

**CUIDADO PARA EL BIENESTAR DE LOS FAMILIARES DE
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADO
INTENSIVO ADULTOS CON BASE EN LA TEORIA DE KRISTEN
SWANSON.**

**NANCY PATRICIA GIRALDO GÓMEZ
539659
JORGE ELIECER GARCÍA BARRETO
539645**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ENFERMERIA CARDIORESPIRATORIA
TRABAJO DE GRADO
BOGOTÁ D.C.
2010**

**CUIDADO PARA EL BIENESTAR DE LOS FAMILIARES DE
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADO
INTENSIVO ADULTOS CON BASE EN LA TEORIA DE KRISTEN
SWANSON.**

**NANCY PATRICIA GIRALDO GÓMEZ
JORGE ELIECER GARCÍA BARRETO**

**Trabajo de grado para optar el título de ESPECIALISTAS EN
ENFERMERÍA CARDIORRESPIRATORIA**

**Directora:
LUCY MUÑOZ DE RODRIGUEZ**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ENFERMERIA CARDIORRESPIRATORIA
TRABAJO DE GRADO
BOGOTÁ D.C.
2010**

CONTENIDO

	Página
1. Descripción del problema.....	5
1.2 Situación de Enfermería.....	8
1.2.1 Causas del problema.....	10
1.2.2 Efectos ó consecuencias del problema.....	11
1.3 Árbol de problemas.....	13
2. Justificación.....	14
3. Objetivos.....	17
3.1 Objetivo general.....	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4. Referente Teórico-Conceptual.....	18
4.1 Fenómenos de la disciplina de enfermería según Swanson.....	18
4.1.1 Enfermería.....	18
4.1.2 Persona.....	18
4.1.3 Salud y bienestar.....	19
4.1.4 Entorno.	19
4.1.5 Cuidados.....	20
4.2 Teoría de los cuidados de Kristen Swanson.....	21
4.2.1 Propositiones de la teoría para el bienestar de los demás.....	23
4.2.1.1 Mantener las creencias.....	23
4.2.1.2 Conocer.....	23
4.2.1.3 Hacer por.....	24
4.2.1.4 Estar con.....	24
4.2.1.5 Posibilitar.....	25
5. Marco metodológico.....	26
5.1 Control de los supuestos.....	26
5.2 Matriz del marco lógico	28
5.3 Plan de acción de la propuesta de cuidado.....	30
5.3.1Cronograma de actividades.....	33
5.3.2Descripción de actividades.....	34
6. Consideraciones éticas.....	37
6.1 Política de calidad y valores institucionales.....	39

7. Resultados.....	40
7.1 Análisis de la observación no participante.....	41
7.2 Resultados de la entrevista.....	42
7.3 Necesidades extraídas.....	43
7.4 Resultados del taller realizado con los enfermeros de la UCI adultos de la clínica Partenón.....	45
8. Estrategias para el bienestar de los familiares de pacientes hospitalizados en la uci adultos clínica Partenón.....	49
9. Conclusiones.....	52
Bibliografía	
Anexo N°1.....	55
Anexo N°2.....	55
Anexo N°3.....	56

1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Para la contextualización del problema, se hizo un análisis bibliográfico de diferentes estudios de investigación, debidamente referenciadas, acerca del cuidado humanizado, y su trascendencia en el cuidado de enfermería que se brinda a las familias, así que se retoma una situación de enfermería desarrollada en la UCI adultos de la clínica Partenón, que sirve de base para identificar una necesidad, y diseñar una propuesta de cuidado humanizado basada la teoría de los cuidados de Swanson. Cabe aclarar que Swanson tomo como referente el cuidado humanizado que plantea la doctora Jean Watson, ya que fueron alumna y profesora respectivamente, es por eso que se menciona el cuidado humanizado y el cuidado para el bienestar como sinónimos durante la construcción de esta propuesta.

“La organización de las UCI se basa en las decisiones de los profesionales sin la participación de los pacientes y sus familias, configurándose así desde una visión paternalista.”¹

Es el grupo de enfermería quien tiene un contacto directo con la familia del paciente en estado crítico, quien escucha directamente los sentimientos de angustia, tristeza, desesperanza y dolor; es quien recupera el valor de lo humano ante lo clínico, fisiológico e investigativo de la enfermedad; es quien puede directamente, re direccionar la comunicación entre el paciente y su entorno; es quien está día a día con el paciente uniéndose a la lucha por encontrar la salud perdida; porque indiscutiblemente, cuidar es un acto de confianza del paciente y su familia con las personas que responden por su salud, por tanto es un deber de todos los que reciben este voto, reintegrarlo a su vida familiar, social y laboral con la mirada atenta en su calidad de vida, pues la competencia técnica de La Enfermería en la atención del paciente se fundamenta en una actitud ética y conservadora del valor de lo humano.

Así mismo, la familia como elemento condicionante y fortalecedor del proceso salud- enfermedad, debe ser un aspecto enfocado y profundizado en el plan de cuidados de enfermería frente al manejo de pacientes en estado crítico. Los profesionales en unidades de cuidados intensivos, priorizan los procedimientos técnicos y la utilización de tecnologías necesarias para el soporte y mantenimiento de la vida de los pacientes. “Los familiares normalmente no son informados y

¹ C. Zaforteza Lallemand, S. Prieto González, T.P. Canet Ferrer, Díaz López, M. Molina Santiago, C. Moreno Mulet, A. Nieto González, A. Sánchez Martín y J. V. Pérez. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: Estrategias consensuadas. Enfermería Intensiva. España. Julio 2009.

desconocen las rutinas del sector, esto, les afecta, produciendo más presión, angustia y sufrimiento”²

La internación del paciente, es también la internación de la familia en la mayoría de los casos. La situación de crisis que sobrellevan los familiares puede provocar descompensaciones con predominio biológico, psicológico y/o social. Es en esta situación en que los equipos de salud pueden ofrecer prevención primaria con base en el establecimiento de un vínculo de contención emocional y de confianza, tratando de convertir a la familia en una herramienta terapéutica en favor tanto de su familiar hospitalizado, como de ella misma.³

“La familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan que está sujeto a la influencia del entorno y por tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis. El ingreso de un paciente en una unidad de cuidados intensivos somete a los miembros de su familia a una situación difícil que provoca ansiedad y preocupación”.⁴

Si se tiene en cuenta lo que plantea Torralba acerca de que “en situaciones de dolor y desamparo, el ser humano siente con una especial intensidad la necesidad de dialogar, de expresar lo que siente, lo que vive en el seno de su interioridad. Cuanto más próximo vive el ser humano de la vulnerabilidad radical, es decir, de la muerte, de la descomposición de su presencia exterior, más desnudo se presenta ante su prójimo” es posible lograr que los pacientes transmitan su experiencia para ser descrita y analizada”⁵

Elorza en su artículo argumenta que “El paciente internado, es muchas veces la punta de un Iceberg de situaciones conflictivas familiares, un emergente de problemas que encuentran su camino a través de un accidente o enfermedad. De este modo, la crisis y ruptura de la homeostasis familiar ocasiona un cambio en las defensas habituales alterándose el grado de flexibilidad, de cohesión familiar y de la calidad de la comunicación que permiten un abordaje y tratamiento

² Bettinelli, Luis Antonio y Erdman, Alacoque Lorencini. Hospitalización en unidad de terapia intensiva y la familia: perspectivas de cuidado. En: Avances en Enfermería, enero – junio 2009, vol. XXVII. N. 1 p: 17.

³ Ibid.

⁴ José Manuel Velasco Bueno. Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. UCI Hospital Costa del Sol. Enero- Diciembre 2002.

⁵ Beltrán, Salazar Oscar Alberto. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Revista Aquichan, AÑO 9 - VOL. 9 N° 1 - CHÍA, COLOMBIA - ABRIL 2009. pág. 23 – 37.

psicoterapéutico que permita sobre todo la articulación y acompañamiento del equipo de salud hacia el grupo familiar.”⁶

Cuando una familia se enfrenta a la enfermedad grave de un ser querido, se enfrenta también a sensaciones y sentimientos de desconocimiento, impotencia, ansiedad, tristeza y a la expectativa de muerte o de vida de su familiar.

Según Beltrán “Además de los problemas físicos causados por la enfermedad, se presentan sensaciones de soledad, impotencia, miedo y ansiedad y dificultades para la toma de decisiones respecto a la instalación y uso de medios diagnósticos y terapéuticos, incluso en aquellos casos en los que estos elementos pudieran originar efectos adversos, como malestar e incomodidad, la responsabilidad de participar en la toma de tales decisiones recae en la familia o en el equipo de salud, pero es el paciente quien debe afrontar los efectos que producen los elementos terapéuticos. Según Torralba "la experiencia de la enfermedad se relaciona directamente con la reducción de la libertad exterior del ser humano", y Travelbee plantea que "las personas se dan cuenta que están enfermas cuando se percatan de la pérdida de habilidad para ver, hablar, tocar, oler, escribir, escuchar, alcanzar y levantar objetos, vestirse y para el cuidado personal". Durante una enfermedad las personas pueden volverse más dependientes de lo habitual o negar la enfermedad y comportarse como si estuvieran sanos”.⁷

La familia puede convertirse en un gran apoyo para el personal de enfermería en la medida en que se hace partícipe directa del cuidado del paciente, reconociendo también, con apoyo del personal de enfermería, las necesidades de éste, propiciando así, el restablecimiento de la salud.

Lo anterior muestra la importancia del acompañamiento de la familia, y el empoderamiento de ésta, de todo el proceso de cuidado de su familiar enfermo, considerando por tanto a las familias como un apoyo fundamental en la terapéutica de cuidado que brinda enfermería.

Esta es la razón que abre la puerta a presentar mediante una situación de enfermería el cuidado que se brinda en una UCI, y a partir de ello diseñar a la luz de una teoría de enfermería una propuesta de cuidado que subraye la importancia de brindar cuidado para el bienestar que requieren las familias del paciente crítico, para dar respuesta a las necesidades que estas tienen cuando se encuentran

⁶ Elorza t. Mónica. Cuidado del paciente en estado crítico: Grupo de acompañamiento para familiares de pacientes hospitalizados en unidad de cuidados intensivos cardiovascular Hospital universitario san Vicente de Paul. (CD-ROOM), Medellín, febrero 2002.

⁷ Oscar Beltrán Salazar. Estar críticamente enfermo significa no ser capaz y no poder decidir. Índice Enfermería. v.17 n.2 Granada abr.-jun. 2008.

envueltos en una situación estresante enmarcada en un ambiente altamente tecnificado.

1.2 SITUACIÓN DE ENFERMERIA

La Unidad de Cuidados Intensivos de la clínica Partenón, una institución de salud, clasificada en tercer nivel de atención, ubicada en Bogotá, cuenta con diez camas destinadas a recibir pacientes mayores de 16 años en situación de enfermedad y/o situación grave que pone en riesgo sus vidas. De estas diez camas, mínimo 8 están ocupadas todo el tiempo, razón por la cual el trabajo es bastante arduo ya que se cuenta con un solo enfermero profesional por cada turno acompañado por sus cinco auxiliares, un médico internista y una terapeuta respiratoria para atender la demanda de la unidad.

Durante el desarrollo del trabajo como enfermero es común, que a veces se sienta tristeza e impotencia al ver que una enfermedad avanza agresivamente sin que se haya podido hacer nada más para evitarlo. Enfrentarse al dolor que experimentan las familias al experimentar que su ser querido se encuentra críticamente enfermo y que solo quien lo vive es quien realmente sabe lo que significa, es un sentimiento poco deseable pero que hace sentir que a cada momento se puede experimentar compasión con el dolor de los pacientes y sus familias; y que todavía se conserva ese punto humano que nunca se debe olvidar.

Es por eso que se relata una experiencia vivida hace ya algunos meses en este ambiente hospitalización como complemento a la descripción del problema de la práctica del cuidado de enfermería.

Un día cualquiera cuando la noche caía y se aproximaba la entrega de turno, recorría la unidad para observar a mis pacientes y corroborar que todo estuviera bien antes de entregar el turno, ese día me pude dar ese lujo porque me rindió el trabajo ya que no estaba llena la unidad y no habían tantos tramites de orden administrativos pendientes por realizar.

Cuando la compañera que recibía turno llego, saludo y de inmediato pregunto cuantas camas había libres, respondí y me aliste para entregar turno.

En el centro de la UCI en el cubículo número 4 destinado a recibir pacientes aislados, estaba la señora M.M; ella había ingresado con un diagnostico de

neumonía multilobar, que desencadenó un SDRA, con antecedente de LES, por lo cual estaba con aislamiento protector por compromiso inmunológico, ella se encontraba intubada, conectada a ventilación mecánica, sedada, con catéter central y línea arterial.

Estaba entregando a la paciente, pero la compañera no despegaba su mirada de la hoja de enfermería, para luego instigar diciendo que faltaban registros, números etc. Pero no volteo a mirar a la señora si no hasta cuando pregunto por las dosis de vasoactivos, cuando supo que estaban a dosis máximas, y ella vio que escasamente registraba presión arterial, pronuncio la frase más triste que puede decir una enfermera: “o sea que ya no hay paciente, sigamos”. La frase retumbo en mí pero en ese momento no le dije nada.

Pero antes de salir de allí ella abrió la puerta corrediza, entro donde la señora descubrió sus pies que lucían hipoperfundidos con dedos necróticos a causa de la influencia de los medicamentos los alzo levemente y los dejo caer nuevamente en la cama haciendo cara de no hay nada que hacer; allí si me resentí entre, le dije que saliera, tape los pies de M.M con la cobija, y le dije afuera del cubículo que no fuera así que no tuviera esa actitud tan déspota e inhumana, me respondió con un gesto de indiferencia y me dijo nuevamente que siguiéramos con la entrega, sin preguntar más detalles de la señora y sin mencionar en ningún momento a su familia.

Para hacer un paralelo triste pero necesario, al otro día cuando me recibía la noche par, llego una compañera un poco más veterana quien se mostraba al recibir turno, pero que cuando pasamos por el cubículo de doña M.M se le transformo la cara no despego su mirada de la paciente y mostro gran preocupación y tristeza al escuchar la situación actual de la señora, y me pregunto lo siguiente: ¿y la familia que dice?, ¿Cómo esta?, ¿si les han informado la situación?; incluso replico de porque la señora estaba ligeramente destapada.

Este paralelo se vivenció en dos días seguidos, y nos permite adentrarnos en que es lo que sucede con el profesional de enfermería, que muchas veces se centran en lo biomédico, más que en la esencia de enfermería: un cuidado de verdad humanizado; y a plantear una propuesta de cuidado dirigida a la familia del paciente critico hospitalizado en esta UCI, que le dé un sentido humano a la labor que el enfermero de UCI desarrolla en la clínica Partenón.

De acuerdo a la situación anterior se puede evidenciar el problema de investigación que se plantea en positivo como: ***requerimiento de cuidado para el bienestar de los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI de la clínica Partenón.***

1.2.1 CAUSAS DEL PROBLEMA:

Existen múltiples factores que interactúan entre sí en la deshumanización del cuidado, además, en que la responsabilidad de tal fenómeno es compartida por el entramado social, la estructura sanitaria, la formación académica, la hegemonía técnica y el propio paciente.

“La revisión bibliográfica revela los aspectos como deshumanizantes asociados, más precisamente a fallas en las condiciones de trabajo y relaciones del cuidado, o sea, fallas en el cuidado al usuario paciente, traducidas en las relaciones de anonimato, en la despersonalización del individuo enfermo, en la falta de privacidad, en la falta de información, al dejar de ver el usuario/paciente como una persona para ser un caso interesante (un pie diabético, una úlcera), entre otros, dejándose totalmente de lado el entramado social del paciente y el papel que juega en el núcleo familiar. Al mismo tiempo en que las fallas son apuntadas como deshumanizantes, en un verdadero sentido, queda también evidente la idea del cuidado, mismo que deshumanizado, focalizado para las situaciones de enfermedad, del ser humano enfermo, reduciendo la capacidad generadora de salud, de vida, de humanización. Así, impidiendo la vitalidad de estos seres sociales y al mismo tiempo tornando el proceso de vivir de estos desprovistos de la esencia del cuidado civilizado”.⁸

El cuidado se ha venido despersonalizando a través de la tecnificación y los ideales de proyección económica, en la medida en que el centro de atención en el momento del cuidado, es en torno a la enfermedad, y no a la condición y vulnerabilidad del paciente; ni a las preocupaciones, incertidumbres miedos e interrogantes que tienen sus familias.

“Actualmente, en la práctica de enfermería se observa que el cuidado es identificado en el hacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico, entendido como una ayuda o un complemento en las ciencias de la salud, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte”,⁹ destinada a cuidar al ser humano y a sus familias en el entorno en donde se encuentren. Es por eso que muchas veces llega la hora de visita y todo el equipo de salud desaparece de la vista de los familiares para evitar resolver inquietudes que para ellos son grandes preocupaciones.

⁸ Báez-Hernández, Francisco Javier; Nava-Navarro, Vianet; Ramos-Cedeño, Leticia; Medina-López, Ofelia M. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería Aquichan, Universidad de La Sabana, Colombia. Vol. 9, Núm. 2, pp. 127-134. Agosto 2009.

⁹ Ibid.

La formación centrada en el desarrollo de habilidades técnicas, con escasos contenidos filosóficos o antropológicos humanistas tiene como resultado, profesionales con elevado saber científico y gran pericia técnica, pero a veces, incapaces de reconocer a la persona enferma como fin en sí misma.¹⁰

Otra de las causas que se identifica para la tendencia a deshumanizar el cuidado en UCI es la falta de tiempo y el déficit de recursos personales y materiales como limitaciones, que se traduce en poca interacción con los familiares del paciente porque todo el tiempo se están desarrollando tareas asistenciales y/o administrativas. Se reclama ayuda a la institución para favorecer un entorno de trabajo libre de tensiones que facilite la relación entre los miembros del equipo.¹¹

La deshumanización se caracteriza por el trato a los pacientes como extensiones de la maquinaria, no como lo que son, usuarios y beneficiarios de la misma. La tecnología no es necesariamente opuesta a la atención humanizada, más bien, es complementaria¹². Dando esto lugar a que la familia se sienta con infinidad de dudas con respecto a aparatos, cables, tubos, sondas etc. Que el enfermero pocas o ninguna vez tiene tiempo ó actitud de resolver.¹³

1.2.2 EFECTOS O CONSECUENCIAS DEL PROBLEMA:

Lo anteriormente descrito se traduce muchas veces en una imagen social del enfermero expresada por los familiares de pacientes hospitalizados en UCI, como una persona rígida, de mal genio, mal educada, grosera e inhumana; Que en muchas ocasiones no se encuentra en la hora de visitas, que siempre esta ocupado realizando labores asistenciales, pero que casi nunca está abierto a un

¹⁰ Santos Hernández A (2001). Humanización de la Atención Sanitaria, Retos y Perspectivas. [sitio en internet] Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=754843&orden=38064&info=link>.

¹¹ Lourdes Rubio Rico, Margarita Cosi Marsans, Carmen Martínez Márquez, Adorabel Miró Borrás, Lluïsa Sans Riba, Dolors Toda Savall, Carmen Velasco Blasco. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos, enfermería intensiva, volumen 17 edición 4. Diciembre de 2006. Pags. 141-153.

¹² Barnard A, Sandelowski, M (2001). Technology and humane care: (ir) reconcilable or invented difference? Journal of Advanced Nursing, 34 (3):367-375.

¹³ Escudero Rodríguez B (2003). Humanismo y Tecnología en los Cuidados de Enfermería desde la Perspectiva Docente. Enfermería Clínica, 13 (3):164-170.

dialogo directo, porque generalmente el enfermero deja esa función al médico quien da la información diaria siempre.

Se categoriza al profesional de enfermería por los propios pacientes con palabras que identifican objetos propios del desarrollo asistencial de las actividades de enfermería, como son: la aguja, la jeringa, la sonda, el dolor, etc. Dando a proyectar una imagen totalmente contraria a lo que la profesión de enfermería significa.

Con esta propuesta se pretende dar respuesta a la necesidad identificada de cuidado para el bienestar que demandan las familias de los pacientes hospitalizados en la UCI de la clínica Partenón de Bogotá, apoyados en la teoría de Swanson.

Swanson, a través de la teoría de los cuidados, propone cinco procesos de cuidado (conocimiento, estar con, hacer por, facilitar y mantener las creencias), en los que se hace evidente el cuidado de enfermería, que se caracteriza por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados. Dichos conceptos permiten reflexionar acerca del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas de la enfermería.

A continuación se resume el problema con sus causas y efectos o consecuencias:

1.3 ARBOL DE PROBLEMAS

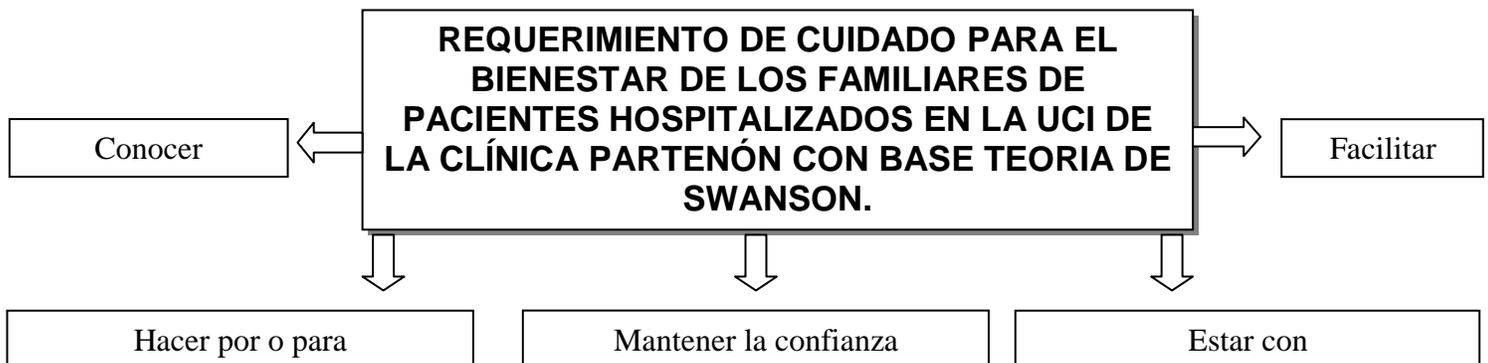
EFFECTOS

Imagen social del enfermero expresada, como una persona rígida, de mal genio, mal educada, grosera e inhumana; Que no se encuentra en la hora de visitas, siempre está ocupado, y casi nunca está abierto a un dialogo directo, porque generalmente el enfermero deja esa función al médico quien da la información diaria siempre.

Se categorizada al profesional de enfermería con palabras que identifican objetos propios del desarrollo asistencial de las actividades de enfermería: la aguja, la jeringa, la sonda, el dolor, etc. Dando a proyectar una imagen totalmente contraria a lo que la profesión de enfermería significa.

Despersonalización y no identificación del profesional de enfermería como agente de cuidado de la vida humana.

Comunicación no asertiva enfermero-familia, que generan malestar, incertidumbre, angustia, malos entendidos y manipulación inadecuada de la información.



CAUSAS

La formación centrada en el desarrollo de habilidades técnicas, con escasos contenidos filosóficos o antropológicos humanistas, la hegemonía técnica y el propio paciente.

Fallas en las condiciones de trabajo y relaciones del cuidado, relaciones de anonimato, despersonalización del individuo enfermo, falta de privacidad, en la falta de información, al dejar de ver el usuario/paciente como una persona para ser un caso interesante.

Tecnificación e ideales de proyección económica, en la medida en que el centro de atención, gira en torno a la enfermedad y no a la condición y vulnerabilidad del paciente; ni a las preocupaciones, incertidumbres miedos e interrogantes que tienen sus familias.

Enfoque biomédico, falta de tiempo y el déficit de recursos personales y materiales como limitaciones.

Trato a los pacientes como extensiones de la maquinaria, no como lo que son, usuarios y beneficiarios de la misma.

2. JUSTIFICACION

La profesión de enfermería desde sus comienzos ha tenido la oportunidad de acercarse al paciente de forma directa y tener un contacto mucho más cercano con éste, a diferencia de las demás profesiones de la salud; lo que ha permitido que el cuidado sea mucho más personalizado, identificando las necesidades de los pacientes y mediante estas, fomentar planes de cuidado.

No cabe que duda que trascender en el cuidado de enfermería y mejorar indiscutiblemente las condiciones de atención, implica transformar los niveles y objetivos del cuidado de enfermería hacia condiciones y prácticas que dignifiquen la condición humana de los pacientes; sin dejar de lado a las familias dándole una preponderancia importante, siendo así entonces que se crea la necesidad de dar un paso mediante una propuesta de cuidado dirigida a estas en un área altamente tecnificada para así dar pie a futuras aplicaciones y evaluaciones de la misma, que planteen, pongan en práctica, forjen y garanticen un verdadero cuidado humanizado.

Es entonces, reevaluando lo anterior, como a través de la descripción e interpretación de las necesidades de las familias de los pacientes hospitalizados en UCI adulto de la Clínica Partenón de Bogotá, buscando el abordaje de dichas necesidades, a través de los 5 procesos de cuidado para el bienestar propuestos por kristen swanson, buscando así, plantear y proponer, un plan de cuidado que permita lograr a través de la evaluación de necesidades reales expresadas por las familias, un abordaje más acertado, fortalecedor, y precursor de un cuidado para el bienestar de éstas.

El abordaje del problema, beneficiará directamente a las familias de los pacientes, trayendo consigo también beneficios para el propio paciente, puesto que, las unidades de cuidado crítico, representan un hemisferio extraño e inhabitual tanto para el paciente, como para las personas que conforman su ambiente familiar, razón por la cual, se desea fomentar un plan de cuidado que permita al profesional de enfermería salirse de su rutina y brindar un cuidado humanizado, enfocado en las necesidades individuales y particulares de cada grupo familiar; porque no se trata de cuidar pacientes, se trata de cuidar familias, como fundamento elemental de la integralidad del ser humano.

Los resultados que trae la propuesta, además beneficiarían directamente a todo el grupo humano que gira en torno al paciente, su familia, el grupo interdisciplinario y la institución, en la medida en que se mejoran los niveles de atención, y se garantiza un cuidado humanizado; pues es el personal de salud, empoderado de

la situación y conociendo cada uno de los detalles y circunstancias consecuentes de la situación del paciente, quien debe encargarse de ser una fuente de información y un apoyo para el fortalecimiento de conocimientos y la resolución de problemas, dudas e inquietudes, experimentadas por el grupo familiar; teniendo en cuenta siempre, la diversidad de sociedades y las grandes diferencias entre los niveles culturales, ante lo cual, el profesional de enfermería debe fomentar su plan de cuidados, a través del conocimiento e identificación de las necesidades específicas e individuales de cada familia y enfocar así las bases del cuidado; porque “La estructura física y funcional de una Unidad de Cuidados Intensivos, dificulta la práctica de relaciones afectivas y emocionales de la familia derivando sentimientos de opresión y angustia”¹⁴.

“Las personas que viven una enfermedad crítica se encuentran permanentemente afectadas por el malestar, la disfuncionalidad y el sentimiento que ésta causa, situación que genera alteraciones en la autoestima del sujeto, pérdidas, duelo frente a éstas pérdidas, cambios en el estilo de vida y la percepción de morir; este escenario forma parte no solo del individuo, involucra la familia y su ámbito social.”¹⁵

“Una correcta identificación de las necesidades de los familiares permitirá planificar y personalizar adecuadamente los cuidados a prestarles aumentando el grado de satisfacción de los usuarios, la seguridad en un medio desconocido y disminuyendo los niveles de ansiedad característicos de estos procesos, con su consiguiente influencia en el bienestar del propio paciente”¹⁶.

Se involucran intereses orientados directamente a la búsqueda del bienestar del paciente, en cuanto al mejoramiento del nivel de atención, en los que se ve directamente comprometido el profesional de enfermería. Motivo que involucra la consolidación del enfoque disciplinar de enfermería, ya que aporta elementos basados en una teoría de enfermería que propone bases para la realización próximos trabajos que puedan aplicar y evaluar la propuesta.

Se busca construir un diseño y futura aplicación de una propuesta de cuidado para el bienestar, en la que se fomentará el respeto por la dignidad humana, la

¹⁴ Bettinelli, Luis Alfonso y Erdman, Alacoque Lorencini. Hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva y la familia: perspectivas de cuidado. En: Avances en Enfermería, enero – junio 2009, Vol. XXVII. N. 1 p: 16.

¹⁵ RIVERA Álvarez, Luz Nelly. El cuidado al paciente cardiovascular en situaciones que generan un gran sentimiento de pérdida, amenaza, temor o muerte. En: Avances en Enfermería, vol. XXVI. N.1 2008.p: 124.

¹⁶ José Manuel Velasco Bueno. Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. UCI Hospital Costa del Sol. Enero- Diciembre 2002.

integralidad en la atención, y promulgación de los derechos de los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI Partenón.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar una propuesta de cuidado de enfermería para el bienestar dirigida a la familia del paciente crítico hospitalizado en la UCI de la clínica Partenón, con base en la teoría de los cuidados de kristen swanson.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Explorar las necesidades de cuidado que tienen las familias de los pacientes críticamente enfermos que ingresan a la UCI Partenón, a partir del conocimiento de la experiencia que están viviendo.
- Proponer estrategias en el cuidado para mantener la fe de los familiares de estos pacientes, que están soportando una carga emocional grande.
- Proponer estrategias para hacer por las familias del paciente crítico lo que ellas harían por sí mismas si les fuera posible, facilitando y/o permitiendo el tránsito de ellas por situaciones que son desconocidas.
- Crear estrategias que permitan al profesional de enfermería estar con las familias emocionalmente, transmitiendo disponibilidad en todo momento.

4. REFERENTE TEORICO - CONCEPTUAL

Para la construcción de la propuesta de cuidado para el bienestar a las familias de pacientes hospitalizados en UCI, se toma como base la teoría de los cuidados de la doctora Kristen Swanson.

4.1 FENÓMENOS DE LA DISCIPLINA DE ENFERMERIA SEGÚN SWANSON

4.1.1 ENFERMERÍA:

Disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de otros, fundamentada por el conocimiento empírico de enfermería y de otras disciplinas relacionadas, así como por el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica, y los valores y expectativas personales y sociales.

Enfermería tiene el fin de promover el bienestar viendo a los seres humanos en sus problemas reales y potenciales para intervenir y servir ayudan en si los problemas reales y potenciales que se enfrenta la enfermaría con fin de brindar un cuidado excelente con visión de la persona en forma holística.

Enfermería no está enfocada tanto en la mejoría de la enfermedad, en sí, sino en alcanzar, mantenga o recobrar el óptimo el nivel de vida o bienestar que ellos eligen dado su personalidad, demandas ambientales, coacciones y recursos.

Lo que esto realmente reclama es que las prácticas terapéuticas de enfermería son basadas en conocimiento de enfermería, ciencias relacionadas, y en humanidad.¹⁷

4.1.2 PERSONA

Swanson considera a la personas seres únicos en proceso de crecimiento en forma dinámica, espiritual que se auto reflejan en su conducta con capacidad de decidir cómo actuar como se afrontar las diversas situaciones y la capacidad de ejercer la libre voluntad en las posibilidades que enfrente. Son seres dinámicos, en

¹⁷ Swanson, Kristen M. Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. Journal of nursing scholarship. Volumen 25. Número 4. 1993. 352 – 357.

crecimiento, espirituales, que se autoreflejan y que anhelan estar conectadas con otros.

A la persona la influyen tres áreas importantes, la herencia genética, cualidades espirituales y capacidad para ejercer el libre albedrío; lo que quiere decir que son íntegros, crecen en la medida que el medio ambiente les moldea y el autorreflejo que crean de este conocimiento.

La herencia genética tiene que ver con las características genotípicas y cariotípicas del ser. El atributo espiritual puede ser el alma, el espíritu santo, energía positiva o simplemente gracia. El libre albedrío es la opción y la capacidad de decidir cómo actuar cuando se encaran una variedad de posibilidades, aclarando claro está que estas posibilidades en ocasiones se limitan, dejando el libre albedrío como algo sobreestimado.

Además Swanson postula que al otro a quien le sirve la disciplina de enfermería, se refiere a familias, grupos y sociedades.

4.1.3 SALUD Y BIENESTAR

Es vivir la experiencia subjetiva y llena de significado de plenitud. La plenitud implica una sensación de integridad y de desarrollo en el que todas las facetas del ser pueden expresarse libremente.

Considera el restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidados y curación que incluye “desprenderse del dolor interno establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud”.

4.1.4 ENTORNO

Cualquier contexto que influye y que es influido por el cliente. Existen muchos tipos de influencias sobre el entorno, como aspectos sociales, culturales, biofísicos, políticos y económicos.

Los términos entorno y persona-cliente en enfermería pueden ser vistos de forma intercambiable.

Swanson sugiere que las enfermeras deben reconocer la influencia interna (parte mental, el bienestar espiritual y incorporar creencias socioculturales) y el ambiente exterior (la actitudes de la sociedad, la expectativa culturales, las doctrinas religiosas, clima político, las leyes, las políticas sociales y economía) que

influyen el estado de salud de las personas, familias y la sociedad que influyen el entorno de los clientes.

En ocasiones la persona es vista como un medio ambiente, cuando uno de los anteriores factores determina de manera radical su razón de ser.

4.1.5 CUIDADOS:

Los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y responsabilidad personal con compromiso y responsabilidad. Buscando que el cuidado que se brinda sea como fuese para sí mismo y buscando el mejor cuidado sea posible. Un cuidado confortable, agradable actuando con habilidad y competencia protegiendo y preservando la dignidad humana de los demás.

El cuidado es el restablecimiento del bienestar, incluye el dolor interior que genera, el establecimiento de nuevos sentidos, la restauración integral y el surgimiento de un sentido de integridad renovada.¹⁸

¹⁸ Ibid.

4.2 TEORIA DE LOS CUIDADOS DE KRISTEN SWANSON

En 1991, se describió una teoría de mediano rango de cuidado que se derivó empíricamente, mediante investigación fenomenológica en tres contextos de la enfermería perinatal. Citando la literatura de Enfermería y de otras disciplinas que corroborara estudios, se postuló que la teoría puede ser generalizable más allá del contexto perinatal estudiado y más allá de la práctica de enfermería solamente. Desde que se publicó la teoría de cuidado parece ser que hay una limitante que es la falta de estructura de la teoría en cuanto a la manera como los cinco procesos de cuidado propuestos se relacionan entre sí.¹⁹

Swanson formuló su Teoría de los Cuidados de manera inductiva, como resultado de varias investigaciones, recurriendo a varias fuentes teóricas, utilizando la fenomenología descriptiva; mediante el análisis de datos obtenidos con entrevistas en profundidad a 20 mujeres que habían abortado recientemente, siendo éste su primer estudio de investigación; así entonces, propuso dos modelos, como resultado de su primera investigación fenomenológica:

A partir de El modelo de los cuidados, Swanson propuso cinco procesos básicos, (conocimientos, estar por, hacer por, facilitar y mantener las creencias) que han significado a actos etiquetados como cuidados, llegando a ser más tarde, la base de la Teoría de rango medio de los Cuidados de Swanson.

Recuerda que desde el comienzo de su carrera de enfermería el conocimiento adquirido de los libros y de su experiencia clínica le hizo muy consciente de la profunda diferencia que los cuidados podían marcar en la vida de las personas a las que servía.

Swanson realizó otro estudio fenomenológico que exploró, cómo se proporcionaban los cuidados a lactantes vulnerables en las unidades de cuidado intensivo neonatales (UCIN). Como resultado de esta investigación, Swanson (1990), descubrió que el proceso de de los cuidados que identificó en las mujeres que habían abortado, también era aplicable a madres, padres, médicos y enfermeras responsables de cuidar a los niños en las unidades de cuidado intensivo neonatal. Por tanto conservó la formulación que *describía los actos de los cuidados, y propuso que el cuidado integral en un ambiente complejo abarca un equilibrio de cuidado (de uno mismo y la persona a quien se cuida), acompañamiento (a otros y roles), enfrentarse a responsabilidades (asignadas por uno, por otros y por la sociedad) y evitar malos desenlaces.*

¹⁹ Kristen M Swanson, Image, The Nursing scholarship. Mayo 1993, Vol. 25 N4 Winter pag 352-357. Enfermería como cuidado argumentado para el bienestar de otros. Traducción Edilma de Reales 2008

En una investigación fenomenológica posterior, realizada con madres de alto riesgo social (Swanson 1991), describió lo que había sido para estas madres, recibir una intensa intervención de enfermería, a largo plazo. Como resultado de este estudio, Swanson fue finalmente capaz de definir los cuidados y de mejorar la comprensión de los procesos de los cuidados.

Colectivamente, las investigaciones fenomenológicas con mujeres que habían abortado, con sanitarios de la UCIN, y con madres de alto riesgo social, sentaron las bases para que el modelo de cuidados evolucionara hasta la Teoría de los Cuidados de Rango Medio.

Swanson (1991) postula que los cuidados, como forma educativa de relacionarse con otro ser humano, no son de la esfera exclusiva de la enfermería perinatal. De hecho, afirma que Conocer, Estar con, hacer por, Facilitar y Mantener las creencias, son componentes esenciales de cualquier relación enfermera- cliente; asegurando que su meta-análisis, en profundidad de la investigación de los cuidados, respalda la generalidad de su teoría más allá del contexto perinatal. (Swanson, 1999).

Con respecto a la práctica profesional, la teoría de los cuidados de Swanson, se ha demostrado en la investigación, en la educación y en la práctica clínica; así, en 1998, el Nursing Practice Council del IWK selecciono la Teoría de los Cuidados de Swanson como marco para la práctica profesional de la enfermería.

La teoría de los cuidados de Swanson describe la relación enfermera-paciente, que fomentan la plenitud y la curación. Así la teoría ofrece un marco para mejorar la práctica contemporánea de la enfermería, al tiempo que devuelve a la disciplina sus raíces tradicionales de cuidar y recuperar la salud.

Swanson reconoce algunos especialistas de enfermería que le dieron la oportunidad de modelar sus opiniones sobre la disciplina enfermera y que influyeron sobre su programa de investigación. Por tanto, Swanson escogió a la Doctora Jean Watson como directora de sus estudios de Doctorado, y atribuye a su influencia, el énfasis de explorar el concepto de los cuidados en su tesis doctoral.

Es importante aclarar, que a pesar de la estrecha relación entre ellas, y del énfasis sobre los cuidados en la teoría de Swanson, ni Swanson, ni Watson, han visto el programa de investigación de Swanson, como una aplicación de la teoría del Cuidado Humano de Watson. (Watson 1979, 1988, 1999).

4.2.1 PROPOSICIONES DE LA TEORIA PARA EL BIENESTAR DE LOS DEMAS.

4.2.1.1 MANTENER LAS CREENCIAS

Mantener la fé en la capacidad del otro, de superar un acontecimiento, y enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza ofreciendo un optimismo realista ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación.

La enfermería por medio de un cuidado integral busca ayudar a los pacientes a lograr mantener o recuperar la seguridad en sus experiencias de salud o enfermedad.²⁰

SUBDIMENSIONES

- ❖ Creer/mantener en estima
- ❖ Mantener actitud llena de esperanza
- ❖ Ofrecer optimismo realista
- ❖ Acompañar en el camino

4.2.1.2 CONOCER

Es esforzarse por comprender el significado de un suceso, en la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que se cuida y el que es cuidado, se basa en la confianza que se dan ambos enfermera(o) y paciente.

SUBDIMENCIONES:

- ❖ Evitar suposiciones
- ❖ Centrarse en el que es cuidado
- ❖ Valorar completamente
- ❖ Buscar claves
- ❖ Comprometer el ser de los dos

²⁰ Ibid.

4.2.1.3 ESTAR CON:

Estar presente con el otro, incluye estar en persona, transmitir disponibilidad, y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada, es la presencia auténtica de la enfermera(o) con el paciente, donde el enfermero cuida su paciente mediante la presencia emocional. Estar con es una forma de compartir los significados, los sentimientos y las experiencias vividas de la persona cuidada.

El estar con es una forma de enfermería terapéutica, el enfermero tiene una presencia real en la actividades que se pretende dar con el paciente para seguir adelante y una empatía de dos o más personas que busca formar un lazo de comprensión y de ayuda en los momentos más difíciles. Por ello la enfermería no es solo una presencia física sino es el ser que tiene virtudes y que ayuda con su mensaje y forma de cuidar para que el paciente sienta la presencia y disposición del enfermero en su cuidado.

SUBDIMENSIONES:

- ❖ Estar ahí
- ❖ Mostrar habilidad
- ❖ Compartir sentimientos
- ❖ Evitar agobiar al otro

4.2.1.4 HACER POR:

Hacer por es otra forma terapéutica de enfermería donde esto conlleva hacer por otro lo que él, ella ó ellos harían por sí mismos si ello fuera del todo posible. El cuidado hacer por, es confortador, se anticipa, protege las necesidades del otro y las ejecuta en forma hábil y competente con el fin de buscar bienestar a la paciente, respetando su dignidad.

Virginia Henderson capturó la esencia de hacer por en su definición de enfermería citada frecuentemente así: “la función única de la enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su recuperación, (o a una muerte pacífica) aquella que ejecutaría por sí mismo sin ayuda si tuviera la fuerza suficiente, la voluntad o el conocimiento. Y hacer esto de tal manera para ayudarlo a ganar independencia tan pronto como sea posible”.

SUBDIMENSIONES:

- ❖ Confortar (dar comodidad)
- ❖ Anticiparse
- ❖ Desempeñarse completa y hábilmente
- ❖ Proteger
- ❖ Preserva

4.1.2.5 POSIBILITAR:

Facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y dando retroalimentación.

El proceso de capacitar en enfermería busca que la persona crezca, buscar sanar y participar en el manejo de autocuidado; capacitar también significa animar, informar y explicar al otro, apoyar al otro y permitirle tener experiencias para que se pueda enfocar en los asuntos importantes, ayudándolo a generar alternativas; guiándolo a pensar bien las cosas; ofreciéndole retroalimentación; y validando la realidad del otro. Al igual que con hacer por, la meta de capacitar es asegurar el bienestar de larga duración del otro.

SUBDIMENSIONES:

- ❖ Informar/explicar
- ❖ Apoyar/permitir
- ❖ Enfocarse
- ❖ Generar examen profundo de alternativas
- ❖ Validar, dar retroalimentación.²¹

²¹ Ibíd.

5. MARCO METODOLOGICO

Para la construcción de la propuesta de cuidado se tomara como base metodológica la matriz de marco lógico, una estrategia de la administración que consiste en un esquema articulado de decisiones que se propone como punto de partida para diseñar los aspectos generales y críticos del proyecto, así como el plan detallado para llevarlo a cabo. Contiene componentes verticales para explicar las razones del proyecto, y componentes horizontales para demostrar lo que va a producirse, como puede medirse el éxito y los supuestos que afectan el proyecto es una metodología que se adapta bien para planear ejecutar y evaluar la gestión del cuidado

5.1 CONTROL DE SUPUESTOS

Para poder realizar esta propuesta de cuidado se requiere que las directivas de la clínica Partenón, entendidas estas como la coordinación del Departamento de Enfermería, Gerencia y Dirección General, den su aprobación, para lograr el abordaje de las familias en el momento de la visita diaria en la UCI. Esto se lograra mediante la presentación del plan de acción, haciendo énfasis sobre la importancia para la disciplina de enfermería y para el abordaje humanizado del cuidado que cobra tanto interés en las instituciones de salud.

Se requiere que una de las enfermeras proponente haga un reconocimiento del servicio y espacio en donde se abordaran a las familias y esté familiarizada con este ambiente y el personal que allí se encuentra; para lograrlo se establecerá una visita previa guiada por el enfermero que labora en esta UCI quien la guiará sobre el espacio físico y los momentos adecuados de abordaje a las familias, además de familiarizarla con el personal que allí labora.

Es necesario un ambiente de empatía con los familiares de los pacientes allí hospitalizados ya que podrían ser difíciles de abordar, quizás reacios a responder preguntas abiertas formuladas por sujetos extraños, o que se sientan perdiendo el tiempo; esto se superará a través de una comunicación basada en la asertividad, respeto y uso de terminología adecuada que sea entendible y favorezca la relación terapéutica; además de la aprobación del consentimiento informado.

Situaciones propias de un servicio de alta complejidad como lo es una UCI en donde su dinámica pueda quitar el tiempo que se requiere para explorar las necesidades de cuidado de las familias. Para este posible riesgo se tiene la ayuda

de la enfermera ajena a la institución quien tendrá disponibilidad suficiente en la visita de la tarde para el abordaje a las familias.

**5.2 MATRIZ DE MARCO LOGICO
PROPUESTA DE CUIDADO PARA LAS FAMILIAS DE PACIENTES EN UCI**

	INDICADORES DE EVALUACION	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>Propósito:</p> <p>Que esta propuesta de cuidado se aplique en la UCI de la clínica Partenón por parte de las enfermeras que allí laboran.</p>	<p>Numero de enfermeras que aplicarían la propuesta de cuidado</p> <hr/> <p>Número de enfermeras totales del servicio de UCI.</p>	<p>Identificar que las actividades y el cuidado de enfermería que se brinda a las familias del paciente crítico se desarrollen con base en la teoría de rango medio de Swanson.</p> <p>Evaluar en las familias el cuidado ofrecido por las Enfermeras de la UCI, con la escala propuesta por Swanson. (Anexo 2).</p>	<p>Que las directivas y/o coordinaciones de la clínica no permitan su aplicación.</p> <p>Que el personal de enfermería sea reacio a establecer cambios tendientes brindar un cuidado para el bienestar, propuesto por Swanson.</p>
<p>Objetivo General:</p> <p>Diseñar una propuesta de cuidado de enfermería para el bienestar dirigida a la familia del paciente crítico hospitalizado en la UCI de la clínica Partenón, con base en la teoría de los cuidados de kristen Swanson.</p>	<p>Propuesta de cuidado para el bienestar de familias del paciente crítico basada en la teoría de Swanson.</p>	<p>Entregar a la coordinación del Departamento de Enfermería, y esta a su vez a la gerencia y dirección general, la propuesta de cuidado, para que posteriormente sea aplicada las familias de los pacientes hospitalizados en la UCI.</p>	<p>No reconocimiento por parte de las directivas y enfermeras asistenciales de la importancia del sustento teórico para el quehacer diario de enfermería.</p>

<p>Objetivos Específicos:</p> <p>1. Explorar las necesidades de cuidado que tienen las familias de los pacientes críticamente enfermos que ingresan a la UCI Partenón, a partir del conocimiento de la experiencia que están viviendo.</p>	<p>Necesidades de cuidado identificadas en las familias de pacientes críticamente enfermos hospitalizados en la UCI Partenón.</p>	<p>Experiencias manifestadas por las familias</p> <p>Listado de necesidades identificadas.</p>	<p>Negación y/o dificultad para entablar una conversación entre las familias y los enfermeros proponentes.</p> <p>Dificultad por parte de los enfermeros para identificar las necesidades de las familias.</p>
<p>2. Proponer estrategias en el cuidado para mantener la fe de los familiares de estos pacientes, que están soportando una carga emocional grande.</p>	<p>Estrategias creadas para que las enfermeras mantengan la fe de los familiares de los pacientes que están hospitalizados en UCI.</p>	<p>Listado de estrategias producto de los talleres y necesidades identificadas.</p>	<p>Dificultad para proponer estrategias, que no logren mantener la fe de las familias.</p>
<p>3. Proponer estrategias para hacer por las familias del paciente crítico lo que ellas harían por sí mismas si les fuera posible, facilitando y/o permitiendo el tránsito de ellas por situaciones que son desconocidas.</p>	<p>Estrategias creadas para que las enfermeras hagan por las familias lo que ellas harían por sí mismas si pudieran que faciliten abordar y superar situaciones desconocidas.</p>	<p>Listado de estrategias que involucren Confortar, Anticiparse, Proteger Preservar, Informar, explicar, Apoyar, Generar alternativas, Validar, y dar retroalimentación del cuidado.</p>	<p>Ideas dispersas entre las enfermeras de la UCI al momento de crear las estrategias que no permitan un consenso y universalidad de conceptos.</p>
<p>4. Crear estrategias que permitan al profesional de enfermería estar con las familias emocionalmente, transmitiendo disponibilidad en todo momento.</p>	<p>Estrategias creadas para que las enfermeras estén presentes emocionalmente, y disponibles para las familias.</p>	<p>Listado de estrategias producto de los talleres y necesidades identificadas.</p>	<p>Dinámica de servicios altamente tecnicados que truncan la relación enfermera-familia</p>

5.3 PLAN DE ACCION DE LA PROPUESTA DE CUIDADO PARA EL BIENESTAR DE LA FAMILIAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI

OBJETIVO 1: Explorar las necesidades de cuidado que tienen las familias de los pacientes críticamente enfermos que ingresan a la UCI Partenón, a partir del conocimiento de la experiencia que están viviendo.

ACTIVIDADES	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION
<p>Observar reacciones de los familiares de los pacientes, previo al momento de ingreso a la visita de la tarde, frente a actitudes del personal de enfermería.</p> <p>Realizar preguntas abiertas para conocer la experiencia de la situación que están viviendo las familias frente a la hospitalización de un ser querido.,</p> <p>Extraer necesidades de cuidado identificadas entendiendo los sucesos que tienen relevancia para ellos. Teniendo en cuenta el:</p> <p>Conocer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Realizar acercamientos, cuidando de no invadir la privacidad del paciente, por parte del personal de enfermería, en los que se logre conocer acerca de la condición y estado psicosocial las familias, para brindar un cuidado para el bienestar de acuerdo a las necesidades particulares y centradas en una confianza mutua. ● Comprender el significado para las familias el suceso de tener un ser querido hospitalizado en UCI, evitando conjeturas. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Responsables de la propuesta de cuidado. (Estudiantes de la especialización). ● Familiares de pacientes hospitalizados en UCI. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Entrevista Abierta, con las respuestas dadas. ● Conclusión de la observación no participante.
<p>Clasificar las necesidades identificadas en las familias de acuerdo a las</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Responsables de la propuesta de 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuadro de

proposiciones de cuidado para el bienestar que plantea Swanson.	cuidado. (Estudiantes de la especialización). • Teoría de cuidado de Kristen Swanson.	clasificación entre necesidades identificadas y proposiciones de cuidado de la teoría de Swanson.
---	--	---

OBJETIVOS 2, 3 y 4: Proponer estrategias en el cuidado para mantener la fe de los familiares de estos pacientes, que están soportando una carga emocional grande.

- Proponer estrategias para hacer por las familias del paciente crítico lo que ellas harían por sí mismas si les fuera posible, facilitando y/o permitiendo el tránsito de ellas por situaciones que son desconocidas.
- Crear estrategias que permitan al profesional de enfermería estar con las familias emocionalmente, transmitiendo disponibilidad en todo momento.

ACTIVIDADES	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION
<p>Realizar un taller con las enfermeras (os) de los cuatro turnos para socializar la teoría de Swanson, su aplicabilidad y el resultado de las actividades del primer objetivo.</p> <p>Generar en el mismo taller una discusión en donde a partir de las necesidades y experiencias identificadas se construyan la estrategias que den repuesta a éstas de acuerdo a las proposiciones de Swanson, Teniendo en cuenta la siguiente:</p> <p>Mantener la fe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener una comunicación bidireccional entre el personal de enfermería y las familias. • Permitir a las familias espacios para expresar sus dudas, temores e inquietudes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsables de la propuesta de cuidado. (Estudiantes de la especialización). • Grupo de enfermería de la UCI clínica Partenón. • Coordinadora del departamento de enfermería. • Teoría de cuidado para 	<ul style="list-style-type: none"> • Listado de asistencia a la socialización de la teoría de Swanson. • Listado de estrategias propuestas por los asistentes a los talleres y los enfermeros responsables. • Propuesta de cuidado para el bienestar de los familiares de pacientes hospitalizados en UCI

<p>Estar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento constante a las familias durante el proceso de hospitalización de sus familiares, por parte del personal de enfermería. • Permitir una comunicación bidireccional constante con la enfermera(o). • Demostrar disposición constante, de escuchar y acompañar a las familias, por parte del personal de enfermería. • Expresar a las familias el deseo de acompañamiento y disposición permanente del grupo de enfermería. <p>Hacer por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestionar el contacto entre las familias y el médico tratante, favoreciendo una comunicación asertiva, que despeje dudas e interrogantes. • Orientar a las familias frente al espacio y ubicación de la Unidad y todas sus áreas. • Explicar a las familias el por qué y para qué de los procedimientos que se llevan a cabo con el paciente. • Realizar acercamientos constantes a la familia, con respecto al estado de salud de sus pacientes, en términos que puedan comprender. <p>Posibilitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permitir a las familias expresar sus dudas y temores al personal de enfermería. • Permitir y facilitar espacios de acercamiento y comunicación, de las familias con sus seres queridos. • Hacer un acercamiento y educación a las familias sobre la situación de enfermedad experimentada. • Orientar a las familias frente al espacio y ubicación de la Unidad y todas sus áreas. 	<p>el bienestar de los demás de Kristen Swanson.</p>	<p>basada en la teoría de Swanson.</p>
---	--	--

5.3.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	LUGAR
1. 26-27 octubre	Visita guiada por parte enfermero institucional a la enfermera participante, para el reconocimiento de la UCI de la clínica Partenón. Presentación de la enfermera a las directivas de la Clínica	Estudiantes de la especialización. Directivas	Departamento de Enfermería
2. 28-29 octubre	Observación no participante de las reacciones de los familiares en el momento de la visita	Estudiantes familiares	UCI adultos, Clínica Partenón.
3. 1-5 de noviembre	Realización de la entrevista de preguntas abiertas a las familias de los pacientes en UCI	Estudiantes Familiares	Sala de espera para familiares, UCI Adultos Clínica Partenón.
4. 8 ó 9 noviembre	Taller de socialización de la teoría de Swanson y los resultados de la observación y la entrevista	Estudiantes Enfermeras del servicio de UCI	Área de descanso Enfermería UCI adultos, Clínica Partenón.
5. 16-17 noviembre	Clasificación de las necesidades extraídas de acuerdo a los procesos de cuidado de Swanson. Presentación Avances de trabajo de grado	Estudiantes Directoras de trabajo de grado	Biblioteca y salón de clases Universidad Nacional.
6. 23 noviembre	Taller de participación donde se presenten los resultados obtenidos y se cristalice el objetivo del trabajo de grado con todos los turnos. Dando como producto el listado de estrategias.	Estudiantes Enfermeras(os) del servicio de UCI	Área de descanso Enfermería UCI adultos, Clínica Partenón.
7. 30 noviembre al 3 diciembre	Transcripción y organización de las estrategias generadas en el punto anterior	Estudiantes	Biblioteca Universidad Nacional

8. 7 diciembre	Exposición y Entrega de la propuesta de cuidado	Estudiantes Enfermeras(os) del servicio de UCI Docentes	Auditorio Universidad Nacional.
----------------------	---	---	---------------------------------------

5.3.2 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

1. *Visita guiada por parte enfermero institucional a la enfermera participante, para el reconocimiento de la UCI de la clínica Partenón.
Presentación de la enfermera a las directivas de la Clínica*

Se pactará previa cita entre los estudiantes de la especialización, con el fin de que los días 26 y 27 de Octubre, el estudiante que labora en la UCI de la clínica Partenón, oriente a su compañera que, no labora allí, en cuanto al espacio físico, personal que allí labora, reglamentos institucionales, ubicación de los pacientes y sus respectivos manejos y los diferentes espacios de entrada, estancia y salida de familiares de los pacientes con sus respectivos horarios, previo envío de la carta de permiso.

2. *Observación no participante de las reacciones de los familiares en el momento de la visita.*

Los días 28 y 29 de octubre, se hará una visita, por parte de los estudiantes responsables del trabajo, con el objetivo de hacer una observación en espacio y tiempo de los comportamientos y expresiones demostradas por los familiares, en los horarios de visita, teniendo en cuenta el lenguaje no verbal, sin que ellos noten nuestra presencia, con el fin de hacer una observación no participante, espontánea y autónoma de sus comportamientos y reacciones, para hacer su respectivo análisis. Esta observación se hará en la sala de espera previo al momento del ingreso.

3. entrevista de preguntas abiertas.

Se realizarán las siguientes preguntas en la sala de espera previo al ingreso y una vez hayan salido de visitar a su familiar, tomando literalmente sus respuestas mediante la siguiente entrevista:

Las preguntas se dirigen a explorar qué significa para los familiares del paciente crítico tener a sus familiares hospitalizados en UCI?, también son encaminadas a conocer qué necesidades de cuidado tienen los familiares.

- *¿Qué piensa sobre esta situación que está viviendo?*
- *¿Cómo han afrontado la situación de tener un familiar en UCI?*
- *¿Qué dudas tienes frente a la hospitalización de su familiar?*
- *¿Qué temores tiene frente a la hospitalización de su familiar?*
- *¿Cómo le gustaría que atendieran a los familiares de pacientes hospitalizados en UCI?*

4. Taller de socialización de la teoría de Swanson y los resultados de la observación y encuesta.

El día 23 de Noviembre de acuerdo a sugerencia de la Coordinación del Departamento de Enfermería se realizará un taller de socialización, con el grupo de enfermería de los 4 turnos de la UCI y la coordinadora del departamento, con el fin de dar a conocer y orientar acerca del trabajo, la teoría de Swanson, y hacerles partícipes de los resultados obtenidos en los puntos anteriores. Este taller se hará en el lugar de descanso ó en el lugar más conveniente para hacerlo de acuerdo a disponibilidad.

- Se les hará saber el objetivo del trabajo de grado, y su metodología. Se hará un reconocimiento previo de los conocimientos e ideas que tienen las enfermeras (os) frente a la teoría, con el fin de socializar y luego exponer los conocimientos previos.
- Se hará una retroalimentación de los conocimientos previos, y los conocimientos investigados y planteados por los estudiantes, acerca de la teoría de Swanson, con el fin de familiarizar más a fondo sobre la teoría y su importancia en la práctica clínica.
- Se les socializarán los resultados de la observación no participativa y el resultado de las entrevistas realizadas a los familiares de pacientes hospitalizados en UCI.

- Se sacarán conclusiones en grupo, sobre el aporte que ha traído para la práctica de enfermería la teoría de cuidado para el Bienestar de Swanson y su aplicación a la práctica, animándolos a que de acuerdo con esos resultados piensen estrategias de cuidado para el bienestar de los familiares, para el próximo encuentro.
- Se elaborará un informe de acuerdo a los resultados obtenidos.

5. Taller de participación donde se cristalice el objetivo del trabajo de grado con todos los turnos. Dando como producto el listado de estrategias.

- Se realizará durante un único taller el 23 de noviembre de acuerdo a lo que la Coordinación de Enfermería estime que sea posible.
- A partir de los conocimientos estudiados sobre la Teoría de Cuidado para el Bienestar de Swanson, se expondrá por parte de los estudiantes los objetivos de la propuesta de nuevo, con el fin de hacer partícipe a todo el grupo de enfermería en el desarrollo de ésta y crear estrategias de cuidado hacia las familias, permitiendo escuchar e incluir las estrategias propuestas por el grupo de enfermería a través de sus experiencias, con las cuales se hará un listado que permita cumplir con los objetivos específicos propuestos.
- Esta actividad nos arrojará las estrategias, que una vez organizadas serán el resultado del trabajo de grado.
- Se elaborara un informe del resultado para clasificarlo en los procesos de cuidado de Swanson.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todo trabajo que involucre interacción con seres humanos debe hacerse de acuerdo a tres principios éticos básicos, a saber, respeto a las personas, a la búsqueda del bien y la justicia. Se está de acuerdo en general en que estos principios, que en teoría tienen igual fuerza moral, son los que guían la preparación concienzuda de protocolos para llevar a cabo estudios científicos. En circunstancias diversas pueden expresarse de manera diferente y también ponderarse en forma diferente desde el punto de vista moral, y su aplicación puede dar lugar a decisiones o cursos de acción diferentes. Las pautas presentes están orientadas a la aplicación de esos principios en los trabajos con personas.

Los principios son guías en la ética profesional; se comportan como normas morales, al igual que las reglas y los derechos. Aunque los principios son más generales; principios, reglas y derechos conducen la toma de decisiones morales y las acciones morales.

Los principios planteados por Tom Beauchamp y James Childress, que dieron origen al principialismo, una teoría que asume que es posible solucionar dilemas éticos²² en la práctica y en la investigación en salud son:

Respeto a la autonomía: este principio señala que los individuos tienen la libertad elegir y determinar sus propias acciones. Se trata de respetar la capacidad del individuo de autodeterminarse y de reconocerlo como autónomo.

El consentimiento informado es el mecanismo más apropiado para respaldar el interés del autor del trabajo por respetar la autonomía de los participantes en un estudio; pero en este trabajo de grado no es necesario el consentimiento informado debido a que son no es un trabajo de investigación, es una exploración para direccionar el cuidado de enfermería, mediante preguntas muy sencillas en donde si los familiares quieren las responden, pero si no desean no se les entrevista; es decir se les respetará su autonomía.

No maleficencia: Se refiere a la obligación de evitar hacer daño a otros. A este respecto contribuyen las consideraciones éticas sobre la idoneidad de los investigadores, el método usado para obtener la información esperada, la consideración de los daños que podrían ocasionarse a los sujetos abordados,

²² Beauchamp y Childress hablan de dilemas morales –no de dilemas éticos- y los definen como circunstancias en las cuales la obligación moral demanda o parece demandar que una persona adopte una de dos (o más) acciones alternativas, puesto que la persona no puede ejecutarlas todas. Una interesante aclaración de este aspecto se encuentra en el libro *Principles of Biomedical Ethics*, publicado en el año 2001 por Oxford University Press.

entre otros. Por supuesto, la explotación de los sujetos de investigación atenta contra este principio, situación que no sucede con este trabajo porque en ningún momento se manipularán a las familias, simplemente se les abordará con cinco preguntas para extraer sus necesidades de cuidado.

Beneficencia: Hace referencia a la obligación de actuar en beneficio de otros, que debe diferenciarse de la benevolencia, que se relaciona con la disposición que tiene una persona de actuar en beneficio de otras. Puede ocurrir que actos beneficiosos sean el resultado de la acción de una persona benevolente, pero no son necesariamente obligatorios.

La *búsqueda del bien* se refiere a la obligación ética de lograr los máximos beneficios y de reducir al mínimo el daño y la equivocación. Este principio da origen a normas que estipulan que los riesgos de la investigación sean razonables frente a los beneficios previstos, que el diseño de la investigación sea acertado y que los investigadores sean competentes para realizar la investigación y para salvaguardar el bienestar de las personas que participan en ella. La búsqueda del bien además, significa condenar todo acto en que se inflija daño en forma deliberada a las personas.

El fin de este trabajo de grado traerá beneficio para los familiares de pacientes críticamente enfermos, ya que responderá a necesidades propias de ellos.

Justicia: este principio, que se orienta particularmente hacia la denominada “justicia distributiva” se relaciona con la distribución de los riesgos y los beneficios.

Desde la perspectiva actual no se estima la justicia únicamente en relación con los riesgos y beneficios que un estudio traería a los sujetos de investigación; se busca indagar además los riesgos y beneficios que esta implicaría para la sociedad en su conjunto.

En relación con el trabajo de grado este principio no aplica ya que no existen riesgos importantes, y más bien si mayores beneficios a futuro.

6.1 POLÍTICA DE CALIDAD Y VALORES INSTITUCIONALES

Para dar más claridad sobre la institución donde se va a realizar la propuesta de cuidado cabe mencionar que la política de calidad es *“brindar a los usuarios una atención humanizada, oportuna segura, pertinente racional e integral; a través del mejoramiento continuo de los procesos, enfocando a la prevención y minimización del impacto de nuestras actividades sobre el ambiente”*. Además de mencionar también los valores institucionales que son: *integridad, lealtad, eficiencia, calidad técnica y humana, compromiso y seguridad*.²³

Aclarado lo anterior se puede tener la certeza que durante el desarrollo de la metodología propuesta se observa que no va en contravía a la política y valores institucionales, y que por el contrario gracias al producto final del trabajo de grado se contribuirá a brindar un cuidado de carácter humanizado, entendido como para el bienestar de los demás de acuerdo a una teorista de enfermería; brindando bases teóricas al ejercicio de la enfermería en el rol asistencial y administrativo, que en ningún momento incumplen o violan los valores institucionales.

²³ Política institucional, clínica Partenón. Bogotá –Colombia

7. RESULTADOS

7.1 ANÁLISIS DE LA OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE

Mediante una observación no participante, realizada durante la hora de visita a los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI adultos de la Clínica Partenón, se logró analizar y registrar los diferentes sentimientos, expresiones y palabras que se generaban a raíz de un proceso de hospitalización de su familiar y su experiencia en torno a dicho suceso.

Para muchos de los familiares que asisten a la visita programada en la UCI, esa experiencia no deja de significar un sinnúmero de sensaciones y sentimientos encontrados, que expresan a través de expresiones como: Movimiento constante de las manos, caminatas recurrentes en espacios cortos, observar a través del vidrio de la puerta, llanto, cautelosas sonrisas y sentimientos interpretados como: Ansiedad, inquietud, desespero, afán, enojo, angustia, temor, incertidumbre, silencio.

Todo lo anterior lo reflejan haciendo muchas veces una fila para entrar, para ser los primeros en ingresar a ver a su ser querido, y cuando se retrasa el ingreso están atentos a mirar a través del vidrio cual es el motivo de la demora, incluso hay muchos arriesgados que se lanzan a abrir la puerta e ingresar sin autorización para preguntar el motivo de la demora, aunque eso signifique una llamada de atención por parte de la persona encargada de controlar las visitas.

Son también, cantidad de palabras las encargadas de demostrar lo que sienten los familiares que esperan con temor e incertidumbre las noticias de la evolución de sus familiares, el desear estar cerca de ellos todo el tiempo, la puntualidad, o la anticipación con a que asisten esperando no desgastar o desperdiciar ni un minuto de aquella hora que es tan corta pero tan valiosa para ellos, siendo ésta, la hora que calma el desasosiego de cada día en los que esperan incansablemente y hacen cantidad de esfuerzos para estar allí cerca de los suyos.

Expresiones de incertidumbre y constates dudas, generadas a raíz de su experiencia; palabras de inconformidad por la poca o nula información, que los hace aferrarse a tan sólo cinco o diez minutos en los que por fin tendrá contacto con el médico para tener alguna respuesta o evolución sobre la situación de salud de sus familiares. Son minutos eternos para ellos, aquellos que esperan para ver a su pacientes, para tener algún contacto con ellos, sin entender y haciéndose constantemente la misma pregunta de el por qué tan poco tiempo, el por qué de tan sólo un familiar y el por qué de que sean únicamente familiares los que puedan

ingresar a ver a los pacientes, argumentando la necesidad de que sean visitados por amigos o otras personas constituyentes del entorno social de ellos.

De anécdota en anécdota, contadas entre las diferentes familias, entre llanto y sonrisas pasajeras se pasa el tiempo en el que esperan para ver a sus familiares; todos expresan diferentes situaciones y sentimientos en grupo, sintiendo seguridad de expresión, sin temor a opinar, porque lo único que los respalda es la inmensa preocupación que les da el valor para expresar lo que sienten.

7.2 RESULTADOS DE LA ENTREVISTA

La entrevista se realizó de acuerdo a lo planeado, presentándonos a las familias antes de abordarlas y manifestándoles la opción de si querían ó no responder las preguntas, dando libre participación en ellas y diciéndoles que eran con el fin de mejorar la atención brindada por el personal de la UCI, ante lo cual ninguna de las familias se negó a participar, logrando entablar una charla corta pero muy natural en el sillón de la sala de espera de la UCI. Se logro extraer lo siguiente ante cada una de las preguntas formuladas:

1. ¿Qué piensa sobre esta situación que está viviendo?

- La mayoría de las respuestas apuntaron a definirla como demasiado difícil.
- También manifestaron que era muy triste, inesperada, incomprensible, y grave
- Otras familias manifestaron que era terrible y desagradable, y que generaba en ellos un sentimiento de impotencia, porque se había demorado mucho tiempo en dar con el diagnostico de su familiar.

2. ¿Cómo han afrontado la situación de tener un familiar en UCI?

- Con paciencia, fe y esperanza fue la respuesta más común complementando que la unión entre los miembros de la familia era la mejor manera de afrontarlo. Esperando que de pronto “hoy sí”, haciendo alusión con su lenguaje no verbal a que se podría ir para habitación en piso.
- También manifestaron que con entereza, calma, y resignación, siendo realistas ante cualquier noticia y/o desenlace.

- Con tranquilidad, que esperaban también transmitírsela a su familiar hospitalizado.
- Otros manifestaron que ya se habían acostumbrado un poco a la situación, “confiando en la voluntad de Dios y en la sabiduría de los médicos”

3. ¿Qué dudas tienes frente a la hospitalización de su familiar?

- Varias familias dijeron que no tenían ninguna duda, y sustentaron que todo había sido tan rápido que quedaron estupefactos y no habían aun “aterrizado” para hacer preguntas.
- Otros manifestaron el porqué de no actuar rápido, ¿porque habían esperado a que los exámenes salieran mal para hacer algo?, y se mostraban molestos ante el hecho de tener que recordar estos malos momentos.
- También preguntaron ¿por qué tan corto el tiempo de visita? y la restricción ante la entrada de personas.
- Otra familia fue muy enfática en preguntar si ¿se iba a recuperar ó no?
- ¿Cuál es el tratamiento adecuado?, ¿Por qué un medico nos dice una cosa y otro sale con otra?,” tenemos todas las dudas del mundo”
- También manifestaron incertidumbre que en algún momento su familiar se pueda sentir solo ó sola.

4. ¿Qué temores tiene frente a la hospitalización de su familiar?

- Todas las familias abordadas coincidieron en que le tienen miedo a que su familiar muera, a que fallezca inesperadamente.
- A que se empeore, no salga bien, tenga complicaciones y no se pueda recuperar.
- También manifestaron el temor a que su familiar no los pueda oír ni entender lo que ellos le dicen.
- “Dejarlo a la deriva tanto tiempo, sin saber si esta ó no en buenas manos y le estén haciendo lo debido”
- Que les den una mala noticia.

5. ¿Cómo le gustaría que atendieran a los familiares de pacientes hospitalizados en UCI?

- Algunas familias dijeron que la atención recibida en la UCI estaba bien y había sido correcto en cuanto a la información y agilidad, “todo ha sido muy ético”.
- Otros manifestaron que les importaba más la atención que le brindarían a su familiar hospitalizado allí, aunque en tiempos tan críticos se necesitaba más tiempo para compartir con sus seres queridos.
- Plantearon que fueran más abiertos con ellos y les brindarían la posibilidad de hacer algo por sus seres queridos: involucrándolos en el tratamiento, mediante la comunicación y un mejor y mayor acceso en la interacción familia-paciente.
- Que los mantuvieran informados de todo lo que pasa con su familiar, y que las cosas que dicen se cumplan tal cual cómo se las explican cuando dan la información diaria.
- Que fueran más humanos y dejaran entrar familiares y amigos que vienen de lejos, así se exceda el número de personas en la visita, “que se pongan en los zapatos nuestros”, “haber que harían si fuera su familiar el que está hospitalizado”.
- Hubo muchas respuestas de queja hacia otros servicios de la clínica por la demora, y falta de actuación por parte del personal asistencial, pero cuando se referían a UCI manifestaban que hasta ahora les había parecido bien.

7.3 NECESIDADES EXTRAIDAS

- ✓ Hay sufrimiento por el hecho de dejar a su ser querido solo sin el acompañamiento de su familia la mayor parte del día.
- ✓ Existe preocupación por el estado general de su ser querido, por saber como esta, porque todos los recursos y atenciones se dirijan a aquel ser y no hacia los familiares, ellos mismos se relegan a un segundo plano, siendo más importante su familiar hospitalizado.
- ✓ Alto grado de ansiedad por entrar a la UCI y poder encontrarse con su ser querido, y que este encuentro dure el mayor tiempo posible.

- ✓ Mucha curiosidad por saber que está pasando al interior de la UCI, por conocer la evolución diaria de su familiar.
- ✓ Requerimiento espiritual en donde muchas veces desean que ingrese un sacerdote y realice una oración por su familiar hospitalizado.
- ✓ Necesidad de que los tiempos de visita sean respetados y no se demore tanto el ingreso a la UCI, ó que los mantengan informados sobre porque la demora, y calmen esa incertidumbre que muchas veces desesperante.
- ✓ Necesidad de que se permita el ingreso de más personas en el momento de la visita.
- ✓ Necesidad de que se utilice un lenguaje claro y entendible que explique la situación clínica de sus seres queridos.
- ✓ Necesidad de que los diferentes procesos realizados a sus familiares sean bien explicados y no se deje nada por entendido, sin que así haya sido.
- ✓ Necesidad de información constante sobre sus familiares, no solamente durante el momento de la visita sino en el transcurso del día.
- ✓ Necesidad de ser escuchados acerca de muchos interrogantes que surgen a diario, sobre cada una de las cosas que ellos ven que está pasando con sus seres queridos.
- ✓ Que se brinde oportunidad y agilidad en la atención por parte del personal asistencial en los diferentes servicios de la clínica.
- ✓ Respeto en todo momento por el sufrimiento ajeno al tener un ser querido en una situación crítica de salud.
- ✓ Necesidad de trato digno y humanizado en todo momento hacia el paciente críticamente enfermo.
- ✓ Necesidad de compasión por parte del personal asistencial, entendida ésta como la capacidad de ponerse en el lugar y la situación del otro.
- ✓ Necesidad de que el personal de UCI transmita compañía y fortaleza al paciente en todo momento, así como lo trasmiten los propios familiares en el momento de la visita.

- ✓ Necesidad de permitir el ingreso de pequeños elementos, cartas y afiches de significancia especial para el paciente, para hacerlo sentir con una compañía permanente: como en casa.
- ✓ Necesidad de ser tenidos en cuenta y/o involucrarlos en la terapéutica de su familiar, de cualquier manera.

7.4 RESULTADOS DEL TALLER REALIZADO CON LOS ENFERMEROS DE LA UCI ADULTOS DE LA CLÍNICA PARTENÓN

El taller se realizó de acuerdo a lo planeado, contando con la participación de los cuatro enfermeros (as) asistenciales de UCI de todos los turnos, Yeimi Miguez, Diana Carolina Paez, Leonardo Tovar y además de la coordinadora del Departamento de Enfermería, Lorena Quintero Sacipa. El enfermero proponente del turno de la tarde hizo la introducción presentando a la enfermera proponente a sus demás compañeros, creando un ambiente de empatía y diálogo.

Mediante el taller realizado con los enfermeros jefes de la UCI adultos de la Clínica Partenón, se dieron a conocer los objetivos de la Propuesta de cuidado, además de orientarlos acerca de la Teoría de Cuidado de Kristen Swanson, y cómo ésta se constituía en el sustento principal para la elaboración de la propuesta de cuidado.

Después de socializar los diferentes objetivos y pasos a seguir con la propuesta, exponer los resultados alcanzados con la observación y la entrevista, y las necesidades identificadas y clasificadas en las proposiciones de cuidado de Swanson; se dio vía libre a escuchar a cada uno de ellos, rescatando los diferentes aportes con respecto al cuidado de los familiares de los pacientes hospitalizados, de acuerdo a sus diferentes experiencias de cuidado; mediante los cuales se logró crear estrategias de acuerdo a las necesidades extraídas, como fueron las siguientes:

- ✓ Ser más prudentes con actividades o acciones que denoten falta de compasión hacia el familiar y su paciente hospitalizado como el uso indiscriminado de celulares durante la atención, incluyendo sus timbres a alto volumen, conversaciones o festejos de grupo, (escuchar música).
- ✓ Evitar tener el cubículo con la cortina cerrada la mayor cantidad de tiempo posible, lo que evitará que el paciente se sienta solo y el familiar lo perciba

de esta manera, permitirá tener un mayor contacto visual con el paciente, y evitará que el familiar al ingreso a la unidad se sienta temor al ingresar al cubículo.

- ✓ Al momento de ingresar el paciente en la unidad, el enfermero@, debe explicar las diferentes normas de la UCI mediante un diálogo sencillo y claro aprovechando la comodidad de la sala de espera, verificando si estas han sido comprendidas, además de aclarar sus diferentes dudas.
- ✓ En el mismo momento del ingreso a UCI, gestionar una conversación de los familiares con el médico de turno que pueda explicar y dar un pequeño parte de la situación de salud, logrando con esto disminuir un poco la ansiedad y angustia que ellos pueden estar experimentando.
- ✓ Permitir que el familiar acompañante se pueda despedir de su paciente en el momento de ingreso a la UCI, explicando las normas y horas de visita sin importar la hora.
- ✓ Estandarizar un protocolo guía personalizado para los familiares en el momento de ingreso a la Unidad, con el fin de orientarlos acerca de las normas de la UCI, la ubicación del cubículo correspondiente de su paciente, las condiciones en que lo puede encontrar (con lenguaje sencillo y claro) y sobre la importancia y la razón de usar todos los elementos de protección como lavado de manos, uso de tapabocas, bata y guantes en caso necesario. Este papel guía puede ser distribuido entre la auxiliar de enfermería encargada de visitas y el enfermero del turno correspondiente.
- ✓ Explicar a los familiares previo al momento del ingreso y durante el momento de la visita la importancia de hablarle, tocarle y acariciar sin miedo a sus familiares hospitalizados, con el ánimo de hacerlos participes en el cuidado diario, transmitiendo seguridad de que su familiar esta “vivo” y los está escuchando; estando prestos a resolver inquietudes y temores que puedan surgir durante este proceso.
- ✓ Poner a los familiares a hacer actividades con los pacientes, explicando adecuadamente la forma de hacerlas, como leerle, aplicarle crema, realizarle masajes, actividades de aseo personal como el cepillado de los dientes, afeitado, peinado, corte de uñas, entre muchas otras actividades que pueden realizar con cuidado los familiares, permitiendo que ellos se sientan útiles, y parte importante del cuidado y terapéutica de sus familiares

hospitalizados; creando y favoreciendo un vínculo familiar mucho más fuerte.

- ✓ Crear y asignar un buzón de sugerencias ubicado en la sala de espera, con el fin de que los familiares puedan expresar de forma espontánea lo que sienten y quizás no se atreven a decir con palabras, dando opción de colocar ó no su nombre. Logrando además con esto extraer más necesidades en las cuales se pueda también intervenir.
- ✓ Manejar con prudencia los diferentes comentarios y la información, por parte del grupo de enfermería, en el momento del cuidado, independiente del estado de sedación del paciente.
- ✓ El enfermero (a) jefe y las auxiliares de enfermería, deben estar totalmente disponibles en el momento de la visita, con el fin de cuidar también de los familiares de sus pacientes a cargo, con el fin de aclarar sus diferentes dudas, ayudarlos en su proceso de duelo y acudirlos en sus diferentes necesidades durante el tiempo de visita.
- ✓ Dejar ingresar objetos de importancia especial, que sean de fácil desinfección y limpieza, para que los familiares expresen sus diferentes sentimientos a los pacientes y así se sientan más tranquilos. (imágenes religiosas, tarjetas, esquelas, pequeñas bombas, radios, televisores).
- ✓ Permitir el ingreso de sacerdotes y personas de especial importancia, así no sean familiares, logrando flexibilidad en el ingreso de los visitantes.
- ✓ Garantizar mediante que el grupo de enfermería mantenga siempre una adecuada presentación personal, que genere confianza y seguridad a los familiares de dejar a sus familiares críticamente enfermos su cargo. Así como respeto por la dignidad del otro siendo educados al momento del ingreso a la visita, evitando llamados como “no entre”, “no haga”, y cambiándolos por cortas pero sencillas frases educativas.
- ✓ Modificar el horario de visita en la mañana, proponiendo que sea de una hora como en la tarde, siendo de 11 a 12am.
- ✓ Crear un espacio de información médica también en la mañana, permitiendo que los familiares estén más informados acerca de lo que pasa con sus pacientes.

- ✓ Generar flexibilidad en los horarios permitiendo en la medida de lo posible dar 5 o 10 minutos más de la hora establecida, pidiendo de forma cordial la salida de la UCI para la información médica.
- ✓ Permitir de acuerdo a la complejidad de la patología del paciente y en la medida de lo posible, que puedan ingresar dos visitantes al mismo tiempo creando mayor seguridad y apoyo entre ellos.
- ✓ Incentivar entre el personal auxiliar y los colegas el hábito de reflejar su trabajo en la presentación y cuidado del paciente, logrando con esto que cuando los familiares ingresen se encuentren que su familiar enfermo se encuentra: “en buenas manos”.
- ✓ Crear un folleto sencillo de bienvenida a la UCI sobre lo que pueden hacer los familiares en la hora de visita y lo que no es recomendable que realicen, haciendo énfasis que tengan plena certeza de preguntar al personal de enfermería, brindando disposición de atenderlos y guiarlos en todo momento.

8. ESTRATEGIAS PARA EL BIENESTAR DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI ADULTOS CLINICA PARTENON

MANTENER LA FE	ESTAR CON	HACER POR	POSIBILITAR
<p>En el mismo momento del ingreso a UCI, gestionar una conversación de los familiares con el médico de turno que pueda explicar y dar un pequeño parte de la situación de salud, logrando con esto disminuir un poco la ansiedad y angustia que ellos pueden estar experimentando.</p>	<p>Crear y asignar un buzón de sugerencias ubicado en la sala de espera, con el fin de que los familiares puedan expresar de forma espontanea lo que sienten y quizás no se atreven a decir con palabras, dando opción de colocar ó no su nombre. Logrando además con esto extraer más necesidades en las cuales se pueda también intervenir.</p>	<p>Ser más prudentes con actividades o acciones que denoten falta de compasión hacia el familiar y su paciente hospitalizado como el uso indiscriminado de celulares durante la atención, incluyendo sus timbres a alto volumen, conversaciones o festejos de grupo, (escuchar música).</p>	<p>Al momento de ingresar el paciente en la unidad, el enfermero@, debe explicar las diferentes normas de la UCI mediante un diálogo sencillo y claro aprovechando la comodidad de la sala de espera, verificando si estas han sido comprendidas, además de aclarar sus diferentes dudas.</p>
<p>Explicar a los familiares previo al momento del ingreso y durante el momento de la visita la importancia de hablarle, tocarle y acariciar sin miedo a sus familiares hospitalizados, con el ánimo de hacerlos partícipes en el cuidado diario, transmitiendo seguridad de que su familiar esta “vivo” y los está escuchando; estando prestos a resolver inquietudes y temores que puedan surgir</p>	<p>El enfermero (a) jefe y las auxiliares de enfermería, deben estar totalmente disponibles en el momento de la visita, con el fin de cuidar también de los familiares de sus pacientes a cargo, con el fin de aclarar sus diferentes dudas, ayudarlos en su proceso de duelo</p>	<p>Evitar tener el cubículo con la cortina cerrada la mayor cantidad de tiempo posible, lo que evitará que el paciente se sienta solo y el familiar lo perciba de esta manera, permitirá tener un mayor contacto visual con el paciente, y evitará que el familiar al ingreso a la unidad se sienta temor al ingresar al cubículo.</p>	<p>Crear un folleto sencillo de bienvenida a la UCI sobre lo que pueden hacer los familiares en la hora de visita y lo que no es recomendable que realicen, haciendo énfasis que tengan plena certeza de preguntar al personal de enfermería, brindando disposición de atenderlos y guiarlos en todo momento.</p>

durante este proceso.	y acudirlos en sus diferentes necesidades durante el tiempo de visita.		
Poner a los familiares a hacer actividades con los pacientes, explicando adecuadamente la forma de hacerlas, como leerle, aplicarle crema, realizarle masajes, actividades de aseo personal como el cepillado de los dientes, afeitado, peinado, corte de uñas, entre muchas otras actividades que pueden realizar con cuidado los familiares, permitiendo que ellos se sientan útiles, y parte importante del cuidado y terapéutica de sus familiares hospitalizados; creando y favoreciendo un vínculo familiar mucho más fuerte.	Garantizar que el grupo de enfermería mantenga siempre una adecuada presentación personal, que genere confianza y seguridad a los familiares de dejar a sus familiares críticamente enfermos su cargo. Así como respeto por la dignidad del otro siendo educados al momento del ingreso a la visita, evitando llamados como “no entre”, “no haga”, y cambiándolos por cortas pero sencillas frases educativas.	Poner a los familiares a hacer actividades con los pacientes, explicando adecuadamente la forma de hacerlas, como leerle, aplicarle crema, realizarle masajes, actividades de aseo personal como el cepillado de los dientes, afeitado, peinado, corte de uñas, entre muchas otras actividades que pueden realizar con cuidado los familiares, permitiendo que ellos se sientan útiles, y parte importante del cuidado y terapéutica de sus familiares hospitalizados; creando y favoreciendo un vínculo familiar mucho más fuerte. Manejar con prudencia los diferentes comentarios y la información, por parte del grupo de enfermería, en el momento del cuidado, independiente del estado de sedación del paciente.	Estandarizar un protocolo guía personalizado para los familiares en el momento de ingreso a la Unidad, con el fin de orientarlos acerca de las normas de la UCI, la ubicación del cubículo correspondiente de su paciente, las condiciones en que lo puede encontrar (con lenguaje sencillo y claro) y sobre la importancia y la razón de usar todos los elementos de protección como lavado de manos, uso de tapabocas, bata y guantes en caso necesario. Este papel guía puede ser distribuido entre la auxiliar de enfermería encargada de visitas y el enfermero del turno correspondiente.
Permitir el ingreso de sacerdotes y personas de especial importancia, así no sean familiares, logrando flexibilidad en el ingreso de los visitantes.	Crear un folleto sencillo de bienvenida a la UCI sobre lo que pueden hacer los familiares en la hora de visita y lo que no es recomendable que realicen, haciendo énfasis	En el momento del ingreso a UCI, gestionar una conversación de los familiares con el médico de turno que pueda explicar y dar un pequeño parte de la situación de salud, logrando con esto disminuir un poco la ansiedad y angustia que ellos pueden estar experimentando.	Permitir que el familiar acompañante se pueda despedir de su paciente en el momento de ingreso a la UCI, explicando las normas y horas de visita sin importar la hora.

	que tengan plena certeza de preguntar al personal de enfermería, brindando disposición de atenderlos y guiarlos en todo momento.	<p>Modificar el horario de visita en la mañana, proponiendo que sea de una hora como en la tarde, siendo de 11 a 12am.</p> <p>Crear un espacio de información médica también en la mañana, permitiendo que los familiares estén más informados acerca de lo que pasa con sus pacientes.</p>	
Dejar ingresar objetos de importancia especial, que sean de fácil desinfección y limpieza, para que los familiares expresen sus diferentes sentimientos a los pacientes y así se sientan más tranquilos. (imágenes religiosas, tarjetas, esquelas, pequeñas bombas, radios, televisores).		Dejar ingresar objetos de importancia especial, que sean de fácil desinfección y limpieza, para que los familiares expresen sus diferentes sentimientos a los pacientes y así se sientan más tranquilos. (Imágenes religiosas, tarjetas, esquelas, pequeñas bombas, radios, televisores).	Permitir de acuerdo a la complejidad de la patología del paciente y en la medida de lo posible, que puedan ingresar dos visitantes al mismo tiempo creando mayor seguridad y apoyo entre ellos.
Permitir de acuerdo a la complejidad de la patología del paciente y en la medida de lo posible, que puedan ingresar dos visitantes al mismo tiempo creando mayor seguridad y apoyo entre ellos.		Permitir de acuerdo a la complejidad de la patología del paciente y en la medida de lo posible, que puedan ingresar dos visitantes al mismo tiempo creando mayor seguridad y apoyo entre ellos.	Dejar ingresar objetos de importancia especial, que sean de fácil desinfección y limpieza, para que los familiares expresen sus diferentes sentimientos a los pacientes y así se sientan más tranquilos.
		Generar flexibilidad en los horarios permitiendo en la medida de lo posible dar 5 o 10 minutos más de la hora establecida, pidiendo de forma cordial la salida de la UCI para la información médica.	

9. CONCLUSIONES

- ✓ El desarrollo de este trabajo constituyó una experiencia de vida más, permitió enriquecer nuestras profesiones a través del reconocimientos de las familias de los paciente que ha diario tenemos a nuestro cuidado, como instrumentos más de cuidado, de vida, salud y bienestar.
- ✓ Mantener la fe, conocer, hacer por, estar con y posibilitar, son procesos de cuidado por medio de los cuales los pacientes críticos y sus familias pueden lograr el bienestar.
- ✓ El desarrollo de la práctica de enfermería guiada por el referente teórico de la profesión, permite enlazar los componentes y brindar un cuidado integral a los sujetos de cuidado y sus familias.
- ✓ Proponer cuidados a las familias es de suma importancia para la disciplina de enfermería ya que enriquece cuerpo de conocimientos y refuerza su razón de ser.
- ✓ La propuesta de cuidado creada, favorece que la teoría para el bienestar de los demás de Swanson se pueda generalizar a diversos campos de la enfermería.
- ✓ Mediante la participación grupal, se logro un fortalecimiento importante de los objetivos y orientación previamente planteados para el desarrollo de la propuesta.
- ✓ La combinación entre los proceso de observación, encuestas directas, análisis bibliográfico, y la participación de todo el grupo de enfermería, permitieron que los planteamientos de nuestra propuesta se convirtieran no más que en la búsqueda por la satisfacción de muchas necesidades del paciente y todo el grupo familiar y de salud, que hacen parte indiscutible de su proceso Salud- enfermedad.
- ✓ Desarrollar una propuesta de cuidado con la participación de los sujetos de cuidado (Familiares de pacientes) y sus cuidadores (enfermeras os), facilita su futura implementación, ya que no es una propuesta impuesta, sino generada mediante un consenso desde sus propias experiencias.
- ✓ La futura implementación y evaluación de la propuesta de cuidado permitirá establecer la importancia de llevar el sustento teórico a la labor diaria del profesional de enfermería en la UCI.

BIBLIOGRAFIA

ALARCÓN NELLY GARZÓN, BEATRIZ PEÑA RIVEROS, GLORIA ARANGO BAYER, OSCAR WILLIAM AGUINAGA, ROSA YOLANDA MUNÉVAR, ROSIBEL PRIETO SILVA. Recomendaciones éticas para las investigaciones en la facultad de enfermería de la universidad nacional de Colombia. Bogotá. 2008.

ALVAREZ, RIVERA LUZ NELLY. TRIANA, ÁLVARO. Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería en la Clínica de Country. Revista, Avances en Enfermería. Vol., xxv. N. 1 enero – junio 2007

ARROYO GRACIELA DE CORDERO. Humanismo en Enfermería. Revista de Enfermería IMSS 2000; 8 (2):61-63.

AYALA, DIAZ VIVIANA PAOLA. NIETO, CARLOS ARTURO. Cuidado de enfermería a la mujer histerectomizada y su pareja. Modalidades de cuidado II. Universidad de la sabana. Facultad de enfermería. Marzo. 2010.

BÁEZ-HERNÁNDEZ, FRANCISCO JAVIER; NAVA-NAVARRO, VIANET; RAMOS-CEDEÑO, LETICIA; MEDINA-LÓPEZ, OFELIA M. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Revista Aquichan, Universidad de La Sabana. Colombia. Vol. 9, Núm. 2, pp. 127-134. Agosto 2009.

CALDERÓN, CARLOS. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud. (ICS): Apuntes para un debate necesario). Rev. Esp. Salud Pública. Septiembre-Octubre 2002 No.5. 76:473-482.

CASTILLO, EDELMIRA. VÁSQUEZ, Martha Lucía. El Rigor Metodológico en la Investigación cualitativa. En: Colombia Médica 2003; 34: 164-167.

DURAN DE VILLALOBOS, MARÍA MERCEDES. Patrones de Conocimiento de Enfermería En: Enfermería Desarrollo Teórico e Investigativo. 2001. Páginas 26-38.

GONZÁLEZ ÁVILA, MANUEL. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. Universidad San Carlos de Guatemala. Boletín: Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación para el Desarrollo Sostenible.

JOSIANE DE JESUS MARTINS. DIRCE STEIN BACKES. RENATA DA SILVA CARDOSO. ALACOQUE LORENZINI RDMANN. GELSON LUIZ DE

ALBUQUERQUE. Re significando La humanización desde el Cuidado en el Curso de Vivir Humano. Revista de enfermería. UERJ, Rio de Janeiro, abr/jun 2008.

POLIT, DENISE y HUNGLER, BERNADETTE. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Méjico: Nueva Editorial 2005.

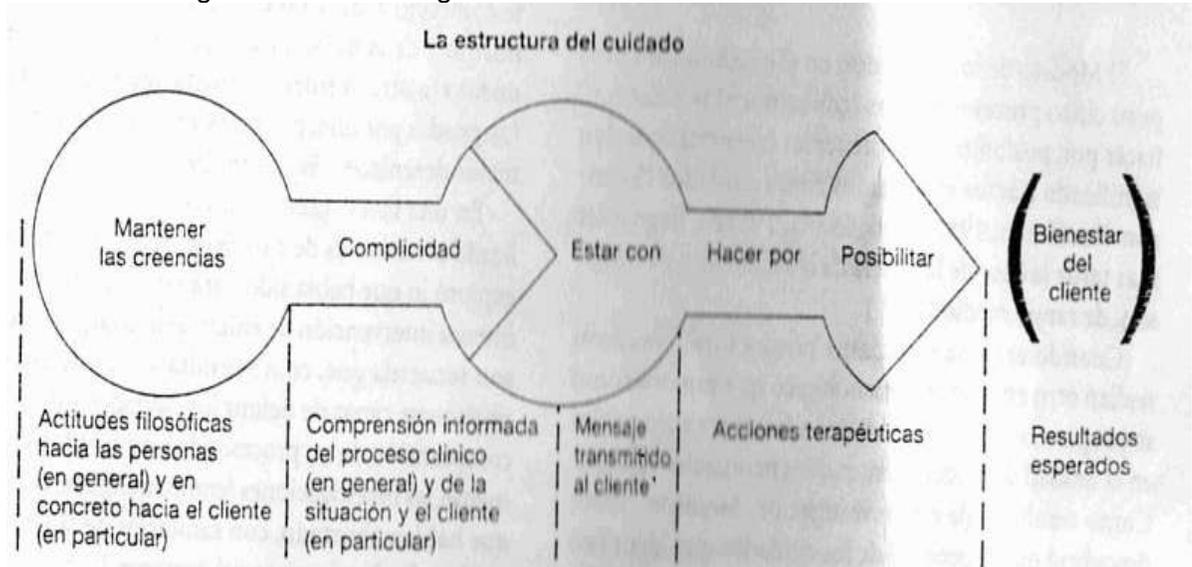
KRISTEN, M. SWANSON, FAAN, y DANUTA WOJNAR M. Curación óptima Ambientes en Enfermería la revista de medicina alternativa y complementaria. Volumen 10, Suplemento 1, 2004, págs. S-43-S-48. Mary Ann Liebert, Inc.

URBINA Omayda LAZA, AMÉRICA PÉREZ SÁNCHEZ. JUANA ELSA DELGADO MORENO. XIOMARA MARTÍN LINARES. El modelo de actuación de Enfermería y su valor humanista. Escuela Nacional de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. Cuba. 2003

WATSON. JEAN. Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.

ANEXOS

Anexo N.1 La estructura del cuidado. Tomado de Swanson, Kristen M. Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others.



Anexo N° 2. Entrevista abierta para aplicar a familiares

ENTREVISTA FAMILIARES DE PACIENTES EN UCI

Las preguntas se dirigen a explorar qué significa para los familiares del paciente crítico tener a sus familiares hospitalizados en UCI?, también son encaminadas a conocer que necesidades de cuidado tienen los familiares.

1. *¿Qué piensa sobre esta situación que está viviendo?*
2. *¿Cómo han afrontado la situación de tener un familiar en UCI?*
3. *¿Qué dudas tienes frente a la hospitalización de su familiar?*

4. ¿Qué temores tiene frente a la hospitalización de su familiar?

5. ¿Cómo le gustaría que atendieran a los familiares de pacientes hospitalizados en UCI?

Anexo N°3. Instrumento realizado por Kristen Swanson con base en la Caring Professional Scale en 2001.

PREGUNTA	SI	NO
DURANTE EL CUIDADO BRINDADO POR LA ENFERMERA (o) USTED:		
1. La Enfermera (o) tuvo una actitud positiva <i>(Mantener la fe)</i>		
2. La Enfermera (o) fue cortés con usted. <i>(Mantener la fe)</i>		
3. La Enfermera (o) conoció su(s) preocupaciones <i>(Mantener la fe)</i> .		
4. la enfermera (o) la (los) motivó para salir adelante. <i>(Mantener la fe)</i>		
5. se sintió importante para la enfermera(o). <i>(Conocer)</i>		
6. La Enfermera (o) estuvo pendiente de usted. <i>(Conocer)</i> .		
7. La sintió cercana emocionalmente. <i>(Estar con)</i> .		
8. sintió que La Enfermera (o) escuchó sus necesidades. <i>(Estar con)</i> .		
9. la hizo sentir cómoda. <i>(Hacer por)</i> .		
10. La Enfermera (o) fue suave con usted. <i>(Hacer por)</i>		
11. le pareció que La Enfermera (o) sabía cómo cuidarla <i>(Hacer por)</i> .		
12. La Enfermera (o) fue respetuosa con usted. <i>(Hacer por)</i> .		
13. La Enfermera (o) la brindó información clara. <i>(Permitir)</i> .		
14. Se sintió Apoyada. <i>(Permitir)</i> .		
15. se sintió cuidada <i>(Todas)</i>		