

MARTHA ADIELA LOPERA BETANCUR

Informe de investigación para optar al título de magíster en enfermería

Asesora Constanza Forero Pulido Docente Facultad de Enfermería

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Medellín, 2007

Tabla de contenidos

AGRADECIMIENTOS .	1
RESUMEN .	3
INTRODUCCIÓN .	5
CONTEXTO .	7
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA . .	9
..	13
2. OBJETIVOS . .	15
2.1 OBJETIVO GENERAL .	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .	15
..	17
3. REFENTE TEÓRICO .	19
3.1 BÚSQUEDA DE ATENCIÓN .	19
4. METODOLOGIA .	23
4.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .	24
4.1.1. Descripción del escenario y los participantes: .	24
4.1.2 Observaciones .	25
4.1.3 Entrevistas .	25
4.2 ANÁLISIS .	26
4.3 CRITERIOS DE RIGOR .	27
4.4 ASPECTOS ÉTICOS .	28
5. RESULTADOS . .	29
5.1 CIRCUNSTANCIAS .	29
5.1.1 Significado .	32
5.1.2 EMOCIÓN . .	37
5.2 NECESIDADES .	41
5.2.1 Soluciones . .	42

5.2.2 Compañía .	43
5.2.3 Transporte . .	46
5.2.4 Seguridad de no correr riesgos .	47
5.2.5 Tranquilidad “hacer todo lo que se pueda . .	48
5.3 REACCIÓN AUTOMÁTICA .	49
5.3.1 Intentar soluciones . .	50
5.3.2 Asignación de tareas .	51
CONCLUSIONES . .	59
RECOMENDACIONES. . .	63
BIBLIOGRAFIA .	65

AGRADECIMIENTOS

A mis padres que me enseñaron a cuidar y a no rendirme, a mi hermano que me enseña a buscar las metas, a mi hermana que me enseña de fe.

A mi asesora Constanza Forero P, por creer en mí.

A mis compañeros y profesores de la maestría por su amistad.

A los estudiantes del seminario de Flexibilización Catalina Martínez, Claudia Posada, y a todos los del grupo de investigación de emergencias y desastres de la Facultad de enfermería.

Agradecimiento especial a las profesoras Luz Estella Varela y Lucelly García, por su colaboración.

RESUMEN

El objetivo es comprender las situaciones por las cuales las personas solicitan atención de urgencias desde la casa.

La metodología fue utilizar el enfoque etnográfico particularista. La información fue recolectada con entrevistas y observaciones a adultos que recibieron atención urgente en la casa, en Medellín entre enero de 2005 y diciembre de 2006.

Se encontraron tres categorías denominadas circunstancias, necesidades y reacción automática.

Circunstancias, es el evento de salud que altera la cotidianidad unido a situaciones alrededor, al significado dado al autodiagnóstico y a la emoción. El autodiagnóstico nace de la valoración y del conocimiento que a su vez depende de la experiencia propia o ajena.

Las necesidades surgen del significado, las encontradas fueron soluciones; compañía; seguridad, transporte y tranquilidad. Las reacciones automáticas se refieren a acciones para solucionar la situación y la asignación automática de tareas entre quienes rodean el paciente.

Se concluye que el conocimiento, nace por las experiencias previas, facilita nombrar lo que pasa, y hace que se tomen las medidas necesarias para solucionar la situación. Muchas de las situaciones que hacen pedir ayuda de urgencias están enmarcadas en el temor a la muerte.

Las personas tienen una idea del cuidado de enfermería, buscan profesionales de la enfermería para que solucionen sus dudas, situaciones de urgencia y los acompañen. Lo que es importante para la creación de programas de enfermería en este contexto.

El informe contiene el planteamiento del problema, los referentes teóricos, la metodología, y los resultados. Además las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

INTRODUCCIÓN

Este estudio pretende comprender los procesos culturales implícitos en las situaciones por las cuales las personas solicitan atención urgente en casa. Con el propósito de proponer bases para el diseño de programas de cuidado de enfermería urgente en la casa.

Las personas tienen necesidades de atención en salud consideradas por ellas como urgentes, entre éstas se encuentran algunas que pueden ser atendidas por la enfermera, generalmente son consideradas como no urgentes por el sistema prehospitario y al no ser satisfechas producen angustia en los pacientes, agravan los problemas de salud y promueven la demanda permanente de solicitud de nuevas atenciones, aumentando costos y generando insatisfacción en el usuario.

Para el estudio se utilizó el enfoque etnográfico el cual sugiere la realización de observaciones en las casas donde se realizó la atención de urgencia y entrevistas que suministraron información acerca de las situaciones que conducen a solicitar atención de urgencia en la casa. Los resultados dan cuenta de una realidad que se vive en el país y más específicamente en la ciudad de Medellín.

En la medida en que se comprendan estos procesos culturales, desde la mirada del otro, es más viable la planificación de estrategias que respondan a las demandas sociales y permitan desarrollar programas y proyectos de enfermería de cuidado urgente en casa.

Este informe contiene una descripción del contexto donde se realiza el estudio, los referentes teóricos que se completan en la fase de análisis con otras fuentes bibliográficas que se presentan concomitantes con los hallazgos. En los resultados muestra las razones que hacen que una persona consulte a urgencias domiciliarias, cuales son las situaciones y reacciones en estos momentos, la dinámica de su decisión y que podría hacer el profesional de enfermería en este contexto.

En los hallazgos se incluyen algunos fragmentos cortos de diarios de campo de observaciones y entrevistas. Al final se hacen algunas reflexiones que servirán para futuros estudios y en la práctica del cuidado urgente en casa.

CONTEXTO

Atención en el domicilio

La atención de urgencias domiciliarias ha evolucionado en el transcurso de las últimas décadas. En los años 50 la realizaba el médico general quien cargaba en su maletín todo lo necesario para poder brindar la atención, desplazándose hacia el lugar en que lo necesitaran. Posteriormente, con el desarrollo de la asistencia hospitalaria moderna, es en el hospital donde se concentra la atención, esta fase ha sido modificada en la mayoría de los países, por las dificultades económicas y de accesibilidad a la atención, volviéndose a la estrategia de atención en el domicilio, lo que representa beneficio económico y de comodidad para los pacientes.

El domicilio como escenario de la atención domiciliaria representa beneficios en comparación con la atención en un hospital, algunos de ellos los muestra el análisis que hace Michael Foucault, en el libro el nacimiento de la clínica, él sostiene que “el hospital como las civilizaciones es un lugar artificial en el cual la enfermedad transplantada corre el riesgo de perder su rostro esencial altera la naturaleza propia de la enfermedad y la hace más difícilmente legible, además ¿Se pueden borrar las desagradables impresiones que causan en un enfermo, arrancando a su familia?

“El lugar natural de la enfermedad es el lugar natural de la vida, la familia: dulzura de cuidados espontáneos, testimonio de afecto, deseo común de curación...”¹ las personas que atienden a domicilio están en el espacio propio del paciente, lo cual hace que las reglas de la interacción cambien, puesto que el dueño de casa es el otro, allí el personal de la salud no podrá imponer sus horarios, ni sus normas de visita o convivencia. Parte del reto para los que llegan a atender en casa, es aceptar que las reglas las tiene la persona que está en su propio hogar y no quien llega, ya lo decía Foucault¹ la vocación de esta medicina a domicilio es necesariamente respetuosa, porque implica: observar a los enfermos, ayudar a la naturaleza sin hacerle violencia y esperar, confesando modestamente que faltan aún muchos conocimientos, aunque el autor se refiere con esta oración al respeto hacia la enfermedad, porque se entiende menos intervencionista la atención; se puede decir que el respeto es primordial hacia el paciente en su casa, no solo como ser humano y enfermo sino además porque está en su casa.

Se entiende que en la casa de la persona que se va a atender, está su hogar además su familia. La atención en cercanía de las personas significativas para el paciente, implica trascender el modelo de considerar al paciente como un individuo y puede contribuir a que la atención sea más holística. En este punto Foucault¹ dice que la medicina de la percepción individual, de la asistencia familiar, de la atención a domicilio no puede encontrar apoyo sino en una estructura controlada colectivamente, en la cual está integrado el espacio social en su totalidad, forma nueva, y casi desconocida.

Cuidado en la casa

Dice Collière¹ “a medida que se constituye la vida de un grupo, nace todo un ritual, una cultura que programa y determina lo que se considera bueno o malo para la conservación de la vida”. Los cuidados para el mantenimiento de la vida han sido durante miles de años los cuidados más corrientes, los cuidados cotidianos son inicialmente prestados por la familia. Lo

¹ Collière M.F. promover la vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1993.p. 236, 230

que intenta la atención de enfermería en el domicilio es seguir prestando ese cuidado de una manera calificada y científica.

El cuidado urgente en casa se constituye en un reto para enfermería que busca escenarios encaminados a solucionar las necesidades de las personas, es posible que en contextos diferentes al hospital, el profesional de enfermería tenga una tarea de importancia.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las personas tienen necesidades de cuidados en salud consideradas por ellas como urgentes, piensan que su situación no da espera a una atención programada, porque sus condiciones físicas, psicológicas o sociales no se lo permiten.

Parece haber un desencuentro entre necesidades y satisfactores; entre la visión de necesidades de la persona y la del personal de salud. Este desencuentro es tanto teórico como práctico, en la revisión bibliográfica se encuentra más desarrollo en el tema de necesidades y menor en las situaciones que las enmarcan y en los satisfactores. No se encontró en la revisión preliminar al estudio reporte de investigaciones en Colombia que buscaran en las experiencias propias de quienes solicitaban atención urgente en casa el relato de aquello que los motivaba.

Este estudio intenta responder a la pregunta de la investigación ¿Cuáles situaciones hacen que las personas soliciten atención de urgencias desde su casa?

El tema de necesidades según Revilla ² “estuvo marcado en principio por preocupaciones económicas, por los elevados costos de los servicios sanitarios, más tarde la preocupación fue por la planificación para hacer predicciones en utilización y en el gasto sanitario. El mismo autor notó que pequeños grupos de hiper utilizadores eran los que consumían el mayor número de recursos, concluye: La necesidad es la que determina el uso de los servicios”, entendiendo ésta, como la percepción de un malestar,

² Revilla L. Necesidad, demanda y utilización. Modelos explicativos. En: Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Madrid: Doyma; 1991. p1-21. (Monografía clínica en atención primaria 7)

un síntoma o una enfermedad, que incita a la demanda.

La búsqueda de atención es el resultado de una necesidad, dice Lara “ciertas evidencias empíricas indican que las necesidades de salud desempeñan un papel importante en la utilización de los servicios de salud. Los diversos modelos teóricos para el estudio de la utilización de estos servicios reconocen la influencia de un componente subjetivo, que puede modificar su percepción”³ Sin embargo y según la misma autora el modelo que prima en la investigación es aquel que destaca el punto de vista del proveedor⁴. Hay otras situaciones por las cuales las personas buscan ser atendidas en la casa que son consideradas por el sistema de salud como no urgente, la necesidad de compañía, comprensión y aprobación entre otras.

Muchos profesionales de la salud se han preguntado que motivó realmente a una persona a buscar su ayuda, la duda crece cuando conocemos que no todas las molestias hacen consultar “Ni la mera presencia ni el carácter obvio de los síntomas ni su gravedad médica ni el malestar objetivo parecen diferenciar los episodios para los que se busca de aquellos para los que no se busca tratamiento profesional”

La mayoría de los trabajos que se han escrito aportan cifras sobre las situaciones que lleva a una persona a pedir atención médica urgente y generalmente parten de la mirada de los investigadores, pero muy pocas investigaciones se enfocan a los actores desde la necesidad de la atención urgente en la casa. Estudios como el de Zola⁵ muestra que hay varios patrones no fisiológicos que llevan a una persona a pedir asistencia médica:

- | | |
|---|----|
| Crisis interpersonal: la crisis hizo que consultara | 1. |
| Percepción de interferencia en relaciones | 2. |
| Coacción de la familia o un amigo | 3. |
| Percepción de interferencia con la actividad física o vocacional. | 4. |
| Especie de temporalización de los síntomas. | 5. |

El estudio de Zola⁵ concluye “lo que el paciente ya no toleraba más no eran los síntomas, sino una situación o percepción de implicación de los síntomas. Si se le da poca importancia al elemento detonante que obliga a la persona a consultar, es probable que la persona abandone el tratamiento”.

Comprender las situaciones por las cuales las personas solicitan atención urgente en casa, es pertinente socialmente en la medida en que posibilita: al conocer dichas situaciones proponer proyectos de cuidado de enfermería que mejoren las condiciones de vida de las comunidades.

Es urgencia médica toda situación que lleva al usuario a solicitar asistencia sin demora. No obstante, este término no tiene el mismo significado para pacientes, familiares y personal asistencial. Lo que para una persona no es urgente, puede ser

³ Lara F.N., Taméz G.S., Eibenschutz H.C, Morales E.S.L. Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos. En: Mercado F, Torres M. Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. México: Plaza y Valdés; 2000; 98,99.

considerado como tal para una segunda o tercera. Estas definiciones determinan la urgencia únicamente relacionada con situaciones físicas que pueden ocasionar alteraciones en el proceso vital de las personas, sin tener presentes las situaciones sociales, culturales, espirituales o emocionales que podrían generar en un usuario o su familia una necesidad de atención urgente. Este estudio pretende comprender todas esas situaciones que alteran lo cotidiano de las personas y que las impulsan a buscar atención urgente en casa.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Comprender las situaciones por las cuales las personas solicitan atención de urgencia en la casa.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar las principales situaciones del usuario y su familia que los llevan a solicitar atención de urgencias en la casa.

Comprender cuales son las necesidades de las personas cuando solicitan atención de urgencias en la casa.

Comprender el papel de la enfermería como miembro de la sociedad cuando se presenta una situación de urgencias en la casa.

3. REFENTE TEÓRICO

3.1 BÚSQUEDA DE ATENCIÓN

Se considera el servicio de atención urgente domiciliario, como el satisfactor a una necesidad frente a un problema de salud. Ésta es entendida en el nuevo paradigma como un concepto holístico positivo que integra todas las características del “bienestar humano”, que además concilia dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas “necesidades básicas” y el derecho a otras “aspiraciones” que todo ser humano y grupo desea poseer, es decir, que además de tener donde vivir, qué comer, donde acudir si se está enfermo y contar con trabajo remunerado, también necesita acceder a otros componentes de la salud tales como: los derechos humanos, la paz, la justicia, las opciones de vida digna, la calidad de esa vida, la posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer, de tener acceso al arte y a la cultura y en fin, de llegar a una vejez sin discapacidades y con plena posibilidad para continuar disfrutando la vida hasta que el ciclo vital se termine.

Lara⁴ definió un modelo donde la necesidad de salud desempeña un papel importante en la utilización de los servicios de salud, por eso la definición de necesidades es la clave para el inicio del proceso, puede partir del usuario o del profesional, esto nos muestra dos perspectivas: las necesidad normada y la sentida, siendo esta última la que

interesa al estudio.

Según la autora los modelos son los siguientes.

- Modelo que destaca el punto de vista del proveedor. 1.
- Modelo centrado en factores individuales y sociales, la utilización de servicios de salud se da como resultado de una relación de los individuos con su entorno, que pueden retardar o facilitar la búsqueda de atención o ayuda médica. 2.
- Modelo integrado: la necesidad se percibe desde el número de días incapacitado, auto percepción del estado de salud, hasta la necesidad percibida por el personal de salud. 3.
- Modelo antropológico: habla de las relaciones que establecen las clases organizadas en torno a un problema, analizan la auto percepción del sujeto en torno a una enfermedad y a los servicios de salud para explicar sus estrategias para enfrentar las enfermedades crónicas. 4.

Arredondo y Meléndez ⁴ proponen unos modelos de análisis diferentes a los de Lara "El proceso de atención en salud, se concibe primordialmente como dos cadenas de actividades y sucesos en los que participan -en forma paralela- el otorgante de la atención y el cliente. Las actividades que constituyen el proceso surgen como respuesta a una necesidad que generalmente se percibe como una alteración de la salud. Dicha necesidad está determinada en primera instancia por variables de carácter social y psicosocial, dependiendo del entorno del individuo".

Es importante analizar cuales son las razones para que una persona busque ayuda, conociendo que son variadas las formas en que se presenta su motivación, sus necesidades o aspiraciones. Cualquiera que sea su necesidad pretende satisfacerla con la atención de urgencias domiciliarias, por lo que es un reto conocerlas y brindarle la solución que estaba buscando.

NECESIDADES

En la actualidad no se habla de necesidades comunes a todos los seres humanos, a toda la humanidad y ni siquiera en una misma comunidad, en ese sentido es el argumento que hace Boltvinik ⁵ de la teoría de Doyal y Gough "El rechazo de la existencia de necesidades humanas comunes a todos los seres humanos y la creciente consideración de las necesidades humanas como concepto subjetivo y culturalmente relativo hacen que la noción de necesidades objetivas carezca de fundamento, entonces los individuos saben mejor que nadie que es lo mejor para ellos mismos"

En las diferentes teorías de necesidades de atención de salud revisadas se encuentran las que hacen taxonomías y las que reconocen el carácter individual y cultural de las necesidades, las últimas son las que interesan en este estudio.

⁴ Arredondo A, Meléndez C. Búsqueda de atención médica y determinantes de la utilización de servicios de salud. Rev. Méd 2003; 131(04): 45-53.

⁵ Boltvinik, J. La teoría de las necesidades humanas. Comercio Exterior 2003;53(05): 410

Varias disciplinas como la filosofía, la enfermería, la epidemiología, tienen teorías acerca del tema de necesidades.

“El punto de partida de Heller es la consideración de las necesidades como una categoría ontológica primaria, es decir constitutiva de la sociedad. El ser humano como organismo vivo mantiene una relación de dependencia con el mundo exterior. Pero esta dependencia es específicamente humana y, en este sentido, las necesidades son expresión de esta interrelación”

Lo interesante de la teoría de Heller para la comprensión de lo percibido como necesidad, es el análisis que hace del intento de división teórica en necesidades verdaderas y falsas estas posiciones de juzgar las necesidades en reales o imaginarias son carentes de sentido porque pone al evaluador en la posición de quien está más allá de la sociedad en cuestión. Aquí la autora menciona el término de dictadura de necesidades al decir que la estructura de poder permite la satisfacción de las necesidades que ella interpreta como reales, y oprime toda aspiración de satisfacer las otras necesidades⁶ Esto se podría comparar con los sistemas de salud que desconocen en su posición de poder las necesidades de las personas que ellos no han identificado como reales, a quienes no se le asignan recursos ni opciones de satisfacción.

Heller reconoce que “todas las necesidades sentidas por los humanos como reales han de considerarse reales. Estas incluyen las necesidades de las que estos son conscientes y por supuesto deben ser reconocidas y satisfechas, pero ante la imposibilidad de satisfacerlas todas, la autora propone un sistema de priorización de necesidades que se hace a través de consensos sociales⁸”.

Propone que si todas las necesidades son reales son al tiempo buenas y éticas, deben satisfacerse siguiendo la teoría de Kant según la cual “el hombre no ha de ser mero medio para otro hombre.”⁷

Heller reconoce el nivel individual y cultural de necesidades y los satisfactores, aclarando que por esta razón no hace escalas, ni jerarquía de necesidades, lo que se puede añadir a su discurso es que para la atención de urgencias en el domicilio existen una cantidad de necesidades que aun no han sido reconocidas, por otro lado la teoría de la motivación de Abraham Maslow. Hace taxonomía de necesidades, sin embargo, el mismo autor menciona que su pirámide de necesidades no se comporta de la misma manera para todas las personas, dando paso a la personalización de las necesidades. Es decir cuando se intenta comprender el motivo para que una persona busque ayuda en los sistemas de salud, lo que menos se deberá hacer es catalogar su necesidad en una lista.

Otro autor que demuestra el carácter individual de las necesidades es Hegel analizado por Cordua⁷, quien hace un discurso en el que examina las variantes de significado de “necesidad”, “en primer término menciona que la individualización y la existencia en la sociedad y la historia del hombre están condicionadas por las necesidades, como ingredientes esenciales en el intercambio del organismo con el

⁶ Heller, A. Una revisión de la teoría de las necesidades. Barcelona: Paidós. 1996 p.60,61,110.

⁷ Cordua. C. Hegel sobre las necesidades humanas. Rev. de filosofía.2001; 57(1): 175.

entorno.

“El sujeto es quien siente la necesidad de un objeto específico, posee la representación de el satisfactor y experimenta el deseo de suprimir la carencia mediante las conductas de las que depende la satisfacción de su necesidad, esa movilización se da con la decisión, la elección y el juicio con las que la voluntad determina cuales son sus propias opciones”¹¹.

De aquí la importancia que el filósofo da al concepto de necesidad sobretodo cuando le da prioridad a la voluntad y la personalidad, “la voluntad se hace libre y las necesidades quedan organizadas como conviene a la personalidad conciente y dueña de sí”¹¹.

4. METODOLOGIA

Para la realización de este estudio se partió de la perspectiva de la investigación cualitativa, que explora las experiencias de las personas en su vida cotidiana. Se utilizaron técnicas de la etnografía que “consiste en captar el punto de vista, el sentido, las motivaciones, las intenciones y las expectativas que los actores otorgan a sus propias acciones sociales, proyectos personales o colectivos y el entorno sociocultural que los rodea”⁸. La orientación se hace desde el enfoque particularista que según Morse⁹ es aplicar el método etnográfico y holístico a cualquier unidad social o grupo humano aislable. Basados en la concepción que aporta la etnografía y específicamente el acercamiento teórico de Clifford Geertz quien dice que “la cultura denota un esquema históricamente transmitido de significaciones representadas en símbolos” por lo cual este estudio da importancia al significado que tiene para las personas la situación que los hizo pedir la atención de urgencias en la casa. Este estudio se realizó en Medellín con personas adultas que han recibido atención de urgencias en la casa, las cuales aceptaron participar en el estudio. La elección de los participantes es según lo recomendado por Minayo “lo importante no es establecer el número de personas o casos, sino profundizar en la comprensión que el grupo social tiene de las temáticas en estudio. La muestra

⁸ Galeano ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo editorial universidad Eafit; 2003 p.57, 34, 59, 56, 57,34,48,39, 36,49,53

⁹ Boyle J. Estilos de etnografía. En: Morse J. Asuntos Críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p 199

privilegia los sujetos sociales que tienen los atributos que el investigador quiere conocer”.

4.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

4.1.1. Descripción del escenario y los participantes:

Las técnicas de recolección de información son las sugeridas por la etnografía, “ésta tiene un componente de observación y descripción y un componente de reflexión sobre el material recopilado”.

El trabajo de campo es realizado en el domicilio de las personas que recibieron atención de urgencias en sus casas.

Las observaciones se realizaron en diferentes horas del día o de la noche durante las atenciones de urgencias domiciliarias y se consignaron en diarios de campo están enumeradas en forma continua de la página 1 a la 41.

Los participantes en las entrevistas fueron cinco mujeres y dos hombres de diferentes edades. La primera una mujer de 24 años de edad madre de una niña de 9 meses; había solicitado atención en la casa, para su niña y su madre. Esta entrevista corresponde a la entrevista entre las páginas 1 a 15.

La segunda se realizó a un hombre de 55 años, quien tiene una enfermedad pulmonar crónica, llamaba en repetidas ocasiones al servicio de atención Prehospitalario, 3 meses posterior a la entrevista murió. Es la entrevista entre las páginas 16 a 26.

La tercera entrevista se realizó a una mujer de 45 años cuidadora de su madre una mujer mayor, esta se reporta entre las páginas 27 a 36.

La cuarta una mujer de 30 años profesional que ha llamado varias veces a solicitar atención para ella y su madre es la entrevista entre las páginas 37 a 43.

La quinta fue a una mujer de 76 años, consulta en su casa desde hace 4 años, tiene varias patologías crónicas, una de las cuales no le permite salir de la casa, su entrevista es de las páginas 44 a la 49.

La sexta entrevista a una mujer de unos 40 años, quien cuidaba a la madre que murió, ella consultaba continuamente a pesar que sabía que la madre estaba en estado terminal, su entrevista esta entre las páginas 50 a 51.

La séptima a un joven de 22 años que vive con los padres y la abuela han solicitado la atención prehospitalaria para abuela, su relato va de la página 52 a la 54.

De las entrevistas y observaciones se extractaron los códigos vivos o citas textuales de los participantes, que permitieron ilustrar y reforzar los hallazgos, estas aparecen referenciadas en el texto de los resultados con (E) si el dato pertenece a una entrevista y (O) si el dato fue de una observación seguido del número de la página.

El criterio para precisar cuando terminar el trabajo de campo y no recolectar más

información tanto de observación como de entrevistas, esta determinado por la saturación de los datos. Cuando en el análisis se noto que no había información nueva se vio que era el momento de terminar con dicha recolección.”

4.1.2 Observaciones

Las observaciones fueron realizadas en las casas de las personas que solicitaron atención, acompañando las visitas de una empresa de atención de urgencias domiciliarias, se cubrieron los siete días de la semana y las 24 horas del día. No era necesario que las personas que se entrevistaran fueran las mismas de las atenciones de la observación.

Las observaciones se llevaron a cabo en las viviendas en el momento que requerían la atención, la saturación se logró con 100 horas que se consignaron en diarios de campo, luego se transcribieron y finalmente se codificaron y formaron categorías.

La observación se realizó durante las atenciones, con el fin de evitar la influencia del diagnóstico y la atención médica al que el paciente puede estar expuesto, esto apoyados en lo planteado por Zola quien identifica en “la consulta médica, una vez ésta se ha realizado, dos fenómenos, el olvido casi total de las personas frente a las experiencias médicas pasadas y las distorsiones en la memoria generadas por la amplia “manipulación del recuerdo” durante la atención”⁵.

La observación participante contaba con una guía de observación con el fin de percibir durante la atención el comportamiento y la dinámica de la familia y el paciente, la asignación de roles, los recursos que utilizaron previos a la atención, y el motivo de la llamada en palabras de ellos, esta guía de observación incluye las preguntas que figuran adelante:

Dónde fue la atención, en que sitio de la casa, en la sala o en el cuarto

Qué se observa del ambiente familiar.

Cuál es la actitud de los cuidadores familiares durante la atención.

Quién hace las preguntas y quién recibe las instrucciones.

4.1.3 Entrevistas

La entrevista recolecta la visión de los participantes para determinar el fenómeno en los términos que lo viven. Fueron posteriores a la experiencia de atención de urgencias en la casa, en el momento que la condición de salud no interfería con las respuestas. Se realizaron en total 7 entrevistas.

El hecho de que los relatos sean posteriores a la vivencia, se justifica, según Morse¹⁰ en dejar pasar un tiempo para que las personas hablen de sus experiencias, más desde la reflexión que desde la emotividad.

¹⁰ Morse J. Los métodos cualitativos: el estado del arte. Revista Universidad de Guadalajara [revista en Internet] 1999-2000. [Acceso 12 de junio de 2005]; Disponible en: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/2metodos.html>

La entrevista fue semi estructurada, esta técnica permite escuchar al entrevistado, haciendo preguntas de acuerdo al desarrollo de la misma.

La primera pregunta de la entrevista se refiere al relato de la solicitud de la atención de urgencias en la casa y luego se hacían otras preguntas sobre dudas que empezaban a surgir de la narración. Algunas de ellas son:

Cuénteme de la última vez que solicitó atención de urgencias en la casa.

Qué entiende por quedar tranquilo?

Quién sintió la necesidad de pedir ayuda?

Qué síntomas o situaciones en el enfermo lo asustaron?

Qué recursos utilizaron antes de solicitar la ayuda?

Hay división de tareas en el momento de la urgencia entre la familia?

Se llevó un registro detallado de las actividades realizadas, en notas de campo, en esta observación se consignaron descripciones de las personas entrevistadas, actividades que se realizan, conversaciones, descripciones de los escenarios de la atención, la experiencia vivida; sentimientos y dudas del investigador.

4.2 ANÁLISIS

Para el análisis se hizo una lectura general y posteriormente párrafo a párrafo de acuerdo con lo planteado por Ruiz Olabuénaga, se comenzó a identificar códigos que de acuerdo con lo recomendado por Galeano es “conceptuar y codificar, con un término que sea claro e inequívoco, el contenido de cada unidad temática, con el fin de clasificar, contrastar, interpretar, analizar y teorizar”¹². Para la codificación se partió de enumerar las transcripciones de las observaciones con números consecutivos desde la primera a la última observación, las entrevistas se enumeraron de la misma manera.

Posteriormente los códigos se agruparon para formar categorías. El análisis se realizó concomitante con la obtención de los datos de manera que éste fuera flexible para el análisis se utilizó memos, fichas analíticas, diagramas y mapas mentales. Los memos, son documentos cortos sobre un tema específico, donde el investigador escribe ideas teóricas o metodológicas promisorias, aparecen ideas de reflexión, posibilidades metodológicas consultas secundarias y bibliográficas sobre determinados temas, estos memos son fundamentales para la elaboración de los códigos y categorías.

Las fichas analíticas según lo recomendado por Galeano¹² contienen anotaciones o puntos de vista del investigador sobre asuntos teóricos, metodológicos o de ideas surgidas durante el proceso de análisis y que permitieron visualizar el avance del proceso en que emergen las categorías, además permitió visualizar la necesidad de muestreo teórico para saturar las categorías emergentes. Los diagramas y mapas ayudaron con el análisis porque muestran las secuencias y las relaciones de los conceptos.

En los datos se buscó encontrar categorías, éstas cumplen “dos propiedades que

según Lincon son fundamentales, a) emergen de manera inductiva, y no se imponen de antemano a los datos, b) que se saturan, es decir que no haya en los datos más información nueva sobre ella". Además de las categorías se buscaron subcategorías las cuales hacen más específica una categoría al denotar información tales, como cuándo, dónde, por qué y cómo es probable que ocurra un fenómeno. Para llegar a estas categorías se tomaron en cuenta los objetivos del estudio y la manera en que estos emergían.

Posterior al proceso de categorización se hicieron mapas conceptuales que variaron de acuerdo con el sentido que se le iba dando a cada agrupación de datos en busca de relaciones y secuencias de sucesos.

4.3 CRITERIOS DE RIGOR

La realización de diarios de campo de la observación y de las entrevistas permitió realizar un análisis continuo, lo que obliga a un mayor rigor en el registro de las observaciones y las entrevistas. Esto dio la posibilidad de captar con más fidelidad las percepciones y conceptos de las personas que solicitaron atención de urgencias en la casa.

Las entrevistas se grabaron para lograr el máximo de fidelidad en la información recolectada y se transcribieron lo más pronto posible para detectar aspectos que faltaran en la grabación y evitar que se perdieran datos.

La Validez interna se logra en la medida que los hallazgos son resultado de un rigor metodológico según lo recomendado por la bibliografía de investigación cualitativa actual. Para mayor rigor, los resultados preliminares se comentaban con la comunidad académica, los pares de estudio, el grupo de investigación al cual el trabajo está adscrito y expertos, para lograr realimentación de asuntos que se escapan al primer análisis, se logra comentar y discutir algunas inconsistencias en los resultados parciales. El trabajo también se presenta en una reunión académica de enfermería y en varias jornadas de investigación. Una de las participantes asistió a una de estas presentaciones manifestando que los resultados correspondían a la realidad vivida por ella.

El estudio exploratorio consistió en observaciones que se consignaron en diarios de campo y en 4 entrevistas en el domicilio de los pacientes. Luego de esta primera fase de recolección de información y posterior a su análisis, se realizaron más observaciones, y entrevistas por muestreo teórico con el fin de llenar las categorías, este es según lo dice Galeano "es una muestra intencional, seleccionada con criterios establecidos"¹² Esta experiencia permitió hacer modificaciones y evidenció la necesidad de indagar en asuntos que no eran evidentes en el momento de diseño inicial de la investigación.

Posterior al análisis los resultados se confrontan con reportes de investigaciones y literatura existente, lo que permitió evidenciar la coherencia del presente estudio.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Las consideraciones éticas se refieren a “la calificación del riesgo, la confidencialidad de la información, la garantía de guardar la privacidad de los participantes, el respeto a su autonomía al aceptar o no la participación en la investigación, el uso de los datos con fines exclusivos para este proyecto y la devolución de los resultados a las personas, comunidades o instituciones participantes”¹¹. Lo fundamental a la hora de recolectar los datos fue el respeto por las personas, para lo cual se garantizó la confidencialidad de la información obtenida; los datos se analizaron de manera global, y cuando alguna información mereció precisarse, se hizo de manera impersonal, los nombres en las entrevistas y los diarios de campo se cambiaron. A cada persona se le pidió autorización para la entrevista, y para la observación se contó con la autorización por parte de una empresa de atención prehospitalaria de la ciudad.

Esta investigación es considerada sin riesgo para los informantes, de acuerdo con lo establecido por la resolución 8430 de 1993¹², por lo cual y según lo dice la misma resolución en el párrafo primero, a cada persona se le presentó el consentimiento informado verbal antes de realizar la entrevista.

¹¹ Gómez T.G.E., Molina R.M.E. Evaluación ética de los proyectos de investigación: una experiencia pedagógica, Universidad de Antioquia, Colombia. Invest. educ. enferm 2006;24(1):69

¹² Colombia. Ministerio de salud. resolución 8430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de salud; 1993.

5. RESULTADOS

Los resultados recogen las situaciones que hacen solicitar atención de urgencias en la casa. Corresponden a la ruptura de la cotidianidad que es nombrada circunstancias, conjunto del evento, situaciones alrededor y el significado, esta lleva a unas necesidades y a su vez a unas acciones automáticas con la intención de mejorar la situación o la emoción.

5.1 CIRCUNSTANCIAS

“que cuando uno llame sepan que es un paciente de X circunstancias” (E7)¹³

Romulo¹⁴

Las personas en su casa tienen una cotidianidad en la que juzgan su salud estable y es en el momento que “pasa algo”, que se manifiesta como un síntoma, un signo o cambios que alteran esta cotidianidad, cuando consideran que perdieron la salud y se genera la necesidad de contar con una ayuda. Esta necesidad, puede convertirse para la persona en una crisis en el momento que desborda la capacidad de respuesta, es decir no se sabe que hacer para solucionar la situación o no funciona lo que se hace. La crisis que se

¹³ *E, se refiere a fragmento de una entrevista, el número es la página.*

¹⁴ *Nombre cambiado, entrevista página 7.*

produce es el motor que hace pedir la ayuda, ésta media la acción entre la necesidad, la solicitud de ayuda y la llegada de la ayuda.

Las personas dicen que todo se “junta”, con eventos en cuanto a tiempo, espacio, lugar, emociones y hace que lo que siente o vive en ese momento se agrave o atenué. Cuando pasa algo “todo se junta” y se convierte en una circunstancia, que es la sumatoria de la pérdida de la salud y las situaciones que lo rodean, por ejemplo, un dolor puede según las circunstancias ser una urgencia o no.

Las circunstancias cobran especial interés para los pacientes y es así como en el relato que se muestra al principio, el paciente explica la urgencia de su llamada por sus circunstancias particulares de tener una enfermedad crónica en crisis.

“...sinceramente es porque de pronto estábamos pasando por una crisis económica, no tanto económica, sino emocional, sentimental de todo” (E1) Adriana ¹⁵ .

Las situaciones alrededor del paciente se convierten en crisis porque afectan la capacidad de solución y hacen que llamen a pedir ayuda, Adriana habla de las crisis por las cuales pasaba en el momento que notó que necesitaba consultar por la enfermedad de la hija, es primordial resaltar que en un primer momento no hace referencia a ningún síntoma médico, lo que muestra que su razón de buscar ayuda más allá de la causa física, son las crisis. Esto lleva a pensar, que si la necesidad sobrepasa lo físico, la solución debe ir en la misma dirección. En un estudio cuantitativo retrospectivo realizado en España por García se analizan las razones por las que las personas retornan a un servicio de urgencias de un hospital, sugiere el autor que la reconsulta se solucionaría si el paciente es atendido y no despachado, informando acerca de su patología y la evolución esperada ¹⁶ . El autor confirma la necesidad de escuchar e intentar buscar el motivo de consulta con el ánimo de encontrar una solución y brindar un cuidado efectivo. Como se nota en los dos relatos anteriores el motivo de consulta no es siempre una molestia física, es por esto que atender al paciente implica conocer las circunstancias que rodean la molestia, comprenderlas y actuar en consecuencia.

La crisis que relata la paciente en el fragmento de entrevista coincide con lo que Zola, en el estudio, sendas que conducen al médico, muestra en su conclusión “hay varios patrones no fisiológicos que llevan a una persona a pedir asistencia médica, como una crisis interpersonal” 5. Así mismo este autor expone que la razón de buscar ayuda puede estar relacionada con las circunstancias psico sociales. Es decir conocer la circunstancia, de una persona que solicita atención de urgencias requiere la habilidad del prestador para descubrirla.

Cuando hay una decisión de pedir ayuda, la persona o familia pueden no ser conscientes que la circunstancia es lo que realmente cambió la cotidianidad y lo llevó a estar en crisis, por esta razón es posible que luego de aliviar el síntoma no se mejore la situación y finalmente la necesidad permanezca, llevando a nuevas consultas.

¹⁵ **Nombre cambiado, entrevista página 1.**

¹⁶ García B, Oñero F M C. Retorno a urgencias un marcador de calidad asistencial. *Todo Hospital* .2003;22(195):195-201

Zola⁵ se planteó una hipótesis en su estudio, muestra que existe una adaptación tanto física como personal y social a los síntomas, cuando dicha adaptación se rompe, la persona busca o se ve obligada a buscar asistencia médica. De esta manera, el alivio del “padecimiento” para el que la persona busca ayuda puede ser en parte sólo el alivio físico de los síntomas, el mismo autor plantea que esta duda ha estado en los médicos por mucho tiempo cuando no encuentran una causa física para la consulta, sólo entonces sienten que quizás el paciente ha sido impulsado a buscar ayuda por motivos distintos a los meramente físicos. La adaptación que se rompe, mencionada por Zola, es lo que aquí se nombra situación que cambia la cotidianidad y puede llevar a una crisis.

Los profesionales de atención de urgencias comúnmente se ven enfrentados a pacientes y familias a las que no entienden y no logran desentrañar cual es su necesidad y cual su circunstancia, este asunto es analizado por los médicos que hablan en el siguiente fragmento, uno de ellos había asistido a atender un paciente pero la familia volvió a llamar a los 20 minutos de la atención anterior, el primer médico que asiste preocupado le cuenta la situación al segundo medico antes que este acuda, la observación se realiza en durante la segunda atención.

“Hace media hora estuve allá, en realidad no entiendo lo que necesita la familia, lo tienen afiliado a todo... la familia es muy demandante, ellos saben que el viejito se va a morir,...pero yo no sé lo que ellos quieren” (O6)¹⁷

Las circunstancias están relacionadas con crisis, estas son situaciones sico sociales y culturales alrededor del paciente, y con otras condiciones como la edad y enfermedades previas. Cuando alguna de estas características se convierte es circunstancia y razón para consultar, no es importante el síntoma en si, sino lo que el síntoma y la circunstancia unidos representan.

Elena que vive con su madre anciana y comúnmente es quien llama a pedir atención de urgencias para la madre, nos muestra como la edad de la señora se convierte en circunstancia, no menciona como razón de consultar el síntoma sino la edad.

“Lo que pasa es que una persona de tanta edad todo el urgente” (E32) Elena¹⁸.
“Para ella cualquier cosa es ya, para mi puede que pueda esperar un ratito, pero ellos ya no esperan” (E32) Elena¹⁹.

Cuando Elena expresa “para mi puede esperar” muestra que sabe que la situación del familiar no es por si un motivo de urgencia, pero en alguien mayor las condiciones son diferentes y todo es urgente. La edad se convierte en una circunstancia en personas de edad extrema no solo porque tengan un significado de muerte, sino porque pueden convertirse en una crisis por diferentes razones, estos son cambios en el sueño y falta de apetito.

“llamaron porque presentó vomito y no quiere comer”(O24)

La falta de sueño y apetito son un motivo de preocupación para los familiares porque

¹⁷ O, se refiere a fragmento de una observación, el número es la página.

¹⁸ Nombre cambiado, entrevista página 32.

¹⁹ Nombre cambiado, entrevista página 32.

indican que las cosas no están bien, representan una pérdida de la condición cotidiana y por lo mismo es necesario saber qué y por qué sucedió este cambio; se convierten además en motivo de consulta a los servicios de urgencia porqué pueden tener alguna consecuencia que es importante evitar.

5.1.1 Significado

Es definir urgente o no urgente la situación, depende del autodiagnóstico y de la emoción que acompaña el evento, la elaboración del autodiagnóstico es producto de la valoración y el conocimiento; en la emoción que se produce intervienen factores culturales. Cuando no se sabe que pasa, no hay un significado y lleva a tomar la decisión de solicitar la ayuda de manera rápida o esperar. La solicitud de ayuda se ve afectada por asuntos culturales que en un momento dado tendrán peso sobre la decisión.

Los asuntos que cobran importancia en la decisión respecto a la consulta son los sociales y culturales alrededor de circunstancias como: el temor o la vergüenza de pedir ayuda, pensar que el signo no amerita atención o las trabas del sistema de salud, todo esto puede llevar a retrasar la solicitud de ayuda. Se puede decir entonces que se intenta solucionar la situación internamente porque se quiere ensayar un recurso conocido o porque la persona no está segura de atreverse a pedir ayuda y quiere que le aprueben su necesidad. Mas adelante se ampliará este tema porque conocer las razones para consultar es tan importante como saber porque evitan hacerlo.

Puede suceder que la circunstancia no se determine como una urgencia, o que por negociaciones internas se decida esperar, en estos casos se da una nueva circunstancia que reinicia el proceso.

“yo espere a ver que pasaba” (E33) Elena²⁰

La espera representa para Elena que la expectativa continúa, no se ha recuperado su vida cotidiana, sigue de cerca la situación y ante cualquier cambio, o si por el contrario la situación no mejora, tomará la decisión de consultar. Este proceso termina al sentir que hubo una solución y la persona vuelve a pedir ayuda.

5.1.1.1 Valoración

Las personas elaboran un autodiagnóstico²¹ para el cual es necesaria la valoración que el paciente y la familia hacen de la situación que cambio la cotidianidad; depende de las costumbres, experiencias, asuntos personales y culturales, en esta valoración intervienen los sentidos, básicamente ver, oír, sentir y presentir, el conocimiento hace notar los cambios que la personas asocian o no con situaciones graves; se ve el cambio de color de la piel o la secreción en el paciente, se escuchan ruidos al respirar, gritos, cambios en la voz o la manera de hablar; se presiente que algo malo va a pasar por un cambio leve en la cotidianidad. Puede ser que un cambio muy sutil de la cotidianidad les haga

²⁰ ***Nombre cambiado, entrevista página 33***

²¹ Autodiagnóstico se refiere al nombre que las personas le dan a sus síntomas.

elaborar un autodiagnóstico que les permita elaborar un significado de urgencia o no y así decidirse a solicitar atención sin demora o esperar.

Los síntomas o señales físicas no se deben desestimar, porque son ellos los que desencadenan el proceso de negociación. Pasarín y Fernández escriben un artículo acerca de un estudio cualitativo realizado en España, las autores reportan “El hecho desencadenante de la toma de decisiones es siempre la percepción de unos síntomas que se valoran como pérdida de salud. Los participantes diferencian sobre todo entre los síntomas que son claramente objetivables (p. ej., sangre en orina, fiebre) y los que no lo son (p.ej., dolor, molestia, etc.), entre los que son previamente conocidos de los desconocidos, y entre los que se les otorga el calificativo de graves o no graves”²². Concuera con esta teoría el relato de Andriana sobre lo que paso con su madre, ella dice que la valoración del signo fue lo que la llevo a darle un significado de urgencia.

“Cuando fuimos a ver ella vomitaba y defecaba sangre de esa negra...pues de esa escandalosa que uno ya... uno la ve y ya con eso tiene” (E9) Adriana²³

El fragmento muestra como Adriana al ver el color de la sangre no necesitó más razones para consultar de manera urgente, más que la sangre es su color lo que representó la urgencia, los sentidos llevaron a valorar la situación y a poner fin a cualquier negociación, de inmediato le dio el carácter de urgente y no necesito ninguna otra consideración según dice Adriana “uno la ve y con eso ya tiene”.

Algunas veces lo único que es posible valorar es un cambio en la cotidianidad propia o de la persona con la cual se convive, es entonces cuando el conocimiento del otro hace del cambio suficiente razón para darle el significado de urgencia. Ese cambio es percibido por el cuidador o por el mismo paciente. Para doña América fue el cambio en la condición que considera normal lo que la llevo a saber que debía consultar, América lleva 4 años con una enfermedad crónica que le impide moverse de su cama, para ella es normal estar con algunas molestias que conocen ella y sus familiares, pero ante los cambios se presenta la circunstancia que la lleva a decidir si consulta o espera de acuerdo con lo que le signifiquen los cambios.

“Yo me empiezo a hinchar mas de lo normal”(E) América²⁴

Los familiares de las personas que no pueden hablar, hacen una valoración basada en los cambios de sus expresiones, la forma de mirar, al ponerse una prenda, en sus comportamientos. La interpretación de esos signos no tienen el sentido de adivinar, es más bien algo que la persona hace normalmente cuando se siente mal y el familiar reconoce como lenguaje para comunicar que necesita atención; esta forma de comunicación coincide con lo planteado por De la Cuesta²⁵ “al hablar de una construcción

²² Pasarín M.I.Fernández de Sanmamed M.J. et. al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios: La población opina. Gac Sanit 2006; 20: 95, 96

²³ **Nombre cambiado, entrevista página 9**

²⁴ **Nombre cambiado entrevista página 46**

²⁵ De la Cuesta C. Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de enfermería, 2004 p117, 2,3

de códigos que la familia de los pacientes con Alzheimer hacen para comunicarse con ellos e interpretar lo que les sucede". La urgencia que se le otorga va a depender de la interpretación que se haga de los signos del paciente.

“ahora él esta como inquieto, el no habla pero uno sabe, que está incomodo” (O6)

En la interpretación de incomodidad que hace el cuidador, se nota el conocimiento previo del paciente, con la inquietud mostró incomodidad, este cambio tal vez sutil para el personal de salud, fue el motivo de consulta y se convirtió para la familiar en una circunstancia.

Cuando no hay cambios la valoración está mediada por la intuición, los familiares o el paciente perciben que “algo pasará en el futuro”, son sensaciones aun no poseen un patrón, ni un nombre, porque escapan a la racionalidad. El objetivo de buscar ayuda es prevenir que suceda lo que se teme, sustentado en pruebas sólo percibidas por la persona o por seres cercanos y que no son vistas por el personal de salud.

“yo le di el agua aromática con las pastillas y yo le vi que se le derramó un poquito. Y yo dije, a mi mamá le va a dar un derrame” (E29) Elena ²⁶

Este presentimiento o intuición puede ser que nazca de asuntos culturales al asociar el derrame de agua con “derrame cerebral”, sin embargo aunque al día siguiente efectivamente la paciente presentó el evento cerebro vascular que Elena temía no hay manera racional de explicar la asociación de la familia, Elena explica que creer que se avecinaba una enfermedad grave, fue su motivo para pedir atención de manera urgente.

5.1.1.2 Tener un autodiagnóstico

Una vez valorada la circunstancia las personas realizan autodiagnóstico con la intención de definir lo que pasa, con el autodiagnóstico le dan un nombre y por tanto una identidad al evento, este nombre nace de las asociaciones, diálogos y negociaciones que realizan las personas una vez valoran la circunstancia. Este nombre que le dan al evento depende del conocimiento que da la experiencia de la enfermedad y el cuidado, la cultura, los medios de comunicación en noticieros, prensa o comerciales, la red social y los profesionales de salud. Corresponde normalmente a nombres médicos de enfermedades que han escuchado anteriormente, se diferencia del diagnóstico porque este último es elaborado por un médico y el primero por el mismo paciente o su familia.

“Yo me imagine que era una gripa” (E) Adriana ²⁷

Si no encuentran un nombre para asignarle a lo que pasa, buscan en el personal de salud, o en alguien con experiencia, un nombre y de esa manera poder encontrar un significado, que puede llevar a evitar la incertidumbre que causó la circunstancia, el autodiagnóstico permite dar significado y de acuerdo con este encontrar una solución. Cuando la decisión no es buscar a un experto para encontrar este diagnóstico, es posible acudir a otros recursos como Internet, familiares, vecinos o amigos, en busca de un nombre para lo que pasa.

²⁶ Nombre cambiado, Entrevista página 29

²⁷ Nombre cambiado, Entrevista página

El autodiagnóstico podría mitigar la crisis por la situación, modificar el estrés, y llevar a pensar con calma. Este conocimiento es muy importante en las personas con enfermedades crónicas, ellos aprenden a conocer su enfermedad, lo que puede disminuirles el estrés cuando se presenta una agudización. El autodiagnóstico lleva a no correr riesgos, y pedir ayuda cuando se sabe que es necesario hacerlo porque la circunstancia es urgente.

El autodiagnóstico es también una categoría encontrada en el estudio de M. Isabel Pasarín y M. José Fernández de Sanmamed las autoras encontraron que “la percepción de pérdida de salud va seguida de una etapa crucial en la toma de decisiones: la elaboración o no de un autodiagnóstico, entendido éste como una idea o significado de lo que le está pasando a la persona. Hay quienes ponen una etiqueta diagnóstica a lo que les sucede, otros no asignan un nombre pero sí sitúan el síntoma en un lugar del cuerpo, otros no pueden tener una representación mental-corporal de lo que les sucede o bien son incapaces de generar un autodiagnóstico. Los síntomas no conocidos, o los conocidos previamente pero que tuvieron un mal desenlace, son los que producen una ausencia o negación de autodiagnóstico”²³.

5.1.1.2.1 Experiencia propia

La experiencia ayuda, especialmente a las personas que tienen una enfermedad crónica a elaborar el autodiagnóstico, porque conocen la trayectoria de su enfermedad. Muestra de esto es el trabajo de Mercado ²⁸. Él mira la experiencia del padecimiento desde la perspectiva de quien la padece como una experiencia vivida, por eso la ve como un fenómeno de naturaleza subjetiva que incluye la percepción y la organización que hacen los individuos. Con las conclusiones de Mercado se ve como una persona con un padecimiento crónico empieza a conocer el mundo propio de su enfermedad, las personas saben si lo que pasa en ellos es un signo conocido y a este le dan un significado de acuerdo con su experiencia, una persona con diabetes sabe cuando esta descompensada, es el lenguaje de su propio cuerpo, su experiencia le dice que pasa y como actuar, por lo que ha pasado en veces anteriores.

La familiaridad con la situación que da la experiencia puede disminuir la crisis y hacer que se tomen ciertas decisiones como esperar para pedir ayuda, o por el contrario como en el caso de don Rómulo hacer que el significado de la situación sea de urgencias y por lo tanto cambiar la circunstancia, él por haber vivido con su enfermedad por mucho tiempo conoce los nombres médicos que le dan a sus signos, conoce las terapias y los medicamentos, sabe cuales podrían ser las consecuencias para él, por lo mismo le da significado de urgente y se pone nervioso. En este caso la familiaridad con el evento al contrario de darle tranquilidad, produce mayor angustia.

“Cuando me da el bronco espasmo me colaboran con las inhalaciones, con el ventury, me acompañan, ya, y uno se pone supremamente nervioso” (E18)
Rómulo²⁹

La experiencia de cuidado del paciente brinda conocimiento al cuidador y la familia,

²⁸ Mercado F. Entre el infierno y la gloria: la experiencia de las enfermedades crónicas en un barrio urbano. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002.p 35

podría ser por esto que las personas demandan una atención que corresponda a sus expectativas, esperan que sus síntomas tengan un diagnóstico que ellos comprendan para darles un significado, y que su necesidad de consulta sea considerada importante. Esta expectativa no es conocida por el sistema de salud o es subvalorada y el paciente es catalogado como demandante o mal paciente cuando pide que su autodiagnóstico sea aceptado y su decisión de consultar sea valorada.

“¿doctor es que no le va a mirar las amígdalas? Es que el niño suele sufrir de las amígdalas y eso siempre es lo que lo pone maluco” (O28)

El evento que le era familiar a la cuidadora de este niño era la inflamación de la amígdalas, por eso era importante para ella descartar este diagnóstico, probablemente quería que el autodiagnóstico coincidiera con el diagnóstico médico, porque era el nombre que comprendía, con el que tenía familiaridad, por eso al pensar que tal vez el médico no llegaría a ese diagnóstico lo sugirió.

5.1.1.2.2 La experiencia ajena

Las personas relacionan lo que les pasa con lo que han escuchado o visto en otros, se asignan así mismas un diagnóstico de alguien más, creen que ellos tendrán las mismas consecuencias y los mismos resultados si ensayan las soluciones que en otras personas fue efectiva.

“ella decía: no, es que estoy viendo como cocuyitos, como dicen que cuando uno mira cocuyitos es la bilis, entonces yo me imaginé la bilis” (E9) Adriana³⁰

Adriana muestra con su testimonio el proceso como llegó al autodiagnóstico, equivocado o no nació de experiencias ajenas que se transmite de forma oral, lo cual hace pensar que la cultura lleva a asignarle un nombre y un significado a una serie de signos o eventos. La experiencia ajena es importante para elaborar un autodiagnóstico, especialmente cuando el evento es nuevo, en estos casos no hay familiaridad con ese signo y debe acudir a otro recurso para encontrar un nombre y un significado.

La experiencia lleva no solo a tener un significado para lo que pasa, sino también una posible solución. Los recursos que se utilizan y la forma en que se conocen se tratarán adelante.

5.1.1.3 No Tener un diagnóstico

Hay ocasiones en que no hay autodiagnóstico de lo que sucede, en este caso las personas se asustan porque queda a la imaginación las causas y las consecuencias, no hay un nombre y por lo mismo no hay recursos para solucionarlo. No saber que pasa ni que hacer, cambia la percepción de la circunstancia, porque encontrar un autodiagnóstico es la prioridad, es su defensa en la enfermedad, es el único dominio que queda, al desconocer lo que pasa se pierde ese dominio y crece la angustia.

“No se, uno piensa mucho y a la vez nada” (E3) Adriana³¹

²⁹ Nombre cambiado, Entrevista página 18

³⁰ Nombre cambiado, Entrevista página 9

El fragmento de entrevista muestra que no tener un nombre lleva a pensar en posibles diagnósticos y explicaciones para lo que pasa ninguno de manera concreta, no hay ni en la experiencia propia y en la ajena conocida, se piensa en demasiados nombres, explicaciones y conclusiones posibles, ninguna de manera concreta, la imaginación no logra identificar claramente que hacer.

Buscar la causa

Luego de tener el autodiagnóstico, se busca la causa del mismo para explicar el por qué de la circunstancia y está asociado con algunos comportamientos de la persona enferma o de su cuidador, se asume la situación como consecuencia de lo que se hizo o se dejó de hacer, lo que equivocado o no, permite ensayar una solución.

“ese mareito fue por lo que se comió” (O) página 12 “Hace 17 años cuando le mataron un hijo le pasó lo mismo y ahora el sábado le hicieron visita muchos niños que fueron muy necios igual le paso”(O)página 15

El significado depende del autodiagnóstico y la etiología que se elabora, la cual tiene los mismos orígenes del conocimiento para elaborar el autodiagnóstico, es decir de las experiencias propias y ajenas, las propias especialmente en caso de enfermedades crónicas eventos familiares, la tradición y experiencias ajenas en los eventos que se presentan por primera vez.

Torres³² citando a Mishel dice que el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad es la incapacidad de la persona para determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto no puede predecir los resultados, todos, fenómenos motivado por la falta de información y conocimiento.

Conociendo lo anterior se podría concluir que al no tener un autodiagnóstico falla la búsqueda de causas y soluciones, se desborda la capacidad de manejo por no conocer la situación y fácilmente se llega a una crisis que como se dijo al principio agrava la circunstancia. Los datos y la teoría de la incertidumbre de Mishel dan cuenta de la importancia del conocimiento para afrontar una circunstancia.

5.1.2 EMOCIÓN

Al suceder la circunstancia e imaginar un nombre y la causa se genera una emoción que puede ser de desespero, incomodidad, miedo o malestar. La emoción lleva a dar significado de urgente y decidir si es mejor actuar o esperar.

5.1.2.1 Desespero

Las circunstancias que desesperan son aquellas que impiden razonar porque no hay

³¹ *Nombre cambiado, Entrevista página 3*

³² Torres A. A. Sanhueza A.O. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad Cienc. Enfrm. [revista on line]. Jun. 2006 [Acceso 24 de octubre de 2006] 12 (1): 9-17. disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532006000100002&script=sci_arttext

conocimiento de como manejar la situación, en el paciente y en familiar hay desespero, crisis de llanto o nervios, pero también el llanto produce desespero, puede ser motivo para desesperarse o una reacción ante el mismo. Ejemplo de esto es la fiebre, el insomnio, la pérdida de apetito y la ansiedad que se describe como contagiosa y que es necesario controlar rápido. La persona sabe por su autodiagnóstico que no está en peligro la vida, pero se bloquean los procesos de pensamiento y no hay capacidad para manejar la situación. El desespero impide buscar una solución para lo que pasa y ante esa perdida de manejo y el desbordamiento de la capacidad de solución se prefiere pedir ayuda con carácter de urgencia. No es importante si hay experiencia o no con la situación, pero el desespero de la persona hace que aumente la crisis. Adriana dice que el llanto de su hija hizo que ella no pensara en otra solución diferente a llamar a pedir atención por el estrés que le produjo el llanto, es posible que el estrés sea porque se sintió incapaz de encontrar una solución para el llanto de la niña o porque asocio el llanto con una situación grave, En el fragmento de observación la persona que consultó dice que el insomnio de la noche anterior fue tal que le impidió razonar y encontrar una solución diferente a pedir la atención, sabe que fue un infierno no dormir quiere que le ayuden con la solución y que razonen por ella, puede ser que el insomnio sea consecuencia de una crisis en otros aspectos y la misma crisis sea la que agoto su capacidad de razonar pero es la emoción la que lleva a sentir la necesidad de consultar. El estrés y la imposibilidad de razonar son un motivo para desesperarse y ese desespero lleva a consultar.

“La niña llorando, la niña llorando eso me desesperó, me estresó” (E2) Adriana³³

“el infierno que es ese, uno como que no razona...” (O5)

5.1.2.2 Incomodidad

Las circunstancias que incomodan son las que impiden sentarse en una silla y esperar la atención en un sitio diferente a la casa, tales como diarrea, vómito, estados de alteración mental. Incomodan porque están asociados con la intimidad necesaria que no es posible en un sitio diferente a la casa como: la posibilidad de tener un baño cerca, la cama, productos de higiene y aseo a la mano, esta emoción puede marcar el momento de la decisión y se convertiría en la necesidad de ayuda urgente en la casa.

“era una depresión muy horrible que ella tenía” (E29) Elena³⁴

El manejo prehospitalario es especialmente valorado ante estados agudos de alteración mental, la experiencia de la investigadora y el testimonio muestran que es mejor buscar que la atención sea en el domicilio, esto porque son conocidos los peligros que estos estados pueden representar para el mismo paciente o para otros, es más cómodo vivir esta situación en la casa. Es posible que una persona con alteración mental en una sala de espera incomode a su familiar por una razón de carácter cultural.

5.1.2.3 Miedo

³³ Nombre cambiado, Entrevista página 2

³⁴ Nombre cambiado, Entrevista página 29

Las circunstancias que producen miedo son las que tienen un autodiagnóstico de muerte, de allí su significado urgente y por ende la premura con la que piden la ayuda. Es así como la sangre y la inconciencia en una persona, son asociados con enfermedad grave y necesidad de ayuda inmediata, esto explica la actitud de temor a la muerte con que relatan estas situaciones. En estas circunstancias no hay proceso de negociación porque las personas piensan que corre peligro la vida y no se sabe que hacer para evitarlo, o por lo menos la única solución que conocen es la solicitud de ayuda inmediata, acerca de esto Adriana relata su emoción cuando vio la madre mal.

***“Ella se nos desmayo, vomitaba sangre, que nosotros no sabíamos que hacer”
(E4) Adriana***³⁵

El temor a la muerte rodea muchas de las circunstancias que hacen solicitar ayuda, así sea en una persona que no tenía una enfermedad terminal previamente diagnosticada, pensar que lo que está pasando llevará a la muerte en corto plazo hace aumentar la crisis, y por supuesto el significado es de urgencia.

***“uno siempre piensa en la muerte ¡ay donde mi mamá se muera! y más lloraba”
(E12) Adriana***³⁶

En los testimonio los participantes aseguran que siempre la muerte esta presente en su pensamiento, sea en la enfermedad propia o de un familiar, tal vez ese temor sea poco conocido o valorado hasta el momento, conociendo que en el imaginario del paciente y la familia la muerte esta como posibilidad se puedan comprender mejor las reacciones y las decisiones que toman con el fin de evitar que ocurra “lo importante es no morirme” decía América en la entrevista³⁷.

Coincide este dato con lo que Pasarín y Fernández encontraron “ciertos síntomas como una opresión en el pecho o la presencia de sangre en la orina y los síntomas referidos a órganos vitales son situaciones que generan una idea de gravedad que puede llevar a escoger un servicio de urgencias hospitalario” 23

Cuando no se sabe que pasa se pone fin al proceso de buscar autodiagnóstico, causa, solución, no hay un nombre ni en la experiencia propia, ni en la ajena, eso lleva a hacerse conjeturas sobre lo que pasa, pero no hay confianza en ninguna porque no hay una base segura en el conocimiento, la expresión “cualquier cosa”, de el participante, podría ser una manera de decir que lo importante de este evento en particular es el desconocimiento, lo que le impide buscar autodiagnóstico, causa y solución, el estado “tan maluca” sobrepasaba sus explicaciones conocidas, no le era familiar el evento por eso tenia significado de urgencia y necesitaba llamar, este evento no era “cualquier cosa”.

“ya cuando la veo tan maluca, se le bajó la presión, o se le subió, no se que paso, entonces yo por cualquier cosa no llamo” (E32) Elena³⁸

Para las personas el significado de urgencia está relacionado con el compromiso de vida

³⁵ Nombre cambiado, Entrevista página 4

³⁶ Nombre cambiado, Entrevista página 12

³⁷ Nombre cambiado, Entrevista página 47

del autodiagnóstico, por las sensaciones del paciente y por las emociones que produce también en la familia. Con un diagnóstico que lleve a pensar en muerte tanto el paciente como la familia se desesperan. Muestra de esto es el testimonio de este señor que no solo conocía de su enfermedad, sino también los efectos en su comportamiento, sus cambios de ánimo los atribuía a la emoción de saber que la estaba en crisis de su enfermedad, lo que don Rómulo tal vez nunca se entero es que la hipoxia podía contribuir con este estado de “volverse muy difícil”.

Lo cierto es que la familia y el paciente notaban cambios que afectaban el cuidado, lo que los llevaba a darle significado de urgencia que se unía a la relación que le daban a la crisis con la inminencia de muerte “o compromiso de vida”

“Para mi un broncoespasmo es una urgencia porque compromete mi vida, además porque el broncoespasmo es muy desesperante, muy estresante para la familia, porque uno ahogado se vuelve muy trabajoso, muy difícil”. (E18) Rómulo

39

5.1.2.4 Estar maluco

Las circunstancias que producen malestar, cuyo autodiagnóstico es “estar maluco” son un motivo para pedir ayuda, este es el estado que se percibe de indisposiciones, es una mezcla de las tres emociones susto, incomodidad y desespero. La persona se puede asustar porque no se tiene un nombre o una causa para lo que le pasa, es decir, no es posible elaborar un autodiagnóstico y por ende un significado lo que lleva al miedo. Puede incomodar porque se siente la necesidad de estar en cama y no en una silla o camilla, relatándose incluso la imposibilidad de consultar cuando se tiene malestar, y puede desesperar porque se necesita no tener más esta condición, y como se dijo el desespero hace que se cierre la posibilidad de una solución que no sea consultar de inmediato.

“Pero cuando ya se pone tan maluca, tanto, ya no se que hacer”. (E30) Elena⁴⁰

Lo que se nota en el fragmento de entrevista es que el estado de malestar pudo dar el significado de no urgente, porque sabían que la vida no corría peligro, en estos casos se toman medidas como esperar hasta que el estado cambie, sino mejora o empeora se prefiere consultar, el desconocimiento lleva a pedir ayuda.

Mientras más cercano esté el autodiagnóstico relacionado con la muerte o una complicación, y mayor sea el desconocimiento de lo que pasa, más es la emoción de angustia, y más automática la respuesta, porque se desborda pronto la capacidad de solución y por lo tanto el significado será de urgencia. Caso contrario pasa cuando se hace la valoración y por la emoción y el conocimiento no hay significado de urgencia.

Si se tomó la decisión de consultar y no fue considerada urgente por los prestadores, se tendrá sentimiento de culpa, decepción y rabia. Si se presentara una circunstancia

³⁸ Nombre cambiado, Entrevista página 32

³⁹ Nombre cambiado, Entrevista página 18

⁴⁰ Nombre cambiado, Entrevista página 30

futura similar la decisión podría ser esperar o buscar solución con otros recursos.

Saber cuando consultar o no es un motivo de duda en las personas, se mostró que saber es un asunto de gran valor porque da seguridad, así mismo saber cuando consultar adquiere un enorme peso, por un lado si se consulta muy tarde se correrán riesgos en el bienestar de los enfermos y podría ser muy tarde, pero también se evita buscar ayuda rápido para no molestar como dice América, y prefiere esperar la consulta programada así se sienta enferma, como se muestra en este fragmento de entrevista.

“claro que si me sentía maluquita...pero yo miya no quería molestar” (E46) América⁴¹ . “me da pena hacerlos venir sin necesidad pero es que no quería estar sin dormir”(O) página 5

Es común la idea que hay que hacerse merecedor de la atención. Cuando esta mujer se decidió a consultar el significado de urgencia de lo que sentía debió superar en prioridades la idea que consultando molestaba al otorgante de atención. En conclusión asuntos culturales y de interpretación del síntoma son componentes de una negociación interna que las personas realizan antes de decidir si consultan o esperan. La duda puede estar alentada por los mensajes que el equipo de salud normalmente da en el sentido de racionalizar el servicio. Henderson decía “no hay duda de que muchas personas les atemoriza ser hospitalizadas, y otras, a no ser que estén muy enfermas no se atreven a pedir, a médicos y enfermeras demasiado ocupados que la cuiden”⁴²

Para mitigar las dudas se busca la opinión de alguien “experto” que le ayude a tomar la decisión. La opinión de si vale la pena buscar ayuda es así mismo una responsabilidad, porque implica conocer el paciente, evaluarlo y saber que es lo mejor para él.

“Esta niña enfermera,...y como el domingo una nuera mía se accidentó, entonces ella fue a la casa a verla a ella, a ver si valía la pena llamar para que la vieran, y ella me vio asfixiadita, es que estoy hinchadita,... y me dijo es mejor que llamemos, y ella toda querida llamo el doctor” (E45) América⁴³

5.2 NECESIDADES

Una vez que se percibe la circunstancia esta genera unas necesidades, parecería obvio pensar que la necesidad al buscar atención de urgencias, está relacionada con la solución de un proceso biológico, sobre todo cuando el comprometido es un sistema vital, pero no siempre la dinámica es ésta. La necesidad corresponde a otra lógica, dada por el significado que tenga de la circunstancia que alteró su salud. Partiendo del concepto que la necesidad es un asunto individual y subjetivo, se nota que hay una cantidad de

⁴¹ Nombre cambiado, Entrevista página 46

⁴² Henderson V.A. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. 4ed. Madrid: Interamericana de España-McGraw-Hill; 1994. p.12,115

⁴³ Nombre cambiado, Entrevista página 45

necesidades, aun no reconocidas por el sistema, que pueden llevar a una persona a una situación en que su solución desborda sus propias capacidades. Los prestadores de servicios de salud se han preguntado muchas veces, al tener un paciente al frente que es lo que estos buscan, sobre todo cuando en el examen físico no es evidente la necesidad que los llevó a consultar.

La percepción de necesidad del usuario es esencial para la investigación en enfermería según lo recomendado por Leddy⁴⁴, esta sugerencia parte de considerar la subjetividad de las necesidades de los pacientes de la misma manera en que lo recomendaron Heller⁸ y Hegel¹¹ en sus teorías, habíamos notado ya que sus teorías respetan la necesidad como una categoría individual y subjetiva y que para solucionarla cada uno tiene la representación subjetiva.

Las personas esperan que sus necesidades sean satisfechas por personal capacitado y con la suficiente sensibilidad para escuchar su particular circunstancia, las necesidades encontradas en este estudio son: soluciones, compañía, transporte, seguridad de no correr riesgos, tranquilidad de hacer todo lo que se pueda; estas necesidades son algunas de las encontradas en el análisis, eso no quiere decir que sean las únicas, porque en la investigación se parte de reconocer que la percepción de necesidad del paciente es un asunto individual, en eso coincide con Revilla "La necesidad es la que determina el uso de los servicios, entendiendo ésta, como la percepción de un malestar, un síntoma o una enfermedad, que incita a la demanda"³.

5.2.1 Soluciones

"pero uno de todos modos, tiene que buscar una solución" (E7) Adriana⁴⁵

Después de la percibir la situación que causó la pérdida de la cotidianidad, las personas tienen un proceso de búsqueda de autodiagnóstico causa y solución, de la misma manera como se construye este proceso las personas de acuerdo con su conocimiento tienen expectativas al respecto de lo que puede solucionar su situación, siempre es necesaria una solución, esta se busca por medios propios, pero cuando falta el conocimiento para hacerlo o no se tiene a mano, las personas buscan ayuda. Independiente de los recursos que las personas usen para encontrar solución, lo importante es tenerla sea por medios propios o buscando ayuda.

Cuando las personas perciben que algo cambio la cotidianidad quieren recuperarla es allí donde descubren su necesidad, la circunstancia motiva la necesidad y esta la consulta, recordemos a Lara⁴ citada antes quien definió un modelo para analizar la motivación de la búsqueda de atención, según este modelo la necesidad de salud desempeña un papel importante en la utilización de los servicios de salud, por eso la definición de necesidades es la clave para el inicio del proceso, esta puede partir del usuario o del profesional, esto nos muestra dos perspectivas la necesidad normada y la sentida, siendo esta última la que interesa al estudio.

⁴⁴ Leddy S. Pepper M. bases conceptuales de la enfermería profesional. New York: OPS 1989. p.116-117,344

⁴⁵ *Nombre cambiado, Entrevista página 7*

En el siguiente fragmento de observación, el solicitante quería dar una mala noticia a un familiar, pero no quería que le administraran un fármaco que lo durmiera, solo quería compañía y la seguridad de que la noticia no causaría una crisis, pero cuando llegó era tarde para advertirlo, en el testimonio se puede ver que no se encontró en ese momento la solución que necesitaba tal vez porque el prestador no la conocía.

Según el modelo de Lara⁴, citado en el capítulo de referentes teóricos, en este caso es el modelo centrado en el punto de vista del proveedor el que determinó la atención, aunque la búsqueda de atención fue iniciativa de la familia, la decisión de usar sedantes fue de los prestadores, contrario a la necesidad de la familia.

“el todo es que no la hallan dormido porque eso es muy maluco, regresar después le provoca a uno matar al médico” (O) página 2

Esta situación es común, el profesional acude a la atención con su conocimiento y pocas veces se toma el tiempo para interactuar con el paciente y su familia, esto es problemático porque al no conocer las circunstancias y las necesidades individuales, se pueden tomar decisiones que no corresponden a las expectativas, razón por la cual no se soluciona la situación y podría haber insatisfacción en la familia, llevándolo a la sensación que su necesidad prevalece, es posible que la familia solo necesitara compañía.

5.2.2 Compañía

Es importante tener el apoyo y la compañía de alguien especialmente en el momento de tomar decisiones difíciles, en la soledad, cuando se siente una carga por la responsabilidad de cuidar a alguien, y en el momento de la muerte propia o de un familiar.

La necesidad de compañía es un motivo para pedir ayuda, esa compañía puede ser la de un familiar, la de un amigo y la del personal de salud; la compañía de unos no evita que se requiera la de otros. Querer compañía se expresa al pedir ayuda de forma concreta. “Necesito compañía para...”. La soledad, se convierte en un agravante de la circunstancia, hace más duro el evento, o la condición personal o la del familiar al que se cuida, la soledad puede confesarse como un motivo para pedir ayuda.

“Uno se pone supremamente nervioso y necesita compañía pero ellos siempre están a mi lado” (E18) Rómulo⁴⁶

La seguridad de saberse acompañado mitiga el nerviosismo que le produce la circunstancia, este testimonio es un ejemplo de la necesidad de compañía en la enfermedad.

La soledad hace más difícil una carga, se necesita ayuda y compañía con la responsabilidad que se tiene, la ayuda con la carga es una necesidad principalmente del cuidador. Por esta necesidad puede solicitar atención el familiar o el mismo paciente, la carga hace del cuidador un ser solo que necesita apoyo y compañía, la necesidad de compañía hace de las personas seres más vulnerables, que piden compañía para buscar las soluciones o seguridad de no sentirse solos con sus circunstancias.

“Uno muchas veces con dos enfermos en la casa no es capaz y a mi me esta

⁴⁶ Nombre cambiado, Entrevista página 18

tocando sola” (E6) Adriana ⁴⁷ “yo le corro mucho porque yo soy la responsable de mi papa de un todo y por todo y estoy sola con él, bueno y ustedes” (O) página 7

La responsabilidad del cuidado representa para Adriana, en el primer fragmento, una crisis que cambió la circunstancia, la agrava, por esto la compañía de los profesionales es importante para los pacientes y los familiares, les ofrece apoyo, ayuda y la seguridad de contar con alguien cuando están solos con la carga, a veces los profesionales de salud como se ve el fragmento de observación son la única compañía para los familiares, el único apoyo cuando no saben que hacer o sienten difícil la carga.

La compañía como parte del cuidado integral ha sido evidenciada por autores como Juan Carlos Bermejo al decir “acompañar a la persona enferma en sentido holístico supone generar salud también en el ámbito mental. Igualmente, acompañar en sentido integral al enfermo, implica promover salud relacional, salud en la dimensión social. Se dará salud relacional cuando se pueda decir que una persona se relaciona bien consigo misma porque experimenta un cierto equilibrio en la relación con su cuerpo, porque promueve el auto cuidado, la belleza, la autoestima” ⁴⁸ .

En los momentos de cercanía con la muerte, tanto el paciente como el familiar piden compañía de otros que puede ser el equipo de salud. La vulnerabilidad que pueden sentir el paciente y su familia cuando la muerte se acerca, merece del equipo de salud la sensibilidad de acompañarlos. Pero los profesionales pueden sentirse a su vez vulnerables y tienden a huir, explicando esta fuga rápida en el deseo de brindar intimidad, sin embargo los relatos muestran la necesidad de compañía de quienes atención de salud en estos momentos. Antes de enfrentarme yo misma a esta investigación suponía que la solicitud de atención prehospitalaria para una persona con una enfermedad terminal buscaba para evitar la muerte o el certificado de defunción, esta era la idea de todos lo que acudíamos a las llamadas de solicitud de atención de urgencias en las casas.

Se requiere compañía cuando alguien se va a morir, para dar información, para reforzar algunos cuidados y para estar ahí con la persona que siente el temor de morir o ver morir a su ser querido. Cuando hay un paciente terminal la familia no busca prolongar la vida, sino afrontar a la muerte, este miedo existe en los cuidadores familiares, y en el mismo paciente. La compañía, el contacto físico con alguien puede aliviar la soledad de entregarse solo a la muerte.

“siento que ya me voy, que llego el momento de despegarme...ella continua tomándome la mano y mirándome largamente...” (O33)

Tal vez agarrar la mano de quien estaba a su lado era la forma en que la paciente expresaba su temor a despegarse de la vida, ella conocía su estado y decía estar preparada para morir, aún así al sentir la muerte tan cerca buscaba una mano para sentirse acompañada, es posible que le faltara hablar de su temor. La sensación de

⁴⁷ Nombre cambiado, Entrevista página 6

⁴⁸ Bermejo J.C. Hacia una salud Holística.[sitio en internet]. España: Centro de Humanización de la Salud; [Acceso 16 de diciembre de 2006]. Disponible en: http://www.humanizar.es/formacion/img_documentos/bermejo/salud_holistica.doc

muerte hace que aumente la crisis en la familia y el paciente, lo que lleva a pedir compañía, con carácter tan urgente como cercana se sienta la muerte.

El testimonio que sigue muestra como la edad se convierten en una circunstancia que aumenta la eminencia de muerte, pase lo que pase con un adulto mayor la familia podría pensar que no se recuperará.

“es inevitable de pensar...que la muerte se le avecina mas a las personas de edad” (E52) Javier ⁴⁹

Incluso dar una noticia sobre la muerte de alguien, es algo que requiere compañía y apoyo, en el siguiente fragmento se ve que talvez consideran la persona frágil para aceptarlo, no se quiere asumir la responsabilidad de dar esa noticia, porque se quiere evitar una crisis en la persona que la reciba, en todo caso es mejor no estar solo, si acaso hay una reacción, en la segunda cita es posible que sea el deseo de delegar esa responsabilidad lo que lleva a consultar, claramente el solicitante de la atención dice “ los llamamos para...” En una y otra ocasión, tener cerca el profesional de salud, da seguridad que la muerte de un familiar no va a afectar a otro.

“La hija buscaba la forma de decírselo a la señora...porque la mamá no iba a aguantar la noticia” (O22) “los llamamos para que ustedes le den una mala noticia” (O1)

Bertha Rebeca Antolinez Cáceres en el texto espiritualidad y cuidado trabajó esta temática con la intención de servir de apoyo para quienes sientan que este puede ser un medio para encontrarle sentido a su quehacer, a la vida dice la autora “la fragilidad del yo existencial se hace evidente frente a las situaciones que le generan miedo o ansiedad, frente a eventos como el abandono, lo inesperado, la muerte.

Ante la ansiedad que le genera el miedo al abandono se puede utilizar al otro en forma posesiva, celosa, manipuladora, para no sentir el vacío que produce el sentimiento de soledad. Pero que el otro lo percibe casi en forma instintiva huye, acrecentando en el otro la sensación de vacío y soledad”⁵⁰.

El miedo a la muerte existe como decía arriba en pacientes, familiares y personal de salud. Cuando hay una persona con procesos terminales acercándose a la muerte no quisiéramos estar cerca, en el testimonio donde el paciente agarra fuerte la mano del observador es importante expresar la sensación de impotencia que este gesto produjo, es difícil darle la mano a alguien con tanto miedo de morir.

“la llevaba todos los días al hospital aunque yo sabía que se nos estaba muriendo...que hacía yo con ella solita en la casa, no sabía como hacer para que ella no sufriera”(E50) Lucia ⁵¹ “pues si., aunque yo no entiendo para que la mandaron para acá, porque allá la podían ayudar como que les dio miedo que se les muriera allá y la mandaron a que se muriera”(E51) Lucia ⁵²

⁴⁹ Nombre cambiado, Entrevista página 52

⁵⁰ Antolinez Cáceres B.R. Espiritualidad y cuidado. En: Grupo de cuidado. Universidad Nacional. Facultad de enfermería. El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos, 2002. p. 52

⁵¹ Nombre cambiado, Entrevista página 50

En los anteriores fragmentos se muestra la necesidad de compañía Francia al ver a su mamá acercarse a la muerte, no quería estar “solita” y buscaba el equipo de salud que a la vez la envió a otro sitio, según ella por el miedo de los profesionales de enfrentar la muerte. La cita de Antolinez y los testimonios sugieren que los profesionales de salud podríamos estar poco preparados para enfrentar la muerte de los pacientes, esa puede ser la causa por la cual buscamos alejarnos de la familia y el mismo paciente, que solo piden compañía y “saber que hacer para que el paciente no sufra”.

5.2.3 Transporte

La necesidad de transporte se refiere a dos situaciones, una es evitar trasladarse al hospital por preferir la casa para la atención, y otra es cuando la circunstancia tiene un significado que genera la necesidad de ser remitido a otro lugar diferente a ser atendido en casa.

Las personas evitan trasladarse al hospital por dos razones, una es preferir la comodidad de la casa, como se presentó de lo dicho por Foucault¹, la casa es el lugar donde esta la familia y el espacio propio, otra razón para no trasladarse al hospital es la dificultad de ir en transporte público, esto por asuntos culturales, económicos o limitaciones físicas como pacientes en cama o personas a quienes su familia no puede trasladar, su solicitud de ayuda no es solo por el transporte, esta motivada porque reconocen que algunas condiciones, recursos y conocimientos son indispensables para hacer seguro el traslado al hospital sino se puede resolver la situación en la casa.

La atención urgente en casa es muy valorada en personas de edades extremas, no solo por la idea de que ellos son mas vulnerables frente a la muerte, sino también porque por razones culturales hay una consideración que ellos necesitan una ambulancia para ser trasladados.

***“Estamos acostumbrados a que con un bebé tan bebé no salimos en bus o en colectivo sino que tiene que ser en un taxi, entonces sería más el gasto”(E18)
Adriana⁵³ “como me van a levantar de aquí como van a hacer” (O) página 31***

La señora que habla se cayó, su autodiagnóstico le dice que tiene fractura de cadera, al saber que en estos casos necesita una movilización especial, llama a pedir ayuda para el traslado, ella tal vez piensa que tendrá complicaciones por lo cual se puede notar su angustia de insistir en que tengan cuidado al levantarla, es también importante para ella saber cual es el plan de traslado. Esta señora es una mujer de 80 años y una vez mas se nota como la edad en estos dos casos representa una circunstancia para pedir consideraciones especiales de traslado al hospital.

Lo anterior es considerado en un reporte de investigación cuantitativa realizado en Cali por Reyes, que buscaba describir las necesidades médico-sociales de los pensionados que recibían visita geriátrica domiciliaria, encontró que estas visitas están indicadas en ancianos reclusos en el hogar por problemas funcionales o sociales y en

⁵² Nombre cambiado, Entrevista página 51

⁵³ Nombre cambiado, Entrevista página 18

ancianos de alto riesgo, cuyo estado les impide salir del domicilio para un control ambulatorio, para una asistencia de urgencias o cuando desean morir en la casa. La conclusión del estudio es que la atención domiciliaría es esencial, para evaluar las necesidades complejas de los ancianos⁵⁴. La conclusión del estudio de reyes coincide con los datos en el sentido que los ancianos tienen una percepción especial de la necesidad de atención domiciliaria.

5.2.4 Seguridad de no correr riesgos

La necesidad de seguridad nace de temores como creer que algo grave pasará luego a consecuencia de lo que pasa ahora, por lo mismo es mejor no esperar. El temor a la muerte lleva a las personas a buscar seguridad, que encuentran en entender el diagnóstico médico, ver que los profesionales que llegan están bien equipados, sentir sinceridad de parte de los profesionales que lo atienden. Esta sinceridad que se valora es en cuanto al diagnóstico, al pronóstico y cuanto tiempo pasará antes de llegar la atención. Se encontró que las personas valoran mucho saber cuanto tiempo pasará antes de la atención, porque da la sensación de respeto y les permite a ellos tomar la decisión de esperar o no la atención.

“no tengo quejas, en cuanto al servicio tampoco porque que más que hablan con la sinceridad”(E14) Adriana⁵⁵

Los recursos de los prestadores son también un motivo de seguridad, pues dan la idea que ellos harán todo lo necesario. Además como dice Adriana, tener todo lo necesario a mano da la idea que no van a perder tiempo buscando equipos y la solución va a llegar más rápido.

Pues uno como que ve que las ambulancias están bien equipados, porque lo que se necesita en el momento ahí lo hay, pues como que solo es llegar y hacer. (E8) Adriana⁵⁶

Cuando la intención es evitar riesgos, las personas sienten que es posible que su autodiagnóstico no sea acertado y es mejor ante el riesgo que representa equivocarse, buscar una segunda opinión, que no siempre es la del médico, como veremos adelante. Contar con la opinión de un experto que dé un diagnóstico, así este no coincida con el autodiagnóstico genera seguridad, esto lleva a concluir que el proceso de negociación individual no siempre reemplaza la necesidad de atención.

“Es mejor estar seguros y que ustedes vengan”(O12) “Me imagino que eso más adelante le pasará algo o le sucederá algo, yo soy de los que a tiempo para las cosas.(E8) Adriana⁵⁷

Es importante no permitir que el tiempo pase para consultar, muchas cosas pueden pasar

⁵⁴ Reyes O.C. Visitas domiciliarias en pacientes geriátricos. Colombia Medica 1998;(29):138-142

⁵⁵ Nombre cambiado, Entrevista página 14

⁵⁶ Nombre cambiado, Entrevista página 8

⁵⁷ Nombre cambiado, Entrevista página 8

por el imaginario de las personas en ese tiempo, lo que se imagine dependerá nuevamente de lo que signifique la circunstancia. El riesgo que se quiere evitar, puede ser la muerte o una complicación, o a veces se quiere evitar un “regaño” del personal de salud por no consultar antes. En la cita que sigue la persona hace evidente que ha sentido un regaño del personal de salud por sus decisiones de consultar o no hacerlo.

“Primero porque que pena y segundo porque el regañito” (E6) Adriana⁵⁸ “Usted no puede correr el riesgo si se le quita o no se le quita y llamar al Médico cuando no se le quite a la media hora cuando ya venga a todo el cuento ya no hay nada que hacer” (E17) Adriana⁵⁹

La necesidad de seguridad esta referida por varios autores como Max-Neef, Maslow y Henderson, ellos le dan un lugar muy importante en sus teorías, en las entrevistas y en las observaciones la necesidad de seguridad representa un motivo para buscar ayuda.

El sentir que se pierde el control de la situación genera una crisis que es lo que Maslow¹⁰ plantea como necesidad de seguridad, “la necesidad de estabilidad, la de tener orden y la de tener protección, entre otras. Cuando se tiene esta necesidad se está como si se estuvieran en emergencia. Su necesidad de seguridad se expresa buscando una protección o personas fuertes en quien el pueda depender o con comportamientos compulsivos intentando estabilidad y seguridad”. La teoría de este autor muestra como en situaciones de pérdida de seguridad se busca ayuda, para Maslow la necesidad de seguridad es la segunda de su jerarquía, luego de las necesidades fisiológicas, un lugar muy alto como para desconocerla en las personas que solicitan ayuda de urgencias. Para Max-Neef⁶⁰ la necesidad de seguridad es la segunda de su taxonomía, él la define como necesidad de protección. Esta necesidad implica, en el ser humano, tener apoyo familiar, grupal, social y del estado. Una teoría conocida para enfermería que es la de Henderson²⁷, tiene en su lista de necesidades de la persona dos que se refieren al tema de seguridad la octava y la novena, es decir mantener la higiene corporal y evitar peligros del entorno. Como se ve varios autores de diferentes disciplinas le dan a la necesidad de seguridad mucha importancia, lo cual hace pensar que las personas que ofrecen atención de urgencias domiciliarias, deben reconocer que cada persona o familia que consulta tiene necesidad de seguridad.

5.2.5 Tranquilidad “hacer todo lo que se pueda

La tranquilidad esta muy relacionada con la seguridad. La emoción produce intranquilidad y hace pedir ayuda. Posterior a la atención, si se cumplieron las expectativas, se cambia esta emoción por tranquilidad, puede ser porque se encontró solución a la circunstancia que hizo pedir ayuda; o se encontró que fue aprobada la decisión. La tranquilidad también ocurre por el conocimiento adquirido por las explicaciones del equipo de salud.

⁵⁸ *Nombre cambiado, Entrevista página 6*

⁵⁹ *Nombre cambiado, Entrevista página 17*

⁶⁰ Max-Neef M Elizalde Hevia, A, Hopenhayn, M. Desarrollo a escala humana: Una opción para el futuro. Suecia: Fundación Dag Hammarskjöld; 1986. p.42

Las personas quedan tranquilas al saber que se hizo todo lo necesario y posible por el bienestar de alguien, o por solucionar la situación. Es posible que la situación no tenga solución y se esta consciente de eso, pero es necesario hacer todo lo que posible para mitigar la emoción o los síntomas. Este asunto es de gran importancia cuando se está cuidando a una persona en estado terminal.

Pues uno queda tranquilo, porque sabe que más no podían hacer (E21) Rómulo⁶¹

Cuando Adriana habla se nota que su tranquilidad es debida a la explicación que recibió con la cual pudo elaborar un significado. El significado de urgencia genera la necesidad que al ser satisfecha produce tranquilidad, y por la solución que encontró de la situación.

Con mucha exactitud, todo me lo explicaron a punta de que yo quedé tan tranquila que es el día de hoy y mi hija está mejorcita. (E2) Adriana⁶²

5.3 REACCIÓN AUTOMÁTICA

“Yo no se de donde sacamos esa reacción y llamamos” (E4) Adriana⁶³

Al ocurrir una circunstancia se genera la necesidad y las personas normalmente hacen algo mientras llega la ayuda, con varios fines como solucionar la situación, sentir que hacen algo o cambiar la sensación de la duración del tiempo. La inmovilidad no aparece como una opción, puede ser que no sepan que hacer pero quieren hacer algo. Las acciones que hacen son de manera automática, sin pensarse o elaborarse, esta reacción se activa tan pronto se perciben la necesidad, las reacciones son los recursos que las personas utilizan, y van en dos sentidos intentar una solución y repartir tareas, algunas tareas son consideradas indispensables como las labores de enfermería, pedir ayuda y esperar.

La literatura reporta como actitudes en situaciones de malestar “cualquier actividad, realizada por una persona que se siente mal, para definir su estado de salud y descubrir un remedio adecuado”⁶⁴ la conducta depende de la forma en que un individuo percibe el malestar y está afectada por múltiples determinantes⁶⁵

Cada una de estas reacciones se analiza a continuación.

⁶¹ *Nombre cambiado, Entrevista página 21*

⁶² *Nombre cambiado, Entrevista página 2*

⁶³ *Nombre cambiado, Entrevista página 4*

⁶⁴ Igun UA. Stages in health seeking: A descriptive model. Scoc Sci Med 1979; 13 A: 445-456. Citador por: Leddy S., Pepper M. bases conceptuales de la enfermería profesional. New Cork: OPS; 1989. p.182

⁶⁵ Wu R. Behavior and iones. Englewood: Cliffs,prattice- Hall; 1973. Citado por: Leddy S. Pepper M. Bases conceptuales de la enfermería profesional. New Cork: OPS; 1989. p. 182

5.3.1 Intentar soluciones

Las personas emplean una serie de recursos que buscan aliviar la situación o prevenir complicaciones, son aprendidos culturalmente (se conocen porque los medios de comunicación los explican, por experiencia de otros o propias). Las personas hacen algo, dependiendo de la necesidad. Los recursos son utilizados por el paciente o por las personas cercanas y se toman a manera de ensayo con continuas evaluaciones.

La necesidad es generada por la emoción resultado del autodiagnóstico y la causa de éste, las acciones van dirigidas a solucionar la situación, son puestas en práctica de manera automática cuando se percibe la necesidad. Los recursos que se emplean corresponden a lo aprendido, por los medios de comunicación, el contexto social, cultural, y por el personal de salud, es decir sin conocimiento no se pueden emprender acciones, el conocimiento efectivo es el que brinda bases para tomar decisiones. Tomando en cuenta la importancia del conocimiento es bueno explorar las fuentes del mismo en las personas, para así comprender sus acciones y necesidades.

En el fragmento Elena dice “uno va sabiendo” con esta frase dice que el aprendizaje es un proceso, ya sabía por otras experiencias que debía hacer, por lo tanto el conocimiento para ella nació de su experiencia de cuidar su madre, en el siguiente testimonio Adriana, madre joven, muestra como hizo el proceso de autodiagnóstico y de acuerdo con este definió una solución argumentándola en un conocimiento generalizado en su cultura, para mitigar su falta de experiencia de cuidado tomó conocimiento de su medio social y los medios de comunicación.

“Mas o menos uno va sabiendo, y le compre suero y le iba dando” (E32) Elena ⁶⁶
“Yo me imaginé que era una gripa, entonces pa` la fiebre dolex que es lo que todo el mundo sabe que hasta las propagandas lo dicen pa` la fiebre dolex, para la tos Noraver” (E3) Adriana ⁶⁷

Otra forma de conocimiento de recursos es el entrenamiento que las personas reciben del personal de salud o de otros familiares, el objetivo de este entrenamiento es tener recursos para solucionar las situaciones que se presenten sin cometer errores.

“Yo a ellos los he entrenado y ellos saben que hacer para que no vayan a hacer burradas” (E40) Paula ⁶⁸

Este entrenamiento debe ser brindado por personas con credibilidad para la familia. En el anterior testimonio, el entrenamiento es ofrecido por alguien de la familia que es profesional de la salud, cuando se refiere a entrenamiento habla de la educación que les da a sus otros familiares para que ellos sepan reconocer una situación de urgencias y que hacer, evitando así que en el momento que ella no este, su tarea sea asumida por otra persona entrenada.

⁶⁶ Nombre cambiado, Entrevista página 32

⁶⁷ Nombre cambiado, Entrevista página 3

⁶⁸ Nombre cambiado, Entrevista página 40

Cuando las personas le dan un significado de urgencias a la circunstancia, como ya vimos buscan ayuda sin demora, sin embargo esto no impide hacer algo mientras llega la atención, como acostar la persona, despejar la habitación para darle aire, acompañarla, o recursos similares.

“ cuando vine a la pieza de él, vi que estaba inconsciente y vomitando, llame a la hermana de él, lo volteamos y llamé, eso es lo que nos han recomendado”. (O) página 9

La fuente de conocimiento de esta señora fue la educación recibida por parte de los profesionales en anteriores situaciones, sabía que debía voltear al paciente para evitar que se ahogara y llamar de inmediato, la acción con el paciente no le impidió llamar, pero si le permitió actuar de forma tranquila.

Hacer algo es tan importante que no tener qué hacer, o no saber qué hacer es la definición que muchas personas dan de urgencias. El siguiente fragmento es uno de tantos en donde se nota que no tener recursos y no saber que hacer, es considerado por las personas como urgencia, en otras palabras cuando se sabe que hacer y se esta tranquilo para hacerlo, la sensación de urgencia disminuye.

“no era una urgencia, uno tranquilamente le va haciendo...es que una urgencia es como vuelvo y te repito lo de mi mama..., que nosotros no sabíamos que hacer” (E4) Adriana

Leddy menciona el autotratamiento como una etapa del malestar dice “si la persona comprende y puede dar un nombre a los síntomas, considera que éstos no son graves, puede decidir tratarse por sí misma; algunos métodos posibles incluyen quedarse en casa, beber líquido, descansar en cama, y automedicarse con productos que no requieren receta médica”²⁸

5.3.2 Asignación de tareas

Hay una serie de tareas que las personas consideran indispensables cuando se percibe que algo pasó. Esas tareas son asumidas de manera automática por quienes rodean al paciente, si hay un solo acompañante las realiza todas, no son impuestas, se asumen por personalidad o conocimiento con el fin de solucionar la situación y evitar complicaciones en el paciente, además que dan la tranquilidad de estar haciendo algo.

Estas tareas son: intentar solucionar la situación, acompañar en la espera, arreglar el espacio y el paciente, todas ellas pueden ser realizadas por enfermería, en los relatos se muestra la idea que tienen las personas del profesional de enfermería en funciones de cuidado e interacción, abogacía y educación. Todas estas tareas las asumen ellos mismos si no tienen un profesional de enfermería disponible pero al que acuden en todos los casos.

Las funciones de quien asuma cada tarea son muy complejas porque involucran características de personalidad para hacerlo, a continuación se relata lo que cada una implica.

Intentar solucionar la situación: implica cuidar e instruir, la persona que realiza esta tarea sabe que hacer en los momentos de urgencia, lidera las acciones que se realizan y

busca la ayuda cuando sus capacidades se desbordan, las persona saben que esta tarea la hace quien mejor enfrente la crisis.

Las personas asocian estas funciones con las labores de enfermería entonces quien las realiza es reconocido como el enfermero del paciente así no sea profesional, es posible que sea parte de la familia, cuando esta persona tiene agotados sus recursos, acuden normalmente a enfermería; es decir en las familias, en primera instancia y en las comunidades en segunda, hay una representación de las funciones propias de la enfermería y a ella acuden en el momento de necesitar ayuda para finalmente de acuerdo con su recomendación decidir si es necesario acudir al servicio de urgencias domiciliario. Al no existir una red formal que ofrezca servicios de enfermería en este contexto, las personas acuden a las personas que conocen en su comunidad con esta función.

Las tareas que las personas reconocen de enfermería son asumidas por personas de la familia que sepan hacerlo sean o no profesionales de enfermería, luego acuden a profesionales en su comunidad y finalmente a los servicios de atención prehospitalaria, las tareas que hace enfermería son asumidas por niveles de acuerdo con la preparación que tengan las personas para esta actividad.

Este proceso se muestra en el siguiente fragmento, la señora es quien cuida la madre anciana, cuando ella siente sus recursos agotados porque no sabe que hacer acude a su hijo, nieto de la anciana, quien hace el papel de enfermero de su familia, en realidad él es estudiante de enfermería, por lo cual es quien decide si intenta una solución o llama a urgencias domiciliarias.

“mi mamá lo primero que hace es mirarla haber como paso la noche y cuando la miró vio que estaba así y me llamo y yo la encontré así” (E53) Javier⁶⁹

Las personas le asignan a enfermería hay unas cualidades, gracias a las cuales pueden asumir la tarea de intentar soluciones, y logran tener credibilidad, algunas de las cuales son habilidad para cuidar, para brindar calor humano y apoyo psicológico, a la vez para brindar educación e instrucción. La habilidad genera confianza y credibilidad de la familia hacia el cuidador.

“Nosotros reconocemos mucho la habilidad que toma la gente cuando cuida a un enfermo...”(O30)

Luego de conocer que hay varias tareas por realizar, las personas reconocen que la tarea de intentar solucionar la situación necesita unas características especiales, es común que cuando esta tarea es asumida por alguien de la familia tenga algún conocimiento de salud así sea por experiencias de cuidado si no ha tenido educación formal, en otros casos como la familia de Adriana es Sandra su hermana, quien asume la tarea de intentar una solución en su familia, ella trabaja en un centro medico, aunque ella no es profesional de la salud, si es quien mejor maneja la situación, sabe que hacer y es mas calmada.

“ en el caso de nosotros mi hermana es la que mas calmada es...ella va, viene está pendiente, mientras uno no, al menos yo no sirvo para eso” (E13y14)Adriana

70

⁶⁹ Nombre cambiado, Entrevista página 53

⁷⁰ Nombre cambiado, Entrevista página 13 y 14.

Intentar soluciones es cuidar de la persona para evitar complicaciones o la muerte, A continuación se aclara la tarea de intentar soluciones:

El que cuida valora la situación, busca la solución de las necesidades con su propio conocimiento o pidiendo ayuda, las personas tienen la representación clara de lo que es cuidado y lo que necesitan que haga quien cuida.

Cuidar significa:

Frecuencia de la visita, porque se evaluará la evolución, se encontrará fácilmente un cambio, mientras acompaña. En el fragmento de entrevista la paciente tiene como enfermera una persona en su comunidad, la visita constantemente, por eso ella confía en su opinión y la tiene como cuidadora, aclarando que la enfermera ni es familiar, ni permanece con ella, pero le ayuda, acude cuando la familia la llame y esta pendiente de la paciente tanto para reconocer cuando la paciente no está bien, es decir sabe cuando paso algo que cambio la cotidianidad.

“la enfermera que va mucho a ayudarme...”(E48) América ⁷¹

No permitir ver mal al paciente, el cuidado representado en visitas frecuentes da cercanía, y hace que sea importante no ver mal al paciente, porque hay interés por su estado por lo mismo procura que la persona esté bien. La paciente una vez más expresa su confianza en la enfermera, sabe que cuando la vea mal no va a quedarse tranquila, sino que intentará una solución para su situación.

“es más querida y no consciente verme mal porque ahí mismo le dice a los hijos que nada que no me dejen así” (E48) América ⁷²

Esta definición de cuidado que tienen las personas ha sido una labor de enfermería por mucho tiempo y es conocida como la tarea de abogacía que debe ejercer, el papel de defensora incluye “demostrar preocupación por la situación global de paciente”²⁸ la abogacía es parte de las responsabilidades del profesional de enfermería ⁷³

Tratar con cariño al paciente, en la medida que se trate con cariño se cuidará más y se estará más pendiente del paciente. En condiciones de urgencia se tendrá la certeza que acudirá rápido a ayudar, las personas como en el caso de la señora que da su opinión valoran la cercanía de los prestadores de la atención, esa cercanía da confianza.

“Pues cuando uno lo llama él vuela, porque el me quiere mucho” (E48) América ⁷⁴

Como se dijo estas tareas son asumidas a manera de niveles según las capacidades, por personas de la familia profesionales de enfermería o no, de donde acuden a personas de la comunidad, por lo cual quedaría la duda si lo que buscan es un profesional o no; “El

⁷¹ Nombre cambiado, Entrevista página 48

⁷² Nombre cambiado, Entrevista página 48

⁷³ Colombia. Tribunal nacional ético de enfermería. Ley 911 de octubre 5 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C.2004. Título I Capítulo II artículo 3, Título III Capítulo I artículo 10,14,

⁷⁴ Nombre cambiado, Entrevista página 48

cuidado ha estado asociado a la enfermería por más de un siglo”⁷⁵ lo que mas se destaca sobre el cuidado formal(profesional de enfermería) e informal(familiar) es que en ambos cuidar se define como una interacción y un proceso²⁴, dice Colliere “si prestamos mucha atención, nos podemos dar cuenta que el servicio ofrecido por un oficio rara vez está sometido a una definición...los cuidados de enfermería no pueden ser delimitados en una definición y no podrían tener significado sino tuvieran en cuenta la diversidad de las necesidades de salud en función de lo que tiene sentido en la vida de las personas”², es decir necesitamos estar mas atentos a las necesidades de las personas y responder según la competencia de la enfermería a ellas, de esta manera estaremos correspondiendo a sus expectativas, las personas buscan cuidados de enfermería en quienes mas preparados estén para ofrecerlos.

El papel del conocimiento en el manejo de la emoción se mostró atrás, por esto quien instruye y educa es tan importante para las personas, dice Mishel “además de proveer información, el apoyo social también funciona evitando la incertidumbre, estableciendo redes donde cada miembro depende de la experticia de otro para manejar varios eventos amenazantes”⁷⁶ en la cita de Mishel se confirma lo que dicen los datos, en el sentido que las personas confían en la experiencia de las personas que les den bases para ellos construir autodiagnóstico y soluciones.

La persona que brinda educación debe ser alguien que tenga credibilidad para la familia y el paciente, la educación valorada es referente al signo, su evolución, intervención y todo lo que permita elaborar un significado. Es importante también el cuidado específico para no depender de una misma persona. Lo anterior permitirá que en eventos futuros la familia y el paciente tengan menor incertidumbre.

“ella me dice no tomes tanto liquido, eso no te conviene...ya yo entiendo eso,... les hago mucho caso”(E49) América⁷⁷ “saben que hacer...también saben cuando si llaman cuando la persona no mejore con lo que les he enseñado o yo también les he enseñado algunos signos claves para saber que no hay que esperar.” (E42) Paula⁷⁸

En el anterior testimonio Paula que es la enfermera de esta familia comenta cual es la educación que le da a la familia, para que no dependan de ella en su ausencia, sobre todo en los casos de urgencias, de esta manera podría ser que la educación cumple también la función de dar tranquilidad a quien normalmente asume esta tarea, por el contrario Maria solicita esa educación para cuidar a su abuela luego de haber pasado la situación de urgencias, ella considera que debe saber y pide información que le permita cuidar de su abuela. En el caso de Maria se nota como la tarea de intentar soluciones

⁷⁵ Hockey L. The nurse's contribution to care. En 4.3. CIBA Foundation symposium, editores. Health care in changing setting: yht UK experience. Londres: CIBA; 1976,59-74 citado por: De la Cuesta C. Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de enfermería, 2004 p.2.

⁷⁶ Mishel M. Incertidumbre en la enfermedad. Image 1988; 20(4):225-232. Traducido por María Elisa Moreno, página 6

⁷⁷ ***Nombre cambiado, Entrevista página 49***

⁷⁸ ***Nombre cambiado, Entrevista página 42***

pasa a manos de personas mas capacitadas cada vez según como se vayan agotando los recursos en cada caso, Maria es quien asume esta tarea en su familia, luego ella acude al servicio urgencias en la casa, por tener esta responsabilidad pide información.

“Maria solicitó que se le diera más información porque es ella quien ve a la paciente durante el día y la noche”(O) página13.

El siguiente fragmento aclara lo que decía arriba respecto que la educación brinda tranquilidad a quien la brinda, cuando enfermería le brinda educación a una familia, sabrá que es muy probable que ellos sepan que hacer en situaciones de urgencias, lo mismo cuando quien tiene una situación de urgencias es quien normalmente asume la tarea de intentar soluciones. Veamos como Paula valora el entrenamiento dado a su familia y las reacciones que ellos tomaron cuando ella estaba inconsciente.

“como cuando yo estaba inconsciente que tal si no les enseñó, no habrían sabido cuando me paso a mi” (E43) Paula⁷⁹

Ya se había dicho que en las familias hay personas que asumen la tarea de intentar soluciones y que estas tareas son reconocidas como funciones de enfermería, pero se encontró en los datos, que las personas reconocen que las enfermeras profesionales tienen condiciones especiales que las hace ideales para asumir esta tarea, por esto mismo buscan en su comunidad de manera informal quien pueda en sus casos particulares intentar soluciones cuando su conocimiento los limita y aun no saben si llamar el servicio medico. Las personas quedan mas tranquilas cuando un profesional de enfermería acude a su llamado de ayuda. En el relato vemos como la familia y la paciente quedan tranquilas cuando acude una enfermera profesional a ayudarla a salir de la crisis, en este caso también se nota que la cuidadora intento soluciones y acudió a una enfermera profesional antes de llamar el medico, viendo como al llegar el medico la familia considera que la atención y compañía de la profesional “la saco de la crisis”.

“ella ya esta muy bien porque vino esta niña que es enfermera profesional y la saco de esa crisis tan horrible” (O) página 44

Liderar la atención significa definir que hacer o pedir ayuda médica, cuando se desborden sus recursos de solución, esto depende del conocimiento que se tenga, una de las razones de pedir la opinión de enfermería es que esta les ayude a tomar la decisión de llamar o no al servicio de atención de urgencias, entonces las personas le preguntaran a enfermería si vale la pena o no llamar, inclusive es posible que la llamada para buscar ayuda sea delegada a esta misma persona, para que sea quien comente la situación del paciente, entonces la actuación de esta persona es tanto convenciendo de la necesidad de pedir ayuda, como de puente entre el paciente y el médico al comentarle a éste la situación, es posible que la necesidad sea la de delegar la responsabilidad de esta decisión o buscar seguridad. En el caso que se muestra la enfermera es quien convence la paciente de consultar al medico llamándolo ella misma. Cuando las personas cuentan con la opinión de enfermería lo hacen posiblemente buscando varias cosas una de ellas es que sea enfermería quien interprete lo que pasa, por esta razón es tan importante que la enfermera conozca el paciente porque podrá saber cuando hay un cambio de la cotidianidad, además que sabrá darle un significado a lo que pasa, tiene conocimientos que permiten intentar una solución.

⁷⁹ Nombre cambiado, Entrevista página 43

“la cosa se quería quedar así, ya fue porque esta enfermera tan querida me dijo que era mejor” (E46) América ⁸⁰ .

Tener cerca una profesional que sepa que hacer hace que la crisis disminuya, en el caso de la familia de Paula se hace una asignación automática de tareas, cuando notan que algo le pasa a la madre, dicen que ninguna entra en pánico cada una sabe que hacer como dice la misma Paula.

“Cuando lo de mi mamá fue tal que cuando la vimos tan mal tan ansiosa y yo le tomaba la presión, nena hay mismo llamaba y yo le decía que encontraba, pero ninguna entra en pánico” (E41) Paula ⁸¹

Acompañar y tranquilizar: la importancia de la compañía se trató ampliamente en la categoría de necesidades. La compañía da calma, implica que la espera sea menos larga, a quien acompaña le da la tranquilidad de estar haciendo algo por el paciente.

“ya después bajó mi hermana a abrir la puerta mientras yo estaba pendiente de mi mamá” (E11) Adriana ⁸² “La fuimos organizando y mientras tanto yo me organizaba porque yo soy la que me voy con ella”. (E29) Elena ⁸³

La compañía es una necesidad y por lo mismo una tarea que alguien asume, esta compañía implica estar cerca, tranquilizar al paciente y la familia, decía don Rómulo sentirse en una crisis genera ansiedad y produce miedo “uno se pone supremamente nervioso y necesita compañía”, en su caso la compañía era brindada por la familia y por el personal de salud, tanto que el momento de solicitar atención y sentir que no llegaban sentía en sus palabras “disgusto y abandono” (E24)

Acompañar es animar y evitar el pánico en el paciente, dice Paula que esto le funciona con su madre.

“le dije que estaba un triz alta y que era bueno que la evaluaran” (E40) Paula ⁸⁴

Cuando el familiar que asume la función de cuidar percibe que algo malo pasa con el paciente, de inmediato de manera automática de acuerdo con el significado, toma acciones para intentar solucionar la situación, a la vez que acompaña y tranquiliza, las acciones que hace dependen de su conociendo y capacidades, pero sabe que al acompañar el paciente le brinda seguridad porque el paciente confía en él. En el testimonio que sigue Paula comenta la secuencia de acciones cuando se percibe que pasa algo, comenta las tareas importantes por realizar y cual es la función de quien intenta soluciones.

“cuando yo vi que tenía dolor en el pecho de una lo mismo, yo me quede con ella, la acosté, la tranquilizaba, no le di nada porque ya se había tomado las pastas, y una de mis hermanas llamó” (E40) Paula ⁸⁵

⁸⁰ Nombre cambiado, Entrevista página 46

⁸¹ Nombre cambiado, Entrevista página 41

⁸² Nombre cambiado, Entrevista página 11

⁸³ Nombre cambiado, Entrevista página 29

⁸⁴ Nombre cambiado, Entrevista página 40

Generar tranquilidad al paciente es una función que tienen quienes lo rodean, especialmente la persona que acompaña. Pero es también una función que la familia valora en quienes llegan a ayudar. La familia acompaña al paciente y el equipo de salud acompaña al paciente y a quienes lo rodean.

“siempre le dicen a uno que calma, que esto no tiende a mucho, de pronto esto es una manera de calmarlo a uno y esto funciona” (E13) Adriana⁸⁶

La compañía de quienes llegan a atender es un asunto muy valorado por las familias, sienten que no los van a abandonar, en todas las entrevistas las personas expresaron que el equipo de salud estuvo pendiente del paciente durante la atención, el traslado y la llegada del paciente al hospital. Para verlo en un caso Adriana dice respecto al traslado de su madre por parte de una empresa de atención domiciliaria

“esperaron a que la ubicaran, le hicieran lo que le tenía que hacer...entonces eso es muy importante” (E10) Adriana⁸⁷

En situaciones que una persona o su familia sienten que algo pasa o cuando se acerca la muerte, se genera miedo y soledad, la función de quien espera y acompaña, es además calmar para evitar sufrimientos innecesarios en el paciente. Las personas buscan compañía en la familia o en los profesionales de salud, pero especialmente en enfermería, don Rómulo por ejemplo brinda su testimonio y piensa que la función de enfermería en las atenciones domiciliarias es muy necesaria.

“porque una enfermera brinda mas calor humano que un paramédico, siendo la atención de la parte medica y del paramédico muy buena, pero yo creo que una enfermera profesional le brinda como mas apoyo psicológico al paciente” (E23) Rómulo⁸⁸

Según su opinión la enfermera profesional tiene la función de dar calor humano y apoyo psicológico a las personas que tienen una urgencia en el domicilio, solo por esta función justifica su presencia en las urgencias domiciliarias.

Los pacientes piden compañía porque su situación de salud les genera miedo, pero las familias necesitan compañía al darse cuenta que hay varias tareas para hacer, por ejemplo Elena quien cuida su madre cuenta que al verla mal, llora angustiada y necesita compañía por lo cual llama sus vecinas para ser acompañada. Su función respecto a la situación de su madre es intentar una solución, pero su única solución conocida era acostarla, darle suero oral y llamar a pedir atención, sin embargo ella misma busca compañía.

Arriba decía que la función de buscar soluciones la desempeñaba quien mas calmado fuera y quien mas conocimiento tenga, en el caso de esta familia aunque Beatriz no sea muy calmada es quien vive con la madre y ha recibido todas las indicaciones,

⁸⁵ Nombre cambiado, Entrevista página 40

⁸⁶ Nombre cambiado, Entrevista página 13

⁸⁷ Nombre cambiado, Entrevista página 10

⁸⁸ Nombre cambiado, Entrevista página 23

cumple con hacer lo que sabe hacer de manera automática, no hay nadie mas capaz que ella entre quienes están cerca de la paciente por lo cual ella lo hace hasta que llama a su hermana que es mas calmada.

“es que yo ahí mismo llamo a cualquiera” (E27) Elena ⁸⁹

Arreglar el espacio y el paciente: La tercera tarea encontrada en los datos es la de arreglar el paciente y el espacio, esto es con varios objetivos como mitigar la emoción, buscar que el tiempo pase mas rápido y asuntos culturales como atender la visita bien y mas si es del profesional de la salud. El arreglo del paciente tienen varias características como llevarlo una cama o un sitio cómodo, acostarlo, ponerlo en alguna posición específica que creen le va a ayudar, asear el paciente y ponerle determinada ropa para que el profesional de salud vea el paciente presentable. El espacio se refiere al sitio donde será la atención por parte del equipo de salud, las personas intentan arreglar el espacio con la idea cultural que las personas que llegan vean un sitio agradable a la vista, ordenado y aseado, mucho mas si estas personas llegan a atender un enfermo, sigue siendo la vergüenza un asunto cultural importante como en el caso de evitar llamar por pena.

“mientras mi hermana bañaba a mi mama yo me ponía a arreglar la casa...como para que no vieran la casa muy desorganizada” (E11) Adriana ⁹⁰

El código deontológico de enfermería presenta “el acto de cuidado como el ser y la esencia del ejercicio de la profesión...se da a partir de la comunicación y la relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situaciones de salud y del entorno”³⁵

En otro aparte la ley exige apoyo, prudencia y adecuada comunicación e información”³⁵ sin delimitar el espacio a una institución. La sociedad y la ley exigen del profesional de enfermería cuidado que no solo se delimita al hospital sino al espacio donde este el paciente o su familia.

⁸⁹ Nombre cambiado, Entrevista página 27

⁹⁰ Nombre cambiado, Entrevista página 11

CONCLUSIONES

Las situaciones por las cuales las personas solicitan atención de urgencia en la casa. Son aquella en las que se presenta una circunstancia que la persona o la familia no puede manejar, estas circunstancias se definen como la ocurrencia de un evento de salud que altera la cotidianidad unido a situaciones alrededor, al significado dado al autodiagnóstico y la emoción. El significado es definir como urgente o no la situación, urgentes son las situaciones que pueden llevar a la muerte o no encontrar que hacer.

Las circunstancias es cualquier condición que está alrededor del paciente y hace que la situación que cambio la cotidianidad se agrave o atenué, sin embargo hay tres circunstancias que juegan un papel muy importante para las personas y pueden intervenir de manera trascendental en la decisión que toman, estas son la edad de la persona, las enfermedades previas y las crisis alrededor del paciente en el momento que percibió la alteración de la cotidianidad.

La necesidad de ayuda urgente en la casa debe ser considerada un asunto individual, lo que hace necesario que la clasificación de urgencias que hace el prestatario tome en cuenta este carácter individual y busquen atender el individuo, así sea con una explicación clara, sincera y confiable, de manera que este sienta que su necesidad fue valorada así el tenga que esperar para la atención. Los síntomas son molestias individuales, así mismo las emociones y las necesidades que estos generen y por lo tanto las soluciones que se buscan a ellos. Lo que no se consigue sin una interacción terapéutica.

Las necesidades encontradas en este estudio fueron soluciones, compañía,

seguridad, tranquilidad y transporte.

Las personas reconocen como necesidad de atención el desconocimiento de los síntomas y las soluciones, de allí que la simple explicación amable y razonable, pueda solucionar la diferencia de criterios.

El conocimiento es común a todas las categorías, permite nombrar lo que pasa, por lo tanto hacer un autodiagnóstico con el cual se podrá elaborar un significado. Cuando las personas tienen familiaridad con el evento, este conocimiento nace de su experiencia, cuando el evento es nuevo, las personas acuden a otros medios como la experiencia de otros o los medios de comunicación. Este conocimiento permite ensayar soluciones, mitigar el desespero y el miedo, y hacer que la sensación de tiempo cambie, en general las personas le dan gran valor al conocimiento principalmente al proporcionado por personas cercanas, con credibilidad y conocimiento como el profesional de enfermería.

Las personas necesitan discusiones reales de vida y muerte, necesitan simpleza, vencer el miedo a hablar sobre muerte porque eso les llevara a saber que no están solos, no siempre ellas se hablan y se puede caer en una conspiración de silencios.

El equipo de salud requiere estar conciente y saber que es muy común que los sentimientos de cercanía con la muerte rodean muchas de las solicitudes de ayuda, y así evitar la incertidumbre de estas situaciones, aclarando las expectativas reales que eso suceda.

La dinámica de la decisión de llamar a pedir ayuda de urgencia desde la casa, involucra aspectos de importancia para comprender las reacciones y expectativas de las personas al llamar, es por esto que sensibilizarse al respecto implica escuchar, explicar y acompañar.

Cuando falla el proceso por falta de conocimiento, se desborda la capacidad de manejo, llevando a una crisis que agrava la circunstancia y crea la necesidad de ayuda urgente.

Las personas tienen unas reacciones automáticas que buscan solucionar la situación y el cumplimiento de una tareas que se consideran necesarias como intentar soluciones, compañía y arreglar el paciente y el espacio para la atención, todas ellas son asumidas por las personas, pero tienen la idea que el que las realiza especialmente la compañía y la búsqueda de soluciones es el enfermero del paciente, acudiendo a uno profesional que tengan cerca.

Aunque no existe un servicio de enfermería de urgencias en el domicilio, las personas se las arreglan para conseguir en miembros de su familia o su comunidad un enfermero que profesional o no, genera credibilidad y realice en situaciones de urgencias las tareas que ellos consideran necesarias.

Alcances, Límites y trabajos futuros

Encontrar entre quienes pidieron atención de urgencias en el domicilio que las personas acuden al cuidado de enfermería fue un hallazgo que emergió de los datos, aunque este no fuera un objetivo inicial, por esta razón no se hizo la pregunta directamente por la opinión que las personas tienen de enfermería o sus funciones.

Conocer esto, más aun sin preguntarlo de manera directa sino adherida a las reacciones en situaciones de urgencias representa un importante aporte para la creación de programas, investigaciones específicas y redes de enfermería de urgencias.

Las personas tienen una idea de lo que podría hacer un profesional de enfermería en este contexto y responden que han encontrado cuando acuden a ella como miembro de la sociedad al tener una situación de urgencia en la casa, pero queda pendiente para un futuro estudio saber cual es el rol y perfil propio de la enfermería en el contexto de la atención prehospitalaria en Colombia.

El tiempo de la espera mientras llega la atención de urgencias una vez solicitada, es tan individual como las circunstancias y las necesidades que llevaron a solicitarla, saber que representa para las personas este tiempo de espera para la atención y que pueden hacer las instituciones hospitalarias y prehospitalarias para cambiar la sensación del tiempo que no pasa, son los objetivos de un trabajo de investigación cualitativo que esta en curso y es una pregunta de investigación resultado del presente estudio.

RECOMENDACIONES.

Las personas necesitan vencer el miedo a hablar sobre la muerte, especialmente cuando sienten que ella se acerca, porque eso les llevará a saber que no están solos, la compañía que necesitan viene con escuchar sus temores y dudas, no siempre se hablan y se puede caer en una conspiración de silencios, donde ni el mismo personal de salud es capaz de hablar de muerte.

El equipo de salud requiere estar conciente y saber que es muy común que los sentimientos de cercanía con la muerte rodean muchas de las solicitudes de ayuda, y así evitar la incertidumbre de estas situaciones, aclarando las expectativas reales que eso suceda.

Las necesidades que en el presente estudio se analizan, pueden distar mucho de las estadísticas de motivo de consulta de las entidades de salud, porque se muestra como las personas describen sus necesidades, que en muchos de los casos no son concientes sino que aparecen en los diálogos. De cualquier manera la responsabilidad de solucionar la necesidad de las personas que piden atención de urgencias, es de los prestadores, para lo cual es necesaria una interacción que las descubra.

Las personas esperan que sus circunstancias y necesidades individuales sean reconocidas una vez solicitan atención de urgencias. La necesidad de ayuda urgente en la casa debe ser considerada un asunto individual, por eso es necesario que la clasificación de urgencias de los sistemas hospitalarios y prehospitales tome en cuenta este carácter individual, de manera que las personas sientan que su necesidad fue valorada. Las personas reconocen como necesidad de atención el desconocimiento de

los síntomas y las soluciones, de allí que la simple explicación amable y razonable, pueda solucionar la diferencia de criterios.

Finalmente, es importante enfatizar que la exploración de las circunstancias para buscar ayuda con carácter de urgencias puede ser compleja porque esas motivaciones no siempre son conscientes, sino que pueden estar ocultas, por lo cual deben entenderse para lograr una intervención efectiva.

Si se considera la necesidad como un asunto individual, las características de la atención deben ser individuales, lo que no se consigue sin una interacción terapéutica que permita conocer las circunstancias el significado y las necesidades que llevan a alguien a pedir consulta urgente, reconociendo que la ésta no es única, sino que una circunstancia puede generar varias necesidades.

Por la importancia del conocimiento es preciso brindarlo en todo momento, al paciente y la familia, estableciendo una buena relación terapéutica, buscando que se cumplan las expectativas y se prevengan complicaciones futuras.

Aunque no sea común encontrar en Colombia, profesionales de enfermería en los equipos de atención prehospitalaria, si hay representación en las personas de la comunidad de su rol en la atención y cuidado cuando ocurre una circunstancia que se juzga urgente.

Cuando se mira en los datos y se conocen teorías como la de la incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel y la teoría del apoyo de enfermería en las actividades o necesidades del paciente de Henderson, se reconoce que las personas necesitan del cuidado enfermero cuando se presentan situaciones de salud que ellos consideran urgentes. Notando que entre las necesidades de las personas y las reacciones automáticas que asumen, hay muchas en las cuales enfermería tiene funciones de importancia.

El reto de atender personas en la casa representa para los profesionales de enfermería, un trabajo quizás cotidiano porque lo hacen a manera de favor a los vecinos amigos o familiares, pero aunque así sea, la capacidad para interpretar los signos que el paciente relata, para hacer la valoración de la circunstancia obliga a estudiar y actualizarse.

Para que la enfermería prehospitalaria funcione de manera independiente como un medio para satisfacer las necesidades de los pacientes, es necesario crear evidencia y empezar en la tarea de formular guías de manejo de enfermería en atención urgente en la casa.

BIBLIOGRAFIA

- Añon, M.J. De las necesidades radicales a las necesidades humanas. *Daimon: Revista de Filosofía* 1998;(17):200 p.50-80
- Boltvinik, J. La teoría de las necesidades humanas. En: *Comercio Exterior*.2003; 53(5):410-412
- Collière M.F. promover la vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana. 1993.395
- Cordua. C. Hegel sobre las necesidades humanas. En: *revista de filosofía*.2001; 57:167-179
- Foucault M. El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica. 20ed. México: siglo XXI editores; 2001.293 p.
- Geertz C. La interpretación de las culturas.8ed. Barcelona: Gedisa; 1997.386 p.
- Heller, A. Una revisión de la teoría de las necesidades. Barcelona: Paidós. 1996. 295 p.
- Henderson V.A. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. 4ed. Madrid: Interamericana de España- McGraw-Hill; 1994. 144p.
- Leddy S. Pepper M. Bases conceptuales de la enfermería profesional. New Cork: OPS 1989. 377p
- Luis Rodrigo M. T., Fernández, C. De la teoría a la práctica: El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.2ed. Barcelona: Ediciones Masson; 1998, 145 p.
- Maslow. A. *Motivation and personality*. 2ed. New York: Harper & Row; 1970. 328 p.

-
- Max-Neef M Elizalde Hevia, A, Hopenhayn, M. Desarrollo a escala humana: Una opción para el futuro. Suecia: Fundación Dag Hammarskjold; 1986.96p
- Mishel M. Incertidumbre en la enfermedad. Image 1988; 20(4):225-232.
- Zola, I. Sendas que conducen al médico: Como una persona se convierte en paciente. En: De la Cuesta C. Salud enfermedad: lecturas básicas en sociología médica. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999 p.162-184