

FCM



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA
CICLO LICENCIATURA EN ENFERMERIA

Taller de Tesis

**TEMA: CONTENCIÓN DEL PACIENTE Y SU ENTORNO FRENTE A LA
PÉRDIDA DE LA SALUD**



AUTORAS: Brito, Analía

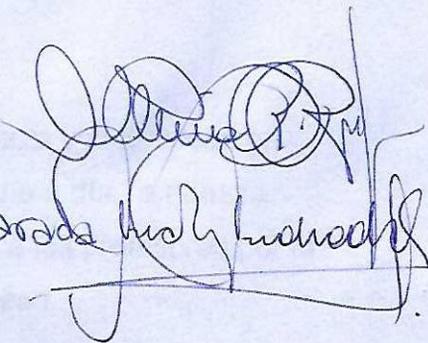
Dominguez, Verónica

Mendoza, Tunuyán Agosto del 2012

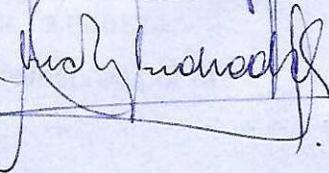
"El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores".

APROBACIÓN

Presidente: Lic. Reyes María Rosa



Vocal1: Lic. Ama Magdalena Andrade



Vocal2:.....

Trabajo Aprobado el 08.1.08.2012

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos primeramente a DIOS por darnos la fuerza y la fortaleza en nosotras mismas y la posibilidad de seguir capacitándonos día a día, a nuestra familia por el apoyo incondicional, paciencia y comprensión, a los profesores por la predisposición para ayudarnos y guiarnos durante éste proceso.

A la Institución donde trabajamos, por brindarnos la información precisa y necesaria para la realización de éste trabajo.

A todos ellos simplemente "GRACIAS"

PRÓLOGO

En todo lo que nos rodea en la vida, siempre nuestra actitud frente a los acontecimientos, determina el futuro y los pasos a seguir. Nuestra actitud ante la vida, la salud, la enfermedad y la muerte es lo que nos define como persona, como sociedad y pueblo.

No debemos enfrentar la realidad que me toca sino debo sabemos convivir con ella y sacarle provecho para nuestro bien.

Nuestro presente tiene una fuerte incidencia sobre nuestro futuro, es por ello que cuando nos enfrentamos a una situación de enfermedad o muerte, se hace más fácil de sobrellevar con la ayuda y el apoyo de nuestra familia y amigos, ellos serán nuestro sostén ante esta situación.

Nuestra fe es de suma importancia, independientemente de cuál sea el credo que se profese, ya que ante la pérdida de la salud y la proximidad de la muerte, todos nos aferramos a nuestra espiritualidad para así poder conseguir un consuelo.

Es importante destacar que la persona que padece una enfermedad, o está en su lecho de muerte, sienta la contención de sus seres queridos y del equipo de salud que lo han acompañado durante este largo proceso, y mediante la fe pueda encontrar la paz que necesita para tener una pronta recuperación, un padecimiento de la enfermedad o una muerte digna.

El tiempo es nuestro gran aliado en el camino de la vida el cura cualquier herida y cualquier dolor, hay un momento y un tiempo para todo en esta vida, un tiempo para nacer y un tiempo para morir.

INDICE GENERAL

CAPITULO I

Introducción.....	1
Planteo del problema.....	4
Objetivos de estudio.....	10
Justificación.....	11
Marco teórico.....	13
Bases Teóricas.....	20

CAPITULO II

Diseño metodológico.....	28
Variables.....	30
Tablas y Gráficos.....	32
Resultados.....	42
Discusión.....	44
Conclusión.....	45
Recomendaciones.....	46

CAPTITULO III

Técnicas e instrumentos de recolección.....	47
Matriz de Datos.....	49

Referencias Bibliográficas.....	59
---------------------------------	----

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Sexo de los Encuestados.....	24
Gráfico N° 2. Edad de los Encuestados.....	30
Gráfico N° 3. Servicios de información.....	34
Gráfico N° 4. Calidad de Tiempo Escolar.....	35
Gráfico N° 5. Espacio Físico Ampleo.....	38
Gráfico N° 6. Disponer los Guías.....	37
Gráfico N° 7. Contacto con otros Profesionales.....	38
Gráfico N° 8. Mayor contacto entre docentes y Familiares.....	39
Gráfico N° 9. Uso de dispositivos de uso Personal.....	40
Gráfico N° 10. Comunicación en el Periodo de información.....	41

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Sexo de los Encuestados.....	32
Gráfico N° 2: Edad de los Encuestados.....	33
Gráfico N° 3: Servicios de Internación:.....	34
Gráfico N° 4: Calidad de Tiempo Brindado.....	35
Gráfico N° 5: Espacio Físico Brindado.....	36
Gráfico N°6: Despejar las Dudas.....	37
Gráfico N°7: Contacto con otros Profesionales.....	38
Gráficos N°8: Mayor contacto entre pacientes y Familiares.....	39
Gráfico N° 9: Uso de elementos de uso Personal.....	40
Gráfico N°10: Comunicación en el Periodo de Internación.....	41

INTRODUCCIÓN

La enfermedad ocurre cuando se produce la unión de la causa y el individuo en un determinado tiempo, espacio y contexto y produce un desequilibrio físico, psíquico y social en el individuo.

A lo largo de la vida cada persona vive momentos de enfermedad que requieren de apoyo cultural y una de mejor pronóstico es el momento en el que el individuo vive en un contexto de apoyo y estabilidad. Este momento es el momento de mayor bienestar y salud. En este momento el individuo vive en un contexto de apoyo y estabilidad y puede ser considerado como una persona que requiere de apoyo y estabilidad.

Los conceptos de Salud se definen a partir de la salud física, mental y social. La salud física se refiere a la ausencia de enfermedad y la salud mental se refiere a la ausencia de trastornos mentales. La salud social se refiere a la ausencia de problemas sociales.

CAPITULO I

La familia es un grupo de personas que viven juntas y que se relacionan entre sí. La familia es un grupo de personas que viven juntas y que se relacionan entre sí. La familia es un grupo de personas que viven juntas y que se relacionan entre sí.

Cuando se le atribuye un diagnóstico de alguna patología grave es una situación que requiere de apoyo y ayuda. En este caso la intervención de la familia es fundamental y necesaria. Un acompañamiento desde el apoyo es fundamental, ya que para procesar la noticia de una enfermedad grave se necesitan tiempo y espacio emocional para hacerlo.

Se debe ser consciente que en aquellos casos donde se ha producido una enfermedad y pacientes que se encuentran en crisis o que sus familiares están de duelo o viven en un momento de crisis, la intervención de la familia es fundamental y necesaria. Se debe ser consciente que en aquellos casos donde se ha producido una enfermedad y pacientes que se encuentran en crisis o que sus familiares están de duelo o viven en un momento de crisis, la intervención de la familia es fundamental y necesaria.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad aparece cuando se produce la usencia de la Salud y en donde hay un desequilibrio físico, psíquico y social en el individuo y su entorno.

A lo largo de la vida todos padecemos de algún tipo de enfermedad, unas que requieren de pocos cuidados y otras de mayor gravedad que su tratamiento es más complejo y de mayor duración. Esto determina "un antes y un después" en donde nada volverá a ser lo mismo para quien la padece y para aquellas personas que rodean al paciente.

Los episodios donde la Salud se deteriora produciendo un fuerte impacto tanto para quien la padece como para su entorno más cercano deben ser encarados de manera integral. Por un lado está el enfermo que sufre física, mental y emocionalmente, y por otro la familia, que también es afectada por la situación de diferentes formas: se rompe la estructura de funcionamiento establecida, implica un gasto económico, una re-organización dentro del vínculo familiar de horarios, trabajos, etc. Que generan un círculo vicioso donde todos son afectados.

Cuando se le informa a un paciente de alguna patología grave, es más que esperada y lógica la reacción del mismo: angustia, preocupación, dolor, enojo, etc. En este caso la contención de la familia es fundamental y necesaria, un acompañamiento desde el apoyo en forma integral, ya que para procesar la noticia de una enfermedad grave es necesario tomarse un tiempo prudencial para hacerlo.

Sabemos por experiencia que en aquellos casos donde se ha brindado información a pacientes que se encuentran solos o que sus familiares están lejos o viven en otro país, dicha información es tomada de diferente manera o produce una angustia aún mayor, y al no tener con

quien desahogar su angustia, el paciente en muchas ocasiones entra en una depresión que no favorece al tratamiento.

Ante el diagnóstico de una enfermedad la familia entra en crisis igual que el paciente, aunque el sentimiento y la forma de manifestarla sean de diferentes maneras. En el caso de los familiares está presente ese miedo de perder al ser querido. Enfrentan una situación de tensión, ansiedad y temor por su futuro. Además de que el impacto de la enfermedad no es igual en todos los miembros de la familia, por ejemplo en el caso que el paciente tenga esposa/o la información se le brinda en forma conjunta para que sea lo más fiel y confiable posible y en cuanto a los hijos todo depende de sus edades, se utiliza diferente lenguaje en el adolescente y el niño y se evalúa hasta cuanto pueda y quiera escuchar.

El problema surge cuando los pacientes provienen de otros países y la comunicación resulta más que difícil, sobre todo para que realicen un correcto seguimiento del tratamiento que se administra, en ocasiones tienen que intervenir otros familiares o traductores para poder llegar al paciente.

En el caso particular de los RN y los niños de pediatría la información se les brinda a los padres, esto genera una situación de tensión tanto para los padres como para el equipo de salud que atiende al niño, la información brindada debe ser en forma clara y en un lenguaje sencillo, no técnico, y de esta manera poder despejar sus dudas en cuanto al tratamiento, tiempo y lugar donde se llevará a cabo y a través de este equipo de salud descargar sus angustias, y aceptar lo que está sucediendo y las modificaciones que se realizarán en su entorno.

Cuando se produce la curación de la enfermedad, pueden o no quedar secuelas significativas, pero en otras personas la situación puede ser distinta, en algunos un cuerpo nuevo, una nueva realidad, un sujetonuevo. En estos casos tanto el paciente como la familia deciden como vivirlo y se adaptarán a los cambios o no.

En aquellos pacientes que padecen enfermedades terminales desde el momento que se diagnóstica la enfermedad se lo debe preparar, tanto a él y su familia para que de alguna manera estén preparados para el desenlace de la misma.

Ante dicha situación nos surgen los siguientes interrogantes:

-¿Contamos en nuestra institución con un equipo interdisciplinario que trabaje con esta problemática?

-¿Hay un espacio físico preparado para la comunicación de dicha situación?

-¿Cómo se puede abordar el tema con aquellas personas que por su cultura, religión, idioma es difícil la comunicación?

1-1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Antiguamente en la zona del Valle de Uco la atención que se les brindaba a los pacientes, era casi en su totalidad asistencial, a veces por falta de capacitación del personal o por falta de tiempo, ya que no se contaba con la cantidad de personal adecuado para la demanda que en ese entonces había.

El personal con el que se contaba en ese momento eran Auxiliares de Enfermería y Empíricos, esto ha ido cambiando con el correr del tiempo y por la gran demanda, avance de la tecnología y la actualización de conocimientos, el personal se vio obligado a capacitarse para brindar mejor calidad de atención al paciente, familia y comunidad. Tal es así que hoy en día contamos con un mayor porcentaje de Enfermeros profesionales y Licenciados en Enfermería.

Desde la inauguración del nuevo Hospital Regional Antonio J. Scaravelli, en donde no sólo se reciben pacientes de la zona, sino también de los Departamentos vecinos como Tupungato, San Carlos y en ocasiones de Luján de Cuyo, se produjo un aumento de la población y asistencia a dicho Nosocomio, por tal motivo fue necesario incrementar el personal para así brindar cantidad y calidad de atención y tomar al paciente como un todo, un ser bio-psico-social.

La modalidad de trabajo continuó siendo la misma en cuanto a lo asistencial pero al inaugurarse nuevos servicios de mayor complejidad, como: el Servicio de Neonatología y una unidad de cuidados intermedios, llamado en ese entonces Nivel Tres que con el tiempo y debido a la demanda y la necesidad de la población a cargo, se transforma en la única Terapia Intensiva del Valle de Uco.

Con la creación de estos servicios de mayor complejidad, el personal de salud vive a diario situaciones en donde se está más en contacto con el dolor que atraviesa el paciente y la familia ante la muerte o pérdida de la salud.

La pérdida de la salud es una situación traumática tanto para quien la sufre, como también para su entorno, se dice que no solo se enferma la persona sino la familia que lo rodea, se produce un desequilibrio de todo el entorno familiar ya que deben re organizarse en base a los horarios y tratamiento del paciente, y en ocasiones deben cambiar su estilo de vida, o dejar de lado sus actividades diarias y priorizar en base a la patología del enfermo.

Toda esta situación produce un desgaste psicológico y físico, que se manifiesta en crisis de angustia, depresión, irritabilidad, agresión, etc.

Es en esos momentos en los que necesitamos contar con un espacio físico y con un equipo interdisciplinario para brindarles el apoyo y la ayuda que necesitan para descargar sus angustias.

Ante dicha situación nos surgen los siguientes interrogantes:

- ¿Contamos en nuestra institución con un equipo interdisciplinario que trabaje con esta problemática?
- ¿Hay un espacio físico preparado para la comunicación de dicha situación?
- ¿Cómo se puede abordar el tema con aquellas personas que por su cultura, religión, idioma es difícil la comunicación?
- ¿Cuenta el personal de enfermería con técnicas para brindar contención al paciente y su familia?

Nosotros, como miembro importante del equipo de salud, debemos ser flexibles, brindar contención, apoyo, ponerse en el lugar del otro ya que somos quienes más tiempo pasamos con el paciente y su entorno familiar, debemos acompañarlos en este proceso como así también respetar las decisiones que se tomen.

Frente a esta situación debemos ser muy reservados en los comentarios que se realicen como así tratar de contenerlos de la mejor manera posible, además de brindarles un ambiente adecuado, sin sobresaltos para que puedan asimilar y comprender la situación que les toca vivir.

Ante la pérdida de un hijo como nos toca vivir en el servicio de Neonatología nuestro deber es acondicionar el cuerpo del Recién Nacido para que el shock de la pérdida sea más llevadero, además se debe preparar un ambiente adecuado y con privacidad para que sus familiares se puedan despedir y contenerse mutuamente ante la difícil situación que les toca vivir.

Cuando un niño o niña necesita hospitalización, es forzoso que los Padres pasen a personas extrañas parte de su responsabilidad, para atender al bebé; y dependiendo de la condición de este, no se les permite participar en los cuidados de los pequeños por lo que llegan a experimentar una serie de reacciones como: dolor, angustia, frustración, e impotencia pues sus funciones se ven relegadas y sienten que no pueden hacer nada para ayudar a sus hijos. Por eso es importante brindarles ayuda porque de esta depende que ellos salgan de la crisis o el duelo fortalecidos o debilitados.

Cuando la situación es la de tener que dar la noticia de una enfermedad como el cáncer, muchas veces los primeros en enterarse son los familiares quienes a su vez buscan el momento adecuado para dar la noticia o a veces deciden guardar el secreto para proteger al familiar ya que nadie mejor que ellos saben cómo tomará el paciente la noticia. Esta es una decisión de protección que deciden los familiares y debe ser respetada.

En caso contrario es importante poder contar si es necesario con profesionales como psicólogos y psiquiatras para que le ayuden a afrontar, con la mayor fortaleza, este momento crítico en su núcleo familiar.

Muchas veces como antes lo mencionamos pasamos mucho tiempo con los pacientes y somos los que les brindamos el apoyo y contención que el paciente y la familia necesita, lo cual a nivel personal nos hace sentir una enorme satisfacción de poder ayudar en este tipo de situaciones y el agradecimiento que muchas veces recibimos nos hace crecer como profesionales pero mucho más como personas.

Es importante destacar que para muchos pacientes y sus familiares es imprescindible contar con el apoyo Espiritual independientemente de su credo y religión. En nuestra institución contamos con una pequeña capilla la cual es muy concurrida y es utilizada como refugio para calmar el dolor y la desolación. También se les permite la visita de Pastores, Sacerdotes y Religiosas cuando el paciente o la familia lo requieran.

Estudios demuestran que la fe en la recuperación puede sanar. La religión ayuda como sostén social

La fe mueve montañas y multitudes. Cambia comportamientos y personalidades, construye sociedades y países. Por ella se ha hecho la guerra y también la paz, pero hay una propiedad sobre la que no existe coincidencia plena: ¿la fe puede curar una enfermedad?

En los últimos tiempos se ha intentado brindar la mayor contención ante una situación compleja, pero esto se ve afectado por la falta del recurso humano

(Psicólogos, Psiquiatras, Asistente Social, etc.) y el espacio físico adecuado, esto no significa que la contención no se esté realizando, sino que la misma no se lleva a cabo como desearíamos.

Otros estudios demuestran que el sistema inmunológico no solo es una arma de defensa y ataque estático en todos, sino que responde a estímulos de pensamiento y emociones. No se trata de una reserva limitada de soldados, sino que uno puede agregar o quitar fuerzas según el ánimo y la esperanza.

Se ha comprobado que la fe religiosa, puede ayudar al enfermo y su entorno a afrontar mejor los dolores, los sufrimientos y las angustias ante la cercanía de la muerte con menos estrés y con menor padecimiento, es decir, el enfermo creyente afronta el final de su vida con mayor serenidad, tranquilidad y paz, él y su entorno encuentran nuevas fuerzas para aceptar y para soportar lo que están padeciendo y la cercanía de la muerte con mayor sosiego, calma, paz y, sobre todo, mirando serenamente hacia el final trascendente de su vida

Es importante dar a conocer que la problemática planteada está enfocada a la relación entre enfermeros, pacientes y familiares, a la hora de recibir un diagnóstico de alguna enfermedad terminal, estado de salud de algún familiar, etc.

El trabajo se realizará en un lapso de dos meses (junio y julio del 2011) en el Hospital Scaravelli de Tunuyán en las diferentes áreas de internación.

1-2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

**Como equipo de Salud nos planteamos el siguiente interrogante.
¿Qué intervenciones realiza enfermería en la contención de la familia ante el duelo en el Hospital Scaravelli durante los meses de junio y julio del 2011?**

1-2 JUSTIFICACIÓN

1-3 OBJETIVOS

a) Objetivo general:

1. Conocer las intervenciones que realizaría el personal de enfermería en la contención del paciente y su familia ante una situación inesperada

b) Objetivos específicos:

2. Identificar las técnicas que realiza el personal de enfermería para brindar contención al paciente y su familia.

Caracterizar al personal de enfermería teniendo en cuenta su grado de formación y clasificar las técnicas que poseen para brindar contención al paciente y su familia.

1-4JUSTIFICACIÓN

Este tema ha sido elegido por la necesidad de brindar apoyo a la hora de dar un diagnóstico o el informe sobre la patología, evolución o desenlace de la misma, al paciente y su entorno, problemática que hemos detectado no solo en el servicio donde desempeñamos nuestras tareas, sino en todas las áreas de internación del Hospital Antonio J. Scaravelli de Tunuyán.

Hoy en día, cada vez es más grande la preocupación por la atención integral de las necesidades de los pacientes al final de la vida y también existe un creciente interés por hablar del ser humano desde una visión holística, o sea, hablar desde la totalidad de la persona humana, integrando sus aspectos emocionales, sociales, psicológicos, biológicos y espirituales, Sin embargo, desafortunadamente, de forma habitual en el ámbito hospitalarios, a veces se olvida de la dimensión espiritual del hombre. Pero, el hecho de que se niegue la existencia de dicha dimensión espiritual, no deja de ser una realidad que afecta de manera importante a muchas personas. Pretender negar esta dimensión humana se convierte, por lo tanto en una irresponsabilidad moral.

Por tanto, opinamos que este tema es de notable importancia, sobre todo para los profesionales de la salud que trabajan en cuidados paliativos, y especialmente para los que partan de la concepción de que la fe religiosa es parte integrante del ser humano y que parece ayudar a disminuir la ansiedad, el miedo y el temor ante la cercanía de la muerte.

La finalidad del tema planteado es la de acompañar en el proceso Salud-Enfermedad, tener empatía, ponerse en el lugar del otro, ya sea del paciente o su familia, como así también respetar las decisiones que tomen, para ello debemos conocer las técnicas que se deben utilizar para la realización de dicho proceso, y así brindar una mejor y completa atención al paciente y la familia.

Lograr una satisfacción personal de poder ayudar en este tipo de situaciones nos hace crecer como profesionales y sobre todo como personas.

“Cuando la vida nos ha ido despojando de todo, cuando nuestro cuerpo no puede ya responder como antes de la enfermedad terminal, cuando sólo nos queda lo más íntimo, lo esencial, aparece nuestro yo más profundo y verdadero, nos va preparando, sin apenas darnos cuenta, para el final de la vida tal y como la conocemos; para que ese último adiós que es la muerte, tantas veces acompañada de un doloroso proceso de enfermedad, sea un buen adiós. Y así podremos decir, como Jesús de Nazaret: “Todo se ha cumplido” “e inclinando la cabeza, entregó el espíritu” (Jn 19, 30).

1-5 MARCO TEORICO

GENERALIDADES:

1-INICIO DE LA ENFERMEDAD

La enfermedad aparece cuando se produce la usencia de la Salud y en donde hay un desequilibrio físico, psíquico y social en el individuo y su entorno.

A lo largo de la vida todos padecemos de algún tipo de enfermedad, unas que requieren de pocos cuidados y otras de mayor gravedad que su tratamiento es más complejo y de mayor duración. Esto determina "un antes y un después" en donde nada volverá a ser lo mismo para quien la padece y para aquellas personas que rodean al paciente.

El dolor y el sufrimiento forman parte de la vida humana. Por más que luchemos por ser felices, el dolor se nos mete en el alma; pero el dolor como indeseable y amargo puede convertirse en la gran escuela formadora de la vida.

Cuando la enfermedad llama a la puerta de nuestro hogar pareciera que la felicidad huyera del corazón. Nos sentimos impotentes, y no nos queda más que resignarnos a soportar la dolencia y darle el tiempo necesario para que cure; la enfermedad cualquiera que sea es uno de los peores flagelos de la humanidad, al extremo de que muchos prefieren morir antes que estar enfermos. Sobre todo, si se trata de una enfermedad dolorosa y aparentemente incurable.

Pero también están aquellas personas a quienes les ha hecho bien haberse enfermado. El tiempo que debieron pasar en cama les ayudo de ver la vida de forma distinta, y se han levantado con una nueva actitud.

Frecuentemente tenemos que perder las fuerzas físicas para encontrar luego las espirituales, la enfermedad nos vuelve más humanos, más sensibles al dolor ajeno, menos superficiales, sobre todo más dispuestos a cuidar del tesoro de la salud, cuando la recuperamos.

Toda perla comienza con un dolor en el vientre de la ostra. Y así como el dolor de la ostra da origen a las perlas legítimas, el sufrimiento humano-bien tomado- eleva, engrandece y da brillo al carácter.(1)

2-LA PERDIDA DE LA SALUD INFLUYE EN EL ENTORNO FAMILIAR

Los episodios donde la Salud se deteriora produciendo un fuerte impacto tanto para quien la padece como para su entorno más cercano deben ser encarados de manera integral. Por un lado está el enfermo que sufre física, mental y emocionalmente, y por otro la familia, que también es afectada por la situación de diferentes formas: se rompe la estructura de funcionamiento establecida, implica un gasto económico, una re-organización dentro del vínculo familiar de horarios, trabajos, etc. Que generan un círculo vicioso donde todos son afectados.

Cuando se le informa a un paciente de alguna patología grave, es más que esperada y lógica la reacción del mismo: angustia, preocupación, dolor, enojo, etc. En este caso la contención de la familia es fundamental y necesaria, un acompañamiento desde el apoyo en forma integral, ya que para procesar la noticia de una enfermedad grave es necesario tomarse un tiempo prudencial para hacerlo.

Sabemos por experiencia que en aquellos casos donde se ha brindado información a pacientes que se encuentran solos o que sus familiares están lejos o viven en otro país, dicha información es tomada de diferente manera o produce una angustia aún mayor, y al no tener con quien desahogar su angustia, el paciente en muchas ocasiones entra en una depresión que no favorece al tratamiento.

Ante el diagnóstico de una enfermedad la familia entra en crisis igual que el paciente, aunque el sentimiento y la forma de manifestarla sean de diferentes maneras. En el caso de los familiares está presente ese miedo de perder al ser querido. Enfrentan una situación de tensión, ansiedad y temor por su futuro. Además de que el impacto de la enfermedad no es igual en todos los miembros de la familia, por ejemplo en el caso que el paciente tenga esposa/o la información se le brinda en forma conjunta para que sea lo más fiel y confiable posible y en cuanto a los hijos todo depende de sus edades, se utiliza diferente lenguaje en el adolescente y el niño y se evalúa hasta cuanto pueda y quiera escuchar.

-DIFICULTAD EN LA COMUNICACIÓN

salud que atiende al niño, la información brindada debe ser en forma clara y en un lenguaje sencillo, no técnico, y de esta manera poder despejar sus dudas en cuanto al tratamiento, tiempo y lugar donde se llevará a cabo y a través de este equipo de salud descargar sus angustias, y aceptar lo que está sucediendo y las modificaciones que se realizarán en su entorno.

Cuando se produce la curación de la enfermedad, pueden o no quedar secuelas significativas, pero en otras personas la situación puede ser distinta, en algunos un cuerpo nuevo.

1-("Triunfantes en el dolor" Editorial ACES Enrique Chaij).

3-1 PACIENTES EXTRANJEROS

El problema surge cuando los pacientes provienen de otros países y la comunicación resulta más que difícil, sobre todo para que realicen un correcto seguimiento del tratamiento que se administra, en ocasiones tienen que intervenir otros familiares o traductores para poder llegar al paciente.

3-2 ADULTOS RESPONSABLES DE LOS MENORES DE EDAD

En el caso particular de los RN y los niños de pediatría la información se les brinda a los padres, esto genera una situación de tensión tanto para los padres como para el equipo de una nueva realidad, un sujeto nuevo. En estos casos tanto el paciente como la familia deciden como vivirlo y se adaptarán a los cambios o no.

4- ENFERMEDAD TERMINAL

En aquellos pacientes que padecen enfermedades terminales desde el momento que se diagnóstica la enfermedad se lo debe preparar, tanto a él y su familia para que de alguna manera estén preparados para el desenlace de la misma.

Se debe valorar si la familia puede desde el punto de vista emocional y práctico atender al enfermo o colaborar adecuadamente en su cuidado. Si puede, debe decidir con qué grado de implicación lo va asumir; y si no puede, que valore la ayuda de la comunidad o de familiares más distantes, o que busque ayuda a otro nivel de la salud. También es importante identificar entre los familiares a la persona que sea más adecuada para llevar el peso de la atención, aunque es fundamental que la carga sea compartida por toda la familia, para ello el equipo debe planificar la integración de la familia, para que, con las orientaciones médicas-psicológicas de él emanadas, pueda participar en aspectos de la asistencia, como es la alimentación, la higiene, los cuidados directos al enfermo, los

cambios posturales, el hábito de vacunación, las curas elementales, el humedecimiento de las mucosas, etcétera.

Si la atención es en el hogar, independientemente de que se pueda realizar un ingreso en él, hay que encargar una persona adecuada que debe asumir la administración de fármacos cuya pauta debe ser facilitada siempre por escrito.

La familia debe ser instruida en pautas de alarma ante la aparición de crisis, agitación y agonía, con el fin de que tenga asumida la presentación de un hecho esperado y a su vez debe prepararse y acompañar en la rehabilitación del paciente.

5- COMO ACTÚA LA FE

Otra investigación, de las universidades británicas de Oxford y Cambridge, demostró poderes analgésicos en la fe religiosa. Exponían a jóvenes católicos y ateos frente a imágenes de santos. Luego, recibían una pequeña descarga eléctrica. Los católicos decían sufrir menos dolor frente a las imágenes que adoraban

Estos y otros estudios demuestran que el sistema inmunológico no solo es un arma de defensa y ataque estático en todos, sino que responde a estímulos de pensamiento y emociones. No se trata de una reserva limitada de soldados, sino que uno puede agregar o quitar fuerzas según el ánimo y la esperanza.

"La última vez fue este año. Un caso que desde el conocimiento médico no se preveía una evolución tan notable. El paciente lo atribuye a la fe y uno es respetuoso. Pero el hecho de que aún no tengamos una explicación científica para un caso, no significa que en el futuro más próximo o lejano no la haya". (2)

“Cuando el sistema sanitario no reconoce las distintas necesidades de la persona que afronta la muerte y se centra en los aspectos puramente somáticos de la enfermedad con una actitud “curativa”, se produce un sufrimiento iatrogénico, y una probable obstinación terapéutica, que afectan negativamente tanto al enfermo, como a las personas vinculadas emocionalmente con él y al propio equipo sanitario que se distancia del sentido de su vocación y misión”(3)

A través de esta investigación, hemos comprobado que la fe religiosa, integrada en una concepción global espiritual, puede ayudar al enfermo terminal a afrontar mejor los dolores, los sufrimientos y las angustias ante la cercanía de la muerte con menos estrés y con menor padecimiento, es decir, el enfermo terminal creyente afronta el final de su vida con mayor serenidad, tranquilidad y paz. Pues la persona enferma terminal puede encontrar en la Biblia, textos religiosos, Salmos, oraciones, sacramentos y otros recursos espirituales, una fuerza para aceptar y para soportar la enfermedad terminal y la cercanía de la muerte con mayor sosiego, calma, paz y, sobre todo, mirando serenamente hacia el final trascendente de su vida (4)

Por otra parte, sabemos que las personas, frente a la enfermedad terminal y la posibilidad más cercana de la muerte, reaccionan de formas muy diversas y distintas. Algunos individuos, que están más acostumbrados a una visión de la vida como una situación donde las crisis son una constante y que tienen presente la muerte como parte del proceso de vivir, son capaces de ver la enfermedad terminal y la posibilidad que ésta entraña, la muerte, como algo natural y usan todos sus recursos para afrontar esta crisis de la mejor manera posible.

2-Jorge de Paula Médico Cardiointensivista

3-Benito; Barbero; Gomis y Payás, 2008, p. 32.

Por eso, una espiritualidad integradora contribuye a la serenidad y ausencia de miedo ante el avance de la enfermedad terminal y ante la cercanía de la muerte, porque si hay algo que a los hombres les temen es la muerte. Y quedamos tan aturcidos ante su presencia que, cuando tenemos que expresarle a alguien sus condolencias, parecería que nos faltan las palabras de simpatía.

“La muerte produce un vacío y crea una confusión tan grande para los que quedan, que la vida parecería perder todo atractivo.”⁽⁵⁾

Insistimos que la fe religiosa ayuda a afrontar la muerte con más serenidad, pues para el creyente, ha llegado el momento del término siempre previsto de su vida, aunque venga antes de lo esperado, en verdad, casi siempre así es.

“Detrás de la nube, que te oculta el sol, los rayos te dicen que el sol no ha muerto. Detrás del dolor de la despedida, la luz de la esperanza te dice que tus muertos viven.”⁽⁶⁾

4-Barbero, 2002 y Thieffrey, 1992.

5-“Triunfantes en el dolor” Editorial ACES Enrique Chaij

6-No te mueras con tus muertos... Editorial Bonum. René J. Trossero

1-6 BASES TEORICAS

Realizado por la Licenciada: Nora Susana Cavagna

Atención de la familia del enfermo terminal.

Como profesionales no solo hemos de saber reconocer, sino también manejar toda problemática que será diferente en cada caso por circunstancias que se derivan de todos los factores enumerados anteriormente. Es evidente que solo es posible hablar de una serie de orientaciones que ha de realizar el equipo de salud, y que por demás, las consideramos indispensables:

3. Valorar si la familia puede desde el punto de vista emocional y práctico atender al enfermo o colaborar adecuadamente en su cuidado. Si puede, debe decidir con qué grado de implicación lo va asumir; y si no puede, que valore la ayuda de la comunidad o de familiares más distantes, o que busque ayuda a otro nivel de la salud.
4. Identificar entre los familiares a la persona que sea más adecuada para llevar el peso de la atención. El equipo de salud intensificará sobre esta persona el soporte psico-afectivo de la situación.
5. El equipo debe planificar la integración de la familia, para que, con las orientaciones médicas-psicológicas de él emanadas, pueda participar en aspectos de la asistencia, como es la alimentación, la higiene, los cuidados directos al enfermo, los cambios posturales, el hábito de vacunación, las curas elementales, el humedecimiento de las mucosas, etcétera.
6. Si la atención es en el hogar, independientemente de que se pueda realizar un ingreso en él, hay que encargar una persona adecuada



7. que debe hacerse asumir la administración de fármacos cuya pauta debe ser facilitada siempre por escrito.
8. La familia debe ser instruida en pautas de actuación ante la aparición de crisis, agitación y agonía, con el fin de que tenga asumida la presentación de un hecho esperado con el de paliar posturalmente algunas situaciones (para evitar estertores, laterización como ejemplo).
9. Para la prevención y tratamiento del duelo, el equipo debe constituirse como el sustrato dinamizado de la rehabilitación y recompensación de la familia.¹

OBJETIVOS:

- Educar e instruir a la familia en forma selectiva y clara sobre las pautas de comunicación con el enfermo, que siempre será receptiva y comprensiva de sus deseos.
- Buscar técnicas para que el equipo de salud sea el soporte práctico para la contención emocional del enfermo y la familia.

CONCLUSIÓN:

En este modelo doméstico no solo cuenta de manera efectiva la atención de las necesidades físicas, pues hay que tener en cuenta los parámetros de sentimientos, deseos y pensamientos manifestados con anterioridad por el enfermo, además la familia se esfuerza por evitarle el aislamiento. Por ser mucho más humano, y siempre que contemos con los recursos sanitarios disponibles, cuando sea posible, debemos sugerir esta conducta a los familiares, beneficios que nuestro enfermo agradecerá eternamente.

EXPERIENCIA EN EL CUIDADO A UN ENFERMO PRÓXIMO A LA MUERTE.

Autor: Lic. Anierte Hernández, N.

Me parece interesante y a la vez imprescindible hacer mención a la definición que sobre cuidados a enfermos terminales realiza la OMS (1.990): “Los cuidados paliativos... afirman la vida y reconocen la muerte como un proceso natural... ni aceleran ni posponen la muerte, proporcionan alivio para el dolor y otros síntomas angustiantes, integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado, ofrece un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan dignamente como sea posible hasta que mueran. Ofrecen un sistema de soporte a la familia para hacer frente a la enfermedad y a su propio duelo”.

Los instrumentos básicos con los que cuenta la disciplina de cuidados paliativos son: el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación, contar con una organización flexible y un equipo interdisciplinar que pueda conseguir los objetivos de atención para el paciente en estado terminal y su familia.

Para llevar a cabo este el trabajo y describir mi experiencia sobre cuidados paliativos, me referiré a las conclusiones obtenidas tras el trato directo con un enfermo neoclásico en estado terminal.

La enfermería forma parte fundamental del equipo, ya que la identificación conceptual del profesional de Enfermería es cuidar, los cuidados paliativos nos transmiten el hecho de que el paciente no está pendiente de un diagnóstico, ni precisa remedios curativos para su enfermedad. Por el contrario precisa ser asistido, con el objetivo de mitigar las molestias que pueda causar su enfermedad. La enfermería debe estar cerca, próxima y asequible tanto para el paciente como para su familia, observa situaciones, su atención es continuada junto al paciente y sirve de enlace entre el paciente y otros profesionales.

De mi experiencia con el enfermo anteriormente citado, debo comentar que en más de una ocasión, tuve que hablar con el facultativo encargado de su tratamiento para que el mismo se encaminara primordialmente a mitigar los síntomas en vez de alargar la agonía, intentando que se sopesara continuamente los beneficios y molestias causadas debido al tratamiento.

Uno de los grandes riesgos de la moderna y tecnificada medicina es la aplicación indiscriminada de la misma. Habitualmente, el médico no acostumbrado a tratar enfermos terminales, suele intentar mejorar y alargar la vida de los pacientes, a veces hasta límites extremos, sin apercibirse de la inutilidad de sus esfuerzos, en estos momentos es importante reflexionar y cambiar la actitud hacia el enfermo, lo que habitualmente no se hace por falta de comunicación entre médico-enfermo-familia-enfermera, no es lo mismo alargar la vida que prolongar la agonía. Debemos ser conscientes del cambio de situación a partir de la cual no es posible ni necesario realizar tratamientos que puedan mejorar el estado físico del enfermo y que ha llegado el momento de preparar la muerte.

En los últimos años se está hablando con frecuencia de calidad de vida, sin embargo creo que se habla poco de calidad de muerte, se está viviendo un cambio en la forma y lugar escogido por las personas para morir. Mientras que hace unos años la gente moría habitualmente en las casas, rodeado de sus familiares y amigos, consciente de lo que estaba sucediendo, participando de forma activa en el suceso y en la tranquilidad de su hogar, actualmente la muerte se suele afrontar en los hospitales, aislado de los amigos y en ocasiones de la propia familia, muchas veces sin darse cuenta de lo que sucede y con frecuencia sin poder opinar ni participar en las decisiones que se toman sobre su enfermedad, compartiendo habitación con otro u otros enfermos y sus acompañantes, sin la familia y sin la intimidad que requiere este suceso.

Ante el diagnóstico de una enfermedad terminal, tanto el paciente como la familia se ven sometidos a un gran impacto emocional. Se inicia un periodo altamente estresante, en el que la certeza de una muerte próxima, desestabiliza y provoca profundos cambios en la vida de todos los miembros de la unidad familiar.

Cuando curar ya no es posible nuestro objetivo se centra en proporcionar el máximo bienestar y alivio. Esto se logra en gran medida asegurando una prestación de cuidados integrales, en los que tengamos claro que el bienestar es algo subjetivo para cada individuo, y lo vive de forma personal y diferente con respecto a los demás, en cuidados paliativos uno de nuestros objetivos fundamentales es el control de los síntomas, que darán cobertura a todo el abanico de necesidades; no sólo físicas, sino emocionales y espirituales, que son inherentes a todo proceso terminal, y cuyo abordaje se encamina a conseguir ese bienestar deseado, tanto para el paciente como para la familia, promoviendo la autonomía, uso de recursos propios y toma de decisiones de lo que sin duda les pertenece: el afrontamiento de la situación, en este sentido creo que es de suma importancia y necesidad la existencia de una buena comunicación.

La enfermería, al menos lo que como profesional puedo contar tras mi experiencia con este tipo de enfermos, nos encontramos con el reto de hablar en la verdad, no significa siquiera hablar "de la verdad", sino de tener el coraje de dotar de competencia las relaciones sin huir de la verdad del paciente cuando éste manifiesta directa o indirectamente deseos de hablar, al igual que la familia, de su verdad.

OBJETIVO:

Conseguir la mejor calidad de vida y la máxima autonomía del paciente y su familia. Precisamente la carencia en la atención de los aspectos emocionales y espirituales, junto con el alivio del dolor, dará origen a la filosofía sobre la que se basan los cuidados paliativos.

CONCLUSIÓN:

Es muy importante que incorporemos en la prestación de los cuidados, conjuntamente con el resto de cuidados físicos y orgánicos, verdaderas estrategias de relación de ayuda que desde las actitudes y habilidades para la comunicación garanticemos al paciente y su familia un afrontamiento adecuado de la situación. Con respeto y dignidad y dando sentido a nuestra dura, pero valiosa labor: ayudar a morir, ayudar a despedir.

Es importante que como enfermeras conozcamos y llevemos a cabo técnicas de manejo de información, técnicas de manejo del silencio y estrategias de afrontamiento ante las reacciones del paciente, la familia y el resto del equipo sanitario, creo poder afirmar que haberlos conocido me hubiera ayudado mucho en la labor realizada con este enfermo.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES OSTOMIZADOS.

Autor: Lic. Aniorte Hernández, N.

Es un proceso que de forma habitual se lleva a cabo en las unidades de hospitalización.

Tanto el enfermo, la familia y/o el cuidador presentan un nivel perceptible de ansiedad, debido a la falta de conocimiento en los cuidados que deben prestarle o tener en sí el propio paciente ya en su domicilio.

Esta situación se presenta a diario en una planta / unidad quirúrgica, como es el caso de cirugía general y de urología. Es en el momento del alta, cuando de forma rápida, casi excesiva, se plantean muchas dudas que no siempre quedan aclaradas a la hora de marchar.

La enfermera, en este aspecto, tiene una importante función educativa, tanto al paciente como al familiar y/o cuidador; colaborar en que la rehabilitación del enfermo sea lo más favorable en sí, ayudarle a que conozca mejor su proceso de evolución a la mejoría o detección de problemas en el caso de la no mejoría o complicaciones.

Para poder dar esa información, la enfermera debe valorar el conocimiento del sujeto y/o familiar, así como su nivel cultural, de aprendizaje, etc. Hay que abordar cuestiones básicas con las que se va a encontrar:

OBJETIVOS

- Identificar, con el enfermo y familiar, sus dudas u objetivos de enseñanza.
- Indicar lo que debe saber o necesita aprender, será mucho más fácil y práctico.
- Involucrar activamente al paciente y/o familiar, comprometiéndole con el proceso de aprendizaje, contribuyendo así, a la auto responsabilidad y al AUTOCUIDADO por parte del paciente.

CONCLUSIÓN

Con respecto a las RECOMENDACIONES, cada patología lleva consigo las propias y la mayoría de ellas son comunes a cualquier cirugía general: digestiva o urológica, tanto sea su estancia corta o larga, por lo que vamos a abordar las recomendaciones comunes a todas ellas y se matizará o incidirá en ciertos puntos, según las diferentes patologías.

Las normas de enseñanza o pautas a seguir, solemos darlas al enfermo y/o familiar, de forma rutinaria, casi sin darnos cuenta, sin programarlo; por lo que el concepto de cuidar quedaría aquí también definido, ya que es algo inherente al trabajo en sí.

Estas normas pueden indicarse de forma verbal, asegurándonos que se han entendido, y no siempre es así, o la duda es el mal más habitual ante las prisas y el desconocimiento.

Confeccionar por escrito estas normas o consejos básicos, y entregárselo al alta al sujeto, no sólo da una garantía a nuestros cuidados, sino una tranquilidad para ellos, ya que pueden consultarlo cuando precisen. Estamos pues, tratando de transmitir una mayor información práctica y una mayor seguridad en el domicilio.

CAPITULO II

1. MARCO METODOLÓGICO

1.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El siguiente estudio es de carácter cuantitativo porque nuestro interés está enfocado a la observación de los diferentes síntomas del paciente y sus familiares ante la pérdida de la salud y también observar el impacto del personal sanitario ante dicho diagnóstico, a través de la aplicación de cuestionarios específicos por medio del paciente y su familia.

La elección de la metodología de esta investigación tiene de carácter aplicado porque nuestro interés es brindar la mejor comprensión y entender la situación y su entorno, para poder así solucionar los problemas.

El alcance de nuestra investigación es fundamental porque se llevará a cabo en un hospital de los Estados Unidos.

CAPITULO II

La finalidad de este capítulo es describir los objetivos de la investigación y la generalidad del parámetro de la muestra.

De acuerdo a la profundidad nuestra investigación es de tipo exploratorio porque está enfocada a la ciencia de la Salud e intenta explicar el comportamiento de las personas frente a ciertos fenómenos.

De acuerdo a los hechos nuestra investigación es secundaria porque se basará en información de los enfermeros y no del paciente que sería la fuente primaria.

De acuerdo al lugar donde se desarrolla es de campo porque se aplican los cuestionarios en el entorno hospitalario.

De acuerdo a su naturaleza es empírico porque la información que se obtiene es directamente de la fuente y no es manipulada.

1-MARCO METODOLÒGICO

1-2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El siguiente estudio es de carácter cuantitativo porque nuestro tema está enfocado a la observación de las diferentes reacciones del paciente y sus familiares ante la pérdida de la salud y también conocer el accionar del personal sanitario ante dicha problemática, a través de la aplicación de diferentes técnicas para contener al paciente y su familia.

En cuanto a la finalidad o de esta investigación será de carácter aplicada porque nuestra misión es brindar la mejor comprensión y contención al paciente y su entorno, para llegar a la solución de problema.

El alcance de nuestra investigación es transversal porque se llevará a cabo en un lapso de dos meses.

La amplitud de nuestro tema es microsociológicas porque está determinado el tamaño de la muestra.

De acuerdo a la profundidad nuestra investigación es de tipo Explorativa porque está orientada a la ciencia de la Salud e intentamos explicar el comportamiento de las personas frente a distintos fenómenos.

De acuerdo a las fuentes nuestra investigación es secundarias porque se recauda información de los familiares y no del paciente que sería la fuente primaria.

De acuerdo al lugar donde se desarrolla es de campo porque se estudian los hechos en el ámbito hospitalario.

De acuerdo a su naturaleza es empírico porque la información que se obtiene es directamente de la fuente y no es manipulada.

En el proceso formal nuestra investigación es Inductiva porque cada individuo reacciona de diferente manera de acuerdo a la preparación y contención que tenga ya sea de los familiares o de la parte espiritual.

En cuanto al grado de abstracción es aplicada porque brindaremos en lo posible soluciones prácticas, a través de grupos de apoyo y con nuestra contención.

Experiencia - Enfermeras

Enfermería Profesional

Aplian en Enfermería

Sin Formación

3. Antigüedad Laboral: de 1 - 1 a 3-4 a 5-7 a 8-10 y +

4. Antigüedad en el Servicio: de 1 - 1 a 3-4 a 5-7 a 8-10 y +

VARIABLE DEPENDIENTE

Variables dependientes en contención familiar

1. Calidad de Tiempo brindado: Exc - M Buena - Buena - Regular

2. Brindar un espacio físico adecuado: Exc - M Buena - Buena - Regular

3. Decapar ductos: Excelente - M Buena - Buena - Regular

4. Contactado con otros profesionales: Exc - M Buena - Buena - Regular

5. Permitir mayor contacto entre paciente y familiar: Exc - M Buena - Buena - Regular

6. Permitir la presencia de miembros de uso particular: Exc - M Buena - Buena - Regular

7. Permitir la presencia de miembros de uso particular: Exc - M Buena - Buena - Regular

8. Permitir la presencia de miembros de uso particular: Exc - M Buena - Buena - Regular

Comunicación fluida y entendida: Exc - M Buena - Buena - Regular

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Personal de Enfermería

1. Edad: 20 a 24- 25 a 29- 30 a 34- 35 a 39- 40 y +
2. Formación en Enfermería:
 - Licenciada- Enfermera
 - Enfermera/o Profesional
 - Auxiliar en Enfermería
 - Sin Formación
3. Antigüedad Laboral: de 1 – 1 a 3- 4 a 6- 7 a 9- 10 y +
4. Antigüedad en el Servicio:- de 1 – 1 a 3- 4 a 6- 7 a 9- 10 y +

VARIABLE DEPENDIENTE:

Intervenciones en contención familiar

1. Calidad de Tiempo brindado: Exc.- M.Buena- Buena- Regular
 2. Brindar un espacio físico adecuado: Exc.- M.Buena- Buena- Regular
 3. Despejar dudas: Excelente- M.Buena- Buena- Regular
 4. Contactarlo con otros profesionales: Exc- M.Buena- Buena- Regular
 5. Permitir mayor contacto entre paciente y familiar: Exc- M.Buena-
Buena- Regular
 6. Permitir la tenencia de elementos de uso particular: Exc- M.Buena-
Buena- Regular
- Comunicación fluida y entendible: Exc- M.Buena- Buena- Regular

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Intervenciones de Enfermería:

- △ Calidad de Tiempo brindado
- △ Brindar un espacio físico adecuado
- △ Despejar dudas
- △ Contactarlo con otros profesionales
- △ Permitir mayor contacto entre paciente y familiar.
- △ Permitir la tenencia de elementos de uso particular
- △ Comunicación fluida y entendible.

Comunicación fluida y entendible:

- △ Despejar dudas
- △ Calidad de tiempo brindado
- △ Contactarlo con otros profesionales

Brindar un espacio físico adecuado:

- △ Permitir mayor contacto entre pacientes y familiares
- △ Permitir la tenencia de elementos de uso particular

TABLA N° 1
Número de Familias de recolecciónes según sexo
Municipio Tenyoá 2012

Sexo	F#	F%	F%
Masculino	12	80	80%
Femenino	3	20	20%
Total	15	100	100%

Fuente: Datos recolectados por los propios autores, Municipio Tenyoá 2012

ANALISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS



Fuente: Datos recolectados por los propios autores

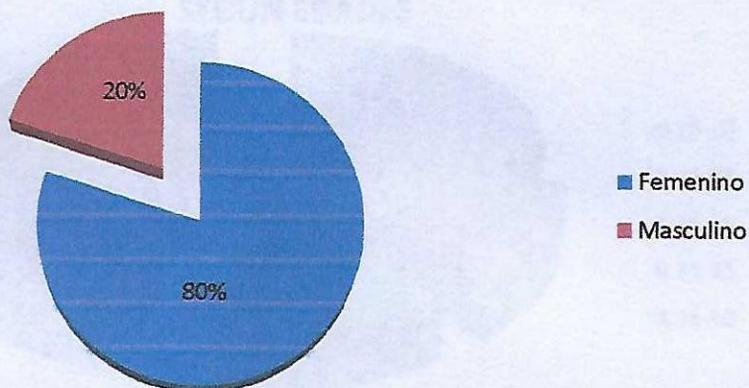
Comentario: El 80% de las unidades familiares pertenecen al sexo masculino y el 20% pertenece al sexo femenino

TABLA N° 1
Número de Familiares encuestados según sexo.
Mendoza, Tunuyán 2012

Sexo	Fa	Fr	Fr%
Femenino	12	0,8	80%
Masculino	3	0,2	20%
	15	1	100%

Fuente: Datos recolectados por las propias Autoras, Mendoza 2012

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENCUESTADAS
SEGÚN EL SEXO



Fuente: Datos recolectados por las propias autoras

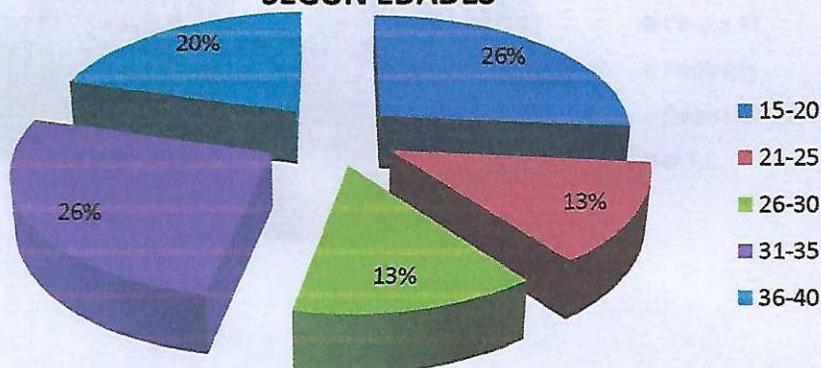
Comentario: El 80% de las personas encuestadas pertenecen al sexo femenino y el 20% pertenece al sexo masculino.

TABLA N° 2
Números de Familiares encuestados según diferentes
edades.
Mendoza, Tunuyán 1° Trimestre 2012.

Edad	Fa	Fr	Fr%
15-20	4	0,26	26%
21-25	2	0,13	13%
26-30	2	0,13	13%
31-35	4	0,26	26%
36-40	3	0,2	20%
	15	0,98	98%

Fuente: Datos recolectados por las propias autoras, Mendoza 2012

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENCUESTADAS
SEGUN EDADES



Fuente: Datos recolectados por las propias autoras

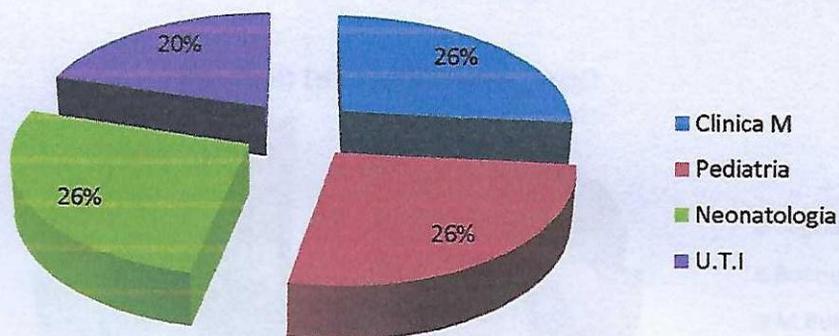
Comentario: Se visualiza en el gráfico que en un 26% de los encuestados tienen entre 15-20 y 31-35 años, un 20% tienen entre 36-40 años, y en un 13% tienen entre 21-25 y 26-30 años respectivamente.

TABLA N° 3
Número de Familiares encuestados en los diferentes
Servicios de Internación.
Mendoza, Tunuyán 1° Trimestre 2012

Servicio	Fa	Fr	Fr%
Clínica M	4	0,26	26%
Pediatría	4	0,26	26%
Neonatología	4	0,26	26%
U.T.I	3	0,2	20%
	15	0.98	98%

Fuente: Datos recolectados por las propias autoras

DISTRIBUCIÓN DE ENCUESTADOS POR SERVICIOS



Fuente: Datos obtenidos por las propias autoras.

Comentario: Se visualiza en el gráfico que de las personas encuestadas el 26% tienen a sus familiares internados en los servicios de Clínica Médica, Pediatría y Neonatología y en un 20% en el servicio de UTI.

TABLA N° 4
Número de Familiares encuestados según la Calidad de tiempo brindado, durante el período de internación.
Mendoza, Tunuyán 1° Trimestre 2012

Calidad de tiempo Brindado	FA	Fr	Fr%
Regular	4	0,26	26%
Bueno	3	0,2	20%
M.Bueno	4	0,26	26%
Excelente	4	0,26	26%
Total	15	0,98	98%

Fuente: Datos recolectados por las propias autoras



Fuente: Datos recolectados por las propias autoras.

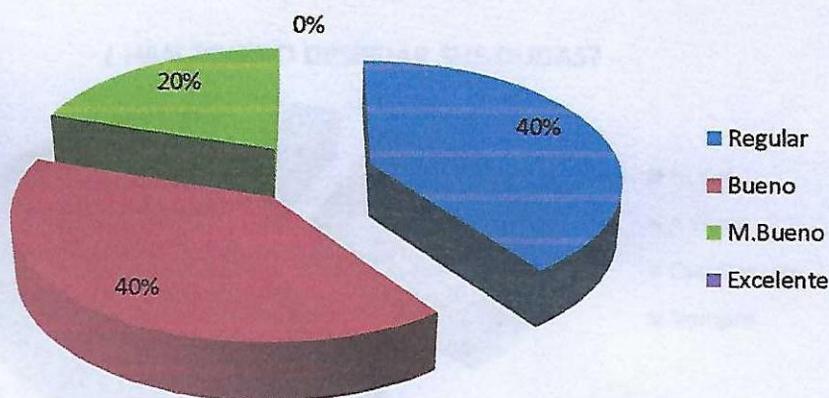
Comentarios: En un 26% de las personas encuestadas refieren que la calidad de tiempo brindado ha sido regular, lo mismo se repite para muy bueno y excelente, y en un 20% responden que ha sido bueno.

TABLA N°5
Número de Familiares encuestados a quienes se les consultó sobre el espacio físico brindado.
Mendoza, Tunuyán 1° Trimestre del 2012

Espacio Físico	Fa	Fr	Fr%
Regular	6	0,4	40%
Bueno	6	0,4	40%
M.Bueno	3	0,2	20%
Excelente	0	0	0%
	15	1	100%

Fuente: Datos recolectados por las propias autoras

ESPACIO FISICO BRINDADO



Fuente: Datos recolectados por las propias autoras

Comentarios: Se visualiza en el gráfico que en 40% de las personas encuestadas respondió que el espacio físico brindado ha sido regular y bueno, dependiendo del servicio de internación y un 20% respondió que había sido muy bueno, ninguno de los encuestados respondió que este había sido excelente.

TABLA N° 6
Número de Familiares encuestados que pudieron despejar sus dudas
Mendoza, Tunuyán 1° Trimestre 2012

Despejar Dudas	Fa	Fr	Fr%
Nunca	1	0,06	6%
A veces	5	0,33	33%
Casi Siempre	5	0,33	33%
Siempre	4	0,26	26%
	15	0,98	98%

Fuente: Datos recolectados por las propias autoras



Fuente: Datos recolectados por las propias autoras

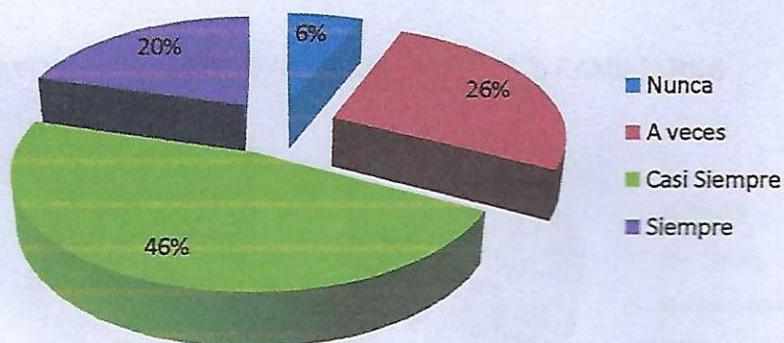
Comentarios: Se visualiza en el gráfico que un 33% de las personas encuestadas respondió que a veces y casi siempre pudieron despejar sus dudas, mientras que un 26% respondió que siempre pudo despejar sus dudas y un 6% respondió que nunca pudo despejar sus dudas.

TABLA N° 7:
Número de Familiares encuestados según Contacto
con otros Profesionales
Mendoza, Tunuyán 1° Trimestre 2012

Contacto con otros Profesionales	Fa	Fr	Fr%
Nunca	1	0,06	6%
A veces	4	0,26	26%
Casi Siempre	7	0,46	46%
Siempre	3	0,2	20%
	15	0,98	98%

Fuente: Datos recolectados por las propias autoras

¿ LOS HAN CONTACTADO CON OTROS PROFESIONALES?



Fuente: Datos obtenidos por las propias autoras.

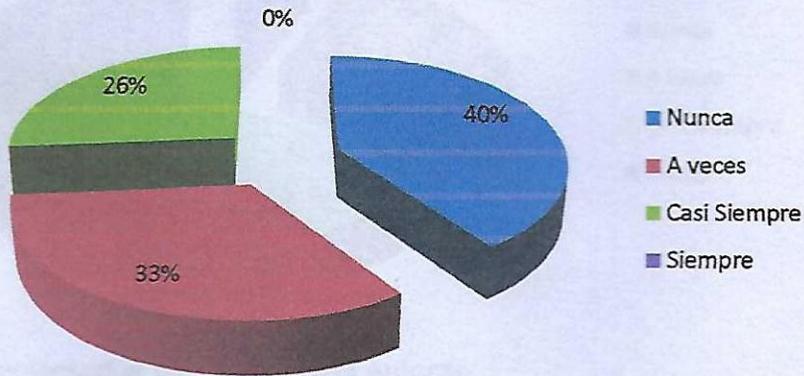
Comentarios: Se visualiza en el gráfico que el 46% de los encuestados refiere que casi siempre tuvo contacto con otros profesionales, un 26% a veces tuvo contacto con otros profesionales, un 20% siempre lo tuvo y un 6% nunca tuvo contacto con otros profesionales.

TABLA N° 8:
Número de Familiares encuestados según mayor contacto
entre Pacientes y Familiares
Mendoza, Tunuyán 1° Trimestre 2012

Contacto entre Paciente y Familiar	Fa	Fr	Fr%
Nunca	6	0,4	40%
A veces	5	0,33	33%
Casi Siempre	4	0,26	26%
Siempre	0	0	0%
	15	0,99	99%

Fuente: Datos recolectados por las propias autoras

MAYOR CONTACTO ENTRE PACIENTES Y FAMILIARES



Fuente: Datos recolectados por las propias autoras.

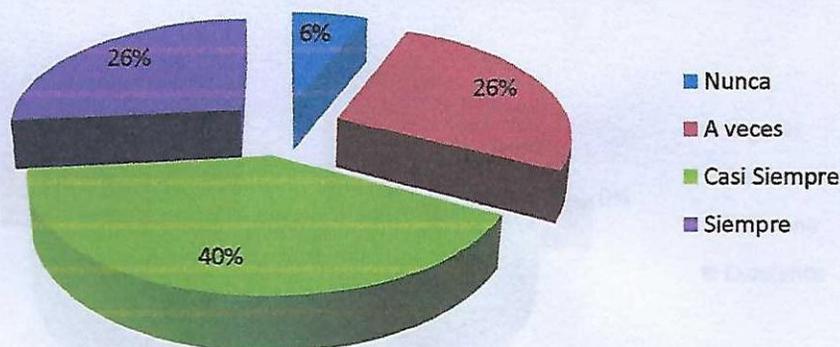
Comentarios: Se visualiza en el gráfico que el 40% de las personas encuestadas refieren no haber tenido contacto con sus familiares, un 33% a veces tuvo contacto con sus familiares, y un 26% casi siempre tuvieron contacto con sus familiares.

Tabla N° 9:
Número de Familiares encuestados según uso de
elementos personales.
Mendoza, Tunuyán 1° Trimestre 2012

Uso de elementos Personales	Fa	Fr	Fr%
Nunca	1	0,06	6%
A veces	4	0,26	26%
Casi Siempre	6	0,4	40%
Siempre	4	0,26	26%
	15	0,98	98%

Fuente: Datos recolectados por las propias autoras

¿ LES PERMITEN EL USO DE ELEMENTOS PERSONALES?



Fuente: Datos recolectados por los propios autoras.

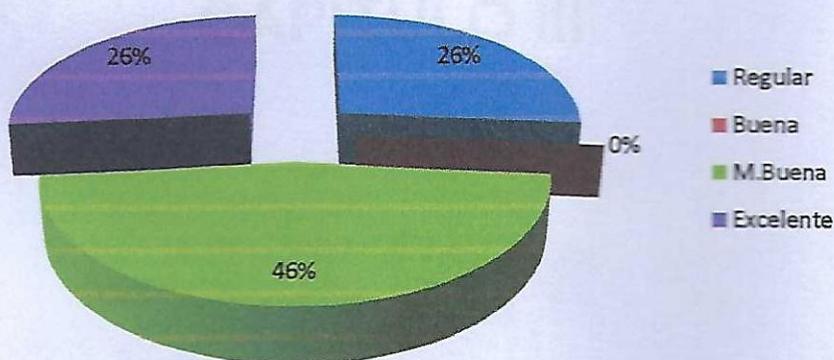
Comentario: Se visualiza en el gráfico que un 40% de las personas encuestadas manifiestan que a sus familiares se les ha permitido el uso de elementos de uso personal, un 26% respondió que a veces y siempre respectivamente se les permitió el uso de elementos personales a sus familiares, mientras que un 6% refiere que nunca se les permitió el uso de elementos personales.

TABLA N° 10:
Número de Familiares encuestados con respecto a la
comunicación con el equipo de Salud, Mendoza,
Tunuyán
1° Trimestre 2012.

Comunicación	Fa	Fr	Fr%
Regular	4	0,26	26%
Buena	0	0	0%
M.Buena	7	0,46	46%
Excelente	4	0,26	26%
	15	0,98	98%

Fuente: Datos recolectados por las propias autoras

¿ COMO HA SIDO LA COMUNICACIÓN EN ESTE PERIODO?



Fuente: Datos recolectados por los propios autoras.

Comentario: Se visualiza en el gráfico que en un 46% de los encuestados refieren que han tenido una muy buena comunicación con los profesionales durante el periodo de internación, y un 26% respondió haber sido regular y excelente respectivamente.

RESULTADOS

En la muestra escogida 12 eran mujeres, lo que representa el 80% y 3 eran hombres, lo que hace referencia al 20% de los encuestados.

El grupo etario más representativo fue en el rango de edad de 15-20, 31-35 que equivalen al 26%, y el menos representativo es en el rango de edad de 21-25, 26-30 que equivalen al 13% de los encuestados.

Se puede observar que fueron elegidos para realizar la muestra 4 familiares de Clínica Médica, 4 de Pediatría y 4 de Neonatología los cuales cada uno representan al 26% y en el servicio de Terapia Intensiva se escogieron a tres familiares que equivalen al 20% del total de la muestra.

Del total de los encuestados considera que la calidad de tiempo brindado durante el periodo de internación ha sido en un 26% Regular, Muy Buena, y Excelente respectivamente, mientras que el 20% considera que la calidad de tiempo brindado ha sido Buena.

Se puede observar que del total de los encuestados el 40% respondió que el espacio físico brindado ha sido Regular y Bueno, mientras que en un 20% considera que el espacio físico ha sido Muy Bueno. Nadie contestó por la opción de excelente.

Los resultados indican que de la población encuestada un 33% refiere que A veces y Casi Siempre respectivamente pudieron despejar sus dudas durante el periodo de internación, el 26% Siempre y el 6% Nunca pudo despejar sus dudas en el periodo de internación.

Del total de los encuestados un 46% consideró que Casi Siempre se los contactó con otros profesionales, un 26% A veces, un 20% Siempre y un 6% consideró que nunca se los contactó con otros profesionales.

Se observa que del total de los encuestados un 40% considera que Nunca se les permitió un mayor contacto con los pacientes, el 33% consideró que A veces se les permitió el contacto con los pacientes, y Casi siempre contestó un 26%. Nadie contestó por la opción de siempre.

Los resultados indican que del total de los encuestados un 40% considera que Casi Siempre se les permitió el uso de elementos de uso personal, un 26% considera que A veces y Siempre se les permitió el uso de elementos de uso personal, y un 6% nunca se les permitió.

Del total de los encuestados un 46% considera que la comunicación con equipo de salud ha sido Muy Buena, un 26% regular y Excelente respectivamente. Nadie contesta por la opción, Buena.

En el servicio de Neurología se pudo observar que las madres de los Pacientes Niños son adolescentes en el rango de edad de 15-20, lo cual nos muestra que es importante el sistema de los Adolescentes.

En los servicios de Ginecología, Pediatría y Cirugía Médica se encuestaron a la mayoría de las familias por el espacio, el tiempo y la situación de salud llevan a que las familias permanezcan junto al paciente, lo cual en Terapia donde ellos sólo tienen dos momentos en el día para estar junto a ella.

La mayoría de las familias encuestadas consideran que la calidad de atención ha sido entre Buena, Regular, Muy Buena y Excelente.

En cuanto al espacio físico brindado las personas encuestadas consideran que ha sido entre los rangos de Regular y Buena.

La infección endémica refiere que A veces y Casi Siempre ha tenido higiene sus datos durante el periodo de internación.

La mayoría de los encuestados consideran que Casi Siempre se les contactó con otros profesionales.

La población encuestada consideró que Nunca se les permitió un mayor contacto con los padres, durante el periodo de internación.

Las personas encuestadas refieren que Casi Siempre se les permitió el uso de elementos de uso personal e los reclamos durante el periodo de internación.

En cuanto a la comunicación con otros profesionales los encuestados refieren que ha sido Muy Buena.

DISCUSIÓN

La población encuestada mayormente pertenece al sexo femenino, esto se debe a que las encuestas han sido realizadas en los servicios de Neonatología y Pediatría donde los pacientes están al cuidado de sus Madres, mientras que en el servicio de Clínica Médica depende del sexo del paciente internado, y en Terapia Intensiva es indistinto ya que los pacientes están al cuidado del personal de enfermería.

En el servicio de Neonatología se pudo observar que las madres de los Recién Nacidos son Adolescentes en el rango de edad de 15-20, lo cual nos indica que se incrementado el embarazo en las Adolescentes.

En los servicios de Neonatología, Pediatría y Clínica Médica se encuestaron a la mayoría de los familiares porque el espacio, el tiempo y la situación de salud llevan a que los familiares permanezcan junto al paciente; no es así en Terapia donde ellos sólo tienen dos momentos en el día para estar junto a ellos.

La mayoría de los familiares encuestados considera que la calidad de tiempo brindado ha sido entre los rangos: Regular, Muy Buena y Excelente.

En cuanto al espacio físico brindado las personas encuestadas consideran que ha sido entre los rangos de: Regular y Bueno.

La población encuestada refiere que A veces y Casi Siempre ha podido despejar sus dudas durante el periodo de internación.

La mayoría de los encuestados consideró que Casi Siempre se los contactó con otros profesionales.

La población encuestada considera que Nunca se les permitió un mayor contacto con los pacientes, durante el periodo de internación.

Las personas encuestadas refieren que Casi Siempre se les permitió el uso de elementos de uso personal a los pacientes durante el periodo de internación.

En cuanto a la comunicación con otros profesionales los encuestados refieren que ha sido Muy Buena.

CONCLUSIÓN

Se puede observar a través de la encuesta que los familiares encuestados manifiestan una visión en general positiva de los distintos servicios de internación, como así de la atención que recibieron por parte de todo el equipo de Salud.

Cabe destacar que se deben hacer una serie de modificaciones y mejorar ciertos aspectos tales como: espacio físico, mayor contacto con sus familiares siempre y cuando la situación de salud lo permita.

RECOMENDACIONES

A través de este trabajo y de los resultados obtenidos mediante las encuestas realizadas, se ve la necesidad de formar un equipo interdisciplinario para que el paciente y su familia encuentren una mayor contención a la hora de afrontar una situación tal difícil como es la pérdida de la salud, para ello es necesario contar con un espacio físico adecuado, donde se les permita al paciente y su familia tener mayor privacidad, y donde puedan expresar sus emociones ante el diagnóstico no esperado.

Recomendamos brindar una capacitación a quienes pasarían a formar el equipo interdisciplinario: Médicos, Psicólogos y Enfermeros. Dicha capacitación se brindaría una vez por mes, en un lapso de media hora, en el ateneo del Hospital Scaravelli y la invitación se extendería a todos los servicios de internación, haciendo hincapié en los servicios de Terapia Intensiva, Neonatología, Clínica Médica y el servicio de Emergencia. Para ello se realizarían charlas participativas tipo taller donde se utilizaría power point y al finalizar se entregaría folletería explicativa e ilustrativa.

ANEXO

ANEXOS

Continuación del presente y se señalan frente a la pérdida de la salud.

Esta encuesta ha sido realizada con el Objetivo de conocer, al el paciente y su entorno, cuál es la demanda adecuada, durante su estancia en el Hospital Arcezo y Surrogat de Turayán.

1. ¿Cuánto más le costó el tiempo que le han tardado?

- Regular Buena Muy Buena Excelente

2. ¿Cuánto más le costó el tiempo de espera?

- Regular Buena Muy Buena Excelente

3. ¿Han estado siempre en espera durante este período?

- Nunca A veces Casi siempre Siempre

Encuesta

Contención del paciente y su entorno frente a la pérdida de la Salud.

Esta encuesta ha sido realizada con el Objetivo de conocer, si el paciente y su entorno reciben la contención adecuada, durante su estadía en el Hospital Antonio J. Scaravelli de Tunuyán.

1-¿Cómo ha sido la calidad del tiempo que le han brindado?

- Regular Buena Muy Buena Excelente

2-¿Cómo ha sido el espacio físico brindado?

- Regular Bueno Muy Bueno Excelente

3-¿Han podido despejar sus dudas durante este periodo?

- Nunca A veces Casi siempre Siempre

exámenes

4-¿El personal de Salud los ha contactado con otros profesionales?

- Nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

5-¿Les han permitido un mayor contacto entre pacientes y familiares?

- Nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

6-¿Les permiten el uso de elementos de uso personal?

- Nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

7-¿Cómo ha sido la comunicación en este periodo?

- Regular
- Buena
- Muy Buena
- Excelente

MATRIZ DE DATOS

Sexo de los Encuestados		
Unidad de Análisis	Femenino	Masculino
1	x	
2	x	
3	x	
4		x
5	x	
6	x	
7	x	
8		x
9	x	
10	x	
11	x	
12	x	
13		x
14	x	
15	x	
	12	3
	15	

**Edad de los
Encuestados**

Unidad de Análisis	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40
1					x
2				x	
3				x	
4				x	
5				x	
6		x			
7		x			
8	x				
9	x				
10	x				
11	x				
12			x		
13			x		
14					x
15					x
	4	2	2	4	3
			15		

Centro de Transparencia

Servicios de Internación				
Unidad de Análisis	Terapia	Neonatología	Pediatría	Clin. Médica
1	x			
2	x			
3		x		
4			x	
5				x
6				x
7		x		
8		x		
9		x		
10			x	
11			x	
12			x	
13				x
14	x			
15				x
	3	4	4	4
		15		

Calidad de Tiempo Brindado				
Unidad de Análisis.	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
1				x
2				x
3				x
4		x		
5	x			
6	x			
7			x	
8			x	
9			x	
10			x	
11		x		
12		x		
13	x			
14				x
15	x			
	4	3	4	4
		15		

Espacio Físico Brindado				
Unidad de Análisis.	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
1			x	
2			x	
3		x		
4	x			
5	x			
6	x			
7		x		
8		x		
9		x		
10		x		
11		x		
12	x			
13	x			
14			x	
15	x			
	6	6	3	0
		15		

En los contactos con otros Profesionales

Despejaron sus dudas				
Unidad. de Análisis.	Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1				x
2				x
3				x
4		x		
5		x		
6	x			
7			x	
8			x	
9			x	
10			x	
11		x		
12		x		
13				x
14			x	
15		x		
	1	5	5	4
		15		

Se los contacto con otros Profesionales				
Unidad de Análisis.	Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1				x
2				x
3			x	
4		x		
5		x		
6	x			
7			x	
8			x	
9			x	
10			x	
11			x	
12			x	
13		x		
14				x
15		x		
	1	4	7	3
		15		

Mayor contacto entre Paciente y Familia				
Unidad de Análisis.	Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1		x		
2		x		
3	x			
4	x			
5	x			
6			x	
7			x	
8			x	
9		x		
10		x		
11		x		
12	x			
13	x			
14			x	
15	x			
	6	5	4	0
		15		

Le Permiten el uso de elementos de usoPersonal				
Unidad de Análisis.	Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1			x	
2			x	
3	x			
4		x		
5		x		
6				x
7				x
8				x
9			x	
10			x	
11			x	
12			x	
13		x		
14				x
15		x		
	1	4	6	4
		15		

¿Cómo ha sido la Comunicación en este Periodo?				
Unidad de Análisis.	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
1			x	
2			x	
3	x			
4	x			
5			x	
6				x
7				x
8				x
9			x	
10			x	
11			x	
12			x	
13	x			
14				x
15	x			
	4	0	7	4
		15		

1. FUNCIONES BIBLIOTECARIAS

Alfonso Bata Suescun Cavagné

Resumen de la función del sistema de información

Como profesionales de una función de alto nivel, los bibliotecarios también tenemos que ser conscientes de que para ser efectivos en el desempeño de nuestras funciones debemos ser capaces de:

Documentar el estado de los conocimientos científicos, tecnológicos,

explicar, enseñar y promover el uso de la información y de los recursos

Alfonso Le Franch **REFERENCIAS**

BIBLIOGRÁFICAS

Los cambios en el mundo de la información y de los recursos de información han provocado un cambio en el rol del bibliotecario. Este rol ha evolucionado desde el de un simple proveedor de información a un rol más activo y participativo. El bibliotecario debe ser capaz de ayudar a los usuarios a encontrar la información que necesitan para resolver sus problemas y tomar decisiones. El bibliotecario debe ser capaz de ayudar a los usuarios a encontrar la información que necesitan para resolver sus problemas y tomar decisiones. El bibliotecario debe ser capaz de ayudar a los usuarios a encontrar la información que necesitan para resolver sus problemas y tomar decisiones.

Documento extraído de www.aulaopen.com los contenidos realizados por

1-3 FICHAS BIBLIOGRÁFICAS

Autora: Nora Susana Cavagna

Atención de la familia del enfermo terminal.

“...Como profesionales no solo hemos de saber reconocer, sino también manejar toda problemática que será diferente en cada caso por circunstancias que se derivan de todos los factores enumerados anteriormente...”

Documento extraído de:www.aniorte-nic.net/trabajos_realizados.htm

Experiencia en el cuidado a un enfermo próximo a la muerte.

Autor: Lic. Aniorte Hernández, N.

“Los cuidados paliativos... afirman la vida y reconocen la muerte como un proceso natural... ni aceleran ni posponen la muerte, proporcionan alivio para el dolor y otros síntomas angustiantes, integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado, ofrece un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan dignamente como sea posible hasta que mueran. Ofrecen un sistema de soporte a la familia para hacer frente a la enfermedad y a su propio duelo”.

Documento extraído de:www.aniorte-nic.net/trabajos_realizados.htm

Revista, Salud y Paz, 2008, n. 32

Cuidados de enfermería en pacientes ostomizados.

Autor: Lic. Aniorte Hernández, N.

“...La enfermera, en este aspecto, tiene una importante función educativa, tanto al paciente como al familiar y/o cuidador; colaborar en que la rehabilitación del enfermo sea lo más favorable en sí, ayudarle a que conozca mejor su proceso de evolución a la mejoría o detección de problemas en el caso de la no mejoría o complicaciones...”

Documento extraído de:www.aniorte-nic.net/trabajos_realizados.htm

Toda perla comienza con un dolor en el vientre de la ostra. Y así como el dolor de la ostra da origen a las perlas legítimas, el sufrimiento humano-bien tomado- eleva, engrandece y da brillo al carácter.

“Triunfantes en el dolor” Editorial ACES Enrique Chai

"La última vez fue este año. Un caso que desde el conocimiento médico no se preveía una evolución tan notable. El paciente lo atribuye a la fe y uno es respetuoso. Pero el hecho de que aún no tengamos una explicación científica para un caso, no significa que en el futuro más próximo o lejano no la haya".

Jorge de Paula Médico Cardiointensivista

“Cuando el sistema sanitario no reconoce las distintas necesidades de la persona que afronta la muerte y se centra en los aspectos puramente somáticos de la enfermedad con una actitud “curativa”, se produce un sufrimiento iatrogénico, y una probable obstinación terapéutica, que afectan negativamente tanto al enfermo, como a las personas vinculadas emocionalmente con él y al propio equipo sanitario que se distancia del sentido de su vocación y misión”

Barbero; Gomis y Payás, 2008, p. 32.

Una fuerza para aceptar y para soportar la enfermedad terminal y la cercanía de la muerte con mayor sosiego, calma, paz y, sobre todo, mirando serenamente hacia el final trascendente de su vida.

Barbero, 2002 y Thieffrey, 1992.

“La muerte produce un vacío y crea una confusión tan grande para los que quedan, que la vida parecería perder todo atractivo.

Triunfantes en el dolor” Editorial ACES Enrique Chajj

“Detrás de la nube, que te oculta el sol, los rayos te dicen que el sol no ha muerto. Detrás del dolor de la despedida, la luz de la esperanza te dice que tus muertos viven.”

No te mueras con tus muertos... Editorial Bonum. René J. Trossero

