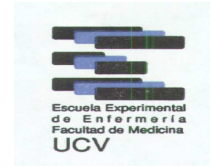




UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERIA



**ORIENTACIÓN QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LOS
FAMILIARES DE PACIENTES RECLUIDOS EN LA UCI DE LA
POLICLINICA MENDEZ GIMON**

TUTORA:

Lic. Adriana Villafranca
C.I. 6.320.883

AUTORAS:

Avila, Yanira C.I. 7.884.205
Peña, Carelys C.I. 13.649.104

CARACAS, OCTUBRE DE 2010

**ORIENTACIÓN QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LOS
FAMILIARES DE PACIENTES RECLUIDOS EN LA UCI DE LA
POLICLINICA MENDEZ GIMON**

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedicamos primeramente a Dios, por darnos la fe y guiarnos en todo momento, dándonos la fortaleza para continuar y por fin culminar este primer paso en nuestra carrera profesional.

A nuestros padres por brindarnos, su apoyo, colaboración y confianza incondicional.

A nuestras parejas e hijos que han sido fuente de inspiración y motivación, los amamos.

Yanira Avila

Carelys Peña

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por estar presente en todo momento.

A nuestros padres por la confianza que depositaron en nosotras

A nuestros familiares por ser nuestra palanca de fortaleza y apoyo que nunca se desvaneció

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela por todos los valiosos conocimientos que nos fueron transmitidos

A nuestros colegas de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Policlínica Mendez Gimón, que aportaron la información para este trabajo de grado.

A nuestra tutora la Lic. Adriana Villafranca por su paciencia y orientación.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma estuvieron involucradas en la finalización de este Trabajo Especial de Grado

¡Por siempre... Mil Gracias!

Yanira Avila

Carelys Peña

APROBACIÓN DE LA TUTORA

En mi carácter de Tutora del Trabajo Especial de Grado, presentado por las Técnicas Superiores Universitarias **Avila Yanira C.I. 7.884.205, y Peña Carelys C.I. 13.649.104** titulado: **ORIENTACIÓN QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LOS FAMILIARES DE PACIENTES RECLUIDOS EN LA UCI DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON** ; para optar por el título de **LICENCIADO DE ENFERMERIA**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la Ciudad de Caracas, a los 10 días del mes de Octubre de 2010.

Lic. Adriana Villafranca

C.I. 6.320.883

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Aprobación del Tutor	v
Tabla de Contenido	vi
Lista de Cuadros	viii
Resumen	xi
Introducción	1
Capítulo I: EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema	4
Objetivos de la Investigación	9
Objetivo General	9
Objetivos Específicos	9
Justificación	11
Capítulo II: MARCO TEÓRICO	
Antecedentes de la Investigación	13
Bases Teóricas	18
Sistema de Variables	47
Operacionalización de Variables	48
Definición de Términos Básicos	49

Capítulo III: DISEÑO METODOLÓGICO

Diseño de la investigación	51
Tipo de Estudio	52
Población y Muestra	53
Métodos e Instrumentos de recolección de datos	54
Validez y Confiabilidad	55
Procedimiento para la recolección de la información	56
Plan de tabulación y análisis	57

Capítulo IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Presentación de los resultados	58
--------------------------------	----

Capítulo V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones	74
Recomendaciones	77

Referencias Bibliográficas

Anexos

Instrumentos de Recolección de Datos	81
Sistema de Clasificación de Severidad de Enf.APACHE II	89
Certificados de Validación	90

LISTA DE TABLAS

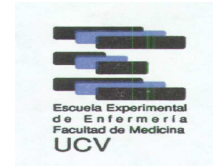
Tablas N°		Pág.
1	Distribución de frecuencia y porcentaje del sexo según las fichas de caracterización del paciente recluso en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	59
2	Distribución de frecuencia y porcentaje del religión según las fichas de caracterización del paciente recluso en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	59
3	Distribución de frecuencia y porcentaje del estado civil según las fichas de caracterización del paciente recluso en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	60
4	Distribución de frecuencia y porcentaje del edad según las fichas de caracterización del paciente recluso en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	60
5	Distribución de frecuencia y porcentaje del hospitalización anterior en UCI según las fichas de caracterización del paciente recluso en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	61
6	Distribución de frecuencia y porcentaje del riesgo de muerte según las fichas de caracterización del paciente recluso en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	61
7	Distribución de frecuencia y porcentaje del unidad de origen según las fichas de caracterización del paciente recluso en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	62
8	Distribución de frecuencia y porcentaje del motivo de ingreso según las fichas de caracterización del paciente recluso en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	62
9	Distribución de frecuencia y porcentaje del tiempo de internación según las fichas de caracterización del paciente recluso en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	63
10	Distribución de frecuencia y porcentaje del alta o muerte según las fichas de caracterización del paciente recluso en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	63
11	Distribución de frecuencia y porcentaje del sexo según las fichas de caracterización del familiar de paciente recluso en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	65

Tabla N°		Pag.
12	Distribución de frecuencia y porcentaje del religión según las fichas de caracterización del familiar de paciente recluido en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	65
13	Distribución de frecuencia y porcentaje del estado civil según las fichas de caracterización del familiar de paciente recluido en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	66
14	Distribución de frecuencia y porcentaje del edad según las fichas de caracterización del familiar de paciente recluido en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	66
15	Distribución de frecuencia y porcentaje del experiencia anterior con familiares en UCI según las fichas de caracterización del familiar de paciente recluido en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	67
16	Distribución de frecuencia y porcentaje del conocimiento del diagnóstico según las fichas de caracterización del familiar de paciente recluido en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	67
17	Distribución de frecuencia y porcentaje del parentesco según las fichas de caracterización del familiar de paciente recluido en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	68
18	Distribución de frecuencia y porcentaje del conocimiento del nombre del medico según las fichas de caracterización del familiar de paciente recluido en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	68
19	Distribución de frecuencia y porcentaje del conocimiento del nombre de la enfermera según las fichas de caracterización del familiar de paciente recluido en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	69
20	Distribución de frecuencia y porcentaje de las observaciones realizadas para el indicador Orientación Normativa por parte del profesional de enfermería a familiares de pacientes recluidos en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	71
21	Distribución de frecuencia y porcentaje de las observaciones realizadas para el indicador Orientación Emocional por parte del profesional de enfermería a familiares de pacientes recluidos en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	72
22	Distribución de frecuencia y porcentaje de las observaciones realizadas para el indicador Orientación Educativa por parte del profesional de enfermería a familiares de pacientes recluidos en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	73

23	Distribución de frecuencia y porcentaje de las observaciones realizadas para el indicador Orientación Informativa por parte del profesional de enfermería a familiares de pacientes recluidos en la unidad de cuidados intensivos de la Policlínica Méndez Gimón entre noviembre 2009 y febrero 2010.	74
-----------	--	-----------



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA



ORIENTACIÓN QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LOS FAMILIARES DE PACIENTES RECLUIDOS EN LA UCI DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON

**Autoras: Yanira Avila
Carelys Peña**

**Tutora: Lic. Adriana Villafranca
Año: 2010**

RESUMEN

El presente estudio tuvo como propósito determinar la orientación que brinda el personal de enfermería a los familiares de los pacientes recluidos en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Policlínica Méndez Gimón de Caracas durante el primer semestre del año 2008. Metodológicamente se considera una investigación no experimental, tipo de campo, la muestra estuvo conformada por 14 familiares de pacientes recluidos en la UCI de esta institución. Para la recolección de la información se utilizó un instrumento de **xx** ítems, relacionados con los indicadores de la variable, con respuestas dicotómicas (SI-NO). La validez quedó a cargo de juicio de expertos y la prueba piloto. La confiabilidad se determinó mediante la Fórmula de Haynes arrojando un resultado de 0,82, indicando que el instrumento es confiable. Los resultados presentados en cuadros estadísticos y gráficos, revelaron que... De lo cual se concluye que la orientación brindada por enfermería a los familiares de pacientes recluidos en la Unidad de Cuidados Intensivos es...

INTRODUCCIÓN

La función fundamental de enfermería es brindar ayuda al individuo, familia y comunidad con el objeto de prevenir la enfermedad, restaurar la salud y mejorar la calidad de vida. Para ello, pone en práctica una serie de conocimientos y herramientas que el mismo ejercicio de la profesión le ha permitido obtener de manera sistemática.

En este sentido la orientación es el contacto educativo donde los seres humanos pueden notar la realidad existente y pueden satisfacer sus necesidades de información.

La hospitalización de un familiar en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) sucede generalmente, de forma aguda y repentina, teniendo la familia poco tiempo para adaptarse. Frente a esta situación estresante, los familiares pueden sentirse desorganizados, desamparados y con dificultades para movilizarse, emergiendo diferentes tipos de necesidades, las cuales cuando son llenadas alivian o disminuyen la aflicción y la angustia inmediata, mejorando su bienestar.

El tener un ser querido en una condición crítica de vida es una experiencia que genera mucha angustia, en donde las funciones del

profesional de enfermería deben estar encaminadas a establecer tanto un servicio de calidad al paciente, como a realizar un acto personal, ético, creativo y solidario con los familiares a fin de brindarles la orientación científica, técnica y humanística adecuada para ayudarlos a sobrellevar esos momentos, con la finalidad de fortalecerlos emocional y espiritualmente, proporcionando la información adecuada, precisa y oportuna.

Dentro de ese orden de ideas, con el objeto de determinar la orientación que brinda el personal de enfermería y su influencia en el estado emocional de los familiares recluidos en la uci de la policlínica Méndez Gimón, se propuso la presente investigación, estructurada de la siguiente manera:

El Capítulo I: constituye el planteamiento del problema, los objetivos tanto generales como específicos de la investigación, así como la justificación.

El Capítulo II, lo conforma el Marco Teórico, los antecedentes, las bases teóricas, sistema de variables y su operacionalización y la definición de términos.

En el Capítulo III, se presenta el tipo de estudio, la población y muestra, los instrumentos para la recolección de datos, validez y

confiabilidad, procedimientos para la recolección de datos y técnicas de análisis.

En el Capítulo IV, se presentan los resultados del estudio en cuadros y gráficos estadísticos y el análisis de los mismos.

El Capítulo V presenta las conclusiones y recomendaciones, finalizando con las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan por vínculos de afinidad, consanguinidad o filiación. Este grupo está sujeto a la influencia del entorno y por tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis. La hospitalización es una circunstancia que involucra a todos aquellos que de una u otra forma se sienten identificados con la persona enferma. El ingreso de un paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos somete a los miembros de su familia a una situación difícil que provoca ansiedad y preocupación. Está descrita la relación entre las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en UCI y los niveles de ansiedad que padecen.

Existe coincidencia en la valoración que realizan varios investigadores (Parada 2001, Palma 2003, Caballero 2007), que señalan como necesidades principales de los familiares de pacientes ingresados en las UCI, aquellas relacionadas con la información y la seguridad. Aunque la información es

sentida por los familiares como necesidad, puede ser más bien un procedimiento para cubrir determinadas necesidades como la seguridad psicológica.

Frecuentemente, en el ambiente de los profesionales de la salud, se concibe y se habla de la familia como de un ente molesto y en ocasiones puede tenderse a la evitación. Probablemente, esto se deba a un déficit en la capacidad de relación y comunicación por parte del personal sanitario.

En la práctica diaria, se llevan a cabo multitud de tareas en relación con los familiares de los pacientes ingresados en UCI. Estas acciones no suelen surgir de un análisis de una situación concreta y una evaluación particular de una serie de necesidades detectadas ni se incluyen en los planes de cuidados. La mayoría de las veces se aplica “lo que siempre se hace”.

Habitualmente, se concibe que la información que se brinda al familiar se refiera exclusivamente al diagnóstico, pronóstico y tratamiento por lo que se sostiene que la labor de informar es una tarea de los médicos y no de enfermería. Son frecuentes las referencias de algunos autores y del propio colectivo enfermero al papel relevante de enfermería en cuanto a la atención a familiares por la continua permanencia junto a los pacientes. Es por ello que dentro de un marco multidisciplinar de atención, se hace imprescindible la existencia de una adecuada coordinación de la misma y conocimiento de

la información que transmite cada miembro del equipo, para mantener una uniformidad que no cree mayor incertidumbre.

Ahora bien, una UCI puede resultar un lugar aterrador e intimidante para los familiares de los pacientes allí ingresados, el personal sanitario y específicamente el personal de enfermería debe ayudarles a enfrentar de forma positiva esta situación y convertirlos en una ayuda y no en un obstáculo en los cuidados de su familiar.

De acuerdo a diversos estudios (Molter 1979, Larson 1996, Johnson 1998) arrojan en sus resultados que los familiares con pacientes en la UCI desean que se les de información honesta, comprensible y oportuna; así como políticas de visitas mas libres; y la seguridad de que sus seres queridos están siendo dados cuidados por personal competente y compasivo. En este sentido los problemas más habituales que se detectan en los familiares de los pacientes son:

- a.** preocupación por si el paciente siente dolor, temor o soledad.
- b.** sensación de fatiga y falta de sueño por permanecer muchas horas en el hospital.
- c.** sensación de incomodidad por encontrarse en un ambiente extraño.
- d.** preocupación por si el paciente esta siendo tratado adecuadamente y si se encuentra en el lugar idóneo para su total curación.
- e.** desconocimiento de las reglas y normas del hospital y de las normas específicas de la UCI.
- f.** temor a no

comprender adecuadamente la información que se le aporta.

(p. 18)

La forma más idónea de que dispone enfermería para ayudar a los familiares de los pacientes ingresados es la orientación y esta debe ser clara, sencilla y exacta. La información a los familiares sobre el estado clínico del paciente la suministra el médico responsable y la información sobre horarios de visita, la forma en que esta se realiza y las diferentes normas propias de la unidad la aporta el personal de enfermería.

El paciente que se siente querido y necesitado por su familia colabora más en su cuidado y con el personal de enfermería que le atiende, desea ser dado de alta de la unidad para poder así permanecer más tiempo con su familia, se deriva de esta circunstancia lo importante de obtener de la familia su apoyo y colaboración.

Cuando se produce una situación crítica en el estado del paciente, los familiares precisan de una información exacta, incluso cuando el paciente se encuentra en una situación extremadamente crítica con riesgo de su vida. Los familiares afrontan mejor la enorme tensión que implica una crisis, si están informados correctamente de lo que está ocurriendo.

Es evidente que la Unidad de Cuidados Intensivos es específica para recluir a pacientes con patología severas, por este motivo se deben valorar las necesidades que tienen los familiares de ser informado y así disminuir en

gran medida el estrés, angustia, desesperanza que experimentan. Es aquí donde la orientación del profesional de enfermería hacia los familiares de los pacientes recluidos en esta área de Terapia Intensiva, cumple un papel importante debido a que es el profesional de enfermería quien posee las competencias necesarias para proporcionar las orientaciones que estos familiares requieren.

Lo antes descrito motiva a las autoras de este trabajo de investigación a plantearse las siguientes interrogantes:

- ¿Establece interacción el Profesional de Enfermería con los familiares del paciente hospitalizado en UCI?
- ¿Orienta el personal de enfermería a los familiares del paciente internado en la UCI sobre las normas de la Unidad?
- ¿Orienta el personal de enfermería a los familiares del paciente recluido en la UCI sobre el funcionamiento de los equipos?
- ¿Cuál es la participación del personal de enfermería en el apoyo emocional a los familiares de los pacientes recluidos en la UCI?
- ¿Orienta el personal de enfermería a los familiares del paciente recluido en la UCI sobre las facilidades con que cuenta para su soporte y confort durante su estadía en la institución?

- ¿Cuáles son las estrategias aplicadas por el personal de enfermería para orientar a los familiares de los pacientes recluidos en la UCI de la Policlínica Méndez Gimón?.

Para dar respuesta a estas interrogantes se formula el presente problema de investigación: ¿Cómo es la orientación brindada por el profesional de enfermería a los familiares de pacientes recluidos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la Policlínica Méndez Gimón?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Objetivo General.

Determinar la orientación normativa, educativa, informativa y emocional que brinda el profesional de enfermería a los familiares de los pacientes recluidos en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Policlínica Méndez Gimón.

Objetivos Específicos.

1. Identificar la orientación normativa que brinda el profesional de enfermería a los familiares de pacientes recluidos en la U.C.I , en cuanto a los horarios de visita, las condiciones de permanencia en la unidad, consentimiento informado, a quien dirigirse por información clínica del paciente.

2. Identificar la orientación educativa que brinda el profesional de enfermería a los familiares de pacientes recluidos en la U.C.I de la Policlínica Méndez Gimón sobre las funciones básicas que tienen los monitores, bombas de infusión entre otros aparatos que tiene la unidad, tratamiento, procedimientos realizados al paciente.

3. Conocer la orientación psicológica que brinda el profesional de enfermería a los familiares de pacientes recluidos en la U.C.I en cuanto al manejo de emociones negativas que presente el familiar.

4. Identificar la orientación informativa que brinda el profesional de enfermería a los familiares de pacientes recluidos en la U.C.I de la Policlínica Méndez Gimón sobre facilidades con que cuenta la institución para su soporte y confort.

JUSTIFICACIÓN

En las organizaciones, las conductas de las personas y de los grupos se modifican de modo significativo por las actividades que efectúan, así como la orientación que reciben. Esta última puede ayudar a que las personas cambien su conducta y su manera de relacionarse.

La información es un proceso decisivo para mantener buenas relaciones con familiares de pacientes reclusos en áreas críticas; ya que ellos no saben el estado de salud de su familiar. De igual manera la orientación por parte del profesional de enfermería, debería ser la base fundamental para así satisfacer y a la vez disminuir las inquietudes, ideas erróneas y temores que presentan los familiares de los pacientes reclusos en áreas críticas (UCI).

En las Instituciones de Salud el personal de enfermería, como ente proveedor de servicios de salud, brinda un trato particular, moral, creativo y responsable a las personas en el proceso-salud-enfermedad. Especialmente

al enfermo en estado crítico, a sus familiares y a la sociedad en general, que precisa una atención adecuada. Esta conducta tiene la finalidad de propiciar el fortalecimiento emocional, así como proporcionar unos cuidados de enfermería de calidad. Dentro de este marco se torna importante el orientar a los familiares de los pacientes con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos del servicio.

Consideramos importante determinar la participación del profesional de enfermería en la orientación normativa, técnica y psicológica de los familiares de pacientes reclusos en la Unidad de Cuidados Intensivos, ya que los resultados de la investigación, permitirán clarificar ideas y conceptos sobre la orientación que requieren los familiares de los pacientes reclusos en estas áreas clínicas, para que bajo este marco conceptual puedan ser diseñados programas que los guíen en el proceso de apoyo al familiar tomando en cuenta su estado emocional. Es importante para el personal de enfermería orientar a los familiares y brindarle apoyo precisando una atención adecuada y fortaleciendo la satisfacción de sus necesidades.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Este Capítulo tiene como fin, exponer el contexto teórico del estudio, por tanto se desarrollan los antecedentes de la investigación los cuales dan el soporte al mismo, las bases teóricas que sustentan la variable y su operacionalización con las dimensiones e indicadores además de la definición de términos.

ANTECEDENTES

A través de la investigación bibliográfica se constataron investigaciones que guardan relación con el tema en estudio.

Fernández, M.; Maldonado, L.; Rodríguez , G. y Salinas , F. (1999) en su trabajo de investigación que lleva por nombre “Manejo de las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes hospitalizados” que se planteo como objetivo general el identificar el manejo de las necesidades

emocionales y espirituales del paciente hospitalizado por parte de la enfermera en el Hospital Central de Maracay, concluyen que: "...las enfermeras tienen poca participación en la satisfacción de las necesidades emocionales y básicas de los niños y la falta de interrelación enfermera-padres-niños trae como consecuencia que no visualice o no se percate que el paciente es un ente con emociones y manifestaciones espirituales en su desarrollo humano."

Este estudio sirve de referencia ya que se considera la orientación del profesional de enfermería para satisfacer las necesidades de los familiares de pacientes hospitalizados; es por ello que se hace necesaria la orientación del personal de enfermería en la presente investigación.

Alarcón y Tenorio (2000), realizaron un estudio en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica del Hospital de Clínicas Caracas, titulado "la incertidumbre informativa como causa generadora de enfermedades". Su objetivo general fue indagar el tipo de incertidumbre informativa que los padres de pacientes de cuidados intensivos tienen sobre esta unidad, donde encontraron un alto índice de desinformación en los padres de los niños hospitalizados. En este estudio fue analizada una muestra de 73 familiares en un periodo de 60 días donde encontraron que el 89,88% de los padres desconocían las funciones de una pediatra, de estos 39,72% estaban ansiosos.

González. N, (1999) realizó una investigación que se planteó como objetivo el determinar los cambios psicosociales experimentados por 20 familiares de personas infectadas por el VIH y su relación con el estado de salud. Fue una investigación de campo, descriptiva, transversal, concluyendo que los resultados sugieren que el desarrollo o interferencia de la creatividad, la comunicación, la participación social y la reparentalización, guarda relación importante con el estado de salud de las personas seropositivas por el VIH, por lo cual se concluye que todos los factores no son más que el producto del desarrollo de la autoestima de las personas infectadas y de sus familiares.

Este antecedente apoya y sustenta la variable en estudio porque se refiere a la satisfacción de las necesidades emocionales a los familiares de enfermos recluidos en áreas críticas o que padecen enfermedades graves, para que estas puedan ser estudiadas desde diferentes enfoques, contribuyendo a optimizar la atención al familiar del enfermo recluido en la Unidad de Cuidados Intensivos, al aportar conocimientos al personal de enfermería para que gestione las estrategias que requieren para la orientación de estos individuos.

Albísturi, M. (2000), realizó una investigación con el objetivo de conocer las opiniones, sentimientos y expectativas de las familias de los pacientes internados en una Unidad de Cuidados Intensivos y su incidencia

en la relación con la Unidad. Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, observacional, cuanti-cualitativo. Se recolectó la información a través de un formulario y de entrevistas realizadas por psicólogos. Los datos cuantitativos fueron analizados con métodos estadísticos y los cualitativos fueron analizados por la psicóloga de la Unidad. Se encuestaron 94 familias en el período de un año, vinculadas a pacientes con más de cinco días de hospitalización. Se describieron el perfil del paciente, el de la familia, el informe médico y el médico informante. Los datos mostraron las diferencias entre la realidad objetiva del médico y la subjetiva de la familia, definida por sus miedos y expectativas. Se concluyó que el momento del informe médico a la familia constituye un acto terapéutico y es fundamental para una mejor relación entre la familia y la Unidad. Se realizan sugerencias basadas en la experiencia recabada.

Este estudio guarda una estrecha relación con la presente investigación en el sentido de que se manejan las emociones experimentadas por los familiares de paciente internados en la UCI, y la importancia de la información adecuada para una mejor relación entre el equipo de salud de la unidad y los familiares.

Parada (2001), realizó un estudio cuyo objetivo fue mostrar los logros del Servicio de Apoyo Psicosocial en cuanto a la atención del paciente crítico y sus familiares, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Clínicas Caracas. Fue un estudio descriptivo basado en los registros del Servicio de

más de 400 familias a quienes se le sometió a diferentes procesos psicoterapéuticos y la aplicación de los principios éticos para mejorar la atención. Dentro de los resultados la autora señala que en primer lugar el Proceso Psicoterapéutico denominado : T2: Compañía Emocional, es la que definitivamente necesita las familias resultando para ellas un estilo de atención amable, que facilita en muchos sentidos su estadía en el HCC. Mas de 160 familias han sido clasificadas en este rubro, por las psicólogas. El segundo lugar lo ocupa el proceso más complejo, con mas de 140 casos es denominado : T1: Intervención en Crisis, ya que implica haber seguido las fases desde el inicio hasta el egreso del paciente de UCI y que la familia se encuentre en crisis ya que considera la situación altamente estresante. Es la que más satisface a las psicólogas por la labor de fondo que lleva a cabo.

Una de las conclusiones más importantes señala que se participa de diferentes formas en compartir el objetivo de elevar la calidad de atención integral de la población que asiste a los centros de salud y específicamente a Unidades de Terapia Intensiva, así como también se demuestra que los profesionales de la Psicología de la Salud ,como miembros activos en un equipo de salud, son efectivos, contribuyen en la interpretación y significado que se le da al proceso de enfermedad y al sufrimiento que esta acarrea, utilizando técnicas especializadas de ayuda y por último se trató de demostrar como los Principios Éticos pueden dejar de ser teoría para

convertirse en práctica cotidiana, reconociendo que la existencia humana más que acción y razón, como se ha querido defender durante siglos , es pasión y en cada una de las acciones que se realiza se trata de encontrar el verdadero sentido de la vida.

En este estudio se ha podido apreciar la labor del psicólogo en UCI ya que le facilitan el acercamiento a la familia situación donde se debe involucrar al personal de enfermería que posee herramientas para el logro de los objetivos de acompañamiento del familiar de un paciente en estado crítico.

BASES TEÓRICAS

LA FAMILIA

La familia (padres, pareja, hijos...) es el principal soporte emocional y físico del paciente, por lo tanto es importante darle el protagonismo que ese papel de cuidador principal le confiere, intentando que sea una aliada para la comunicación, tratamiento y recuperación del paciente.

La ONU (2002), define la familia “como el grupo de persona del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de la familia”.(p.5)

La familia como estructura básica y las redes sociales como estructuras más complejas, determinan las formas de actuar de las personas; influyen tanto en la forma de vivir en salud como en la forma de enfrentarse a la enfermedad y recibir ayuda cuando existen problemas de salud.

Es considerada como una estructura social, cuyas funciones permiten garantizar en sus miembros la seguridad, el afecto, la confianza, los valores y la conducta de sus integrantes. Como base social, de su seno parten importantes funciones tales como: económicas, educativas y biológicas, destinadas a dar una formación integral y permanente a los que dentro de ella se desarrollan, precisamente por esta razón, todas las constituciones de los países del mundo tienen normas tendientes a protegerla y a propiciar su desenvolvimiento de manera armónica y equilibrada. En tal sentido, Kozier, B. Erb, G. y Blais, K(1992), definen la familia como:

La unidad básica de la sociedad, sus principales funciones son proteger y socializar a sus miembros. Entre las muchas funciones a las que sirve, de especial importancia es el papel que desempeña la familia a la hora de proporcionar apoyo emocional y seguridad a sus miembros mediante el amor, aceptación, interés y crianza. (p. 332)

Es decir, el hombre encuentra en su grupo familiar el mejor ambiente para desarrollar y satisfacer sus deseos, necesidades de afecto, cariño, comprensión, amor y elementos que afianzan sus valores morales, sociales y su conducta. Cada familia está integrada por miembros con distintas características individuales, que con base en los factores sociales del entorno de pertenencia, tipifican las características generales de las familias por comunidades, regiones o países.

Por otra parte, para Hall y Readdin (1992), "...la familia es un sistema social, compuesto por dos o más individuos con un compromiso emocional, que cohabitan en un hogar común. En la dinámica interacción de sus miembros se incluyen factores étnicos, culturales y socioeconómicos"(p. 40). De allí que el grupo familiar representa un mini sistema social en donde la cultura, la educación y los procesos de producción ejercen influencia.

Entre las características de la familia en Venezuela, según Rodríguez, A. y Albano, C. (2009), se destacan tres grupos familiares: la familia nuclear: Está formado por padre, madre y varios hijos, que permanecen el hogar hasta edades cada vez mayores. Va siendo habitual que este tipo de familia se complete con los abuelos. La familia extendida: que es un conjunto de familias nucleares y los hogares sub-familiares: Se definen como aquellos grupos que no llegan a completar una unidad familiar (padre, madre y más

de un hijo). Su aumento es progresivo en nuestra sociedad, y dentro de esta modalidad se incluyen las parejas sin hijos, los compañeros sin propósitos de formar familia, los hogares unipersonales, y las familias monoparentales (cuando existe un solo progenitor; soltero, viudo, separados, etc.)

Así mismo es muy común que las parejas de hoy en día, formen una familia, donde cada uno de los cónyuges aporta hijos de relaciones anteriores, sumando también a los hijos de ambos, lo que se ejemplificaría en la típica frase: “Los míos, los tuyos y los nuestros”, dando a conocer lo que se llama “familias simultáneas”.

El término simultánea es una buena forma de definir a este grupo familiar, puesto que de esta manera se da mayor libertad a los roles que cumple cada uno de los integrantes de este sistema, puesto que no se obliga a seguir las normas de una familia nuclear. Los padres no tienen obligaciones con los hijos de sus cónyuges ni los hijos la obligación de aceptar a la pareja de sus progenitores como padre o madre.

Otro modelo de familia y/o unión homoparental se ha comenzado a gestar en el mundo, desde hace tres décadas atrás, siendo en países como España, Holanda y en general la Unión Europea donde han comenzado a considerar la adopción en familias homosexuales, como una alternativa cierta

y viable para reducir del número de huérfanos sin hogar en esos países. En nuestro país, esa opción no ha sido legalizada en la presente.

Según Barroso, M. (1999), "...la familia tiene su propio contexto específico que incluye todos los órdenes: biológico, fisiológico, psicológico, social y entorno de pertenencia, con influencia en sus miembros usando sus propios recursos, alternativas y valores para satisfacer necesidades"(p. 22). Los grupos familiares siempre van a representar las comunidades que integran una determinada sociedad.

En líneas generales la familia se ve enfrentada a períodos de transición, durante los cuales ocurren cambios que alteran su estructura y estabilidad biopsicosocial (como en el caso de enfermedad de algunos de sus miembros), exigiendo de sus miembros una conducta en el cumplimiento de su rol que permita el mantenimiento de los vínculos afectivos y socioculturales en el establecimiento de una interacción positiva en pro de estabilizar la integración familiar, afrontar las situaciones de conflicto o enfermedad y apoyar el restablecimiento del bienestar del grupo familiar.

En situaciones de crisis, como cuando una persona es ingresada a una UCI, la familia y el paciente, van pasando por diferentes fases y después del primer impacto emocional van a expresar sus propias necesidades, sus

miedos y sus inseguridades respecto a la evolución, tratamiento, cuidados, y pronóstico. De allí que durante la gestión asistencial del paciente críticamente enfermo es útil conocer la distancia que media entre las expectativas generadas por el acto médico en la familia del paciente y el cumplimiento efectivo de esas expectativas. Al respecto, Albísturi, M. (2000), señala:

Cuanto mayor sea la distancia entre aspiraciones y realidad, mayor será el estrés emocional de los pacientes y sus familias, mayor será la sensación de insatisfacción y menor será el grado de comunicación. Sin embargo, aun cuando el desenlace del paciente crítico sea la muerte, el ajuste progresivo de las expectativas de la familia a lo largo del proceso de atención y cuidados permite redefinir esas expectativas y ajustar la distancia entre lo superado y lo logrado. Este entendimiento es posible sólo a través de una eficaz comunicación. Al final, tanto el equipo de salud como los familiares deberán quedar satisfechos con el esfuerzo realizado y conformes con los límites humanos de la medicina. Conocer, comunicar y entender son las claves para lograrlo. (p. 243)

De acuerdo a esta referencia, es importante conocer las emociones que experimenta la familia del paciente ingresado en la UCI, ya que requiere de atención especial y la orientación dada por el personal de enfermería es vital para examinar las reacciones que tienen los familiares ante la situación crítica del paciente.

Para entender este proceso, es fundamental el estudio de la emociones, las cuales son definidas por Valera G. (2000)

...estados anímicos que manifiestan una gran actividad orgánica, que se refleja a veces como un torbellino de comportamientos externos e internos, y otras con estados anímicos permanentes. Estas se conciben como un comportamiento que puede ser originado por causas externas e internas; que puede persistir, incluso, una vez que ha desaparecido el estímulo y que acompaña necesariamente, en mayor o menor grado, toda conducta motivada.(p. 1)

Se puede decir, que las emociones no son entidades psicológicas simples, sino una combinación compleja de aspectos fisiológicos, sociales, y psicológicos dentro de una misma situación polifacética, como respuesta orgánica a la consecución de un objetivo, de una necesidad o de una motivación. Las emociones como los motivos pueden generar una cadena compleja de conducta que va más allá de la simple aproximación o evitación.

La misma autora señala que el ser humano experimenta diferentes tipos de emociones, “Temor, sorpresa, tristeza, disgusto, ira, esperanza, alegría y aceptación; cada una de estas nos ayudan a adaptarnos a las demandas de nuestro ambiente aunque de diferentes maneras”(p.2).

Esta clasificación fue hecha por Robert Plutchik citado por Valera G. (2000), quien identificó y clasificó las emociones en el 1980, propuso que los

animales y los seres humanos experimentan 8 categorías básicas de emociones que motivan varias clases de conducta adoptiva.

Según Plutchik, las diferentes emociones se pueden combinar para producir un rango de experiencias aún más amplio. La esperanza y la alegría, combinadas se convierten en optimismo; la alegría y la aceptación nos hacen sentir cariño; el desengaño es una mezcla de sorpresa y tristeza.

Estas emociones varían en intensidad, la ira, por ejemplo, es menos intensa que la furia, y el enfado es aún menos intenso que la ira.

La intensidad emocional varía en un individuo a otro. En un extremo se encuentran las personas experimentan una intensa alegría y en el otro extremo están los que parecen carecer de sentimientos, incluso en las circunstancias más difíciles.

Entre más intensa sea la emoción, más motivara la conducta. Las emociones varían según la intensidad dentro de cada categoría y este hecho amplía mucho el rango de emociones que se experimentan.

Por su parte, William James, citado por Gessen, V. y Gessen, M. (2003) en cuanto a la emoción señala dos tipos de estados: "Uno, la "emoción grosera", experimentada por las personas cuando los sentimientos son adversos y otro, la "emoción pura", dominada por la emoción-sentimiento

que se refiere a las sensaciones agradables que experimentamos hacia personas, cosas o situaciones”(p.1).

Hay quienes señalan que se manifiesta una emoción sólo cuando lo experimentado por el individuo es desagradable, es decir, cuando se hacen presente el odio, la ira, el rencor, la vergüenza, etc. Las emociones se caracterizan por una serie de trastornos fisiológicos y psicológicos. En el momento inicial, es decir, en el momento mismo en que se está experimentando emoción, las reacciones del individuo son las mismas para todas las emociones. Es decir, el cuerpo reacciona en primera instancia, igual cuando se siente amor que cuando se siente odio.

En el contexto de esta investigación las emociones que experimentan los familiares de pacientes internados en las UCI, son de especial atención, pues de alguna manera van a permitir el mejor desenvolvimiento del equipo de salud en la unidad y la adecuación del familiar al ambiente hospitalario y a la situación de crisis del paciente.

Podría decirse que en las UCI, la familia no puede manejar sus afectos por sus miedos, por sus temores a la muerte y a la pérdida de la calidad de vida, lo que se observa en las familias que reprimen sus expresiones. Esto tiene que ver con el bloqueo emocional que produce en la familia la situación de experiencia de vida. Los miedos, que llevan a la angustia y a la ansiedad,

conlleven los mecanismos de defensa, que son los que permiten poder “sostenerse” y “sobrellevar” la situación. En este contexto el personal de enfermería tiene un papel fundamental al brindar la orientación adecuada a estas familias.

Si se recogen estos miedos y son aliviados, si se les explica la evolución más probable, las posibilidades de tratamiento, etc., en definitiva, si se da apoyo a la familia se esta apoyando indirectamente al paciente. Cuando la familia del paciente desea ser informado de la situación se deben respetar estos deseos estando siempre receptivos a esta necesidad.

ORIENTACIÓN

La orientación es la acción de ubicar. A nivel psicológico se refiere a la relación de ayuda entre el orientador, en nuestro caso el profesional de enfermería, debidamente entrenado y su cliente.

Según Shertzer, B. (1992) “La orientación es un proceso de interacción que facilita una comprensión significativa del yo y del medio y da como resultado el establecimiento de las metas y los valores con miras a la conducta futura”(p. 122). La orientación sirve para todo en general ya que

ayuda directa o indirectamente al proceso educativo del individuo, sea por familiares, enfermeros, médicos o a través del asesoramiento grupal o individual.

La orientación en el campo de enfermería constituye una actividad de especial relevancia para el mejoramiento del paciente y por consiguiente para sus familiares. Esta actividad se enmarca dentro de las funciones educativas del profesional de enfermería y va desde el ingreso del paciente al centro hospitalario (primer contacto) hasta su egreso del sistema.

Es por ello que la orientación, según Parada (2001), “es un conjunto de actividades dirigidas al individuo, para ayudarles en la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus tareas dentro del ámbito específico de los centros de salud”(p.2). Esta acción orientadora, es tan compleja como la propia actividad de enfermería por lo que abarca un gran número de aspectos y técnicas.

Así mismo es importante el nivel de dependencia del individuo, de ello se basa el centrar el punto de partida de la relación y de la generación de la interacción. Generalmente los encuentros posteriormente serán una continuidad del primer contacto.

Es importante registrar y transmitir este primer encuentro al personal que se instala en el siguiente turno para asegurar la continuidad.

En cada encuentro del profesional de enfermería con el usuario o familiares, es una oportunidad de continuar la relación y orientación la cual debe tener un objetivo determinado. Los primeros encuentros son claves ya que en ello se instala un canal seguro y productivo entre el personal de enfermería y el familiar del usuario con el objetivo de combatir la ansiedad, darle seguridad, informarlo sobre la salud de su familiar, inspirándole confianza en el servicio y convenciéndolo sobre la importancia del rol que jugará en la promoción de la salud así como en las medidas preventivas, manejo y ayuda en la recuperación de su familiar. Habrá que privilegiar el manejo de la incertidumbre y temor a lo desconocido. La enfermera debe ser capaz de desarrollar capacidades que favorezcan la interacción, como desechar actitudes de autosuficiencia estableciendo una relación de apoyo y de colaboración pensando que ella también se va a desarrollar como profesional y no pensar que es la que todo lo va a dar, ya que también recibe de los familiares insumos para su propio crecimiento profesional y personal. Es importante manejar la técnica de la reformulación para facilitar que los familiares verbalicen dudas y temores para poder resolver la ansiedad.

Los familiares de los pacientes de la Unidad de Terapia Intensiva, requieren de la ayuda del profesional de enfermería para ser orientados en cuanto al estado de su familiar, todo lo relacionado con el restablecimiento, pronóstico y tratamiento de la salud del mismo, así como las normativas de la institución donde se encuentran, las facilidades con las que pueden contar para su soporte y confort mientras dure la hospitalización y todo aquello que pudiera generarle dudas.

PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ORIENTACIÓN

La enfermedad en sí misma o la hospitalización, provocan estrés y ansiedad, la respuesta de una persona u otra, depende de una serie de factores, en los cuales deberíamos basarnos para poder centrar nuestra atención, a través de ellos podremos detectar las necesidades de apoyo emocional y psicológico del paciente, cuidador principal y familia. Los factores que influyen son los siguientes:

Personales: como la edad, sexo, capacidad de adaptación y afrontamiento, experiencia previa, significado personal de la enfermedad, creencias y valores, habilidades de autocuidado.

Socio-culturales: Significado social de la enfermedad, situación laboral y económica, recursos sociales, como responde la familia.

Factores de la organización hospitalaria: Organización del centro, condiciones asistenciales, distribución arquitectónica, actitud del equipo, confianza del equipo, preparación psicológica de la persona.

Factores de la enfermedad: Tipo de enfermedad, pronóstico, secuelas, medidas terapéuticas.

Impacto de la enfermedad y la hospitalización en la familia: es importante considerar factores tales como: Será distinto si se trata de una enfermedad crónica que de una temporal; Si se trata de una enfermedad mental o física; Si hay, o no, dolor; Del tiempo de curación; Del grado de dependencia de la familia; Del rol de la persona enferma; De las experiencias previas que la familia tenga con enfermos; De la edad y estado de salud del cuidador principal; Si la familia cree que tiene la obligación de cuidar o no.

El profesional de enfermería juega un papel fundamental en la orientación y educación de los familiares y allegados del paciente.

En este sentido Potter y Perry (2002) expresa que “la orientación es ayudar a la gente a cambiar su conducta y aprender a relacionarse”. (p.15).

Es decir la orientación esta dirigida a establecer relaciones interpersonales adecuadas con los individuos, donde se le ofrezca la posibilidad de adquirir información de acuerdo a sus necesidades.

Una de las funciones fundamentales del profesional de enfermería lo constituye su función educativa, orientadora para lograr que el individuo pueda alcanzar su bienestar; Virginia Henderson citada por Marriner (1998), señala:

La función singular de la enfermera consiste en asistir al individuo sano o enfermo en la realización de las actividades que contribuyan a la salud o su recuperación (o una muerte apacible), actividades que el individuo podría llevar a cabo sin ayuda si tuviera la necesaria fuerza, voluntad o conocimiento. (p. 136).

El objetivo de la enfermería abarca no solo al individuo, con el conjunto de sus particulares necesidades físicas, psicológicas y sociales, sino también a la familia y a la comunidad.

La participación asistencial de la enfermera, es prestar cuidados físicos a los pacientes, y en los roles de coordinación docente, de investigación y administrativo obteniendo los recursos necesarios para asegurarle al paciente una atención adecuada, oportuna y eficiente. Según la misma autora, como docente consejera, las obligaciones de la enfermera

oscilan desde la simple instrucción en materia de higiene hasta la organización y la conducción de grupos de apoyo para el paciente y la familia. La enfermera también presta el servicio en el importante rol de colaboradora, dado que ella es la que aporta el vínculo o puente vital entre los diversos grupos profesionales y el paciente. No obstante el principal interés de la enfermera sigue siendo la promoción y el mantenimiento del máximo nivel de salud y, a su vez, la calidad de vida de cada individuo atendido.

Sin embargo, la enfermera para poder cumplir con su rol debe en cierta forma asistir a los familiares de los usuarios, en este sentido su función principal es la de informar y orientar a estos individuos en cuanto a las necesidades del usuario, la importancia del cumplimiento de las normas del servicio, así como intervenir en la orientación para satisfacer las necesidades de los familiares de los pacientes recluidos.

En resumen la enfermera juega un papel importantísimo, en su intervención docente apuntada hacia los familiares de los pacientes.

TIPOS DE ORIENTACIÓN.

Según Danehy, J (1994) “El estado crítico del enfermo y el conocimiento de causa, producen reacciones angustiosas y difíciles”. (p.3). Es decir, los familiares pueden mostrar reacciones de choque en el instante del conocimiento del diagnóstico y con el pasar del tiempo, demostrar un ajuste y enseguida llegará la aceptación. Para que esa familia consiga esa aceptación, deberá ser orientada en cuanto a las condiciones que rigen en las Unidades de Cuidados Intensivos, la normativa para su permanencia y la situación de su familiar mientras dure la hospitalización.

Orientación Emocional

La hospitalización en una UCI constituye una situación de estrés psicológico también para la familia de cualquier paciente. Esta implica separaciones y el abandono del hogar por parte del enfermo, por cuyo futuro temen los restantes miembros del grupo familiar. Se agregan también muchas dificultades prácticas: mayores gastos económicos, problemas en el manejo del hogar o la atención de los niños si quien está hospitalizado es uno de los padres, cambios en los roles familiares, la alteración del ritmo de vida familiar por la necesidad de acompañar y cuidar al paciente durante su recuperación, etcétera.

Dentro de las estrategias de orientación, se encuentra el orientar a los usuarios en cuanto a la satisfacción de sus necesidades emocionales, en la

cual se encuentra explícito el apoyo emocional el cual hace referencia a la capacidad del profesional de enfermería para brindar orientación emocional al paciente y sus familiares.

Leddy S. Y Pepper M., citado por Rodríguez y Martínez (1999) exponen que:

El apoyo emocional que se da a una persona cuando le sucede un acontecimiento vital determinado, especialmente si es inducción de enfermedad o actividades orientadas a proporcionarle apoyo psicológico en el caso de presentar síntomas de ansiedad originada por algún problema de salud. (p. 53)

Tal como se entiende en la cita anterior, es prioritario que el profesional de enfermería esté capacitado para entender la complejidad emocional de una persona afectada por una enfermedad o una situación particular. En ese mismo sentido Leddy y Pepper (Ob. Idem) citan a Fran y Bruno, quienes explican que “la forma de dar apoyo suele hacerse a través de un proceso interpersonal”(p.55). Se deduce que en este proceso denota la interacción del personal de enfermería con los familiares de los enfermos recluidos en la UCI, dado el hecho de que resultan afectados emocionalmente, ante la complejidad por estar presentes sentimientos y emociones, requieren que le proporcionen ayuda y confianza en procura de su bienestar.

El profesional de enfermería debe atender las necesidades de información de los familiares del paciente recluido en UCI, debe buscar un tiempo sin prisa para, informar, responder inicialmente a las emociones que se van a despertar en el familiar. Intentar que no le pasen llamadas telefónicas, ofrecer un tiempo de calidad, sentarse junto o enfrente del familiar y decirle con la mirada: "*aquí estoy, vengo a contarte lo que pasa y a apoyarte en todo lo que pueda*".

La comprensión y la satisfacción son los criterios utilizados para evaluar la eficacia de la información proporcionada a los miembros de la familia de pacientes críticos. Debido a que de ello depende la satisfacción de las necesidades de información, con el fin de en cierto modo tranquilizar y minimizar las emociones generados por la situación que estos familiares viven con su paciente.

El profesional de enfermería para actuar ante la necesidad de los familiares a estar informados, lo cual genera ansiedad, estrés en ellos, deben estar adiestrado en ciertas estrategias o métodos para actuar ante estas situaciones, en especial en familiares de pacientes críticos recluidos en la UCI, en este sentido el profesional de enfermería debe considerar:

Al hablar del cómo informar se intentara que el lenguaje verbal (lo que se dice), el paralenguaje (tono que se utiliza) y el lenguaje no verbal sean

coherentes. La información se dará usando frases cortas y vocabulario lo más neutro posible: en caso de malas noticias utilizar términos como no curable en lugar de incurable, tumor en lugar de cáncer, etc. Hay que asegurar la bidireccionalidad, es decir, facilitar que el familiar pregunte todo lo que desee, adaptando la información en cantidad y cualidad a las emociones del familiar. En estos casos la información es un proceso y no un monólogo duro del profesional.

Es importante al final de las entrevistas resumir lo dicho, asegurándonos de que el familiar del paciente haya entendido, siendo este momento final el adecuado para dar toda la esperanza e información positiva de que se disponga, sin mentir: por ejemplo, si se trata de una neoplasia con un 30% de posibilidades de salir adelante, al final de la entrevista tras el resumen sería el momento de apoyarnos en ese 30% de posibilidades. Así se generará un poco de tranquilidad y disminuirá la ansiedad del familiar.

Así mismo se deben tener en cuenta determinadas circunstancias personales y familiares, siempre que su consideración no implique agravamiento del proceso. Es muy importante tener en cuenta la edad del familiar intentando siempre ser veraces en lo que se dice y adecuando el impacto de la información. El que a los profesionales de enfermería, les resulte más difícil y emotivo informar a un joven no exime de esta obligación

de informar. Tal vez, el ritmo de información deba de ser más lento pero siempre veraz.

Con el fin de atender las necesidades emocionales de los familiares de los pacientes recluidos en UCI, es importante buscar el espacio físico adecuado, siendo conveniente evitar pasillos y habitaciones compartidas. Si esto último es inevitable, existe la posibilidad de suministrar la información requerida por el familiar, un lugar más privado. Si se está en un consultorio, el espacio dispondrá como mínimo de tres sillas.

Este profesional debe poseer habilidades al momento de atender a las necesidades emocionales de los familiares de pacientes recluidos en la UCI, entre estas habilidades se pueden mencionar: El silencio, el cual es una herramienta de información y de terapia. Puede ser duro responder a una pregunta o afirmación muy directa como: "a veces creo que no se va a curar". Un silencio del profesional reafirma al familiar en esa reflexión y, en este sentido, se cree que el silencio informa. También es terapéutico el silencio cuando el familiar se conmueve, llora o se irrita. Un silencio empático mirándole a la cara, prestándole atención, es terapéutico porque sabe que puede contar con los profesionales de enfermería. Además, si no se sabe qué decir en una situación muy emotiva es mejor callar. El Escucha activa.

La psicoterapia empieza por la escucha. El familiar conmovido por la enfermedad de su familiar puede querer hablar o no. El profesional debe escuchar sus palabras y su silencio. Muchas veces el silencio da más información que la expresión verbal.

En situaciones muy emotivas los profesionales tienden a interrumpir, ofrecer soluciones e incluso trivializar las expresiones del familiar. Un familiar llora y el profesional dice: "no llores que ya se solucionará todo" o "no llores que ya se arreglarán las cosas". Sería mejor permitir el llanto, facilitar la expresión de la emoción con señalamientos del estilo de: "hoy te veo más triste, ¿quieres contarme algo".

El escuchar activa propicia una baja reactividad que significa no interrumpir, esperar a que el individuo acabe antes de empezar a hablar, e incluso, si la situación lo requiere mantener silencios ya comentados.

La empatía, es otra herramienta útil, se podría definir como la solidaridad emocional: "entiendo que debe estar sufriendo mucho", y la legitimación de esta emoción: "cualquiera en tu lugar sufriría". En alguna ocasión se podría oír a los profesionales argumentos del estilo de: "no puedo ponerme en el lugar de todos mis pacientes porque sufriría en exceso y no podría ejercer bien mi profesión".

Parece esta una buena ocasión para aclarar que la empatía y la eficacia, fuera de estar reñidas, se complementan y que una actitud empática hacia los pacientes y sus familiares aporta sobre todo satisfacciones profesionales y por tanto disminuyen el sufrimiento. Así mismo la asertividad, que el familiar crea que el profesional sabe lo que hace y que se sienta respetado en sus opiniones. No basta con saber qué se debe hacer, si se quiere ser asertivos el familiar del paciente debe percibir a los profesionales seguros e incluso en situaciones de incertidumbre se debe transmitir seguridad y que las opiniones del profesional estén fundamentadas.

Cuando es posible y corresponde, compartir frases de esperanza allana el camino de la comunicación. La mayoría de los familiares esperan honestidad y sinceridad. Tratándose de un área donde la mortalidad es alta, es útil introducir el concepto “muerte” sin eufemismos, en el momento adecuado y con mucha claridad.

Orientación Normativa

Se debe hacer referencia a la necesidad de orientar a los familiares en cuanto a las normas del servicio, esto en vista de que el incumplimiento de las mismas produce interrupciones en la realización de las tareas del profesional de enfermería y en el cuidado del paciente, en este sentido

dentro de las áreas de los centros de salud se encuentran , las áreas críticas que según Anón (2004) las define como “ aquellas unidades que manejan pacientes graves o críticos que en algún caso no son programados.” (p.1-3), dentro de estas áreas se encuentra la Unidad de Cuidados Intensivos, que es definida como una unidad hospitalaria en la que se ingresan durante el tiempo necesario aquellos pacientes que requieren una estrecha vigilancia, que poseen dispositivo y equipos sofisticados, en donde el personal de enfermería está entrenado para administrar los cuidados especiales que requieren este tipo de paciente.

Es útil orientar y ambientar a los familiares, aclarando horarios y explicando el funcionamiento de la Unidad y del Hospital.

Dado que las familias se comportan con homogeneidad y se expresan a través de uno o dos emergentes, es posible enfocar la atención en un solo interlocutor. Los familiares que emiten señales no verbales de inquietud pueden indicar falta de comprensión, negación y represión. Es útil insistir en que la intención es aclarar las dudas sin importar el tiempo que esto implique y dejar claro que se reconoce la necesidad y el derecho a estar informado.

El punto de referencia para el familiar en la UCI, a nivel clínico, es el médico informante y la impresión que necesita la familia es la de solvencia y

honestidad. Las familias buscan un equilibrio entre la imagen de autoridad científica y de médico comprensivo con el sufrimiento ajeno.

Al respecto, Albísturi, M. (2000), señala:

Demasiada información técnica puede ser confusa y parecer contradictoria si se brinda a personas no calificadas técnicamente. Es mejor aclarar las preguntas y dudas con términos sencillos. Se refuerza la imagen de solvencia haciendo notar que se hace un esfuerzo para simplificar conocimientos complejos y que existe una sólida experiencia personal. (p. 251)

Se desata una gran angustia cuando la familia percibe o cree percibir una contradicción en la información. La misma autora, precisa: “Es útil aclarar que los tecnicismos involuntarios son causa de malos entendidos” (p.251).

Las familias se tranquilizan si se les explica que todos los recursos razonables se están utilizando y que ahora resta esperar la respuesta del enfermo.

Debido a las condiciones críticas en que se encuentra el paciente en esta unidad, se han diseñado normas para ser cumplidas por los familiares, por lo que se hace necesario la orientación del personal de enfermería a los familiares para el cumplimiento de estas normas, y así procurar el mejor cuidado y atención al paciente y a los familiares.

Las normas es un "documento establecido por consenso y aprobado por un organismo reconocido, que provee, para el uso común y repetitivo, reglas, directrices o características para actividades o, sus resultados dirigido a alcanzar el nivel optimo de orden en un concepto dado" [ISO/IEC Guía 2:1996]

Las instituciones de salud, poseen sus normas con el fin de dar un orden a las funciones y a los procedimientos que en ella se realizan, en este sentido cada área posee sus propias normas, la Unidad de Cuidados Intensivos, tiene sus normas dentro de las cuales se encuentran las que deben ser cumplidas por los familiares y allegados de los pacientes en ella recluidos.

El profesional de enfermería entre sus funciones debe velar por el cumplimiento de esas normas, en este sentido, la orientación a los familiares de los pacientes, debe ser orientada al cumplimiento de las mismas, con el fin de cumplir con los objetivos del servicio, como es el cuidado del paciente, asistencia y docencia.

Las normas establecidas por la Unidad de Cuidados Intensivos, por lo general rezan la importancia del cumplimiento del horario de visitas, como factor principal en el cumplimiento de las funciones del personal que en ella

labora, esto se puede determinar, variar de acuerdo a las necesidades del área, del paciente y de los familiares.

En este sentido, es muy importante respetar los horarios. Es obvio que en ocasiones pueden ser molestos, pero absolutamente necesarios. Administrar el tratamiento, el pase de visitas médicas, limpieza de cubículos, comidas, etc., son actividades que requieren de un horario para que su cumplimiento se realice de forma adecuada. Esto repercute siempre en beneficio del usuario, por lo tanto se considera imprescindible que el horario de visitas de familiares sea, en la Unidad de Cuidados Intensivos una hora por turno, es decir en la mañana, tarde y noche, todos los días de la semana. Por lo antes expuesto el personal de enfermería debe hacer hincapié a los familiares sobre la importancia del cumplimiento del horario.

En este mismo orden de ideas, es pertinente la orientación por parte del profesional de enfermería en cuanto a la necesidad de mantener un tono de voz baja y el permanecer solamente una personas por paciente dentro de la unidad, durante el horario de visita. Con relación a los niños menores de 12 años tiene más riesgos de contagio por lo que, por su bienestar, no se le debe permitir el acceso a la unidad clínica.

La orientación por parte del profesional de enfermería debe abordar la importancia de que está totalmente prohibido fumar en las áreas clínicas. En

caso de que un familiar que acude a visitar a algún paciente, siente la necesidad de fumar, se les recomienda utilice los lugares específicos para ello.

Es importante destacar que el orientar a los familiares de los pacientes reclusos en la Unidad de Cuidados Intensivos, en cierta forma contribuye a el logro de los objetivos el cual está enmarcado en proporcionales la mejor atención médica, de enfermería y administrativa a los usuarios y familiares que a ella acuden, así mismo, también se precisa que el paciente y su familia, colaboren estrechamente para conseguir este objetivo, cumpliendo las normas del área, y de las cuales puede solicitarse más información a los profesionales que en ella laboran, tratando con el máximo respeto al personal, otros pacientes y familiares; cuidando las instalaciones y respetando la limpieza.

Orientación Informativa

Al tener un familiar hospitalizado y más si es un área cerrada, como lo es una UCI, los familiares del paciente requieren mantenerse informados para lograr satisfacer sus necesidades de seguridad, proximidad, soporte y confort.

Cuando se prevé una estadía prolongada, resulta una señal positiva alertar a la familia sobre este pronóstico permitiéndole así prepararse en aspectos prácticos de su vida diaria, por lo cual es importante brindarle información de cosas sencillas como: donde está la sala de espera, los baños, teléfonos, cafetín, servicios religiosos, a quien dirigirse por información sobre el paciente; hasta otras más complejas como que va a encontrar en su primera visita a la UCI o a quien dirigirse en caso de problemas financieros.

En el transcurso de la hospitalización, dependiendo del tiempo y particularidades del caso, es posible que también requiera tener la seguridad que en caso de dejar el hospital será informado a su casa sobre cambios en el paciente, procedimientos o transferencias.

Así mismo, se orienta en cuanto a su derecho a notificar a las autoridades de la institución si en algún momento ha observado alguna deficiencia notable o cree no haber recibido un trato correcto por parte de los profesionales.

Orientación Educativa

La educación es uno de los medios esenciales que sirve de apoyo al ser humano. La adquisición de conocimientos sobre diversos temas influye en las disposiciones y modificaciones de valores, pensamientos y emociones. Es por tanto la educación uno de los roles más importantes para el personal de enfermería que trabajan en cualquier centro sanitario.

Los familiares de los pacientes recluidos en la UCI tienen derecho a ser orientados sobre de la unidad, el tratamiento y procedimientos que se le aplican o realizan al paciente, de qué manera puede ayudar en los cuidados del paciente, para ser capaces de tomar decisiones inteligentes e informadas, sobre la salud y el estilo de vida de su ser querido.

La información relacionada con la enfermedad, el tratamiento, la alimentación, higiene requiere una orientación adecuada para garantizar el bienestar biopsicosocial tanto del paciente como de su familiar.

SISTEMA DE VARIABLES

Variable: Orientación del profesional de enfermería a los familiares de los pacientes recluidos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Definición Conceptual: Según Sánchez, A. (2000), “la orientación es un conjunto de actividades dirigidas a un grupo de personas para ayudarles en la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus tareas dentro de un ámbito específico”(p. 130)

Definición Operacional: Se refiere a la información que se le brinda al familiar del paciente recluido en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Policlínica Méndez Gimón, en cuanto la normativa, manejo de emociones, técnicas e información pertinente por parte del profesional de enfermería.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable: Orientación del profesional de enfermería a los familiares de los pacientes reclusos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Definición Operacional: Se refiere a las indicaciones que se le brinda al familiar del paciente recluso en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Policlínica Méndez Gimón, en cuanto a la normativa, manejo de emociones, técnicas e información pertinente por parte del profesional de enfermería.

DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ITEM
Se refiere a la orientación normativa, emocional educativa e informativa que brinda el profesional de enfermería a los familiares de pacientes reclusos en la UCI.	<p>Orientación Normativa: Referido a la información que brinda el profesional de enfermería al familiar del paciente recluso en la UCI, relacionado con Normas de la institución en General y de la UCI en particular. horarios, tiempo de permanencia en la unidad, número de visitantes permitidos, y normas de la unidad.</p> <p>Orientación Emocional: Referido al apoyo que brinda el profesional de enfermería al familiar del paciente recluso en la UCI, relacionado con: angustias, contacto físico y emociones del familiar</p> <p>Orientación Educativa: Referido a la información que brinda el profesional de enfermería al familiar del paciente recluso en la UCI, relacionado con: los procedimientos que se realizan, el tratamiento indicado, que hacer durante la visita y como ayudar.</p> <p>Orientación Informativa: Referido a la información que brinda el profesional de enfermería al familiar del paciente recluso en la UCI, relacionado con facilidades para el familiar, medio y métodos de información sobre el paciente, orientaciones del funcionamiento de la UCI y personal responsable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Horarios de visitas regular y especial • Permanencia en la UCI • Número de visitantes • Normas de la UCI • Comunicación con el médico 	1 y 2 3 4 5 6
		<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de interés del personal por el paciente. • Seguridad de que es el mejor tratamiento. • Conoce la evolución del paciente • Respuestas sinceras • Sentir esperanza por el paciente • Sentir aceptación por parte del personal • Tener confianza para mostrar y hablar sobre sentimientos negativos • Conversar posibilidad de muerte • Acompaña durante las visitas 	7 8 9 10 11 12 13 14 15
		<ul style="list-style-type: none"> • Recibir explicaciones claras • Saber que hacer cuando esta con el paciente. • Ayudar a cuidar el paciente • Conocer el tratamiento y las razones del mismo • Conocer los procedimientos realizados 	16 17 18 19 20
		<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los profesionales que cuidan el paciente • Saber quien da información en persona y/o vía telefónica • Orientaciones sobre la UCI en la primera visita • Ubicación de la sala de espera, los baños, teléfonos, cafetín, servicios religiosos • Saber a quién acudir por información, problemas de salud o financieros. 	21 22 - 23 24 25 al 29 30

DEFINICION DE TERMINOS

Adaptación: serie, técnicas o procesos por medio de los cuales el individuo trata de resolver el problema que le presenta los cambios continuos que tienen lugar de si mismo en su medio

Adaptación familiar: Capacidad para utilizar recursos familiares en la resolución de problemas.

Conducta: Modo de conducirse una persona en las relaciones con los demás, según normas morales, sociales y culturales

Crisis: es sinónimo de desastre o de un acontecimiento peligroso o amenazador, una situación decisiva, definida por Caplan como un estado transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad como el peligro de una mayor vulnerabilidad y posibilidad de un trastorno mental.

Emoción: sentimiento intenso, agradable y más o menos duradero que influye poderosamente sobre numerosos órganos y cuya función es alterar o disminuir.

Estrategias: son todos los principios y rutas fundamentales que orientan el proceso para alcanzar los objetivos a los que se desea llegar.

Familia: La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. "

Necesidad emocional: requerimiento psicológico o mental de origen intrapsíquico que suele centrarse en sentimientos básicos como amor, temor, angustia, tristeza, ansiedad, frustración y depresión. En el que intervienen el entendimiento, la empatía y el apoyo mutuo de dos personas.

Relación: sensación de reciprocidad y entendimiento; armonía, acuerdo, confianza y respeto que subyace en una relación entre dos personas, nexo que es esencial entre el terapeuta y el enfermo.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

En lo concerniente a la metodología, Arias (2004) dice que la misma "...incluye el tipo de investigación, la población y la muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos y el procedimiento para la recolección de la información" (p.45). Por lo tanto, este es el contenido que se presenta a continuación en este capítulo.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En esta investigación el diseño fue no experimental. En ese marco de referencia los autores Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2003), la describen como "la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables por lo tanto se trata de investigación donde no se hace variaciones en forma intencional de las variables independientes" (p.267). De acuerdo con lo antes expuesto, en esta investigación, la variable

se estudio tal como se encontró, lo que se encontró es lo que está plasmado.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por las características del presente trabajo se ubica dentro del grupo de las investigaciones de campo. De acuerdo a lo expresado por la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) (1990), esta se caracteriza por:

“...la recolección de datos por parte de la investigación en el mismo lugar donde ocurren los acontecimientos con el propósito de describirlos, explicar sus causas y efectos entender su naturaleza y factores constituyentes o predecir su ocurrencia” (p.5)

En el caso particular de esta investigación los datos fueron recabados por las investigadoras en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Policlínica Méndez Gimón.

De acuerdo a sus objetivos esta investigación es de carácter descriptivo, ya que utilizando criterios sistemáticos podemos analizar la orientación brindada por el personal de enfermería a los familiares de pacientes reclusos en UCI.

En este sentido Canales, Alvarado y Pineda (1993) señalan que los estudios descriptivos, se consideran el punto de partida para el desarrollo de otras investigaciones pues se encuentran dirigidas a "...determinar "como es" o "como esta" la situación de las variables que deberán estudiarse en una población... la frecuencia con que ocurre un fenómeno... y quienes, donde y cuando se esta preguntando" (p.138)

De acuerdo con los criterios de Canales y colaboradores (1993), en relación al tiempo de la ocurrencia de los hechos y registro de la información, puede catalogarse como prospectiva y transversal ya que los hechos se registran según van ocurriendo y la información es recabada en un momento determinado.

POBLACION Y MUESTRA

Los sujetos de este estudio fueron los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI de la Policlínica Méndez Gimón, durante el período de noviembre de 2009 a febrero de 2010. Fue entrevistado solo un familiar por cada paciente.

Se definió como familiar, la persona indicada como la más próxima del paciente, con lazos de consanguinidad, que viven con él y que mantiene

estrechas relaciones. Así mismo que cubriera los criterios de inclusión. El tamaño de la muestra fue de 44.

Criterios de Inclusión:

- Tener edad igual o superior a 18 años;
- tener un familiar adulto hospitalizado en la UCI como mínimo 24 horas;
- haber visitado al paciente por lo menos una vez durante el periodo de hospitalización;
- estar en condiciones de entender y de responder a las preguntas de los instrumentos,
- estar de acuerdo en participar del estudio firmando el Término de Consentimiento Libre y Aclarado.

METODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron Tres: la ficha de caracterización del paciente, para obtener datos sociodemográficos y clínicos; la ficha de caracterización familiar, para el registro de datos socio-económicos, demográficos y de relaciones con el

paciente, y el Cuestionario para evaluar la orientación recibida por los familiares de pacientes reclusos en la UCI.

El cuestionario está conformado por preguntas dicotómicas (alternativas cerradas SI o NO).

Como técnica se utilizó una encuesta la cual según Canales, Alvarado y Pineda (2002) definen como un “método que consiste en obtener información de los sujetos de estudio, a manera de que ellos proporcionen opiniones diversas, actividades o sugerencias” (p.163) Este fue el método a utilizar para la recolección de la información por los familiares de pacientes reclusos en UCI

Se utilizaron las fichas de caracterización del paciente y del familiar para definir la muestra.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Van Dalen (2000) señala que todo instrumento que mida lo que pretenda medir puede considerarse válido. Sin embargo, los instrumentos de medición no poseen validez universal. Por esta razón la validación fue dada por juicio de expertos, se contó con la participación de dos Licenciados de

Enfermería de Áreas Críticas, una Profesional de la Psicología y la tutora del TEG, quienes realizaron las observaciones de acuerdo a la evaluación realizada.

La confiabilidad se expresa cuando un instrumento es confiable o seguro, cuando es aplicado repetidamente a un mismo grupo o individuo, o al mismo tiempo por investigadores diferentes y nos proporciona resultados iguales o parecidos.

La confiabilidad se obtuvo a través de la aplicación de la prueba piloto a un grupo de 6 familiares de pacientes recluidos en la UCI de la Policlínica Méndez Gimón, pero que no participaron en el diseño final, los cuales cumplían con los criterios de inclusión. Posteriormente se calculó el grado de confiabilidad a través de la aplicación del Kuder Richardson 20, para preguntas dicotómicas, el mismo dio como resultado 0,89 indicador de una alta confiabilidad

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para recolectar los datos e informaciones se procedió de la siguiente manera:

- Solicitud de autorización a la Dirección de Enfermería, Dirección Médica, así como también a la Coordinadora de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Policlínica Méndez Gimón.
- Se identificaron a los pacientes con por los menos 24 horas de hospitalización fueron identificados mediante consulta en el libro de reporte diario del servicio.
- Los familiares quienes cumplían con los criterios de inclusión fueron invitados a participar del estudio, explicándoles sobre los objetivos.
- Estando ellos de acuerdo, fue marcada una entrevista, de acuerdo con la disponibilidad del familiar.
- El término de Consentimiento Libre y Aclarado fue firmado al inicio de la entrevista por los familiares quienes participaron del estudio.
- Las entrevistas fueron realizadas en un local privado, dentro de la UCI. La duración de las entrevistas varió de 20 a 40 minutos.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS

Posteriormente a la recolección de la información se procedió a vaciar el contenido de la misma en una matriz de datos que permitió agruparlos de acuerdo a las caracterización de los pacientes y los familiares, además según los subindicadores, el análisis se realizó a través de la estadística

descriptiva (frecuencias y porcentajes), ya que la intención es caracterizar la orientación que han recibido los familiares sobre de normas, manejo de emociones, procedimientos técnicos e información general.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se realiza la presentación y análisis de los resultados derivados de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, constituidos por las fichas de caracterización del paciente, la ficha de caracterización del familiar y la guía de entrevista dirigidas a los familiares de pacientes recluidos en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Policlínica Méndez Gimón empleando para ello técnicas propias de la estadística descriptiva, para lo cual se tabularon los datos recabados en tablas estadísticas que ponen en evidencia la frecuencia relativa (fr) y porcentaje (%) de los datos obtenidos, para luego reflejarlos en gráficos y posteriormente, realizar un breve análisis cualitativo y cuantitativo de la información obtenida.

Primero se muestran las características de los pacientes, luego la de los familiares y por último los datos de la orientación recibida por los familiares por parte de los profesionales de enfermería.

TABLA N°1

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL **SEXO** SEGÚN LAS FICHAS DE **CARACTERIZACION DEL PACIENTE** RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

SEXO	f	%
Femenino	24	54,55
Masculino	20	45,45
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento aplicado

TABLA N°2

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA **RELIGION** SEGÚN LA FICHA DE **CARACTERIZACION DEL PACIENTE** RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

RELIGIÓN	f	%
Católica	32	72,64
Evangélica	10	22,73
Judía	2	4,54
Otras	0	0
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento aplicado

TABLA N°3

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL **ESTADO CIVIL** SEGÚN LA FICHA DE **CARACTERIZACION DEL PACIENTE** RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

ESTADO CIVIL	f	%
Soltero	10	22,73
Casado	23	52,29
Divorciado	5	11,35
Viudo	2	4,54
Otro	4	9,09
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento aplicado

TABLA N°4

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA **EDAD** SEGÚN LA FICHA DE **CARACTERIZACION DEL PACIENTE** RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

EDAD en años	f	%
0 a 20	0	0
20 a 40	6	13,64
40 a 60	30	68,18

60 a 80	8	18,18
>80	0	0
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento Aplicado

TABLA N°5

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA **HOSPITALIZACION ANTERIOR EN UCI** SEGÚN LA FICHA DE **CARACTERIZACION DEL PACIENTE** RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

Hosp. ant. en UCI	f	%
SI	30	68,18
NO	14	31,82
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento Aplicado

TABLA N°6

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL **RIESGO DE MUERTE** SEGÚN LA FICHA DE **CARACTERIZACION DEL PACIENTE** RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

RIESGO DE MUERTE		
Puntuación APACHEII	f	%
Baja (0-14 puntos)	4	9,10

Media (15-24puntos)	31	70,45
Alta (25 o + puntos)	9	20,45
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento Aplicado

TABLA N°7

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA **UNIDAD DE ORIGEN** SEGÚN LA FICHA DE **CARACTERIZACION DEL PACIENTE** RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

UNIDAD DE ORIGEN	f	%
Quirófano	16	36,39
Hospitalización	5	11,35
Emergencia	23	52,26
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento Aplicado

TABLA N°8

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL **MOTIVO DE INGRESO** SEGÚN LA FICHA DE **CARACTERIZACION DEL PACIENTE** RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

MOTIVO DE INGRESO	f	%
Post operatorio inmediato	16	36,39
Enfermedad Crónica:	28	63,61
Enf. Cardiovascular	11	24,98
Falla Respiratoria	5	11,37
Falla Renal	6	13,63
Coma	6	13,63
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento Aplicado

TABLA N°9

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL **TIEMPO DE INTERNACIÓN** SEGÚN LA FICHA DE **CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE** RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

TIEMPO DE INTERNACIÓN	f	%
1-3 días	10	22,74
4-6 días	20	45,45
7-9 días	8	18,18
10 o + días	6	13,63
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento Aplicado

TABLA N°10

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE **ALTA O MUERTE** SEGÚN LA FICHA DE **CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE** RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

SALIDA DE LA UCI	f	%
Alta	35	79,55
Muerte	9	20,45
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento Aplicado

De acuerdo a los resultados obtenidos de la Ficha de Caracterización del Paciente los pacientes se describen por ser del sexo femenino (54,55%), católicos (72,64%) y casados (52,29%), con edad entre 40 y 60 años (68,18%); en su mayoría (68,18%) ya fueron internados anteriormente en UCI; el 70,45% tienen un riesgo medio de muerte y, en relación a la alta o muerte, 79,1% fueron dados de alta en UCI.

En cuanto a la unidad de origen en la UCI la mayoría era proveniente de emergencia (52,3%), seguido por quirófano con (36,39%); con respecto al motivo de hospitalización fue más frecuente las enfermedades crónicas (63,61%) y en particular, las enfermedades cardiovasculares (25,0%), seguido del 36% proveniente de quirófano; con relación al tiempo de internación en la UCI la mayor parte de los pacientes permaneció de 4 a 6 días (45,45%).

TABLA N°11

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL **SEXO** SEGÚN LAS FICHAS DE **CARACTERIZACION DEL FAMILIAR** DE PACIENTE RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

SEXO	f	%
Femenino	33	75
Masculino	11	25
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento aplicado

TABLA N°12

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA **RELIGION** SEGÚN LA FICHA DE **CARACTERIZACION DEL FAMILIAR** DEL PACIENTE RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

RELIGIÓN	f	%
Católica	30	68,18

Evangélica	12	27,28
Judía	2	4,54
Otras	0	0
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento aplicado

TABLA N°13

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL **ESTADO CIVIL** SEGÚN LA FICHA DE **CARACTERIZACION DEL FAMILIAR** DE PACIENTE RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

ESTADO CIVIL	f	%
Soltero	8	18,18
Casado	27	61,38
Divorciado	5	11,35
Viudo	0	0
Otro	4	9,09
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento aplicado

TABLA N°14

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA **EDAD** SEGÚN LA FICHA DE **CARACTERIZACION DEL FAMILIAR** DEL PACIENTE RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

EDAD en años	f	%
0 a 20	0	0
20 a 40	20	45,46
40 a 60	24	54,54
60 a 80	0	0
>80	0	0
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento Aplicado

TABLA N°15

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA **EXPERIENCIA ANTERIOR CON FAMILIARES EN UCI** SEGÚN LA FICHA DE **CARACTERIZACION DEL FAMILIAR** DE PACIENTE RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

Hosp. ant. en UCI	f	%
SI	28	63,61
NO	16	36,39
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento Aplicado

TABLA N°16

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL **CONOCIMIENTO DEL DIAGNOSTICO** SEGÚN LA FICHA DE **CARACTERIZACION DEL FAMILIAR** DE PACIENTE RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

Conoce Dx. Médico	f	%
SI	41	93,19
NO	3	6,81
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento Aplicado

TABLA N°17

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL **PARENTESCO** SEGÚN LA FICHA DE **CARACTERIZACION DEL FAMILIAR** DE PACIENTE RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

PARENTESCO	f	%
Espos@	4	9,10
Padre/Madre	0	0
Hij@	28	63,62
Herman@	8	18,18
Otro Familiar	4	9,10
Otro no familiar	0	0
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento Aplicado

TABLA N°18

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL **CONOCIMIENTO DEL NOMBRE DEL MEDICO** SEGÚN LA FICHA DE **CARACTERIZACION DEL FAMILIAR** DE PACIENTE RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

CONOCE AL MEDICO	f	%
SI	36	81,82
NO	8	18,18
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento Aplicado

TABLA N°19

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL CONOCIMIENTO DEL NOMBRE DE LA ENFERMERA SEGÚN LA FICHA DE CARACTERIZACION DEL FAMILIAR DE PACIENTE RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

CONOCE AL ENFERMERO	f	%
SI	24	54,55
NO	20	45,45
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento Aplicado

De acuerdo a los resultados obtenidos de la Ficha de Caracterización del Familiar de los 44 familiares que fueron entrevistados todos tenían menos de 59 años (100%) y un poco más de la mitad (54,54%) se concentró entre 40 y 60 años. Predominaron los familiares de sexo femenino (75%), católicos (68,18%) y casados (61,38%); mas de la mitad tenía experiencia anterior con pacientes internados en UCI (63,61%) y la gran mayoría esta consciente del diagnóstico médico del paciente (93,19%). Con respecto al conocimiento del personal que trabaja con el paciente, un gran porcentaje (81,82%) conoce el médico tratante, mientras que solo alrededor de la mitad (54,55%) conoce al profesional de enfermería responsable del paciente.

Así mismo, los hijos estuvieron más presentes (63,62%) distribuyéndose el resto entre hermanos, tíos, sobrinos y nietos. Entre los familiares abordados, 81,82% de los familiares conocían el nombre del médico y en relación a la enfermera, 54,55% de los familiares la conocían por el nombre.

Frente a los resultados, se optó por analizar el total de ítems de la guía de la entrevista, considerando el agrupamiento por dimensión. A pesar de esta opción, se destaca que durante el análisis se hará especial mención individual a aquellas que por su naturaleza destaquen.

TABLA N°20

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS PARA EL INDICADOR **ORIENTACION NORMATIVA** POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA A FAMILIARES DE PACIENTES RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

ORIENTACIÓN NORMATIVA	S I		N O		TOTAL
	f	%	f	%	%
Horario de visita regular	37	84,10	7	15,90	100
Horario de visita especial	35	79,55	9	20,45	100
Tiempo de permanencia en la UCI	24	54,45	20	45,45	100
Números de familiares que pueden entrar	38	86,37	6	13,63	100
Normas de la UCI	39	88,65	5	11,35	100
Como estar en contacto con el médico	40	90,90	4	9,10	100

Fuente: Instrumento aplicado

Se observa que los familiares de pacientes recluidos en UCI en un alto porcentaje, superior al 80% fueron orientados sobre la normativa que rige la unidad, los horarios de visitas tanto regulares como especiales, cantidad de familiares por visita, así como la forma de estar en contacto con el médico tratante. Sin embargo, a un 45% no se le explicó el tiempo de permanencia permitido en la UCI, pareciera que se da por sobre entendido que los familiares conocen cual es el tiempo de permanencia en la UCI, sin tomar en cuenta que al ser cortos generan en los familiares la necesidad proximidad y seguridad de que el paciente está siendo bien tratado.

TABLA N°21

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS PARA EL INDICADOR **ORIENTACION EMOCIONAL** POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA A FAMILIARES DE PACIENTES RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

ORIENTACIÓN EMOCIONAL	S I		N O		TOTAL %
	f	%	f	%	
Sensación de interés del personal por el paciente.	40	90,90	4	9,10	100
Seguridad de que es el mejor tratamiento.	40	90,90	4	9,10	100
Conoce la evolución del paciente	39	88,65	5	11,35	100
Respuestas sinceras	38	86,37	6	13,63	100
Sentir esperanza por el paciente	38	86,37	6	13,63	100
Sentir aceptación por parte del personal	38	86,37	6	13,63	100
Tener confianza para mostrar y hablar sobre sentimientos negativos	30	68,18	14	31,82	100
Conversar posibilidad de muerte	30	68,18	14	31,82	100
Acompaña durante las visitas	30	68,18	14	31,82	100

Fuente: Instrumento aplicado

Se observa que los familiares de pacientes recluidos en UCI en un alto porcentaje, percibe el apoyo emocional que le brindan los profesionales de enfermería. Es así como más del 90% perciben que el personal está interesado en la recuperación del paciente y este recibe el mejor tratamiento. Un porcentaje superior al 85% sienten que las respuestas que reciben son sinceras, les ayuda a sentir esperanza acerca de la evolución del paciente y se sienten aceptados por el personal. Esta orientación satisface las necesidades soporte emocional del familiar. Sin embargo, llama la atención que el porcentaje baja (<70%) en lo referente a conversar sobre la

posibilidad de muerte, el familiar sentir que existe confianza para hablar de sentimientos negativos o estar acompañado durante la visita. Existe una tendencia del personal de evadir situaciones que comprometa su estabilidad emocional.

TABLA N°22

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS PARA EL INDICADOR **ORIENTACION EDUCATIVA** POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA A FAMILIARES DE PACIENTES RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

ORIENTACIÓN EDUCATIVA	S I		N O		TOTAL
	f	%	f	%	%
Recibir explicaciones claras	39	88,65	5	11,35	100
Saber qué hacer cuando esta con el paciente.	38	86,37	6	13,63	100
Ayudar a cuidar el paciente en la UCI	24	54,55	20	45,45	100
Conocer el tratamiento y las razones del mismo	39	88,65	5	11,35	100
Conocer los procedimientos realizados	40	90,90	4	9,10	100

Fuente: Instrumento aplicado

Los familiares de pacientes recluidos en la UCI satisfacen sus necesidades de seguridad al conocer los procedimientos que se le realizan al paciente (91%) y el tratamiento que se le aplica y las razones del mismo (89%) al recibir de parte del personal de enfermería explicaciones claras (87%) y orientaciones sobre lo que puede hacer durante la visita (86%). Sin embargo, casi el 46% de los familiares perciben que no han sido orientados sobre cómo ayudar a cuidar del paciente en la UCI. El personal de

enfermería es muy celoso de su trabajo y más en un área crítica como lo es la UCI.

TABLA N°23

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS PARA EL INDICADOR **ORIENTACION INFORMATIVA** POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA A FAMILIARES DE PACIENTES RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON ENTRE NOVIEMBRE 2009 Y FEBRERO 2010.

ORIENTACIÓN INFORMATIVA	S I		N O		TOTAL
	f	%	f	%	%
Conocer los profesionales que cuidan el paciente	38	86,37	6	13,63	100
Saber quien da información en persona y/o vía telefónica	34	77,27	10	22,73	100
Orientaciones sobre la UCI en la primera visita	39	88,65	5	11,35	100
Ubicación de la sala de espera, los baños, teléfonos, cafetín, servicios religiosos	20	45,45	24	54,55	100
Saber a quién acudir por información, problemas de salud o financieros	27	61,36	17	38,63	100

Fuente: Instrumento aplicado

Es en la orientación informativa en la cual se encuentra menos compromiso con el familiar. Esta orientación está dirigida a cubrir en parte las necesidades de soporte del familiar pero sobre todo sus necesidades de confort. Por lo cual llama la atención que casi el 55% de los familiares no

fueron orientados por el personal sobre la ubicación de los baños, teléfonos y otros servicios, sino por otros familiares. Estos últimos orientaron a casi un 40% de los familiares sobre a quién acudir en caso de problemas de salud o financieros. Caso contrario en lo que respecta a la información directamente relacionada con la UCI en la que entre 77 y 88% si fueron orientados al respecto.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

El establecer el tipo de orientación que reciben los familiares de pacientes recluidos en la UCI permite conocer las necesidades de estos familiares y permitir la planificación de intervenciones que puedan atender las demandas reales del binomio paciente-familia.

La evaluación de la orientación de estos familiares fue enfocada en la percepción de los mismos sobre el tipo de orientación recibida en relación a normas, manejo de emociones, educación e información. La identificación del nivel de orientación percibido la planificación e implementación de acciones con el objetivo de atender y redireccionar el posible enfoque dado a las diversas situaciones que no son consideradas importantes por los

familiares, los pacientes o el personal, ayudando a identificar las necesidades no atendidas y para evaluar la calidad del cuidado brindado.

Los resultados del estudio muestran que los familiares de pacientes reclusos en UCI son altamente orientados acerca de las normas de la Unidad. Sin embargo, es importante explicar el tiempo de permanencia permitido en la UCI, ya que al ser el tiempo de visita generalmente corto, la distancia genera en los familiares la necesidad proximidad y seguridad de que el paciente está siendo bien tratado.

Se observó, por otro lado, que los familiares de pacientes reclusos en UCI en un alto porcentaje, expresan sentir apoyo emocional por parte del profesional de enfermería cuando perciben que el personal está interesado en la recuperación del paciente y que este recibe el mejor tratamiento. También cuando sienten que las respuestas que reciben son sinceras, les ayuda a sentir esperanza acerca de la evolución del paciente y se sienten aceptados por el personal. Sin embargo, llama la atención que en lo referente a conversar sobre la posibilidad de muerte, brindar confianza al familiar para hablar de sentimientos negativos o estar acompañado durante la visita, existe una tendencia del personal de evadir estas situaciones.

El conocer los procedimientos que se le realizan al paciente, el tratamiento que se le aplica y las razones del mismo, mediante explicaciones

claras durante la visita satisface las necesidades de seguridad de los familiares de pacientes recluidos en la UCI. Sin embargo, los familiares perciben que no han sido orientados sobre cómo ayudar a cuidar del paciente en la UCI..

La orientación informativa está dirigida a cubrir en parte las necesidades de soporte del familiar pero sobre todo sus necesidades de confort. Por lo cual llama la atención que casi la mitad de los familiares entrevistados no fueron orientados por el personal sobre la ubicación de los baños, teléfonos, a quién acudir en caso de problemas de salud o financieros y otros servicios sino por otros familiares. Generalmente la orientación informativa se relacionaba casi exclusivamente a la UCI, dejando al familiar a su propia competencia.

RECOMENDACIONES

Incentivar al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos a reforzar la orientación en sus diferentes tipos dirigida a los familiares de paciente recluidos en esta Unidad, en los aspectos que de acuerdo a los resultados de esta investigación fueron deficientes.

Explorar la factibilidad de implementar en la Unidad sesiones educativas planificadas y sistemáticas que permitan la participación del familiar en todo el proceso de recuperación del paciente.

Ampliar esta investigación a un contexto donde se muestren los principales factores capaces de contribuir en una adecuada atención a las necesidades de los familiares de las UCIs.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcon, B. y Tenorio, U. **La incertidumbre informativa como causa generadora de enfermedades**. Trabajo Especial de Grado. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería, U.C.V.

Albísturi, M. (2000) **La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos**. Hospital Policial Monte video. Revista Médica del Uruguay 2000; vol. 16:Nº 3: 243-256

Anón (2004) **Estructuración de las áreas críticas**. En línea: www.terapiaintensiva/hospital/org/oms.com Fecha de consulta Marzo 2009

Arias, F. (2004) **El proceso de investigación científica**. McGraw Hill International. Buenos Aires, Argentina.

Barroso, M. (1999) **La experiencia de ser familia**. 2^{da} Edición. Editorial Pomaire: Caracas.

Caballero, E. y Fernández , P. **La familia en el entorno de cuidados críticos**. Capitulo 164. Madrid, 2007 tomado de <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/seccion10.htm>

Canales, Alvarado y Pineda (1993) **Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud**. O.P.S. Washington

----- (2002) **Metodología Cualitativa en el área asistencial**. Revista Interamericana de Medicina y Salud. Universidad de Gramma. La Habana Cuba.

Danehy, J. (1994) **La Familia. En Fundamento de Enfermería**. Kozier, B., Erb, G. y Bufalino. Editorial Interamericana McGraw Hill. México.

Fernández, M.; Maldonado, L.; Rodriguez, G. y Salinas, F. (1999) **Manejo de las necesidades emocionales y espirituales de los familiares de pacientes hospitalizados**. Trabajo Especial de Grado. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. U.C.V.

Fernández, M.; **Estructura Empática**. SYPAL. Caracas.

Gessen, V. y Gessen, M. (2003) **Las Emociones**. En línea: www.monografias.com Fecha de consulta: abril de 2009

González. N, (1999) **Influencia de factores psicosociales, en el estado de salud de 20 familiares de pacientes VIH positivos**. Trabajo Especial de Grado. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. U.C.V.

Hall y Readdin (1992) **Sentimientos Grupales**. Traducida al español por Editorial Paidós: Argentina.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2004) **Metodología de la Investigación**. McGraw Hill Interamericana. Mexico

[ISO/IEC Guía 2:1996] **Normas ISO 9000**.

Johnson D, Wilson M, Cavanaugh B, *et al* . . Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. *Crit Care Med* 1998; 26: 266-271 [\[Medline\]](#).

Kozier, B. Erb, G. y Blais, K(1992) **Enfermería Fundamental**. Editorial Interamericana McGraw-Hill. España.

Larson CO, Nelson EC, Gustafon D, Batalden PB. The relationship between meeting patient's information needs and their satisfaction with hospital care and general health status outcome. *Int J Qual Health Care* 1996; 8: 447-456

- Marriner (1998) **Modelo y Teoría de Enfermería**, Cuarta edición, Editorial Interamericana McGraw-Hill. España.
- Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients. *Heart Lung* 1979; 8: 332-339 [[Medline](#)].
- ONU (2002) **La familia hoy**. En línea: www.onu.org.com Fecha de consulta febrero 2008.
- Palma, C., Farriols, N., Cebriá, J. **Ansiedad de los adolescentes durante su hospitalización en Unidades de Cuidados Intensivos**. Anales de psiquiatría, Vol. 19, N°. 4, 2003 , pags. 143-149
- Parada (2001) **El servicio de apoyo psicosocial en UCI: Un tema de bioética aplicada en la búsqueda de una mejor atención al paciente crítico**. Unidad de Cuidados Intensivos Hospital de Clínicas Caracas. Venezuela. En línea: www.sociedaddebioetica.com.ve Fecha de consulta: marzo 2009.
- Potter y Perry (2002) **Fundamentos de enfermería**. 5ta edición. Vol I y II. Harcourt. McGraw Hill. Madrid España.
- Rodríguez A.; Albano, C. (2009) **Crecimiento y desarrollo humanos en Venezuela**. Revista de la Sociedad Médico Quirúrgica del Hospital de Emergencia Pérez de León. Enero-Junio. Volumen 40, Número 1.
- Rodríguez y Martínez (1999) **Factores asistenciales de enfermería que incide en la satisfacción de las necesidades psicosociales del paciente con SIDA, integrado en el servicio de Medicina del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño**. Trabajo Especial de Grado. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. U.C.V. (Leddy S. Y Pepper M., citado por)
- Sánchez, A. (2000) **Enfermería Comunitaria 3** Editorial Interamericana McGraw-Hill. 1era Edición. Madrid España.
- Santana, K., Kimura M., Azevedo, K. **Necesidades de los familiares de pacientes en unidades de terapia intesiva**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. vol.15 no.1 Ene./Feb. 2007

Shertzer, B. (1992) **Manual para el Asesoramiento Psicológico**. Editorial Paidós. 1ra edición. Madrid España

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) (1990) **Manual de Trabajos de Grado, Especialización y Maestría**. Vicerrectorado de Post grado. Caracas

Valera G. (2000) **Las Emociones**. En línea: www.monografías.com Fecha de consulta: abril de 2009

Van Dalen (2000) **El juicio de expertos y su aplicación práctica**. Editores Unidos. México.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**INSTRUMENTO PARA MEDIR LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA A LOS FAMILIARES DE PACIENTES
RECLUIDOS EN LA UCI DE LA POLICLÍNICA MNDEZ GIMÓN.**

**AUTORAS.
AVILA, YANIRA
PEÑA, CARELYS**

CARACAS, 2009

PRESENTACIÓN

El presente instrumento tiene como objetivo recolectar información acerca de la orientación brindada por el profesional de enfermería a los familiares de pacientes recluidos en la UCI. El mismo servirá para fines académicos, por lo que no es necesaria la identificación de los familiares participantes.

Le agradecemos ser lo más objetivo posible.

Por su colaboración, MUCHAS GRACIAS

CONSENTIMIENTO LIBRE Y ACLARADO

Por medio de la presente Yo,

en forma voluntaria consiento en participar en la investigación titulada **ORIENTACIÓN QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LOS FAMILIARES DE PACIENTES RECLUIDOS EN LA UCI DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON** cuyo objetivo es Determinar la orientación normativa, educativa, informativa y emocional que brinda el profesional de enfermería a los familiares de los pacientes recluidos en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Policlínica Méndez Gimón.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una serie de preguntas que la investigadora T.S.U. ----- me realizara acerca de las orientaciones recibidas por el personal de enfermería durante la estadía de mi familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme de la entrevista en cualquier momento, en que lo considere conveniente sin que ello afecte la atención médica que recibe mi familiar en el instituto.

La entrevistadora me ha dado seguridades de que no se me identificará en la publicación de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de manera confidencial.

He entendido la condiciones y objetivos de la entrevista, estoy satisfecho(a) con la información recibida de la entrevistadora, quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, dando la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance de las preguntas.

En tales condiciones acepto que se me realice LA ENTREVISTA.

Firma _____ del _____ familiar

Fecha _____

—

FICHA DE CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: (siglas) _____ Número de Historia: _____

Edad: ___ Sexo: F__ M__ Estado Civil: S__ C__ D__ V__ Otro__

Motivo de Hospitalización: _____

Religión: Católica__ Evangélica: __ Judía: __ Otra: _____

Escolaridad: Primaria__ Secundaria__ Universitaria__

Unidad de Origen: Quirófano ____ Hospitalización ____ Emergencia ____

Hosp. Anterior en UCI: SI__ NO__

APACHE II ___ Riesgo de Muerte: (Puntos:0-14 baja 15-24 media 25 o+ alta)

Tiempo de hospitalización _____ días Alta__ Muerte__

FICHA DE CARACTERIZACIÓN DEL FAMILIAR

Nombre: (siglas) _____
Edad: _____ Sexo: _____ Religión: _____
Estado Civil: _____ Trabajo: _____
Escolaridad: Prim ___ Bch ___ Univ ___
Parentesco con el paciente: Espos@: ___ Padre: ___ Hij@: ___ Herman@: ___
Otro (familiar): _____ Otro (no familiar): _____
Experiencia anterior con familiares en UCI: SI ___ NO ___
Conoce el diagnóstico médico del paciente: SI ___ NO ___
Conoce el nombre del médico tratante: SI ___ NO ___
Conoce el nombre del Prof. de Enfermería responsable: SI ___ NO ___

GUION DE ENTREVISTA

Orientación Normativa

El profesional de enfermería al ingreso de su familiar a la unidad, le brindo información sobre:

- 1) ¿Los horarios regulares de visitas permitidos en la UCI?
SI ___ NO ___
- 2) ¿La existencia de Horarios de visitas especiales en la UCI?
SI ___ NO ___
- 3) ¿Su tiempo de permanencia dentro de la unidad?
SI ___ NO ___
- 4) ¿El número de familiares que pueden entrar en la UCI?
SI ___ NO ___
- 5) ¿La existencia de normas declaradas dentro de la UCI?
SI ___ NO ___

- 6) ¿Cómo estar en contacto con el médico tratante y/o residente?
SI ____ NO ____

Orientación Emocional

- 7) ¿Al establecer relación con el profesional de enfermería tuvo la sensación de interés del personal por el paciente?
SI ____ NO ____
- 8) ¿La información recibida por el profesional de enfermería le da la seguridad de que es el mejor tratamiento?
SI ____ NO ____
- 9) ¿El profesional de enfermería le ha informado sobre la evolución del paciente?
SI ____ NO ____
- 10) ¿Siente que las respuestas de los profesionales de enfermería son sinceras?
SI ____ NO ____
- 11) ¿La información recibida por el profesional de enfermería le hace sentir esperanza por el paciente?
SI ____ NO ____
- 12) ¿Ud.se siente aceptado por parte del personal?
SI ____ NO ____
- 13) ¿El profesional de enfermería le brindó confianza para expresar sentimientos negativos que pueda tener?
SI ____ NO ____
- 14) ¿A conversado sobre la posibilidad de muerte con el profesional de enfermería?
SI ____ NO ____
- 15) ¿El profesional de enfermería le acompaña durante el horario de visita a su familiar?
SI ____ NO ____

Orientación Educativa

- 16) ¿Usted siente que las explicaciones suministradas por el profesional de enfermería son claras?
SI ___ NO ___
- 17) ¿El profesional de enfermería le orientó sobre lo que puede hacer cuando esta con el paciente?
SI ___ NO ___
- 18) ¿Durante la visita el profesional de enfermería le ha permitido ayudar en el cuidado del paciente?
SI ___ NO ___
- 19) ¿El profesional de enfermería le ha explicado cual es el tratamiento del paciente y las razones del mismo?
SI ___ NO ___
- 20) ¿El profesional de enfermería le ha explicado los procedimientos realizados al paciente?
SI ___ NO ___

Orientación Informativa:

- 21) ¿El profesional de enfermería le informó quienes son los profesionales que cuidan al paciente?
SI ___ NO ___
- 22) ¿El profesional de enfermería le explico a quien dirigirse por información acerca de su familiar?
SI ___ NO ___
- 23) ¿El profesional de enfermería le explico a quien dirigirse por información, vía telefónica, acerca de su familiar?
SI ___ NO ___
- 24) ¿El profesional de enfermería lo oriento acerca de la UCI en su primera visita?
SI ___ NO ___
- 25) ¿El profesional de enfermería le orientó sobre la ubicación de la sala de espera?
SI ___ NO ___

- 26) ¿El profesional de enfermería le orientó sobre la ubicación de los baños?
SI ____ NO ____
- 27) ¿El profesional de enfermería le orientó sobre la ubicación de los teléfonos?
SI ____ NO ____
- 28) ¿El profesional de enfermería le orientó sobre la ubicación del cafetín?
SI ____ NO ____
- 29) ¿El profesional de enfermería le orientó sobre los servicios religiosos?
SI ____ NO ____
- 30) ¿El profesional de enfermería le orientó sobre a quién acudir en caso de problemas de salud, financieros u otras dudas?
SI ____ NO ____

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE SEVERIDAD DE ENFERMEDAD APACHE II

El APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) es uno de los sistemas más frecuentemente utilizados para cuantificar la gravedad de un paciente con independencia del diagnóstico. En base a este Score podemos predecir la evolución de los pacientes por medio de una cifra objetiva.

Variables fisiológicas	Rango elevado					Rango Bajo			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Temperatura rectal (Axial +0.5°C)	≥ 41°	39-40,9°		38,5-38,9°	36-38,4°	34-35,9°	32-33,9°	30-31,9°	≤ 29,9°
Presión arterial media (mmHg)	≥ 160	130-159	110-129		70-109		50-69		≤ 49
Frecuencia cardíaca (respuesta ventricular)	≥ 180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	≤ 39
Frecuencia respiratoria (no ventilado o ventilado)	≥ 50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		≤ 5
Oxigenación : Elegir a o b									
a. Si FiO2 ≥ 0,5 anotar P A-aO2	≥ 500	350-499	200-349		< 200 > 70	61-70		55-60	<55
b. Si FiO2 < 0,5 anotar PaO2									
pH arterial (Preferido)	≥ 7,7	7,6-7,59		7,5-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15
HCO3 sérico (venoso mEq/l)	≥ 52	41-51,9		32-40,9	22-31,9		18-21,9	15-17,9	<15
Sodio Sérico (mEq/l)	≥ 180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	≤ 110

Potasio Sérico (mEq/l)	≥ 7	6-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9		<2,5
Creatinina sérica (mg/dl) Doble puntuación en caso de fallo renal agudo	≥ 3,5	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		<0,6		
Hematocrito (%)	≥ 60		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		<20
Leucocitos (Total/mm ³ en miles)	≥ 40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		<1
Escala de Glasgow Puntuación=15-Glasgow actual									
A. APS (Acute Physiology Score) Total: Suma de las 12 variables individuales									
B. Puntuación por edad (≤44 = 0 punto; 45-54 = 2 puntos; 55-64 = 3 puntos; 65-74 = 5 puntos; >75 = 6 puntos)									
C. Puntuación por enfermedad crónica									
Puntuación APACHE II (Suma de A+B+C)									

Puntuación	Mortalidad (%)
0-4	4
5-9	8
10-14	15
15-19	25
20-24	40
25-29	55
30-34	75
>34	85

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN

Yo **CARMEN ALICIA BELISARIO DE BARRIOS** portadora de la C.I. 4.246.005. En mi carácter de experta en el área de Psicología, le certifico que el cuestionario y las fichas técnicas utilizadas para obtener información sobre **ORIENTACIÓN QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LOS FAMILIARES DE PACIENTES RECLUIDOS EN LA UCI DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON**, cuyas autoras son: Avila, Yanira C.I. 7.884.205 y Peña, Carelys C.I. 13.649.104, fue revisado y considerado que reúne los requisitos técnicos para su aplicación.

FIRMA

Caracas, ____ de _____ de 2009

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN

Yo **JOSE GREGORIO TORREALBA BUSTOS** portador de la C.I. 6.124.645. En mi carácter de experto en Enfermería de Áreas Críticas, le certifico que el cuestionario y las fichas técnicas utilizadas para obtener información sobre **ORIENTACIÓN QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LOS FAMILIARES DE PACIENTES RECLUIDOS EN LA UCI DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON**, cuyas autoras son: Avila, Yanira C.I. 7.884.205 y Peña, Carelys C.I. 13.649.104, fue revisado y considerado que reúne los requisitos técnicos para su aplicación.

FIRMA

Caracas, ____ de _____ de 2009

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN

Yo **ALEJANDRO BERRIOS** portadora de la C.I. 6.113.483. En mi carácter de Coordinador de Enfermería en Áreas Críticas, le certifico que el cuestionario y las fichas técnicas utilizadas para obtener información sobre **ORIENTACIÓN QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LOS FAMILIARES DE PACIENTES RECLUIDOS EN LA UCI DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON**, cuyas autoras son: Avila, Yanira C.I.

7.884.205 y Peña, Carelys C.I. 13.649.104, fue revisado y considerado que reúne los requisitos técnicos para su aplicación.

FIRMA

Caracas, ____ de _____ de 2009

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**INSTRUMENTO PARA MEDIR LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA A LOS FAMILIARES DE PACIENTES
RECLUIDOS EN LA UCI DE LA POLICLÍNICA MNDEZ GIMÓN.**

**AUTORAS.
AVILA, YANIRA
PEÑA, CARELYS**

CARACAS, 2009

PRESENTACIÓN

El presente instrumento tiene como objetivo recolectar información acerca de la orientación brindada por el profesional de enfermería a los familiares de pacientes recluidos en la UCI. El mismo servirá para fines académicos, por lo que no es necesaria la identificación de los familiares participantes.

Le agradecemos ser lo más objetivo posible.

Por su colaboración, MUCHAS GRACIAS

CONSENTIMIENTO LIBRE Y ACLARADO

Por medio de la presente Yo,

en forma voluntaria consiento en participar en la investigación titulada **ORIENTACIÓN QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LOS FAMILIARES DE PACIENTES RECLUIDOS EN LA UCI DE LA POLICLINICA MENDEZ GIMON** cuyo objetivo es Determinar la orientación normativa, educativa, informativa y emocional que brinda el profesional de enfermería a los familiares de los pacientes recluidos en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Policlínica Méndez Gimón.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una serie de preguntas que la investigadora T.S.U. ----- me realizara acerca de las orientaciones recibidas por el personal de enfermería durante la estadía de mi familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme de la entrevista en cualquier momento, en que lo considere conveniente sin que ello afecte la atención médica que recibe mi familiar en el instituto.

La entrevistadora me ha dado seguridades de que no se me identificará en la publicación de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de manera confidencial.

He entendido la condiciones y objetivos de la entrevista, estoy satisfecho(a) con la información recibida de la entrevistadora, quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, dando la oportunidad de

preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance de las preguntas.

En tales condiciones acepto que se me realice LA ENTREVISTA.

Firma _____ del _____ familiar

Fecha _____

—

FICHA DE CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: (siglas) _____ Número de Historia: _____

Edad: ___ Sexo: F__ M__ Estado Civil: S__ C__ D__ V__ Otro__

Motivo de Hospitalización: _____

Religión: Católica__ Evangélica:__ Judía:__ Otra:_____

Escolaridad: Primaria__ Secundaria__ Universitaria__

Unidad de Origen: Quirófano ____ Hospitalización ____ Emergencia ____

Hosp. Anterior en UCI: SI__ NO__

APACHE II ___ Riesgo de Muerte: (Puntos:0-14 baja 15-24 media 25 o+ alta)

Tiempo de hospitalización _____ días Alta__ Muerte__

FICHA DE CARACTERIZACIÓN DEL FAMILIAR

Nombre: (siglas) _____
Edad: _____ Sexo: _____ Religión: _____
Estado Civil: _____ Trabajo: _____
Escolaridad: Prim ___ Bch ___ Univ ___
Parentesco con el paciente: Espos@: ___ Padre: ___ Hij@: ___ Herman@: ___
Otro (familiar): _____ Otro (no familiar): _____
Experiencia anterior con familiares en UCI: SI ___ NO ___
Conoce el diagnóstico médico del paciente: SI ___ NO ___
Conoce el nombre del médico tratante: SI ___ NO ___
Conoce el nombre del Prof. de Enfermería responsable: SI ___ NO ___

GUION DE ENTREVISTA

Orientación Normativa

El profesional de enfermería al ingreso de su familiar a la unidad, le brindo información sobre:

- 1) ¿Los horarios regulares de visitas permitidos en la UCI?
SI ___ NO ___
- 2) ¿La existencia de Horarios de visitas especiales en la UCI?
SI ___ NO ___
- 3) ¿Su tiempo de permanencia dentro de la unidad?
SI ___ NO ___
- 4) ¿El número de familiares que pueden entrar en la UCI?
SI ___ NO ___
- 5) ¿La existencia de normas declaradas dentro de la UCI?

SI ____ NO ____

6) ¿Cómo estar en contacto con el médico tratante y/o residente?

SI ____ NO ____

Orientación Emocional

7) ¿Al establecer relación con el profesional de enfermería tuvo la sensación de interés del personal por el paciente?

SI ____ NO ____

8) ¿La información recibida por el profesional de enfermería le da la seguridad de que es el mejor tratamiento?

SI ____ NO ____

9) ¿El profesional de enfermería le ha informado sobre la evolución del paciente?

SI ____ NO ____

10) ¿Siente que las respuestas de los profesionales de enfermería son sinceras?

SI ____ NO ____

11) ¿La información recibida por el profesional de enfermería le hace sentir esperanza por el paciente?

SI ____ NO ____

12) ¿Ud. se siente aceptado por parte del personal?

SI ____ NO ____

13) ¿El profesional de enfermería le brindó confianza para expresar sentimientos negativos que pueda tener?

SI ____ NO ____

14) ¿A conversado sobre la posibilidad de muerte con el profesional de enfermería?

SI ____ NO ____

15) ¿El profesional de enfermería le acompaña durante el horario de visita a su familiar?

SI ____ NO ____

Orientación Educativa

- 16) ¿Usted siente que las explicaciones suministradas por el profesional de enfermería son claras?
SI ___ NO ___
- 17) ¿El profesional de enfermería le orientó sobre lo que puede hacer cuando esta con el paciente?
SI ___ NO ___
- 18) ¿Durante la visita el profesional de enfermería le ha permitido ayudar en el cuidado del paciente?
SI ___ NO ___
- 19) ¿El profesional de enfermería le ha explicado cual es el tratamiento del paciente y las razones del mismo?
SI ___ NO ___
- 20) ¿El profesional de enfermería le ha explicado los procedimientos realizados al paciente?
SI ___ NO ___

Orientación Informativa:

- 21) ¿El profesional de enfermería le informó quienes son los profesionales que cuidan al paciente?
SI ___ NO ___
- 22) ¿El profesional de enfermería le explico a quien dirigirse por información acerca de su familiar?
SI ___ NO ___
- 23) ¿El profesional de enfermería le explico a quien dirigirse por información, vía telefónica, acerca de su familiar?
SI ___ NO ___
- 24) ¿El profesional de enfermería lo oriento acerca de la UCI en su primera visita?
SI ___ NO ___
- 25) ¿El profesional de enfermería le orientó sobre la ubicación de la sala de espera?
SI ___ NO ___
- 26) ¿El profesional de enfermería le orientó sobre la ubicación de los baños?

SI ____ NO ____

27) ¿El profesional de enfermería le orientó sobre la ubicación de los teléfonos?

SI ____ NO ____

28) ¿El profesional de enfermería le orientó sobre la ubicación del cafetín?

SI ____ NO ____

29) ¿El profesional de enfermería le orientó sobre los servicios religiosos?

SI ____ NO ____

30) ¿El profesional de enfermería le orientó sobre a quién acudir en caso de problemas de salud, financieros u otras dudas?

SI ____ NO ____