

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

INTERACCIÓN ENTRE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LA
FAMILIA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DE DOS INSTITUCIONES DE SALUD EN
LAS CIUDADES DE PITALITO Y NEIVA

BOGOTA, JULIO 2012
REPUBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA EN CUIDADO CRITICO CON
ENFASIS EN ADULTO

INTERACCIÓN ENTRE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LA
FAMILIA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DE DOS INSTITUCIONES DE SALUD EN
LAS CIUDADES DE PITALITO Y NEIVA

ROSA LALI CHARRY

LUISA ORDOÑEZ

MELVA TIEMPOS

MARCELA CORTES

PROYECTO DE GESTION PRESENTADO PARA OPTAR EL TITULO
DE: ENFERMERA ESPECIALISTA EN CUIDADO CRITICO CON
ENFASIS EN ADULTO

Asesora MYRIAM ABAUNZA DE GONZALEZ

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE ENFERMERIA

ESPECIALIZACION EN CUIDADO CRITICO CON ENFASIS EN
ADULTO

BOGOTA D.C 2012

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá, 14 de Julio 2012

DEDICATORIA

Es nuestro deseo dedicar este proyecto de gestión, en primera instancia a nuestros progenitores, (uno de ellos ya partió a la presencia del Altísimo) quienes permanentemente nos apoyaron con espíritu alentador, contribuyendo incondicionalmente a lograr las metas y objetivos propuestos.

A los docentes que nos han acompañado durante el largo camino, brindándonos siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando nuestra formación como estudiantes universitarios de esta especialización.

Dedicamos este trabajo de igual manera a nuestra asesora quien nos ha orientado en todo momento en la realización de este proyecto que enmarca el último escalón hacia un futuro en donde seremos partícipes en el mejoramiento del proceso de enseñanza y aprendizaje.

Dedicamos por supuesto el trabajo, a todas las familias quienes laboran con la materia más valiosa de nuestra patria, las mentes, la personalidad, la formación integral de nuestros niños y niñas, y, son en definitiva, formadores de los hombres y mujeres del mañana, sobre la bases de valores morales, éticos y de mucho humanismo, quienes con mucha paciencia y bondadoso amor cincelan los corazones de los más pequeños.

AGRADECIMIENTOS

Nuestra gratitud, principalmente está dirigida al Dios Todopoderoso por habernos dado la existencia y permitido llegar al final de nuestra especialización.

Igualmente las autoras del presente proyecto agradecen muy profundamente a todos los organismos y personas naturales que hicieron posible la realización del mismo.

A la Universidad de La Sabana por habernos dado la oportunidad de ingresar al sistema de Educación Superior y cumplir este gran sueño.

A todas y todos quienes de una u otra forma han colocado un granito de arena para el logro de este Proyecto de Gestión, agradecemos de forma sincera su valiosa colaboración.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION.....	12
1. PLATAFORMA INSTITUCIONAL Y SITUACION DE SALUD.....	19
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
3. JUSTIFICACION.....	31
4. SOPORTE TEORICO.....	38
5. SOPORTE CONCEPTUAL.....	45
6. OBJETIVOS.....	49
7. METODOLOGIA.....	51
8. TABULACION Y ANALISIS DE DATOS.....	62
9. CONCLUSIONES.....	78
10. RECOMENDACIONES.....	79
BIBLIOGRAFIA.....	80
ANEXOS.....	82

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1 Instituciones donde se desarrolló el proyecto de gestión.....	19
TABLA 2 Causas de morbilidad uci 2011, Medilaser, HUHMP.....	23
TABLA 3 Causas de mortalidad uci 2011, Medilaser, HUHMP.....	24
TABLA 4 Marco conceptual para enfermería definido por Imogene King	40
TABLA 5 Fases de la relación enfermera paciente Joyce Travelbee.....	43
TABLA 6 Análisis de datos cuestionario Profesionales de Enfermería.....	64

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
GRAFICA 1 Estadísticas 2011, UCIS Clínica Medilaser, HUHMP.....	23
GRAFICO 2. Profesionales de enfermería que respondieron el cuestionario...	62
GRAFICO 3. Cedula datos sociodemograficos (edad, genero, estado civil, jefe de hogar, escolaridad) profesional de enfermería.....	63
GRAFICO 4. PREGUNTA 2, 3, 4 y 8. ¿En cuántas Instituciones más labora?, ¿Cuál es su tiempo de experiencia en la UCI en años?, Qué tipo de contratación maneja con la Institución? y ¿Cuántos pacientes tienen a cargo en un turno de 6 o 12 horas? cuestionario enfermero.....	65
GRAFICO 5. PREGUNTA 20. ¿Qué tipo de información da usted a los familiares de sus pacientes? cuestionario a Enfermeros.....	66
GRAFICO 6. PREGUNTA 23. Durante el primer encuentro con los familiares de sus pacientes le es fácil establecer: Fase del encuentro original?, Fase de emergencia de identidades, Fase de Empatía, Fase de Simpatía?, Fase de Raport? cuestionario a Enfermeros...	66
GRAFICO 7. PREGUNTA 24. ¿Qué elementos considera que favorecen u obstaculizan la interacción o comunicación por parte del Profesional de Enfermería con los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo?.....	67
GRAFICO 8. PREGUNTA 25. ¿Qué estrategias o medidas cree que se pueden implementar para favorecer la interacción entre el Profesional de Enfermería y los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo? cuestionario a Enfermeros.....	67
GRAFICO 9. Cedula datos sociodemograficos (edad, genero, estado civil, Jefe de hogar, escolaridad) familiares.....	68
GRAFICO 10. Pregunta 1. Al ingresar su familiar a la UCI: ¿Le explicaron el estado de salud y el por qué se encuentra aquí? SI NO.....	69
GRAFICO 11. Pregunta 2. ¿Esta información quien se la proporciona? Enfermera, médico, auxiliar de enfermería?.....	70

GRAFICO 12. Pregunta 3. ¿Fue clara y completa esta información? SI NO....	70
GRAFICO 13. Pregunta 4. ¿La enfermera o enfermero que llevo a usted se identificó (nombre, profesión)? SI NO.....	71
GRAFICO 14. Pregunta 5. ¿Cree que la enfermera debe ampliar la información sobre el estado y el ambiente en que se encuentra su familiar? SI NO.....	72
GRAFICO 15. Pregunta 6. Describa en sus palabras como fue el primer encuentro o la percepción que usted tuvo con la enfermera.....	72
GRAFICO 16. Pregunta 7. ¿Ha sido fácil la comunicación con la enfermera? SI NO.....	73
GRAFICO 17. Pregunta 8. Lea el siguiente texto guía: La interacción, es la percepción y la comunicación entre dos personas reflejándose un ambiente reciproco, agradable y con una finalidad en común. De acuerdo a lo anterior: ¿considera que existe interacción entre usted y el enfermero o enfermera? SI NO.....	74
GRAFICO 18. Pregunta 9. ¿En qué momento ha podido interactuar con la Enfermera? marque con una "x" la que considere. *A la hora de la visita, *cuando usted lo requiere, *la enfermera busco el momento, * no ha podido interactuar con ella.....	74
GRAFICO 19. Pregunta 10. ¿Considera que la enfermera debe estar pendiente de la situación por la que está pasando su ser querido y su familia? SI NO.....	75
GRAFICO 20. Pregunta 11. ¿La enfermera le ha permitido expresar sus temores, dudas y en general sus sentimientos? SI NO.....	75
GRAFICO 21. Pregunta 12. Defina o clasifique la enfermera en una o varias de estas palabras: indiferente, humanizada, comprensiva, amable, simpática, ocupada, relación reciproca, accesible.....	76

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A Organigrama clínica Medilaser.....	82
ANEXO B Organigrama Hospital Universitario HMP.....	83
ANEXO C Análisis de involucrados.....	84
ANEXO D Carta de autorización y aprobación del proyecto	85
ANEXO E Consentimiento informado.....	89
ANEXO F Cedula sociodemografica.....	95
ANEXO G Entrevista grado de interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en una uci.....	96
ANEXO H Cuestionario percepción del grado de interacción enfermera-familia del paciente hospitalizado en la uci.....	99
ANEXO I Folleto.....	103
ANEXO J Cronograma.....	105
ANEXO K Presupuesto.....	106

RESUMEN

El siguiente proyecto de gestión se ejecutó con el objetivo de fortalecer la interacción por parte del profesional de enfermería con los familiares del paciente hospitalizado en la UCI, que sirva como inicio hacia el mejoramiento en la prestación del cuidado, reconocimiento y autonomía al profesional para orientar sus funciones asistenciales, docentes, administrativas e investigativas. Para la planeación, programación y ejecución se utilizó la metodología del marco lógico. Se realizó una entrevista a familiares y cuestionario a enfermeros donde se evidencia la falta de interacción entre el profesional de enfermería y familiares al momento de la visita. Las estrategias realizadas cumplieron con los objetivos planteados desde el inicio y demostró la importancia de la información enfermera y las bases de la interacción Enfermera Familia como sujeto de cuidado, donde se proporcionan elementos para su adaptación ante la situación actual, creando espacios para escucharlos y ser escuchados, conocer sus expectativas y condiciones actuales, lo que se traduce en una integración efectiva de conocimientos y actitudes encaminadas a un cuidado holístico.

Palabras clave: interacción, familia, enfermera, uci

SUMMARY

The following management project was implemented with the aim to strengthen the interaction by the nurse with families of hospitalized patients in the ICU, to serve as a start towards improving the provision of care, professional recognition and autonomy to guide office care, teaching, administrative and research. For planning, programming and implementation, we used the logical framework methodology. Were interviewed family members and nurses questionnaire which shows the lack of interaction between the nurse and family at the time of the visit. The strategies undertaken met the objectives from the outset and showed the importance of information and bases nurse interaction as the subject of Family Nursing Care, which provide elements for adaptation to the current situation, creating space to listen and be heard, know their expectations and current conditions, resulting in an effective integration of knowledge and attitudes towards a holistic care.

Key words: interaction, family, nurse, ICU

INTRODUCCION

En todas las etapas de la vida, la enfermedad no solo coincide en el bienestar psicológico de los pacientes, sino también en el de toda su familia.

Estas repercusiones impactan en los procesos y funcionamiento de la vida familiar, y se dan a través de una multitud de manifestaciones y significados de carácter sintomático, terapéutico, emocional y social. En general, en las personas, el padecimiento de una enfermedad y el ingreso a un centro hospitalario puede generarles ansiedad, estrés, depresión, dificultades para el contacto social y en la interacción con el personal de enfermería, problemas para la adherencia al tratamiento, trastornos en el carácter o ciertos retrasos en la evolución de la enfermedad. (Bordin 2000).

En particular, para los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos, la enfermedad resulta ser un proceso complejo, debido a que el tipo de respuestas y adaptación frente a sus manifestaciones varían dependiendo de factores tales como: la edad, las características particulares de vida y las condiciones socioculturales en que se desarrollan. Estos factores determinan la manera en que las personas asimilan el proceso de enfermedad y hospitalización. Se podría decir que el vivenciar situaciones dolorosas de enfermedad, o circunstancias de hospitalización, tienen fuertes repercusiones psicológicas sobre el paciente y su entorno familiar. (Sierra, 1989; Ajuriaguerra, 1990)

Por tanto, Whaley y Wong, (1989) determinaron que la interacción que se establezca entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en una UCI, se convierte en un elemento clave, que contribuye a que el paciente acompañado de su familia, pueda identificar algunos elementos que ayudan a construir una visión comprensiva de la situación, y que a su vez le permiten estabilizar sus emociones, conduciéndole a una mejor adaptación ante la nueva experiencia.

La familia del paciente crítico hospitalizado en una UCI, requiere cuidados, atención e información oportuna. Con frecuencia se les observa en las salas de espera con manifestaciones de diferente índole de acuerdo con el contexto de sus vivencias y necesidades. Es importante reconocer que las personas no familiarizadas con las UCI; en sus primeras visitas pueden reaccionar de una forma angustiada, con múltiples expectativas en relación con la cantidad de dispositivos de monitoreo, equipos para el mantenimiento de la vida y controles ambientales necesarios para garantizar un cuidado con calidad.

La familia, al igual que la persona enferma, está en crisis se pregunta por el resultado y el pronóstico, por los procesos y procedimientos diagnósticos o terapéuticos, presenta conflictos o comportamientos de negación, racionalización, culpa, ira, desesperanza o, en ocasiones, somatiza. La ansiedad, el temor, la pérdida de control, el agotamiento físico y mental son respuestas que se dan de acuerdo al proceso de afrontamiento que posee cada familia ante una situación de crisis dada por el proceso de hospitalización.

Es por ello, que las UCI son escenarios frecuentes de sufrimiento, donde los pacientes debido a los horarios de visita restringidos y a la complejidad en su estado de salud, son aislados de sus familiares; considerada ésta la mayoría de las veces, como un obstáculo para los profesionales de la salud.

Esta pérdida de comunicación, contacto e interacción que tiene el profesional de enfermería con el familiar del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo; se ve influenciada muchas veces por el alto nivel de estrés que manejan las enfermeras, múltiples funciones y responsabilidades asignadas, largas jornadas laborales que llevan al agotamiento físico y mental y a la rutinización de la labor del profesional de enfermería.

Por todos estos aspectos mencionados, entre otros, el enfermero se olvida de interactuar y comunicarse con las familias, siendo éste un grupo clave para la recuperación del paciente. Todo esto origina quejas, insatisfacción y frustraciones por parte de los familiares, que piden conocer cada detalle del estado de salud de sus pacientes, sus dudas y temores.

Por lo tanto, vale la pena conocer si existe o no interacción y cómo se realiza ésta entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos como planteamiento de un problema, para buscar soluciones y estrategias de apoyo, siendo de vital importancia involucrar las instituciones de salud, ya que de ellas depende la mayoría de las normas y reglas establecidas en la UCI, tales como horarios de información y de visita, lugares para ofrecer información a la familia, entre otros.

Se analizó en la literatura sobre la interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la UCI y se encontró que la familia no es, la mayoría de las veces, objeto de investigación en su relación con la salud o en la situación intrahospitalaria. Lo mismo se observó en el análisis crítico de la

medicina actual donde se establece en el acto médico¹ la relación médico-paciente, que hace mención de los pacientes, del personal de salud y de la medicina, pero no se ve a la familia. En medios electrónicos (MEDLINE, SCIELO, LILACS, LATINDEX) se encontraron estudios sobre las necesidades de la familia en pacientes neuroquirúrgicos, lesionados de columna vertebral, en enfermedad terminal, en paro cardiorespiratorio, con sida o en las maternas, pero muy pocos en interacción entre el profesional de enfermería y la familia de los pacientes hospitalizados en la UCI.

Dentro de las teorías en enfermería se han utilizado diferentes marcos de referencia y se describen los procesos para obtener los datos de las familias, a través de la valoración de enfermería. Linda L. Delaney² le da mucha importancia a la familia; según ella, la enfermería contemporánea debe hacer énfasis en la unidad familiar como paciente. La familia sirve de amortiguador entre el individuo y la sociedad, es una protección psicosocial para sus miembros, es el vehículo principal para la transmisión de la cultura y la salud individual y se relaciona con las creencias, valores y deberes de cada uno. Según Evelyn Millis Duvall³ cada familia tiene sus características que se expresan a lo largo de ocho etapas sucesivas y describe los patrones normativos o deberes del desarrollo en el momento específico del ciclo vital familiar. Joanne Stevenson⁴, en su modelo del desarrollo, explica las tareas básicas y las responsabilidades de las familias. Entre ellas están: sustentación de patrones apropiados de salud, provisión de apoyo mutuo y educación de los miembros de la familia. Herbert Otto⁵ diseñó una herramienta sobre la solidez o la fuerza de una familia que contribuye a su unidad, apropiada para una valoración psicosocial porque fomenta el desarrollo de los potenciales inherentes o sus recursos latentes. Es así como identifica 13 fuerzas entre las que se cuentan las necesidades físicas, emocionales y espirituales de una familia, las prácticas de crianza, la comunicación, el apoyo, la seguridad y el estímulo. Myra Estrin Levine⁶ describe en su modelo, la intervención de enfermería en relación con cuatro principios: conservación de la energía, de la integridad estructural, personal y social. Esta última da vigencia a la vida a través de grupos sociales en donde la salud está determinada socialmente.

¹ Figini HA. Análisis crítico de la medicina actual. [Sitio de Internet] Disponible en: <http://www.sama.org.ar/figini.htm>. Acceso el 17 de septiembre de 2002 5p. (32K).

² Delaney LL. Valoración en enfermería: Obtención de datos en la familia. En: Griffith J, Christensen P. Proceso de atención de enfermería. México: Manual Moderno; 1986. p. 65.

³ Duvall EM. Marriage and family development. En: Griffith J, Christensen P. Proceso de atención de enfermería. México: Manual Moderno; 1986. p. 68.

⁴ Stevenson JS. Issues and crises during middle scene. En: Griffith J, Christensen P. Proceso de atención de enfermería. México: Manual Moderno; 1986. p. 380.

⁵ Otto HA. A framework for assessing family strengths. En: Reinhardt AM, Quinn MD, eds. Family-centered community nursing, Vol 1 En: Griffith J, Christensen P. Proceso de atención de enfermería. México: Manual Moderno; 1986. p. 245.

⁶ Levine ME. Los cuatro principios de conservación. En: Marriner-Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 3a ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros; 1995. p. 201.

El modelo de interacción familiar de Virginia Satir⁷ considera que la salud de la familia depende de la capacidad de sus miembros para compartir y comprender sus sentimientos, necesidades y patrones de conducta. Las familias sanas, educadas, ayudan a sus miembros a conocerse a sí mismos a través de la comunicación de los eventos diarios. Hart y Herriott⁸ diseñaron un marco conceptual de referencia utilizando tres categorías de procesos necesarios para la supervivencia de los sistemas: la adaptación al ambiente, la integración de las partes y las decisiones, como modos de realizar la distribución de recursos requeridos en los dos primeros procesos. Dentro de esta teoría de sistemas, la estructura contiene el papel o posición en la familia, los valores, los patrones de comunicación y el poder. Del estudio de familias en crisis, Hill y Hansen⁹ identificaron los factores principales que influyen en la capacidad de una familia para superar o adaptarse a una crisis. Se identifican además, las fuerzas y las deficiencias familiares.

Dentro de este nivel holístico de atención a la población en general y específicamente a los pacientes ingresados en Unidades de Cuidado Intensivo y sus familias, nos aproximamos a la definición propuesta por Joyce Travelbee e Imogene King, el cual se especifica en el soporte teórico.

Los modelos para la obtención de datos de la familia arrojaron resultados interesantes, aunque sus análisis son diferentes. Se requiere, por lo tanto, tener una definición propia de la familia que se quiere estudiar, conocer lo que se siente en momentos de angustia o depresión, y para ello hay que apreciar tanto su estructura como su proceso de desarrollo, aunque con frecuencia es necesario acudir a varios marcos de referencia en esta valoración. Sin embargo, hay estudios que muestran la presencia de la familia en la cabecera durante procedimientos invasivos y reanimación cardiopulmonar¹⁰. La Asociación de Enfermeras de Emergencias (ENA)¹¹ estableció algunos principios del cuidado básico basado en la familia: a) tratar a pacientes y familias con dignidad y respeto, b) tener comunicación imparcial de la información, c) participación del paciente y de las familias en las experiencias que realcen el control y la independencia; esto los hace fuertes, d) colaboración en la distribución del cuidado, de las políticas, en

⁷ Satir V. People making. En: Griffith J, Christensen P. Proceso de atención de enfermería. México: Manual Moderno; 1986. p. 201.

⁸ Delaney L. Valoración de enfermería. Obtención de datos en la familia. En: Proceso de atención en enfermería: aplicación de teorías, guías y modelos. Griffith JW, Christensen P, eds. México: El Manual Moderno; 1986. p.75.

⁹ Griffith JW. Otros esquemas y modelos. En: Proceso de atención en enfermería: aplicación de teorías, guías y modelos. Griffith JW, Christensen P, eds. México: El Manual Moderno; 1986. pp. 375-376.

¹⁰ Valenzuela AJ. Emergency Nurses Association Family presence at the bedside during invasive procedures and/or resuscitation. [Sitio en Internet] Position Statement. Disponible en: <http://www.Enfermeriadeurgencias.com> Acceso el 14 Sept. 2002.

¹¹ Eckle N. Presenting the option of family presence, 2ª ed. Emergency Nurses Association. Des Plaines, [Sitio de Internet] IL 2001; (sin páginas) Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com>. Acceso el 14 de Sept 2002.

el desarrollo de programas y en la educación profesional. Otros estudios¹² mostraron la relación de las necesidades familiares en pacientes críticos y el grado de ansiedad que padecen. Igualmente se indagaron variables del familiar entrevistado durante un periodo de 10 años y se destacaron las siguientes necesidades fundamentales: de soporte, confort, información, proximidad y seguridad, variables que permiten su validación y verificación por otros investigadores¹³.

En un estudio sobre la calidad del cuidado de enfermería¹⁴ se investigaron las necesidades sentidas y expresadas por los familiares cuando uno de sus miembros esta en el posoperatorio tardío de cirugía cardiovascular. Concluye el estudio que las necesidades de las familias son de diferentes órdenes y varían según quien las experimenten y en qué momento de la hospitalización. Por lo tanto, se requiere un equipo intra-hospitalario entrenado en salud familiar, comprometido en solventar dichos requerimientos. Igualmente es necesario fomentar investigaciones y, a partir de los resultados, ofrecer elementos científicos para generar grupos interdisciplinarios de apoyo a los familiares.

Para el presente proyecto de gestión se concibió la familia desde la definición de la ONU como un “grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general a la cabeza de familia, esposa e hijos solteros que convive con ellos”¹⁵. En ella hay lazos de interacción, afecto e intimidad, hay funcionamiento de grupo con características comunes de quienes conviven bajo un mismo techo. La familia lucha al afrontar la experiencia de tener un ser querido gravemente enfermo y su unidad social está íntimamente conectada a través del amor, los lazos legales o ambos.

El nivel de conocimiento de la situación estresante se basa en su experiencia previa, en la oportunidad que le brindan los medios masivos de comunicación para informarse y en sus mecanismos de afrontamiento normal. El proyecto de gestión indicó la necesidad de interacción del profesional de enfermería con los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI durante la visita; de esta forma identificar sus necesidades y comprender por qué se suscitaban determinadas reacciones

¹² Rukholm E, Bailey P. Needs and anxiety levels in relative of intensive care unit patient. *J-Adv-Nurs* 1991; 16(8):920-8.

¹³ Leske JS. Comparison ratings of need importance after critical illness from family members with varied demographic characteristics. *Crit Care Nurs Clin North Am* 1992; 4 (4): 607-13.

¹⁴ James V ML. Calidad del cuidado de enfermería: Necesidades sentidas por las familias de los pacientes expresadas en el post-operatorio tardío de cirugía cardiovascular. Clínica Shaio, Bogotá 1997-1999. En: Memorias, VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería; 2000 Oct 9-12; Bogotá: ACOFAEN; 2001 p. 13.

¹⁵ Río Hortera J. ¿Qué es la familia y cuál es su función? MundoBaby.com. 2004. Disponible en <http://www.mundobaby.com/NASAPP/mbb1jsp?=257>. Acceso el 25 de enero de 2004.

entre ellas, incertidumbre, desasosiego, tristeza, esperanza, temor a la muerte, desconocimiento de la enfermedad y de los procedimientos en la UCI.

Como objetivo general se planteó Fortalecer la interacción por parte del profesional de enfermería con los familiares del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo al momento de la visita. Para ello se identificó en la familia del paciente, cuáles eran los más cercanos a él. Se describió su perfil reconociendo las necesidades o problemas con los que se enfrentaban, se percibieron los factores emocionales en esta determinada circunstancia, se conocieron las ayudas formales e informales obtenidas y, por último, se diseñaron estrategias para abordarlos, teniendo en cuenta la participación del profesional de enfermería aprovechando el momento de la visita, como pieza clave para proporcionar información que ayude a amortiguar el impacto del entorno de las UCI sobre familiares y pacientes, concluyendo que aspectos como la sobrecarga laboral, el no recibir ningún tipo de formación de base sobre la manera de afrontar el sufrimiento de las familias y la muerte de los pacientes, y el no tener los conocimientos y habilidades necesarias para satisfacer las necesidades psicosociales y emocionales de los familiares; haciendo que el profesional de enfermería involuntariamente se comporte de forma fría, distante e inhumana con las familias.

Para concluir, se encontró que uno de los aspectos que influye en la interacción enfermera – familia, son los sentimientos y actitudes de angustia, frustración, miedo entre otros, que informan los familiares los cuales son causados por la inconformidad que les produce la información brindada, por lo cual se debe propender por que la información sea clara, precisa y entendida en su totalidad, de manera que como resultado se evidencie un familiar tranquilo, dispuesto a colaborar y un profesional de enfermería con el concepto claro que el familiar es un ser vulnerable, sensible y un motor de ayuda en la recuperación del paciente.

En cuanto a las instituciones donde se desarrolló el proyecto de gestión se encontró que los estrictos y cortos horarios de visita y de información, falta de privacidad de los lugares donde se brinda la información, y el manejo exclusivo de esta por parte del médico, influyen en el proceso interacción enfermera – familia. Motivo por el cual es vital que se establezcan por parte de las instituciones horarios flexibles, y espacios apropiados, de manera que sea el familiar quien pueda en determinado momento, recibir información y no esperar al siguiente “horario” para recibirla.

Se busca con el proyecto de gestión realizar publicaciones, exposiciones en eventos e informar y actualizar a los profesionales de enfermería que laboran en las Unidades, sobre la importancia de la interacción del personal de enfermería con la familia del paciente hospitalizado en la UCI, y desde la academia, las facultades de enfermería reevaluar su pensum para fortalecer y profundizar en técnicas de afrontamiento y resolución de problemas a las que día a día se ve enfrentada la enfermera en su ejercicio laboral.

ASPECTOS ETICOS:

Para la ejecución de este proyecto se tuvo en cuenta dichos principios¹⁶:

- ✓ Principios de Bioética: Debemos poseer la integridad necesaria para que nuestra actuación siempre sea correcta y para ello, tenemos presente los principios éticos de autonomía, respeto hacia las personas, beneficencia, no maleficencia, justicia, confidencialidad, veracidad y fidelidad.

- ✓ Código deontológico de enfermería: las enfermeras tienen cuatro pilares fundamentales: Promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal. Son inherentes a la enfermería el respeto a los derechos humanos, incluido el derecho a la vida, a la dignidad, y a ser tratado con respeto. En los cuidados de enfermería no se hará distinción alguna fundada en condiciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, nacionalidad, opciones políticas, raza o condición social. Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan los servicios con los de otros grupos relacionados¹⁷.

¹⁶ Bermejo, J.C. Relación de ayuda. San Pablo, Madrid, 1996.

¹⁷ Ley 911 de 2004. República de Colombia

1. PLATAFORMA INSTITUCIONAL Y SITUACION DE SALUD

TABLA 1. INSTITUCIONES DONDE SE DESARROLLO EL PROYECTO DE GESTION

	CLINICA MEDILASER SEDE PITALITO¹⁸	HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO¹⁹
UBICACIÓN	La Unidad de Cuidado Intensivo de la Clínica Medilaser, se encuentra ubicada en el Hospital Departamental San Antonio de Pitalito (Huila) en modalidad de Outsourcing, el Hospital es una entidad de salud de II Nivel.	La Unidad de Cuidado Intensivo Adulto del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo se encuentra ubicada en la Ciudad de Neiva, es una entidad de salud de III nivel.
MISION	Somos una IPS pionera en la prestación de servicios de salud de Alta Complejidad, reconocida en el territorio nacional, que busca recuperar y mantener integralmente la salud de los usuarios; fomentando la seguridad en la atención, con recurso humano idóneo, constante renovación tecnológica, capacitación, investigación y formación de talento humano en salud a través del desarrollo de altos estándares de calidad.	Ofrecer servicios de salud de mediana y alta complejidad donde la docencia y la investigación garanticen la más alta calidad científica en la prestación de servicios de salud a nuestros usuarios, con calidez humana y procesos de mejoramiento continuo.
VISION	Para el año 2015 la CLINICA MEDILASER SA será la IPS de mayor cobertura y reconocimiento en el territorio Nacional, con desarrollo sostenible, altos estándares de calidad, innovación tecnológica, generando procesos de formación e investigación en salud.	En el 2013 seremos el centro hospitalario acreditado, líder de la región surcolombiana en la prestación de servicios de la salud especializados, de alta complejidad, formación del talento humano e investigación en salud

¹⁸ Manual de calidad Clínica Medilaser S.A. Versión 1 código M-C-010

¹⁹ Tomado de código de ética institucional del 2008 y www.hospitaluniversitarioneiva.com.co

PRINCIPIOS/ VALORES	Se tiene como valores corporativos el trabajo en equipo, actitud positiva, liderazgo, lealtad, actitud de servicio, responsabilidad, compromiso, respeto.	La calidad como pilar de la gestión, transparencia y eficiencia, responsabilidad ética, moral, social y económica, calidez en la atención, respeto por el ser humano, equidad y solidaridad, comunicación efectiva y asertiva.
DPTO DE ENFERMERIA	La sede Medilaser Pitalito, por su convenio de Outsourcing no cuenta con un departamento de enfermería, posee una jefe para el mismo personal, y se tiene un manual de funciones tanto para enfermeros como para auxiliares, a nivel general de la institución Medilaser el cual se cumple de manera interna en la unidad. El manual de procesos y procedimientos a cargo del personal de enfermería también es propio de Medilaser y ha sido avalado por el Hospital Departamental de Pitalito, para aplicarlos dentro de la Unidad.	Depende de la subgerencia técnico científica, y tiene a cargo las jefes de los servicios, jefes de enfermería de las unidades especiales, las jefes de educación continua, gestión, imágenes diagnósticas, y auxiliares de enfermería y camillero.
MISION DPTO ENFERMERIA		En un marco ético y a través de personal altamente capacitado y comprometido en un ámbito de educación continua y con un alto sentido humano otorga servicios de calidad en forma oportuna, eficiente y eficaz para fomentar la salud en los usuarios, prevenir el daño y rehabilitarlo con la finalidad de incorporarlo a su ambiente familiar y social como lo establece el marco normativo institucional.
VISION DPTO ENFERMERIA		Será líder en la innovación en el municipio, en el departamento y en el sector salud, por implementar un modelo de atención de enfermería para el cuidado asistencial del usuario con la generación de guías clínicas y de asistencia en las patologías que se atienden logrando la optimización de recursos financieros y materiales.
VALORES DPTO ENFERMERIA		Trabajo en equipo, respeto, solidaridad, lealtad y honestidad
RECURSO HUMANO E	La UCI cuenta con 10 camas polivalentes, 4 Profesionales de Enfermería, 14 Auxiliares de enfermería, 2 Médicos Intensivistas, 4 fisioterapeutas, 1 Nutricionista, 2 regentes de	La UCI cuenta con 21 camas polivalentes, 12 Profesionales de Enfermería, 40 Auxiliares de enfermería, 10 Especialistas, 12 terapeutas respiratorios. También se cuenta con:

INFRAESTRUC TURA UCI	<p>farmacia, 2 auxiliares de servicios generales, dentro del área administrativa se cuenta con una Gerente de la unidad ante el Hospital, una auxiliar de Facturación, 1 auxiliar de cartera y 1 secretaria.</p> <p>Horario de turnos:</p> <p>07:00 – 13: 00 Mañana</p> <p>13:00 – 19: 00 Tarde</p> <p>19:00 – 07: 00 Noche</p> <p>Total de horas laboradas al mes: 192</p> <p>Modalidad de contratación: Fijo</p> <p>Horario de visitas: 11:00 a 12:00 am y 3:00 a 4:00 pm</p> <p>La Información la brinda el Médico durante la visita familiar.</p>	<p>coordinador médico, de enfermería psicólogo, medico auditor, secretaria, camillero, facturador y trabajadora social en horario administrativo.</p> <p>Horario de turnos:</p> <p>07:00 – 13: 00 Mañana</p> <p>13:00 – 19: 00 Tarde</p> <p>19:00 – 07: 00 Noche</p> <p>Total de horas laboradas al mes: 180</p> <p>Modalidad de contratación: AGREMIACION</p> <p>Horario de visitas: 11:00 a 11:30 am y 5:00 a 5:30 pm</p> <p>La Información la brinda el Médico durante la visita familiar.</p>
-----------------------------	---	---

Fuente: Manual de calidad Clínica Medilaser S.A. Versión 1 código M-C-010, Tomado de código de ética institucional del 2008 y www.hospitaluniversitarioneiva.com.co

ORGANIGRAMA CLINICA MEDILASER: Ver ANEXO A

ORGANIGRAMA HOSPITAL UNIVERSITARIO HMP: Ver ANEXO B

Dentro de las enfermedades que requieren hospitalización en las Unidades de Cuidados Intensivos según la IX Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la salud (OMS), están: las enfermedades cardiológicas, coronaria, hemodinámica, respiratoria, enfermedades quirúrgicas y medico quirúrgicas, complicaciones de cirugía, enfermedades e intervenciones traumatológicas, infecciones, intoxicaciones, alergia, tipos de accidentes, traumas, complicaciones, obstetricia y ginecología entre otros. Teniendo en cuenta que los criterios para el ingreso de una UCI son; pacientes que no responden de forma suficiente a la terapéutica habitual y cuyo organismo ha llegado a una situación límite, provocada por una enfermedad aguda de cualquier origen, pero en los cuales existe como premisa la recuperabilidad, pacientes con enfermedades que requieren aislamiento para evitar su propagación. Siendo importante tener en cuenta que la unidad de cuidados intensivos es aquella unidad hospitalaria altamente tecnificada dedicada a la asistencia intensiva integral y continuada del paciente críticamente enfermo, independientemente de cuál sea el origen de esta situación en la que se caracteriza por la necesidad de un control y una actuación constantes para prevenir las posibles complicaciones y restablecer la salud; por ende el personal debe estar altamente entrenado para administrar cuidados especializados. Esta definición implica la existencia de los siguientes elementos básicos: infraestructura adecuada; dotación de material de monitorización y de terapéutica intensiva; equipo médico, de enfermería y de personal auxiliar bien capacitados y organización asistencial de cobertura continuada durante las 24 horas. El tiempo de permanencia y pronóstico de vida, está determinado por la edad del paciente, enfermedad y grado de complicación, entre otros.^{20 21}

En la Unidad de Cuidados Intensivos, el registro epidemiológico y bioestadístico se hace obligatorio y de forma somera; se incluye mortalidad e infecciones nosocomiales. La Unidad de Cuidados Intensivos es un servicio de salud especializado en instituciones de tercer nivel de complejidad, y tiene unos estándares para prestación de servicio a la comunidad, con requisitos en recurso humano, físico y tecnológico descritos en la Resolución 1493 de 2002 del Ministerio de Protección Social.²² En estudios previos y en la literatura médica^{23 24 25} se ha determinado que la gravedad de la enfermedad, la edad, el tipo de lesión y los antecedentes del paciente, son factores determinantes y demarcan mortalidad en la UCI. A continuación presentaremos algunos datos de

²⁰ Tomado de www.paho.org Datos y estadísticas

²¹ Tomado de www.dane.gov.co

²² MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Los formularios de Inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud. Papel: Formatos. Resolución 1493 Bogotá 2002. Anexo 1 p. 1-45

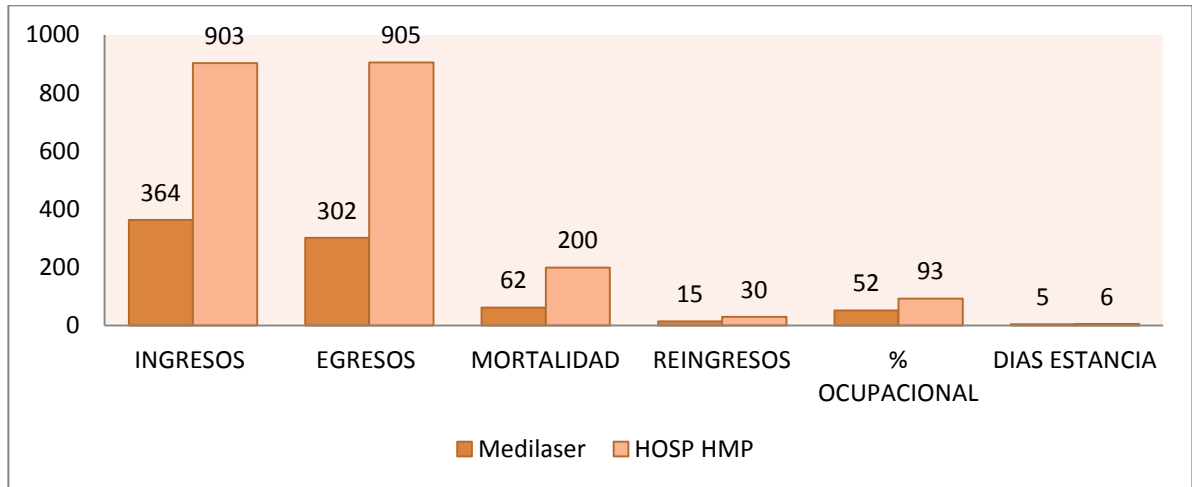
²³ Ordoñez, C., et al Cuidado Intensivo y Trauma. Sta Fe de Bogotá. Distribuna, 2002. p. 252

²⁴ Dennis RJ., Pérez, et al. "Factores Asociados con la Mortalidad de Colombia en Pacientes Admitidos en Cuidados Intensivos de Colombia". Archivos de Bronconeumología 2002; 38 (3): p. 117-22

²⁵ Terri, T. "Risk Factors for ARDS in the United States. Analysis of the 1993 National Mortality Followback Study, Chest journal, 2001; 119: p. 1179-1184.

la situación de salud para el año 2011 en cada una de las instituciones donde se desarrolló el proyecto de gestión:

GRAFICA 1. ESTADISTICAS 2011, UCIS CLINICA MEDILASER (Pitalito) Y HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO (Neiva).



Fuente: Tomado de estadísticas uci 2011, Clínica Medilaser, y Hospital HMP

TABLA 2 CAUSAS DE MORBILIDAD 2011, UCIS CLINICA MEDILASER (Pitalito) Y HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO (Neiva).

MEDILASER	HUHMP
ACV	FALLA VENTILATORIA
SEPSIS	EPOC
NEUMONIA	NEUMONIA
TCE	POLITRAUMATISMO
INTOXICACION	ENFERMEDAD CORONARIA
IAM	POS QUIRURGICOS LAPAROTOMIA
POS QUIRURGICOS	ENFERMEDAD RENAL
ENFERMEDAD RENAL	INTOXICACION

Fuente: Estadísticas uci 2011, Clínica Medilaser, y Hospital HMP

TABLA 3 CAUSAS DE MORTALIDAD 2011, UCIS CLINICA MEDILASER (Pitalito) Y HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO (Neiva).

MEDILASER	HUHMP
SDMO	SDMO
CHOQUE SEPTICO	CHOQUE SEPTICO
CHOQUE CARDIOGENICO	NEUMONIA
IAM	FALLA VENTILATORIA
CHOQUE HIPOVOLEMICO	ENFERMEDAD CORONARIA
ACV	FRACASO RENAL
TCE	ECV
EPOC	CHOQUE NEUROGENICO
BRONCOASPIRACION	
TEP	

Fuente: Estadísticas uci 2011, Clínica Medilaser, y Hospital HMP

De la información anterior se pudo concluir que todo ser humano, está expuesto en cualquier momento a ingresar a una UCI especialmente por patologías cardiocerebrovasculares, esta situación hace que la intensidad de la experiencia que supone el paso por una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) sea innegable. El paciente es arrancado de su entorno, de su hogar, separado de sus seres queridos, sometido a numerosas técnicas invasivas dolorosas y siente que la muerte puede estar cercana. Los familiares se encuentran en un ambiente desconocido, intuyendo que en cualquier momento se puede producir un trágico desenlace. Su padre, madre, hijo, hermano..., está inconsciente, rodeado de cables, conectado a tubos..., no saben si son las últimas horas que van a estar a su lado o si quedará incapacitado para el resto de su vida.

Teniendo en cuenta que en el paciente crítico la supervivencia está en peligro o puede estarlo de manera prolongada, se precisa, un nivel de asistencia especializado y continuo (monitorización o tratamiento intensivo) con requerimientos de personal en cuidados intensivos y tecnología que solo puede prestarse en la UCI. Al respecto Mosby refiere: “es fácil que el paciente se pierda entre tanta “máquina” y que el profesional de enfermería se fije más en los aparatos y en los números”.

Por lo tanto es importante tener en cuenta que ante la hospitalización de un paciente en la unidad de cuidado intensivo el equipo de salud debe procurar una comunicación con los familiares donde se proporcionen elementos para su adaptación ante la situación, creando espacios para escucharlos y ser escuchados, conocer sus expectativas y condiciones actuales, situar al paciente en su contexto familiar; es así como las alternativas que se plantearon apuntaron hacia el cuidado humanizado, fortalecer la interacción entre profesional de enfermería evitando su desplazamiento por la labor administrativa que igualmente deben realizar. El lenguaje empleado en el momento de propiciar la información a los familiares acerca del estado de su paciente les debe permitir comprender lo que sucede en estos momentos evitando malas interpretaciones y aclarando sus dudas.

El desarrollo de este proyecto de gestión contó con el apoyo de estas dos instituciones, y del personal que integra las diferentes unidades de Cuidado Intensivo, teniendo en cuenta la facilidad para acceder y recolectar la información, además el respaldo que ofrecen a las investigaciones y la participación activa de todos en los diversos proyectos encaminados a aportar al enriquecimiento de los conocimientos de la profesión de enfermería. Los Departamentos de Enfermería de estas dos instituciones han demostrado gran interés por conocer la interacción entre el profesional de enfermería y la familia, con el fin de permitir la atención integral, además de fortalecer la autonomía profesional.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El punto de partida de este proyecto de gestión es la observación de las autoras, a lo largo de su práctica profesional en diferentes Unidades de Cuidado Intensivo, en la cual se observó que al momento de la visita de los familiares, existe poco o nulo contacto físico, emocional y de comunicación con el profesional de enfermería. Donde este último se dedica a realizar actividades ya sean administrativas o asistenciales que intervienen o favorecen la distancia entre los dos.

En la actualidad la enfermera(o) que se desempeña en el área asistencial está perdiendo cada vez más la esencia de su quehacer, atribuido principalmente a tres factores: sobrecarga laboral, pérdida de la identidad profesional y rutina en su desempeño.

En algunas instituciones, la sobrecarga laboral, está dada por la asignación de diversas tareas que responden en su mayoría a políticas económicas de la institución y no a las necesidades de cuidado de los pacientes que demandan los servicios. La enfermera en la actualidad es administradora, cuidadora, jefe de personal, secretaria, comunicadora, relacionista pública, conciliadora y educadora, entre otros. Algunas de estas funciones no le competen a la enfermera(o), pero han sido asignadas por las instituciones. Sin embargo, hay funciones propias de la enfermera que no deberían ser delegables, especialmente en la asistencia, ya que la enfermera (o) posee los conocimientos que la acreditan para realizarlos con raciocinio y criterio.

El cumplimiento de diferentes funciones que alejan a la enfermera cada vez más del cuidado del paciente y por ende su familia, ha conducido a un mayor deterioro de la identidad profesional, agravado por la falta de agremiación, de solidaridad y de integración del conocimiento ético, político, cultural, científico y legal, en el ejercicio de la profesión.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) adultos son espacios cerrados y regulados por los profesionales, en particular las enfermeras. Esto quiere decir que tanto pacientes como profesionales de salud mantienen poco contacto físico, emocional y de comunicación con los familiares y allegados de los pacientes y que éstos no tienen facilidad para acceder al interior de la unidad. La relación entre los profesionales de salud y familiares se restringe a los horarios de visita y a la

información dada por el médico, pues es quien lidera la relación con los familiares.^{26 27}

La hospitalización origina en la persona un gran estrés, además del ya existente por causa de la enfermedad, que también se extiende a los miembros de la familia. Ve limitada su capacidad para adaptarse a la nueva situación realizando cambios en su estilo de vida que puedan necesitarse. El diseño arquitectónico de los hospitales también favorece el aislamiento de la persona de su contexto social usual. Está conformado por grandes muros de concreto donde la persona entra, se le trata su enfermedad y luego se devuelve a su grupo de personas significantes. Los cuartos son reducidos, donde solo pueden estar el médico y el paciente, dejando afuera la familia, la cual toma un papel pasivo limitándose a dar información y a esperar.²⁸

La disciplina de enfermería ha adquirido un conjunto de conocimientos con el estudio y la interpretación de los fenómenos del cuidado y la salud, facilitando el direccionamiento de la práctica profesional buscando la promoción, el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos.²⁹ La evolución histórica de la enfermería como disciplina ha recibido influencia de las perspectivas paradigmáticas, en este caso la perspectiva paradigmática interactiva – integrativa: asumiendo la realidad como multidimensional; por tanto tiene en cuenta el contexto, las múltiples dimensiones de la experiencia (biológica, psicológica, social y espiritual) y justifica los datos subjetivos. El ser humano es holístico, interactuante y no reductible, aun cuando sus partes se reconocen, solamente tienen significado dentro del contexto total. Estudia tanto fenómenos objetivos como subjetivos, por tanto utiliza metodologías cualitativas y cuantitativas.³⁰

Es tarea del profesional de enfermería planear, dirigir, guiar y favorecer útilmente la interacción de tal manera que se desarrolle la relación que es primordialmente una experiencia o serie de experiencias subjetivas entre la enfermera y el paciente

²⁶ García MT, Ruiz J, Sánchez C. Descripción de la “nueva” unidad de cuidados intensivos del Hospital Río Hortega de Valladolid. *Enferm Intensiva* 2000; 11 (4): 170-178

²⁷ Bunch EH. Delayed clarification: information, clarifications and ethical decisions in critical care in Norway. *J Adv Nurs* 2000; 32 (6): 1485-1491.

²⁸ Bernat MD, Tejedor R, Sanchis J. ¿Cómo valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una unidad de cuidados intensivos?. *Enferm Intensiva* 2000; 11(1): 3-9.

²⁹ Fins JJ, Solomon MZ. Communication in intensive care settings: the challenge of futility disputes. *Crit Care Med* 2001; 29(2) Supplement: N10-N15.

³⁰ Tomey AM, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería (4ª ed). Barcelona: Harcourt –Brace; 1999.

o un miembro de la familia. Esta experiencia se caracteriza por una manera particular de comportamiento percibida, pensada, sentida y articulada recíprocamente.

Esta es una perspectiva teórica y política que se ha ido desarrollando a lo largo de los últimos 40 años en enfermería y que, desde nuestro punto de vista no se ha interiorizado en los entornos clínicos, dado que éstos no se articulan en torno al usuario sino en torno a los profesionales y a la gestión del riesgo. Un ejemplo concreto (entre muchos más a todos los niveles), es la forma en que están organizadas las UCI, con una estructura que rompe la conexión de la persona con su entorno y que está pensada casi exclusivamente para facilitar el trabajo de médicos y enfermeras, dejando a un lado las familias de los pacientes, pues como se expone anteriormente, el ser humano es único e irremplazable, y debe ser visto como ser biopsicosocial en constante relación con su entorno familiar, social etc.

Las Unidades de Cuidado Critico requieren profesionales de enfermería entrenados en manejo de equipos de alta tecnología, hábil en la realización de procedimientos complejos y en la atención de pacientes con múltiples patologías, toda esta carga a llevado al profesional de estas unidades a adquirir, destrezas y habilidades biomédicas, realizando un sinfín de actividades delegadas, sin un objetivo de cuidado claro, convirtiéndose en un profesional operativo y muchas veces mecanizado, alejándose de su objeto de estudio – el cuidado - y de su cuerpo de conocimiento; desvirtuando su identidad como profesional y perfilándose como ayudante o secretario medico.

Es de resaltar que la UCI es probablemente el lugar de los servicios sanitarios donde los familiares sufren más³¹. Sabemos que los deseos de los familiares/allegados acerca del entorno de la UCI implican contacto con el paciente y los profesionales del equipo de salud (cercanía, tener esperanza, estar informados y saber que su familiar está en buenas manos)^{32 33 34} y por ello se plantea en el desarrollo del proyecto de gestión dar a conocer cuál es la interacción entre el profesional de enfermería, y los familiares de los pacientes,

³¹ Harvey M. Evolving toward but not to meeting familnt needs. Crit Care Med 1998; 26 (2): 206-207.

³² Wilkinson P. A qualitative study to establish the self-perceived needs of family members of patients in a general intensive care unit. Intensive Crit Care Nurs 1995; 11: 77-86

³³ Jamerson PA, Scheibmeir M, Bott MJ, Crighton F, Hinton RH, Cobb AK. The experience of families with a relative in the intensive care unit. Heart Lung 1996; 25 (6): 467-474.

³⁴ Heyland DK, Rocker G, Dodek P, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, et al. Family satisfaction with care in the Intensive care unit: results of a multiple center study. Crit Care Med 2002; 30 (7): 1413-1418.

hospitalizados en la uci durante el momento de la visita y en concreto, si pensaban que en un futuro la relación y la atención a los familiares podía ser diferente.

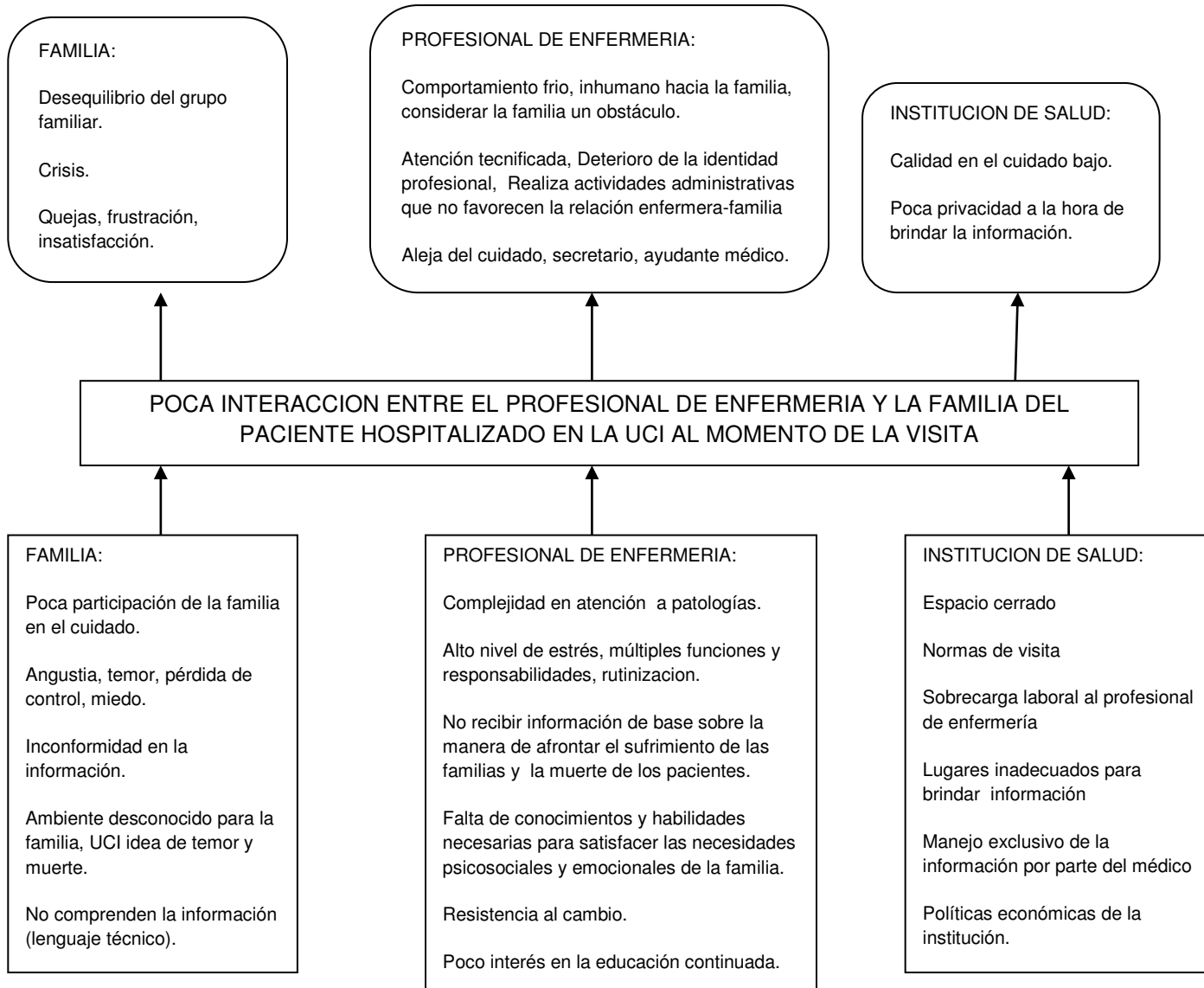
Hay que considerar que las acciones encaminadas a promover la atención a los familiares de los pacientes críticos tendrán mayor probabilidad de éxito si existe disposición por parte de las enfermeras hacia el cambio conceptual que supone incluir a los familiares en las dinámicas del paciente.

Muchos factores pueden influir en la falta de interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la UCI:

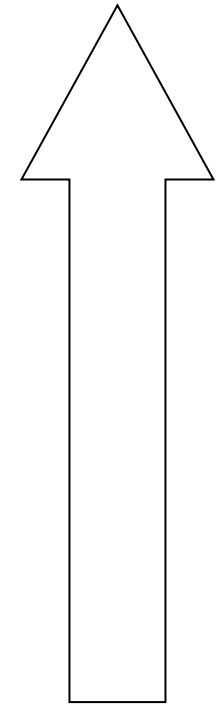
- ✓ El pobre convencimiento que tienen las enfermeras(os) sobre la efectividad de la interacción de éstos con la familia del paciente en la práctica diaria, especialmente en la hora de la visita, por falta de constancia en su aplicación, donde no se realiza el cuidado del paciente y familia basado en un modelo, si no en el cumplimiento de las ordenes medicas.
- ✓ Falta de credibilidad de las enfermeras en el beneficio de la interacción con la familia del paciente, asociándolo a pérdida de tiempo, a que tienen gran volumen de pacientes a su cargo, y el incluir a la familia en el cuidado demanda más tiempo.
- ✓ Las enfermeras cada día y con mayor frecuencia desarrollan actividades de carácter administrativo, que ocupan la mayor parte de su tiempo. Las entidades de salud han delegado en los profesionales de enfermería la función de garantizar el cumplimiento de los procesos de normalización y estandarización de calidad, atender las demandas de las normas legales y de auditoría en los servicios, y garantizar el cumplimiento de órdenes de otros profesionales delegando el cuidado de los pacientes y su familia al personal auxiliar o a otras disciplinas; siendo cada vez más notoria la falta de conocimiento social y de autonomía de los profesionales de enfermería.(Fergusson Moreno ME. Importancia de Enfermería)
- ✓ Entre otras causas se encuentran:” La elevada presión asistencial en las unidades de trabajo, el horario de visita, la resistencia al cambio...” que hacen que el familiar sea relegado a un segundo plano o a veces olvidado. Ver Análisis de involucrados (ANEXO C)

Lo anterior queda evidenciado en nuestro árbol de problemas.

ARBOL DEL PROBLEMA



EFECTOS



CAUSAS

3. JUSTIFICACION

La nueva visión que hoy se tiene del paciente como cliente de los Servicios de Salud y a la vez el hecho de considerar que forma parte de un entorno sociofamiliar determinado con demandas específicas y diferenciadas en cada caso, obliga al personal de enfermeras/os a proporcionar cuidados de calidad, tanto al paciente como a la familia y allegados desde una perspectiva bio-psíquico-social.

En el escenario de la unidad de cuidados intensivos siempre están presentes por un lado, los profesionales de enfermería a las necesidades del paciente, expuestos a la desgastante y pesada rutina que este tipo de servicio impone; por otro lado, está el paciente, aislado del ambiente, dificultando su contacto con las demás personas. Estos pacientes se encuentran conectados generalmente a monitores, catéteres y otros aparatos; inmersos en esta situación están los familiares, asustados muchas veces, con un enorme sentimiento de frustración, golpeados por el dolor, angustia, desesperación e incertidumbre. Evento en el cual existe la necesidad que la familia sea receptora también de los cuidados de enfermería; ya que tras el ingreso de un paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos produce una intensa sacudida emocional en los familiares, quienes tanto antes como durante ésta, pueden llegar a presentar reacciones tales como: negación, proyección, irritabilidad, enojo, ansiedad y preocupación.

Diferentes aspectos en relación con el tema han sido abordados en estudios cuantitativos y cualitativos y en otros ámbitos geográficos³⁵ en los que se dan otros niveles diferentes de atención, por lo que algunas de estas vivencias y necesidades han sido ya reflejadas según lo evidencian artículos consultados³⁶; esto confirma la importancia del tema y despierta el interés por conocer mejor lo que sucede en medio del sector salud y aporta conocimiento desde nuestra propia cultura y experiencia práctica clínica.

A nivel internacional se consideran las siguientes investigaciones que soportaron la bibliografía para este proyecto de gestión:

³⁵ Quinn S, Redmond K, Begley C. The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. Part I. *Intensive Crit Care Nurs* 1996; 12: 168-172. [Pubmed](#)

³⁶ Zazpe MC. Información a los familiares de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva* 1996; 7 (4): 147-151.

Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención que realiza la enfermera durante la crisis situacional en la UCI Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – Abril 2003. Los objetivos fueron: Determinar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos e identificar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la dimensión de comunicación verbal, no verbal y apoyo emocional. El método que se utilizó fue el descriptivo de corte transversal, tipo cuantitativo. La población estuvo conformada por 24 familiares de los pacientes de la UCI. La técnica fue la entrevista y el instrumento la escala modificada de lickert. Los resultados fueron que el 37.5% refirieron una percepción favorable, 33.3% desfavorable, y 29.2% indiferente. Ello está referido a que las enfermeras no orientan a la familia sobre la forma de hacer frente a los sentimientos de angustia, no tienen un tono cálido al hablar con los familiares y no tranquilizan con palabras de aliento. Los aspectos desfavorables e indiferentes en el área de comunicación verbal fueron que las enfermeras no preguntan sobre los problemas que enfrentan debido al paciente crítico, ni explica sobre los procedimientos que se realiza a los pacientes, en el área de comunicación no verbal no le mira de manera cálida al responder alguna inquietud del familiar y en el área de apoyo emocional no le toman de la mano cuando los observan tristes o afligidos y no se acerca para tranquilizarlos. Los aspectos favorables en el área de comunicación verbal está dado por que las enfermeras utilizan un lenguaje claro y sencillo al responder alguna inquietud al familiar, en la comunicación no verbal explica los procedimientos y le presta atención cuando le pregunta algo, mientras que en el aspecto de apoyo emocional se muestra atentas y comprensivas con los familiares del paciente.

Las conclusiones revelaron que existe un porcentaje significativo del familiar del paciente crítico que percibe la intervención de enfermería durante la crisis situacional como indiferente en las dimensiones de comunicación verbal y apoyo emocional; y prioritariamente desfavorable en la dimensión de comunicación no verbal. Limitando así la restauración de la homeostasis psico-emocional del familiar. Además la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional tiene una tendencia prioritariamente hacia lo indiferente y desfavorable en aquellos familiares de sexo masculino, grado de instrucción superior, y entre adultos jóvenes.

En el artículo expuesto por Alejandro Campos Huichan “Importancia de las Relaciones Interpersonales en los Cuidados de Enfermería” considera el análisis del ámbito profesional de la enfermera, distinguiendo las relaciones interpersonales y el proceso de comunicación que se establece en los cuidados de

enfermería. Resalta la necesidad de enfrentar, desde una perspectiva ética y humanista, la solución a los procesos de despersonalización en las relaciones humanas que vive el mundo actual. (Huichan Campos Alejandro, Importancia de las Relaciones Interpersonales en los cuidados de enfermería 2006). En este sentido, se propone que los vínculos enfermera-paciente logren establecerse permanentemente *relaciones genuinamente humanas*, donde haya un énfasis particular en el respeto a la dignidad del ser humano y se conciba al paciente como una persona, y no como una cosa ni como un objeto de ganancias económicas. Es indispensable emplear estrategias educativas adecuadas para promover el *aprender sirviendo*, de modo que las y los profesionales asuman un compromiso con las demandas de la sociedad y se fomente la concordia social.

En estudios recientes se manifiesta que la familia presenta un estado de ansiedad elevado durante toda la estancia, relacionado con la evolución del proceso y con la falta de contacto con el paciente. La necesidad de contar con un régimen de visitas más abierto ya fue descrito por primera vez en 1979, y desde entonces ha suscitado controversias en la mayoría de las UCI. Las necesidades de los familiares han sido largamente estudiadas. En una revisión de la literatura se encuentra una coincidencia en la priorización de estas necesidades, desde un aumento de la calidad y cantidad de la información hasta de disponer de un régimen de visitas más abierto y poder participar en los cuidados que se le prestan al paciente, como la asistencia en la alimentación y la higiene.

En la experiencia de la práctica diaria se llevan a cabo multitud de tareas de relación con los familiares de los pacientes ingresados en UCI, aunque mayoritariamente se basa en la información exclusiva del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Este es el enfoque biomédico tradicional, orientado al paciente y a su enfermedad, aunque según el código deontológico existe una obligación legal de prestar asistencia y cuidados a los familiares de los pacientes ingresados, según se recoge en la declaración de derechos del paciente crítico.

Estudios llevados a cabo en este tipo de unidades con sistema de visitas abiertas y publicados en *American Journal Critical Care* y *Journal of Advanced Nursing* muestran que permitir el contacto de forma continua influye positivamente tanto en el aspecto emocional como en su recuperación. Una investigación publicada en *Herat&Lung* concluye que las visitas no producen efectos adversos, ya que la posible desestabilización hemodinámica (alteración en la tensión arterial, frecuencia cardíaca y presión intracraneal) se normaliza pasados 10-15 minutos.

Las nuevas tendencias abogan por prestar asistencia a los familiares a la vez que al propio paciente en relación al soporte, confort, información, proximidad y seguridad, sobretodo en el caso de pacientes terminales. La liberación del régimen de visitas tiene un efecto más positivo para pacientes y familiares que para el funcionamiento de la unidad en sí. Básicamente, depende de la opinión de los profesionales y de las cargas de trabajo de la unidad.

En la experiencia práctica como enfermeras, y también en algún caso como docentes, hemos constatado que la familia es poco considerada como un componente importante del entorno del cliente. En ocasiones puede haber sido considerada como un elemento molesto³⁷, tal como afirma J.F. Díaz. La atención se centra en la enfermedad y no tanto en el cliente/usuario y en lo que le rodea. Si el hecho de no considerar a la familia como parte del entorno del cliente que ocurre en las situaciones más corrientes, resulta un problema, en el ámbito de los servicios de UCI, la no consideración cobra una mayor dimensión y provoca situaciones de angustia y grados de estrés elevados³⁸. Como dice Allué, "es muy probable que el sufrimiento del enfermo y de su familia, provocado por estas situaciones y a las que todavía los profesionales no hemos dado una respuesta eficaz y humanística acarree secuelas importantes"³⁹.

No es ajeno el impacto que produce la alta tecnología en estos medios, que hace que los profesionales tengan, una atención más tecnificada, y que la información a los familiares cobre más relevancia en este aspecto⁴⁰, destacando que el principio fundamental del cuidado está en la interacción que conduce a las relaciones interpersonales generándose un proceso de comunicacional en donde cada uno de los participantes juegan un papel importante, mediado por lo real, imaginario y simbólico. Dentro de este proceso el profesional de enfermería es el encargado de garantizar la dinámica y la efectividad de la información.

En algunas situaciones, al acompañar a familiares y amigos, también se ha podido confrontar las experiencias vitales que éstos han compartido con nosotros, y ponemos de relieve las dificultades que experimentan para vivir estos procesos, lo que nos ha hecho más sensibles a este problema.

Es cierto que el problema ha empezado a abordarse desde el ámbito de la literatura y del discurso institucional y profesional (el personal de enfermería es

³⁷ Díaz JF, Castañón R, Carrión F, Rodríguez JJ, Ramón M. Cuidados a familiares de pacientes críticos. *Enfermería Científica* 1997; 184-185: 26-30.

³⁸ Reider JA. Anxiety during critical illness of a family member. *Intensive Crit Care Nurs* 1994; 13 (5): 272-279

³⁹ Allué M. Sobrevivir en la UCI. *Enfermería Intensiva* 1997; 1 (8): 29-34.

⁴⁰ García JF, Cámara F, Aparicio A, Cases LM. Comunicación e información a los familiares de cuidados intensivos. *Enf Clin* 1995; 5 (29): 17-22.

quien resalta la necesidad de humanizar la atención primaria), pero, en la realidad del día a día, esta necesidad tiene aún poco impacto. Tenemos la convicción de que estamos todavía muy lejos de considerar a la familia como sujeto de cuidados⁴¹ ⁴²¿Hace falta que nos sensibilicemos más? ¿Que empaticemos más con el dolor de la familia? ¿Se requiere más evidencia de sus problemas? ¿O bien, como dicen algunos profesionales, se requiere ampliar más los conocimientos para ayudar a los familiares?⁴³

Si se conociese más en profundidad cómo van viviendo las familias este proceso, qué demandas concretas nos hacen⁴⁴ y como piden ser atendidos, probablemente se ofrecería una respuesta más ajustada, una actitud más receptiva de cómo acercarse a su dolor y de cómo ajustarse algo más a su ritmo. Cabe la pena resaltar también que los resultados de este proyecto de gestión, además de ser susceptibles de incidir en la práctica, ampliarían la teoría sobre los procesos de "transición" de las familias⁴⁵ y tendrían también sus consecuencias en el campo de la docencia.⁴⁶

En el artículo parte del proyecto: "Factores que influyen en la relación entre enfermeras de UCI con los familiares del paciente crítico", realizado por: Concha Zaforteza, Denise Gastaldo, Pilar Sánchez-Cuenca, Joan E. de Pedro, Pedro Lastra, del departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de las Islas Baleares y la facultad de Enfermería y Centro Internacional de Cuidado de la Universidad de Toronto Canadá. El cual tuvo como objetivo: Conocer cuáles son las expectativas de futuro que perciben las enfermeras de UCI al respecto de la relación y los cuidados a los familiares. Este fue un estudio cualitativo de perspectiva post-estructuralista, el cual se realizó en 3 unidades de cuidados intensivos de 3 hospitales de la red pública de la isla de Mallorca, donde la recogida de datos fue a través de 8 episodios de observación participante y 6 entrevistas semi-estructuradas. Las descripciones de las observaciones y entrevistas transcritas se analizaron a través de su codificación en unidades de significado. El rigor se aseguró mediante la triangulación de fuentes y métodos y por la saturación de las principales categorías de análisis.

⁴¹ Editorial. Cuidados de enfermería centrados en la familia. Nursing (ed. esp.), 1995; 4 (13): 7.

⁴² Úbeda I. Atención a la familia. ¿Utopía o realidad? Revista ROL de Enfermería 1995; 203-204: 75-78.

⁴³ Quinn S, Redmond K, Begley C. The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. Parte II. Intensive Crit Care Nurs 1996; 12: 239-245. [Pubmed](#)

⁴⁴ Molter NC, Leske JS. Care Family Needs Inventory (CCFNI). Milwaukee: Leske JS editors, 1991.

⁴⁵ Meleis A. Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. Nurs Outlook 1994; 42: 255-259. [Pubmed](#)

⁴⁶ Wilkinson P. A qualitative study to establish a self-perceived needs of family members of patients in a general intensive care units. Intensive Crit Care Nurs 1995; 11: 77-86. [Pubmed](#)

Dentro de los resultados se obtuvo: Que las enfermeras consideran que su papel como informadoras es insuficiente y algunas desean participar más en el proceso de atención a los familiares. Algunas de las enfermeras desean también flexibilizar las normas restrictivas de las unidades. Hay una cierta resistencia a la centralidad de los(as) médicos(as) en el proceso de información o en la creación de normas para la relación con los familiares.

Se concluyó por ende que: Se percibe una voluntad de cambio, aunque con distintos grados de compromiso, hacia una mayor implicación de las enfermeras en la atención a los familiares del paciente crítico.

En el estudio realizado en el Hospital Jesús María Casal en Acarigua, Venezuela, realizado por Marianela Mejías, profesora Agregada de la escuela de Enfermería de la Universidad de Carabobo Venezuela y Heriberto Delgado, Enfermero Asistencial del Hospital Jesús María Casal de Acarigua, Venezuela; sobre: "Interacción del Personal de Enfermería con los Familiares del Paciente Politraumatizado y su Relación con el Nivel de Estrés de los Familiares", en el cual el objetivo fue determinar la relación que existe entre la interacción del personal de Enfermería con los familiares del paciente y su relación con el estrés generado en los mismos. Ya que la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) constituye un medio complejo para familiares de los pacientes debido a los diferentes procedimientos y normas institucionales que la rigen, aunado a esto se suma la poca participación que tiene el familiar en la atención del paciente, estas situaciones se constituyen en factores que originan estrés en los familiares.

En la tesis "Aspectos Presentes en la Comunicación de la Enfermera, la Familia y la Institución en la Unidad de Cuidado Intensivo elaborada por la Enfermera Yolanda Marcela Cerón Polanco de la Universidad Javeriana, se indaga sobre los aspectos presentes en la comunicación en relación con la enfermera, la familia y la institución en las unidades de cuidado intensivo; encontrándose que los aspectos presentes en cuanto a la enfermera que influyen en la comunicación con las familias, son la sobrecarga laboral, el hecho de no haber recibido ningún tipo de formación de base sobre la manera de afrontar el sufrimiento de las familias y la muerte de los pacientes, y el no tener los conocimientos y habilidades necesarias para satisfacer las necesidades psicosociales y emocionales de los mismos. Con respecto a la familia, se encontró que uno de los aspectos presentes que influyen en la comunicación con la enfermera, es que los sentimientos y actitudes de angustia, desesperación, frustración, miedo, impotencia, agresividad, y depresión que emiten los familiares de los pacientes de las unidades de cuidado intensivo, son la mayoría de las veces causados por la inconformidad que les produce la información que se les ha otorgado sobre sus pacientes. Por último, con respecto a la institución, se encontró que los estrictos y cortos horarios tanto en las visitas como en los horarios de brindar información a las familias, la falta de privacidad de los lugares donde se da la información, la resistencia a la centralidad de los

médicos en el proceso de información, son aspectos influyentes en el proceso de comunicación (tanto de la enfermera como de la familia). Todo esto, con el fin de producir un espacio de reflexión en el personal de enfermería y demás miembros del equipo de salud, con el ánimo de modificar y repensar estrategias para adecuar y optimizar el proceso de comunicación entre enfermeras y familias en las unidades de cuidado intensivo.

Concretamente, los estudios realizados y publicados por enfermeros en Colombia fueron pocos.

En las unidades de Cuidados Intensivos donde se desarrollara el proyecto de gestión se cuenta con un 1 profesional de enfermería para un promedio de 6 pacientes, además de contar con horarios de visita limitados a 2 horas promedio en el día y la información brindada a la familia es exclusiva del médico.

En el desarrollo de la especialización se ha tenido un acercamiento teórico y práctico hacia el paciente y en especial a la familia favoreciendo la prestación de un cuidado individualizado e integral, y realizando intervenciones de enfermería que redundan en el bienestar del paciente y su familia.

4. SOPORTE TEORICO

En el presente proyecto de gestión se planteo la problemática existente en las unidades de cuidado intensivo de las diferentes instituciones, es notable ver como día a día la interacción entre el profesional de enfermería y los familiares de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo, es poca o nula.

En Colombia la ley 911 de 2004 señala que “la Enfermería se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social”. Llama la atención que se especifique que dicha interacción debe ser humanizada, cuando en principio debe serlo, porque se desarrolla entre seres humanos en el marco de la razón de ser de enfermería, que es una relación de ayuda; insistir en que debe ser humanizada supone que la interacción debe basarse en principios y proposiciones éticas centradas en las necesidades de las personas. Además en el Capítulo 1, artículo 17: “el profesional de enfermería en el proceso de cuidado, protegerá el derecho de la persona a la comunicación y a mantener los lazos afectivos con su familia y amigos, aun frente a las normas institucionales que puedan limitar estos derechos”.

De acuerdo a esto se realizó una revisión bibliográfica de las diferentes teoristas de enfermería de distintas escuelas, con la cual se logró dar sustento teórico al proyecto. Es importante clarificar que enfermería brinda una atención integral, por ende no se permite dejar de un lado la familia, quien es el pilar fundamental de la sociedad, y en torno a esta gira toda la dinámica; en la cual se desempeña un rol importante tanto personal como grupal.

Dentro del enfoque se eligió la teoría de Imogene King y Joyce Travelbee, quienes en sus teorías manejan conceptos importantes como son los Sistemas Personales, Interpersonales y Sociales, en donde cada uno de ellos se compone de cierto número de dimensiones que no son ajenas a la sociedad y a las unidades de cuidado intensivo. Las cuales son indispensables para el desarrollo como persona, interactuar con otros y para el desempeño o desarrollo en una sociedad. Además de ello exponen también como se da el proceso de relación enfermera – paciente; el cual puede ser trasladado o aplicado al binomio enfermera – familia; ya que al hospitalizar a un ser querido en una unidad de cuidado intensivo, muchas veces la familia pasa a un segundo plano, y no porque ellos quieran; sino porque ese es el lugar que muchas veces le da el profesional

de enfermería, no se le brinda la importancia que esta se merece. Pues de una u otra forma estas personas son importantes en el cuidado del paciente, ya que hacen parte de su integridad u holismo como deben ser tratado cada paciente. El tener un miembro de la familia en la unidad de cuidado intensivo genera estrés y este puede aumentar cuando muchas de las necesidades no son satisfechas. El no poder tener un contacto continuo, el no tener respuesta a las preguntas con honestidad y en un lenguaje claro, y no saber si la atención que está recibiendo es una atención de calidad.

Es interesante ver como la familia articula y coordina esfuerzos con el objetivo común de ayudar a su ser querido. Esto depende también de las capacidades, recursos, habilidades, limitaciones y fortalezas de patrones de comunicación, creencias, valores, tradiciones y costumbres propias de cada familia.

Es por ello que se considero la teoría de Imogene King y Joyce Travelbee las cuales se adaptaron al proyecto de gestión, en el cual muchos de sus componentes hacen parte para que se dé la interacción entre el profesional de enfermería y los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo.

De acuerdo a las teorías de enfermería publicadas por Imogene King y Joyce Travelbee, teoristas pertenecientes a la Escuela de la Interacción, la cual emergió a finales de los años 50 y comienzos de los sesenta, su desarrollo fue favorecido por la teoría psicoanalítica y la demanda de las necesidades de intimidad y relaciones humanas. Se inspiraron en las teorías de la interacción, la fenomenología y el existencialismo y han centrado su interés en el proceso de interacción enfermera – paciente. Esta escuela sustenta que el cuidado de enfermería es una relación humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto. La complejidad estructural del cuidado de enfermería radica en su naturaleza humana, social, en el dialogo y la interacción reciproca entre la enfermera y el paciente, en el cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida y desarrollo humano, con una manera particular de entender y definir la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. En esta interacción con el paciente, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser con otros, es decir, es un elemento fundamental del cuidado.

El cuidado es definido por esta escuela como: “Un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecer esta ayuda.

Con el fin de poder ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado”.

Imogene King, publicó su modelo Toward a Theory for Nursing: General Concepts of Human Behavior, en 1971 y en 1981 perfeccionó sus ideas en la Theory for Nursing: Systems Concepts and process. Su modelo se basa en la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy y en la teoría de logro de metas.

En su libro Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos define la “enfermería como un proceso de acción, reacción e interacción, en el cual la enfermera y el enfermo comparte información acerca de sus percepciones. En el cual presenta como enfoque de la enfermería el cuidado de los seres humanos. Donde el marco conceptual para enfermería está formado por sistemas personales, sistemas interpersonales (diadas o triadas) y sistemas sociales.

Dentro de los supuestos principales de la enfermería está la interacción de los seres humanos con su entorno, la cual conduce a los individuos a un estado de salud que los hace capaces de funcionar dentro de sus roles sociales.

TABLA 4. MARCO CONCEPTUAL PARA ENFERMERIA DEFINIDO POR IMOGENE KING

SISTEMAS	DIMENSIONES DEL SISTEMA
SISTEMA PERSONAL: Compuesto por el individuo e incluye 7 dimensiones.	PERCEPCION: Transacción humana con el ámbito donde se organiza, interpreta y transforma la información de los sentidos; de significado e influencia el comportamiento del individuo. Es decir, es una representación personal de la realidad.
	EL YO: Compuesto por pensamientos y sentimientos, los cuales constituyen la conciencia personal del individuo. Incluye entre otras cosas, el sistema de ideas, actitudes, valores y compromisos.
	CRECIMIENTO Y DESARROLLO: Son los cambios continuos en los individuos a diferentes niveles: molecular, celular y comportamental.
	LA IMAGEN CORPORAL: Percepción de su propio cuerpo y la reacción de los otros a la apariencia propia.
	EL TIEMPO: Es la duración entre la ocurrencia de eventos y es una secuencia de eventos que se mueven hacia el futuro; es un fluir continuo de eventos en un orden sucesivo que implica cambios.
	EL ESPACIO PERSONAL: Área física llamada territorio y está definida por los comportamientos del individuo, gestos, posturas. Es único para cada individuo y está influenciado por las necesidades, experiencias pasadas y la cultura.

	EL APRENDIZAJE: Percepción sensorial, conceptualización y pensamiento crítico que involucra múltiples experiencias; en el cambian los conceptos, las habilidades, los símbolos, los hábitos y los valores.
SISTEMA INTERPERSONAL: Compuesto por seis dimensiones.	LA INTERACCION: Es la percepción y comunicación entre dos personas y el ambiente, representa una secuencia de comportamientos verbales y no verbales dirigidos a un objetivo; en ella las personas se perciben y juzgan mutuamente.
	LA COMUNICACIÓN: Vehículo por el cual los seres humanos se relacionan, se da información, bien sea directa o indirectamente. Esta puede ser verbal o no verbal, y de naturaleza intra e interpersonal. Así todo comportamiento es comunicable.
	LA TRANSACCION: Interacción de seres humanos que se comunican con el ambiente para lograr sus objetivos.
	EL ROL: Conjunto de comportamientos que se esperan de alguien cuando ocupa una posición en un sistema social, y al mismo tiempo está sujeto a las reglas que definen los deberes y derechos propios de una posición.
	EL ESTRÉS: Estado dinámico del ser humano que interactúa con su ambiente para mantener el balance, involucra intercambio de energía e información entre la persona y el ambiente.
	EL AFRONTAMIENTO: Resistencia al estrés.
LOS SISTEMAS SOCIALES: Fuerzas motivantes enraizadas en la sociedad. Consta de seis dimensiones.	LA ORGANIZACIÓN: Compuesto por seres humanos, con roles y posiciones prescritas, quienes utilizan los recursos para lograr los objetivos organizacionales y personales. Imogene King propone cuatro parámetros en la organización: valores humanos, patrones de conducta, necesidades, metas y expectativas.
	LA AUTORIDAD: Proceso transaccional caracterizado por relaciones reciprocas entre los miembros; los valores y las percepciones juegan el papel en definir, validar y aceptar la autoridad de los individuos en una organización.
	EL PODER: Concepto estrechamente relacionado con la autoridad, utilizado para la influencia de una o más personas en una situación.
	EL ESTATUS: O la posición de un individuo en un grupo, en correlación a otro grupo en una organización.
	LA TOMA DE DECISIONES: Proceso dinámico dirigido a un objetivo y se lleva a cabo dentro de diferentes alternativas.
	EL CONOCIMIENTO: La percepción es fundamental para entender el self y a los otros individuos.

La comprensión de la interacción es esencial para que las enfermeras entiendan el proceso fundamental de obtener información acerca de los seres humanos, como lo es también para entender la variedad de sistemas sociales en los cuales los individuos crecen y se desarrollan.⁴⁷

La interacción ocurre como un acto social en la relación enfermera – paciente. Dentro de las presuposiciones en las interacción enfermera – paciente están: la percepción de la enfermera y el cliente influyen en la interacción, la percepción es

⁴⁷ Fawcett J. Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge. Nursing models and theories. Filadelfia: Davis; 2000, p. 11.

una dimensión del sistema personal y es un aspecto central de la interacción humana; los objetivos, necesidades y valores de la enfermera y el paciente influyen en el proceso de interacción, los individuos deben participar en las decisiones que involucran su estado de salud. Es responsabilidad del profesional de la salud informar y ayudar a los individuos para tomar las decisiones en cuanto a su salud.

Joyce Travelbee propone el modelo de relación persona-persona; para ella el ser humano es un individuo único e irremplazable. Define a la enfermera como un ser humano con un bagaje de conocimientos especializados y la capacidad para aplicarlos en un proceso interpersonal con el propósito de ayudar a otros seres humanos y a la comunidad. Define la salud según criterios objetivos y subjetivos. El entorno lo define explícitamente; así como la condición humana y las experiencias como sufrimiento, esperanza, dolor y enfermedad.

La relación enfermera paciente se presenta por las interacciones que son contactos durante los cuales la enfermera y el paciente tienen una influencia recíproca y se comunican verbal o no verbalmente. Cada una de ellas puede ser un paso en dirección a la relación, si la enfermera, intencionalmente, se esfuerza por conocer al paciente y acierta en saber sus necesidades.⁴⁸

La mayor premisa de la teoría de Travelbee es que la relación enfermera paciente se establece después de cinco fases que se enlazan: el encuentro original, la emergencia de identidades, la empatía, la simpatía y de rapport. Todas están llevando al establecimiento de la relación.

Es tarea del profesional de enfermería planear, dirigir, guiar y favorecer útilmente la interacción de tal manera que se desarrolle la relación que es primordialmente una experiencia o serie de experiencias subjetivas entre la enfermera y el paciente o un miembro de la familia. Esta experiencia se caracteriza por una manera particular de comportamiento percibida, pensada, sentida y articulada recíprocamente.

⁴⁸ Travelbee J. The nurse – patient relationship. En: Interpersonal aspects of nursing. Filadelfia: Davis, 1967, pág. 121

TABLA 5. FASES DE LA RELACION ENFERMERA PACIENTE JOYCE TRAVELBEE

FASE DEL ENCUENTRO ORIGINAL	Es el primer encuentro de la enfermera con el paciente, los sentimientos emergen de la interacción como resultado de las percepciones desarrolladas. La observación es el paso más importante en el proceso de enfermería. Estas percepciones son importantes porque lo que se ve y se deduce sobre el otro, los pensamientos y sentimiento tienden a determinar los comportamientos y reacciones hacia él. La observación, las percepciones, al ser valoradas o juzgadas, son la base del subsiguiente patrón de interacción.
FASE DE EMERGENCIA DE IDENTIDADES	Durante esta fase ambos, enfermera y paciente, empiezan a establecer un enlace y a ver al otro menos como una categoría y más como un ser humano único. El paciente empieza a percibir a la enfermera como diferente, y no como la personificación de todas las enfermeras.
FASE DE EMPATIA	La unicidad de cada individuo se percibe más claramente; la habilidad de trascender el SELF ha incrementado la habilidad de predecir el comportamiento como resultado del proceso empático. En cuanto a la empatía, no es un asunto continuo, la enfermera puede interactuar muchas veces con el paciente pero solo "empatiza" una o varias veces. Una vez ocurra la empatía el patrón de interacción cambia. La habilidad de predecir o comprender el comportamiento del otro está limitada a las experiencias personales; la gente no puede predecir lo que no ha experimentado. Otro de los requisitos para desarrollar empatía es el deseo de comprender o entender a la otra persona, que puede estar motivado por el deseo de ayudarle y la curiosidad.
FASE DE SIMPATIA	La habilidad de simpatizar emerge y resulta del proceso empático. Surge del deseo base de aliviarle el estrés. La simpatía es una experiencia que tiene lugar entre dos o más individuos. Es la capacidad de entrar en o compartir los sentimientos o intereses del otro. La característica o hecho de estar sensible a, o afectarse por las emociones, experiencias de otros. La simpatía implica una genuina preocupación del otro, combinada con el deseo de ayuda. El objetivo de la simpatía es transmitir al otro que su preocupación es también la nuestra y que deseamos poder ayudarle a solucionarla. Ambas, la empatía y la simpatía, requieren una apertura perceptual a la experiencia y a la libertad mental que me permitirán hacer uso de la experiencia personal para entender y apreciar la experiencia de los otros.
FASE DE RAPPORT	Es un proceso, una experiencia o serie de experiencias. Es una interacción cercana de pensamientos y sentimientos, transmitidos o comunicados de un ser humano a otro. La experiencia del RAPPORT es experimentada por ambos, de manera diferente, de acuerdo con sus antecedentes personales. Esta relación se caracteriza porque la enfermera y el paciente se perciben como seres humanos.

La enfermera Travelbee plantea: “El objetivo de la Enfermería es ayudar a los individuos y familias a prevenir y afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento, y ayudarles a dar sentido a sus experiencia mediante el establecimiento de una relación persona a persona”. No se espera que “la relación sea de tipo social y de carácter informal, ni una relación entre amigos”, sino que debe ser concebida como una relación terapéutica que busca el beneficio del paciente, está dirigida al cumplimiento de metas y enfocada a identificar y resolver

problemas relacionados con el bienestar y la salud de las personas cuidadas. La interacción se considera exitosa cuando, además de los resultados, ofrece una clara contribución al crecimiento del paciente y del enfermero.

En este sentido cabe la pena resaltar que el paciente que se encuentra hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo es parte importante de un núcleo familiar de ahí el interés de trabajar de igual manera con la teoría de Travelbee pues hace hincapié en la importancia de la comunicación ,interacción persona a persona, como parte del proceso de enfermería que permite conocer e identificar las percepciones, pensamientos y sentimientos de los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo ;al igual que recuperar el valor de la interacción en el cuidado de enfermería se constituye un desafío para los profesionales por cuanto generalmente lo visible del cuidado son los procedimientos y las técnicas y lo que no es visible pero si es percibido por los pacientes y familiares son la exploración de sentimientos temores, frustraciones, inquietudes que van a constituir y dejar huella es sus vidas y harán parte de las vivencias y de sus experiencias es por esto que se trabajara con la teorías de Joyce Travelbee e Imogene King.

Teniendo en cuenta que la interacción es parte esencial del cuidado de enfermería y se considera elemento favorable en el proceso de recuperación y adaptación del paciente y tranquilidad de sus familiares.

5. SOPORTE CONCEPTUAL

A continuación se exponen los conceptos que fueron considerados como pilar fundamental en el proyecto de gestión desarrollado:

ENFERMERÍA: Es considerada como el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre la profesión que, fundamentada en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico.

El pensamiento crítico del profesional de enfermería tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación. La Asociación Norteamericana de Enfermeras⁴⁹ declara desde 1980 en el documento denominado «Nursing: A Social Policy Statement» que la enfermería es: «El diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales».

La anterior definición ha sido ampliada o adaptada como la que propone la Facultad de Enfermería de la Universidad de Moscú en Rusia⁵⁰, «ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual».

BASE DE LA INTERACCION HUMANA: La unidad mas básica de una sana interacción humana es la caricia psicológica. Por medio de esta le hacemos saber a la otra persona que nos hemos percatado de su presencia. El saludo es la caricia psicológica más común. La caricia psicológica promueve el valor o dignidad de cada persona y puede tener una expresión verbal o física. Las caricias psicológicas ocurren por medio de la comunicación verbal o el lenguaje corporal. Es así que la enfermera debe brindar una atención desde el primer contacto con el familiar. El primer apoyo que se le brinde a la familia que pasa por una crisis situacional es de vital importancia para restablecer su equilibrio emocional y la buena relación enfermera-familia, puesto que desarrolla y favorece la comunicación; efectivamente para ahondar en el contacto humano⁵¹.

⁴⁹ www.nursingworld.org

⁵⁰ www.nurse3.wordpress.com/

⁵¹ Patricia Gauntlet, Tratado de Enfermería, Mosby Madrid-España. 1ra edición. Edit Interamericana-Mc Graw-Hill 1995. p. 2045

FAMILIA: para el proyecto se consideró a la familia desde la definición de la ONU⁵² como un “grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general a la cabeza de familia, esposa e hijos solteros que convive con ellos”.

PACIENTE HOSPITALIZADO “Persona adulta hombre o mujer sometidos a procedimientos invasivos de baja o alta complejidad que se relaciona directamente con el grado de riesgo vital y que se encuentra en el periodo de recuperación, siendo este inmediato o tardío⁵³.”

LA EMPATÍA es la capacidad que tiene el ser humano para conectarse a otra persona y responder adecuadamente a las necesidades del otro, a compartir sus sentimientos, e ideas de tal manera que logra que el otro se sienta muy bien con él. En tal sentido, es la capacidad de poder experimentar la realidad subjetiva de otro individuo sin perder de perspectiva su propio marco de la realidad, con la finalidad de poder guiar al otro a que pueda experimentar sus sentimientos de una forma completa e inmediata. La empatía permite al profesional de Enfermería relacionarse con el familiar haciéndolos más sensibles a los cambios que estos experimentan en un clima de aceptación y cordialidad⁵⁴.

SISTEMA INTERPERSONAL: Sistema propuesto por Imogene King, el cual está compuesto por seis dimensiones:

- 1- LA INTERACCION: Es la percepción y comunicación entre dos personas y el ambiente, representa una secuencia de comportamientos verbales y no verbales dirigidos a un objetivo; en ella las personas se perciben y juzgan mutuamente.
- 2- LA COMUNICACIÓN: Vehículo por el cual los seres humanos se relacionan, se da información, bien sea directa o indirectamente. Esta puede ser verbal o no verbal, y de naturaleza intra e interpersonal. Así todo comportamiento es comunicable.
- 3- LA TRANSACCION: Interacción de seres humanos que se comunican con el ambiente para lograr sus objetivos.
- 4- EL ROL: Conjunto de comportamientos que se esperan de alguien cuando ocupa una posición en un sistema social, y al mismo tiempo está sujeto a las reglas que definen los deberes y derechos propios de una posición.
- 5- EL ESTRÉS: Estado dinámico del ser humano que interactúa con su ambiente para mantener el balance, involucra intercambio de energía e información entre la persona y el ambiente.
- 6- EL AFRONTAMIENTO: Resistencia al estrés.

⁵² www.un.org/es/

⁵³ www.columbusdirect.com

⁵⁴ www.psicopedagogia.com

Dentro de los conceptos incluidos en los sistemas sociales también propuestos por Imogene King, tomamos:

- **LA ORGANIZACIÓN:** Compuesto por seres humanos, con roles y posiciones prescritas, quienes utilizan los recursos para lograr los objetivos organizacionales y personales. Imogene King propone cuatro parámetros en la organización: valores humanos, patrones de conducta, necesidades, metas y expectativas.
- **LA TOMA DE DECISIONES:** Proceso dinámico dirigido a un objetivo y se lleva a cabo dentro de diferentes alternativas.
- **EL CONOCIMIENTO:** La percepción es fundamental para entender el self y a los otros individuos.

De igual manera se incluyeron las fases de la relación enfermera paciente propuestas por Joyce Travelbee:

- **FASE DEL ENCUENTRO ORIGINAL:** Es el primer encuentro de la enfermera con el paciente, los sentimientos emergen de la interacción como resultado de las percepciones desarrolladas. La observación es el paso más importante en el proceso de enfermería. Estas percepciones son importantes porque lo que se ve y se deduce sobre el otro, los pensamientos y sentimiento tienden a determinar los comportamientos y reacciones hacia él. La observación, las percepciones, al ser valoradas o juzgadas, son la base del subsiguiente patrón de interacción.
- **FASE DE EMERGENCIA DE IDENTIDADES:** Durante esta fase ambos, enfermera y paciente, empiezan a establecer un enlace y a ver al otro menos como una categoría y más como un ser humano único. El paciente empieza a percibir a la enfermera como diferente, y no como la personificación de todas las enfermeras.
- **FASE DE EMPATIA:** La unicidad de cada individuo se percibe más claramente; la habilidad de trascender el SELF ha incrementado la habilidad de predecir el comportamiento como resultado del proceso empático. En cuanto a la empatía, no es un asunto continuo, la enfermera puede interactuar muchas veces con el paciente pero solo "hace empatía" una o varias veces. Una vez ocurra la empatía el patrón de interacción cambia. La habilidad de predecir o comprender el comportamiento del otro está limitada a las experiencias personales; la gente no puede predecir lo que no ha experimentado. Otro de los requisitos para desarrollar empatía es el deseo de comprender o entender a la otra persona, que puede estar motivado por el deseo de ayudarle y la curiosidad.
- **FASE DE SIMPATIA:** La habilidad de simpatizar emerge y resulta del proceso empático. Surge del deseo base de aliviarle el estrés. La simpatía

es una experiencia que tiene lugar entre dos o más individuos. Es la capacidad de entrar en o compartir los sentimientos o intereses del otro. La característica o hecho de estar sensible a, o afectarse por las emociones, experiencias de otros. La simpatía implica una genuina preocupación del otro, combinada con el deseo de ayuda. El objetivo de la simpatía es transmitir al otro que su preocupación es también la nuestra y que deseamos poder ayudarlo a solucionarla. Ambas, la empatía y la simpatía, requieren una apertura perceptual a la experiencia y a la libertad mental que me permitirán hacer uso de la experiencia personal para entender y apreciar la experiencia de los otros.

- **FASE DE RAPPORT:** Es un proceso, una experiencia o serie de experiencias. Es una interacción cercana de pensamientos y sentimientos, transmitidos o comunicados de un ser humano a otro. La experiencia del RAPPORT es experimentada por ambos, de manera diferente, de acuerdo con sus antecedentes personales. Esta relación se caracteriza porque la enfermera y el paciente se perciben como seres humanos.

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

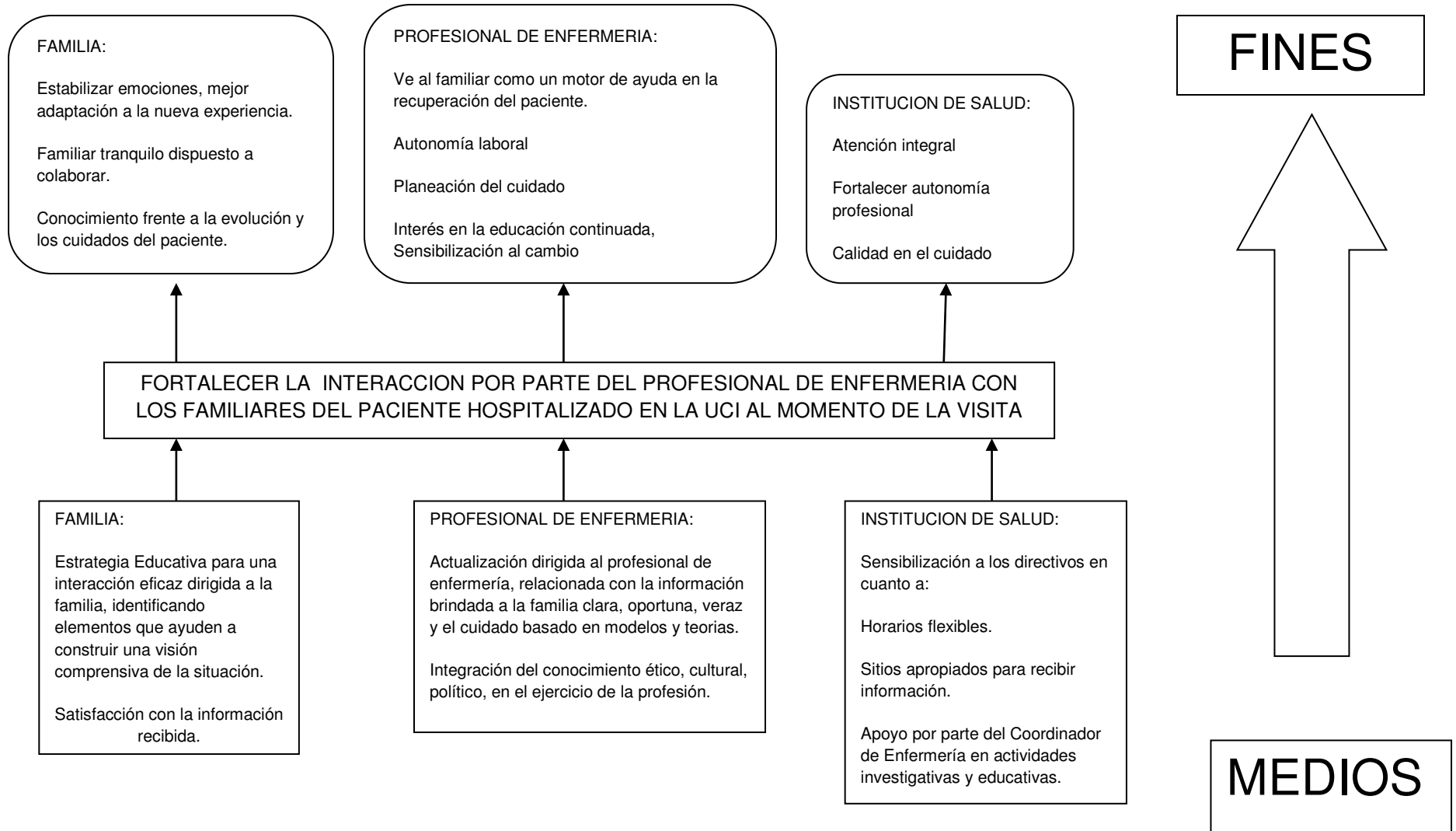
Fortalecer la interacción por parte del profesional de enfermería con los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo al momento de la visita.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar y conocer los factores que influyen en la interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo en el momento de la visita.

Elaborar e implementar estrategias que faciliten e incentiven la comunicación e interacción entre la familia del paciente y el profesional de enfermería.

ARBOL DE OBJETIVOS



7. METODOLOGIA

En este proyecto de gestión se aplicó la metodología del marco lógico, la cual es una herramienta para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos; su énfasis fue centrado en la orientación por objetivos hacia grupos beneficiarios y permitió facilitar la participación y la comunicación entre las partes interesadas.

Su meta se fundamentó en el trabajo en equipo. En esta se identificaron los problemas y necesidades de un sector de la sociedad, se seleccionó y priorizó las necesidades, se planteó e implementó el proyecto y finalmente se realizó seguimiento y evaluación del proyecto de gestión.

Dentro de la concertación, para poder ejecutar este proyecto de gestión se dialogó con los jefes coordinadores de las respectivas UCI donde se aplicó el proyecto, quienes dieron su aval de manera verbal y escrita. (Ver Anexo D Carta de Autorización y Aprobación para ejecución del proyecto).

La población estuvo integrada por 16 profesionales de enfermería (quienes constituyeron la totalidad de las enfermeras de las UCI de las instituciones estudiadas), y 31 familiares, de los pacientes hospitalizados en las UCIs, durante el mes de mayo y junio del 2012, es decir 1 familiar por cada paciente. Para lo cual se tuvo en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión: familiar del paciente crítico (papá, mamá, esposo, hijos, hermanos), mayores de 18 años, que tenga mayor permanencia en el servicio. Que el paciente tenga una estancia no menor a tres días y que acepten voluntariamente participar en el estudio (consentimiento informado).

Criterios de exclusión: que tengan problemas psiquiátricos, que sean parientes lejanos, que sea la primera o segunda vez que lo visita.

Criterios de eliminación: que su familiar crítico fallezca en el momento de la entrevista, que no desee ser entrevistado.

Los participantes del proyecto de gestión (Familiares) se identificaron conforme fueron ingresando pacientes a las Unidades de Cuidado Intensivo. Se les invitó

verbalmente a participar en el estudio, se explicó el objetivo del estudio y que su participación consistiría en responder una entrevista, también se les solicitó que firmaran el consentimiento informado (Anexo E), de igual manera se practicó un cuestionario a los profesionales de enfermería que laboran en las dos instituciones con el previo diligenciamiento del consentimiento informado.

El proyecto de gestión fue aprobado y autorizado por los Coordinadores de Enfermería de las dos UCI. Se aplicó una Cédula de Datos Sociodemográficos (Anexo F), posteriormente se aplicó la entrevista Interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la UCI de acuerdo al sistema interpersonal propuesto por Imogene King (Anexo G) y el Cuestionario Percepción del grado de Interacción Enfermera – Familia del paciente hospitalizado en la UCI (Anexo H).

La entrevista con el familiar tuvo una duración aproximada de 15 minutos, al igual que el cuestionario aplicado a los profesionales de Enfermería. La recolección de los datos se llevó a cabo por 2 profesionales en enfermería autores del proyecto teniendo en cuenta de que no quedara ninguna pregunta sin responder. El sitio donde se realizó la entrevista al familiar y el cuestionario a los profesionales de enfermería, fue en un cubículo de información privado para facilitar la confidencialidad y la privacidad al contestar.

Para las mediciones se utilizó una cédula de datos sociodemográficos y 2 técnicas para recolección de datos que a continuación se describen:

La cédula de datos sociodemográficos⁵⁵ adaptada por las autoras del presente proyecto contó con preguntas en la que se incluyeron datos como el parentesco con el paciente, género, edad, escolaridad.

En cuanto a las técnicas de recolección de datos estas fueron creadas y diseñadas de acuerdo a la población de estudio, a las teorías argumentadas previamente y sometidas a revisión de 3 expertos profesionales de enfermería quienes por su amplia trayectoria a nivel asistencial y docente aportaron a la

⁵⁵ Ruiz Chavez M. Satisfacción del familiar con el cuidado a pacientes en estado crítico (tesis maestría). Nuevo León: Universidad de Nuevo León .2002.

modificación de dichas técnicas de recolección quedando como Entrevista interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la uci de acuerdo al sistema interpersonal propuesto por Imogene King, con preguntas que evaluaron la interacción, comunicación, rol, estrés, afrontamiento, y transacción. La técnica diseñada se conformó de 12 preguntas. El patrón de respuesta de esta entrevista fue de 2 opciones SI y NO, selección múltiple y respuestas abiertas.

La segunda técnica de recolección de datos denominado Cuestionario Percepción del grado de Interacción Enfermera – Familia del paciente hospitalizado en la UCI de acuerdo a las fases de relación propuestas por Joyce Travelbee, con preguntas que evaluaron las fases de encuentro original, emergencia de identidades, empatía, simpatía y rapport y al sistema interpersonal por Imogene King. La técnica diseñada se conformó de 25 preguntas. El patrón de respuesta de esta entrevista fue de 2 opciones SI y NO, selección múltiple y respuestas abiertas.

Se respetó el anonimato de los sujetos ya que en las entrevistas no se registro el nombre del familiar a quien se le aplicó, se contó con el consentimiento informado, con su capacidad de libre elección y sin coacción alguna y dándole la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio.

Para fortalecer la interacción enfermera familia durante la visita se diseñó e implementó la estrategia educativa dirigida a familiares: **Principios para una interacción eficaz enfermera familia** en la cual en 16 sesiones en horario de la mañana y de la tarde 15 minutos previos a la hora de la visita en la sala de espera se educó por parte de las participantes en el proyecto en los siguientes temas:

- ✓ Que es una uci?
- ✓ Por qué las personas requieren de una uci?
- ✓ Derechos y deberes de los pacientes y del familiar
- ✓ Qué equipos voy a encontrar?
- ✓ Como cuidamos nuestros pacientes?
- ✓ Como familiar que puedo aportar?
- ✓ Recomendaciones importantes
- ✓ En caso de requerir apoyo...
- ✓ Entrega de folleto informativo.

En cuanto al profesional de enfermería la estrategia implementada fue: **Actualización al profesional de enfermería en la Interacción Enfermera Familia en la UCI desde los modelos de Imogene King y Joyce Travelbee**, en la cual se contó con la participación de 16 profesionales de enfermería y en 2 jornadas con un tiempo de 30 minutos se trataron los siguientes temas:

- ✓ Breve presentación del proyecto de gestión
- ✓ Presentación resultados entrevista a familiares y cuestionario a profesionales.
- ✓ Derechos y deberes del paciente y familiares
- ✓ Como establecer una interacción con la familia desde las teorías de Imogene King y Joyce Travelbee.
- ✓ Información enfermera: Información inicial o de ingreso, Información de la evolución, Información a demanda, Información en situaciones especiales, Información al alta.
- ✓ Video reflexivo.

Para los directivos de las instituciones la estrategia escogida fue la de **Sensibilización en la importancia de la interacción enfermera familia y el apoyo institucional**, en la cual en 1 sola jornada y con la participación de los coordinadores de enfermería, coordinador médico de las UCI, y coordinador técnico científico se abordaron los siguientes tópicos:

- ✓ Breve presentación del proyecto de gestión
- ✓ Presentación resultados entrevista a familiares y cuestionario a profesionales.
- ✓ Derechos y deberes del paciente y familiares
- ✓ Información enfermera: Información inicial o de ingreso, Información de la evolución, Información a demanda, Información en situaciones especiales, Información al alta.
- ✓ Entrega material educativo (folleto diseñado).
- ✓ Promover horarios flexibles y en diferentes momentos del día para brindar la información, ya que muchos familiares llegan angustiados al momento de ser informados, por muchas razones entre ellos trabajo, ocasionando malos entendidos y diversificación de la información.
- ✓ Promover la organización de grupos de apoyo para que los familiares cuenten sus experiencias, sentimientos, temores a familiares de otros pacientes y encontrar posibles soluciones a sus conflictos internos y externos.

- ✓ Motivar la creación de espacios físicos, bien iluminados, mínimo de ruido, muebles cómodos, y preservación de la intimidad.

Estas estrategias se cumplieron en un 100%, con encuentros presenciales, y con gran acogida por parte de los actores involucrados.

Posteriormente se aplicó de nuevo la entrevista a los familiares donde se valoró la efectividad de Interactuar eficazmente Enfermera- familia. Se consideró un proyecto de gestión sin riesgo ya que no realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. La limitación del presente estudio está dada a que los resultados y conclusiones solo son válidos para los familiares del paciente crítico de las UCI de las instituciones donde se desarrolló el proyecto de gestión.

A continuación se da a conocer la MATRIZ DEL MARCO LOGICO y el PLAN DE ACCION, con el fin de examinar las actividades, propósitos y fines de este proyecto de gestión.

MATRIZ DEL MARCO LOGICO

	<u>LOGICA DE INTERVENCION</u>	<u>INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE</u>	<u>FUENTES DE VERIFICACION</u>	<u>HIPOTESIS O FACTORES EXTERNOS</u>
OBJETIVO GLOBAL	Fortalecer la interacción por parte del profesional de enfermería con los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo al momento de la visita.	<p>El 80% de los familiares entrevistados expresaran satisfacción en el grado de interacción en la relación profesional de enfermería y familia, en la 4 semana de junio 2012.</p> <p><i># Familiares que manifiestan interacción entre el profesional y el familiar / Total familiares que realizaron la entrevista.</i></p> <p><i>1ª Entrevista: 17 / 31 = 55%</i></p> <p><i>2ª Entrevista: 30/31 = 97%</i></p>	Entrevista interacción Enfermera Familia Uci de 2 instituciones de las ciudades de Neiva y Pitalito.	<p>Los familiares no quieren formar parte activa del proyecto.</p> <p>Las instituciones de salud no permitan la ejecución a este proyecto.</p>

OBJETIVO ESPECIFICO	<p>Determinar y conocer los factores que influyen en la interacción entre el profesional de enfermería y familia del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo en el momento de la visita.</p>	<p>El 100% de los familiares entrevistados darán a conocer los factores que influyen en la interacción enfermera familia.</p> <p><i># Familiares que respondieron la entrevista / Total de familiares</i></p> <p><i>31/31 = 100%</i></p> <p>El 100% de los profesionales de enfermería que respondieron el cuestionario darán a conocer los factores que influyen en la interacción enfermera familia.</p> <p><i># Profesionales de Enfermería que respondieron el cuestionario / Total de profesionales de enfermería</i></p> <p><i>10/16 = 62%</i></p>	<p>Entrevista dirigida a familiares</p> <p>Cuestionario dirigido a profesionales de Enfermería</p>	<p>Los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI ó los profesionales de enfermería, no deseen realizar dicha – entrevista o cuestionario ni formar parte activa del mismo.</p>
	<p>Elaborar e implementar estrategias que faciliten e incentiven la comunicación e interacción entre la familia del paciente y el profesional de enfermería.</p>	<p>Implementar el 100% de las estrategias creadas para mejorar la interacción del profesional de enfermería y familia entre el 1 de junio al 22 de junio.</p> <p><i># Estrategias implementadas / Total de estrategias diseñadas</i></p> <p><i>3/3 = 100%</i></p>	<p>Sesiones educativas a familiares.</p> <p>Actualización a profesionales de enfermería.</p> <p>Sensibilización a directivos de las instituciones donde se ejecuto el proyecto</p>	<p>Los familiares y profesionales de enfermería no deseen participar en las estrategias.</p> <p>Rechazo por parte de las instituciones a conocer los resultados del proyecto.</p>

RESULTADOS	<p>Mejor interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la UCI al momento de la visita</p> <p>Involucrar a la familia en las medidas de bienestar durante la estancia del paciente en la uci.</p> <p>Conocimiento real por parte de la familia de la evolución del paciente.</p>	<p>Para la 4 semana de junio el 97% de los familiares expresó un alto grado de satisfacción en cuanto a la interacción enfermera familia.</p> <p>El 100% de los Profesionales de Enfermería involucró al familiar en algunas actividades de cuidado.</p>	<p>Informe de los responsables del proyecto de gestión</p>	<p>La familia no se haga participe en la aplicación de medidas de bienestar y comodidad durante la hospitalización del paciente en la UCI y no quiera manifestar el grado de satisfacción frente la interacción familia y enfermera.</p>
ACTIVIDADES	<p>Entrevista a familiares y cuestionario a los profesionales de enfermería para evaluar nivel de Interacción enfermera familia.</p> <p>16 Sesiones educativas dirigidas a la familia</p> <p>1 Actualización en interacción enfermera familia basada en modelos y teorías dirigida a los profesionales de enfermería.</p> <p>1 Sensibilización a los directivos de las instituciones dando a conocer resultado final del proyecto de gestión y su impacto en la calidad de la atención.</p>	<p><i># Sesiones educativas realizadas / Sesiones educativas programadas</i></p> <p><i>16/16 = 100%</i></p> <p><i># Actualizaciones realizadas a los profesionales de Enfermería / Total de Actualizaciones programadas a los profesionales de Enfermería</i></p> <p><i>1/1= 100%</i></p> <p><i># Sensibilizaciones realizadas a directivos/ Total de sensibilizaciones programadas a directivos</i></p> <p><i>1/1= 100%</i></p> <p>RECURSOS</p> <p>Profesionales de enfermería que laboran en las ucis, familiares de los pacientes, asesora del proyecto.</p> <p>Papel, lápiz, lapiceros, calculadora, fotocopias.</p> <p>Computador, impresora, internet, viáticos.</p>	<p>PRESUPUESTO</p> <p>Recurso humano (6meses)</p> <p>\$4.000.000 profesional enfermería</p> <p>Equipos y Materiales</p> <p>\$2.800.000</p> <p>Viajes:</p> <p>\$200.000</p> <p>TOTAL :\$7.000.000</p>	<p>Falta de compromiso por parte de nuestros colegas en la ejecución de dicho proyecto.</p> <p>No contemos con el apoyo económico e institucional para el desarrollo de dicho proyecto.</p>

PLAN DE ACCION

PROYECTO DE GESTION: INTERACCION ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y LA FAMILIA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LAS UCI DE 2 INSTITUCIONES DE SALUD.					
OBJETIVO GENERAL	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CON QUE?	¿CUANDO?	¿QUIEN?
	ESTRATEGIAS	ACCIONES INMEDIATAS	RECURSOS NECESARIOS	PLAZO (FECHA DE INICIO – FINALIZACION)	RESPONSABLE
FORTALECER LA INTERACCION POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA CON LOS FAMILIARES DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD AL MOMENTO DE LA VISITA	<p>Sesión Educativa dirigida a 31 Familiares de pacientes hospitalizados en las UCI de las instituciones descritas en Principios para una interacción eficaz con el Profesional de Enfermería.</p>	<p>Lograr el apoyo de la persona encargada de la coordinación de las Unidades.</p> <p>Breve presentación de la propuesta del proyecto de gestión a familiares.</p> <p>Practicar 31 entrevistas a familiares.</p> <p>16 Sesiones educativas relacionada con la Interacción Enfermera Familia en la UCI.</p> <p>Entrega de material educativo (folleto) a los familiares. Aplicación de Entrevista.</p>	<p>Infraestructura: uci de 2 instituciones.</p> <p>Humanos: Gestoras del proyecto, 16 profesionales de enfermería, de las UCIS y 31 familiares.</p> <p>Económicos: \$ 4.000.000</p> <p>Materiales: \$ 1.000.000</p> <p>Papelería: \$ 1.000.000. TOTAL \$6.000.000</p>	<p>1 – 22 junio 2012</p> <p>25-29 junio 2012</p>	<p>MELVA TIEMPOS</p> <p>MARCELA CORTES</p> <p>LUISA ORDOÑEZ</p> <p>ROSA LALI CHARRY</p>

	<p>Actualización dirigida a 16 Profesionales de Enfermería de las UCI de las instituciones descritas en Principios para una interacción eficaz con la Familia del paciente hospitalizado en la UCI basada en modelos y teorías de enfermería.</p>	<p>Lograr el apoyo de la persona encargada de la coordinación de las Unidades.</p> <p>Breve presentación de la propuesta del proyecto de gestión a los profesionales.</p> <p>Practicar 16 cuestionarios a profesionales de Enfermería.</p> <p>Actualización al profesional de enfermería en la Interacción Enfermera Familia en la UCI desde los modelos de Imogene King y Joyce Travelbee.</p> <p>Promover sesiones con Psicología para los familiares mas perturbados emocionalmente.</p>		<p>1-22 junio 2012</p>	
--	---	---	--	----------------------------	--

	<p>Sensibilización a cada uno de los actores administrativos de las Instituciones donde se desarrolló el Proyecto relacionado con la importancia de la Interacción Enfermera Familia en el cuidado del paciente crítico.</p>	<p>Lograr el apoyo de la persona encargada de la coordinación de Enfermería y directivos de las Instituciones.</p> <p>Presentación de resultados del proyecto de gestión y Entregar material educativo (folleto diseñado).</p> <p>Promover horarios flexibles y en diferentes momentos del día para brindar la información, ya que muchos familiares llegan angustiados al momento de ser informados, por muchas razones entre ellos trabajo, ocasionando malos entendidos y diversificación de la información.</p> <p>Promover la organización de grupos de apoyo para que los familiares cuenten sus experiencias, sentimientos, temores a familiares de otros pacientes y encontrar posibles soluciones a sus conflictos internos y externos.</p> <p>Motivar la creación de espacios físicos, bien iluminados, mínimo de ruido, muebles cómodos, y preservación de la intimidad.</p>	<p>Humanos: 4 profesionales de enfermería gestoras del proyecto.</p> <p>Económicos: \$300.000</p> <p>Materiales: \$200.000</p> <p>Papelería: \$2.000.000</p> <p>Viajes: \$ 300.000</p> <p>TOTAL \$1.000.000</p>	<p>3 – 6 julio 2012</p>	<p>MELVA TIEMPOS</p> <p>MARCELA CORTES</p> <p>LUISA ORDOÑEZ</p> <p>ROSA LALI CHARRY</p>
--	--	---	---	-------------------------	---

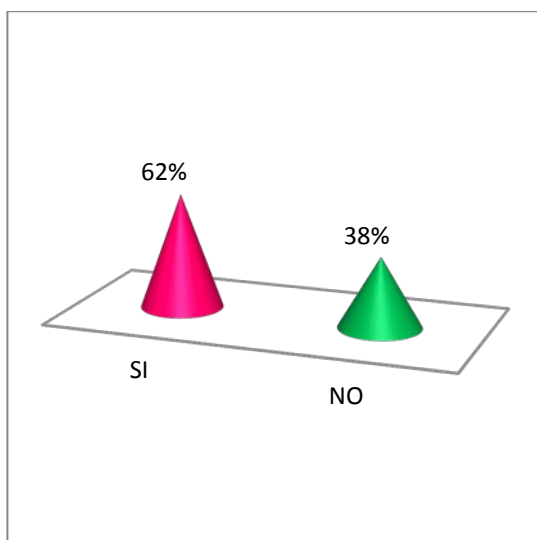
8. TABULACION Y ANALISIS DE DATOS

Luego de la recolección de datos, estos fueron procesados y presentados en gráficos a fin de ser sometidos al análisis e interpretación respectiva de acuerdo al soporte teórico y objetivos propuestos.

El cuestionario aplicado a los profesionales de enfermería que laboran en las 2 instituciones arrojó los siguientes resultados:

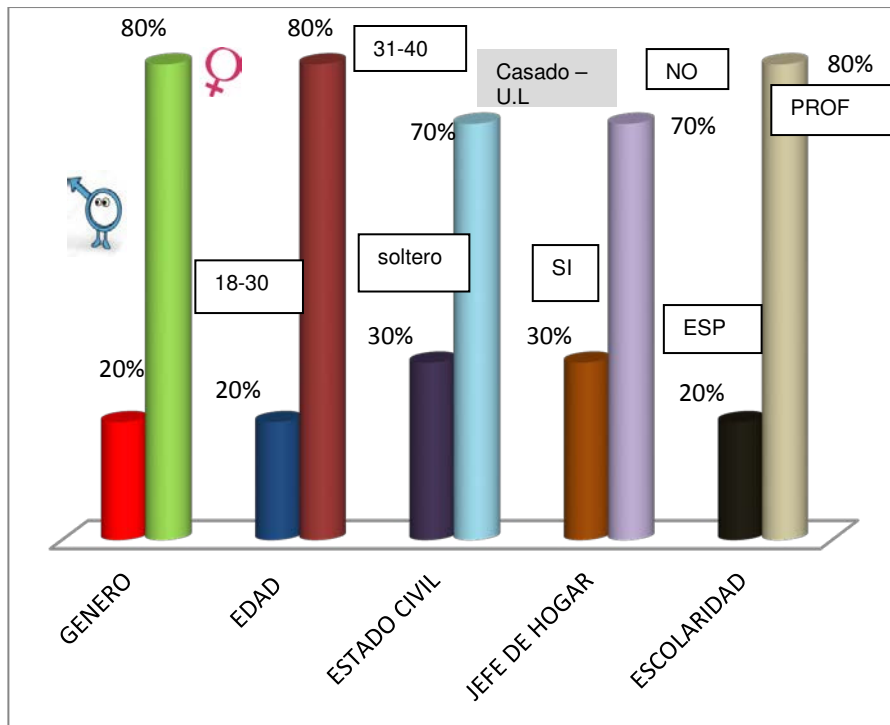
Como se observa en el gráfico 2 y 3 para el total de profesionales de enfermería (16) se encontró que 10 diligenciaron el cuestionario (62.5%), de estos 2 eran hombres (20%) y el resto mujeres (80%), en su mayoría jefes de hogar (70%), su estado civil casados 30%, en unión libre 40%, solteros 30%, las edades más frecuentes oscilaron entre 25 y 32 años, en cuanto al nivel de escolaridad el 20% eran especialistas.

GRAFICO 2. Profesionales de enfermería que respondieron el cuestionario



Fuente: Elaboración propia basada en Cuestionario al profesional de enfermería

GRAFICO 3. Cedula datos sociodemograficos (edad, genero, estado civil, jefe de hogar, escolaridad) profesionales de enfermería.



Fuente: Elaboración propia basada en cuestionario al profesional de enfermería.

En relación con los factores que influyen en la interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo en el momento de la visita se encontró según la tabla 6 que el tipo de contratación y la remuneración económica no interfieren en la atención a la familia y al paciente, poseen una carga laboral elevada, que desconocen y en su mayoría no aplican modelos o teorías de enfermería en el cuidado diario que ofrecen; un alto porcentaje indica que si interactúa con la familia, ofreciendo información clara y sencilla, comunicándose con éstos a diario; existe diferencias por igualdad en si deben incluir a familiares en el proceso de mantenimiento y recuperación en el estado de salud.

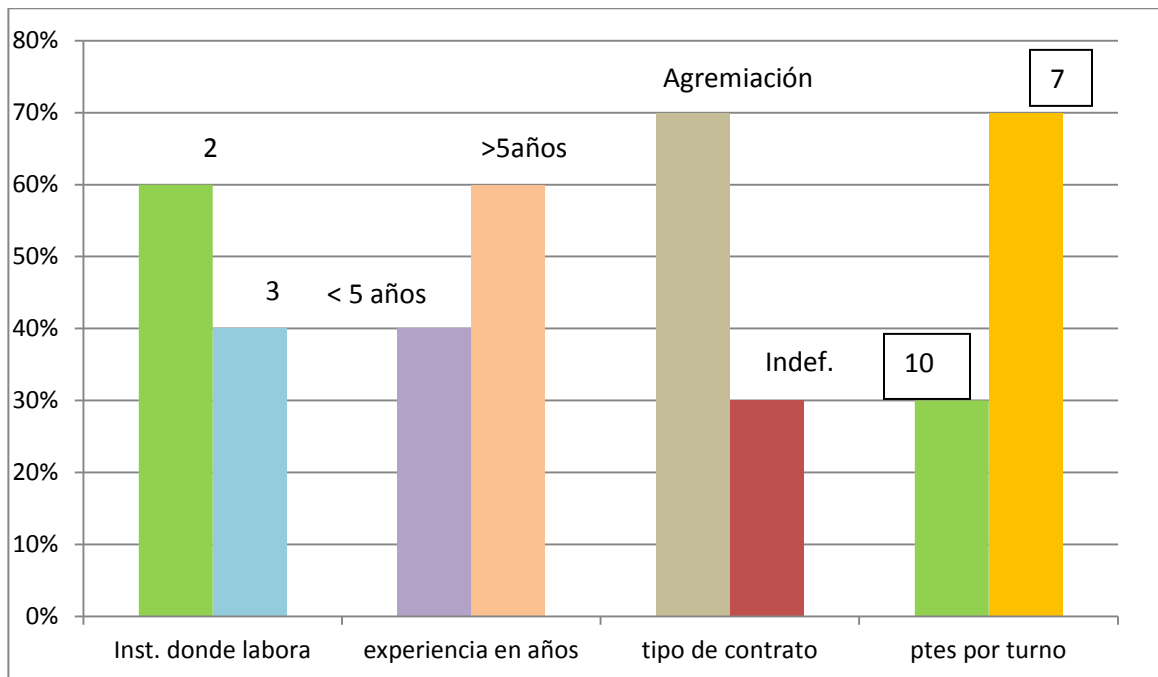
TABLA 6. Análisis de datos cuestionario profesionales de enfermería

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Labora actualmente en la Unidad de Cuidado Intensivo?	100% (10)	
5. Considera usted: ¿Qué el tipo de contratación repercute en el manejo o trato que usted da a sus pacientes y familiares?		100% (10)
6. ¿Considera que la remuneración económica que recibe es acorde al trabajo, desempeño y cantidad de pacientes asignados?		100% (10)
7. ¿Considera que la remuneración económica interfiere en el manejo o trato que da a sus pacientes y familiares?		100% (10)
9. ¿Considera que tiene una carga laboral alta?	60% (6)	40% (4)
10. ¿Es usted Especialista en Cuidado Intensivo?	20% (2)	80% (8)
11. ¿Su Institución le exige Especialización en Cuidado Intensivo para laborar dentro de la UCI?	40% (4)	60% (6)
12. ¿Considera usted que es importante especializarse?	100% (10)	
14. ¿Conoce los diferentes Modelos o Teorías de Enfermería y sus exponentes?	70% (7)	30% (3)
15. ¿Considera que estos son importantes en el quehacer diario de Enfermería?	100% (10)	
16. ¿En la UCI en la cual labora aplican algún Modelo de Enfermería?	60% (6)	40% (4)
Imogene King define la Interacción como: “la percepción y comunicación entre dos personas y el ambiente, representa una secuencia de comportamientos verbales y no verbales dirigidos a un objetivo; en ella las personas se perciben y juzgan mutuamente”. De acuerdo a lo anterior: 17. ¿Interactúa usted con los familiares de sus pacientes?	60% (6)	40% (4)
18. ¿Considera que dicha interacción es importante en el proceso de hospitalización de sus pacientes?	100% (10)	
19. ¿Se comunica usted a diario con los familiares de sus pacientes?	60% (6)	40% (4)
21. ¿Cree usted que ha sido clara con la información dada a los familiares de sus pacientes a nivel biopsicosocial y ambiental?	80% (8)	20% (2)
22. ¿Pueden contribuir los familiares de sus pacientes de manera positiva en el proceso de mantenimiento y recuperación del estado de salud o en un desenlace fatal?	50% (5)	50% (5)

Fuente: Elaboración propia basada en el cuestionario aplicado a Enfermeros

Como otros factores que influyen en la interacción enfermera familia el 60% (6 profesionales) informaron que laboran en más de 2 instituciones, y el 30% en 3 instituciones, situación que sumada a la mala remuneración previamente anotada, y contratados la mayoría por agremiación, los obliga a trabajar en más de 1 institución a la vez, brindando cuidado a un total entre 7 y 10 pacientes por turno, lo cual no facilita el proceso de interacción enfermera familia a pesar de que cuentan con una amplia experiencia en el servicio.

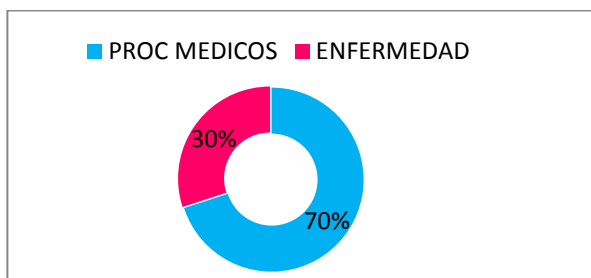
GRAFICO 4. PREGUNTA 2, 3, 4 y 8. ¿En cuántas Instituciones más labora?, ¿Cuál es su tiempo de experiencia en la Unidad de Cuidado Intensivo en años?, Qué tipo de contratación maneja con la Institución? y ¿Cuántos pacientes tiene a cargo en un turno de seis o doce horas?



Fuente: Elaboración propia basada en cuestionario a profesionales de Enfermería

A la pregunta ¿Qué clase de información brinda a la familia al momento de la visita? la mayoría de los profesionales respondieron que informaba acerca de los procedimientos médicos realizados y lo básico relacionado con la enfermedad, entendiéndose que además de la información médica, centrada en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, también es necesaria una información que abarque los planes de cuidados del paciente por ser estos competencia directa de la enfermera/o. Obviar esta realidad supondría no ofrecer a los familiares una visión completa de la situación del paciente.

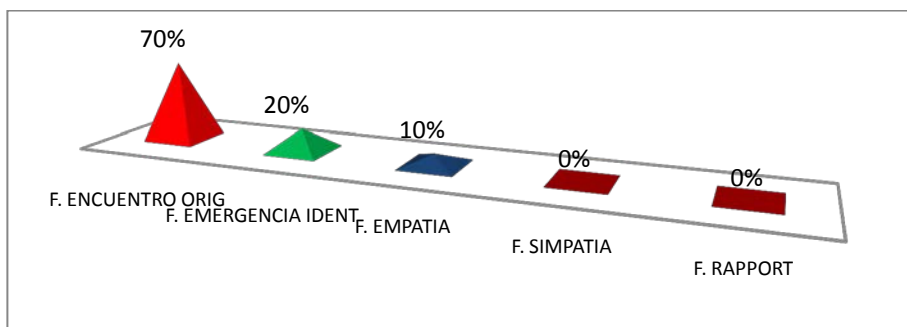
GRAFICO 5. PREGUNTA 20. ¿Qué tipo de información da usted a los familiares de sus pacientes?



Fuente: elaboración propia basada en cuestionario a profesionales de Enfermería.

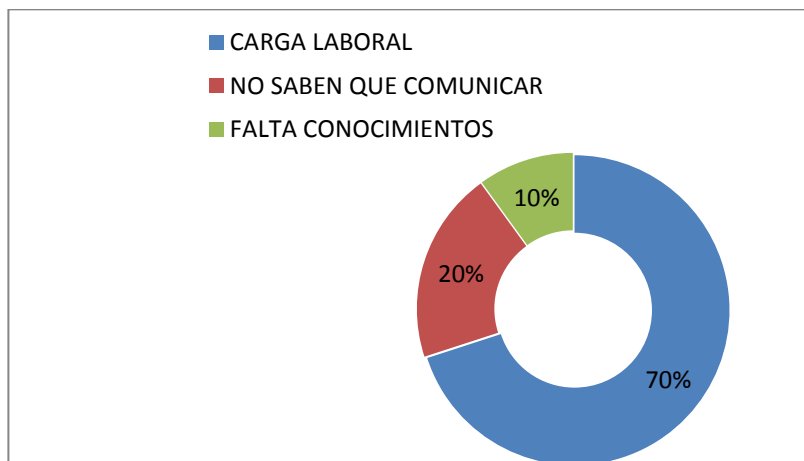
Según las fases propuestas para una buena interacción por Joyce Travelbee el 30% (3) de los profesionales de Enfermería alcanza la fase de empatía con la familia al momento de la visita, el porcentaje restante se queda en la fase de encuentro original argumentando la falta de tiempo, sobrecarga laboral, temor, pocas habilidades de comunicación.

GRAFICO 6. PREGUNTA 23. Durante el primer encuentro con los familiares de sus pacientes le es fácil establecer: Fase del encuentro original?, Fase de emergencia de identidades, Fase de Empatía, Fase de Simpatía?, Fase de Rapport?.



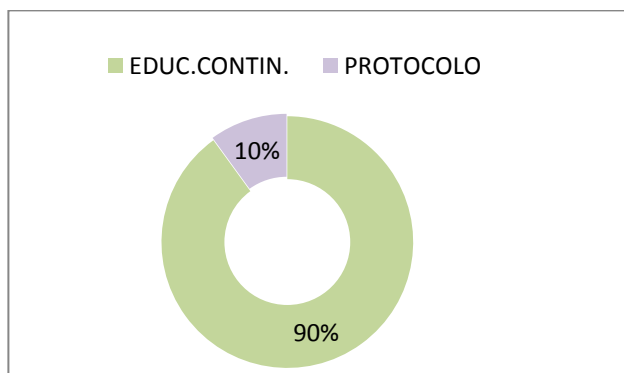
Como se puede observar en el Grafico 20, los elementos que los profesionales consideran obstaculizan la interacción enfermera familia destacan la carga laboral, la falta de conocimientos, no saber que comunicar.

GRAFICO 7. PREGUNTA 24. ¿Qué elementos considera que favorecen u obstaculizan la interacción o comunicación por parte del Profesional de Enfermería con los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo?



En cuanto a la pregunta ¿Qué estrategias o medidas cree que se pueden implementar para favorecer la interacción entre el Profesional de Enfermería y los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo?, el 90% (9) coincidió en la educación continuada tanto al profesional como a la familia y en la realización de un protocolo de información a familiares.

GRAFICO 8. PREGUNTA 25. ¿Qué estrategias o medidas cree que se pueden implementar para favorecer la interacción entre el Profesional de Enfermería y los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo?

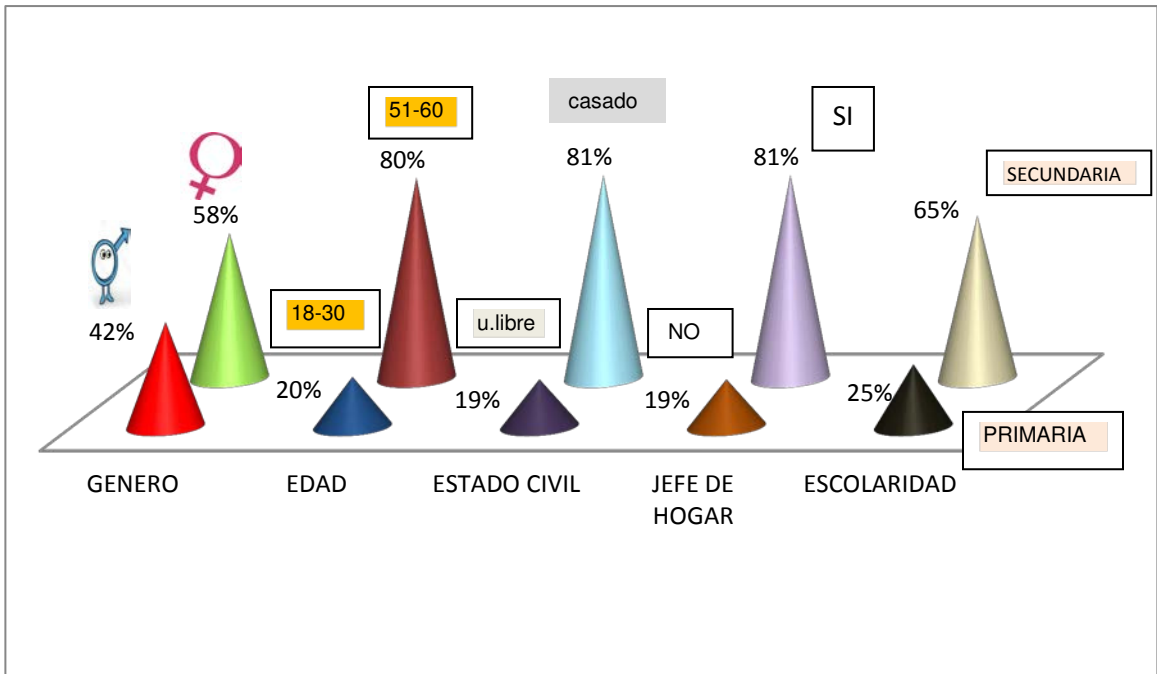


Fuente: Elaboración propia basada en cuestionario a profesionales de enfermería.

En relación con los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI al practicarse la entrevista antes y después de realizadas las estrategias educativas se encontraron comparativamente los siguientes resultados:

En el Grafico 9 variables sociodemográficas se observó que de los 31 familiares entrevistados 13 eran hombres (42%) y el resto mujeres 18 (58%), las edades más frecuentes oscilaban entre 18 y 55 años, su estado civil casados 81%, en unión libre 10%, solteros 9%, jefes de hogar 25 (81%), en cuanto al nivel de escolaridad el 65% (20) eran bachilleres, el 25% (11) primaria, lo que nos da una pauta de inicio de la clase de relación que se establece a partir de una condicionante como es la edad y el nivel de escolaridad.

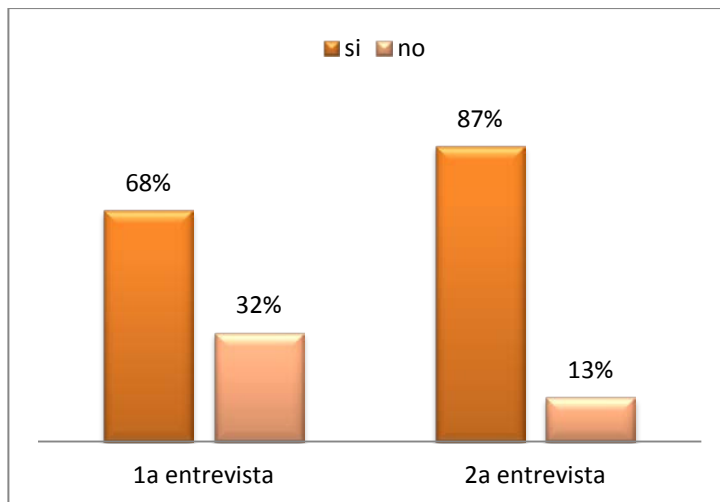
GRAFICO 9. Cedula datos sociodemograficos (edad, genero, estado civil, jefe de hogar, escolaridad) familiares



Fuente: Cédula datos sociodemograficos familiares

Como factores que influyen en la interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo en el momento de la visita se encontró lo siguiente:

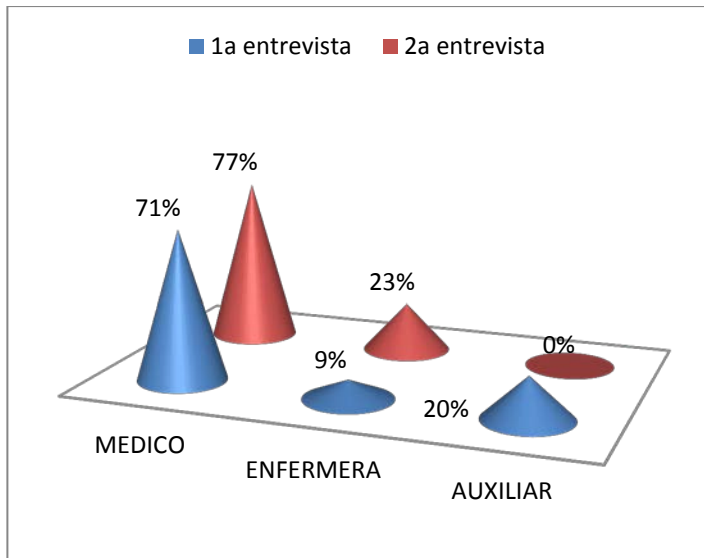
GRAFICO 10. PREGUNTA 1. Al ingresar su familiar a la unidad de cuidado intensivo: ¿le explicaron el estado de salud y el por qué se encuentra aquí? SI NO



Fuente: Elaboración propia basada en Entrevista al familiar

En la primera entrevista el 68% (21 familiares), manifestaron que SI les explicaron el estado de salud y por qué se encontraba hospitalizado en la uci su familiar, mientras que el 32% (10 familiares), respondieron que NO fueron informados al momento de ingresar a la uci; posterior a las estrategias aplicadas el 87% (27 familiares) manifiestan que SI tuvieron información frente a un 13% (4 familiares) en las cuales esta información no fue brindada argumentando para ambas entrevistas que solo les fue dada hasta el día siguiente.

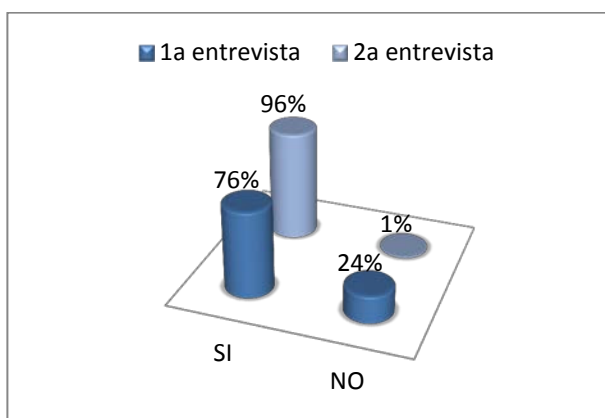
GRAFICO 11. PREGUNTA 2. ¿ESTÁ INFORMACIÓN QUIEN SE LA PROPORCIONO? ENFERMERA, MÉDICO, AUXILIAR DE ENFERMERÍA?



Fuente: Elaboración propia basada en Entrevista al familiar

De los 21 familiares que si fueron informados en la primera entrevista, el 71% (15 familiares), manifestaron que ésta información la brindó el médico, el 20% (4 familiares) la auxiliar de enfermería y el 9% (2 familiares) el profesional de enfermería, notándose la poca participación de éste al momento de establecer el primer contacto con la familia; al practicar la segunda entrevista se evidenció que de los 27 familiares que fueron informados el 77% (21 familiares), el médico fue quien brindó esta información y el 23% (6 familiares) el profesional de enfermería, notándose el interés por apropiarse del primer contacto clave para el inicio de una buena interacción enfermera familia.

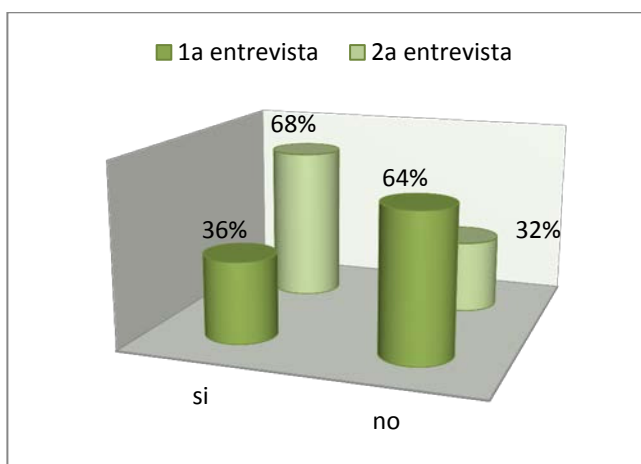
GRAFICO 12. PREGUNTA 3. ¿Fue clara y completa esta información? SI NO



Fuente: Elaboración propia basada en Entrevista al familiar

Continuando con los 21 familiares que contestaron que si fueron informados, en la primera entrevista el 76% (16 familiares), respondió que la información fue clara y completa, en tanto que el 24% (5 familiares), manifestó que la información no fue clara; para la segunda entrevista de los 27 familiares que si fueron informados el 96% (26 familiares), respondió que esta fue bastante clara y solo el 4% (1 familiar) responde que No fue clara debido al lenguaje técnico utilizado la mayoría de las veces, y la velocidad de la información, lo cual dificulta la comprensión de dicha información.

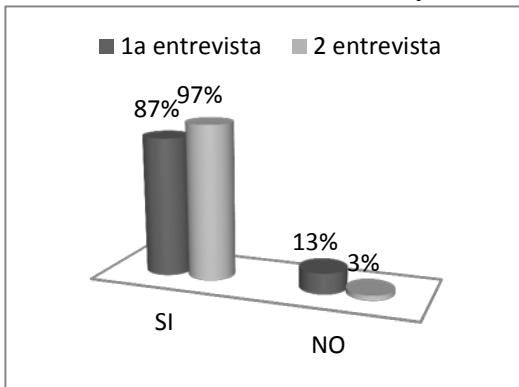
GRAFICO 13. PREGUNTA 4. ¿La enfermera o enfermero que llego a usted durante la visita se identificó (nombre, profesión)? SI NO



Fuente: Elaboración propia basada en Entrevista al familiar

Se observa que el 64% (20 familiares) refirieron que la enfermera no se identificó (nombre y profesión), durante las visitas y el 36% (11 familiares) dice que si hubo identificación por parte del profesional de enfermería; en tanto que en la segunda entrevista se puede apreciar como el 68% (21 familiares) afirma que si hubo presentación formal y completa por parte del profesional de enfermería frente a un 32% (10 familiares) que indicaron lo contrario. Al respecto existe una brecha entre el primer contacto con la familia y el apoyo que se brinde en adelante, la fase de encuentro original se ve obstaculizada desde un acto tan sencillo como es la presentación y saludo como base de la interacción humana.

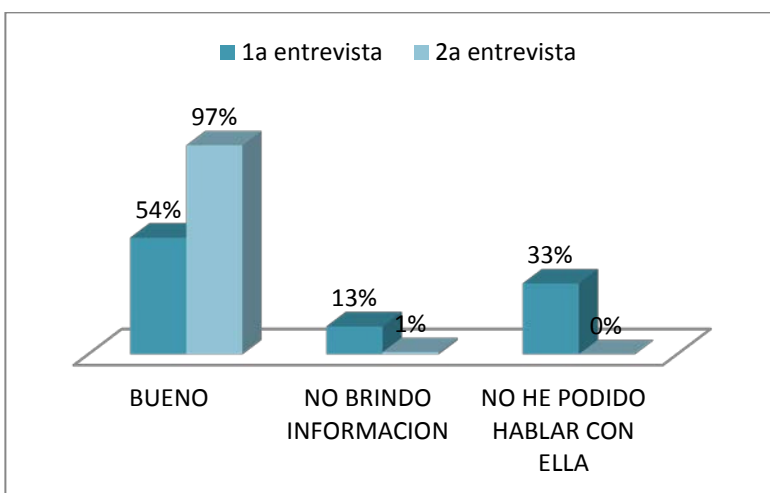
GRAFICO 14. PREGUNTA 5. ¿Cree que la enfermera debe ampliar la información sobre el estado y el ambiente en que se encuentra su familiar? SI NO



Fuente: Elaboración propia basada en Entrevista al familiar

Según se observa en la Grafico 14 en la primera entrevista el 87% (27 familiares) respondieron que el profesional de enfermería debe ampliar la información sobre el estado y el ambiente en el que se encuentra el familiar porque “así podemos estar tranquilos y a veces no entendemos lo que nos dicen los médicos”, mientras que el 13% (4) respondieron que el profesional de Enfermería no debería ampliar la información porque “ellas viven muy ocupadas y la información la da solo el médico”. Al aplicar la segunda entrevista el 97% (30 familiares) coinciden en que el profesional debe ampliar la información ya que “son las más cercanas al médico, saben del estado de mi familiar y pueden decirnos algo más por que el médico solo me habla de la enfermedad”, De tal manera el familiar desea que la enfermera sea diferente y le brinde información clara y oportuna respecto a la situación de su familiar.

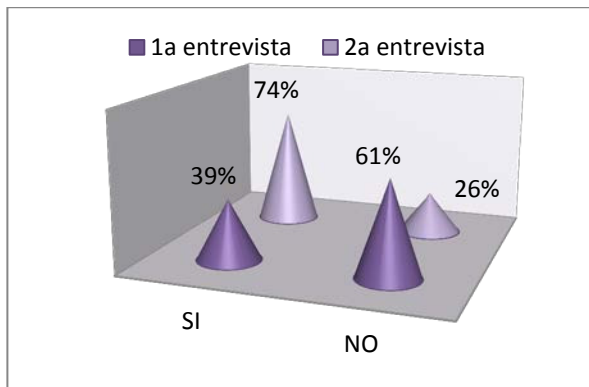
GRAFICO 15. PREGUNTA 6. Describa en sus palabras como fue el primer encuentro o la percepción que usted tuvo con la enfermera.



Fuente: Elaboración propia basada en Entrevista al familiar

En el grafico 15 se puede observar en la primera entrevista como el 54% (17 familiares) describen como bueno el primer encuentro con el profesional de enfermería, mientras que el 33% (10 familiares) informan que pasaron varias visitas y no pudieron hablar con ella y un 13% (4 familiares) refieren que en el primer encuentro la enfermera no les brindo información porque se encontraba muy ocupada. Por el contrario en la segunda entrevista luego de aplicada la estrategia educativa el 97% (30 familiares), califica como bueno el primer encuentro con el profesional de enfermería y solo el 3% (1 familiar) indico que la enfermera se encontraba muy ocupada. Aún persiste la ausencia por parte del profesional de enfermería para interactuar con el familiar desde el primer encuentro, probablemente por la sobrecarga laboral a la que están expuestas.

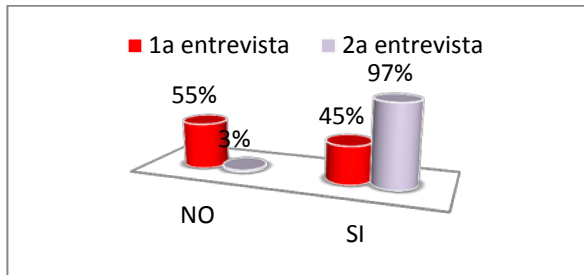
GRAFICO 16. PREGUNTA 7. ¿Ha sido fácil la comunicación con la enfermera? SI NO



Fuente: Elaboración propia basada en Entrevista al familiar

En el Grafico 16 se observa que en la primera entrevista el 61% (19 familiares) respondió que NO fue fácil la comunicación con la enfermera “porque la enfermera no se encontraba a la hora de la visita y me atendió la auxiliar de enfermería”, en tanto que el 39% (12) informo que SI fue fácil la comunicación “porque me explico la situación de mi familiar con palabras entendibles”. En la segunda entrevista se observa que el 74% (23 familiares) argumentan que fue fácil la comunicación con la enfermera, y el 26% (8 familiares) insisten en que no fue fácil la comunicación debido a que “se preocupan más por llenar papeles”. Para poder llevar a cabo la fase de empatía un requisito clave es la comunicación en la cual deseamos comprender o entender a la otra persona, que puede estar motivado por el deseo de ayudarlo y la curiosidad, claramente aun nos falta interés por avanzar como profesionales hacia esta fase.

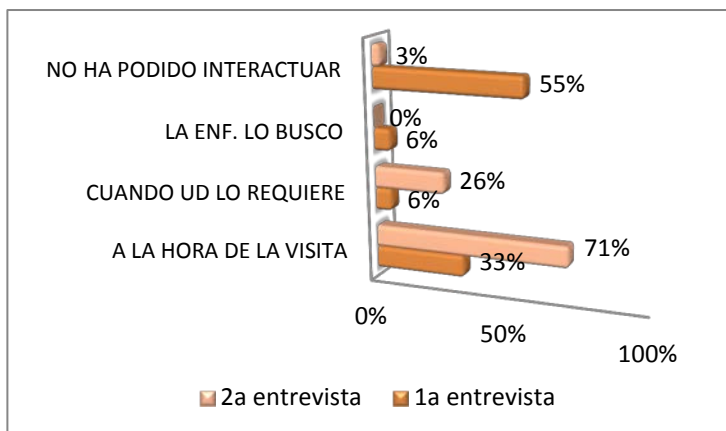
GRAFICO 17. PREGUNTA 8. Lea el siguiente texto guía: la interacción, es la percepción y la comunicación entre dos personas reflejándose un ambiente reciproco, agradable y con una finalidad en común. De acuerdo a lo anterior: ¿considera que existe interacción entre usted y el enfermero o enfermera? SI NO



Fuente: Elaboración propia basada en Entrevista al familiar

Como se puede observar en el gráfico 17, los resultados de la primera entrevista indicaron que el 55% (17 familiares) responde que NO existe tal interacción y el 45% (14) respondió que SI existía; al respecto la segunda entrevista evidencia que el 97% (30 familiares) afirmo que si existe interacción y el 3% (1 familiar) informa que no porque siempre la veía ocupada. Se pudo deducir que la comprensión de la interacción es esencial para que las enfermeras entiendan el proceso fundamental de obtener información acerca de los seres humanos, de ahí que hay que generar estrategias para lograr un buen proceso y ofrecer un buen cuidado.

GRAFICO 18. PREGUNTA 9. ¿En qué momento ha podido interactuar con la enfermera? marque con una "x" la que considere. *a la hora de la visita, *cuando usted lo requiere, *la enfermera busco el momento, * no ha podido interactuar con ella.

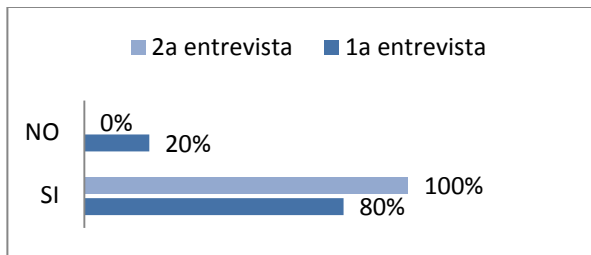


Fuente: Elaboración propia basada en Entrevista al familiar

Según se observa en el gráfico 18 para la familia en la primera entrevista un 55% (17 familiares) no ha podido interactuar con la enfermera tal como lo demostraba la grafica anterior, el 33% (10 familiares) opina que el momento clave para la interacción con el profesional de enfermería fue a la hora de la visita, un 12% (4

familiares) informan que interactuaron cuando lo requirieron y que el profesional los busco respectivamente. Para la segunda entrevista el 71% (22 familiares) indica que la hora de la visita es el momento en el que pudo interactuar con la enfermera, el 26% (8 familiares) interactuaron cuando lo requirieron. Es así como la hora de la visita es el espacio en el cual se debe aprovechar la presencia de la familia para volverlos también objeto de cuidado y permitir que establezcan una relación terapéutica que redunde en el bienestar paciente familia.

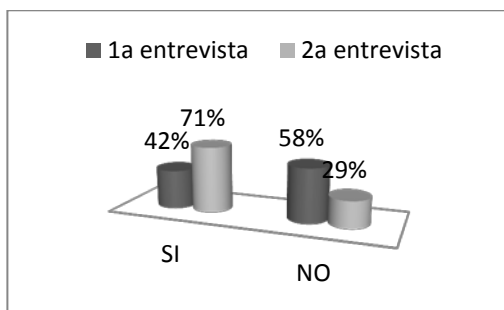
GRAFICO 19. PREGUNTA 10. ¿Considera que la enfermera debe estar pendiente de la situación por la que está pasando su ser querido y su familia? SI NO



Fuente: Elaboración propia basada en Entrevista al familiar

Según el gráfico 19, se puede observar como el 80% (25 familiares) responden en la primera entrevista que la enfermera debe estar pendiente del binomio familia paciente porque “esa es su función, depositamos nuestra confianza en ellos, y porque es la que lo cuida y nos debe dar más información”; el 20% (6 familiares) creen que es el médico quien por tener más conocimiento debe estar pendiente del paciente y de la familia. Realizada la segunda entrevista se encuentra que el 100% (31familiares) consideran que la enfermera debe estar pendiente de su familiar porque “esa es su función cuidarlos”. La familia también es receptora de nuestro cuidado y hay que persistir para que esto continúe desarrollando estrategias que permitan fortalecer el vinculo enfermera familia.

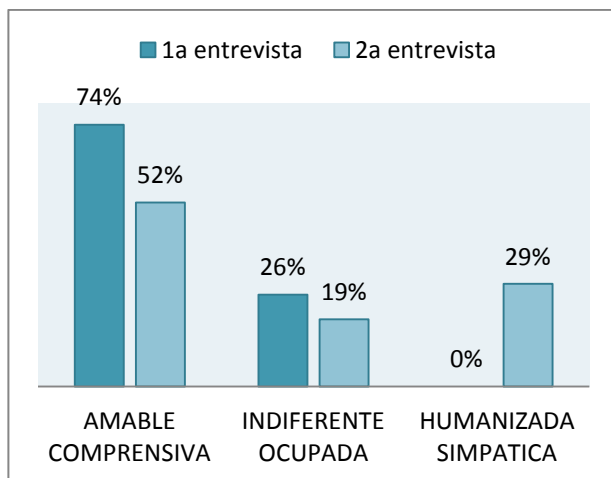
GRAFICO 20. PREGUNTA 11. ¿La enfermera le ha permitido expresar sus temores, dudas y en general sus sentimientos?



Fuente: Elaboración propia basada en Entrevista al familiar

En el Grafico 20 para la primera entrevista el 42% (13 familiares) contestaron que el profesional de enfermería si les permitió expresar temores, dudas y sentimientos, mientras que el 58% (18 familiares) refirió que no se les permitió expresarse porque “estaban muy ocupadas y parecía no importarles su sufrimiento”. En la segunda entrevista el 71% (22 familiares) respondió que el profesional de enfermería si le permitió expresar sus temores, mientras que el 29% (9 familiares) dicen que no se les permitió expresarse debido a que se preocupaban por otras cosas como llenar papeles, el tiempo de visita es muy corto, otras enviaban al médico a hablarme. De esta manera se evidencia como para el profesional de enfermería la manifestación de preocupación no se percibe por parte del familiar por lo tanto no se demuestra el deseo de poder ayudarle a esa familia.

GRAFICO 21. PREGUNTA 12. Defina o clasifique la enfermera en una o varias de estas palabras: Indiferente, Humanizada, Comprensiva, Amable, Simpática, Ocupada, Relación reciproca, Accesible.



Fuente: Elaboración propia basada en Entrevista al familiar

En este grafico 21, en la primera entrevista el 74% (23 familiares) clasificó al profesional de enfermería como amable y comprensiva y el 26% (8 familiares) la clasifíco como indiferente y ocupada, en la segunda entrevista la catalogó en un 52% (16 familiares) como amable y comprensiva, el 29% (9 familiares) como humanizada y simpática, y un 19% (6 familiares) como indiferente y ocupada. Lo cual reitera el rol percibido por la familia en diferentes estudios como una persona con conocimientos adquiridos pero con muchos vacios en cuanto a buena relación enfermera familia.

Al analizar los resultados de las entrevistas se concluyo como la familia determina que la poca interacción por parte del profesional de enfermería es debido a factores como: la falta de comunicación con los familiares donde se proporcionen elementos para su adaptación ante la situación actual, creando espacios para escucharlos y ser escuchados ,conocer sus expectativas y condiciones actuales, situar al paciente en su contexto familiar, en el primer encuentro el profesional a cargo del paciente no se identifica con los familiares lo cual lleva a generar mayor incertidumbre pues no saben a quién dirigirse en el momento que se necesite.

El momento en el cual interactúan es durante el tiempo de la visita, se resalta que los horarios son cortos y sumado a esto los familiares observan a los profesionales de enfermería muy ocupados y en otras oportunidades indiferentes ante su situación actual, no ofrecen orientación sobre la forma de cómo hacer frente a los sentimientos de angustia y temor; además no explican sobre los cuidados que le realizan a sus familiares. Consideran que la enfermera debe ampliar la información acerca del ambiente y estado en que se encuentra el su paciente; resaltan que la información que ofrecieron al ingresar su familiar a la UCI fue clara y completa al utilizar un lenguaje claro y sencillo al responder alguna inquietud al familiar, y las perciben en su mayoría como amable y comprensiva.

El cumplimiento de las estrategias diseñadas se realizo en un 100%, la asistencia fue masiva y productiva, por parte de los familiares, de los profesionales de enfermería y de los directivos, lográndose en un 97% el fortalecimiento de la interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la UCI al momento de la visita.

9. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegaron fueron:

El profesional de Enfermería está descuidando la importancia de la entrevista terapéutica y las bases de la interacción Enfermera Familia al igual que no entabla una adecuada relación interpersonal y terapéutica que favorezca la disminución de la ansiedad debido a factores como: la falta de comunicación con los familiares donde se proporcionen elementos para su adaptación ante la situación actual, creando espacios para escucharlos y ser escuchados, conocer sus expectativas y condiciones actuales.

En el proceso de interacción, el enfermero debe hacer uso tanto de su experiencia clínica como de su preparación académica; pero además, debe exhibir una gran dosis de sentido común, intuición, sensibilidad y habilidades comunicativas.

La información Enfermera es, transmitir datos objetivos y científicos en el área de competencia profesional enfermera. Para el ejercicio de la enfermería es de suma importancia que sea guiado y sustentado por los modelos propios de la profesión ya que permiten un trabajo organizado y mejora de la actividad del cuidado.

El profesional de enfermería debe lograr un intercambio productivo en su interacción, por lo tanto es necesario que evalúe periódicamente sus prácticas comunicativas para asegurar que su mensaje llegue al otro; es en este aspecto donde radica la esencia del acto, ya que comunicarse es producir en el otro la significación para persuadirlo, a fin de lograr impacto en sus sentimientos, ideas y actitudes.

Las estrategias diseñadas e implementadas generaron en los familiares, profesionales de enfermería y directivos de las instituciones un impacto positivo, observándose el fortalecimiento en la interacción enfermera familia lo que se traduce en una integración efectiva de conocimientos y actitudes encaminadas a un cuidado holístico.

10. RECOMENDACIONES

De la realización del presente proyecto de gestión surgen las siguientes recomendaciones:

Continuidad por parte de las instituciones de salud a las estrategias diseñadas, haciendo énfasis en la información y orientación a los familiares durante la visita a fin de reorientar la labor del profesional de enfermería como agente terapéutico en el abordaje ante la situación que experimenta la familia favoreciendo así la interacción Enfermera Familia.

Los profesionales de Enfermería deben propiciar acercamientos con el familiar del paciente crítico en forma programada y no por filosofía propia; sino de forma esquematizada, en el rol de funciones favoreciendo un rol protagónico de enfermería y que el familiar sienta su presencia y se revierta la percepción indiferente que el familiar tiene sobre el tema.

Lograr un mayor compromiso por parte del personal para llevar a cabo de la mejor manera los cuidados al paciente teniendo en cuenta sus alteraciones y necesidades.

Elaboración de un protocolo de acogida para familiares de pacientes ingresados a una UCI.

BIBLIOGRAFIA

Arvelo C, Garzón AN. Hospital Militar: Departamento de Psiquiatría y Psicología clínica. En: Kaufmann A. La enfermedad grave. Aspectos médicos y psicosociales. Madrid: McGraw-Hill; 1989.

Bartz C. Las familias en terapia intensiva: medio ambiente, necesidades y barreras para la asistencia. En: Ayres SM, Grenvik A, Holbrook PR, Shoemaker WC. Tratado de medicina crítica y terapia intensiva, 3ª ed. Argentina: Médica Panamericana 1996; pp. 1747-1751.

Carty JL. Aspectos psicosociales de los cuidados intensivos. En: Alspach JG. Cuidados intensivos de enfermería en el adulto, 5ª ed. México: MC Graw-Hill; 2000; p. 836.

Cruz Quintana F, García Caro MP, Prados Peña D, Riovalle Schmidt J, Navarro Rivera MC. Enfermería, familia y paciente terminal, ROL 2001; 24(10): 8-12.

Diccionario de medicina Mosby. Madrid: Océano 1994.

Fonnegra I. De cara a la muerte: La familia del paciente próximo a morir. Santa Fe de Bogotá: Intermedio Editores; 1999. pp. 162-163.

Garzón AN. Ciencia y humanismo en enfermería. En: Plata Rueda E. Hacia una medicina más humana. Bogotá:Panamericana; 1997. pp. 247-255.

Gavaghan SR. Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. *Dimensions Crit Care Nurs* 2002;21 (2):64-71.

Ginovart G. La familia del enfermo. *Todo Hospital* 1989; (62): 61-65.

Griffith J, Christensen P. Proceso de atención de enfermería. México: Manual Moderno. 1985. p. 406.

Hickey M, La Montagne LL. What are the needs of families of critically ill patients? A review of the literature since 1976. *Heart, Lung* 1990; 19:401-415.

Johnmarshall R. Motivación y emoción: Aspectos fisiológicos y cognitivos y funciones y expresiones de la emoción. Madrid: McGrawHill 1994. pp. 321-370.

La Montagne LL, Pawlak R. Stress and coping of parents of children in a pediatric unit. *Heart, Lung*. 1985; 19: 416.

Leal FJ, Mendoza J, Plata Rueda E. Hacia una medicina más humana. Bogotá: Panamericana 1997; p. 302.

LeDoux J. Sensory systems and emotion. *Integrative psychiatry* 4, 1986; Emotion and the limbic system concept. *Concepts in Neurosciences* 2, 1992. En: Goleman D. *La inteligencia emocional*. México: Punto de lectura; 2002 pp. 41-66.

Leske JE. Interventions to decrease family anxiety. *Crit Care Nurs* 2002;22(6):61.

Mera R. Experiencia de un programa de enfermería en salud mental. *Invest Educ Enferm* 1990;8 (2):149-163.

Orem DE Teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner T. *Modelos y teorías en enfermería*. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1990; pp. 186-187.

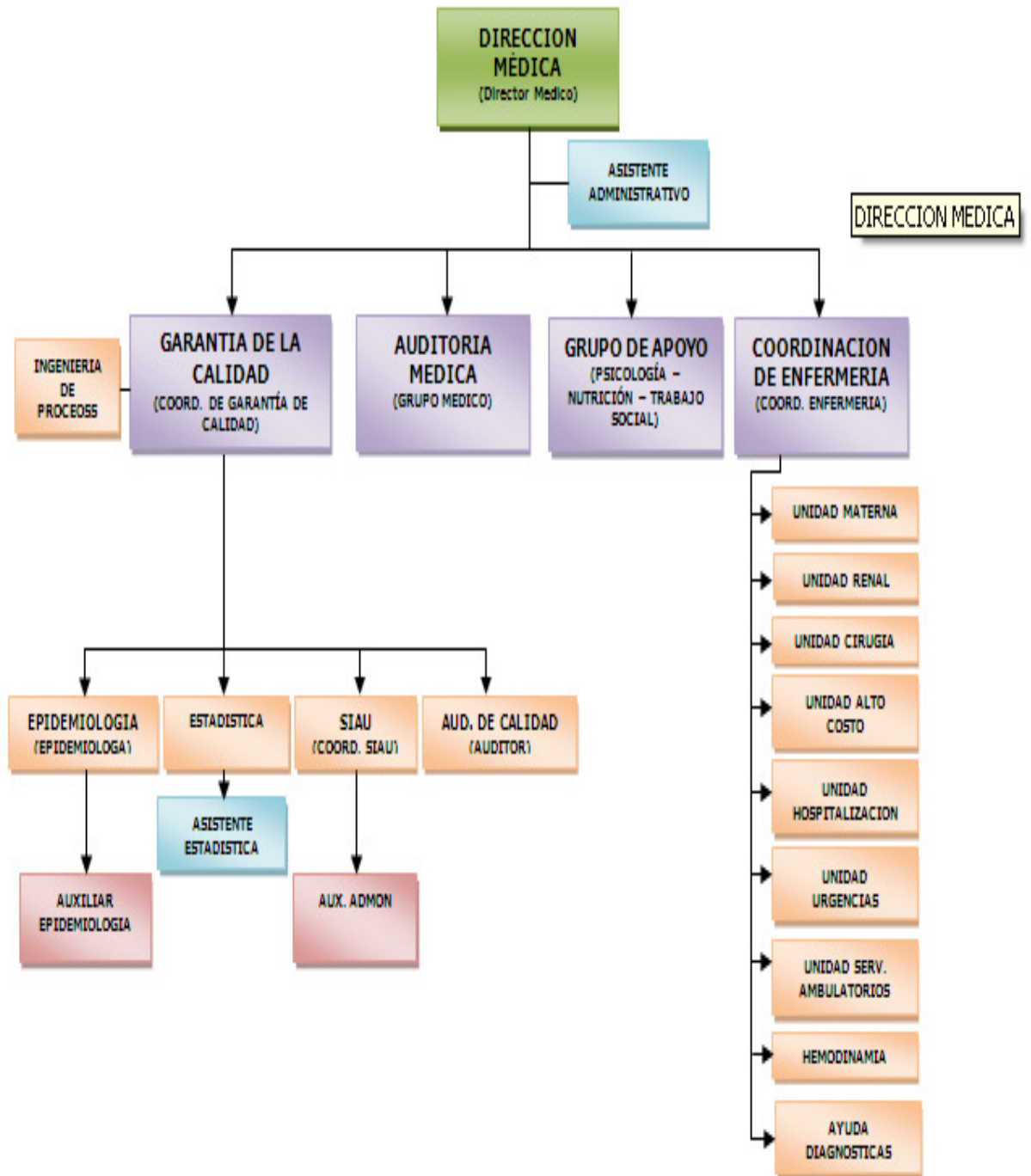
Roca M, Úbeda I, García L, Fuentelsaz C, Verdura T. ¿Se cuida a la familia del enfermo crónico? *Rev Rol Enferm* 1999; 22 (1): 75-78.

Silberteín GD. La familia, un paciente olvidado. *Rev Rol Enferm* 1997; (223):25-30.
Warren NA. Critical care family member's satisfaction with bereavement experiences. *Crit Care Nurs Q* 2002; 25 (2):54-60.

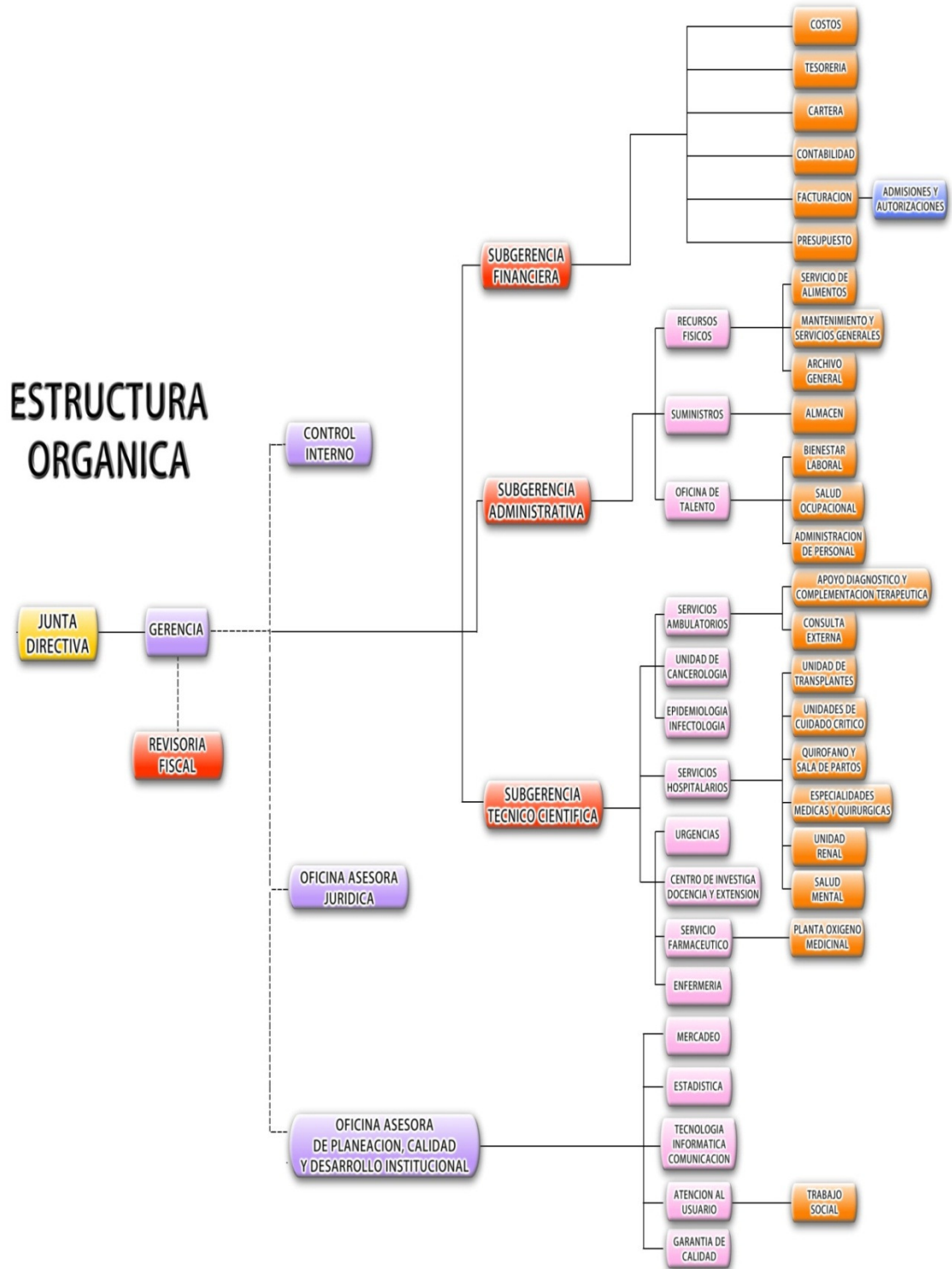
Wigotski ST. Cuidar al que cuida. [Sitio en Internet] Síndrome del cuidador 2002. Disponible en:<http://www.perso.libertysurf.fr/andarrat/cap1.htm>. Acceso el 14 de Sept 2002.

ANEXOS

ANEXO A: ORGANIGRAMA CLINICA MEDILASER



ANEXO B ORGANIGRAMA HOSPITAL UNIVERSITARIO HMP (Neiva)



ANEXO C ANALISIS DE LOS INVOLUCRADOS

FACTORES	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS
Directivas de las dos instituciones (jefe de departamento, coordinadoras uci)	Mejorar los indicadores de calidad de las instituciones Garantizar calidad en la prestación del cuidado al paciente y familia.	No se incluye a la familia en la dinámica del paciente.	Aceptación de la propuesta.
Personal profesional de Enfermería	Mejoramiento de las intervenciones de enfermería, planeación de las actividades, reconocimiento como profesión.	Falta de autonomía, delegación del cuidado al personal auxiliar, falta de tiempo, poco interés por la educación, resistencia al cambio, dependencia de las actividades medicas.	Disposición para mejorar la comunicación enfermera familia.
Familiares pacientes ingresados en las ucis	Mejoría en la relación enfermera familia	Poca interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la uci al momento de la visita.	Consentimiento para la realización de las actividades de enfermería

ANEXO D CARTA DE AUTORIZACION Y APROBACION DEL PROYECTO HUHMP

Neiva, Abril 27 del 2012

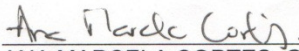
Enfermera
Martha Yaneth López
Coordinadora UCI adultos
HOSPITAL UNIVERSITARIO
HERNANDO MONCALEANO PERDOMO
NEIVA HUILA.

Cordial saludo.

Por medio de la presente solicito su autorización en esta área, para llevar a cabo el proyecto de gestión " INTERACCIÓN ENTRE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LA FAMILIA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE DOS INSTITUCIONES DE SALUD EN LAS CIUDADES DE PITALITO Y NEIVA", que está a cargo de cuatro profesionales de enfermería, Melva Tiempos, Rosa Lali Charry, Luisa Fernanda Ordoñez y Ana Marcela Cortes Guzmán, las cuales hacen parte de la especialización de enfermería en Cuidado Critico Adulto que se imparte en la Universidad de La Sabana, siendo este un requisito para cumplir los objetivos para la especialización y desempeño profesional.

Dicho proyecto se llevará a cabo durante los meses de mayo y junio del año en curso y en representación para la ejecución del mismo será responsabilidad de Ana Marcela Cortes Guzmán de implantar las acciones necesarias, ya que hace parte del personal que labora en esta unidad, permitiendo mayor afinidad a las mismas; de igual forma que se permita la integración de las demás responsables del proyecto en esta unidad en caso de requerirlo para la culminación del mismo.

Agradeciendo de antemano su atención y esperando su autorización
A t e n t a m e n t e,


ANA MARCELA CORTES G
ENFERMERA UCI A

AUTORIZO

Coordinadora UCI A

Neiva, 11 de Julio del 2012

Doctora
EDNA LILIANA REYES DE BAHAMON
Subgerente Técnico Científico
Hospital Universitario de Neiva

Cordial Saludo,

La presente es con el fin de invitarla y hacerle participe del proyecto de gestión que tiene como título, "INTERACCION ENTRE EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y LA FAMILIA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UCI DE DOS INSTITUCIONES DE SALUD EN LAS CIUDADES DE PITALITO Y NEIVA", en el cual es integrado por un grupo de estudiantes de la universidad de la Sabana, conformado por: **ROSA LALI CHARRY, MELVA TIEMPOS, LUISA FERNANDA ORDÓÑEZ y ANA MARCELA CORTES**, y fue ejecutado en la unidad de cuidados intensivos adultos de esta institución, siendo este requisito indispensable para la culminación de la especialización en cuidado critico con énfasis en adulto, por la que cursamos.

El propósito es mostrar las actividades, los resultados y recomendaciones del proyecto, los cuales dan un gran aporte a las mejoras que se propone la institución para su meta de acreditación.

Esta socialización se realizara en las oficinas administrativas de gerencia, el día 11 de Julio del presente año, a las 15:00 horas, además contamos con la participación de los coordinadores médicos y de enfermería de la unidad, así como la jefe del departamento de enfermería, quienes en el transcurso del mismo, permitieron la ejecución del proyecto.

En representación del grupo y por motivos de accesibilidad, será socializado por **ANA MARCELA CORTES GUZMÁN**.

A. Marcela Cortes
ANA MARCELA CORTES GUZMÁN
Enfermera UCI Adultos

Cc Departamento de Enfermería
Oficina de Calidad
Coordinadores UCI A.

L. ...
11/07/012
10:30a
ou

Boewel
11-07-2012
10:25am

11-Julio/12
... 10:25AM

CARTA DE AUTORIZACION Y APROBACION DEL PROYECTO CLINICA MEDILASER

CARTA DE AUTORIZACION POR ESCRITO DEL PROYECTO

Ciudad, Abril 27 del 2012

Olga Lucia Fierro
Gerente UCI Adultos
Medilaser Sede Pitalito

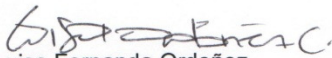
Cordial saludo,

Por medio de la presente solicito a usted su autorización para llevar a cabo el proyecto de gestión "INTERACCIÓN ENTRE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LA FAMILIA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE DOS INSTITUCIONES DE SALUD DE LAS CIUDADES DE PITALITO", que será realizada por la enfermera responsable, LUISA FERNANDA ORDOÑEZ personal de enfermería de esta institución y además estudiante del programa de Especialización en Enfermería en Cuidado Crítico Adulto presencial que se imparte en la Universidad de La Sabana, y Melba Tiempos, Ana Marcela Cortes, Rosa Lali Charry, Enfermeras pertenecientes a las demás instituciones participantes del proyecto.

Dicho proyecto se llevará a cabo durante los meses de mayo y junio del año en curso y que permitirá cumplir con los objetivos de la especialización.

Agradeciendo de antemano su atención y esperando su autorización.

Atentamente,


Luisa Fernanda Ordoñez
Enfermera UCI Adultos



Ciudad, Pitalito 30 de Abril de 2012

Señores

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

Docentes de Gestión de Proyectos

Bogotá

Cordial saludo:

Nos permitimos informarles que la Jefe Coordinadora de Enfermería y la Gerente de la UCI adultos, en representación Clínica Medilaser sede Pitalito, aprobaron la aplicación de técnicas de recolección de datos e implementación de estrategias del proyecto de gestión: **Interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos de dos instituciones de salud en las ciudades de Pitalito y Neiva**; durante el mes de mayo, junio y julio.

Dicho proyecto es liderado por las enfermeras Ana Marcela Cortes, Luisa Fernanda Ordoñez, Melba Tiempos y Rosa Lali Charry, estudiantes de la especialización en Cuidado Critico con énfasis en Adultos.

Atentamente,

OLGA LUCIA FIERRO

Gerente UCI Sede Pitalito

LUISA FERNANDA ORDOÑEZ

Enfermera Coordinadora

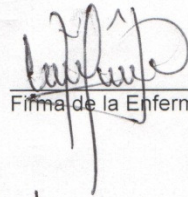
ANEXO E CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

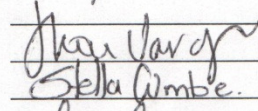
Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en el presente proyecto de gestión que tiene relación con la interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos. Considero que los resultados de este proyecto serán para mejorar la calidad del cuidado que reciben los pacientes y la familia por parte del profesional de enfermería.

Mi participación consiste en responder algunas preguntas.

La Enfermera LUISA FERNANDA ORDOÑEZ CLAROS me ha explicado que es la responsable de la recolección de datos y que la está realizando como parte de la acreditación de la Especialización en Enfermería en Cuidado Crítico Adulto. Que no implica ningún riesgo para mi familiar ni para mí, se me informó que los datos que yo le proporcione serán confidenciales, sin haber posibilidad de identificación individual y que también puedo dejar de participar en este proyecto de gestión en el momento que lo desee.



Firma de la Enfermera responsable del proyecto



Maria Moreno

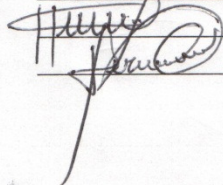
Nilsa Fejveroa

AIDEE M. TRUJILLO

Sandra Milena Rojas Ordoñez

maria Ortiz

Iba montilla Perez

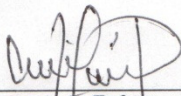



CONSENTIMIENTO INFORMADO


Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en el presente proyecto de gestión que tiene relación con la interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos. Considero que los resultados de este proyecto serán para mejorar la calidad del cuidado que reciben los pacientes y la familia por parte del profesional de enfermería.

Mi participación consiste en responder algunas preguntas.

La Enfermera LUISA FERNANDA ORDOÑEZ CLAROS me ha explicado que es la responsable de la recolección de datos y que la está realizando como parte de la acreditación de la Especialización en Enfermería en Cuidado Crítico Adulto. Que no implica ningún riesgo para mi familiar ni para mí, se me informó que los datos que yo le proporcione serán confidenciales, sin haber posibilidad de identificación individual y que también puedo dejar de participar en este proyecto de gestión en el momento que lo desee.

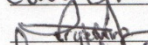

Firma de la Enfermera responsable del proyecto


Diana Medina


Jonathan Guibombo


Timoteo García


Emperatriz Díaz


Abigail


Juan Carlos


Larenia


Herminia Rojas

12. _____
13. Diana Carolina Pedraza
14. Carlos Andres Ramirez
15. Maira Alexandra P
16. David Páez
17. Norma Rojas
18. Maria Torres
19. Jose Lopez
20. Myriam Cortes
21. _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en el presente proyecto de gestión que tiene relación con la interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos.

Considero que los resultados de este proyecto serán para mejorar la calidad del cuidado que reciben los pacientes y la familia por parte del profesional de enfermería.

Mi participación consiste en responder algunas preguntas.

La Enfermera ANA MARCELA CORTES me ha explicado que es la responsable de la recolección de datos y que la está realizando como parte de la acreditación de la Especialización en Enfermería en Cuidado Crítico Adulto.

Que no implica ningún riesgo para mi familiar ni para mí; se me informó que los datos que yo le proporcione serán confidenciales, sin haber posibilidad de identificación individual y que también puedo dejar de participar en este proyecto de gestión en el momento que lo desee.

Ana Marcela Cortes Guzmán

A. MARCELA

Firma de la Enfermera responsable del proyecto

FIRMA DEL ENTREVISTADO

1. Yenny Pizzetti Salazar
2. Luznelky Ramirez
3. Judeth Ceballos
4. Maria Esneidera
5. Yeguelene Silda

6. Milka Quimbaya M.
7. Flor Lopez Toledo
8. Irrelvina Alvarez
9. Doralba Parra
10. Ana Medina M.
11. Johana Bahamón

12. Antonia Triopa
13. Albino Triopa
14. Mercedes Guman
15. Vicente Pajón
16. Juan Costilla
17. Mariana Lozada
18. Arturo Triopa
19. Lee M
20. me
21. Miriam O.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en el presente proyecto de gestión que tiene relación con la interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos.

Considero que los resultados de este proyecto serán para mejorar la calidad del cuidado que reciben los pacientes y la familia por parte del profesional de enfermería.

Mi participación consiste en responder algunas preguntas.

La Enfermera ANA MARCELA CORTES me ha explicado que es la responsable de la recolección de datos y que la está realizando como parte de la acreditación de la Especialización en Enfermería en Cuidado Crítico Adulto.

Que no implica ningún riesgo para mi familiar ni para mí; se me informó que los datos que yo le proporcione serán confidenciales, sin haber posibilidad de identificación individual y que también puedo dejar de participar en este proyecto de gestión en el momento que lo desee.

Ana Marcela Cortes Guzmán

Firma de la Enfermera responsable del proyecto

A Marcela

FIRMA DEL ENTREVISTADO

1. Marisol Colloza

2. Florencia Lopez

3. Juanca Mendes

4. Pedro Silva

5. Lizeth Ramirez

6. Johana Salazar

7. Andrea Bueno

8. Rosa Quimbaya

9. Pedro Cuenca

10. MS

11. Luisa

ANEXO F CEDULA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

I. Datos Generales:

1. Género

- a) Masculino
- b) Femenino

2. Edad

- a) 18 a 30 años
- b) 31 a 40 años
- c) 41 a 50 años
- d) 51 a 60 años
- e) 61 y mas

3. Estado civil

- a) soltero
- b) casado
- c) unión libre
- d) divorciado
- e) viudo

4. Jefe de hogar

- a) si
- b) no

5. Nivel de estudio

- a) primaria
- b) bachillerato
- c) profesional
- d) posgrado

ANEXO G ENTREVISTA INTERACCIÓN ENTRE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LA FAMILIA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN UNA UCI DE ACUERDO AL SISTEMA INTERPERSONAL PROPUESTO POR IMOGENE KING

Entrevista dirigida a los familiares de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo de los Municipios de (Neiva y Pitalito)

La presente entrevista, tiene como objetivo identificar los determinantes de la interacción entre el Profesional de Enfermería y los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva y Medilaser Pitalito.

Los siguientes datos se refieren a usted como familiar, no al paciente:

Responda cada una de las siguientes preguntas señalando la opción que considere correcta marcando con una "X".

1. Al ingresar su familiar a la unidad de cuidado intensivo: ¿le explicaron el estado de salud y el por qué se encuentra aquí?

Si _____ No _____

2. ¿Está información quien se la proporciona?

Enfermera _____ Medico _____ Aux. Enfermería _____

3. ¿Fue clara y completa esta información?

Si _____ No _____

Si su respuesta es no explique ¿Por qué?

4. ¿La enfermera o enfermero que llegó a usted se identificó (nombre, profesión)?

Si _____ No _____

5. ¿Cree que la enfermera debe ampliar la información sobre el estado y el ambiente en que se encuentra su familiar?

Si _____ No _____

¿Por qué? _____

6. Describa en sus palabras como fue el primer encuentro o la percepción que usted tuvo con la enfermera.

7. ¿Ha sido fácil la comunicación con la enfermera?

SI _____ NO _____

Por que

8. Lea el siguiente texto guía:

La interacción, es la percepción y la comunicación entre dos personas reflejándose un ambiente recíproco, agradable y con una finalidad en común.

De acuerdo a lo anterior: ¿considera que existe interacción entre usted y el enfermero o enfermera?

Si _____ NO _____

9. ¿En qué momento ha podido interactuar con la enfermera? Marque con una "X" la que considere.

*A la hora de la visita _____

*Cuando usted lo requiere _____

*La enfermera busco el momento _____

* No ha podido interactuar con ella _____

10. ¿Considera que la enfermera debe estar pendiente de la situación por la que está pasando su ser querido y su familia?

SI _____ NO _____

¿Por qué?

11. ¿La enfermera le ha permitido expresar sus temores, dudas y en general sus sentimientos?

SI _____ NO _____

Si su respuesta fue negativa: ¿cuál cree usted que fue el obstáculo?

12. Defina o clasifique la enfermera en una o varias de estas palabras:

Indiferente	_____
Humanizada	_____
Comprensiva	_____
Amable	_____
Simpática	_____
Ocupada	_____
Relación recíproca	_____
Accesible	_____

Si desea dejar algún mensaje o sugerencia sobre la interacción este es su espacio libre:

Su opinión es muy importante para nosotros, de ello depende nuestro mejoramiento.

GRACIAS.

ANEXO H CUESTIONARIO PERCEPCIÓN DEL GRADO DE INTERACCIÓN ENFERMERA – FAMILIA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UCI

Cuestionario dirigido al personal Profesional de Enfermería que labora la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva y Unidad de Cuidado Intensivo Medilaser Pitalito.

El presente cuestionario tiene como objetivo: Conocer el grado de interacción entre el Profesional de Enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la UCI.

1. ¿Labora actualmente en la Unidad de Cuidado Intensivo?
Si: _____ No: _____
 2. ¿En cuántas Instituciones más labora?

 3. ¿Cuál es su tiempo de experiencia en la Unidad de Cuidado Intensivo?

 4. ¿Qué tipo de contratación maneja con la Institución?

 5. Considera usted: ¿Qué el tipo de contratación repercute en el manejo o trato que usted da a sus pacientes y familiares?
Si: _____ No: _____
¿Por qué?

 6. ¿Considera que la remuneración económica que recibe es acorde al trabajo, desempeño y cantidad de pacientes asignados?
Si: _____ No: _____
¿Por qué?

 7. ¿Considera que la remuneración económica interfiere en el manejo o trato que da a sus pacientes y familiares?
Si: _____ No: _____
¿Por qué?

 8. ¿Cuántos pacientes tiene a cargo en un turno de seis o doce horas?

-

9. ¿Considera que es una carga laboral alta?

Si: _____ No: _____

¿Por qué?

10. ¿Es usted Especialista en Cuidado Intensivo?

Si: _____ No: _____ Otra especialidad: _____ Cual: _____

11. ¿Su Institución le exige Especialización en Cuidado Intensivo para laborar dentro de la UCI?

Si: _____ No: _____

12. ¿Considera usted que es importante especializarse?

Si: _____ No: _____

¿Por qué?

13. ¿En qué área le gustaría Especializarse?

14. ¿Conoce los diferentes Modelos o Teorías de Enfermería y sus exponentes?

Si: _____ No: _____

¿Cuáles?

15. ¿Considera que estos son importantes en el quehacer diario de Enfermería?

Si: _____ No: _____

¿Por qué?

16. ¿En la UCI en la cual labora aplican algún Modelo de Enfermería?

Si: _____ No: _____

¿Cuál?

Imogene King define la Interacción como: “la percepción y comunicación entre dos personas y el ambiente, representa una secuencia de comportamientos verbales y no verbales dirigidos a un objetivo; en ella las personas se perciben y juzgan mutuamente”.

De acuerdo a lo anterior:

17. ¿Interactúa usted con los familiares de sus pacientes?

Si: _____ No: _____

¿Por qué?

18. ¿Considera que dicha interacción es importante en el proceso de hospitalización de sus pacientes?

Si: _____ No: _____

¿Por qué?

19. ¿Se comunica usted a diario con los familiares de sus pacientes?

Si: _____ No: _____

20. ¿Qué tipo de información da usted a los familiares de sus pacientes?

21. ¿Cree usted que ha sido clara con la información dada a los familiares de sus pacientes a nivel biopsicosocial y ambiental?

Si: _____ No: _____

22. ¿Pueden contribuir los familiares de sus pacientes de manera positiva en el proceso de mantenimiento y recuperación del estado de salud o en un desenlace fatal?

Si: _____ No: _____

¿Por qué?

23. Durante el primer encuentro con los familiares de sus pacientes le es fácil establecer:

- Fase del encuentro original: “Encuentro en el cual emergen sentimientos y percepciones producto de la interacción. La observación es importante ya que se ve y se deduce sobre el otro, los pensamientos y sentimientos que determinan los comportamientos y reacciones hacia el otro”. _____
- Fase de emergencia de identidades: “Se inicia a establecer un enlace y a ver al otro menos como una categoría y mas como un ser humano único. El familiar percibe a la Enfermera como diferente y no como la personificación de todas las Enfermeras”.

- Fase de Empatía: “Deseo de comprender, entender o ayudar a la otra persona”.
- Fase de Simpatía: “Surge el deseo de aliviar el estrés, es una experiencia entre dos o más personas, se comparten los sentimientos o interés del otro, hay preocupación y deseo de ayuda. El objetivo es transmitir al otro que su preocupación es algo en común de los dos y el deseo de dar solución a la misma”.
- Fase de Raport: “Interacción cercana de pensamientos y sentimientos transmitidos o comunicados de un ser humano a otro, las dos personas se perciben como seres humanos”.

24. ¿Qué elementos considera que favorecen u obstaculizan la interacción o comunicación por parte del Profesional de Enfermería con los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo?

25. ¿Qué estrategias o medidas cree que se pueden implementar para favorecer la interacción entre el Profesional de Enfermería y los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo?

SU OPINION ES VALIOSA PARA NOSOTROS, DE ELLO DEPENDE NUESTRO MEJORAMIENTO. ANEXE AQUÍ SUS SUGERENCIAS

GRACIAS

ANEXO I FOLLETO

SU APOORTE ESTA AQUÍ

1. Tenga en cuenta los horarios de visita, 11-12 de la mañana, 4-5 de la tarde. De prioridad los familiares o seres queridos más cercanos. Recuerde que son restringidas en tiempo y personas, debido al estado delicado y el riesgo de adquirir infecciones.

2. Es muy valioso que le hable y se identifique siempre, con un tono de voz adecuado y claro. Recuérdale experiencias agradables, acarícelo, tóquelo, este contacto lo conforta y esta permitido.

3. Algunos pacientes tienen una alta probabilidad de desorientarse y agitarse; por ello usted debe orientarlo, puede traer grabaciones con frases de ánimo, orate, o fotografías familiares.

4. Si su paciente usa lentes, audífonos, prótesis dental o algún otro dispositivo, infórmelo oportunamente y si es el caso debe traerse si está indicado.

5. Informe si su paciente toma medicamentos que no deba suprimir.

NO SE ALARME SI VE AL PACIENTE EN ESTAS CONDICIONES...

INMOVILIZADO: para su protección ya que puede auto agredirse o retirarse los dispositivos.

SEDADO O DORMIDO: para que no sienta dolor y se deje mantener por los

diferentes equipos hasta que mejor.

PROTECCION OCULAR: esta es necesaria por que la exposición a la luz sin tener un control para cerrar los ojos puede producir resequeidad o ulceraciones.

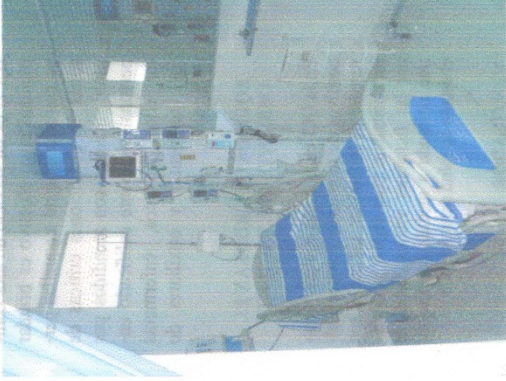
RECOMENDACIONES IMPORTANTES

1. Lave sus manos con agua y jabón y luego séquelas con toalla de papel; antes y después del contacto con su paciente. Este es un medio de protección para el paciente, usted y su familia. Recordemos que por medio de las manos transmitimos múltiples microorganismos (bacterias).
2. Siga las instrucciones de la enfermera al ingreso.
3. Al llegar al cubículo (habitación) de su paciente, siga las medidas de protección que le indican: (uso de bata, guantes, tapa bocas y de mas, según sea el caso).
4. Apague los celulares, su señal interfiere con el funcionamiento de los equipos.

ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA ESTANCIA DEL PACIENTE EN LA UCI

- Pañales desechables.
- Vaselina.
- Pañitos húmedos.
- Papel higiénico.
- Desodorante.
- Prestobarba si es hombre.
- Enjuague bucal con clorhexidina.
- Cepillo de dientes.
- Crema dental.
- Jabón líquido.
- Fotocopias de cedula.
- Fotocopias del carnet de salud.

¿QUE ESPERAMOS ENCONTRAR DENTRO DE NUESTRA UNIDAD E CUIDADO INTENSIVO? UN AMBIENTE CALIDO Y AMABLE NO SOLO CON LOS PACIENTES SINO TAMBIEN CON SUS FAMILIARES.



ANA MARCELA CORTES
LUISA FERNANDA DRODÓNEZ
MELBA LUCIA TIEMPOS
ROSA LAI CHARRY
ESPECIALIZACION DE ENFERMERIA EN CUIDADO CRITICO CON ENFASIS EN ADULTOS
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
2012

¿QUE ES UNA UCI?

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, quienes son atendidos por personal altamente calificado entre ellos: médicos, enfermeras (os), terapeutas y auxiliares de enfermería.

EQUIPOS QUE RODEAN EL AMBIENTE DEL PACIENTE

En la UCI encontraras equipos y dispositivos de monitoreo y soporte alrededor de tu familiar, los cuales son indispensables para vigilar y mantener las funciones vitales. Estos se irán retirando a medida que mejora el estado de salud de tu familiar.

VENTILADOR MECANICO

Equipo de soporte que ayuda a respirar al paciente mientras se recupera y puede hacerlo por si solo.



MONITOR DE SIGNOS VITALES

Equipo que registra los signos vitales: tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria y temperatura. Este equipo permite detectar alteraciones en las mismas.



BOMBA DE INFUSION

Equipo utilizado para la administración venosa de líquidos, medicamentos y nutrientes de forma segura.



CATERETER CENTRAL

Dispositivo que se inserta en una vena de gran tamaño y permite la administración de medicamentos, líquidos, nutrientes o componentes sanguíneos.



SONDA VESICAL

Dispositivo que se coloca a través de la uretra y llega hasta la vejiga para permitir su vaciamiento. Esto permite la cuantificación de la orina.



¿QUE ACTIVIDADES DESEMPEÑAMOS EN PRO DEL MANTENIMIENTO Y RECUPERACION DE NUESTROS PACIENTES?

Hay actividades de rutina, las cuales les da confort y bienestar, usted puede participar en algunas siempre y cuando este en compañía del personal capacitado y el mismo estado del paciente lo permita.

BANO: esta actividad se realiza de manera diaria y la mayoría de las veces en la cama por las condiciones del paciente.

CAMBIO DE POSICION: se realiza cada que el paciente lo requiere con el fin de hidratar la piel y prevenir lesiones y mejorar el descanso.

ASPIRACION DE SECRECIONES: es la limpieza de secreciones que se encuentran en la vía aérea boca y tráquea la cual es realizada por una terapeuta.

ALIMENTACION: esta la reciben los pacientes de varias formas ya sea por sonda oro gástrica, por un catéter central o por sus mismos medios.

SONDA NASOGASTRICA

Es un dispositivo que se coloca a través de la nariz o boca para la administración de medicamentos o nutrientes cuando el paciente no los puede tomar por sus propios medios.



ANEXO J CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Mes 2011-2012	Oct-Nov				Dic				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio		Jul					
Actividad	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2		
Formulación del proyecto de gestión y revisión bibliográfica	■	■	■	■	■	■					■	■	■	■	■	■	■	■																		
Presentación del Proyecto en las Instituciones.																	■	■	■	■																
Elaboración y aplicación de técnicas de recolección de datos entrevista y cuestionario																					■	■	■	■	■											
Tabulación de datos, Implementación de estrategias																													■	■	■	■				
Entrevista a fliares análisis.																																	■			
Realización del Proyecto final y sustentación																																				

Fuente: CHARRY Rosa Lali, ORDÓÑEZ Luisa Fernanda, et al. Gestoras del presente proyecto de gestión.

ANEXO K PRESUPUESTO ESPECÍFICO

ACTIVIDADES	RECURSOS		PRESUPUESTO
	HUMANOS	MATERIALES	
Sesión Educativa dirigida a 31 Familiares de pacientes hospitalizados en las UCIs de las instituciones descritas en Principios para una interacción eficaz con el Profesional de Enfermería.	Gestoras del Proyecto Coordinadores de Enfermería de las Instituciones. 31 Familiares Horas de enfermería 2h (c/h 15.000)	Hojas carta Impresiones Encuadernación Fotocopias Folletos Diapositivas Internet Refrigerio	\$6.000.000
Actualización dirigida a 16 Profesionales de Enfermería las UCIs de las instituciones descritas en Principios para una interacción eficaz basada en modelos y teorías de enfermería con la Familia del paciente hospitalizado en la UCI.	Gestoras del Proyecto Coordinadores de Enfermería de las Instituciones. 16 profesionales de Enfermería Horas de enfermería 2h (c/h 15.000)	Hojas carta Impresiones Encuadernación Fotocopias Diapositivas Internet Refrigerio	
Sensibilización a cada uno de los actores administrativos de las Instituciones donde se desarrolló el Proyecto relacionado con la importancia de la Interacción Enfermera Familia en el cuidado del paciente critico.	Gestoras del proyecto Coordinadores de Enfermería de las Instituciones.	Hojas carta Impresiones Encuadernación Fotocopias Folleto Diapositivas Internet Refrigerio	\$ 1.000.000
Documento Final	Gestoras del proyecto	Impresiones Encuadernación Diapositivas Internet	
TOTAL			\$ 7.000.000

Fuente: CHARRY Rosa Lali, ORDÓÑEZ Luisa Fernanda, et al. Gestoras del presente proyecto de gestión.