicación de maniobras de afrontamiento eficaces, apoyo social, familiar, menos estrés psicológico de sus integrantes.

Cabe destacar que, Dueñas y Rivas, comunican que numerosos trabajos ponen de relieve la importancia de la inclusión de la atención a la familia para reducir la ansiedad y para ayudar a mantener la estructura familiar, de manera que ésta pueda actuar como soporte al enfermo en situación crítica¹. Para que esto se logre, es necesario que los Profesionales de Enfermería que laboran en la UCI, valoren las necesidades concretas de cada familia y se realice una planificación de cuidados específicos para cada caso.

Así mismo, Albisturi, Basigalupo, Gerez, Uzal, Ebeid, Maciel y Soto, expresan que el impacto de la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis familiar, ya que el ingreso de un paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos somete a los miembros de la familia a una situación difícil que provoca ansiedad y preocupación⁵. De manera tal que, las necesidades de los familiares de los enfermos críticos ingresados en la UCI, hacen que se descarguen algunos niveles de ansiedad los cuales están relacionados con la información, la seguridad y el apoyo que deben proporcionar los profesionales de enfermería y el equipo médico, para cubrir las demandas de las necesidades sentidas de la familia en el cumplimiento efectivo de las expectativas y la calidad del cuidado.

Ante lo anteriormente expuesto La Cruz y Uzcátegui, manifiestan que los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI, presentan síntomas de temor con intensidad de leve a moderada, donde el temor se considera como un componente de la ansiedad⁶. Esto se relaciona con lo descrito por Gelder, citado por La Cruz y Uzcátegui, quien refiere que los familiares de las personas hospitalizadas en la UCI, pueden experimentar temor a lo largo de la hospitalización a causa de la incertidumbre con respecto al desenlace final, irá por el

desconocimiento y desinformación sobre el estado de salud de la persona hospitalizada y que algunas veces reflejan miedo ante la pérdida y muerte⁶.

Es por ello que la relación terapéutica entre el Profesional de Enfermería y la familia se hace indispensable, ya que el entendimiento y la comprensión de la enfermedad es posible sólo a través de una comunicación e información eficaz. Es así como los familiares pueden concebirse como sistemas abiertos que responden a los estímulos provenientes del medio interno y externo; este proceso de interacción puede ser denominado adaptación. En cuanto al nivel hospitalario, el individuo requiere de este proceso debido a las numerosas patologías que ameritan de una prolongada estadía hospitalaria debido a las múltiples complicaciones.

En tal sentido, la confusa atmósfera hospitalaria crea en la familia impotencia, igualmente el personal de salud, como sustitutivo en los cuidados, algunas veces no se dan a entender y generan en el familiar sentimientos de frustración, dolor o enfado; por tanto, hay que considerar que en la interacción diaria con la familia pueden estar presentes los sentimientos de ansiedad, estrés, aprehensión o malos entendidos que se dan entre el enfermero (a) y la familia. Al respecto, Barrera, Pinto y Sánchez, comunican que son muchos los momentos críticos que debe afrontar la familia, encontrándose dentro de este evento el estrés y el agotamiento que lo embargan, cuando la enfermedad del ser querido se complica, cuando no encuentra apoyo con los otros miembros de la familia y cuando se debe responder ante otros familiares que algunas veces toman roles de jueces u observadores⁷.

Resulta evidente que la hospitalización del paciente en la UCI, puede repercutir de manera importante sobre la salud de sus familiares, es por ello, que Mejías puntualiza que: el

personal de Enfermería debe considerar el cuidado del familiar como parte integral de sus funciones dentro de la UCI, teniendo en cuenta que las intervenciones deben estar dirigidas a reforzar las habilidades de afrontamiento mediante implementación de programas familiares, que cuenten con habilidades de comunicación y educación⁸.

Hechas las consideraciones anteriores, Albarracín y Mejías, en su trabajo de investigación expresan que dentro de los indicadores de calidad del proceso en los cuidados enfermeros propuesto por la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC, 2005)⁹, en el indicador que define la información de enfermería a los familiares del paciente en estado crítico, se especificaron las estrategias para dar oportunidad a la implementación de programas continuo de abordaje al familiar, orientado por los profesionales de enfermería. Así mismo, Zarfoteza, Gastaldo, Lastra y Sánchez, citado por Albarracín y Mejías⁹, sostienen que la transmisión reglada de información entre familiares y Profesionales de enfermería ayuda a disminuir la ansiedad de estos y puede conseguir una mayor colaboración del familiar en el proceso de los cuidados del enfermo crítico.

En afinidad a lo antes dicho, Pérez, Rodríguez, Fernández y Catalán, muestran que la hospitalización del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) somete a los miembros de la familia a una situación difícil, ya que la familia y pacientes se separan físicamente de su medio habitual y del apoyo afectivo, además sufren y están angustiados¹⁰. Este hecho conduce por tanto a una situación de crisis familiar y desestabilización que repercute en todos sus componentes.

Pese a que los enfermos críticos y sus familiares perciben poca sensibilidad por parte de los profesionales que no pueden notificarles o dedicarles un cuidado que consideran necesario, y teniendo en cuenta que la función informativa se limita al aspecto médico, el Profesional de enfermería se muestra en ocasiones aislado de las intervenciones terapéuticas requeridas para una buena interacción y colaboración con la familia del paciente en estado crítico, ocupando la información sobre los cuidados enfermero un espacio muy limitado e incluso inexistente en la UCI. Es aquí, donde todo el profesional que labora en dicha unidad cobra importancia social porque su trabajo va más allá de "salvar la vida del enfermo", pues la familia del mismo también constituye responsabilidad. Por lo tanto, los Profesionales de enfermería deben transmitir certeza, cordialidad, ánimo y soporte emocional unido a explicaciones claras pero sencillas de la situación y evolución clínica del enfermo, ya que resulta vital e importante para el bienestar de los familiares que se encuentran en la sala de espera.

Por tales motivos, es imperioso que los Profesionales de Enfermería comprendan las situaciones por las que atraviesa el familiar y aborden esta problemática planteando estrategias como lo son los programas dirigidos a las familias, los cuales permiten promover el bienestar y disminuir los factores estresantes, ya que la familia desempeña una función vital en la vida del paciente y representa la mayor parte de su contexto, siendo una de las principales funciones de la familia proporcionar los recursos físicos y emocionales para mantener la salud, además de un sistema de apoyo en épocas de crisis y en tiempos de enfermedad.

En consecuencia, el diseño y la implementación de un programa psicoeducativo de intervención familiar, influye positiva y significativamente en el enfermo, el familiar mismo y

los profesionales implicados en él. Se ha demostrado que el ofrecer cuidados enfermeros y orientación a la familia aumenta la resistencia, adaptación y ajuste ante factores que causen estrés en la vida. Delaney, opina que la familia sirve de amortiguador entre el individuo y la sociedad, es una protección psicosocial para sus miembros, es el vehículo principal para la transmisión de la cultura y la salud individual y se relaciona con las creencias, valores y deberes de cada uno¹¹. Así mismo, se puede proponer el modelo de interacción familiar de Satir, la cual considera que la salud de la familia depende de la capacidad de sus miembros para compartir y comprender sus sentimientos, necesidades y patrones de conducta¹². Las familias sanas, educadas, ayudan a sus miembros a conocerse a sí mismos a través de la comunicación de los eventos diarios.

Sobre la base de lo planteado, se decidió emprender este trabajo con la finalidad de dar respuesta a la siguiente interrogante ¿Cuáles son las necesidades emocionales y terapéuticas de los familiares del paciente críticamente enfermo durante su estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), periodo marzo-septiembre 2012?

1.2 Justificación e Importancia de la Investigación.-

Buscar la trascendencia del desempeño del Profesional de Enfermería, impulsando un Programa Psicoeducativo para las diferentes intervenciones de abordaje en el ámbito emocional, bienestar y terapéutico de los familiares de las personas críticamente enfermas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos, instaura las tácticas que elevan la calidad en la atención de los familiares. Por lo tanto, este estudio determinó la necesidad de establecer mediaciones para los familiares ante la condición de salud, los riesgos inminentes y

las complicaciones de las distintas enfermedades con las que se enfrenta dicho servicio, de forma tal que se inicien acciones de cuidado para disminuir dichas manifestaciones de los familiares de los pacientes críticamente enfermos.

Por esta razón, la investigación tiene pertinencia e interés práctico, teórico, metodológico y social. Desde el punto de vista teórico, la investigación es un aporte para la comprensión de las necesidades emocionales y terapéuticas de los familiares del paciente críticamente enfermo, aportando elementos que contribuyen a fortalecer el aprendizaje de dicha variable y a su vez sirve como marco de referencia a futuros investigadores sobre la temática en estudio.

Desde el punto de vista práctico: el Profesional de Enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del IAHULA, podrá identificar cuáles son las necesidades sentidas de la familia del paciente críticamente enfermo, frente a la intervención de enfermería durante su estadía en la UCI, lo cual servirá para observar las debilidades y fortalezas del Profesional de Enfermería, y así proponer un cuidado de calidad acorde con la situación de la familia. Desde este enfoque, la percepción que adquiera la familia del paciente se hace relevante ya que retroalimenta y fortalece no solamente la profesión sino también el servicio de la UCI, que cada una de las instituciones de salud ofrece a las personas, lo cual está relacionado con el indicador de calidad que ofrece, La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) donde expone la pertinencia de la información a la familia del paciente críticamente enfermo, la cual involucra al profesional de enfermería que labora en dicha unidad para que se inicien en el implemento del programa psicoeducativo.

Desde el punto de vista social: esta investigación es innovadora puesto que permite conocer los indicadores de calidad de la SEMICYUC, específicamente el que describe la información de enfermería a los familiares del paciente en estado crítico, criterio a tener en cuenta para poder evaluar las necesidades emocionales y terapéuticas del cuidado, como lo es el impacto o resultado obtenido para aumentar la satisfacción de los mismos ante el cuidado enfermero. Esta investigación se tradujo en la posibilidad de elaborar un programa psicoeducativo que propicie un eficiente cuidado humano y de calidad, para mejorar la relación de ayuda, proporcionando un beneficio de cooperación, motivación y disposición de la familia para garantizar la calidad de vida del paciente crítico, no solo a los tratamientos y recuperación, sino a la consolidación de un entorno saludable organizado que contribuya en la superación de los problemas detectados.

Considerando el aporte metodológico, la investigación puede convertirse en un antecedente valioso que garantice la fundamentación de líneas de investigación que determinen como objetivo, el estudio de las necesidades emocionales y terapéuticas de la familia del paciente críticamente enfermo frente al cuidado de Enfermero, donde la finalidad sea la elaboración de un programa psicoeducativo que ayude a minimizar las alteraciones de la insatisfacción del cuidado de salud.

1.3 Objetivos de la Investigación.-

Objetivo General.-

Analizar las necesidades emocionales y terapéuticas de los familiares del paciente críticamente enfermo durante su estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), periodo marzo-septiembre 2012.

Objetivos Específicos.-

1. Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Identificar las necesidades emocionales de los familiares del paciente críticamente enfermo durante su estadía en la UCI.
3. Determinar las necesidades terapéuticas de los familiares del paciente críticamente enfermo durante su estadía en la UCI.
4. Elaborar un Programa de Intervención Psicoeducativo ante las necesidades de los familiares del paciente críticamente enfermo durante su estadía en la UCI.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

En toda investigación, los antecedentes constituyen los trabajos previos, realizados por otros autores sobre la problemática en estudio.

Al respecto, Benito, García, López, María, Peláez y Rojas¹³, en España, realizaron un trabajo titulado “Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Ictus”. Cuyo objetivo general fue conocer las necesidades de los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Ictus del Hospital 12 de Octubre, e identificar áreas de mejora en la prestación actual de cuidados. Fue un estudio descriptivo transversal. Contó con una población de 66 familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Ictus, durante un período de 7 meses en la Unidad de Ictus del Hospital 12 de Octubre. Como variables dependientes se estableció la necesidad de información, seguridad y confianza, accesibilidad al personal sanitario, apoyo emocional, participación en los cuidados, comodidad física, trato personal. Como variables independientes tomaron los datos sociodemográficos, cambio de domicilio por hospitalización, tiempo de desplazamiento al hospital, visitas a unidades de ictus, días de hospitalización, percepción de la gravedad, presencia del familiar durante las primeras horas de ingreso, asistencia a algún curso para familiares de pacientes con ictus.

Aplicaron un cuestionario de Molter modificado. En cuanto al análisis utilizaron la estadística descriptiva, mediante distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Se compararon las medias mediante pruebas T para variables independientes,

relacionadas y ANOVA de un factor. Concluyeron que las personas menores de 50 años perciben menos apoyo emocional. Los familiares presentes en el ingreso son los que más quieren participar en los cuidados. Hay necesidad de crear protocolos de actuación, ya que la información dada no es uniforme. Los cuidadores principales que acompañan al paciente en el momento del ingreso son los que expresan más ganas de participar en sus cuidados, de ahí la importancia de aprovechar este momento, el del ingreso, para cuidar la información y el trato a la familia, y de promover y animar a esta participación. Se observó que el flujo de información que el personal de enfermería da no siempre es uniforme. Se planteó la necesidad de crear protocolos que aborden esta aleatoriedad en la prestación de cuidados. Quizás habría que hacer especial hincapié en establecer un mayor clima de confianza, y así facilitar la expresión de inquietudes, preocupaciones y pensamientos.

Oliveira, Medeiros, Barbosa, Siqueira, y Machado¹⁴, ejecutaron un trabajo titulado Grupo de soporte como estrategia para la contención de familiares de pacientes en Unidad de Terapia Intensiva. Las internaciones en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) generan necesidades en los familiares que no siempre son adecuadamente atendidas. El objetivo del estudio fue describir un grupo de soporte (GS) para la atención de familiares de pacientes ingresados en UTI y evaluar la efectividad de la satisfacción de sus necesidades de información y apoyo emocional. Fue una investigación descriptiva desarrollada en un hospital de Goiânia/Goiás en Brasil, a través de sesiones del Grupo de Apoyo a los Familiares (GRAF), que fueron grabadas y registradas en un diario de campo para el análisis del proceso grupal, y de entrevistas individuales para evaluar la atención de las necesidades de información y soporte.

El GRAF posibilitó la atención de las necesidades de los familiares, ayudándolos a afrontar la internación del pariente en la UTI. Se llegó a la conclusión de que los GS cooperan en la construcción de una práctica humanizada del cuidado, lo que permite la superación del entendimiento históricamente centrado en el paciente y en la enfermedad. Recomendaron a los enfermeros reflexionar sobre la reorganización de la práctica y la posibilidad de incluir a los GS como una estrategia de atención de las necesidades de los familiares.

Freitas, Kimura y Ferreira¹⁵, desarrollaron un estudio titulado “Necesidades de los Familiares de Pacientes en Unidades de Terapia Intensiva: análisis comparativo entre hospital público y privado”. Fue un estudio transversal y comparativo, realizado en tres UCI del Municipio de São Paulo; dos UCI de hospitales públicos y una de hospital privado. Los sujetos de este estudio fueron los familiares de los pacientes hospitalizados en las UCI seleccionadas, durante el período de noviembre de 2004 a febrero de 2005. Fue entrevistado sólo un familiar por cada paciente, fue definido como familiar, la persona indicada como la más próxima del paciente, con lazos de consanguinidad, que vive con él y que mantiene estrechas relaciones. Se observó que los familiares de pacientes de la UCI privada presentaron un puntaje total de satisfacción superior (3,23) con relación a los familiares de la UCI pública (2,92), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,002$).

Al considerar los 43 ítems de la escala de satisfacción, los familiares de la UCI pública presentan insatisfacción o poca satisfacción (media < 3) con casi la mitad de las necesidades (46,5%), en relación a los familiares de la UCI particular, en los cuales el número fue menor (32,5%). La comparación de las medias por ítem mostró diferencias significativas entre los

grupos en relación a diez necesidades, siendo la mayoría de ellas relacionadas al soporte y a la información, en estas necesidades los familiares de la UCI en particular presentaron puntajes medios que indicaban mayor satisfacción. Las diferencias observadas entre los grupos sugieren que la atención de sus necesidades requiere intervenciones direccionadas a la especificidad de cada tipo de institución.

Santana, Ramírez, García, Sánchez, Martín y Hernández¹⁶, en España realizaron un trabajo titulado Satisfacción a los Familiares de Pacientes Críticos, cuyo objetivo fue conocer la satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Fue un estudio prospectivo descriptivo durante un período de 6 meses, en la UCI polivalente del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. La población sujeto de estudio fue de 99 familiares de los pacientes ingresados en la UCI durante más de 48 horas y que fueron dados de alta a planta de hospitalización, a cuyos familiares se les aplicó una encuesta personal, en el momento del alta de la unidad, llevada a cabo por personal médico no informador. Dicha encuesta estuvo estructurada por los datos demográficos de los pacientes y de los familiares entrevistados, diagnóstico de ingreso, y la valoración acerca de la información, cuidados, empatía con el personal y la comodidad.

Como resultados arrojó que el 80% recibieron la información con terminología comprensible, entendían lo que le ocurría a su familiar y los medios que se estaban poniendo para su curación, a pesar de que al 74% nunca se les había explicado la tecnología utilizada. El 90% creían recibir una información sincera y que los cuidados eran los adecuados. A nivel de empatía con el personal médico, para casi todos eran amables; sin embargo, al 73% ninguno le

preguntó si necesitaba algo. El 85% estaban seguros de que alguien les llamaría a casa si ocurría algún cambio en el estado de su familiar y se sentían cómodos durante el tiempo de visita; el 74% no tuvo sentimiento de soledad ni aislamiento. Concluyeron que la mayoría de los familiares estaban muy satisfechos con los cuidados recibidos por ellos y por sus familiares enfermos en la UCI, aunque detectamos la necesidad de mejorar en determinados aspectos de la comunicación con los familiares.

Así mismo, Santana, Ramírez, García, Sánchez, Martín y Hernández¹⁶, en España realizaron un trabajo titulado Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional 2007, cuyo objetivo fue comparar el grado de satisfacción de familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con la percepción del profesional sobre el entorno asistencial y la información recibida. La metodología utilizada fue un estudio prospectivo, descriptivo durante tres meses, en la UCI del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. La población estuvo constituida por 52 familiares y 69 miembros de la de la plantilla de enfermería. Se aplicó una encuesta a familiares directos de los pacientes cuando se encontraban en planta; se utilizó la misma, modificada para el profesional, sobre la percepción que creía que tenía el familiar.

El instrumento utilizado quedó estructurado por los datos demográficos del paciente, familiar y profesional entrevistado y se les preguntó sobre las condiciones medioambientales, la relación y la calidad de la información prestada por el personal y la organización de las visitas. Como resultados arrojó que el profesional sobreestima las necesidades de los familiares en aspectos como el ruido, iluminación, comodidad, intimidad, la adecuación de la sala de espera

y la información sobre los cuidados recibidos. El profesional, a diferencia del familiar, pensaba que informaba adecuadamente sobre el aparataje utilizado y que conocía el nombre del personal de enfermería. Ambos grupos coincidían en que conocían el nombre de los médicos, que eran informados de la situación al ingreso y que el horario de visitas era adecuado, también conocían del hecho de que pudieran pasar dos o más familiares al box y que estarían más cómodos si pudieran sentarse.

Como conclusión se obtuvo que la satisfacción del familiar fuera mayor que la del profesional entrevistado. Detectamos la necesidad de mejorar la sala de espera, personalizar la atención y valorar individualmente la flexibilidad en el horario de visitas.

De igual manera, Mejías y Delgado⁸, ejecutaron un trabajo titulado Interacción del personal de Enfermería con los familiares del paciente politraumatizado y su relación con el nivel de estrés de los familiares. Se realizó un estudio en el Hospital Jesús María Casal en Acarigua, Venezuela; cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre la interacción del personal de Enfermería con los familiares del paciente y su relación con el estrés generado en los mismos.

La investigación fue de tipo descriptiva - correlacional cuya muestra fue de 40 familiares de pacientes hospitalizados en la UCI, seleccionados a través del muestreo no probabilístico intencional a quienes se les aplicó un instrumento tipo cuestionario. Los resultados ubicaron la interacción del personal de Enfermería y el estrés en la categoría de casi siempre; por tanto, se infiere que se deben establecer estrategias que permitan que la relación enfermera (o) - familia se dé, para que se constituya en un factor positivo en la estadía del familiar en la UCI.

Por otro lado, Pérez, Rodríguez, Catalán, Montejo y Fernández ¹⁰, efectuaron un trabajo titulado Valoración del Grado de Satisfacción de los Familiares de Pacientes Ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos cuyo objetivo fue valorar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, respecto al entorno asistencial y a la información recibida, motivando la reflexión sobre la atención prestada y analizando los procesos susceptibles de mejora. Fue un estudio prospectivo, descriptivo durante un período de 4 meses. La población sujeto de estudio fueron los pacientes adultos ingresados en la UCI y que fueron dados de alta a planta de hospitalización.

Se diseñó una encuesta con 40 preguntas que se distribuyó a los familiares de primer grado de los pacientes a los 15 días del alta de la unidad. La recogida de los datos se efectuó mediante entrevista personal o telefónica. En la encuesta se recogieron datos demográficos, motivo de ingreso y sus complicaciones durante éste; condiciones medioambientales (intimidad, ruidos, mobiliario, sala de espera, limpieza, etc.); relación con el personal médico y la calidad de la información que había recibido; relación con el personal de enfermería (información sobre los cuidados y las normas de la UCI); y, por último, la organización y los tiempos de la visita. En cuanto a los resultados se incluyó en el estudio a 55 pacientes. Los motivos más frecuentes de ingreso fueron: insuficiencia respiratoria grave, 33,3%; patología neurológica, 33,3%, y sepsis de diverso origen, 21,6%. El tiempo medio (DE) de estancia en la UCI fue de 8,8 (8) días. Respecto a las condiciones medioambientales se detectó la necesidad de una sala de espera acondicionada y una sala de información más amplia e iluminada. El 98% de los encuestados

consideró óptimos la limpieza y el orden de la UCI. El nivel de ruido y la iluminación ambientales se valoraron positivamente.

El 89% de los encuestados consideró la información médica diaria clara y el 82%, adecuado el horario de información. La información diaria acerca de los procesos de cuidados de enfermería se valoró como fluida y adecuada. Se detectó un elevado porcentaje de respuestas que indicaban la necesidad de ampliar el tiempo de permanencia con su familiar. Concluyó que la relación del personal sanitario con los familiares de los pacientes fue valorada positivamente, pero los resultados detectaron la necesidad de realizar mejoras estructurales en la UCI y modificar el régimen de visita.

En tal sentido, Uribe, Muñoz y Restrepo ¹⁷, realizaron un trabajo titulado Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. Este estudio se inició en febrero del 2003 y se terminó en febrero de 2004 con 15 familiares allegados a pacientes críticos cardiovasculares de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), Clínica Bolivariana (CUB). Fue retrospectivo, interpretativo y fenomenológico cualitativo. Se consideraron los sentimientos de los familiares. La mayoría eran mujeres casadas y amas de casa, entre 31 y 50 años, de estrato 2 y católicas, con hijos preescolares y adolescentes; su rol: mantenimiento de la motivación, la moral, la conservación física y el orden. Permitió comprender el gran aprecio por el familiar enfermo, los pacientes manifestaron lo poco que fueron tenidos en cuenta y expresaban espontáneamente temor y tristeza.

Los sentimientos se reviven a pesar del tiempo. Sus expectativas fueron de esperanza y percepción de muerte. Había aflicción, angustia, fe o esperanza en Dios, fortaleza, un gran desconocimiento de la enfermedad del familiar, algunas hablaban con propiedad, otras daban datos de lo que oían y muchas expresaban preocupación, ansiedad y, en especial, la preocupación por la gran responsabilidad de tomar decisiones. La mayoría estaban satisfechas por la forma como cuidaban a su familiar enfermo; expresaron lo bien que se sintieron por el espacio brindado para comentar sus experiencias. Se propone la “alfabetización emocional” para el personal que participa en el proceso y su intervención con los familiares.

2.2 Bases Teóricas.-

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es una organización que ofrece cuidados de salud multidisciplinarios en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a pacientes susceptibles de recuperación, los cuales requieren soporte respiratorio junto con soporte de, al menos, dos órganos; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico.

Al respecto, la Sociedad de Cuidados Intensivos del Reino Unido, citado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, define la UCI como el “una aproximación multidisciplinaria para la identificación del paciente con riesgo de desarrollar una enfermedad crítica y aquel paciente recuperándose de un período de enfermedad crítica, para facilitar una intervención temprana o trasladar (si está indicado) a un área adecuada para atender sus necesidades¹⁸. La UCI, debe asegurar la continuidad de la asistencia con independencia de la Unidad de Atención, y debe

mejorar las habilidades y el conocimiento de todo el personal en la prestación de cuidados críticos.

La persona críticamente enferma cuando es ingresada a una Unidad de Cuidados intensivos (UCI), enfrenta una crisis en sucesos tales como el diagnóstico de alguna enfermedad grave, sumergen tanto a la persona como a su familia en un estado temporal de desorganización, el cual se caracteriza sobre todo por la incapacidad de los individuos para abordar situaciones particulares utilizando sus métodos acostumbrados para solucionar problemas. Es así como Sinibaldi y Velasco expresan que una enfermedad grave pueden hacer que el individuo y su familia entren en crisis, cuanto más podrá desequilibrarla al conocer que uno de sus miembros padece una enfermedad, la cual desarrolla un continuo deterioro físico, mental o ambos¹⁹.

Sin embargo, los pacientes mantienen derechos y garantías, que el Ministerio de Sanidad y Política Social recomienda que se deba informar al paciente, familia o acompañante, de la siguiente manera¹⁸:

- Explicar adecuadamente y comprensible (sin tecnicismos) sobre los procesos que tiene el paciente que motivan su ingreso en la UCI.
- Explicar detalladamente de los procedimientos de tratamiento y de los cuidados realizados en la UCI. El profesional informará al paciente/familiar sobre las medidas que han de adoptarse como consecuencia del plan terapéutico y de los cuidados. Dependiendo de la trascendencia de las medidas a tomar, tanto el paciente como la familia participarán en la toma de decisiones.

- La información se dará por el médico responsable de forma diaria o, en su ausencia, por la persona designada¹⁸.

Es así como Mejías y Delgado, formulan que la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) constituye un medio complejo para familiares de los pacientes debido a los diferentes procedimientos y normas institucionales que la rigen, aunado a esto se suma la poca participación que tiene el familiar en el cuidado del paciente, estas situaciones se constituyen en factores que originan estrés y ansiedad en los familiares⁸.

Igualmente, Uribe, Muñoz y Restrepo, comunican que la familia del paciente crítico hospitalizado en una Unidad de Terapia Intensiva, requiere cuidados, atención e información oportuna¹⁷. Es decir, que con frecuencia se observa en las salas de espera a los familiares con manifestaciones de diferente índole de acuerdo con el contexto de sus vivencias y necesidades. Es conocido de cualquiera, aún los no familiarizados con las unidades críticas, que las primeras visitas pueden ser alarmantes; crean angustia, expectativas en relación con la cantidad de dispositivos de monitoreo, equipos de mantenimiento de la vida y controles ambientales necesarios para garantizar un cuidado con calidad. Por lo tanto, vale la pena conocer las manifestaciones de la experiencia vivida por los familiares y a través de las evidencias buscar soluciones y estrategias de apoyo e intervención.

La familia de los pacientes hospitalizados en UCI, al igual que la persona enferma, se encuentra en crisis existencial, ya que se preguntan constantemente cuál es el resultado y el pronóstico del familiar enfermo, por los procesos y procedimientos diagnósticos o terapéuticos, presenta conflictos o comportamientos de negación, racionalización, culpa, ira,

desesperanza o, en ocasiones, somatizan. Es por ello, que la ansiedad, el temor, la pérdida de control, el agotamiento físico y mental son respuestas normales ante la situación estresante que viven.

Necesidades emocionales de los familiares del paciente críticamente enfermo.-

El Profesional de Enfermería conserva una diversidad de actividades dirigidas a defender y conservar la vida, en la que permite realizar una serie de acciones que por medio de estas se les proporciona cuidados a los familiares de los pacientes críticamente enfermos, ayudándolos a satisfacer sus necesidades emocionales mediante el fortalecimiento de la percepción de lo que esta sucediendo y su posterior afrontamiento Según Barbosa ²⁰, percibir el valor atribuido por los enfermeros al cuidado se destaca en el involucramiento emocional y en el compromiso para con el otro, en el sentido de minimizar sufrimientos, acoger las expectativas negativas y las inseguridades e inquietudes; por parte de los Profesionales de Enfermería los cuales pueden contribuir en el rescate de la comprensión de las necesidades psico-sociales y de los significados del proceso de adolecer, vivir y morir.

Comunicación entre el Profesional de Enfermería y la familia del paciente críticamente enfermo.-

Ribeiro y Slomski, señalan que la comunicación es un arte y una ciencia. Los últimos descubrimientos de la neurolingüística ponen hoy en nuestras manos unas técnicas que pueden hacer de cualquier persona un buen comunicador²¹. Teniendo presente los principios y considerando los objetivos fundamentales del ejercicio del Profesional de Enfermería, cuya

función es socorrer al individuo sano o enfermo y de igual manera a los familiares de estos, nos compromete a mantener o restaurar su bienestar, la comunicación se transforma en una herramienta indispensable, con la cual se va a establecer una interrelación.

Apoyo del personal de enfermería para los familiares del paciente críticamente enfermo.-

El apoyo es una cualidad que no sólo hace al profesional de salud más humano sino que también ayuda enormemente a mejorar la salud del paciente. Vallejo expresa que todas las personas sanas o enfermas necesitan que los (as) quieran, ya que el afecto es una necesidad inherente a la persona, llena de sentido la vida y contribuye al equilibrio psicológico. Por lo tanto, el familiar del paciente críticamente enfermo se siente solo y desamparado, es por ello las relaciones que establecen con su entorno en esos momentos tan cruciales para su estado físico y mental, es así, que el Profesional de Enfermería debe ofrecerle el mayor apoyo que le sea posible según la situación y sus propios interés²².

Empatía del Profesional de Enfermería hacia la familia del paciente críticamente enfermo.-

Es necesario que la empatía se dé entre ambas partes, es decir la familia y el Profesional de Enfermería, donde éste perciba lo que sienten y ven los familiares como si fueran estos. Ronderos, conceptualiza que la empatía es la capacidad que tiene el ser humano para conectarse a otra persona y responder adecuadamente a las necesidades del otro, a compartir sus sentimientos, e ideas de tal manera que logra que el otro se sienta muy bien con él o ella²³.

En tal sentido, es la capacidad de poder experimentar la realidad subjetiva por la que esta atravesando la familia sin perder de perspectiva el propio marco de la realidad, con la finalidad de poder guiar u orientar a la familia del paciente críticamente enfermo a que pueda experimentar sus sentimientos de una forma completa e inmediata. La empatía permite al profesional de Enfermería relacionarse con el familiar haciéndolos más sensibles a los cambios que estos experimentan en un clima de aceptación y cordialidad.

Información y Sinceridad que aporta el Profesional de Enfermería a la familia del paciente críticamente enfermo.-

Los profesionales de enfermería identifican situaciones estresantes en los familiares del paciente críticamente enfermos, donde el profesional debe canalizar acciones que eliminen o ayuden a abordar los estímulos a través de una comunicación efectiva que permita explicar los síntomas, las patologías más frecuentes y sobre todo calmar sentimientos de angustia, preocupación, irritabilidad, a través del establecimiento de una comunicación que involucre información coherente sobre las características de la UCI, la necesidad de los procedimientos y la situación real que enfrenta la persona enferma. Según Urden, los familiares y allegados de los pacientes críticamente enfermos son parte integrante del proceso de recuperación; al planificar los cuidados totales de los pacientes, es ahí donde el Profesional de Enfermería debe considerar las necesidades de apoyo informativo y emocional de este grupo²⁴.

De este planteamiento se deduce que el contacto o intercambio entre el Profesional de Enfermería y el familiar del paciente críticamente enfermo es fundamental para el logro de metas u objetivos de curación, importantes en la evolución clínica del paciente. Así mismo,

Llor 1995, citado por Mejías, refiere que la interrelación profesional de enfermería y familia del paciente críticamente enfermo, es un mecanismo prioritario que expresa una forma de influencia de un individuo sobre otro, empleando cualquier medio tales como palabras, gestos u otros, con posibilidad de reciprocidad sumado a aspectos como la empatía, la comunicación y el respeto⁸. Al respecto Zarfoteza y col, formulan, que la información debe ser veraz entre profesionales de enfermería y familiares ya que la información transmitida ayudaría a disminuir la ansiedad de estos y puede conseguir una mayor colaboración del familiar en el proceso salud – enfermedad del paciente en estado crítico²⁵. La Sinceridad es un valor que debe caracterizar a los Profesionales de Enfermería por la actitud congruente que mantienen en todo momento, basada en la veracidad de sus palabras y acciones.

No obstante, también es cierto que son los Profesionales de Enfermería los que deciden que caminos emprender con un paciente críticamente enfermo, limitando la participación familiar en la toma de decisiones, por lo que algunas veces la información que se les suministra a los mismos, suele ser escasa donde frecuentemente responde a un criterio satisfactorio para el equipo de salud, pero insatisfactorio para los familiares, como consecuencia del grado de angustia que presentan.

Lenguaje utilizado por parte de los Profesionales de Enfermería.-

Se debe tener presente que el empleo del lenguaje se basa en el entendimiento y la buena comunicación que el Profesional de Enfermería mantiene con los familiares y con los mismos pacientes en estado crítico. Al respecto Calvache, dice que el lenguaje es una de las herramientas de trabajo más útil en las profesiones humanísticas y en especial para aquellas

dedicadas a la salud.²⁶. El lenguaje utilizado sin tecnicismo pretende plasmar la información a través de comunicación sea esta verbal o no verbal, la cual conduce al éxito del propósito de los profesionales de enfermería y a su vez un resultado positivo por el entendimiento y comprensión de los familiares del paciente críticamente enfermo ante el cuidado enfermero.

Tacto y Escucha de los Profesionales de Enfermería.-

Vale recalcar la finalidad de la técnica ya que el Profesional de Enfermería puede entender y comprender las necesidades del enfermo y su familiar, Kozzier, Blais, Erb y Wilkinson, acuerdan que consiste en, escuchar atentamente el mensaje básico del cliente y posteriormente repetir las ideas, sentimientos, o ambos, con palabras similares²⁷. Lo que se busca con esta técnica es asegurarse de percibir el mensaje transmitido, a través de la paráfrasis, el Profesional de Enfermería verificará si lo expresado tiene correspondencia con lo que desea o manifiesta, donde escuchar activamente y ponerle la mano aunque sea en el hombro proporciona apoyo y seguridad al familiar del paciente críticamente enfermo.

Necesidades Terapéuticas de los familiares del paciente críticamente enfermo.-

Al respecto se conoce que la necesidad terapéutica que presentan los familiares de los pacientes críticos, es la carencia o ausencia de la familia de sentirse protegido por parte del equipo de salud. Los familiares de los pacientes ingresados en la UCI presentan la necesidad de calidad de cuidados, necesidad de interés del equipo y la necesidad de ser avisados ante cualquier evento, aunque no en un gran porcentaje pero refieren dichas necesidades. El

objetivo principal del Profesional de Enfermería es informar para establecer una relación de confianza terapéutica la cual ayuda a mejorar la atención a los familiares.

Seguridad y Confianza de los familiares ante la interacción con los Profesionales de Enfermería.-

Según Morrison, la dinámica seguridad y confianza se refiere a las interacciones que se producen entre varias fuerzas. La relación terapéutica difiere de otras relaciones en muchos aspectos, entre los que destacan²⁸:

1. El foco de las energías, es primordialmente el enfermo.

2. La relación terapéutica se establece conscientemente.

Entre los elementos o partes dinámicas de la relación terapéutica se incluyen los conceptos de seguridad y confianza lo cual ayuda al Profesional de Enfermería a desarrollar la habilidad y sensibilidad necesarias para dirigir su energía hacia una relación de ayuda eficaz.

Visita del Familiar al paciente críticamente enfermo.-

Es conocido que las personas que no están familiarizadas con las visitas a los pacientes en las unidades críticas, presentan algunos desequilibrios emocionales dentro de los que se encuentran el estrés, la ansiedad y la depresión al ver a su familiar enfermo conectado a un aparataje desconocido, donde las primeras visitas pueden ser alarmantes. Por lo tanto, vale la

pena conocer las manifestaciones de la experiencia vivida por los familiares, para buscar soluciones y estrategias de apoyo y afrontamiento.

Muñoz, Restrepo y Uribe, en su estudio demostró la necesidad de dar a conocer los sentimientos de familiares sobre sus experiencias al tratar de comprender por qué se suscitaban determinadas reacciones en ellos, ahondó en su cuidado durante la visita, sus incertidumbres, desasosiegos, tristezas, esperanzas y temor a la muerte, desconocimiento de la enfermedad, y de los procedimientos de la Unidad de Cuidados Intensivos¹⁷.

En el estudio efectuado por Albisturi, Basigalupo, Gerez, Uzal, Ebeid, Maciel y Soto, se evidenció que la familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos, reportó con un 79% (72) que nunca habían tenido un familiar internado en UCI. El 29% (27) tenían alguna información sobre la UCI por referencias. El 38% (26) permanecían en la sala de espera las 24 horas al día y 62% (58) concurrían sólo al informe médico y a las visitas diarias⁵.

Igualmente, refirió que el diálogo libre con la familia surge que ésta desconoce lo que se hace y lo que se decide en la UCI. Fantasea sobre la situación acerca de la enfermedad, imaginándola como una amenaza a su integridad emocional⁵. En la casi totalidad de las familias, el “miedo a no saber qué hacer”, cuando entran a la Unidad en el horario de visita, les lleva a solicitar apoyo y orientación, donde el grupo familiar percibe a la UCI como un lugar donde se concentra la máxima tecnología y donde existen dos fuerzas en oposición: por un lado, el paciente en el límite entre la vida y la muerte y, por otro, el médico que quiere salvarle

la vida. Para la familia la figura principal de la UCI es el médico que da los informes y en él depositan sus expectativas.

Ética y Respeto hacia los familiares de los pacientes críticamente enfermos.-

El código ético que rige a los Profesionales de Enfermería fomenta la base de la medicina que es la relación médico, enfermera (o), paciente y familia en su relación clínica integrada dentro de una estructura asistencial como lo es la UCI. Al respecto, la SEMICYUC, propone un código ético para cumplir con los objetivos, expresados en sus estatutos, de una forma razonable y con una base moral que tenga en cuenta el enfermo, la familia y al equipo de salud, la SEMICYUC siendo esencialmente una sociedad científica, dispone de un código de conducta en el que se plasman los aspectos más relevantes de la relación médico paciente, la relación con los proveedores, la investigación y la docencia. Las leyes, el código deontológico y los principios básicos de la Bioética clínica: Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia las cuales son la base de las afirmaciones y principios que sustentan la toma de decisiones frente a posibles conflictos. El código pretende ser una guía de conducta de la acción del equipo de salud ha de estar por encima de cualquier tipo de presión indebida, pero sí es aconsejable que se conozcan, recuerden, asuman, respeten y promuevan las leyes, los principios y modos éticos de hacer bien las cosas²⁹. En referencia a lo antes citado, Santander y Sosa, conceptualizan que el respeto consiste en “creer en el valor y el potencial de la persona atendida. Es la afirmación de la personalidad y el proceso de mostrar dignidad y el respeto hacia una persona³⁰. El respeto por parte del Profesional de Enfermería es imprescindible para reforzar el valor personal de la persona atendida.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño de la Investigación.-

Para Tamayo y Tamayo la metodología es: un procedimiento general para lograr de una manera precisa el objetivo de la investigación de ahí que la metodología en la investigación, presenta métodos y técnicas para realizar la investigación³¹. La presente investigación busco analizar las necesidades emocionales y terapéuticas de los familiares del Paciente Críticamente Enfermo hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA). Es por ello, que esta investigación se enmarcó dentro de: un diseño no experimental de campo, con un nivel descriptivo, bajo la modalidad de proyecto factible porque se elaboró un Programa de Intervención Psicoeducativo para los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI.

La investigación descriptiva según Hernández, Fernández y Baptista, “buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”³². Así mismo, Hernández, Fernández y Baptista, conceptualizan el diseño no experimental como, estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.³². En este estudio, la estrategia de investigación se basó en un diseño no experimental, dado que, no se sometió a prueba ninguna de las variables para evaluar sus cambios o efectos producidos.

Aunado a lo antes expuesto, la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL), refiere que la investigación de campo es, el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia³³. En este estudio, el tipo de investigación fue de campo, ya que los hechos se observaron directamente de la realidad, donde se aplicó un instrumento a los familiares de los pacientes críticamente enfermos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), dado que, de los resultados de estos análisis y sus conclusiones se utilizaron para la elaboración del programa psicoeducativo dirigido a los familiares de los pacientes críticamente enfermos hospitalizados en dicho servicio.

Igualmente, tiene la modalidad de proyecto factible, que según la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL), explica que consiste en, la investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta, de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales³³. El presente trabajo de investigación persiguió elaborar un programa psicoeducativo de intervención a la familia del Paciente Críticamente Enfermo hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), frente a las necesidades emocionales y terapéuticas, para la formación de competencias en el cuidado enfermero, como modelo de las acciones e intervenciones transformacionales adecuadas de la realidad que padece esta población sujeta al estudio.

3.2 Población y Muestra.-

Según Hernández, Fernández y Baptista, la población, es el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones³². En la presente investigación, la propuesta abarca a treinta (30) familiares consanguíneos de primer grado de los pacientes críticamente enfermos hospitalizados en la UCI del IAHULA por lo que la población es finita. Para este caso en especial no se justifica la conformación de un subgrupo o muestra para la aplicación de la investigación por lo reducida de la población. Para Ramírez, población finita, es aquella cuyos elementos en su totalidad son identificables por el investigador, por lo menos desde el punto de vista del conocimiento que se tiene sobre su cantidad total³⁴. En consecuencia, no se tomó muestra, sino se trabajó con la población muestral.

Sistema de variables y su Operacionalización

El estudio se consideró univariable referido fundamentalmente a analizar las necesidades emocionales y terapéuticas de los familiares del Paciente Críticamente Enfermo hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), Periodo marzo - septiembre 2012. La variable fue definida operacionalmente, como el conjunto de factores o elementos, emocionales y terapéuticas capaces de producir satisfacción en las necesidades sentidas de los familiares de las personas críticamente enfermos (as) hospitalizados (as) en la UCI.

Tabla N° 1.

3.3 Operacionalización de la Variable.

Variable	Objetivos Específicos	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Necesidades Psicoterapéuticas de los familiares del Paciente Críticamente Enfermo durante su estadía en la UCI, periodo marzo-septiembre 2012	Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.	Datos Socio-demográficos	Edad	1
			Genero	2
			Estado Civil	3
			Nivel Académico	4
			Ocupación	5
			Procedencia	6
			Parentesco	7
	Identificar las necesidades emocionales de los familiares del paciente críticamente enfermo durante su estadía en la UCI.	Necesidades Emocionales	Comunicación	8,9,10
			Apoyo	11,12,13,14,15
			Empatía	16,17,18,19
			Información	20,21,22
			Lenguaje	23
			Tacto y escucha	24,25,26
	Determinar las necesidades terapéuticas de los familiares del paciente críticamente enfermo durante su estadía en la UCI.	Necesidades Terapéuticas.	Confianza y seguridad	28,29,30,31
			Visita al enfermo	32
Ética y respeto			33,34,35,36	

Fuente: Fernández (2012).

3.4 Instrumento para la Recolección de Datos.-

Para llevar a cabo esta investigación, se utilizó la encuesta, la cual fue tomada del trabajo realizado por Huércanos, titulado “Estudio Piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de Enfermería”, Zaragoza, España; el mismo obtuvo un valor Alfa de Cronbach global de 0,946, lo cual indica una elevada consistencia interna o coherencia entre los ítems³⁵. Fue modificada por el autor del presente estudio, dándole como alternativas de respuestas Siempre, Algunas Veces y Nunca bajo la escala de Lickert. Según Arias, la encuesta es una técnica que pretende obtener información que suministra un grupo o muestra de sujetos acerca de si mismos, o en relación con un tema en particular³⁶. A juicio del investigador, es una encuesta autoadministrada ya que el investigador no intervino en el llenado del mismo, permitiendo llegar a la demostración de los resultados, mediante un análisis de tipo cuantitativo, y así sacar las conclusiones correspondientes, según los datos recogidos, permitió visualizar todos los hechos de interés como fase diagnóstica para la elaboración de la propuesta de un programa psicoeducativo dirigido a los familiares del Paciente Críticamente Enfermo.

3.4.1 Validación del Instrumento.-

Para la validación del instrumento, se utilizó la Técnica “Juicio de Expertos”, es decir, se le entregó el formato diseñado para la recolección de datos acompañado de los objetivos de la investigación, el sistema de variables y una serie de criterios para cualificar las preguntas a tres especialistas en el área, quienes actuaron como jueces verificando si cada uno de los incisos propuestos mide lo que se pretende en cuanto a precisión, relevancia y pertinencia.

Para tal efecto se diseñó un instrumento que permitió al experto evaluar el cuestionario de recolección de datos en forma cualitativa y cuantitativa las cuales fueron tomadas en cuenta para la elaboración del instrumento definitivo. Es por ello, que Palella y Martins, la definen como la ausencia de sesgos representando la relación entre lo que se mide y aquello que realmente se requiere medir³⁷.

3.5 Procedimiento para la Recolección de Datos

Para cumplir con este aspecto, los pasos se detallan a continuación:

- Se solicitó por escrito permiso a los Coordinadores Médicos y de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), a fin de acceder a dichas instalaciones, previa explicación de los objetivos del estudio.

- Se reunió a los familiares a quienes se les explicó los objetivos de la investigación y su importancia. Una vez obtenido el consentimiento de los familiares del Paciente Críticamente Enfermo hospitalizado en la UCI, se procedió a entregar un ejemplar del cuestionario a cada uno de ellos en el turno diurno, durante los meses de Mayo, junio y julio del año 2012, animándoles a dar respuesta al cuestionario diseñado para tal efecto.

3.6 Procesamiento y Análisis de los Datos.-

Concluida la fase de recolección de los datos, el autor procedió a realizar las siguientes actividades:

1. Revisión de cada uno de los cuestionarios para verificar que se respondieron en su totalidad, luego se elaboró una matriz de datos para registrar las respuestas emitidas por los sujetos de estudio en cada uno de los ítems.
2. Se calculó las frecuencias absolutas y relativas con la ayuda del programa Excel para cada ítem, lo cual accedió a la elaboración de las tablas descriptivas para cada dimensión y sus indicadores, permitiendo la confrontación de los resultados con las teorías que sustentan el estudio; a fin de determinar la situación actual de la variable.
3. Se elaboró las conclusiones en función de los resultados por objetivos específicos; posteriormente, se presentaron las recomendaciones del estudio.
4. Finalmente se elaboró el Programa de Intervención Psicoeducativo para los familiares de los pacientes críticamente enfermos hospitalizados en la UCI, frente a las necesidades emocionales y terapéuticas.

3.7 Plan de Tabulación y Análisis Estadístico de los Datos.-

Después de recopilar la información obtenida en el instrumento aplicado, se procedió a realizar la tabulación de forma manual, para luego agruparlos en frecuencia absoluta y porcentaje de respuesta y posterior a ello, representarlos en tablas y gráficos para su análisis cuantitativo y cualitativo.

CAPÍTULO IV

4.1 PRESENTACIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

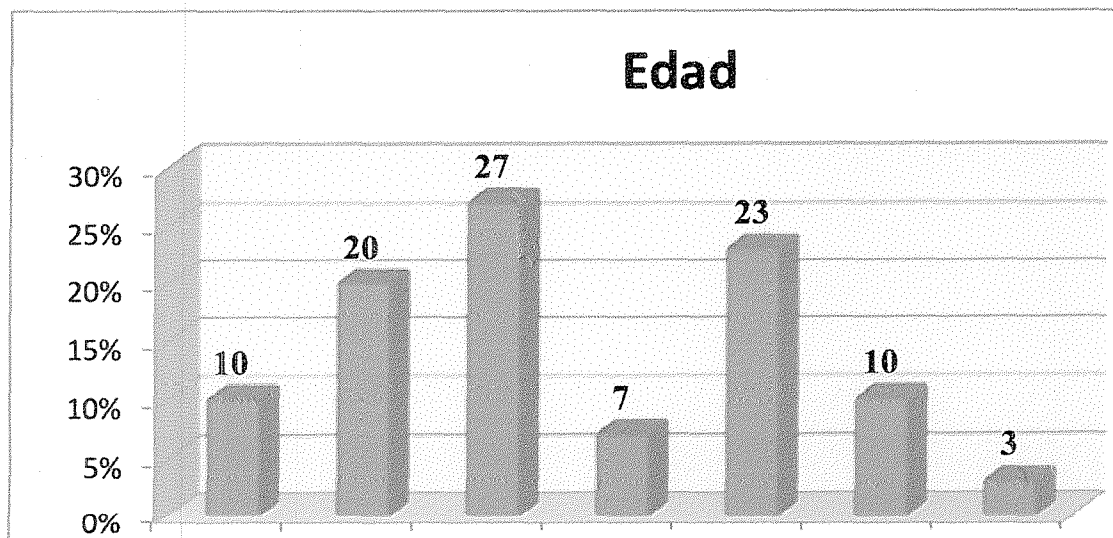
Aplicado el instrumento y obtenidos los resultados de la población en estudio, se procedió a organizar la información en tablas contentivas de la frecuencia absoluta y porcentual de respuesta de cada ítems, con la finalidad de facilitar el análisis de los resultados obtenidos, para así dar un mayor reconocimiento al problema abordado.

Tabla N° 2: Dimensión: Datos Sociodemográficos, Indicador: Edad.

Indicador	18-20 años		21-25 años		26-30 años		31-35 años		36-40 años		41-45 años		46-50 años	
	fa	fr	fa	fr	fa	fr	fa	fr	fa	fr	fa	fr	fa	F
Edad	3	10	6	20	8	27	2	7	7	23	3	10	1	3

Fuente: Instrumento de recolección Fernandez (2012)

Gráfico N° 1: Dimensión Datos Sociodemográficos, Indicador: Edad.



Fuente: Instrumento de recolección Fernandez (2012)

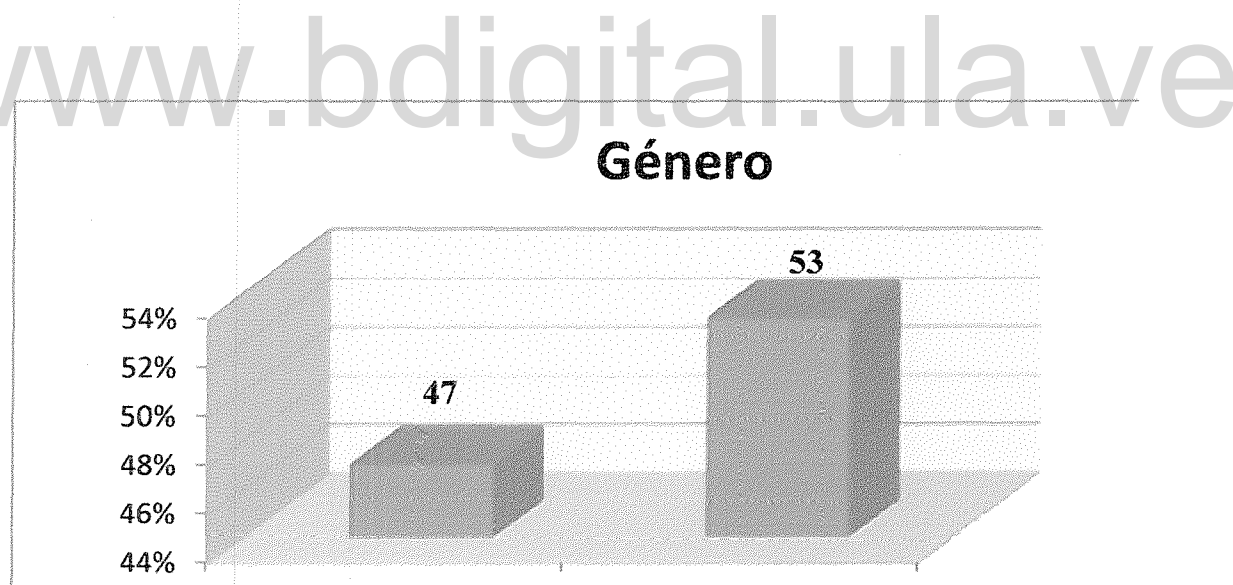
En la tabla N° 2, gráfico N° 1, Dimensión: Datos Sociodemográficos, Indicador: edad; arrojó que un 27% de los familiares encuestados pertenece a las edades comprendidas entre los 26 y 30 años, seguido de un 23% que hace referencia entre las edades de 36 y 40.

Tabla N° 3: Dimensión: Datos Sociodemográficos, Indicador: Género.

Indicador	Masculino		femenino	
	Fa	Fr	fa	fr
Género	14	47	16	53

Fuente: Instrumento de recolección Fernandez (2012)

Gráfico N° 2: Dimensión Datos Sociodemográficos, Indicador: Género.



Fuente: Instrumento de recolección Fernandez (2012)

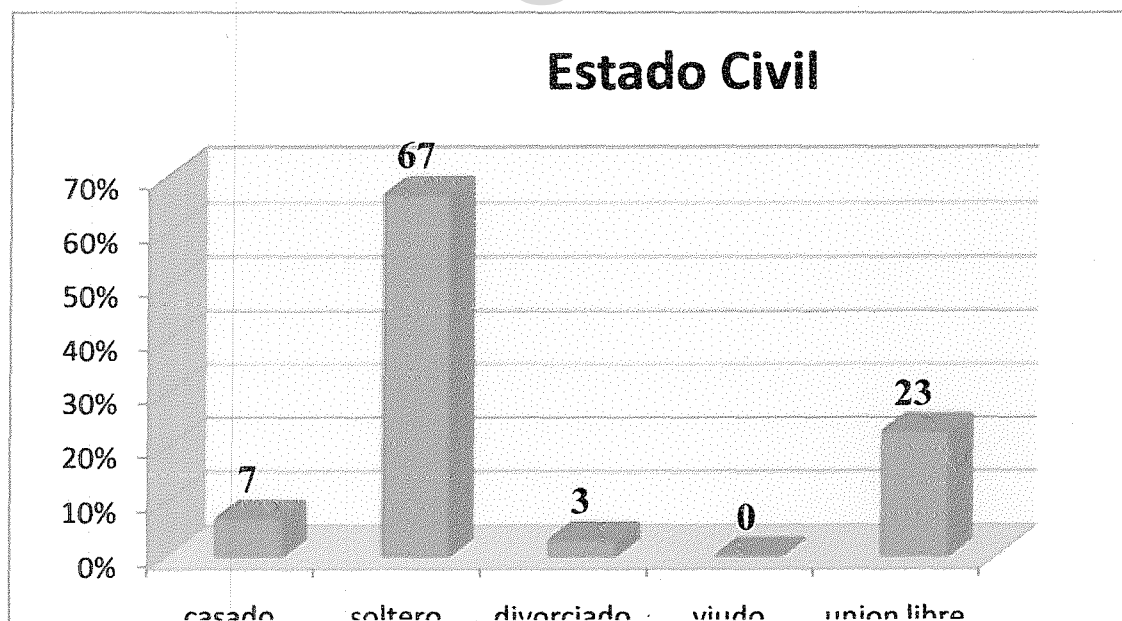
En la tabla N° 3, gráfico N° 2, Dimensión: Datos Sociodemográficos: Indicador: Género; se evidencio que un 53% de los familiares encuestados pertenecen al género femenino y el 47 % del género masculino.

Tabla N° 4: Dimensión Datos Sociodemográficos, Indicador: Estado Civil.

Indicador	Casado		Soltero		Divorciado		Viudo		Unión libre	
	fa	Fr	fa	fr	Fa	fr	fa	fr	fa	fr
Estado civil	2	7	20	67	1	3	--	--	7	23

Fuente: Instrumento de recolección Fernandez (2012)

Gráfico N° 3: Distribución de Frecuencia, Dimensión Datos Sociodemográficos, indicador Estado Civil.



Fuente: Instrumento de recolección Fernandez (2012)

En la tabla N° 4, gráfico N° 3, Dimensión: Datos Sociodemográficos, Indicador: Estado Civil, se evidencia que un 67 % se encuentran soltero, el 23 % en unión libre, el 7% refiere estar casado y el 3% están divorciado.

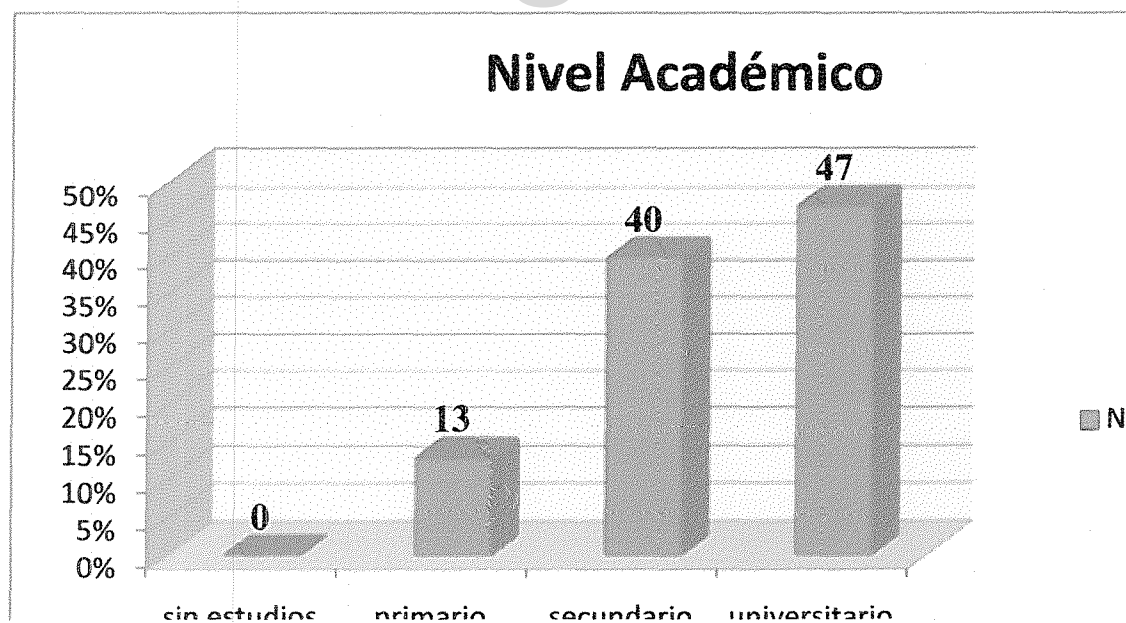
Tabla N° 5: Dimensión Datos Sociodemográficos, Indicador Nivel Académico.

Indicador	Sin estudios titulados		Primario		Secundario		Universitario	
	fa	fr	fa	fr	fa	fr	fa	Fr
Nivel académico	--	--	4	13	12	40	14	47

Fuente: Instrumento de recolección Fernandez (2012)

Gráfico N° 4: Distribución de frecuencia, dimensión datos sociodemográficos, Indicador: Nivel Académico.

www.bdigital.ula.ve



Fuente: Instrumento de recolección Fernandez (2012)

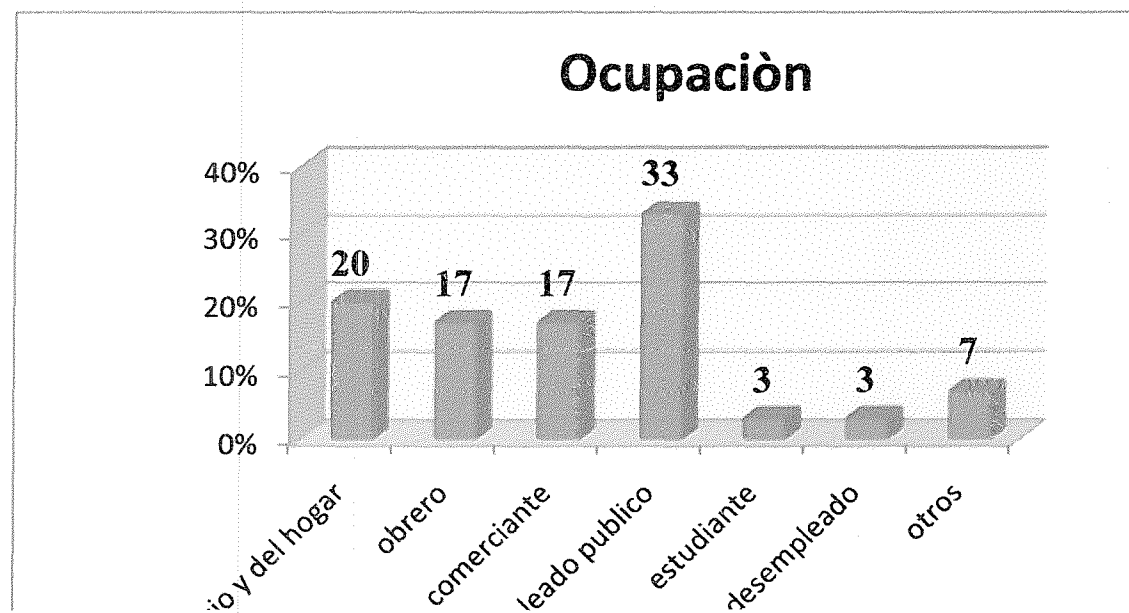
En la Tabla N° 5, gráfico N° 4, Dimensión: Datos Sociodemográficos, Indicador: Nivel Académico, se observó que un 47% indican tener Título Universitario, el 40 % tener estudios de Secundaria, y un 13 % refiere tener estudios de Primaria.

Tabla N° 6: Distribución de Frecuencia, Dimensión: Datos Sociodemográficos, Indicador: Ocupación.

Indicador	Oficio del hogar		obrero		Comer- ciante		Emplea- do público		estudiante		Desem- pleado		otros	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
Ocupación	6	20	5	17	5	17	10	33	1	3	1	3	2	7

Fuente: Instrumento de recolección Fernandez (2012)

Gráfico N° 5: Distribución de Frecuencia, Dimensión: Datos Sociodemográficos, Indicador: Ocupación.



Fuente: Instrumento de recolección Fernandez (2012)

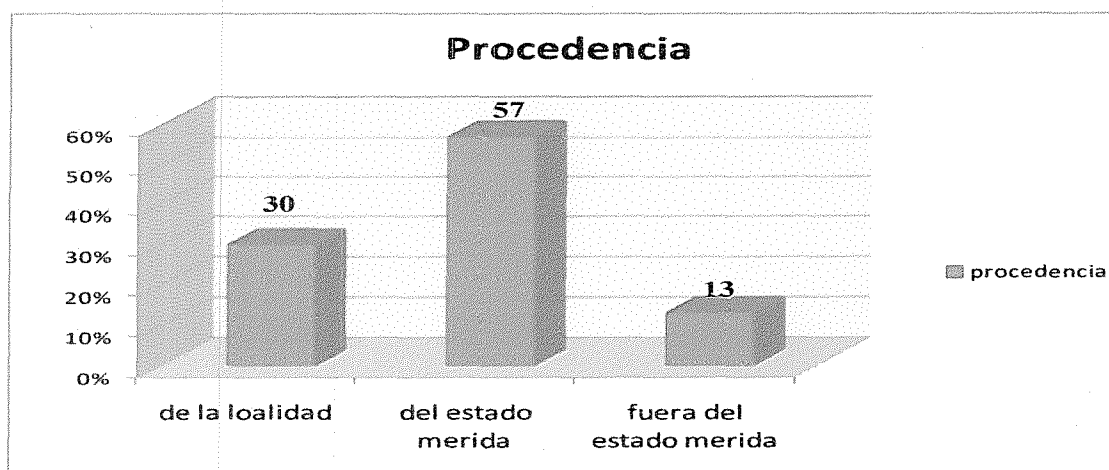
En la Tabla N° 6, gráfico N° 5, Dimensión: Datos Sociodemográficos, Indicador: Ocupación, se evidenció que un 33% de los familiares encuestados son empleados públicos, seguido por un 20 % que pertenecen a oficios del hogar, con igual porcentaje se encuentran la ocupación de obrero y comerciante con un 17% ambas, un 7% de los familiares refieren otros, y en igualdad se encuentran por ultimo estudiantes y desempleados con un 3 %.

Tabla N° 7: Distribución de Frecuencia, Dimensión Datos Sociodemográficos, Indicador: Procedencia.

Indicador	Municipio libertador		Fuera del municipio Libertador		Fuera del Estado Mérida	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
Procedencia	9	30	17	57	4	13

Fuente: Instrumento de recolección Fernandez (2012)

Gráfico N° 6: Distribución de Frecuencia, Dimensión Datos Sociodemográficos, Indicador: Procedencia.



Fuente: Instrumento de recolección Fernandez (2012)

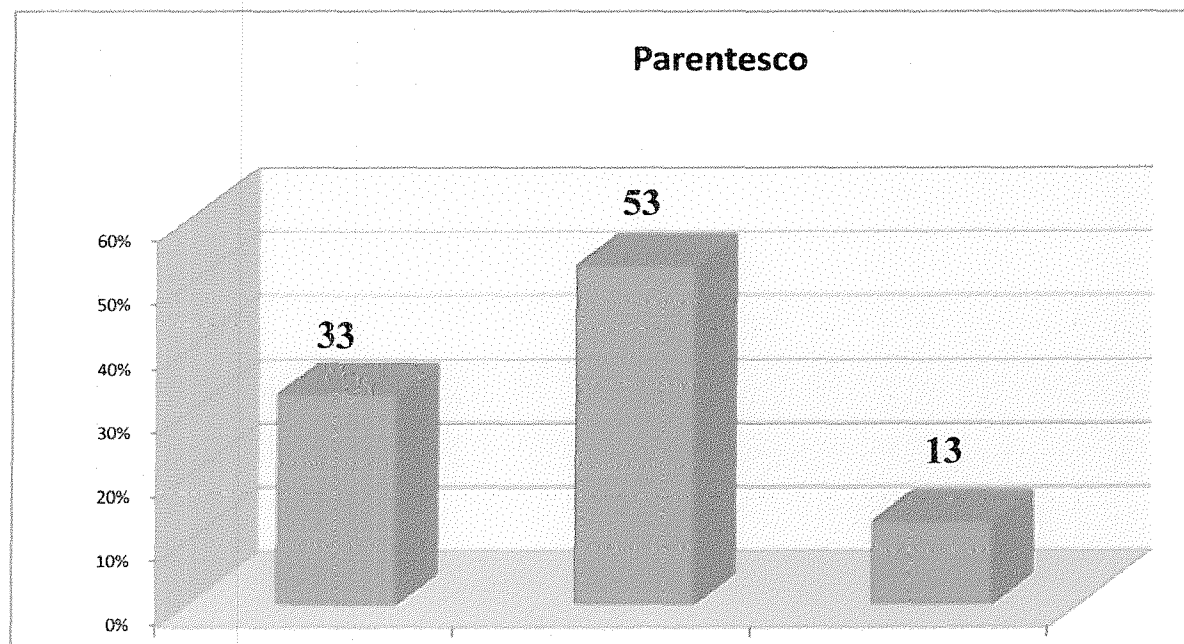
En la tabla N° 7, gráfico N° 6, dimensión: datos sociodemográficos, indicador Procedencia, un 57 % de los familiares pertenecían al estado Mérida, el 30 % del Municipio Libertador, y 13% provienen fuera del estado Mérida.

Tabla N°8: Distribución de Frecuencia, Dimensión Datos Sociodemográficos, Indicador: Parentesco.

Indicador	Padre		Madre		Otros	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
Parentesco	10	33	16	53	4	13

Fuente: Instrumento de recolección Fernandez (2012)

Gráfico N° 7: Distribución de Frecuencia, Dimensión Datos Sociodemográficos, Indicador: Parentesco.



Fuente: Instrumento de recolección Fernandez (2012)

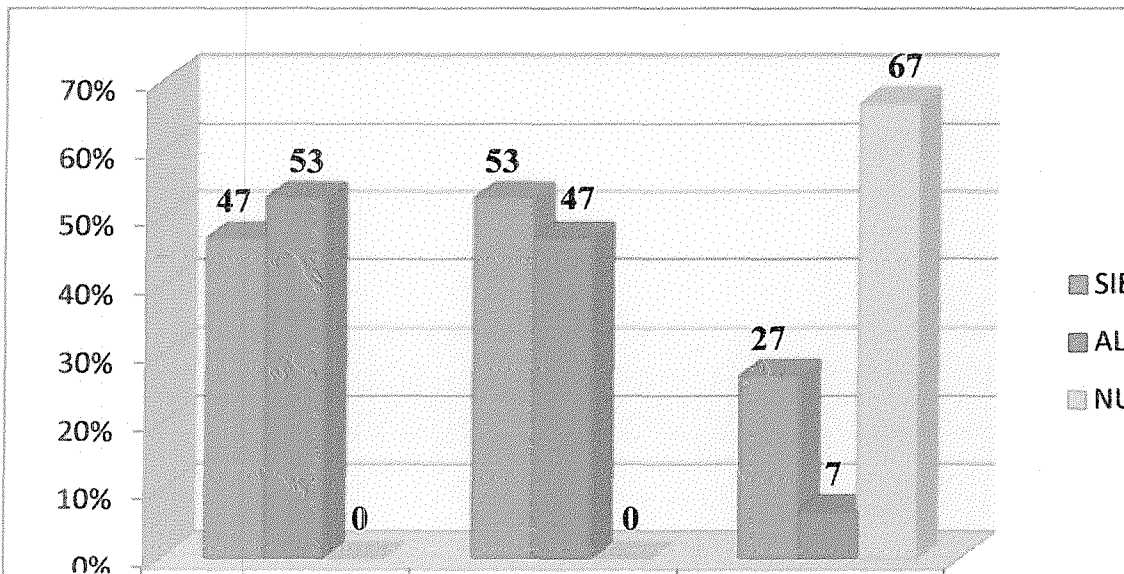
En la Tabla N° 8, gráfico N° 7, Dimensión: Datos Sociodemográficos, Indicador: Parentesco, un 53% de los familiares son las madres de los pacientes, un 33% refieren ser los padres y otros como (hermanos) se encuentran con 13%.

Tabla N° 9: Distribución de Frecuencia, Dimensión Necesidades Emocionales, Indicador: Comunicación.

Indicadores	Ítem	Siempre		Algunas veces		Nunca	
		fa	fr	fa	fr	fa	fr
Comunicación	Ítem 8	14	47	16	53	--	--
	Ítem 9	16	53	14	47	--	--
	Ítem 10	8	27	2	7	20	67

Fuente: Instrumento de recolección Fernández (2012)

Gráfico N° 8: Dimensión Necesidades Emocionales, Indicador: Comunicación.



Fuente: Instrumento de recolección Fernández (2012)

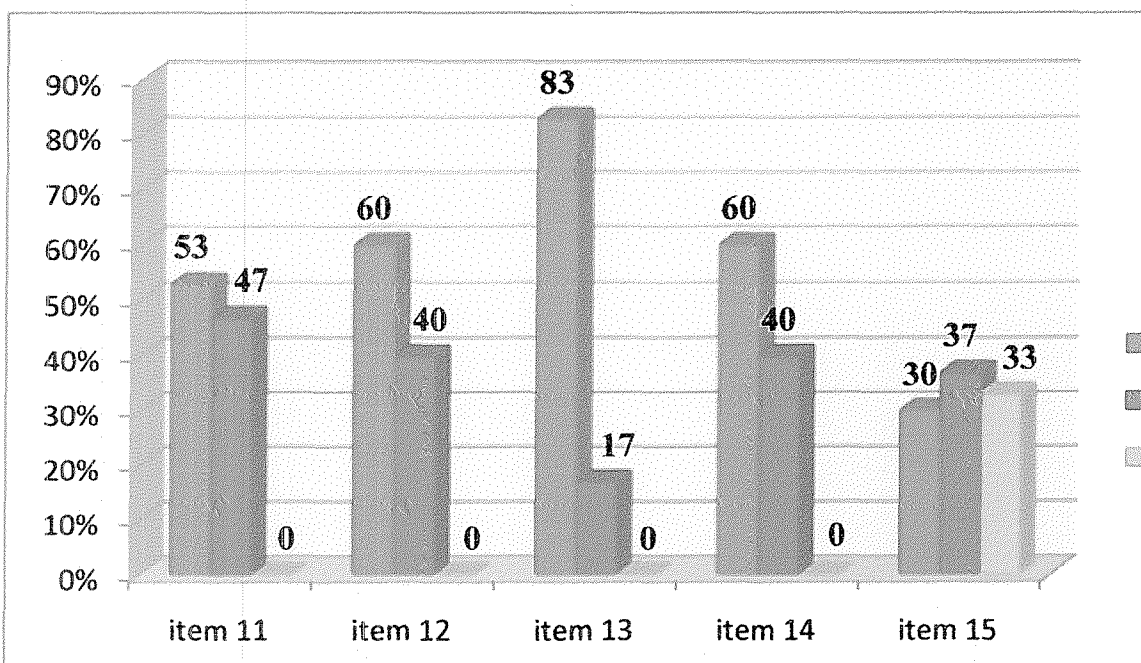
En la tabla N° 9, gráfica N° 8, Dimensión: Necesidades Emocionales, Indicador: Comunicación arrojo para el ítem N° 8, que la mayoría de los familiares del paciente críticamente enfermo manifestó con un 53% que algunas veces el personal se mostró dispuesto para aclararle las dudas que surgieron durante el ingreso de su familiar enfermo. En cuanto al ítem N° 9, un 53% de los familiares manifestó que siempre el personal de enfermería los atendió con rapidez cuando se les llamó. Referente al ítem N° 10, un 67% de los familiares comunicó que nunca le llamarán a su casa si ocurre algún cambio significativo en el estado de salud de su familiar enfermo. Es por ello, que Kozzier, Blais, Erb y Wilkinson, señalan que todas las personas se comunican, pero los profesionales de la salud modifican la comunicación normal para favorecer la salud de los pacientes²⁷. Al respecto la comunicación en las Unidades de Cuidados Intensivos se convierten en terapéutica, ya que la misma se establece de una forma en que uno de los individuos la propicia y la maneja de forma tal, que la misma va a estar dirigida para beneficiar y a canalizar cambios positivos tanto en el paciente como en su familiar. Así mismo Muñoz, Restrepo y Uribe, en su estudio arrojó que la percepción de la satisfacción del familiar con el cuidado de enfermería puede estar basada únicamente en las interacciones enfermera (o)/familia y las percepciones del familiar del cuidado al paciente crítico¹⁷.

Tabla N° 10: Distribución de Frecuencia, Dimensión Necesidades Emocionales, Indicador: Apoyo.

Indicadores	Ítem	Siempre		Algunas veces		Nunca	
		fa	fr	fa	fr	fa	fr
Apoyo	Ítem 11	16	53	14	47	--	--
	Ítem 12	18	60	12	40	--	--
	Ítem 13	25	83	5	17	--	--
	Ítem 14	18	60	12	40	--	--
	Ítem 15	9	30	11	37	10	33

Fuente: Instrumento de recolección Fernández (2012)

Gráfico N° 9: Distribución de Frecuencia, Dimensión Necesidades Emocionales, Indicador: Apoyo.



Fuente: Instrumento de recolección Fernández (2012)

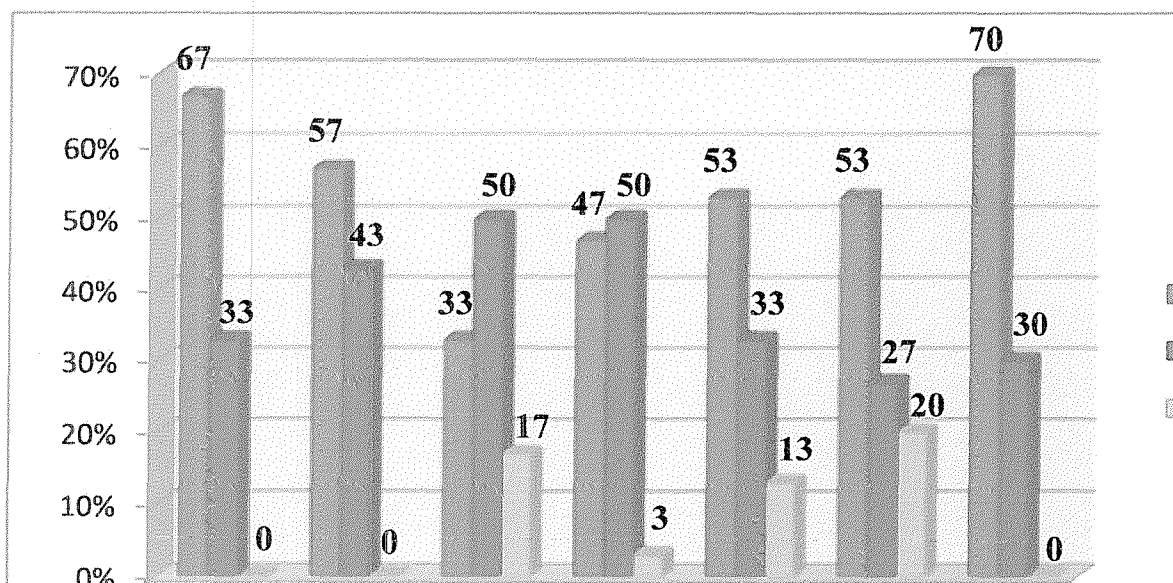
En la Tabla N° 10, Gráfico N° 9, Dimensión: Necesidades Emocionales, Indicador Apoyo comunicó para el ítem N° 11, un 53% manifestó que siempre el Personal de Enfermería estuvo atento y le orientó en cuanto a la enfermedad de su familiar enfermo. Referente al ítem N° 12, un 60%, informó que siempre el personal de enfermería le dio ánimo cuando lo ameritó. Con respecto al ítem N° 13, un 83%, indicó que siempre, el personal de enfermería intento tranquilizarle, dándole la información que ellos necesitaban en el momento oportuno. Referente al ítem N°14, el 60% indicó, que siempre el personal de enfermería le dedicó El tiempo adecuado que ellos necesitaban. Para el ítem N° 15, un 37% refirió que algunas veces El Personal de Enfermería acudió a comprobar cómo estaba, aunque no le hubiera llamado. Es por ello, que Ariza, señala al respecto: Cada uno responde de manera diferente ante la enfermedad. Es la enfermera (o), quien debe tratar de conocer y comprender la situación y respuesta de cada uno para poder ofrecer apoyo³⁸. El Profesional de Enfermería de la UCI, debe reforzar las defensas, y hacer sentir protegido y seguro al familiar del paciente críticamente enfermo, y así, responder a las preguntas que formule, para sobrellevar la carga emocional que trae consigo mismo. El análisis anteriormente arrojado se relaciona con el estudio realizado por Alvis, Moreno y Muñoz en el que se ha tenido en cuenta los derivaciones fenomenológicas donde a grosso modo, se destacan las siguientes categorías de comportamientos de cuidado: sentimientos del familiar del paciente enfermo, apoyo emocional, apoyo físico, características de la enfermera, cualidades del hacer de la enfermera, proactividad de la enfermera, priorización del ser cuidado, empatía y disponibilidad para la atención³⁹.

Tabla N° 11: Distribución de Frecuencia, Dimensión Necesidades Emocionales, Indicador: Empatía e Información.

indicadores	Ítem	Siempre		Algunas veces		Nunca	
		Fa	fr	Fa	Fr	Fa	fr
Empatía	Ítem 16	20	67	10	33	--	--
	Ítem 17	17	57	13	43	--	--
	Ítem 18	10	33	15	50	5	17
	Ítem 19	14	47	15	50	1	3
Información	Ítem 20	16	53	10	33	4	13
	Ítem 21	16	53	8	27	6	20
	Ítem 22	21	70	9	30	--	--

Fuente: Instrumento de recolección Fernández (2012)

Gráfico N° 10: Distribución de Frecuencia, Dimensión Necesidades Emocionales, Indicador: Empatía e Información.



Fuente: Instrumento de recolección Fernández (2012)

En la Tabla N° 11, Gráfico N° 10, Dimensión: Necesidades Emocionales, Indicador: Empatía, estableció para el ítem N° 16, con un 67% percibieron, que siempre el personal de enfermería fue amable con ellos durante el ingreso de su familiar enfermo en la UCI. En el ítem N° 17, el 57% destacó que siempre ha sentido que el personal de enfermería en algún momento trató de ponerse en su lugar para comprender la situación por la que estaba pasando. El ítem N° 18, un 50% refiere que algunas veces, el personal de enfermería le dedico momentos o espacios para hablar sobre temas que le preocuparon acerca de la evolución clínica de su familiar enfermo. En el ítem N° 19, con 50%, comunicaron que algunas veces, el personal de enfermería se preocupó por cómo se encontraba, incluso cuando la situación más crítica del familiar enfermo ya había pasado. Con respecto a las necesidades emocionales, indicador de información. El ítem N° 20, un 53% arrojó, que siempre el personal de enfermería le enseñó algunas pautas como (tomar la medicación, dieta, ejercicio entre otros) para prevenir recaídas de la enfermedad cuando su familiar haya egresado del hospital. En cuanto al ítem N° 21, un 53% refirió que siempre el personal de enfermería le dijo como avisar si necesita algo o si presentaba algún problema. El ítem N° 22, con un 70% indicó que siempre el personal de enfermería le explicó lo que le estaba ocurriendo a su familiar enfermo y el por qué se le estaban haciendo algunos procedimientos. En consideración a lo antes analizado, Agüero, en su estudio expresó que la persona vive en un contexto familiar y la atención a la familia forma parte de la función de enfermería, donde el ingreso en la Unidad de Cuidados Críticos produce separación y ruptura, altera los roles familiares y genera necesidades que se traducen en demandas de empatía, seguridad e información⁴⁰. Así mismo, expresó que numerosos trabajos ponen de relieve la importancia de la inclusión de la atención a la familia para reducir la ansiedad y para ayudar a mantener la estructura familiar de manera que ésta pueda actuar

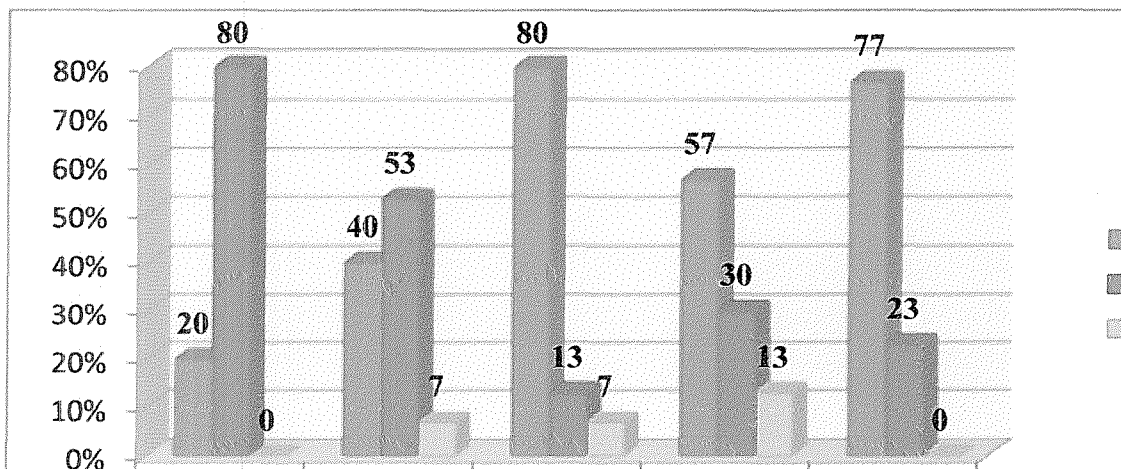
como soporte del enfermo y para que esto se logre, es necesario que el cuidado de enfermería valore las necesidades concretas de cada familia y se haga una planificación de cuidados específica para cada caso.

Tabla N° 12: Distribución de frecuencia, Dimensión Necesidades Emocionales, Indicador: Lenguaje, Tacto y Escucha, Sinceridad.

indicadores	Ítem	Siempre		Algunas veces		Nunca	
		Fa	fr	fa	Fr	Fa	fr
Lenguaje	Ítem 23	6	20	24	80	--	--
Tacto y Escucha	Ítem 24	12	40	16	53	2	7
	Ítem 25	24	80	4	13	2	7
	Ítem 26	17	57	9	30	4	13
Sinceridad	Ítem 27	23	77	7	23	--	--

Fuente: Instrumento de recolección Fernández (2012)

Gráfico N° 11: Distribución de frecuencia, Dimensión Necesidades Emocionales, Indicador: Lenguaje, Tacto y escucha, Sinceridad.



Fuente: Instrumento de recolección Fernández (2012)

En la tabla N° 12, gráfico N° 11, Dimensión: Necesidades Emocionales, Indicador: Lenguaje, estableció para el ítem N° 23, un 80% de los familiares refirió que algunas veces las explicaciones que le daba el personal de Enfermería acerca del estado de su familiar enfermo había sido con palabras que ellos podían entender, donde la esencia del lenguaje entre los seres humanos es vital para establecer cualquier tipo de relación, de allí que Andrade y Torres, recomiendan que el equipo de salud al momento de comunicarse con el paciente o familia del mismo debe utilizar un lenguaje apropiado para comunicarse, sin modismos, sin tecnicismos, sin coloquios u otro tipo de lenguaje que pueda confundir al familiar del paciente críticamente enfermo. ⁴¹ El tipo de lenguaje que los Profesionales de Enfermería deben emprender en el día a día, debe hacerse con especial énfasis en la ayuda y comprensión al familiar de éste tipo de pacientes, lo cual puede conllevar al fortalecimiento tanto emocional como intelectual al momento de una crisis, que trae consigo el tener al familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos.

En las Necesidades Emocionales, Indicador Tacto y Escucha, refiere que el ítem N° 24, acotó con un 53%, que algunas veces el personal de Enfermería lo (a) tomó en cuenta, haciéndole preguntas y escuchándole sobre las dudas que tenía acerca de su familiar enfermo. El ítem N° 25, arrojó un 80%, que siempre el personal de Enfermería le atendió con delicadeza, en el ítem N° 26, un 57% refirió, que siempre el personal de Enfermería se sentó cerca para hablar y aliviar sus tensiones emocionales. Es puntual recalcar la finalidad de la técnica de la escucha donde el Profesional de Enfermería puede entender y comprender las necesidades del enfermo y su familiar, según Kozzier, Blais, Erb y Wilkinson, consiste en, escuchar atentamente el mensaje básico del cliente y posteriormente repetir las ideas, sentimientos, o ambos, con

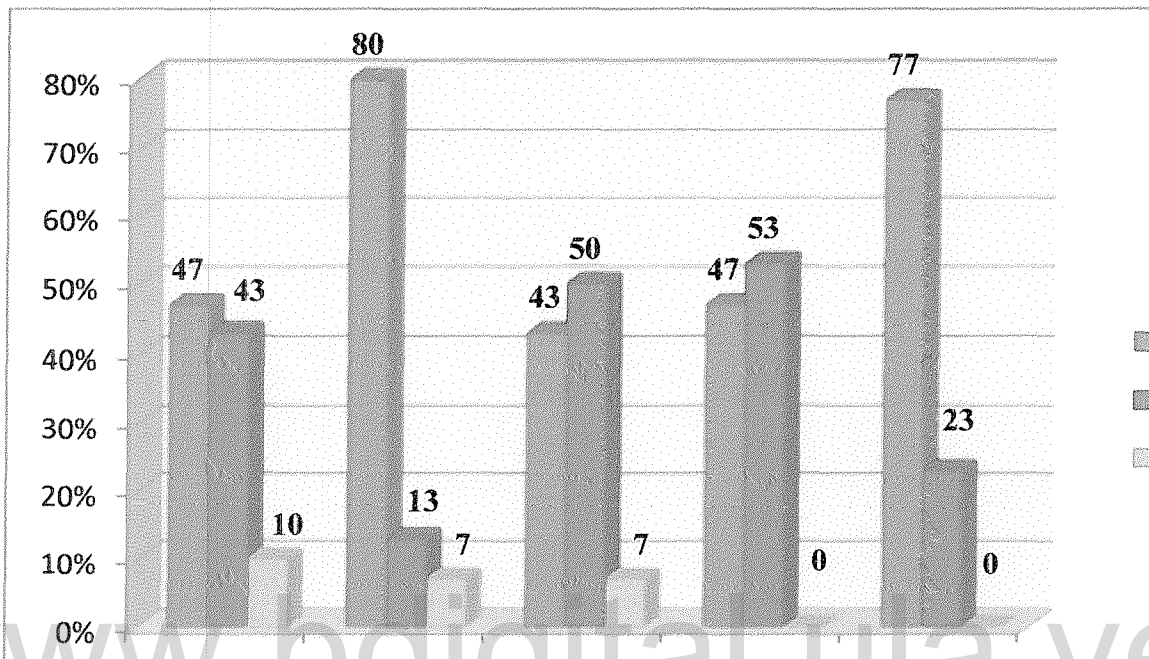
palabras similares²⁷, el objetivo la técnica de escucha es asegurarse de comprender el mensaje transmitido. A través de la paráfrasis el profesional de enfermería, verificará si lo expresado tiene correspondencia con lo que desea o manifiesta, ello proporciona apoyo y seguridad al familiar al ser comprendido. En las Necesidades Emocionales, Indicador Sinceridad, en el ítem N° 27, el 77% indicó que siempre el personal de Enfermería fue sincero (a) durante el proceso de enfermedad de su familiar. Es así como Agüero, opina que la combinación de una clara explicación objetiva de la situación del paciente con un intercambio empático entre la familia y el Profesional de Enfermería informante, debe saber conectarse en forma adecuada; donde muchas veces este Profesional cree que fue clara (o) en sus expresiones y que, por lo tanto, fue comprendido, la comprensión ocurre sólo cuando se establece el intercambio empático entre quien escucha y quien expresa⁴⁰. Así mismo, expresa que las familias aprecian recibir la información necesaria, con claridad, lentamente, utilizando vocabulario llano y sin tecnicismos, donde el factor tiempo destinado no se considera determinante en el proceso de comprensión y aceptación.

Tabla N° 13: Dimensión Necesidades Terapéuticas, Indicador: Confianza y Seguridad, visita al enfermo.

Indicadores	Ítem	Siempre		Algunas veces		Nunca	
		Fa	fr	Fa	fr	Fa	fr
Confianza y Seguridad	Ítem 28	14	47	13	43	3	10
	Ítem 29	24	80	4	13	2	7
	Ítem 30	13	43	15	50	2	7
	Ítem 31	14	47	16	53	--	--
Visita al enfermo	Ítem 32	23	77	7	23	--	--

Fuente: Instrumento de recolección Fernandez (2012)

Gráfico N° 12: Distribución de Frecuencia, Dimensión Necesidades Terapeuticas, Indicador: Confianza y Seguridad, visita al enfermo.



Fuente: Instrumento de recolección Fernández (2012)

En la Tabla N° 13, Gráfica N° 12, Dimensión: Necesidades Terapéuticas, Indicador: Confianza y Seguridad, el ítem N° 28, con un 47% arrojó que siempre el personal de Enfermería procuró que el entrevistado participara en el cuidado de su familiar hospitalizado para que estuviese preparado cuando le den de alta. El ítem N° 29, un 80% indicó que siempre el personal de Enfermería lo tomó (a) en cuenta durante el ingreso de su familiar enfermo aclarándole el motivo de la admisión a UCI. El ítem N° 30, con un 50% refirió que algunas veces se sintió acompañado por el personal de Enfermería durante la estancia hospitalaria de su familiar enfermo. En el ítem N° 31, un 53% indicó que algunas veces el personal de enfermería lo (a) hizo sentir reconfortado (a) cuando lo necesitó. En apoyo a lo expuesto,

Dumás, refiere que la confianza es fundamental para establecer una adecuada relación enfermera (o)-paciente y familia, por lo que la misma debe empezar a establecerse desde el mismo momento del ingreso del enfermo a la Unidad de Cuidados Intensivos, para lo cual es esencial que los Profesionales de Enfermería, muestre toda su capacidad como profesional al poner en práctica cada uno de sus roles, en la intervención psicoeducativa del familiar del paciente críticamente enfermo⁴². El mismo autor refiere que la confrontación que debe hacer al familiar del paciente debe ser armoniosa, donde se rescate las costumbres que familiarizan a cada uno de ellos, para la recuperación integral del paciente críticamente enfermo.

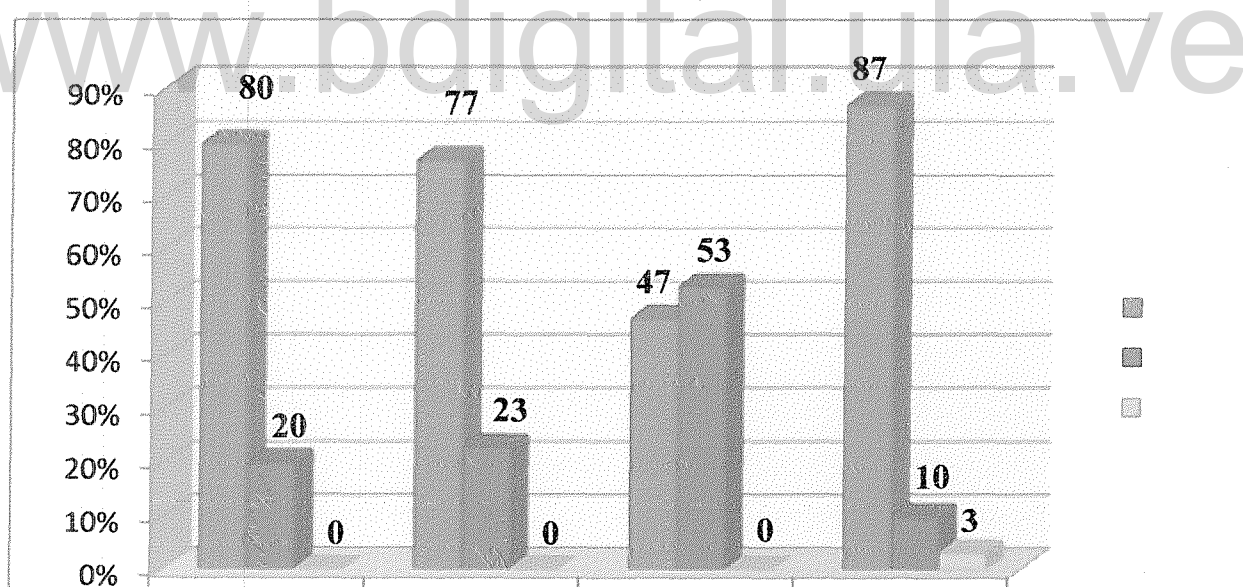
Con respecto a las Necesidades Terapéuticas, Indicador: Visita al enfermo, en el ítem N° 32, un 77%, comunicó que siempre durante la visita al familiar enfermo en UCI se sintieron cómodos (as). A diferencia del estudio realizado por Uribe, Muñoz y Restrepo, que los sentimientos más frecuentes generados durante la visita al familiar, fueron la percepción de muerte o deseos de descanso eterno, la tristeza, la esperanza y el dolor, y cada informante respondió de forma diferente a ellos¹⁷. Así mismo, cuando se les preguntó sobre su sentir, se observó ansiedad, angustia, llanto, suspiros, seguridad al relatar, pausas, algunas más largas, evasión de la mirada, movimientos con las manos, disminución de la voz, aumento en el tono de la voz y rapidez en la descripción.

Tabla N° 14: Distribución de Frecuencia, Dimensión: Necesidades Terapeuticas, Indicaciones: Ética y Respeto.

indicadores	Ítem	Siempre		Algunas veces		Nunca	
		Fa	fr	fa	fr	fa	fr
Ética y Respeto	Ítem 33	24	80	6	20	--	--
	Ítem 34	23	77	7	23	--	--
	Ítem 35	14	47	16	53	--	--
	Ítem 36	26	87	3	10	1	3

Fuente: Instrumento de recolección Fernandez (2012)

Gráfico N° 13: Distribución de Frecuencia, Dimensión: Necesidades Terapéuticas, Indicaciones: Ética y Respeto.



Fuente: Instrumento de recolección Fernandez (2012)

En la tabla N° 14, gráfica N° 13, Dimensión: Necesidades Terapéuticas, Indicador: Ética y Respeto, con el ítem N° 33, un 80% indican que siempre el personal de Enfermería procuró

preservar su intimidad emocional durante la estadía de su familiar enfermo. Con respecto al ítem N° 34, con el 77%, arrojó que siempre consideraron que la intervención del personal de Enfermería fue adecuada y precisa durante la estadía de su familiar enfermo. El ítem N° 35, con un 53%, comunicaron que algunas veces creyeron que el personal de Enfermería tomó sus propias decisiones para cuidar a su familiar enfermo durante su estadía en la UCI. Con respecto al ítem N° 36, un 87 % consideraron que siempre el personal de Enfermería procuró preservar su intimidad al darle información delicada sobre la enfermedad de su familiar, durante la estadía en UCI. Como lo argumenta Delgado, el respeto es un valor trascendental del hombre, que involucra la tolerancia, aceptación, valoración de la vida y las personas⁴³. El Profesional de Enfermería y especialmente el de la Unidad de Cuidados Intensivos, deben tener presente que la ética es un código y una regla, que no debe quebrantarse, ya que el respeto es una integridad y un derecho que garantiza el cuidado de calidad al enfermo críticamente hospitalizado y sus familiares en la Unidad de Cuidados Intensivos, manteniendo siempre presente la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Luego de haber señalado los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento para recabar información acerca de las necesidades emocionales y terapéuticas de los familiares del paciente críticamente enfermo, hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del (IAHULA), período marzo – septiembre 2012. Se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

5.1 Conclusiones.-

1.- En cuanto a las características sociodemográficas de la población en estudio, se identificó que la mayoría de los familiares de primera línea consanguínea se encontró entre los 26 y 30 años, más de la mitad eran de género femenino, la mayoría de los familiares refirieron estar solteros, más de la cuarta parte de los encuestados tienen como ocupación ser empleados públicos y más de la mitad de ellos tienen como parentesco ser la mamá del paciente hospitalizado.

2.- Con respecto a las necesidades emocionales, se identificó en el indicador comunicación que más de la mitad de los familiares del Paciente Críticamente Enfermo manifestó que algunas veces el Profesional de Enfermería se mostró dispuesto para aclararle las dudas que surgieron durante el ingreso de su familiar enfermo. De igual manera un poco más de la mitad de los familiares encuestados manifestaron que siempre este personal los atendió con rapidez cuando se les llamó. Se encontró con preponderancia que los familiares refirieron que nunca

se les llamará a su casa si ocurre algún cambio significativo en el estado de salud de su familiar enfermo.

El indicador Apoyo arrojó que más de la mitad de los encuestados manifestaron que siempre el personal de Enfermería estuvo atento y le orientó en cuanto a la enfermedad de su familiar enfermo. Un poco más de la mitad de los familiares refirieron que siempre el personal de Enfermería le dio ánimo cuando lo amerito. Con más de las tres cuartas partes de los familiares indicaron que siempre, el personal de Enfermería intentó tranquilizarle, dándole la información que ellos necesitaban en el momento oportuno. Más de la mitad refirieron, que siempre el personal de Enfermería le dedicó el tiempo adecuado que ellos necesitaban. Un poco menos de la mitad indicaron que algunas veces el personal de Enfermería acudió a comprobar cómo estaba, aunque no le hubiera llamado.

El indicador Empatía, establece en más de la mitad de los familiares, expresando que siempre el personal de Enfermería fue amable con ellos durante el ingreso de su familiar enfermo en la UCI. Más de la mitad destacó que siempre han sentido que el personal de Enfermería, en algún momento, trató de ponerse en su lugar para comprender la situación por la que estaba pasando. Un poco más de la mitad de los familiares refirieron que algunas veces, el Profesional de Enfermería les dedicó momentos o espacios para hablar sobre temas que le preocuparon acerca de la evolución clínica de su familiar enfermo. De igual manera más de la mitad de los encuestados, comunicaron que algunas veces, el Profesional de Enfermería se preocupó por cómo se encontraban, incluso cuando la situación más crítica del familiar enfermo ya había pasado.

Con respecto a las necesidades emocionales en él, indicador información, más de la mitad indicaron que siempre el personal de Enfermería le enseñó algunas pautas (tomar la medicación, dieta, ejercicio entre otros) para prevenir recaídas de la enfermedad cuando su familiar haya egresado del hospital. Más de la mitad refirieron que siempre el personal de Enfermería les dijo como avisar si necesita algo o si presentaba algún problema. Con poco menos de la tercer cuarta parte indicaron que siempre el personal de Enfermería le explicó lo que le estaba ocurriendo a su familiar enfermo y el por qué se le estaban haciendo algunos procedimientos.

En cuanto a las necesidades emocionales y el indicador: lenguaje, la mayoría de los familiares indicaron que algunas veces, las explicaciones que se les daba acerca del estado de su familiar enfermo había sido con palabras que ellos podían entender.

En las necesidades emocionales, indicador tacto y escucha, refirieron, más de la mitad de los encuestados, que algunas veces el personal de Enfermería lo (a) tomó en cuenta, haciéndole preguntas y escuchándole sobre las dudas que tenían acerca de su familiar enfermo. Con más de las tres cuartas parte de los familiares narraron que siempre el personal de Enfermería le atendió con delicadeza, con más de la mitad, indicaron que dicho personal se sentó cerca de ellos (as) para hablar y aliviar las tensiones emocionales.

En las necesidades emocionales, indicador: sinceridad, con más de las tres cuartas partes indico que siempre el personal de Enfermería fue sincero (a) durante el proceso de enfermedad de su familiar.

3.- En lo concerniente a la intervención de Enfermería en las necesidades Terapéuticas, indicador: Confianza y Seguridad, poco menos de la mitad de los encuestados arrojó que el Profesional de Enfermería procuró que ellos (as) participaran en el cuidado de su familiar hospitalizado para que estuviese preparado cuando le den de alta. Con gran preponderancia indicaron que siempre se les tomó (a) en cuenta durante el ingreso de su familiar enfermo aclarándoles el motivo de la admisión a UCI. La mitad de los familiares refirieron que algunas veces se sintieron acompañado por el personal de Enfermería durante la estancia hospitalaria de su familiar enfermo. Más de la mitad indicaron que algunas veces los hicieron sentir reconfortados cuando lo necesitaron.

Con respecto a las Necesidades Terapéuticas, indicador: visita al enfermo, con poco más de las tres cuartas partes, comunicaron que siempre durante la visita al familiar enfermo en UCI se sintieron cómodo (a).

En relación a las Necesidades Terapéuticas, indicador: Ética y Respeto, más de las tres cuartas partes de los familiares mostraron que siempre el personal de Enfermería procuró preservar su intimidad emocional durante la estadía de su familiar enfermo; gran predominio de los encuestados arrojó que siempre consideraron que la intervención del personal de Enfermería fue adecuada y precisa durante la estadía de su familiar enfermo. Con más de la mitad, comunicaron que algunas veces creyeron que el personal de Enfermería tomó sus propias decisiones para cuidar a su familiar enfermo durante su estadía en la UCI. Gran margen de los familiares encuestados discurrieron que siempre el personal de Enfermería procuró preservar

su intimidad al darle información delicada sobre la enfermedad de su familiar, durante la estadía en UCI.

5.2 Recomendaciones.-

A partir de los resultados encontrados y considerando lo relevante del estudio sobre las necesidades emocionales y terapéuticas de los familiares del Paciente Críticamente Enfermo, hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del (IAHULA), período marzo – septiembre 2012, base para elaborar un programa de intervención psicoeducativa a la familia del paciente críticamente enfermo. Se establecen las siguientes recomendaciones:

1.- Presentar los resultados de esta investigación a los directivos de la Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería y al personal de la Unidad de Cuidados intensivos (UCI), del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), a fin de dar a conocer la opinión de los familiares de los pacientes críticamente enfermos, con relación a la satisfacción de los mismos ante la intervención de enfermería.

2.- Efectuar planes de trabajo o talleres para los Profesionales de Enfermería, reforzándole el desarrolló de habilidades y destrezas en la satisfacción de las necesidades sentidas de los familiares de los pacientes críticamente enfermos como herramienta fundamental que garantice la calidad del cuidado.

3.- Diseñar un Programa de Educación Continua en Servicio para los Profesionales de Enfermería, haciendo énfasis en la comunicación terapéutica, lo cual ayude a disminuir las

necesidades emocionales y garantice la satisfacción de las necesidades de los familiares de los pacientes críticamente enfermos.

4.- Integrar a los familiares en los cuidados básicos del paciente críticamente enfermo, bajo un plan de cuidados sistematizado y basado en la evidencia supervisado por el Profesional de Enfermería, que contemple las necesidades emocionales y terapéuticas a unas normas en donde quede definido qué y cómo hacer con el familiar en cada momento.

5.- Sugerir a los Coordinadores Médico y de Enfermería, la amplitud de las horas de visitas de los familiares en la Unidad de Cuidados Intensivos, ya que una familia participativa es una familia más sana, con más herramientas para luchar contra la incertidumbre y desesperanza que deja dicha visita, lo cual garantizará la calidad del proceso salud – enfermedad.

6.- Proponer a los Profesionales de Enfermería la información para con los familiares, de cualquier anormalidad sucedida, ya que se encontró que los familiares refirieron que nunca se les llamará a su casa si ocurre algún cambio significativo en el estado de salud de su familiar enfermo.

7.- Motivar a los Profesionales de Enfermería para que ejecuten el Programa de Intervención Psicoeducativa para familiares de los pacientes críticamente enfermos.

8.- Aludir a los Profesionales de Enfermería para que cumplan con el compromiso de ejecución del programa y así se garantizará el enlace con la Consulta de Salud Mental y Psiquiatría para posterior abordaje de los familiares del paciente críticamente enfermos.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVO PARA LA FAMILIA DEL PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO DURANTE SU ESTADÍA EN LA UCI DEL IAHULA.

Servicio: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Área: Salón de Clases o Sala de Espera de Familiares.

Facilitadores Responsables: Especialistas, Residentes Médicos y de Enfermería del Postgrado de Pacientes Críticos.

Denominación: Programa de Intervención Psicoeducativo para la familia del paciente críticamente enfermo durante su estadía en la UCI del IAHULA.

Descripción:

Los profesionales de la salud desarrollan acciones de cuidado, donde deben resolver permanentemente situaciones que implican riesgo para la vida de los pacientes; las cuales necesitan de una rápida y correcta toma de decisiones. Las intervenciones de los Profesionales de Enfermería requieren de un sólido sustento científico-técnico, que considere tanto la complejidad y diversidad de los problemas de salud de las personas en estado crítico, como la aplicación de la aparatología apropiada, los procedimientos y técnicas avanzadas. Estas intervenciones deben garantizar el cuidado integral del paciente, lo cual implica considerar aspectos bio-psicosociales, y la inclusión activa de su grupo familiar, a través de las sesiones psicoeducativas, como elemento imprescindible en la planificación y desarrollo de cuidados.

La intervención psicoeducativa de la familia puede representar un complemento para el desarrollo de habilidades y destrezas en el cuidado del paciente críticamente enfermo, ya que se basa en el propio conocimiento que tiene la familia sobre su familiar hospitalizado en UCI, los cuales adquieren mayor relevancia. La concepción del programa se deberá nutrir de modelos y paradigmas instalados en los procesos educativos en salud, desde la percepción de la problematización y los diversos enfoques; a partir de los cuales se adoptarán los criterios orientadores para la concreción de la presente propuesta en relación de las necesidades de la población estudiada. Para ello, se hace necesario que el equipo de salud oferten cuidados de excelente calidad al enfermo crítico y su familia lo cual repercute en la dinámica familiar y por ende a la sociedad.

Introducción:

La ciencia aplicada al enfermo en estado crítico es una especialidad de reciente formación. Los cuidados intensivos se caracterizan por una actividad multidisciplinaria enfocada a los enfermos que se encuentran con compromiso de sus funciones vitales o en riesgo de desarrollarlo debido a la falla de uno o más sistemas. La educación en la Unidad de Cuidados Intensivos es una actividad compleja en la que interactúa el proceso psicoeducativo, mejora continua, profesionalismo y bioética. El proceso psicoeducativo así concebido asegurará al equipo de salud empeño para el cuidado de excelencia y a los enfermos y sus familiares una atención con elevados estándares de calidad, seguridad, solidaridad y humanismo.

El equipo de salud adscrito a las Unidades de Cuidados Intensivos viven hoy día momentos de oportunidades y desafíos únicos, mientras más se desarrollan hacia el cambio los sistemas

de salud, se adquiere mayor complejidad; las cuales se perfilan como variables capaces de predecir una práctica orientada hacia una mejor satisfacción de los enfermos hospitalizados y sus familiares; entre esos aspectos importantes se destaca el factor de motivación de los profesionales, la programación de actividades específicas y la disminución de la demanda asistencial en áreas que proporcionan cuidados al paciente crítico.

Los programas asistenciales de acción y de los centros de salud reflejan la disposición relativamente nueva de las actividades, en las que participan los Profesionales Médicos y de Enfermería, y para no quedarse atrás, es preciso mantenerse a la altura de estos eventos, así como de la modificación de los mismos.

En tal sentido, las sesiones psicoeducativas llevadas en los servicios de cuidado al paciente críticamente enfermo revisten especial importancia porque permiten mantenerse al corriente de esos cambios únicos, fomentando la iniciativa para ampliar y ejecutarlos dentro de los servicios, y como una de las funciones del equipo médico y el equipo de enfermería es compenetrarse con los nuevos conocimientos y cambio de aptitud y actitud que se requieren, para garantizar la calidad de vida del enfermo crítico y su familia.

Es así, que la satisfacción de los familiares se puede entender como el bienestar que sienten cuando disminuyen las demandas en cuanto al cuidado proporcionado al familiar del paciente críticamente enfermo. Al respecto para conseguir la satisfacción ante los cuidados de salud, es necesario tener en cuenta la competencia, habilidad y destreza profesional, para consagrar así una adecuada atención integral. Según Lizarzabal, Añez y Romero, la definen de la siguiente manera:

La "calidad" en el sentido de "hacer las cosas bien, o lo mejor posible" no es nuevo; la filosofía que preside la obtención de la calidad, no se basa en la premisa de la simple mejora de los productos o servicios que ofrecen, sino en la adecuación de las necesidades de la persona. La filosofía de la calidad se basa en no perder de vista en ningún momento el justificante de la existencia de cualquier institución. De esta forma, desde el diseño y desarrollo de los procesos de educación y difusión de conocimientos y la estructura organizativa, deben pasar a gestionarse en función de la obtención de unos objetivos acordes con las necesidades de las personas (p.2).⁴⁴

Es así como Goldman, dice que "la motivación es un proceso interno y propio de cada persona, que consiste en la ejecución de conductas hacia un propósito que el individuo considera necesario y deseable.⁴⁵ Este compromiso con la realidad implica considerar diferentes dimensiones como la técnica, la sociedad, la cultura y la ética. Los nuevos abordajes educacionales en los servicios de salud apuntan a un enfoque que valora el potencial humano, el desarrollo de la competencia personal e interpersonal, bajo un enfoque que valora al ser humano como una totalidad.

Es indispensable pensar en nuevos enfoques metodológicos, educar a los familiares requiere innovaciones metodológicas, para mantener la motivación hacia el aprendizaje. Es por ello, que es preciso creer y defender los programas psicoeducativos dentro de los ámbitos de salud, como fundamento para elevar la calidad de vida tanto del paciente críticamente enfermo como de su grupo familiar.

El programa de intervención psicoeducativo para la familia del paciente críticamente enfermo, se estructura considerando la Medicina del Cuidado Crítico desde varios aspectos; tomando en cuenta principios y contenidos que todo profesional de salud adscrito a los servicios de

cuidado al paciente crítico debe conocer para aplicar acciones decisivas que vayan en beneficio del enfermo, la familia y la comunidad.

Justificación:

El paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos y su familia, son el núcleo de la práctica de la enfermería crítica. Es por ello, que se hace necesario implementar el Programa de Intervención Psicoeducativo, el cual es la base para la información facilitada a los familiares en relación al estado de salud, desde el punto de vista médico y sobre los cuidados enfermeros, ya que tiene una gran importancia y relevancia, durante la hospitalización, y especialmente durante el ingreso en la Unidad de cuidados Intensivos (UCI). Se observó que una de las principales necesidades de los familiares, es recibir una adecuada información.

Al final del ingreso en la UCI, tanto el paciente como el familiar y el equipo de salud, deberán quedar satisfechos con el cuidado proporcionado durante su estadía. Las claves para lograrlo pasan por conocer, comunicar y atender. Así mismo, el Personal de Enfermería juega un papel fundamental en el logro de los objetivos, ya que posee el conocimiento, desarrolla su labor asistencial a través de los cuidados y con la comunicación se propone establecer una relación terapéutica para mejorar la atención de los familiares, desde una perspectiva más humana.

Considerando que el cuidado del paciente crítico es incompleto si no se acompaña del abordaje de los problemas no médicos de los familiares en relación a los sentimientos de ansiedad, miedo, soledad y hasta el pensar en la muerte del familiar hospitalizado, ya que de una u otra manera, cada uno de los profesionales según su criterio y valores, deberían de ofrecer el apoyo a los familiares durante su estancia en la Unidad. En general la información debe ser organizada, comprensible, secuencial y sistemática ya que es un componente esencial

de los cuidados enfermeros, porque facilita y mejora la relación terapéutica paciente-enfermera (o)-familiar y por tanto la confortabilidad de los mismos, durante su hospitalización. Pero un punto controvertido en el proceso de informar, a través de las sesiones psicoeducativas, ya que es relativo quien debe dar la misma y sobre qué información se tiene la responsabilidad, es por ello que el programa debe ser responsabilidad tanto de médicos como de enfermeras (o).

De lo expuesto, se deduce que una institución que pretenda alcanzar niveles de gestión de excelencia, deberá considerar las opiniones de la estructura, el proceso y los resultados de los cuidados de salud ofertados a la población y el grado de satisfacción en pro de la satisfacción de todos. En cuanto al aporte teórico: la enfermería es una profesión que se apoya en la base de la actualización del conocimiento, hoy en día, se considera una ciencia aplicada, la cual requiere una formación especializada; que reconozca implementar nuevas políticas de enfermería, desarrollo de la producción científica e investigación, fortalecimiento ante las intervenciones con los pacientes-familia y comunidad, es por lo tanto que requiere de la ejecución de programas y protocolos llevados en las diferentes áreas. En cuanto al aporte social: puede convertirse en una parte esencial que permita promover el fortalecimiento del cuidado enfermero, desarrollo de nuevos programas, incorporación del tema en procesos de capacitación que contribuyan a la construcción de un nuevo paradigma, que garantice a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), un recurso esencial para mantener la satisfacción tanto del paciente como de la familia, en pro de responderle a una sociedad saludable.

En cuanto al aporte práctico: se considera importante debido a la necesidad de crear conciencia de análisis, pensamiento crítico al debate y receptividad ante la realidad al cambio y transformación, donde se infunda valores que consientan integrar, impulsar y promover una red colaborativa y de alianza estratégica, que asegure el avance de enfermería en beneficio de sus múltiples funciones y capacidad de continuar hacia posiciones aún más desafiantes. Aunado a lo antes mencionado, el programa tiene la finalidad de constituir una orientación adecuada que favorezca la adaptación tanto del enfermo como de la familia ante el cumplimiento de los cuidados enfermeros y la información precisa, concisa y apropiada que les permita solicitar la ayuda especializada en el momento oportuno.

Objetivo General:

Satisfacer las necesidades emocionales y terapéuticas de los familiares del paciente Críticamente Enfermo durante su estadía en la UCI, a través del Programa de Intervención Psicoeducativo.

Objetivos Específicos:

- 1.- Mantener la comunicación con los familiares del paciente críticamente enfermo durante su estadía en la UCI.
- 2.- Disminuir el estado emocional desfavorable de los familiares del paciente críticamente enfermo durante su estadía en la UCI.
- 3.- Mantener informados a los familiares sobre los cuidados terapéuticos del paciente críticamente enfermo durante su estadía en la UCI.

4.- Reforzar el manejo de las necesidades terapéuticas, a los familiares del paciente críticamente enfermo durante su estadía en la UCI.

5.- Canalizar el enlace con la consulta de psiquiatría cuando se evidencien síntomas emocionales desfavorables en los familiares del paciente críticamente enfermo.

Objetivo Terminal:

Con la ejecución del Programa de Intervención Psicoeducativo, como fundamento de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se logrará la motivación de los Profesionales de Enfermería hacia el aprendizaje, para elevar la calidad de vida tanto del paciente críticamente enfermo como de su grupo familiar.

Recursos materiales necesarios para el desarrollo del contenido y el logro de cada objetivo específico.

Durante el desarrollo del Programa de Intervención Psicoeducativo se utilizará las técnicas: Observación Participante y Entrevista, Participación grupal, Dinámicas de Relajación y Aplicación de los instrumentos de Evaluación Emocional.

Para la ejecución de este programa se utilizará los siguientes recursos materiales: cámara fotográfica, cuadernos de campo, computador, video beam, pizarrón, lápices y marcadores.

Recursos Humanos: Profesionales Médicos, Profesionales de Enfermería, Estudiantes del postgrado y familia del paciente críticamente enfermo.

Tiempo

Las sesiones psicoeducativas orientadas a la familia del paciente críticamente enfermo hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), adscrita al IAHULA, Municipio Libertador – Mérida Estado Mérida, tendrán una duración de treinta (30) minutos, 2 veces a la semana, es decir martes y jueves, distribuidas, en común acuerdo con los facilitadores.

Contenido Temático

La educación y orientación a la familia se realizará mediante sesiones psicoeducativas. Los contenidos temáticos que se anotan a continuación, no agotan los temas, sino que se ampliarían de acuerdo a las necesidades detectadas o a petición de los interesados. Esta parte del Programa de Intervención Psicoeducativo deberá ser planificada para que su desarrollo esté apegado a la calidad de los cuidados enfermeros, según indicadores y estándares de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), para éste, se incluye un ejemplo de- cómo deberá prepararse cada sesión.

Objetivo General: Satisfacer las necesidades emocionales y terapéuticas de los familiares del Paciente Críticamente Enfermo durante su estadía en la UCI, a través del Programa de Intervención Psicoeducativo.					
Objetivos Específicos	Contenidos	Estrategias Metodológicas	Evaluación Técnica/ Instrumento	Recursos Didácticos	Facilitador (a)
Mantener la comunicación con los familiares del Paciente Críticamente Enfermo.	1.- Comunicación efectiva con la familia del Paciente Críticamente Enfermo. 2.- Manejo de las relaciones interpersonales con la familia de Paciente Críticamente Enfermo.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lecturas de reflexión. ➤ Dinámicas de las etiquetas. ➤ Dramatización. ➤ Aplicación de una terapia grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anécdotas ➤ Entrevistas ➤ Aplicación de Técnica grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trípticos ➤ Video beam ➤ Pizarrón. ➤ Marcadores. ➤ Grabador. ➤ Música. ➤ Carteleras alusivas al tema 	Personal de Enfermería ó Personal Médico.
Disminuir el estado emocional desfavorable de los familiares del paciente Críticamente Enfermo.	1.- Reconocimiento de sí mismo. 2.- Reconocimiento de ansiedad, miedo, temor y baja autoestima. 3.- Aumentar el control emocional. 4.- Aplicar Terapia de relajación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sesión Psicoeducativa. ➤ Dinámica Grupal. ➤ Lluvia de ideas. ➤ Feed-back 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anécdotas ➤ Entrevista ➤ Terapia de relajación. ➤ Aplicación de Técnica grupal 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trípticos ➤ Video beam ➤ Pizarrón. ➤ Marcadores. ➤ Material de apoyo. 	Personal de Enfermería ó Personal Médicos.
Reforzar el manejo de las necesidades terapéuticas, a los familiares del paciente Críticamente Enfermo durante su estadía en la UCI.	1.- Concepto, clasificación de la patología de ingreso más frecuente. 2.- Fortalecer la introspección positiva de la patología de ingreso más frecuente. 3. Concienciar a los familiares sobre los ruidos que causa la monitorización. 4.- Explicar sobre las aspiraciones bronquiales adecuadas, mientras este intubado. 5.- mantener informado al familiar sobre la evolución clínica.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sesión Psicoeducativa. ➤ Dinámica Grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicación de Instrumento de Medida de los indicadores de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Video beam ➤ Pizarrón. ➤ Marcadores. ➤ Material de apoyo. ➤ Carteleras alusivas al tema. 	Personal de Enfermería ó Personal Médicos
5.- Canalizar el enlace con la Consulta de Psiquiatría cuando se evidencien síntomas emocionales desfavorables en los familiares del paciente Críticamente Enfermo.	1.- Reconocimiento de sí mismo. 2.- Reconocimiento de ansiedad, miedo, temor y baja autoestima patológica 3.- Observar desequilibrio emocional. 4.- Identificar alteraciones en el pensamiento, la afectividad y la sensopercepción.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sesión Psicoeducativa. ➤ Dinámica Grupal. ➤ Lluvia de Ideas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicación del instrumento de medida de la escala de Hamilton para medir ansiedad y la escala de Beck para medir depresión. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Carteleras alusivas al tema 	Personal de Enfermería, enlace con Salud Mental y Psiquiatría.

Fuente: Fernández (2012).

Al final de cada tema se evaluará el desarrollo de éste, tomando como modelo el siguiente ejemplo:

EVALUACIÓN DEL TEMA	
Responda a continuación la siguiente interrogante:	
1.-	¿Cómo le pareció a usted el tema presentado?
2.-	Escriba tres aspectos del cuidado enfermero que le parezcan importante?
1.	_____

2.-	_____

3.-	_____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. -Dueñas, Y. Rivas, E. Satisfacción con la Inclusión Familiar en la Atención de Pacientes Críticos. [Tesis Doctoral]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina. Arequipa, Perú. [En línea]; 2011 [Consulta: 2012, Marzo] Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos85/inclusion-familiaratencion-pacientescriticos/inc_lusion- familiar-atencion-pacientes-criticos.shtml
2. -Caqueo, A. y Lemos, S. Calidad de Vida y Funcionamiento Familiar de Pacientes con esquizofrenia en una Comunidad latinoamericana. Universidad de Tarapacá. Chile y Universidad de Oviedo. Revista Psicothema. 2008; Vol. 20. N° 4. Pág. 577 – 582.
3. - Saunders, J. Families living with Severe Mental Illness: A literature review. Issues in Mental Health Nursing. 2003; 24, 175-198.
- 4.-Huerta, J. Estudio de la Salud Familiar. PAC. MF -1: Inter Sistemas. Colegio Medicina Familiar. México; 1999.
- 5.-Albisturi, M., Basigalupo, J., Gerez, J., Uzal, M., Ebeid, A., Maciel, M., Soto J. Familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Uruguay. Trabajo publicado de especialidad de Cuidados Intensivos [En línea] 2000 [consulta: 2011, enero 10] Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2000v3/art8.pdf>.
- 6.-Lacruz, F. y Uzcátegui, B. Impacto de la Intervención de Enfermería ante la Ansiedad de Familiares con Personas Críticamente Enfermas en la UCI del IAHULA, periodo Abril - Agosto de 2010. [Trabajo Especial de Grado]. No publicado. Universidad de Los Andes. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería; Venezuela. 2010.

7.-Barrera, L. Pinto, N. y Sánchez, B. Reflexiones Del cuidado a partir Del programa “cuidando a los cuidadores”. Chía. Colombia. [En línea] [Consulta: 2011 Abril 12]. 2005. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/66/136>

8.-Mejías, M. Delgado, H., Interacción del personal de Enfermería con los familiares del paciente politraumatizado y su relación con el nivel de estrés de los familiares. Carabobo. Venezuela [En línea] 2010 [consulta: 2011, abril 18] Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2339/1/Interaccion-del-personalde-Enfermeria-con-los-familiares-del-paciente-politraumatizado-y-su-relacion-con-el-nivel-de-estres-de-los-familiares.html>

9.- Albarracín, M. y Mejías, H. Calidad de los Cuidados Enfermeros Ofertados al Paciente Crítico aplicando Indicadores y Estándares de la SEMICYUC- UCI-IAHULA, [Trabajo Especial de Grado Publicado]. Universidad de Los Andes. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería; Venezuela. 2011.

10.-Pérez, M. Rodríguez, M. Catalán. Montejo, Juan. Fernández, A. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. [En línea]. 2004 [consulta: 2011, abril 18] Medicina intensiva, ISSN 0210-5691, Vol. 28, Nº.5, págs. 237-249. 891172. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=>

11.-Delaney LL. Valoración en enfermería: Obtención de datos en la familia. En: Griffith J, Christensen P. Proceso de atención de enfermería. México: Manual Moderno.1986; p. 65.

12. -Satir V. People making. En: Griffith J, Christensen P. Proceso de atención de enfermería. México: Manual Moderno. 1986; p. 201.

13. - Benito, M., García, A., López, I., María, R., Peláez, R. y Rojas, A. Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Ictus” Publicado en Rev

Cient Soc Esp Enferm Neurol.2012; 00 :6-11 - vol.00 núm 35. [En línea]. 2012. [consulta: 2012, abril 18] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-cientifica-sociedad-esp%C3%B1ola-enfermeria-neurologica-319/deteccion-necesidades-los-familiares-pacientes-ingresados-unidad-90142762-originales-breves-2012>

14. -Oliveira, M., L. Grupo de soporte como estrategia para la contención de familiares de pacientes en Unidad de Terapia Intensiva. Rev. esc. enferm. USP vol.44, n.2, pp. 429-436. ISSN 0080-6234 [en línea] 2010. [consulta: 2011, abril 20] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200027>

15. -Freitas, K. Kimura, M. Ferreira, K. Necesidades de los familiares de pacientes en unidades de terapia intensiva: análisis comparativo entre hospital público y privado. Brasil. Trabajo publicado de especialidad de Cuidados Intensivos. Rev latino americana de enfermaje. [En línea] 2007 [consulta: 2011, agosto 22]; vol 15, N° 1, pag 84-92 Disponible en: <http://www.eerp.usp.br/rlae>

16.-Cabrera, S. Ramírez, A. García, M. Sánchez, M. Martín, J. encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. España. Med. [En línea] 2007 [consulta: 2011, agosto 22]; Intensiva v.31 n.2 Madrid mar. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid>

17.-Uribe, M. Muñoz, C. y Restrepo, J. Percepción Familiar del Paciente Crítico Cardiovascular. Escuela Ciencias de la Salud-Facultad de Enfermería. Universidad Pontificia Bolivariana. Invest Educ Enferm [en línea] 2004 [consulta: 2011, agosto 22]; 22 (2): 50-61 Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php>.

18. - Ministerio de Sanidad y Política Social Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y Recomendaciones. Informes estudios de Investigación. Madrid. España. [Artículo en Línea].

2010 [consulta: 2011, agosto 22]; Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>.

19, -Sinibaldi, J. Velasco, L. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias), 1era primera edición. México D.F, editorial Manual Moderno. 2002.

20. - Barbosa, L. Significados y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Index de Enfermería versión impresa ISSN 1132-1296. [Artículo en Línea] 2006 [Consulta: 2010, Noviembre 25]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid>

21. - Ribeiro, A. y Slomski, V. Relación que se establece entre el personal de enfermería y las madres de los niños para el cumplimiento del tratamiento médico en el hospital "Pérez Carreño". Caracas, Distrito Capital. [Artículo en Línea] 2007 [Consulta: 2011, Enero 4] Disponible en: [http://www.almamater.cu//2010./Programa%20cientifico%20\(UNIV2010\).pdf](http://www.almamater.cu//2010./Programa%20cientifico%20(UNIV2010).pdf).

22. - Vallejo, J. Guía Práctica de Psicología. Madrid. España. Ed: Temas de hoy. 2002

23. - Ronderos, G. La inteligencia de las relaciones interpersonales. [Artículo en Línea]. 2006 [Consultado el 13/11/2006]. Disponible: <http://www.psicopedagogia.com/definición/empatía>.

24. - Urden, L. Cuidados Intensivos en Enfermería. Educación del paciente y la familia. Barcelona, España. Editorial Harcourt. Tercera edición. Volumen I. 2001.

25. - Zarfoteza, Gastaldo, Lastra, Sánchez. Perspectiva que tienen las enfermeras de cuidado intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico. Enfermería intensiva. [Artículo en Línea] 2003 Disponible <http://www.scielo.com> [Consulta: 2011, Enero 4]

26. - Calvache, M. La Enfermería Sistemática. Propuesta de un Modelo Ecológico. [Artículo en línea] 2008 [Consulta: 2010, Mayo 15]. Disponible en: <http://books.google.co.ve/books?id=TUuRx9c5780C&pg=PA>
27. - Kozier, B; Erb, G; Blais, K y Wilkinson, J. Fundamentos de la Enfermería: Conceptos, Procesos y Práctica. México: MacGraw Hill Interamericana. 1999
28. - Morrinson, Y. Tratado de Enfermería. Editorial Mac Graw Hill Interamericana. Barcelona, España.1998
29. - Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) Código Ético. [Artículo en Línea].2005 [Consulta: 2010, Mayo 15] Disponible en: <http://www.semicyuc.org/temas/semicyuc/documentos/documento-oficial-de-la-semicyuc/código-etico-semicyu>
30. - Santander, E. y Sosa, E. Módulo II. Enfermería de Salud Mental. Programa de Profesionalización. Escuela de Enfermería. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.2004
31. -Tamayo y Tamayo, M. El Proceso de Investigación Científica. Editorial Limusa. México. 2003; pp. 44
- 32.- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. México, D.F.: Editorial: McGraw – Hill/interamericana Editores, S.A. de C.V. 2006; pp.205
33. - Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL), Vicerrectorado de Investigación y Postgrado. Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y

Tesis Doctorales. Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (FEDUPEL). Maracay Venezuela. 2003; pp. 14

34. - Ramírez, T. Cómo Hacer un Proyecto de Investigación. Caracas Editorial Panapo de Venezuela. 1999; Pp.92.

35. - Huércanos, I. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de Enfermería. Universidad de Zaragoza. España. Biblioteca Lascasas, [Artículo en Línea] 2011 [Consulta: 2010, Mayo 15] Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.php>

36. - Arias, F. El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica. Caracas Editorial Episteme. 2004; Pp. 70

37. -Martins F. Palella, F. Metodología de la Investigación Cuantitativa. Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (FEDUPEL). 2003; pp.146

38. - Ariza, C. Es Posible Humanizar la Atención de Enfermería al Paciente. Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería. Universidad de Caldas. Colombia. XVI Coloquio Nacional de Investigación de Enfermería. [Artículo en línea] 2002 [Consulta: 2010 Mayo, 18] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0148.pdf>.

39. - Alvis T, Moreno M, Muñoz S. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En: El arte y la ciencia de cuidado. Bogotá: Unibiblos; 2002. Pg: 207-216.

40. - Agüero, J. Inclusión Familiar en la Atención de Pacientes Críticos. [Artículo en Línea]. 2012 [Consulta: 2010 Mayo, 18] Disponible en: <http://enfermeroscuidadosespeciales.blogspot.com/2012/04/inclusion-familiar-en-la-atencion-de.html>.

41. - Andrade, J y Torres, J. La comunicación en Enfermería. Material de apoyo. Colegio Universitario de los Teques "Cecilio Acosta". Núcleo Cabudare, Estado Lara. 2007

42. - Dumás, R. Tratado de Pediatría. (10^{ma} Ed.) España. Editorial Diorki. 2004.

43. - Delgado, I. Definiciones y medios concretos para vivir. [Artículo en línea] 2006 [consultado 2012, abril 23] disponible: <http://es.catholic.net.abogadoscatolicos/683/2072/articulos.Php?id18875>

44. - Lizarzabal, M., Añez, M. y Romero, G. Satisfacción del Usuario como Indicador de Calidad en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo. [Artículo en línea] 2005 [Consulta, 2012, Marzo 22]. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com/art489.htm> - 129k -

45.-Goldman, K. Motivación. [Artículo en línea] 2007 [Consulta, 2012, Marzo 25]. Disponible en: <http://www.mitecnologico.com/Main/DefinicionConceptoDeMotivacion>.

ANEXOS

www.bdigital.ula.ve

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Pacientes adultos

En el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes se está realizando un proyecto de investigación titulado **“NECESIDADES PSICOTERAPÉUTICAS DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO DURANTE SU ESTADÍA EN LA UCI - PERIODO MARZO SEPTIEMBRE 2012. (PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIAR)** con el objeto de evaluar Elaboración del diseño de un **Programa Psicoeducativo** ante las necesidades de los familiares del paciente críticamente enfermo durante su estadía en la UCI - periodo marzo-septiembre 2012

Yo, _____ C.I. _____
Nacionalidad _____ Estado civil _____

Siendo mayor de edad, en uso pleno de mis facultades mentales y sin que medie coacción ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, inconvenientes y riesgos relacionados con el estudio que más abajo indico, declaro mediante la presente:

1. Haber sido informado de manera objetiva, clara y sencilla, de todos los aspectos relacionados con este trabajo de investigación y tener conocimiento claro de los objetivos del mismo.
2. Conocer bien el protocolo expuesto por el investigador, en el cual se establece que mi participación consiste en:

2.1. Interrogatorio

3. Que mi participación en dicho estudio tiene el siguiente riesgo: Ninguno.
4. Que los datos obtenidos durante el estudio guardarán carácter confidencial.
5. Que la información obtenida de la investigación, sobre mi participación, me será notificada por el equipo investigador responsable.
6. Que cualquier pregunta tenga en relación con este estudio, me será respondida oportunamente por parte del responsable de la investigación: Lcdo. Ángel de Jesús Fernández Peña, Teléfono +58-0424-7178358, Residente del postgrado **ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO** del IAHULA, quien usará la información obtenida para cumplir con su Trabajo Especial de Grado, o por la Lcda. Rosalía Uzcategui Teléfono:0416-0984674 adjunto del servicio de la Unidad Psiquiátrica de Agudos.

DECLARACIÓN DEL VOLUNTARIO.

Luego de haber leído, comprendido y recibido las respuestas a mis preguntas con respecto a este formato de consentimiento:

1. Acepto las condiciones estipuladas en el mismo y a la vez doy mi consentimiento al equipo de investigadores a realizar las evaluaciones ya descritas.
2. Me comprometo a colaborar con el cumplimiento de las indicaciones.
3. Me reservo el derecho de revocar este consentimiento y donación en cualquier momento sin que conlleve algún tipo de consecuencia negativa para mí.

Nombre: _____ CI. No _____

En _____ (lugar) _____ a los _____ días del mes de _____ de 20 _____

Firma _____

DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR.

Luego de haber explicado detalladamente al Sr(a) _____, la naturaleza del proyecto mencionado, certifico mediante la presente que, a mi leal saber, el sujeto que firma este formulario de consentimiento comprende la naturaleza, requerimientos, riesgos y beneficios de la participación en éste estudio.

Por el equipo de Investigación:

Responsable: Lcdo. Ángel Fernández CI: 18.055.131 Firma: _____ Tutor(a): Lcda.

Rosalía Uzcátegui CI: _____ Firma _____ En _____ (lugar) _____, a los _____ días del mes de _____ de 20 _____

Universidad de los Andes
Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Postgrado de Enfermería en Cuidados al Paciente en Estado Crítico



UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES
MÉRIDA VENEZUELA

El presente instrumento tiene como fin la elaboración del diseño de un Programa Psicoeducativo ante las necesidades de los familiares del paciente críticamente enfermo durante su estadía en la UCI periodo marzo-septiembre 2012

Los resultados conducirán a optimizar la práctica de enfermería. De igual manera les manifiesto que esta investigación es un requisito para obtener el grado de Especialista.

Agradezco su colaboración respondiendo las preguntas. Las respuestas son anónimas y confidenciales.

Gracias por su colaboración.

Atentamente,

Lcdo. Ángel de Jesús Fernández Peña.

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de datos que usted debe responder, por favor marque con una (X) su respuesta o indique la información requerida.

Parte I: Datos Personales

1.-Edad _____

2.-Género _____

3.-Estado Civil: Casado _____ Soltero _____ Divorciado _____ Viudo _____ Unión libre _____

4.-Nivel Académico:

Sin estudios titulados _____ Primario _____ Secundario _____ Universitario _____

5.-Ocupación:

Oficio y del hogar _____ Obrero _____ Comerciante _____ Empleado Público _____
Estudiante _____ Desempleado _____ Otros: Explique _____

6.-Procedencia:

De la localidad _____ del estado Mérida _____ fuera del estado Mérida _____

7.-Parentesco

Padre _____ Madre _____ Otros explique _____

Item		Siempre	Algunas veces	Nunca
8	¿El personal de enfermería se mostró dispuesto a aclararle las dudas que le surgieron durante el ingreso de su familiar enfermo?			
9	¿El personal de enfermería le atendió con rapidez cuando usted le llamó?			
10	¿Usted cree que alguien le llamará a casa si ocurre algún cambio significativo en el estado de su familiar enfermo?			
11	¿Estuvo el personal de enfermería atento y le orientó en cuanto a la enfermedad de su familiar enfermo?			
12	¿El personal de enfermería le dio ánimo cuando lo ameritó?			
13	¿El personal de enfermería intentó tranquilizarle, dándole la información que usted necesitaba en el momento oportuno?			
14	¿Considera que el personal de enfermería le dedica el tiempo adecuado que usted necesita?			
15	¿El personal de enfermería acude a comprobar cómo está usted aunque no le hubiera llamado?			
16	¿El personal de enfermería fue amable con usted durante el ingreso de su familiar enfermo en la UCI?			
17	¿Ha sentido que el personal de enfermería en algún momento ha tratado de ponerse en su lugar para comprender la situación por la que usted está pasando?			
18	¿El personal de enfermería le dedica momentos o espacios para hablar sobre temas que le preocupan o interesan acerca de la evolución clínica de su familiar enfermo?			
19	¿El personal de enfermería se preocupa por cómo se encuentra, incluso cuando la situación más crítica de su familiar enfermo ya había pasado?			
20	¿El personal de enfermería le enseñó algunas pautas como (tomar la medicación, dieta, ejercicio entre otros) para prevenir recaídas de la enfermedad cuando su familiar egrese del hospital?			
21	¿El personal de enfermería le dijo como avisar si necesita algo o tiene algún problema?			

Item		Siempre	Algunas veces	Nunca
22	¿El personal de enfermería le explicó lo que le está ocurriendo a su familiar enfermo y el por qué se le están haciendo algunos procedimientos?			
23	¿Las explicaciones que le ha dado el personal de enfermería acerca del estado de su familiar enfermo ha sido con palabras que usted puede entender?			
24	¿El personal de enfermería lo (a) tomó en cuenta, haciéndole preguntas y escuchándole sobre las dudas que tiene usted acerca de su familiar enfermo?			
25	¿El personal de enfermería le atendió con delicadeza?			
26	¿El personal de enfermería se sentó cerca de usted para hablar y aliviar sus tensiones emocionales?			
27	¿Considera que el personal de enfermería fue sincero (a) con usted durante el proceso de enfermedad de su familiar?			
28	¿El personal de enfermería procuró que usted participara en el cuidado de su familiar hospitalizado para que esté preparado cuando le den de alta?			
29	¿El personal de enfermería lo tomó (a) en cuenta a usted durante el ingreso de su familiar enfermo aclarándole el motivo de la admisión a UCI?			
30	¿Se ha sentido acompañado por el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria de su familiar enfermo?			
31	¿El personal de enfermería lo (a) hizo sentir reconfortado (a) cuando lo necesitó?			
32	¿Usted como familiar se siente cómodo (a) durante la visita a su familiar enfermo en UCI?			
33	¿El personal de enfermería procuró preservar su intimidad emocional durante la estadía de su familiar enfermo?			
34	¿Considera que la intervención del personal de enfermería fue adecuada y precisa durante la estadía de su familiar enfermo?			
35	¿Cree que el personal de enfermería tomó sus propias decisiones para cuidar a su familiar enfermo durante la estadía en la UCI?			
36	¿El personal de enfermería procuró preservar su intimidad al darle información delicada sobre la enfermedad de su familiar, durante la estadía en UCI?			