

**EL ACOMPAÑAMIENTO: ESPERANZA DEL PACIENTE PARA AFERRARSE A
LA VIDA EN UN ESPACIO ÁRIDO**

**MÓNICA MARCELA AMAYA CASAS
DIANA CRISTINA MONCADA MAZO
ISABEL CRISTINA RAMÍREZ SALDARRIAGA**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MEDELLÍN
2016**

**EL ACOMPAÑAMIENTO: ESPERANZA DEL PACIENTE PARA AFERRARSE A
LA VIDA EN UN ESPACIO ÁRIDO**

**MÓNICA MARCELA AMAYA CASAS
DIANA CRISTINA MONCADA MAZO
ISABEL CRISTINA RAMÍREZ SALDARRIAGA**

**Trabajo de investigación para optar al título de
Especialistas en Enfermería en cuidado del adulto en estado crítico de salud**

**Asesora
MARTHA CECILIA MADRIGAL RAMÍREZ
Docente**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MEDELLÍN
2016**

A Dios
A nuestros padres
A nuestros hijos
A nuestra familia y esposo
A todos los que contribuyeron al éxito
de este trabajo

Tabla de contenido

	pág.
Resumen	6
Abstract	7
1. Introducción	8
2. Planteamiento del problema	10
3. Preguntas derivadas del problema	12
4. Justificación	13
5. Objetivos	18
5.1. Objetivo general	18
5.2. Objetivos específicos	18
6. Metodología	19
Capítulo I	
7. Teoría de Jean Watson y su relación con el acompañamiento para el cuidado del paciente en UCI	20
Capítulo II	
8. Espacio	23
8.1. Un espacio llamado UCI	23
8.2. UCI espacio para aferrarse a la vida	24
8.3. ¿Preferible una UCI con espacio sociófugo?	25
Capítulo III	
9. Acompañamiento	30
9.1. Acompañamiento, una virtud humana	30
9.2. La familia, acompañante solidario	32
9.3. La familia frente a la enfermedad de un ser querido	33
9.4. Acompañamiento al paciente crítico	35
9.5. El familiar: un ser desconocido en UCI para apoyo en el cuidado	38
9.6. Experiencias de las familias en su rol de cuidador	39
9.7. La enfermera de UCI, cuida, apoya y también acompaña	40

	pág.
Capítulo IV	
10. Paciente	41
10.1 El ser humano como persona	41
10.2 La persona como sujeto de atención	42
10.3 El sujeto de atención cuando es paciente crítico	43
10.4 Necesidades física, psicosocial y emocional del paciente crítico	44
10.5 Cuando se está en UCI, se está solo	46
10.6 La humanización en el paciente crítico	47
11. Conclusiones	51
12. Recomendaciones	52
Referencias Bibliográficas	53
Agradecimientos	62

Resumen

En esta Monografía se indagó sobre los aportes al cuidado de la salud que obtiene el paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos al contar con el acompañamiento permanente. Para ello se realizó una revisión bibliográfica sobre los diferentes aspectos del acompañamiento familiar en las unidades de cuidado intensivo de tipo cerrado y en las de tipo abierto, destacando las percepciones que tienen tanto el personal de enfermería como los familiares sobre el beneficio para la recuperación de los pacientes críticos. Dicha revisión bibliográfica permitió concluir que se puede considerar el acompañamiento permanente de los familiares (entendiendo a la familia como toda persona que aunque no esté unido por lazos de sangre sea importante en el sentir afectivo del paciente), puede ayudar a una más rápida recuperación, contribuyendo a contrarrestar su sentimiento de soledad y a tener mayores deseos de vivir. Así mismo, que se deben flexibilizar las unidades de cuidados intensivos, haciéndolas participativas y abiertas, en lo que respecta al acompañamiento y horarios, teniendo presente que esto no altere o afecte el cuidado de Enfermería, por el contrario mejoraría tanto la expectativa de vida del paciente; la tranquilidad del familiar puesto que disminuye su ansiedad e impotencia transformándolo en sentimientos positivos, permitiría al personal de enfermería una atención en salud más eficaz, otorgando un cambio de un entorno sociófugo o cerrado hacia un entorno sociópeto o abierto. Por último, el rol familiar se convierte en piedra angular de la adaptación de los enfermos críticos ya que sin su apoyo éstos perderían los lazos que les mantienen unidos a su historia emocional y social.

Palabras claves: Espacio, unidad de cuidado intensivo, acompañamiento, paciente

Abstract

In this Monograph we inquired about the contributions to the health care that the hospitalized adult patient obtains in an intensive care unit by having the permanent accompaniment. For this purpose, a literature review was carried out on the different aspects of family support in the closed-intensive and open-type intensive care units, highlighting the perceptions that both nurses and family members have about the benefit for the recovery of the critical patients. This literature review allowed us to conclude that the permanent accompaniment of family members (understanding the family as anyone who is not linked by blood ties is important in the affective feeling of the patient), can help a faster recovery, Contributing to counteract their feeling of loneliness and to have greater desires to live. Likewise, that the intensive care units should be made flexible, making them participative and open, with regard to the accompaniment and schedules, bearing in mind that this does not alter or affect Nursing care, on the contrary, it would improve both the life expectancy of the patient; The tranquility of the family, since it reduces their anxiety and impotence by transforming it into positive feelings, would allow the nursing staff more effective health care, granting a change from a socioprofessional or closed environment to a sociopathic or open environment. Finally, the family role becomes the cornerstone of the adaptation of critical patients because without their support they would lose the ties that keep them linked to their emotional and social history.

Key words: Space, intensive care unit, accompaniment, patient

1. Introducción

Al ingresar un paciente en la unidad de cuidado intensivo (UCI), por encontrarse en estado crítico de salud, no solo tiene afectada su esfera física sino también la psico-emocional, debido a que puede estar frente a la muerte, lo que a muchos les genera temor, que incrementa el sentimiento de soledad ante la falta de acompañamiento de sus seres queridos en momentos de tanta expectativa y angustia.

Para el paciente, es importante la compañía de sus familiares o de los seres más queridos, por lo cual las familias deben ser conscientes de la situación y asumir un papel de apoyo y soporte constante durante todo el proceso en que su ser querido se encuentra en la UCI.

Sin embargo, el sistema tradicional que impera en este servicio de hospitalización no permite que el familiar se involucre en tiempo y espacio con su ser querido, más allá de unos cuantos minutos de visita al día, al igual que no se considera su figura como un apoyo para el cuidado.

Si bien es cierto, que los familiares no tienen una preparación o conocimiento previo sobre el cuidado, la participación de la familia debe ser cimentada en una preparación adecuada para tal fin, de tal forma que sea un apoyo efectivo en el cuidado de su ser querido, permitiendo a Enfermería centralizarse en funciones de mayor complejidad aumentando de esta forma una atención en salud más eficaz.

Esta Monografía, buscó mediante una amplia revisión bibliográfica describir los aportes al cuidado de la salud que obtiene el paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos al contar con el acompañamiento familiar permanente.

El contenido de la Monografía contempló los siguientes segmentos: Se inició con la introducción, seguida del problema, las preguntas derivadas del problema, la justificación teórica y científica, los objetivos general y específicos y la metodología.

El capítulo I se enfocó en el cuidado de acuerdo a la teorista Jean Watson, desde su visión del cuidado humanizado.

El capítulo II, se refirió al Espacio e hizo un recorrido por las investigaciones preliminares vinculadas a las Unidades de Cuidado Intensivo; haciendo un análisis entre las diferencias de las UCI de tipo abierto y las UCI de tipo cerrado, en las cuales no participa el familiar en el cuidado del paciente y su compañía está limitada tanto a aquellos familiares en primer grado de consanguinidad o afinidad, como al tiempo permitido para compartir. Como ya se mencionó, este tipo de UCI son las predominantes en el entorno asistencial colombiano. Por su parte, las de tipo

abierto, comienzan a proyectarse en muchos países, con muy buenos resultados, e involucran al familiar como ser importante para la recuperación del paciente crítico, extrayéndolo del anonimato para convertirlo en un ser capaz de coadyuvar en el cuidado.

El capítulo III se basó en el paradigma del acompañamiento, las diversas perspectivas que representa la experiencia de contar con el familiar o allegados de manera permanente y el rol que estos pueden asumir durante ese acompañamiento. Se planteó que el concepto de familia, va más allá de un primer grado de parentesco, para llevarlo hasta lazos afectivos significativos en la vida del paciente crítico.

El capítulo IV, tocó lo referente al paciente, enfatizando en los pacientes críticos vistos desde el punto de vista de ser humano, como persona enferma, como paciente crítico; sus necesidades físicas, psicológicas y emocionales, que incluyen sus miedos y soledad. Al igual, que se visualizó la atención de enfermería desde el punto de vista humano.

Seguidamente se presentaron las conclusiones y las recomendaciones a las que la revisión bibliográfica permitió llegar.

Para finalizar, las investigadoras desean hacer como propias, las palabras de Celis, Gutiérrez e Iregui, quienes expresan que:

El acompañamiento permanente se diferencia de la visita en que no ocurre de forma ocasional y sujeta a normas generales de la institución, sino que responde a un continuo establecido por la necesidad del paciente, el equipo asistencial y el familiar, individualizado a cada situación, cuya intencionalidad trasciende la mero compañía y pretende la maximización de los posibles efectos beneficiosos derivados de la interacción directa entre seres queridos, sustentándose en el establecimiento de comunicación terapéutica y relación de ayuda¹.

2. Planteamiento del problema

El ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) es visto por la mayoría de las personas – pacientes y familiares - como un riesgo inminente de muerte, en lugar de ser considerado como un paso positivo en el proceso de recuperación de los pacientes. De ahí que aparezcan incertidumbres relacionadas con el abandono en un ambiente que, aunque considerado como seguro y en el que el paciente se encuentra controlado continuamente, se experimenta miedo a lo desconocido y hace que la vivencia se perciba como negativa. Como señala Gómez-Carretero et al “el ingreso de un paciente crítico en una unidad de cuidados intensivos, es un fenómeno desconocido para él en todos sus aspectos, trayendo consigo dicha experiencia, cuyo perfil tiene características que lo hacen vulnerable, convirtiéndose así en una vivencia aún más intensa”².

Continúa Gómez-Carretero et al, expresando que “son frecuentes las alteraciones emocionales como temor, tristeza, ira, estrés y baja autoestima; de las manifestaciones somáticas se destacan la incomodidad, el dolor y la desesperación por estar con el tubo endotraqueal y demás dispositivos médicos invasivos”². En cuanto a las percepciones y limitaciones de la enfermedad, van desde la negación a la aceptación, y las limitaciones se dan a nivel personal, familiar y laboral. Se suman los aspectos de la hospitalización, donde se destacan las percepciones de la atención del equipo de salud y del medio ambiente hospitalario. En relación al aspecto familiar y espiritual, es importante tener en cuenta que son pilares y fuente de apoyo, motivación y ayuda, pues, las percepciones y cercanía a la muerte, los hace sentir considerablemente vulnerables.

Por su parte, Baena agrega que

A pesar de ser la unidad de cuidados intensivos (UCI) un servicio de alta complejidad, cuyo objetivo es brindar cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, es un ambiente frío y hostil y la diversidad de equipos que permiten conocer algunas variables fisiológicas, contribuyendo a la interpretación de la situación clínica del paciente y enfocando la terapéutica, le pueden ocasionar discomfort. Todas estas características sumadas a la restricción en el ingreso de la familia, el ruido constante de los equipos, el frío ocasionado por el aire acondicionado y la iluminación, hacen de la permanencia en la UCI una experiencia poco placentera³.

Con respecto a los familiares del paciente se puede señalar que éstos experimentan niveles elevados de ansiedad y depresión mientras sus enfermos están en la UCI, porque, igualmente, también se encuentran en un ambiente desconocido, sin olvidar las necesidades de tipo social, que por múltiples causas, pueden afectar directamente su economía y hasta su comportamiento.²

Lo dicho hasta acá y sumada la experiencia profesional como enfermeras, las investigadoras consideran que para disminuir las tensiones familiares, es importante que las enfermeras como cuidadoras de la salud, se aproximen a las vivencias del paciente y de la familia y sean conscientes de las necesidades de unos y de otros. Este aspecto, para autores como Santana et al, “es fundamental para que se establezca un relación cálida entre enfermera – paciente – familia. Ello implica una atención personalizada, actitud humana y amplia gama de habilidades técnicas y sociales, cualidades muy importantes para comprender que el paciente se enfrenta ante el miedo a la muerte”⁴.

En consecuencia, surge la motivación por explorar en la literatura estudios que muestren los aportes que, para los pacientes en la UCI, tiene el contar con el acompañamiento permanente, según la experiencia de pacientes, familia y enfermeras encargadas del cuidado.

3. Preguntas derivadas del problema

¿Para el paciente crítico en UCI sería beneficioso un acompañamiento permanente del familiar, apoyando el cuidado de acuerdo a sus necesidades o, por el contrario, alteraría las labores profesionales del personal de enfermería?

¿Con la educación adecuada, en qué tipo de cuidado estaría de acuerdo el personal de enfermería para que el familiar del paciente en UCI interviniera?

¿Es suficiente el tiempo compartido por los familiares para proporcionar algún tipo de cuidado al adulto hospitalizado en la UCI en procura de una más pronta recuperación?

4. Justificación

El ingreso de un paciente a la unidad de cuidados intensivos es un momento estresante que le genera necesidades de cuidado dependiente de origen físico, psicológico y emocional, al ser separado de su familia y su hogar, creando un trastorno en la dinámica familiar que, además, puede afectar su esfera social.

Es así como diferentes autores se han referido al tema de las necesidades de cuidado dependiente que se producen con el ingreso del paciente en una unidad de cuidado intensivo; por ejemplo, Net señala que

Todavía hoy en día, a pesar de las tendencias democratizadoras que se han desarrollado en el interior de algunas UCI, que permiten a las familias participar en algunos aspectos decisivos en la relación personal de enfermería-paciente, como es el cuidado, en la mayoría de estos espacios se evidencia que los primeros tienden a dominar a los pacientes o a las familias basándose en la autoridad del conocimiento dejando a un lado la relación humanizada⁵.

Otros autores, como Zaidler y Kissane, señalan que “la necesidad física del paciente se deriva de las situaciones críticas que causan el ingreso a estas unidades, las cuales requieren de personal calificado y de tecnología de punta, llevando esto a extremar los cuidados”⁶.

Según Beltrán, “la necesidad psicológica proviene de los sentimientos generados al ingresar a las unidades de cuidados intensivos que para muchas personas esto significa un encuentro cercano a la muerte y estando allí los pacientes sienten que están solos y desamparados por sus familias, experimentan sentimientos como la depresión, tristeza, desesperanza, angustia, ansiedad, estrés y temor”⁷.

Gómez-Carretero et al, amplían lo dicho por Beltrán con respecto a otras necesidades del paciente, al señalar que:

Se puede presentar el denominado síndrome de cuidados intensivos, en cuyo desarrollo se encuentran implicados factores como el ruido excesivo que puede dificultar el sueño y el descanso, el dolor, las medidas empleadas para la ventilación que impiden que los enfermos se puedan comunicar adecuadamente, etc., y que adicionalmente, los pacientes suelen desarrollar un sentimiento de falta de control de sí mismos, siendo las principales necesidades manifestadas el sentimiento de inseguridad.²

A todo lo previamente mencionado, se suma lo dicho por Engstrom y Söderberg para quienes “el impacto en el paciente ingresado en una UCI es percibida, por muchos, como una experiencia que puede ser considerada aterrorizante”⁸.

Con base a lo anterior, para las investigadoras, es importante argumentar las razones por las cuales puede ser significativo, durante su proceso de enfermedad, el acompañamiento permanente de la familia para el paciente internado en UCI, pues como sostiene Márquez: “los familiares de estos pacientes pueden contribuir a brindarles apoyo emocional, físico y espiritual que disminuya sus tensiones y temores, coadyuvando al personal de salud a que centre sus esfuerzos en la atención física a estos pacientes críticos, en la búsqueda que todo ello contribuiría a mejorar la recuperación del estado de salud del mismo”⁹.

Y es que de acuerdo a lo que afirman Wright y Bell: “la familia es un grupo de individuos que están ligados por fuertes lazos emocionales, un sentido de pertenencia y una pasión por estar involucrados en la vida del otro”¹⁰. Con esta acepción se amplía el horizonte del concepto de familia yendo más allá de ser entendida como las relaciones establecidas por lazos de sangre exclusivamente, pudiendo incluir a cualquier persona con la que el paciente tenga una relación significativa. Igualmente, Errasti y Tricas, consideran relevante “reconocer que la idea de familia va más allá que la tradicional visión de familia y que juega un papel importante durante la enfermedad del paciente”¹¹.

Sin embargo, los anteriores autores citados piensan que, “hoy en día, se ve a la familia como un ente perturbador en la dinámica de la unidad pero que debería conseguirse integrarla en el plan general de cuidados, individualizado para cada paciente, y ser una parte más de los complejos tratamientos de estos”¹¹.

Obviamente hay que definir, en primer lugar, en qué ocasiones el familiar podrá intervenir y, en segundo lugar, la familia tendrá que recibir instrucciones adecuadas y pertinentes para cada caso, para flexibilizar de esa forma el acompañamiento familiar.

Para autores como Márquez “la actual política de restricciones en las unidades de cuidados intensivos se han establecido desde su creación manteniéndolas como un servicio cerrado, en donde se condicionan las visitas, la edad mínima y horarios inflexibles, escasa información del estado, acompañado de prohibición de uso de aparatos electrónicos e ingreso de comidas, alejando a los familiares a estar en el proceso de enfermedad vivenciado por el paciente”⁹.

En el sentido anterior, González y García consideran que estas restricciones para unidades de cuidados intensivos cerrados se acrecentaron desde que en los años 60, el servicio médico público de Estados Unidos recomendó una política restrictiva de visitas desalentando la implicación de la familia porque afirmaban que las visitas generaban efectos negativos en la salud y estado del paciente crítico por la complejidad de sus condiciones físicas, manejo y tratamiento”, relegando el papel de la familia al de mero observador¹².

Por ello, se considera que estas políticas restrictivas en la UCI se han mantenido hasta el presente sin considerar si, realmente, sean las mejores para el paciente o si, por el contrario, la flexibilidad de las unidades de cuidado intensivo, permitiendo el acompañamiento familiar, sean más positivas para la salud y estado del paciente crítico.¹²

De acuerdo a lo que muchos autores sostienen, se cree que hoy existe suficiente evidencia en favor de una mayor implicación de la familia en los cuidados del paciente, por lo cual puede que haya llegado el momento del cambio de unidades de cuidado intensivo cerradas a unidades de cuidado intensivo abiertas.

En la literatura se han descrito distintos tipos de unidades de cuidado intensivo, identificándose ciertos términos: UCI cerrada, UCI abierta, UCI flexible, etc. De acuerdo con Valentín y Ferdinande, se considerará que “una UCI es cerrada cuando el acceso sea restringido”¹³. Estos accesos restringidos son siempre relacionados con el número de visitas y duración de las mismas, limitando o excluyendo la presencia de la familia, amigos cercanos o personas que el paciente considera que son significativas para él y nunca considerando un acompañamiento familiar permanente.

Bajo esas premisas restrictivas, numerosos estudios han debatido los pro y los contra de las UCI cerradas frente a las UCI abiertas. Por ejemplo, Navarro¹⁴ en su revisión de estudios sobre los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de España encontró que estas restricciones en las UCI cerradas había conllevado en un 26% de los familiares participantes, a ser agresivos con el personal de enfermería al no sentirse informados de la situación y posibilidades de su enfermo. Pero, por su parte, el 95% de las enfermeras valoró el soporte familiar como muy importante.

Velasco et al¹⁵ determinaron que en 93 de 98 UCI estudiadas no se adoptaban medidas que favorecieran la implicación de los familiares en cuidados básicos del paciente para los que no son necesarios conocimientos específicos. Sólo en 5 unidades se afirmaba que se trataba de implicar a los familiares siempre que fuera posible. La conclusión de estos autores es que el patrón habitual en las UCI es restrictivo y no se corresponde con las recomendaciones surgidas del análisis de la evidencia disponible el cual fue “mayor implicación de los familiares en los cuidados de los pacientes y un abordaje multidisciplinar de la información”.

Estos mismos autores, en una revisión de la literatura encontraron que en diversos estudios se mostraba cómo la permanencia de familiares junto a los pacientes no produce alteraciones en las condiciones fisiológicas de éstos, sin embargo las enfermeras justificaban estas restricciones basándose en el agotamiento emocional y estrés que la relación continua con la familia les produce, junto a la posible interferencia en los cuidados provocada por su presencia en las unidades.

Zaforteza et al¹⁶ en un estudio cualitativo con 8 enfermeras de tres UCI, encontró que muchas opinaban que la duración del acompañamiento era suficiente y el momento de la misma podía ser una fuente de angustia para el familiar, por lo que no debía aumentarse su duración y la enfermera no debía realizar ningún tipo de actividad con el paciente (salvo que fuera necesario) para no alarmar al familiar; también el 70% de los profesionales del trabajo de Santana y Sánchez¹⁷ consideraron adecuado el tiempo de acompañamiento y, el 84%, el número de familiares que entraba en la unidad era el idóneo.

Por el contrario, en el estudio de Burgos et al¹⁸ el 71% de las enfermeras creía que eran insuficientes el horario y duración de la visita, aunque el 85% se mostró partidario de poder restringirlos en función de las características del paciente y su familia.

Marco et al¹⁹ recogieron la opinión de las enfermeras de dos unidades que publicaron sus experiencias tras modificar sus normas de visita y ampliarlas que, de ser restrictivas en horario, duración y ver al paciente a través de una ventana, habían pasado a ser abiertas, permanecer los familiares periodos de tiempo con el paciente y flexibilizar el horario según las necesidades del enfermo y familia. El 93% de las enfermeras se mostraron satisfechas con las nuevas normas y todas opinaron que la familia proporcionaba apoyo emocional al paciente, minimizaba su aburrimiento y, el 91%, que incrementaba su deseo de vivir; asimismo, el 100% creía que aumentaba la satisfacción de la familia, el 93% que disminuía la ansiedad de ésta, le proporcionaba un mayor apoyo del equipo de enfermería y mayor seguridad de que el paciente recibía los mejores cuidados.

Rodríguez et al²⁰ publicaron los resultados obtenidos al evaluar los cambios en la UCI en un Hospital Universitario en Sevilla (España), donde dieron un paso más al implicar al familiar en los cuidados básicos del enfermo (alimentación, higiene general y de la boca, movilización cama/sillón y pasiva de articulaciones) el 91% de las enfermeras afirmó que la participación en los cuidados proporcionaba apoyo emocional al paciente, el 82% que disminuía su aburrimiento y el 67%, que incrementaba su deseo de vivir; asimismo, el 97% del personal de enfermería opinó que aumentaba la satisfacción de la familia, el 85% que disminuía su ansiedad y el 73% que la familia recibía mayor información y le facilitaba un conocimiento más real de la situación del enfermo.

Consideran Rodríguez et al, que “estos resultados son alentadores, no sólo por lo que aporta al paciente en la disminución de la ansiedad y del sentimiento de soledad, sino porque se percibe una cierta aceptación por parte del profesional hacia los familiares como colaboradores en los cuidados del paciente. Para la familia supone un mayor tiempo de permanencia junto a su ser querido”²⁰.

En contraposición, en el estudio de Marco et al,¹⁹ el 85% de las enfermeras creían que la presencia de la familia interrumpía o posponía los cuidados de enfermería, especialmente los procedimientos dolorosos, y producía una mayor carga física y psíquica al personal.

Otro aspecto investigado es la relación de las enfermeras con los familiares; éstas, en el estudio de Zaforteza et al¹⁶ consideraban a los familiares elementos externos a la unidad y al proceso de cuidar al paciente crítico y decidían relacionarse más o menos con ellos según su grado de afinidad, que podía estar relacionada con aspectos emocionales, de nivel educacional o de otra naturaleza. En el trabajo de Díaz²¹ las enfermeras no asumían como sujeto de cuidados a los familiares del paciente crítico y, el 66% en el estudio de Santana et al¹⁷, creía que su relación con los familiares era poco fluida o inexistente.

En virtud de todo lo anterior, se considera oportuno describir, basado en la literatura, los aportes al cuidado de la salud que obtiene el paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos al contar con el acompañamiento familiar permanente, posible mediante una visión de UCI abierta, donde los allegados puedan saber, en todo momento, cómo se encuentra su enfermo, al igual que poder compartir vivencias con otras personas para combatir la sensación de ansiedad y soledad que se está viviendo. Coincidiendo con Palencia, “en circunstancias difíciles un apoyo social adecuado puede determinar la superación de la situación estresante”²².

Esta Monografía, se desarrolla, teniendo en cuenta tres categorías: **Espacio**, que para esta Monografía es la unidad de cuidado intensivo, **Acompañamiento y Paciente**, las cuales permitirán hacer una reflexión analítica del significado para el personal de enfermería, del aporte que puede hacer el acompañamiento familiar en la recuperación del enfermo, al incorporar cuidado humanizado en las necesidades físicas y psico-emocionales del paciente como coadyuvante al cuidado tecnológico. Para su exposición se toman diferentes referentes temáticos y algunas teorías de enfermería.

5. Objetivos

5.1. Objetivo general

Describir los aportes al cuidado de la salud, que obtiene el paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos, al contar con el acompañamiento permanente.

5.2 Objetivos específicos

1. Exponer la conveniencia del acompañamiento permanente del familiar como apoyo en el cuidado del paciente crítico en la UCI.
2. Conocer lo que dice la literatura acerca de la expectativa que tienen y esperan los familiares con respecto al acompañamiento permanente a su paciente en UCI.

6. Metodología

El trabajo se inició con un rastreo bibliográfico sobre el tema. Se revisaron en total 178 artículos consignados en libros, revistas e internet. Además de la lectura juiciosa de investigaciones, tanto cuantitativas como cualitativas y la legislación vigente en Colombia sobre este asunto.

De los anteriores, se referenciaron 81 referencias bibliográficas, distribuidas en 36 artículos científicos publicados en español; 11 artículos en inglés traducidos; 2 artículos en portugués; 7 libros y 25 artículos publicados en español en revistas científicas disponibles en la web

Para acceder a la información se recurrió a la Biblioteca de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. A través de internet se exploraron diferentes bases de datos: Dianet, Lilacs, Medline, Scielo, Pubmed e Intranet, además del buscador académico de Google.

Las palabras claves se normalizaron consultando la Biblioteca Virtual en Salud de la OPS, y revisaron los descriptores en ciencias de la salud en el DeCS, disponible en el enlace <http://decs.bvs.br>. Estas palabras claves fueron, en principio, espacio, UCI, acompañamiento y paciente, ampliando la búsqueda a medida que se fueron desarrollando las subcategorías.

La información recolectada se organizó y se analizó con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados.

Para la elaboración de esta Monografía se contó con la asesoría de Martha Cecilia Madrigal, enfermera docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, con quien se revisó y se hicieron ajustes de acuerdo a las sugerencias y siguiendo un cronograma de actividades propuestas.

En dos ocasiones, se socializaron apartes del trabajo, en encuentros con los compañeros y profesores de la Especialización de Cuidado Crítico. Las observaciones y sugerencias fueron incluidas en la Monografía, cuando se consideraron pertinentes.

Los resultados fueron sometidos a validación en un hospital del área metropolitana donde participaron enfermeras que se desempeñan en cuidado crítico, quienes también hicieron observaciones y sugerencias pues dicha institución inició un trabajo de UCI abierta

Capítulo I

7. Teoría de Jean Watson y su relación con el acompañamiento para el cuidado del paciente en UCI

El enfoque teórico enfermero del presente trabajo se sustenta en la teoría del Cuidado Humano de Jean Watson.

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería. Visiona el cuidado humano como una relación terapéutica básica entre los seres humanos señalando que es relacional, transpersonal e intersubjetivo.²³

Fundamenta su teoría en cuatro elementos básicos: Interacción enfermera-paciente, campo fenomenológico, relación transpersonal de cuidado y momento de cuidado.²³

Para Watson, estos elementos permiten comunicar, expresar e interpretar la asistencia humana y la curación. Sostiene que asistencia es un término propio de la enfermería que se aplica a los factores de que se valen los profesionales de ese campo para prestar atención sanitaria a sus pacientes. Sostiene también que al tratarles como individuos únicos y genuinos, la persona que presta la asistencia es capaz de percibir sus sentimientos y de reconocer realmente su excepcionalidad.²³

En opinión de esta teorista, la asistencia de enfermería profesional se desarrolla a través del estudio combinado de las ciencias y las humanidades y culmina en un proceso de atención humana entre la enfermera y el paciente que trasciende el marco espacial y temporal y adquiere dimensiones espirituales.²³

Jean Watson elaboró su teoría tomando elementos de teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos los trabajos de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow y Yalom, que contribuyen para que elabore su teoría llamada "Del cuidado humano".²³

En su teoría, Jean Watson define el cuidado "como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana"²³.

Asume que "el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de emociones compartidas entre el profesional de enfermería y el paciente"²³.

Plantea que “cuidar es el ideal moral de la enfermería, cuyo compromiso es proteger y realzar la dignidad humana; como profesión tiene una doble responsabilidad ética y social de ser cuidadora del cuidado y de las necesidades sociales del cuidado humano en el presente y en el futuro. Considera que el cuidado son las acciones seleccionadas por la enfermera y el individuo dentro de una experiencia transpersonal, que permite la apertura y desarrollo de las capacidades humanas; implica valores deseos y compromiso del cuidar”²³.

Watson también habla de un “momento de cuidado”, entendiéndolo como la “ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana”.

Para la formación de la estructura de su teoría Jean Watson se basó en siete supuestos y diez factores de cuidados. Los supuestos, son premisas asumidas como verdad sin comprobación y los factores son fundamentos que se insertan en la formación de un sistema de valores humanístico-altruista, tales como, estimulación de la fe y esperanza y cultivo de la sensibilidad para sí mismo y para los otros.²³

En dos de estos supuestos señala que “el cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas”. También que “el cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar”.²³

Watson basa su teoría del ejercicio profesional de la enfermería en diez factores asistenciales. Cada uno de estos factores posee un componente fenomenológico dinámico y relacionado con las personas participantes en la relación, según se contempla en la enfermería.²³

Dentro de sus factores, se puede considerar de importante relación en esta Monografía, el cuarto que corresponde al Desarrollo de una relación de ayuda-confianza. Este desarrollo de una relación de ayuda-confianza es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.²³

Otro de los factores del cuidado que se relaciona con el acompañamiento para el paciente en UCI es el octavo, que se refiere la Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo.²³

Por último, otro factor del cuidado a considerar es el noveno que se refiere a la Asistencia satisfactoria de las necesidades humanas: La enfermera debe reconocer las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.²³

En esta satisfacción de las necesidades de menor rango se puede incorporar el apoyo en el cuidado del paciente crítico en UCI que puede brindar el acompañamiento familiar.

Para concluir el Capítulo, las investigadoras consideran que la importancia de la teoría de Jean Watson en el problema de estudio, desde su perspectiva, se enfoca, directamente, en que la familia es un elemento esencial dentro del proceso de salud de cada paciente; y que cuando una persona ingresa en una Unidad de Cuidado Intensivo es una premisa de Enfermería no solo cuidar de él, sino también de su familia, desvirtuando la idea de que estos últimos son un riesgo adicional a la susceptibilidad de infección de los pacientes, o el impedimento al descanso o, inclusive, que puede producir alteraciones fisiológicas; para pasar a considerar a la familia, a través del cuidado humanitario, personas que no producen estos efectos adversos y que, por el contrario, su presencia puede tener un efecto benéfico en la recuperación del paciente, siendo, a su vez, esa proximidad una ayuda para la propia familia. Consideran, también, que el cuidado al paciente y a su familia debe ser más empático, siendo tratados como una persona, como lo señala Watson, intersubjetiva y donde los símbolos sean tan importantes como los síntomas.

Capítulo II

8. Espacio

El espacio es un término que procede del latín *spatium* y que tiene muchas acepciones, según el diccionario de la Real Academia Española (RAE). La primera de ellas tiene que ver con la extensión que contiene la materia existente. En un sentido similar, espacio es la parte que ocupa un objeto sensible y la capacidad de terreno o lugar.²⁴

Adicionalmente, existe una forma más de definir el espacio, que, aunque no es estrictamente arquitectónica, no por ello ha de ser olvidada por el arquitecto, se trata del Espacio personal. El espacio personal es la distancia que los individuos de una misma especie guardan entre ellos.²⁴

Por su parte, Vásquez, expone que “el espacio, estemos donde estemos, vayamos donde vayamos, siempre estaremos situados, puestos en escena, metidos en un ambiente, compartiendo un clima, el espacio va con nosotros como una segunda piel”.²⁵

Ahora bien, retomando los conceptos metaparadigmáticos de Watson,²³ la teorista señala en su definición de entorno “que éste es el espacio de la curación”. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo.²³

8.1 Un espacio llamado UCI

Tal como lo describe Pallares, “para introducir la investigación, es necesario presentar el espacio habitado para la atención de pacientes críticos, por donde transitan el personal de salud, los enfermos y sus familias. La descripción y la clasificación de los tipos de unidades existentes son requisitos previos para conocer el comportamiento de las UCI”²⁶.

Desde sus inicios, estas unidades han ido creando un espacio donde ocultan al enfermo, obstaculizando el acceso y aproximación de los familiares y allegados. Primero se separa del resto de los servicios hospitalarios, introduciéndolos en un servicio “misterioso” donde lo depositan en un cubículo para finalmente terminar por desaparecer detrás de las máquinas que durante su estancia en la UCI donde lo importante y básico, será el resultado que ofrezcan los monitores sobre su estado de salud.²⁶

Una constante de este servicio es que están aisladas del resto de la estructura del hospital. No se puede irrumpir en su interior como si fuera cualquier otro servicio, ya que la organización hospitalaria ha creado un complejo sistema de barreras supuestamente protectoras o disuasorias para penetrar en ellas.²⁶ No existe una relación proxémica entre enfermos, familiares y personal de salud. Es decir, no se comparte el espacio, el tiempo ni se generan relaciones entre unos y otros.²⁷

En cuanto a su estructura física, la mayoría de las unidades de cuidado intensivo presentan cierta uniformidad, que configura dos grandes tipos de diseño arquitectónico, el denominado “abierto” y el denominado “cerrado”, que equivalen el primero a un espacio sociópeto, que permite promover las relaciones entre las personas; y el segundo, a un espacio sociófugo, que promueve el distanciamiento entre las personas.²⁸

8.2 UCI espacio para aferrarse a la vida

De acuerdo con Sáez e Infante,²⁹ una Unidad de Cuidado Intensivo es aquella dependencia hospitalaria destinada a proporcionar cuidado médico y de enfermería, de manera permanente y oportuna, a pacientes críticos; se caracteriza por contar con residencia médica permanente, así como tecnología de alta complejidad. Además de las especificaciones de los equipos y de los espacios de una UCI, se deben cumplir los procedimientos asépticos, con el personal de apoyo a visitantes, además de la necesidad del control de los niveles de ruido.

Sánchez, de la Torre, Somoza et al,³⁰ definen la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como una organización de profesionales de la salud que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico.

Las anteriores definiciones conllevan a establecer que la unidad de cuidados intensivos (UCI) es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, que fueron internados donde los pacientes en estado crítico, exigen de monitoreo continuo, asistencia médica y de enfermería permanente y utilización de equipos altamente especializados.³⁰

La UCI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados. La diferencia entre el cuidado intensivo e intermedio es el requerimiento de equipos.³⁰

Estratégicamente, la UCI debe localizarse, dentro del hospital, en una zona claramente diferenciada y con acceso controlado. Requiere de una conexión espacial y funcional más directa con otros servicios de la institución prestadora de salud, tales como el área quirúrgica, urgencias, radiodiagnóstico, gabinetes de exploraciones funcionales centrales (hemodinámica, electrofisiología, entre otras), por lo que topológicamente su posición difiere respecto a la de las unidades de hospitalización polivalentes. Se considera la importancia de disponer de una mayor calidad en las condiciones ambientales de cada uno de los locales que integran de la UCI.²⁹

De allí que la estructura física de la unidad debe responder a las necesidades y actividades de cada uno de los usuarios principales de la misma (pacientes, personal médico y de enfermería, visitantes) y debe disponer de espacios adecuados para: acceso y recepción del familiar, sala de UCI: cubículo del paciente y control de enfermería, apoyos generales de la unidad y personal. El programa funcional debe establecer el dimensionado de la unidad. Se considera que el número de camas de la UCI no debe ser inferior a 6-8 y no mayor de 12.²⁹⁻³⁰

Basándose en este esquema estructural, las unidades de cuidado intensivo tienen diferentes características. Es así como su distribución puede variar de unas a otras unidades; encontrándose algunas circulares con el puesto de enfermería en el centro y otras lineales pero de igual manera el puesto de enfermería es central y en frente de los cubículos donde se encuentran los pacientes, otras conservan la estructura de los servicios de hospitalización con habitaciones similares pero con la adecuación eléctrica y tecnológica necesarias, ajustándose a la normativa de cada país.³

En Colombia, la normativa legal para el diseño y acondicionamiento de las unidades de cuidado intensivo es concisa. El anexo técnico de la resolución 1043 de 2006 establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud (IPS) para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención. Esta resolución presenta diferentes requisitos que deben ser cumplidos por parte de las IPS en cuanto a recurso humano, instalaciones físicas, dotación y mantenimiento, medicamentos y dispositivos médicos – gestión de medicamentos y dispositivos, procesos prioritarios asistenciales, historia clínica y registros asistenciales, interdependencia de servicios, referencia y contrarreferencia de pacientes y seguimiento a riesgos en la prestación de servicios; así mismo se establecen los requisitos en relación con la operación de las UCI y de las demás áreas y servicios de una IPS.³¹

8.3 ¿Preferible una UCI con espacio sociófono?

Cuando se plantea una UCI abierta, como un espacio sociófono, el ser humano, sea paciente, familiar o enfermera, tiene la oportunidad de una relación proxémica entre

cada uno de ellos, que va más allá de la relación intra o interpersonal, para convertirla en una relación pública, cuya esencia es la comunicación, donde el paciente es el emisor del mensaje, el familiar es el canal encargado de transmitir el código verbal o no verbal que el paciente emitió y la enfermera es el receptor de ese mensaje que deberá descodificar.³² Las unidades de cuidado intensivo abiertas pueden resultar más confortables y humanas para quien tiene que vivir la experiencia.³³

Sin embargo, trabajos recientes han demostrado que las UCI cerradas, que son espacios sociófugos, a consideración del Institute for Healthcare Improvement (IHI) pueden ofrecer mejores resultados, por lo que recomiendan esta forma de organización, ya que sus medidas restrictivas van enfocadas a la seguridad del paciente. Este ha sido el modelo de unidad de cuidado intensivo históricamente en las instituciones prestadoras de salud colombianas que cuentan con esta área.²⁹ En la experiencia de las investigadoras, la seguridad del paciente se enfoca, sobre todo, en sus funciones vitales que son tan inestables y que puede empeorar súbitamente.

Por el contrario, estudios llevados a cabo en unidades con sistema de visitas abiertas y publicados en American Journal Critical Care y Journal of Advanced Nursing muestran que permitir el contacto familiar de forma continua o permanente, influye positivamente tanto en el aspecto emocional como en su recuperación y no altera la seguridad del paciente. Una investigación publicada en Herat & Lung³⁴ concluye que “las visitas no producen efectos adversos, ya que la posible desestabilización hemodinámica (alteración en la tensión arterial, frecuencia cardíaca y presión intracraneal) se normaliza pasados 10-15 minutos”.

Las condiciones ambientales de un sector cerrado imponen el confinamiento, la falta de información y el aislamiento social, y determinar además que los pacientes sean privados de los estímulos sensoriales normales, como el de la familia pero son cada segundo de su estancia en este sector bombardeado con otros estímulos extraños y continuos, ausentes en su entorno familiar. Los enfermos pueden presentar entonces delirios, alucinaciones, psicosis, ansiedad, miedo y depresión resultante de este ambiente.³⁵

Vidal-Lopes et al³⁵ señalan que en este tipo de UCI, por lo general, los pacientes que sufren de enfermedades y lesiones cuyo compromiso ha llevado a la necesidad de la atención; se les priva de contacto de la familia, su único vínculo emocional y, además, están expuestos a un ambiente extraño, viviendo con los profesionales que trabajan en gran medida con los procedimientos técnicos e invasivos, dependiendo de la enfermedad y el tratamiento necesario.

El proceso invasivo relacionado con los avances tecnológicos necesarios como complemento terapéutico también genera cambios significativos en la experiencia de la hospitalización.³⁵

Sin embargo, la mayoría de las investigaciones localizadas hacen hincapié en la importancia de instituir políticas que regulen el acompañamiento familiar permanente, lo que conllevaría: regulación de horarios más amplios y flexibles, instrucción/formación a los familiares y personal sanitario, adecuación del espacio, etc. Entre las barreras señaladas se encuentran: problemas de dotación de personal, exposición a la infección, cuestionamiento de la privacidad, ansiedad del personal, posibilidad de que los acompañantes presencien intervenciones de reanimación, falta de instrucción de las familias, etc.

Una revisión narrativa realizada por Giannini³⁶, sobre las UCI abiertas, explora las objeciones más comunes para su apertura, y las razones médicas y éticas que se consideran para esta alternativa: incremento del riesgo de infecciones y del nivel de estrés en el paciente, interferencia con el tratamiento, incremento de la carga de trabajo y limitación de la eficiencia, incremento del estrés familiar y violación de la privacidad del paciente. Señala que no existe una base científica sólida para limitar el acceso de visitas a la UCI y para mantenerlas cerradas. La apertura ofrece una estrategia ventajosa para los pacientes y no debería darse en respuesta a la presión generada por la sociedad, o en el reconocimiento de un derecho, sino porque esa política se ocupa de cuestiones como el respeto al paciente y proporciona respuestas más adecuadas para muchas de sus necesidades y de su familia. Es una decisión que exige, tanto a médicos como a enfermeras, repensar sus relaciones con pacientes y familias, lo que exige nuevas e individualizadas soluciones y realizar controles de calidad.

Ninger³⁷ indica que los hospitales pueden desarrollar o mejorar programas de visitas mediante el establecimiento de una política que instaure reglas para las visitas, lo que garantizará la privacidad del paciente, instrucción al personal y familias, y control de calidad. Sugiere que no permitir las visitas puede ser perjudicial, y que se debe crear un buen programa de visitas que satisfaga las necesidades del paciente, familias, y enfermeras. Las visitas a la UCI es parte integral de la atención al paciente de acuerdo con regulaciones como las de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Salud. También señala que la resistencia del personal de enfermería es bastante difícil de superar.

El autor sustenta esta afirmación en muchas investigaciones donde las enfermeras sostienen “que la visita interfiere en los cuidados y que la relación continua con la familia produce agotamiento emocional y estrés al paciente”³⁷.

Nilger considera también necesario que “se instituyan intervenciones que hagan que paciente y familia estén más cómodos durante esos períodos tan estresantes, encontrando la manera de que satisfaga a todos”³⁷.

Achury y Achury³⁸ describen que “el proceso de la enfermedad afecta no sólo a la persona enferma, sino que se extiende al ámbito de las relaciones familiares, e incluso al entorno social más próximo de las personas”.

Con respecto a la participación familiar en el cuidado, continúan sosteniendo Achury et al³⁸ que “el paciente pasa a ser un sujeto informante, digno de estudio, pero carente de privacidad, ha de acoplarse a la regulación de visitas de familiares, pero no es dueño de su descanso y sus familiares son apartados a favor de un cuidado más funcional en un ambiente que resulta cuando menos inquietante”.

Velasco et al,³⁹ en su revisión narrativa sobre los derechos de los familiares de los pacientes, se cuestiona si las normas de visitas que rigen en los hospitales facilitan la participación familiar en el cuidado, resultando contradictorio que por un lado se trate de introducir nuevas formas de cuidados (hospitalización a domicilio), mientras que por otro se mantengan políticas restrictivas de cara a los familiares en la unidad de cuidados intensivos.

Para Zomeño⁴⁰ “la reticencia no está fundamentada y existen experiencias en las que la presencia de un familiar resulta positiva (acompañamiento de familiares en servicios de urgencias durante ciertos procedimientos). Resulta contradictorio que por un lado se trate de introducir nuevas fórmulas de cuidados (hospitalización a domicilio), mientras que por otros se mantengan políticas restrictivas de cara a los familiares de los pacientes. La autora se pregunta, si la influencia familiar es positiva y beneficia al paciente ¿Cómo es que no se utiliza más como arma terapéutica? ¿Los cuidados profesionales deben contraponerse a los cuidados familiares? ¿Las normas de visitas que rigen en los hospitales facilitan la participación familiar en el cuidado?”

El estudio de Zaforteza et al,¹⁶ da a conocer las aportaciones de 93 profesionales a una propuesta de horarios de visita a las UCI. Se consensuaron 4 propuestas de cambio, entre ellas, ampliar los horarios de visita. Los resultados se agruparon en 5 categorías:

1. Modificación restrictiva de la propuesta.
2. Acuerdo: algunos se muestran expresamente favorables a la propuesta.
3. Dudas, acerca del potencial beneficio para pacientes y familiares del aumento de las horas de visita; y del control del número y su acceso a la unidad.
4. Barreras para su implantación.
5. Flexibilización, según valoración de las necesidades de los familiares y del paciente.

Por último, los profesionales de la UCI fueron reticentes a la apertura, pero admiten ampliar horarios.

Otro estudio con enfoque cualitativo realizado por Gálvez et al,⁴¹ analiza las debilidades y amenazas del acompañamiento familiar al paciente moribundo ingresado en una UCI desde la perspectiva enfermera. El estudio señala el papel determinante de la enfermera a la hora de reorientar las políticas de relaciones con los familiares de los pacientes y de replantear estrategias en la flexibilización de las visitas. Las debilidades y amenazas percibidas en torno al acompañamiento familiar son relacionadas con sus propias creencias y valores, con el rol de la familia y con posibles soluciones. Indica como principal barrera la falta de conexión entre información recibida por los familiares y la que poseen los profesionales. Se debería apostar por una profunda remodelación de las UCI y optar por modelos centrados en la relación paciente-familia-profesional, aunque suponga un desafío para la cultura biomédica actual. Integrar a las familias en estas unidades es prioritario, no solo para pacientes en proceso de muerte, sino también para los que tienen posibilidades de alta a planta. La implicación familiar en cuidados básicos del paciente podría ayudar a "cerrar la brecha" que existe entre los cuidados administrados en la UCI y la planta.

El estudio de Vidal Lopes et al³⁵ pone de relieve el hecho de que las enfermeras se están alejando de la familia de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos, encontrando que sólo el 47% de las veces las enfermeras hablan con la familia del paciente sobre el tratamiento prescrito, el 61% sobre la utilización de las técnicas y el 20% de ellas nunca hablan con familia sobre los sentimientos que vive. Concluyeron que existe una falta general de las actividades de enfermería en la comunicación con los familiares de los pacientes.

Finalmente, un estudio realizado por González et al⁴² a pacientes ingresados en UCI evaluó preferencias, factores de estrés, beneficios y satisfacción percibida con las normas del hospital con respecto a las visitas de sus familias. El estudio señala que aunque las familias quieren estar cerca de los pacientes, los beneficios de tal proximidad dependerán de las condiciones de estos y la dinámica familiar.

Por su parte, los pacientes clasificaron las visitas como experiencias sin estrés porque los familiares les ofrecieron niveles moderados de tranquilidad, comodidad, calma y relax y valoraron el hecho de que los visitantes pudieran tener información sobre su evolución, a la vez que la aportaban a la enfermera para que estas comprendieran mejor a los pacientes. Los pacientes en la UCI prefirieron visitas de 35 a 55 minutos, 3 a 4 veces al día, y con no más de 3 visitantes. Con respecto a la flexibilidad de las horas de visita, indican cuando deben ser restringidas (durante intervenciones rutinarias, si no se sienten bien, y si la dinámica familiar no es buena). Apreciaban tener visitas y un protocolo de visitas lo suficientemente flexible como para satisfacer sus necesidades y las de sus familiares.⁴²

Capítulo III

9. Acompañamiento

9.1 Acompañamiento, una virtud humana

La teoría del Cuidado Humano de Jean Watson plantea que el cuidado proporcionado por la enfermera como experiencia humana, la provee de un mandato social y el compromiso de cuidar a aquellos que necesitan acompañamiento durante una experiencia de salud-enfermedad. Es fundamentalmente, el desarrollo de una actividad humana, con características propias, autónoma, que aporta especificidad insustituible.²³

Es así que cuidar, de acuerdo a su Factor Desarrollo de una relación de ayuda-confianza, implica preocupación, explotar las competencias, acompañamiento, sensibilidad con el dolor humano y esperanza. Se requiere entonces, conocer a la persona que necesite ayuda y diseñar las estrategias necesarias para garantizar el confort, así como para ganar la confianza del ser cuidado.²³

Una definición considerada acertada para acompañamiento señala que

El acompañamiento alude al efecto, y también a la acción, de acompañar, de brindar compañía, ser compañero. Es, por lo tanto, esencial en el acompañamiento humano la idea de compartir, de ayudar pero sin invadir al otro, de ir juntos en busca de metas, afrontando los vaivenes del destino, disfrutando los buenos momentos y luchando frente a las adversidades. El acompañamiento es necesario en todos los momentos de la vida, pero a veces es imprescindible, como ocurre ante una incapacidad, una enfermedad grave o un dolor profundo. Familiares y amigos son los que brindan generalmente acompañamientos en estos casos; y personas especializadas en cuidados de aquellos que requieren un tratamiento especial que se han capacitado para esos fines.⁴³

Sin embargo, para Ortiz et al “la medicina contemporánea, caracterizada por una creciente especialización, progreso tecnológico e incremento de costos, ha llevado a que el enfermo esté hoy mejor atendido en lo especializado y técnico, pero menos acompañado y comprendido en su realidad personal por parte del personal de salud”⁴⁴.

Puede decirse que el acompañamiento a los pacientes es una preocupación a nivel global tanto desde el punto de vista de salud como político. Chile, por ejemplo, es un país a la vanguardia en el tema del acompañamiento familiar a los pacientes y en México, el pasado enero de 2016, ante la ausencia de medidas legales que garanticen a las personas hospitalizadas contar con la asistencia permanente de algún familiar o acompañante durante su estancia en alguna institución médica, se

presentó al Congreso un proyecto de decreto para reformar la Ley General de Salud que garantice el derecho del acompañamiento a los pacientes hospitalizados. La iniciativa busca que los enfermos tengan la seguridad de contar con el apoyo de un familiar, acompañante o, en su caso, mantener contacto diario por un tiempo no menor a dos horas diarias distribuidas en dos segmentos de mañana y tarde.⁴⁵

En Brasil, las directrices generales de la Política Nacional de Humanización pone el dispositivo de compañero de la familia en los diferentes niveles de atención. En esta política se destacan como directrices: servicios a medida de la cultura local, respetando la privacidad y la promoción de un ambiente acogedor y confortable, y garantizar la presencia de la familia y su red social en los hospitales.³⁵ En Colombia no se cuenta con alguna norma sobre esta naturaleza.

Por eso debe buscarse que las familias hagan parte del proceso de recuperación frente a la hospitalización por la que atraviesa cualquier individuo. Las investigaciones hechas en este tema coinciden en la importancia de una atención multidisciplinaria para mejorar la calidad de vida de la persona, con presencia de acompañamiento familiar constante y oportuno.

En esta Monografía se parte del análisis del significado de paciente crítico, para enfocar la realidad desde un punto de vista integral, donde se tienen en cuenta reacciones, sentimientos y situaciones que giran alrededor del paciente, las implicaciones en la familia y en su entorno. Además se valida el papel de la familia durante la estancia del paciente en una unidad de cuidado intensivo. También se tiene en cuenta el significado de autonomía y dignidad de ser humano y el por qué estos tres conceptos, acompañamiento, paciente crítico y unidad de cuidado intensivo, juegan un papel importante en la toma de decisiones difíciles.

De allí que se considere el acompañamiento, tanto de la familia como de los seres allegados, como una herramienta importante en la recuperación del paciente, confiriéndole poder terapéutico y emocional que permite compartir miedos, angustias, dudas, síntomas y pronóstico de la enfermedad, cuya base de interrelación es la comunicación.⁴⁶

Para la enfermera de UCI la comunicación debe ser un es elemento clave de la relación con el paciente, donde éste perciba la intención de ayuda y el tipo de cuidados que se le va a ofrecer. Pero no menos importante es la comunicación con el familiar que les ayude a minimizar el impacto que produce el entorno de las Unidades de Cuidado Intensivo durante la difícil experiencia de tener un ser querido en UCI. Para ello es necesario diseñar estrategias encaminadas a proporcionar información a los familiares de manera oportuna y eficaz, que favorezca de este modo una mejor, y más amplia, comunicación entre la enfermera y el familiar del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo.

Por lo tanto, la comunicación es un elemento fundamental en el desempeño de las enfermeras, tal como puede interpretarse del significado de cuidado transpersonal de Jean Watson.²³ Esto le permite al enfermo crítico no solo sentirse cuidado y apoyado sino también acompañado.⁴⁷

9.2 La familia, acompañante solidario

La familia es un componente, es un sistema en el cual cualquier alteración en alguno de sus miembros implica modificación en la funcionalidad del sistema o disfuncionalidad en el mismo. La familia como sistema está formada por personas que se relacionan e interactúan entre sí, de tal modo que cualquier cambio en uno de sus miembros trasciende en los demás. Es así, como la familia es un elemento esencial dentro del proceso de salud-enfermedad de todo individuo.⁴⁷

La familia debe considerarse, entonces, como un elemento terapéutico en sí mismo, y como tal debe incorporarse en la planificación del cuidado enfermero.⁴⁷

Al considerar la familia como un sistema, se constatará que funciona como una unidad, ya que a través de las interacciones que se generan entre sus miembros y la dependencia mutua que existe entre ellos, los factores que influyen en uno de sus miembros afectan a todos los demás en mayor o menor grado.⁴⁷

La familia ha sido siempre la principal fuente de apoyo y cuidados, la mayor parte de los mismos que requieren los diferentes miembros de la unidad familiar se proporcionan en el seno de la misma. El estado de salud de un miembro de la familia y su reacción frente a la enfermedad influyen en los mecanismos físicos y psicológicos de soporte que actúan dentro de la familia, y reciben, a su vez, influencia de estos mecanismos.⁴⁸

Señalan Gálvez et al,⁴¹ que a lo largo de la historia las familias han desempeñado un papel crucial en el cuidado de sus miembros. En la actualidad, la tecnología y la capacitación necesarias para la adecuada atención de los pacientes han limitado la participación familiar en la toma de decisiones y el cuidado directo de sus seres queridos, siendo el profesional de enfermería quien toma el relevo con respecto a muchos matices del cuidado. No obstante, el rol de la familia ha sido ampliamente analizado y justificado desde la perspectiva de distintas disciplinas, y actualmente ya nadie discute el importante papel que ésta desempeña en la salud y el bienestar de sus miembros

Ya en 1979 Molter⁴⁸ alertaba que el esfuerzo de los profesionales se dirigía mayoritariamente a cuidar a los pacientes, olvidando la atención de la familia y recordaba la necesidad de ampliar los cuidados, a la unidad familiar, entendiendo como tal a familiares y amigos. Siguiendo esta filosofía más integradora, la enfermería de cuidados intensivos ha cambiado su foco de cuidado ampliándolo

también a la unidad familiar. Numerosas publicaciones advierten de la necesidad de realizar este cambio, ya que los miembros del entorno familiar presentan una alta prevalencia de estrés postraumático, ansiedad y depresión. Sostienen Escudero et al,³³ que las necesidades de la familia son cognitivas (necesidad de recibir información clara sobre el diagnóstico y pronóstico), emocionales (consecuencia de la tristeza por la enfermedad), sociales (necesidad de mantener relaciones con amigos para recibir apoyo emocional) y prácticas, aspectos ambientales que pueden mejorar el bienestar durante su ingreso en UCI.

Según Arango y Vega⁴⁹ en los últimos años, las administraciones de salud han venido instaurando un modelo de atención centrado en el paciente y en la familia, consciente de la importancia de la implicación de ambos para conseguir sistemas sanitarios que ofrezcan cuidados más holísticos y humanizados.

Este enfoque abarca elementos fundamentales asociados con la calidad de la atención recibida e incluye aspectos como la comodidad física, el apoyo emocional, la toma de decisiones compartida, etc. Especial relevancia desempeña la figura de la familia de los pacientes ingresados en las unidades de cuidado intensivo, puesto que muchos de estos pacientes se encuentran en estado de inconsciencia, y la responsabilidad en la toma de decisiones recae sobre la familia.⁴¹

Sin embargo, este modelo es difícil de aplicar en las unidades de cuidados intensivos en las que impera el tradicional modelo de atención biomédico-curativo, que se caracteriza por privilegiar la visión médica de la enfermedad: el cuerpo es el objeto de las acciones realizadas por los profesionales que describen la complejidad de la enfermedad desde lo objetivable (signos clínicos y pruebas diagnósticas). Este enfoque es directivo, no refuerza la figura de la familia y oculta los factores psicológicos y sociales, que intervienen en el proceso de salud-enfermedad.⁵⁰

9.3 La familia frente a la enfermedad de un ser querido

Aguirre y Pajuelo señalan que

Una enfermedad no afecta por igual a todas las personas ni a todas las familias. Los seres humanos poseen una realidad interna formada por lo que podríamos llamar sedimentación de experiencias. Se trata de un pozo en el que se encuentran sentimientos, afectos, relaciones, recuerdos, y que se forma mediante el intercambio del sujeto con el medio. Frente a realidades externas similares las personas pueden haber desarrollado realidades internas muy diferentes. Recordar esto cuando se trata con familias puede ayudar a los profesionales a no prejuzgar o establecer similitudes interpretativas entre estas, que posteriormente podrían conducir a error en la definición de objetivos y en la intervención⁵¹.

Continúan señalando Aguirre y Pajuelo que “además de los factores mencionados, de carácter intra-personal, existen una serie de variables que afectan a los

miembros del grupo y al grupo en su totalidad que se deben tener en cuenta al plantear la intervención profesional”⁵¹. Estas serían:

- Edad de la persona enferma, sexo, rol o papel que ocupa en la familia, red de apoyo familiar.
- Fase del ciclo de vida en el que se encuentra la familia.

De la interrelación entre estos dos factores (ciclo de vida familiar y características biopsicosociales de persona enferma y resto de familia) surge una serie de combinaciones cuyo análisis ofrece la posibilidad de sistematizar la información (no siempre verbal) ofrecida a la familia.⁵¹

Por lo tanto, la información que debe proporcionar el equipo debe ser acorde con las capacidades y posibilidades que la familia tenga para asimilarla. Dentro de los aspectos de la información a tener en cuenta, están:⁵¹

- Si la familia tiene grandes dificultades para poder entender el proceso de la enfermedad y la información, muy precisa del equipo de salud, acerca de la evolución y pronóstico del paciente no permite un dialogando de manera fructífera. La comunicación entonces, no se producirá debido a la existencia de dos niveles diferenciados no coincidentes.
- En ocasiones, y con la intención de ayudar a la familia, los profesionales no respetan los tiempos de adaptación y precipitan procesos que aún no están en disposición de ser llevados a cabo. Este error genera mucho sufrimiento ya que la familia no sólo no es ayudada sino que puede sentirse cuestionada y atacada. Aún más, quizá haya casos excepcionales en los que la persona enferma y la familia decidan no querer salir de su mecanismo de negación; entonces, el equipo deberá valorar y decidir si el beneficio de la información superará el coste emocional y las posibles consecuencias.

Uno de los beneficios o aportaciones que desde el equipo de enfermería se puede ofrecer a la familia es, mediante la comunicación; hacer explícita la educación sobre algunos aspectos prácticos como la forma de higiene o alimentación al paciente. Esta educación puede ser de gran utilidad para orientar a la familia en momentos en que la capacidad para pensar puede haber quedado disminuida.⁵¹

Y es que todo proceso de comunicación necesita, además de emisor y receptor, un contexto y lenguaje comunes y conocidos por todos los actuantes. El equipo de enfermería debe promover la comunicación en varios sentidos: equipo-familia, familia-persona enferma.⁵¹

También debe promover acciones para romper un cerco de silencio (cuando el silencio es invalidante y poco facilitador) mediante gestos, miradas, palabras y devolver a las familias su papel de protagonistas en la resolución de sus necesidades (con ayuda del equipo asistencial) puede resultar una manera muy eficaz de que recuperen la confianza y el control.⁵¹

Además de esto queda otro aspecto, que es el proceso de toma de decisiones o control. En ocasiones, una de las causas que provocan actitudes de hostilidad o ira y que dificultan la comunicación es la impotencia que produce la pérdida de autonomía. Si la familia tiene dificultades para responder a esta vicisitud o no lo hace de forma adecuada, el equipo debe facilitar el camino para que la familia tome decisiones respecto al reparto de tareas.⁵¹

No obstante, las intervenciones de carácter educativo y preventivo pueden no tener un resultado inmediato, pero no por ello el equipo debe omitirlas.

9.4 Acompañamiento al paciente crítico

En el ámbito de las UCI la mayoría de las familias, independientemente de sus características, se convierten, sistemáticamente, en el mayor soporte de los enfermos, siguiendo un esquema propio de la familia tradicional. Parece que la excepcionalidad de la situación en la UCI favorece la vuelta a los esquemas familiares clásicos que perviven.²⁶

Sustentan Vidal Lopes et al que “el acompañante familiar es un dispositivo para la estimulación de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos. Señalan que “la inclusión de los cuidadores familiares en la unidad de cuidados intensivos podría ayudar a reducir la inestabilidad emocional y del familiar acompañante y del paciente, lo que mejora el equilibrio y la mayor participación del paciente en la atención durante la hospitalización”³⁵.

Estos autores³⁵ identificaron los principales cambios en las expresiones no verbales del paciente, de manera comparativa antes y después de la inserción y durante la residencia del miembro de la familia que lo acompañó.

Después de las observaciones y análisis de los datos, se hizo evidente que la presencia de la familia que acompañó trajo cambios positivos en el comportamiento del paciente, lo que era más cómodo y estable emocionalmente en su cuadro clínico. Llegaron a la conclusión que hubo cambios significativos en el análisis comparativo de los datos presentados entre la observación de los pacientes no acompañados y la observación de los pacientes acompañados por un miembro de la familia. Estos últimos manifestaron de forma no verbal y más incisiva, intensa, frecuente y clara el comportamiento en presencia de la familia. También participaron activamente en el cuidado después de la inserción de la misma. La familia sirvió de

base para que hubiese cambios en el comportamiento del paciente, lo que demuestra una mayor tranquilidad y la participación activa en la atención.³⁵

Por ello, en la presente Monografía se cree que el rol familiar se convierte en piedra angular de la adaptación de los enfermos críticos ya que sin su apoyo éstos perderían los lazos que les mantienen unidos a su historia emocional y social.

Pero primero se considera que las familias deben realizar un proceso de transición y de cambio, para compensar el vacío transitorio dejado por el paciente. El paciente es percibido por la familia no sólo como una persona enferma, sino además como miembro de un núcleo familiar, quien al enfermar y perder su propio rol, influye y altera el del resto de los miembros. Por tanto, la enfermedad crítica provoca la separación y ruptura de la armonía familiar, con el agravante de que la familia más cercana es la que deberá de someterse a la toma de decisiones con respecto al curso de la enfermedad en momentos de extrema gravedad.²⁶

Cuando el paciente ingresa a UCI, familias y enfermos comparten la percepción de ésta como un ambiente extraño, de estar rodeados de luces y sonidos diferentes a los habituales y de encontrarse cercados por un personal, siempre con aires de urgencia. Esto genera que algunos de estos actores vean la UCI con ansiedad y recelo, manteniendo la antigua creencia de que estas unidades son un lugar a donde se va a morir. Aunque recientemente esta creencia ha ido modificándose, todavía son muchas las personas que opina que el ingreso en estos servicios significa que la enfermedad es muy grave ya que sólo así se explica la necesidad de un recurso tan sofisticado como la UCI.²⁶

En el juego de representaciones que conviven en el “adentro” y “afuera” de estas unidades no se pone en duda la primacía de lo fisiopatológico. En su relación con los profesionales de la UCI, las familias se instalan en un punto simbólicamente fronterizo, en los límites de la exclusividad del modelo biomédico, tendiendo puentes para que la comunicación pueda existir, con la percepción, muchas veces, del personal que esta comunicación es un poco complicada porque las familias no siempre tienen capacidad para comprender la gravedad de su familiar.²⁶

Con respecto a la concepción de familia para el personal de las UCI, el término familia solo incluye a aquellas tradicionales que tienen un vínculo legal de primer grado de consanguinidad o afinidad (madre, padre, hijos mayores, esposa(o) o compañera(o) permanente), dejando a un lado otros familiares que sienten igual afectación emocional frente al estado de salud de su ser querido.²⁶

Las familias son aceptadas en el seno de las UCI como representantes “legales” de los enfermos. A ellas se dirigen los esfuerzos informativos de los médicos y es a ellas a las que, cuando el enfermo no está consciente, se les pide permiso para

nuevos y, en ocasiones, no inocuos tratamientos. Sin embargo, se les impiden participar en el cuidado de su enfermo.²⁶

Contrariamente, se está dejando a un lado el momento histórico que se está viviendo en una nueva forma de familia basada en la convivencia de dos individuos de distinto o del mismo sexo, sin haber ratificado esta unión legalmente y por lo tanto sin tener derecho a una representatividad “in strictum sensu” y la de los enfermos sin familia, pero con amigos, que socialmente se les puede llamar “allegados”, que ocupan, muchas veces, este rol, cumpliendo con las funciones de familia. Son categorías de parentesco sin representatividad legal con las que los profesionales de la UCI deben aprender a relacionarse y que pueden llamarse “las nuevas familias”.²⁶

Debe considerarse la familia, sea cual fuere su representatividad, como una sociedad natural que se provee entre sí de ayuda mutua que se convierte casi en una obligación en situaciones “de emergencia”, por lo que los familiares proporcionan a su enfermo todo el apoyo que pueden. Cada miembro pertenece a su familia, por lo tanto si está enfermo y si la enfermedad es grave, los miembros de la familia se sienten responsables de atender al enfermo asumiendo la obligatoriedad de permanecer a su lado y brindarle todo el cuidado posible.²⁶

Sostiene Pallares²⁶ que cuando las familias, las tradicionales o las nuevas, se instalan en la sala de espera, se oficializa su rol de cuidador y la conducta asumida es una sola: el acompañamiento solidario del enfermo.

En este acompañamiento solidario puede insertarse el cuidado para algunas acciones que requiera el paciente y que no interfieran con las actividades del personal de salud. Es una interacción de cuidado donde las familias no intentan competir en la toma de decisiones con los profesionales. Se posicionan como asistentes voluntarios del personal de enfermería y al mismo tiempo como los voceros de los enfermos, en un momento en que estos se encuentran parcialmente dimitidos de la vida.²⁶

Esta actitud implícita de aceptación, no impide que como representantes del enfermo intenten comprender el impacto de los diferentes tratamientos a los que son sometidos sus pacientes aunque ello comporte un gran esfuerzo para comprender el lenguaje críptico de la biomedicina.²⁶

Tal vez el aspecto que más choca entre las actividades del personal de enfermería y el acompañamiento del familiar sea la actitud paternalista de algunos familiares. En ocasiones hace que surjan tensiones entre ambas partes, que no favorecen al paciente. Es un comportamiento originado por la voluntad de proteger al otro y donde el posible cuidado que pueda brindar el familiar se torna inadmisibles.²⁶

9.5 El familiar: un ser desconocido en UCI para apoyo en el cuidado

Como señala Watson “para que el cuidado se dé en forma holística se deben abordar todas las dimensiones personales, como son: la dimensión física, social, psicológica y espiritual. No se puede fragmentar el cuidado y privilegiar sólo la parte física de la persona, ya que el cuerpo y el espíritu (alma) no pueden estar separados; estos se complementan para formar la esencia del ser humano”⁵².

La familia no es ajena al impacto que provoca la alta tecnología de UCI, donde los profesionales ofrecen la atención más altamente tecnificada posible construyendo su adaptación al entorno, aparentemente hostil, de estos servicios a partir de cuatro tipos de fe: en la medicina, en el hospital, en el médico y en la unidad.²⁶

Una persona en estado crítico, pierde el control sobre aspectos de su vida como higiene personal, movilidad, alimentación y el funcionamiento familiar quizá no esté en condiciones de integrar correctamente estos cambios debido a la gran complejidad que suponen.⁵¹

En virtud de lo anterior la dinámica familiar sufre modificación y adaptación y en este contexto, la familia debe disponer de información, comunicación, control y toma de decisiones.⁵¹

En la práctica diaria la información que se les ofrece generalmente es expresada de forma que no ayuda a humanizar la estancia del enfermo y su familia en la unidad. La familia recibe información sobre normas en el momento del ingreso de su familiar; durante las horas de visita se les comenta sobre medidas preventivas en las salas de espera de acuerdo con los reglamentos de la UCI, y también se les dice que permanezca un familiar afuera para recibir información médica. Esto deja en evidencia la fragmentación de la relación entre la enfermera y la familia, ya que no existe una auténtica interrelación entre ambas partes. Por lo tanto, tal como lo afirma Colliere, “**si no existe interrelación entre ambos no existe cuidado**”.⁵³.

Por ello, los familiares más próximos son los que sufren en mayor grado la situación del enfermo y el ingreso de su ser querido en una UCI, viviendo la alteración del funcionamiento del círculo familiar al que pertenecen. Sus miembros, sometidos a una situación nueva y difícil, reaccionan con preocupación y ansiedad demandando básicamente seguridad e información, poniendo voluntariamente su disposición para colaborar en todo lo que sea posible para la recuperación de su enfermo.⁵⁴

Sin embargo, no todas las familias pueden asumir la posibilidad del cuidado a su paciente pues la situación puede resultarles demasiado compleja y donde entra en escena las variables socio-educativas como patrones formativos-culturales, la sensibilidad al dolor y ciertas condiciones psicológicas tales como la aprensión, la ansiedad y el miedo.⁵⁴

Por el lado contrario, los profesionales de la salud pueden percibir a los familiares, incluso a los más allegados, como un estorbo, una molestia que deben soportar para hacer lo que “deben de hacer”, centrando la atención en la enfermedad y no tanto en lo que le rodea al paciente: la familia.²⁶

Esta falta de empatía hacia la familia como parte del entorno del enfermo ocurre en la mayoría de las situaciones habituales de la práctica hospitalaria, que resulta un problema aún mayor en el ámbito de la UCI, que cobra una mayor dimensión al provocar situaciones de mayor angustia y grados de estrés en la familia, impidiendo su aporte al cuidado ya que los familiares pueden verse afectados en tres dominios o ámbitos: el cognitivo, el afectivo y el conductual.⁵⁵

9.6 Experiencias de las familias en su rol de cuidador

Existen aspectos fundamentales en la representación de las familias en el seno de las unidades de cuidado intensivo que difieren mucho del papel que se les asigna en otros servicios hospitalarios, debido tanto a la gravedad del enfermo crítico como a la propia estructura de la UCI.⁵⁶

Estas diferencias también se observan en el proceso de adaptación a la enfermedad. La familia es un elemento esencial dentro del proceso de salud de todo individuo. Cuando una persona ingresa en un hospital, la familia no puede quedar excluida de participar en el internamiento sino que debe continuar siendo activa para velar por un cuidado integral y por un entorno terapéutico óptimo. No obstante, la propia dinámica de estos servicios produce frecuentemente el alejamiento de la familia respecto al paciente.⁵⁵

Ahora bien, frente al problema de las UCI excluyentes de los familiares, está apareciendo una actitud de cambio que favorece la participación de la familia en la asistencia a sus pacientes, mediante la realización pequeñas tareas de soporte que ayuda al enfermo a estrechar sus vínculos con sus familiares. Esta nueva perspectiva implica el reconocimiento del papel preponderante de la familia fundamental en el plano emocional, ya que representa el único soporte afectivo del paciente y su único nexo de unión con el exterior.⁵⁵

Dentro de las tareas de cuidado que pueden ser compartidas con los familiares están en la necesidad fisiológica del paciente, la preocupación por su confort; en la necesidad de seguridad, transmitirle que el personal de la UCI se preocupa por él y le brinda el mejor cuidado; en la necesidad de información, disminuir la angustia por el desconocimiento; en la necesidad afectiva, la disminución por el temor y el sentimiento de esperanza.⁵⁵

9.7 La enfermera de UCI, cuida, apoya y también acompaña

Como se ha mencionado ampliamente, las unidades de cuidado intensivo, son escenarios especializados para tratar personas que presentan graves desequilibrios en su estado de salud, y que ameritan cuidado por el personal de salud que labora en la misma. Entre este personal se encuentra el profesional de enfermería, quien tiene la responsabilidad del cuidado directo de estas personas en lo referente a: higiene corporal, cuidado de la piel, permeabilidad de las vías aéreas, la alimentación, la administración del tratamiento, entre otros aspectos. Señalan Zambrano et al,⁵⁷ que esta práctica profesional, exige de la enfermera un perfil integrador, no sólo desde el ámbito del conocimiento teórico, tecnológico, destrezas, sino también sensibilidad y empatía al momento de proporcionar el cuidado a los pacientes en estado crítico.

Sin embargo, a través de la historia, la práctica profesional de la enfermera se ha caracterizado por orientarse bajo un modelo biomédico-biologicista, donde sus actividades están orientadas hacia determinados sistemas que estructuran al cuerpo humano.⁵⁷

Lo anterior evidencia que las relaciones personales que ejerce enfermería con sus pacientes en la práctica de los cuidados críticos deben ser esenciales para el desempeño profesional. Y es que el personal de enfermería acompaña permanente las 24 horas el cuidado de los pacientes, no solo brindando asistencia de naturaleza biológica, técnica, psicológica, sino también ofreciendo apoyo y acompañamiento social y espiritual y esta relación de ayuda sustentan la realización de sus actividades. Diversos autores como Pérez⁵⁸ y Pardavilla et al⁵⁹ consideran que la relación personal tiene un efecto terapéutico y, en algunos casos, como afirma Santana et al⁴ “que esta puede ser determinante en el éxito de su desempeño”.

Así lo sustenta Ramos al sostener que “el contacto es de suma importancia, el simple acto de tocar es una manera poderosa de comenzar a ayudar a curar del aislamiento y la soledad”⁶⁰.

Capítulo IV

10. Paciente

Otro de los conceptos paradigmáticos de Jean Watson es persona. La teorista reconoce a la persona como “un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente”.²³

10.1 El ser humano como persona

Antes de caracterizar qué se entiende por "persona", Larroyo afirma “que el ser humano es todo aquel individuo que ha nacido de padres humanos”⁶¹.

Así pues, el concepto de ser humano es un concepto biológico: somos humanos por una simple razón genética. Sin embargo, el criterio biológico resulta insuficiente para muchos pensadores, que ven en el ser humano algo que trasciende la naturaleza, que va más allá del mundo natural. A diferencia del resto de seres naturales, el ser humano puede tener conciencia de sí mismo, capacidad de pensar y actuar con libertad, sentido del bien y del mal. Este conjunto de facultades son las que configuran a la persona como algo distinto de los animales y del resto de seres del mundo natural.

Para Zambrano et al

El ser humano es un ente biopsicosocial, donde los sentimientos son parte esencial de una persona y cuando ese ser humano se enfrenta a un proceso de enfermedad grave donde amerita estar en la unidad de cuidados intensivos, se ve sometido a un proceso traumático y se generan en el individuo una serie de preocupaciones que pueden interferir en su recuperación, se presentan períodos prolongados de ansiedad, angustia, sufrimiento e incertidumbre⁶².

Larroyo señala además que

A diferencia del concepto biológico de ser humano, el concepto de persona es un concepto cultural. Se nace humano y se llega a ser persona. Por el camino, el individuo tendrá que adquirir las habilidades y comportamientos propios de la persona, que fundamentalmente son: la conciencia de sí mismo, la racionalidad y el sentido del bien y del mal. La persona es, pues, un individuo humano, pero considerado como sujeto autoconsciente, racional y moral, a la vez que único (diferente de todos los demás) y uno (a través de toda sus modificaciones)⁶¹.

Una de las características de la persona como ser humano, son los modos de reaccionar frente a la enfermedad. Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado. Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad. Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones, entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y el medio y la empatía de los profesionales de la salud.⁶¹

10.2 La persona como sujeto de atención

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia define paciente a “la persona enferma que es atendida por un profesional de la salud”⁶³.

El término suele utilizarse para nombrar a la persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica.

En términos sociológicos, paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento, a un procedimiento o a una intervención.⁶⁴

Pero al quedarse solo con esa definición no se está valorando al paciente como ser social, como sujeto. Pero ampliando el concepto, paciente no es aquel que solamente espera pasivamente la atención sino que paciente es un ser social por lo tanto, activo. Entonces el paciente no es paciente es: **un sujeto de atención.**⁶⁵

El sujeto de atención es definido entonces como “aquel sujeto portador de un saber acerca de su dolencia (signos y síntomas) que demanda y que por lo tanto guía el proceso de atención en tanto comunica su padecer y su malestar o la eficacia de la terapéutica. Pero un sujeto de atención no es solamente una persona sino que un sujeto de atención puede ser una comunidad, una familia.”⁶⁵

Retomando el significado de paciente, se parte, en primera instancia, de los conceptos de la Organización Mundial de la Salud para salud y la definición de enfermedad.

La OMS⁶⁶ conceptualiza salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”

Así mismo, la OMS⁶⁶ define enfermedad como “la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”.

Esta definición se puede entender de forma más clara como la define el Oxford Dictionaries⁶⁷ “la enfermedad es la alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa, con la consiguiente pérdida de salud”. Por tanto, se resume que “enfermedad es la alteración del funcionamiento normal del cuerpo, y la persona que presenta una enfermedad es el paciente”.

En propias palabras, la persona enferma o paciente es aquella que sufre una alteración fisiológica de su estado de salud y, por ende, requiere de asistencia médica y está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud, requiriendo de un tratamiento, cuidados generales o cuidados especiales.

La palabra paciente se puede observar desde diferentes contextos debido a la existencia de variados tipos de pacientes. Según su grado de dependencia pueden ser: pacientes que cuidan de sí mismos o ambulatorios, pacientes que requieren atención parcial o intermedia u hospitalizados y pacientes críticos que requieren atención intensiva o total en una unidad de cuidado.⁶⁸

Para Cely,⁶⁹ “el paciente en estado crítico se caracteriza porque sus signos vitales no son estables y la muerte es un desenlace posible. Es un ser humano frágil, vulnerable y necesitado de comprensión, compasión y de auxilio altruista y humanitario”.

10.3 El sujeto de atención cuando es paciente crítico

Citando la definición del Grupo de Estudios de Ética Clínica, de la Sociedad Médica de Santiago de Chile, se denomina paciente crítico “a aquel enfermo cuya condición patológica afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad, que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado”⁷⁰.

Señala el IACS,⁷¹ los pacientes críticos cumplen con cualquiera de estas dos premisas:

- a) Independientemente de su enfermedad de base tienen en muchos casos características fisiopatológicas y clínicas homogéneas. Se comienza a diferenciar un grupo de pacientes que tienen sus procesos vitales alterados, con compromiso de su supervivencia pero de un modo reversible – eran pacientes potencialmente curables.
- b) Estos pacientes con un claro riesgo vital, precisan de unas estrategias precisas, y específicas, de vigilancia y de tratamiento.

Por tanto, hay cuatro características básicas que definen al paciente crítico: 1) Enfermedad grave 2) Reversibilidad potencial de la enfermedad 3) Necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos 4) Necesidad de un área tecnificada (UCI).

10.4 Necesidades física, psicosocial y emocional del paciente crítico

Para Baena³,

La experiencia de trabajar en unidades de cuidado intensivo en medio de una serie de equipos y procesos de enfermedad complejos, donde el paciente se aísla temporalmente de su grupo familiar para ser observado individualmente, quedando al cuidado de un personal desconocido para él, conduce a reflexionar acerca de sus necesidades de carácter psicosocial, físico y emocional, que pueden experimentar durante su permanencia en dicha unidad y si el acompañamiento familiar, involucrado con su cuidado, puede interferir positiva o negativamente en su proceso de recuperación³.

También sustenta Pallares, que “cada caso de un paciente ingresado en UCI tiene unas características diferentes de presentación, pero todos tienen como característica común la percepción por los enfermos de una realidad dramática”²⁶. Cuando un enfermo ingresa por primera vez en una UCI a menos que hayan tenido que hacer anteriormente el papel de acompañamiento de un familiar, desconocerá que le puede ofrecer y cuáles son los mecanismos de funcionamiento de estos servicios

Adicionalmente, sostienen Gómez-Carretero et al, que “el ambiente de la UCI puede resultar extraño o desconocido para los pacientes, privándoles de sus interacciones y sensaciones habituales, mientras les asaltan constantemente estímulos sensoriales extraños que pueden afectarles de un modo negativo”².

Hewitt destaca que “entre los estresores presentes en este tipo de ambiente, la deprivación sensorial, definida como una reducción en la cualidad o cantidad de estimulación”⁷². Así mismo, “identifica cinco tipos de alteraciones ambientales que pueden conducir a un comportamiento anormal: una reducción en la cantidad y variedad de estimulación, pequeñas variaciones en los estímulos, ruido excesivo, aislamiento físico y social y restricciones de movimiento”⁷².

Respecto al ruido, el anterior autor identifica las alarmas, los equipos de aspiración dejados en funcionamiento tras su utilización y los teléfonos como factores que contribuyen al malestar de los pacientes. Además las conversaciones del equipo de la UCI también se han considerado una fuente de ruido y confusión, ya que como no es posible valorar adecuadamente su nivel de conciencia, puede que lleguen a entender parcialmente esas conversaciones y les produzcan miedo y ansiedad.⁷²

Por otro lado, la ausencia de ciertos ruidos normales en el diario vivir, como la televisión, la radio, el tráfico, conversaciones con amigos, entre otros, pueden ser identificados como causa de estrés por algunos pacientes. Estos niveles de ruido pueden tener un impacto significativo en la cantidad y calidad del sueño de los pacientes, que puede convertirse en otro tipo de estresor. No obstante, aunque estos estresores se hallen presentes en el ambiente propio de la UCI, Hewwit afirma que “el dolor es lo que más preocupa a los pacientes”⁷².

Novaes et al, correlacionaron estresores físicos y psicológicos presentes en la UCI con diferentes variables demográficas. Los resultados extraídos a partir de las puntuaciones de los pacientes en la escala de estresores ambientales de la UCI (ICUESS) mostraron que “tener dolor”, fue considerado el principal estresor, seguido de la “incapacidad para dormir” y “tener tubos en la nariz o la boca”, lo cual limita la comunicación y la capacidad de comer, y añade estrés a las privaciones ya experimentadas por los pacientes. El “sentimiento de no tener control de uno mismo”, fue considerado el cuarto estresor, siendo el primero desde el punto de vista psicológico. Según los autores, esta falta de independencia puede generar angustia y sensación de desamparo, y podría ser considerada la principal causa de inestabilidad psicológica en este contexto⁷³.

El quinto estresor mencionado por los pacientes entre los más importantes fue el «estado de verse atado por los tubos», situación que se contradice con el estado natural de libertad de movimiento. Además, Novaes et al identificaron una de las necesidades más importantes de estos pacientes: «saber qué está pasando». Muchos de ellos consideraron que no estaban recibiendo explicaciones sobre el tratamiento y no saber qué iba a pasar se convertía en un estresor, por lo que los autores consideran que cuando los pacientes se encuentran conscientes y bien adaptados prefieren conocer y participar en todas las decisiones del equipo médico⁷³.

Por otra parte, Hupcey describió las necesidades psicosociales de los pacientes críticos⁷⁴. Encontró que necesidad más importante para los pacientes fue “sentirse seguro”, y que la percepción de seguridad de los mismos podía verse influenciada por los familiares y los amigos, el equipo de la UCI, las creencias religiosas y la sensación de saber, la recuperación del control, la esperanza y la confianza. Además, la autora concluye que los pacientes describen sentimientos de distrés cuando no se sienten seguros, por lo que la intervención debe dirigirse a promover los sentimientos de seguridad en los pacientes críticos.

En la literatura revisada, se encontró que Gómez-Carretero, Monsalve, Soriano et al,⁷⁵ también citan como otro factor estresante, la dificultad de este tipo de pacientes para comunicarse como consecuencia de las técnicas de ventilación empleadas, lo cual puede producirles sentimientos de rabia y desánimo, que a su vez pueden

reducir la interacción con los familiares y cuidadores y tener un impacto en cuanto a la participación activa del paciente en su recuperación.

Todo lo anterior evidencia que el paciente en UCI enfrenta una serie de necesidades físicas y psico-emocionales debido a que la alta tecnología de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) crea un ambiente generador de ansiedad y estrés para el paciente, siendo muchos los factores que pueden influir en su aparición.⁷⁶

Dentro de estos factores está la atmósfera de sobrecarga y deprivación sensorial, al ruido y la deprivación del sueño. Como consecuencia más inmediata ha sido relacionada la aparición de delirio o síndrome confusional agudo.⁷⁶

El delirio o síndrome confusional agudo es una alteración transitoria y reversible del estado mental, de inicio brusco y caracterizado por síntomas que van desde la desorientación y confusión a alucinaciones o ideas paranoides, que pueden aumentar la morbimortalidad del paciente.⁷⁶

No obstante, de acuerdo con Gil, et al⁷⁷ los factores estresantes en la UCI son subjetivos y, por tanto, pueden variar bajo la percepción de cada paciente. Así mismo, el personal que trabaja en UCI, o los familiares, a menudo identifican en la Unidad diferentes estresores ambientales si se comparan con los percibidos por los enfermos. En este sentido y en línea de lo que plantean García et al ⁷⁸ es necesario considerar el contexto en el que se dan los síntomas, su adecuación así como la gravedad de los mismos. Esto resalta la importancia de atender la realidad biopsicosocial de cada paciente ingresado en UCI, intentando identificar a su vez posibles factores que pudieran contribuir en la aparición/perpetuación de estas alteraciones. Así mismo, menciona García et al,⁷⁸ que algunos autores han obtenido diferentes resultados en función de la edad, del nivel educativo o del estado civil.

10.5 Cuando se está en UCI, se está solo

Beltrán en su artículo derivado de la investigación sobre el Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en la unidad de Cuidado Intensivo, señala que “la Unidad de Cuidados Intensivos es un lugar de soledad, frialdad, olores especiales y silencio, donde las palabras están “ausentes...”⁷.

Sostiene este autor que “la sensación de soledad se debe al alejamiento del contacto físico, de las palabras y demostraciones de afecto. Todo ello resalta el hecho de sentirse solo en la UCI. Los pacientes perciben el abandono porque las personas que los rodean la mayor parte del tiempo de su estancia en UCI no son las mismas a cuya compañía y afecto están acostumbrados” ⁷.

También Joyce Travelbee expone en su Modelo de relación de persona a persona que

La sensación de soledad se debe al hecho de darse cuenta que se está enfermo, que se puede morir...a la vulnerabilidad, la intranquilidad humana, la incapacidad y la dependencia. Que “la soledad se debe a la ausencia de aquellas personas cuya compañía se desea, de las palabras que los pacientes quieren oír, pero que no pueden escuchar, de las personas que son importantes y significativas para cada uno. Pero no es solamente una cuestión de soledad, sino que quedarse solo también significa estar triste y en silencio”.²³

Señala Beltrán, que “el silencio y la soledad, debidos al aislamiento de los seres queridos, son más relevantes que el ruido del ambiente, que está lleno con sonidos que no son los que se desean escuchar en un lugar como la UCI que se caracteriza por el ruido permanente de las alarmas, los monitores y las personas que hablan”⁷.

Para este autor “una contribución al ambiente de soledad percibida por los pacientes en la UCI, es el hecho de que la compañía familiar estaba sometida a un esquema restrictivo y a algunas medidas de control al ingreso de personas impuestas por la administración hospitalaria o por el equipo de salud de la UCI”⁷.

Esto llevó a Beltrán a considerar que “debido a la sensación de desamparo y soledad que acompaña la enfermedad, la comunicación se convierte para los pacientes en un factor importante de motivación y de contacto con la realidad”⁷.

10.6 La humanización en el paciente crítico

Humanizar UCI se trata de convocar los conocimientos técnicos-científicos en convivencia con la parte más humana de todos los protagonistas. Humanizar UCI, remotivar al profesional, recuperar la narrativa, formar en habilidades de comunicación, empatía, escucha activa y duelo, rediseñar los espacios y derribar los muros mentales, apostar por un cuidado integral, prevenir las secuelas post-UCI y naturalizar el proceso de morir.⁵⁷

Resulta obvio que se debe utilizar la ciencia y la tecnología, pero también recuperar la pasión, la compasión y el factor humano. Cuidar lo invisible. En el cuidado al paciente no permitir que se torne la rutina de una atención mecánica, que se apodere del quehacer de enfermería, que ante la visión del paciente o del familiar puede parecer insensible.⁵⁷

Todo profesional que labora en el área de UCI debe considerar durante su práctica profesional, que la persona es una totalidad inseparable en sus dimensiones, por lo que en éstas, existe una relación recíproca e influyente que se afecta favorable y/o desfavorable frente al proceso salud-enfermedad. En consecuencia, el profesional debe tener siempre presente, que la persona es un ser integral y el ente principal

de la atención en salud; poseedor de valores y creencias derivadas de una cultura que hay que considerar, al momento de proporcionarle el cuidado. Para lograr comprender a la persona como un todo, se requiere reflexionar sobre los elementos básicos que estructuran la condición humana, entre los cuales figuran los valores, los cuales, según Izquierdo, "son los ejes fundamentales por los que se orienta la vida humana y constituyen a su vez, la clave del comportamiento de las personas".⁵⁷

Por su parte, Moleiro afirma que "no todos nos comportamos igual ante las vivencias y los problemas de la vida; pues según los valores a los que les damos prioridad, le damos sentido a lo que hacemos"⁸⁰. Por consiguiente, se considera que la persona está en la naturaleza y en el universo para trascender a través de acciones que lo distinguen como un ser racional y emotivo lo cual queda expresado, entre otros valores, por el amor, la solidaridad, la responsabilidad en su relación continua y recíproca con las demás personas, animales, plantas, en fin con todo el entorno.

Como plantean Zambrano et al

Se considera que las causas por las cuales una persona es hospitalizada en la unidad de cuidado intensivo provoca una separación rápida y abrupta de los escenarios en los cuales se desempeñaba, lejos de su familia, amigos, compañeros de trabajo entre otros. De pronto se encuentra en un espacio físico que producen ansiedad en la persona, a lo que se suma la ejecución de procedimientos traumáticos y dolorosos, las situaciones emergentes, y su poca comprensión de las situaciones de gravedad de otros pacientes. Todo este escenario de alguna manera afecta la estructura psicológica de la persona que está ingresada en una UCI, consciente y orientada, por lo que puede experimentar sentimientos de temor, angustia, ansiedad, inseguridad, inutilidad e incapacidad para conciliar un sueño tranquilo y reparador lo que pueden generar en él otras patologías asociadas al diagnóstico de ingreso a la UCI como por ejemplo las hemorragias digestivas productos del estrés"⁵⁷.

Se reconoce, entonces, que lo prioritario de las acciones profesionales es ayudar a la persona hospitalizada a superar sus desequilibrios biológicos pero la mayoría de las veces dado el carácter hegemónico del modelo biomédico utilizado hasta ahora, generalmente son las únicas acciones que se ejecutan, lo que genera una fragmentación del cuidado de la persona enferma, olvidándose que ésta es un ser unitario, que responde al unísono; cuyo aspecto biológico se relaciona con las dimensiones psicosocial, espiritual, y emocional por lo que éstas también son afectadas.

Las ideas anteriormente expuestas conducen a reflexionar sobre la necesidad de reconocer que las personas hospitalizadas en la UCI, además de las acciones profesionales tendientes a: mantener la homeostasia fisicoquímica de los signos vitales, la mecánica corporal, la higiene y el confort, el descanso y el sueño, la administración de la terapia medicamentosa y otras acciones afines, que son necesarias para superar los desequilibrios que confronta en su dimensión biológica,

también requiere otras acciones de cuidado dirigidas a mejorar su dimensión emocional, espiritual y social, pues hay que tener siempre presente que la persona, no está dissociada de su problema de salud, por cuanto como ente integral (soma, mente y espíritu) escucha, piensa, siente y percibe todo lo que gira a su alrededor, como lo sostienen Zambrano et al.⁵⁷

Esto orienta a concebir al cuidado bajo diversos enfoques, para lo que es necesario traer a colación algunas ideas que ofrecen las teóricas con respecto al cuidado entre ellas Leininger, quien expresa que: “el cuidado son las actividades expertas, procedimientos y decisiones relacionados con el apoyo a la gente; de tal manera que refleja los atributos de conducta que son de apoyo, compasivos, protectores, de auxilio, educativos, pendientes de las necesidades, de los valores y metas del individuo o del grupo a quienes se asiste”²³.

El cuidado como: rasgo humano es inherente a la naturaleza humana. Como imperativo moral o ideal busca preservar la dignidad de la persona que recibe el cuidado. Como afecto comprende un involucramiento emocional con un sentimiento empático. Como relación interpersonal en ella está la esencia del cuidado. Como intervención terapéutica con la que las acciones de cuidado pueden ser específicas: escucha atenta, enseñanza al paciente, consideración, competencias tecnológicas. Los enfoques precedentes, referentes al cuidado humano permiten reflexionar con respecto al mismo.⁵⁷

Por consiguiente, el profesional de enfermería debe apoyar a la persona cuidada por medio de actitudes y acciones que muestren interés por su bienestar y su aceptación como persona que piensa, siente, y padece. Evitar considerarlo como un ser cosificado, que sólo responde a un desequilibrio biológico manifestado por signos y síntomas.

Proporcionar un cuidado humanizado para ayudar a mejorar la dimensión socioemocional del ser críticamente enfermo es valorarlo como persona, como sujeto del cuidado. Es establecer dentro de lo posible una relación interpersonal entre la persona cuidada y el profesional de enfermería, donde la presencia física de éste ha de ser significativa.

Zambrano et al⁵⁶ complementa sus ideas con lo expresado por Sánchez, cuando al referirse al cuidado humano menciona que "es un acto de interacción humana recíproco e integral, de naturaleza totalitaria, que guía el conocimiento y la práctica de enfermería". Agrega, que "la enfermera cuidadora, debe acercarse al mundo del otro ser cuidado para comprenderlo, y desde allí fortalecerlo en su propia capacidad de cuidado"⁸¹.

Las ideas antes expresadas por los autores, nos hacen reflexionar sobre la importancia de que el profesional de enfermería que utiliza su presencia física

significativamente debe demostrar una actitud de tolerancia, sensibilidad, empatía, apoyo, solidaridad y compasión, es decir una compañía auténtica hacia la persona que cuida. En el caso de la persona críticamente enferma que está hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo, el profesional de enfermería le demuestra su compromiso y su comprensión al darle respuestas a sus necesidades, hacerla sentir protegida y segura, proporcionarle información precisa y comprensible en el caso de estar consciente.

Esto es reforzado por lo que consideran Zambrano et al cuando especifican que: "para ofrecer un cuidado humanizado se requiere de principios éticos, conocimientos, destrezas, habilidades y calidad humana"⁵⁶.

11. Conclusiones

Tomando en consideración cada uno de los capítulos de esta Monografía, y basadas en la revisión bibliográfica realizada, las investigadoras concluyen:

- Se puede considerar el acompañamiento permanente de los familiares (entendiendo a la familia como toda persona que aunque no esté unido por lazos de sangre sea importante en el sentir afectivo del paciente), puede ayudar a una más rápida recuperación, contribuyendo a contrarrestar su sentimiento de soledad y a tener mayores deseos de vivir.
- Flexibilizar las Unidades de Cuidados Intensivos, haciéndolas participativas y abiertas, en lo que respecta al acompañamiento y horarios, teniendo presente que esto no altere o afecte el cuidado de Enfermería, por el contrario mejoraría tanto la expectativa de vida del paciente; la tranquilidad del familiar puesto que disminuye su ansiedad e impotencia transformándolo en sentimientos positivos, que les permitiría al personal de enfermería una atención en salud más eficaz, otorgando un cambio de un entorno soció-fugo similar a cerrado hacia un entorno soció-peto que se semeja como abierto.
- El rol familiar se convierte en piedra angular de la adaptación de los enfermos críticos ya que sin su apoyo éstos perderían los lazos que les mantienen unidos a su historia emocional y social.
- La literatura permite hacer un cambio en la apreciación de la importancia de tener un acompañante en las unidades de cuidados intensivos.

12. Recomendaciones

Vistas las anteriores conclusiones, las investigadoras proponen las siguientes recomendaciones:

- Elaborar un programa de educación y sensibilización para el personal que labora en la unidad de cuidados intensivos sobre la necesidad del cuidador al lado del paciente además contar con la claridad de las funciones que puede desempeñar el cuidador.
- Realizar un plan de capacitación al cuidador, que incluya las normas de la unidad en lo referente a las técnicas asépticas, información sobre el espacio o entorno, forma de acompañamiento al familiar en estado crítico; forma de interactuar; colaboración adaptada a las características y necesidades del paciente, que pueden incluir actividades básicas como cuidados específicos de la piel: baño, hidratación, masaje y en casos permitidos, cambios posturales para evitar úlceras de presión; pero sobre todo, Enfermería debe mediante una asertiva comunicación, resaltar que el principal cuidado que puede brindar el familiar es contribuir al estado emocional del paciente que le proporcione tranquilidad para sobrellevar su vivencia.
- Se recomienda basarse en las experiencias y modelos de Unidades de Cuidado Intensivo abiertas como las existentes en países como España y Chile, las cuales han permitido una interacción positiva en el cuidado entre Enfermas-familias y pacientes.

Referencias Bibliográficas

1. Celis M., Gutiérrez N., Iregui L. Percepción de la familia frente al rol de enfermería en la Unidad de Cuidado Intensivo adulto de la Fundación Cardiovascular de Colombia. 2016. Universidad Autónoma De Bucaramanga Universidad Ces de Antioquia, p.16. Disponible en:-----
[http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4288/1/Percepcion Familia Enfermeria.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4288/1/Percepcion_Familia_Enfermeria.pdf)
2. Gómez-Carretero P, Monsalve V., Soriano J. y de Andrés J. El ingreso en la unidad de cuidados intensivos La repercusión en el familiar del paciente. 2006. Boletín de Psicología. No. 87, Julio 61-87, p.9 Disponible en:
<http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N87-3.pdf>
3. Baena C. El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo. Tesis Enfermería 2007. Universidad de Antioquia, p.1 Disponible en: -----
http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/42/3/03_Contentido.pdf
4. Santana, L, Sánchez, M, Hernández, E, García, M, Ronaina, P, y Villanueva Á. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. 2007. Medicina Intensiva, 316, pp. 273-280. Disponible en -----
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021056912007000600002&lng=es&tlng=es
5. Net A. Ética y costes en medicina intensiva. 1996. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica
6. Zaider, T., Kissane, D. La evaluación y el tratamiento de las alteraciones de la familia durante los cuidados paliativos. 2009. Curr Opin Support Palliat Care. 31: pp. 67-71. [doi: 10.1097/SPC.0b013e328325a5ab](https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e328325a5ab).
7. Beltrán O. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. 2009. Investigación y Educación en Enfermería. Vol. XXVII, núm. 1, marzo, , pp. 34-45. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Disponible en: -----
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105213198003>
8. Engström A., Söderberg S. Las experiencias de los familiares de las personas en estado crítico en una unidad de cuidados intensivos. PubMed. Intensive Crit Care Nurs. 2004. Oct; 205, pp299-308; quiz 309-10. Borden, Sweden. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15450619#>

9. Márquez M. La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. Tesis de Grado Magister en Enfermería con Énfasis para la Salud Cardiovascular. 2012. Universidad Nacional de Colombia, p.13 Bogotá. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8923/1/539569.2012.pdf>

10. Wright LM, Leahey M. Enfermeras y Familias: Guía para la Evaluación e Intervención Familiar. Capítulo 3. 2009. The Calgary Family Assessment. 6th ed. Philadelphia: F.A.Davis Company. Disponible en:-----
<https://translate.google.com.co/translate?hl=es-419&sl=en&u=http://www.amazon.com/Nurses-Families-Family-Assessment-Intervention/dp/0803627394&prev=search>

11. Errastri B, Tricas S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. 2012. Enfermería Intensiva. Vol. 23. Núm. 04. Octubre - Diciembre. España. Disponible en:-----
<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-visita-flexible-las-unidades-90165548>

12. González G, García F. Modelos organizativos en Medicina Intensiva: el modelo español. 2008. Libro electrónico de Medicina Intensiva. Disponible: en-----
<http://intensivos.uninet.edu/04/0402.html>

13. Valentin A., Ferdinande P. ¿Cómo organizar una Unidad de Terapia Intensiva? Intensive Care Med. DOI 10.1007/s00134-011-2300-7. Indexado en Intramed 2014. Disponible en:-----
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=72991>

14. Navarro J. Revisión de los estudios sobre los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos de España. 2012. Enfermería Global. Revisiones. Revista Electrónica Trimestral. No. 26. Abril. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200018

15. Velasco J, Prieto J, Castillo J, Merino N, Perea-Milla E. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos de España. 2005. Enferm Intensiva 162:73-83. Disponible en: -----
<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/142/142v16n02a13075391pdf001.pdf>

16. Zaforteza C, García A, Quintana R, Sánchez C, Abadía E, Miró JE. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales?. 2010. Enferm Intensiva. 21:52-7. Disponible en:-----
<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-abrir-unidad-cuidados-intensivos-los-familiares-que-13150315>

17. Santana L, Sánchez M. La presencia del familiar en el momento del fallecimiento mejora la calidad del morir en la unidad de cuidados intensivos. 2010. *Enferm Intensiva*. 21:83-4. Disponible en:-----
<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-presencia-del-familiar-el-13150319>
18. Burgos R, Cano M, García C, Lage A, López M. Visitas de familiares a pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Coronarios: Opinión de todos los implicados. 2010. *Enfermería en Cardiología*. 20:30-41. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2330901>
19. Marco L, Bermejillo I, Garayalde de Pinedo N, Sarrate I, Margall M, Asiain M. Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. 2009. *Enferm Intensiva*; 113:107-17. Disponible en:-----
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=10017624&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=102&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v11n3a10017624pdf001.pdf
20. Rodríguez M^a, Rodríguez F, Roncero A, Morgado M^a, Bannik J, Flores L, et al. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. 2008. *Enferm Intensiva*; 143:96-108. Disponible en:-----
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=778976>
21. Díaz N. Ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. 2009. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/originales_detalle.cfm?ID_original=76&id_original_ini=1
22. Palencia E. Intensivistas, Unidades de Cuidados Intensivos y enfermos graves. 2003. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva*. Editorial. nº 38. Vol 3 nº 8, agosto. Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2003/08/REMIED38.htm>
23. Marriner-Tomey A; Rayle-Alligoog M. Modelos y teorías de Enfermería. 2007. Capítulo 12. 4^a ed. España: S.A Elsevier pps.142-156
24. Revista ARQHYS. Tipos de espacio. 2012. V.12. Disponible en: <http://www.arqhys.com/construccion/espacio-tipos.html>.
25. Vásquez F. La cultura como texto: lectura, semiótica y educación. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2002. En: Madrigal M., Lopera M., Forero C y García L. El cuerpo: silencioso pero significativo en expresión. 2011. *Revista Avances de Enfermería*. V.29 N.1. UNAL. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35849/37064>

26. Pallares A. El mundo de las unidades de cuidado intensivo: La última frontera. Tesis doctoral Trabajo Social. Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Universidad Rovira I Virgili. 2003. Tarragona, España. Disponible en: -----
<http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/8436/Pallares.pdf?sequence=1>
27. Hall E. La dimensión oculta. Barcelona:Siglo XXI, 2003; p.255
28. Osmond H. The relationship between architect and psychiatrist. In G.Goshen Ed. Psychiatric Architecture. Wash DC: 1959. American Psychiatric Association.
29. Sáez, E., Infante A. Guías de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos. 2009. Revista chilena de medicina intensiva, pp.209-223. Disponible en: http://www.enfermeriajw.cl/pdf/guias_ministeriales.pdf
30. Sánchez I., de la Torre A., Somoza J., Sobrino J., Artigas A., et al. Unidad de Cuidados Intensivos: Estándares y Recomendaciones. 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social. España. Disponible en:-----
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
31. Secretaría Distrital de Salud, Bogotá D.C. Manual guía para el diseño arquitectónico de Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Área de Análisis y Políticas de Servicios de Salud. 2010. Plan maestro de equipamientos de salud. Disponible en:-----
<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documents/MANUAL%20PARA%20EL%20DISE%20DE%20UNIDAD%20DE%20CUIDADOS%20INTENSIVOS.pdf>
32. Gómez L. El paciente crítico en la UCI: saber comunicarse con él y su familia. Universidad Internacional de Cataluña. España. 2015. Disponible en: -----
http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/253926/Llu%20ADs_G%20B3mez_G%20B3mez.pdf?sequence=1
33. Escudero D., Viña L., Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. 2014. Es tiempo de cambio. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/pdf/S0210569114000370/S300>
34. Heart & Lung. Critical Care Assessment Handbook. September–October, 1999. V 28, Issue 5, Page 6A Disponible en: [DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0147-9563\(99\)70015-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0147-9563(99)70015-4)
35. Vidal Lopes L, Araujo S. de, Perreault, M, y de Azevedo, A. O familiar acompanhante como estímulo comportamental de pacientes internados em terapia intensiva. 2013. 173,409-415. Disponible en: -----
<https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300002>

36. Giannini A. Unidad de cuidados intensivos abierta: un caso a favor. 2007. *Minerva Anestesiol.* May; 735:299-305. PubMed. Indexado por Medline. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=17115012>
37. Ninger L. La planificación de un programa de visitas familiares para UCI. PubMed indexado por Medline. 2008. Dec; 19 12: 20-2. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14710546>
38. Achury D., Achury L. Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica. 2013. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, vol. 15, núm. 2, julio-diciembre, pp. 137-151. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145229803008.pdf>
39. Velasco JM, Prieto de Paula JF, Castillo J, Merino N, Perea-Milla E. Organización de las visitas de familiares en las Unidades de Cuidados Intensivos en España. 2005. *Enferm Intensiva* 16: 73-83. Disponible en: -----
<http://remi.uninet.edu/2005/06/REMI0867.htm>
40. Zomeño G. Incorporación del familiar del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermeros intrahospitalarios. Tesis doctoral. 2015. Universidad de Alicante España. Disponible en:-----
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/47031/1/tesis_ginesa_zome%C3%B1o_r os.pdf
41. Gálvez M; Fernández C; Muñumel G; Ríos F; Fernández L; del Águila B. Acompañamiento familiar: una herramienta para dignificar el proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos. 2011. *Index de Enfermería* 204. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v20n4/7480.php>
42. González C., Carroll D., Elliott J., Fitzgerald P. Vallent H. Visitando las preferencias de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos. 2012. *PubMed Am J Crit Care.* Mayo; 13 3: 194-8. Boston. Indexado por Medline. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15149052>
43. DeConceptos.com. Definición de acompañamiento. 2016. Disponible en: <http://deconceptos.com/ciencias-sociales/acompanamiento>
44. Ortiz A, Beca J, Salas S, Browne F, Salas C. Acompañamiento del enfermo: Una experiencia de aprendizaje sobre el significado de la enfermedad. 2008. *Rev. méd. Chile.* 2008. Mar; 1363: 304-309. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872008000300004&script=sci_arttext

45. Senado de la República de México. Garantizar del derecho de acompañamiento a los pacientes hospitalizados. Grupo Parlamentario PRD. LXIII Legislatura. Boletín de Prensa. 2016. Disponible en: <http://prd.senado.gob.mx/wp/?p=73557>
46. Merino K. Acompañamiento psicológico - relación de ayuda a pacientes con enfermedades terminales y a sus familiares, enfocado desde la perspectiva de Elisabeth Kübler-Ross y José Carlos Bermejo. Tesis de Grado Psicología Clínica. 2011. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/4646?show=full>
47. Pérez B. La familia como sujeto de cuidado. 2013. Aquichan. 131:5-7. Disponible en: -----
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3187/html>
48. Molter N. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. 1979 Heart Lung.. Mar-Apr;8 2:332-9. Pubmed. Disponible en: -----
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/253712>
49. Arango G., Vega Y. Modelo de atención centrado en el paciente en Colombia: la necesidad de un salto desde lo disciplinar hacia lo organizacional. 2015. Rev.salud.hist.sanid.on-line; 101: enero-junio. Disponible en:-----
revistas.uptc.edu.co/revistas/index.php/shs/article/download/4333/3718
50. Tonetta-Stanker S. Proporcionar atención en el paciente y centrada en la familia al final de su vida en la UCI. 2009 Nurs Crit Care..45: 54-55. Disponible en: http://journals.lww.com/nursingcriticalcare/Fulltext/2009/09000/Providing_patient_and_family_centered_end_of_life.12.aspx
51. Aguirre de Cárcer A., Pajuelo M. La familia de la persona enferma. Secpal Sociedad Española de cuidado paliativo. Guías Médicas. 2016 Disponible en: <http://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-LA-FAMILIA-DE-LA-PERSONA-ENFERMA>
52. Watson J. Enfermería Ciencia humana y cuidado humano una teoría de enfermería. Jones and Bartlett Publishers. Sudbury, Massachusetts. 2003. Texto traducido por González B. Universidad Autónoma de Chihuahua. México.
53. Colliere MF. Promover la vida. 1997. Madrid: McGraw- Hill. Interamericana.
54. Etxeberria-Erauskin, J. Sobrecarga emocional de las familias de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos UCI. 2014. Universidad de Navarra. Disponible en:<http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11564/JuneEtxeberriaErauskin.pdf?sequence=1>

55. Torres, L. Cuidados informales y paciente crítico. 2000. Revista Electrónica Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico. Disponible en: -----
<http://www.saecc.com/Revista/Revista01/Revision1/revision1.htm>.
56. Caballero E, Fernández P. La familia en el entorno de cuidados críticos. 2014. Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales. Capítulo 164. Disponible en:-----
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164/capitulo164.htm>
57. Zambrano de Guerrero A, Guevara B, Maldonado M; Evies A, España P; Blanca Salas B. Humanizando el cuidado a personas críticamente enfermas. 2010. Revista Educación en Valores. Universidad de Carabobo.. Enero - Junio - Vol. 1. N° 13. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/v1n13/art9.pdf>
58. Pérez B. El cuidado de enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. 2002. Aquichan, pp 24-26. Disponible en: -----
aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/19/3
59. Pardavila M., Vivarb C. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. 2012. Enferm Intensiva, 23, pp. 51-67. Disponible en: -----
<http://www.cun.es/investigacion/publicaciones-cientificas/necesidades-de-la-familia-en-las-unidades-de-cuidados-intensivos.-revisión-de-la-literatura>
60. Ramos L. Apoyo emocional de Enfermería para pacientes ingresados a unidades de cuidados intensivos. Trabajo de Grado de Especialización Cuidado Crítico Enfermería. 2008. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Disponible en:-
<http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis46.pdf>
61. Larroyo F. El concepto de persona. Actas del Vigésimo 2009. Primer Congreso Nacional de Filosofía. Argentina, marzo-abril, tomo 2. Disponible en:
<http://www.filosofia.org/aut/003/m49a1297.htm>
62. Zambrano, G. Ferreira, J. Lindarte, A. Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos UCI. Entre la incertidumbre y la esperanza. 2010. Revista Ciencia y cuidado. Vol. 7, N°. 1, Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3717275>.
63. Ministerio de Salud y Protección Social. Glosario Acreditación en Salud. República de Colombia. 2012. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/glosario-manual-acreditacion-salud.pdf>

64. Insituto Tecnológico Unión Panamericana. El paciente. 2015. Disponible en: <http://enfermeria-ltup.es.tl/El-Paciente.htm>
65. Mercado S. La comunicación en enfermería. Sujetos de atención en enfermería. 2013. Disponible en: <https://sites.google.com/site/lacomunicacionenenfermeria/sujetos-de-atencion-en-enfermeria>
66. OMS. Organización Mundial de la Salud. Concepto de salud. 1948. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
67. Oxford Dictionaries. Definición de Enfermedad. Oxford 2016. University Press. Disponible en: -----
<http://www.oxforddictionaries.com/es/definicion/espanol/enfermedad>
68. Bjorklund de Lima L., Borges D., da Costa S., Rejane E. Clasificación de pacientes según el grado de dependencia de los cuidados de enfermería y de la gravedad en una unidad de recuperación postanestésica. 2010. Rev. Latino-Am. Enfermagem 185:Sept.-Oct. Disponible en: -----
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/es_07.pdf
69. Cely G.sj Del concepto de paciente a concepto de cliente en la prestación de servicios de salud. Pontificia Universidad Javeriana. 2009. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo Vol. I No 2 p: 34-41. Bogotá Colombia. Disponible en: -----
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WGMIPKCyGjkJ:www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/12.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clink&gl=co>
70. Grupo de Estudios de Ética Clínica Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento. 2003. Revista médica de Chile, 1316, pp. 689-696. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000600015>
71. IACS, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Breve historia de la Medicina Intensiva. 2014. Disponible en: <http://www.ics-aragon.com/cursos/enfermo-critico/pdf/00-00.pdf>
72. Hewitt J. Desórdenes psico-afectivos en pacientes de la unidad de cuidados intensivos: Revisión. 2012. Revista Clínica de Enfermería. Vol. 11, Num. 5, Septiembre p. 575-84. Disponible en: -----
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12201884>

73. Novaes M., .P,Aronovich P., A,Ferraz A., y Knobel M. Evaluación de los estresores de los pacientes en UCI. 2007. Intensive Care PubMed, 23, pp. 1282-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10660851>
74. Hupcey J. Sentirse seguro: las necesidades psicosociales de los pacientes de la UCI. 2010. Revista de Enfermería 32 4: 361-7. Universidad de Pennsylvania. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11140200>
75. Gómez-Carretero P., V. Monsalve P., Soriano J., de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. 2007. Med Intensiva. - Vol. 31 Núm.6 318-25 Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/alteraciones-emocionales-necesidades-psicologicas-pacientes/articulo/13108551/>
76. Ayllón N., Álvarez M., González M. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. 2007. Elsevier. Vol.18, Número 4. Octubre. [Doi 10.1016/S1130-23990774399-7](https://doi.org/10.1016/S1130-23990774399-7)
77. Gil B., Ballester R., Gómez S., Bizanda R. Afectación emocional de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. 2013. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 18, N.º 2, pp. 129-138. España. Disponible en: http://www.aepcp.net/arc/04_2013_n2_gil_ballester_gomez_abizanda.pdf
78. García G., Barreto P. Trastornos del estado de ánimo al final de la vida: ¿Desmoralización o depresión? 2008. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. Vol 13 No. 2, pp 123-133. Disponible en:-----
<http://www.aepcp.net/arc/5%2020082.Garc%C3%ADaSoriano%20y%20Barreto.pdf>
79. Hweidi I. La percepción de los pacientes jordanos de factores de estrés en las unidades de cuidados críticos: una encuesta por cuestionario. 2007. Int J Nursing Studies. 44:227-35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16426614>
80. Moleiro M. Relatos para educar en valores. 2001. Caracas: Ed.San Pablo
81. Sánchez, Beatriz. La Fenomenología: Un Método de Indagación para el Cuidado de Enfermería. 2000. Grupo de Cuidado Universidad Nacional de Colombia. Bogotá:Editorial. Unibiblos.

Agradecimientos

Especial agradecimiento y reconocimiento a la docente **Martha Cecilia Madrigal Ramírez**, quien fue nuestra Directora y nos aportó parte de su amplio conocimientos en la orientación de este trabajo, para que cumpliera con las expectativas con la que lo planteamos desde sus inicios.

A todos aquellos amigos y colegas, que siempre nos apoyaron y aportaron ideas y contribuyeron, de una u otra forma, al mejor resultado de esta Monografía