



ESCUELA DE ENFERMERÍA.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO.

CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA.

SEDE: FCM.

TESINA

Tema: “Soporte anímico en pacientes con enfermedades hematológicas”.

Autores:

Arancibia Pérez, Noelia Beatriz.

Gómez Garrido, Ivonne Margarita.

Mendoza, Febrero 2016.

"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 previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores."

Acta de Aprobación

Tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal

1:.....

Vocal

2:.....

Integrantes de Equipo Tutorial:

Profesor:.....

Profesor:.....

Profesor:.....

Trabajo Aprobado el:...../...../.....

Resumen

El presente trabajo de investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal cuantitativo, se realizó con la participación de los miembros del equipo de salud de La Unidad de Aislamiento Hematológico del Hospital Central, en la República Argentina, durante el segundo bimestre del año 2015, la población estuvo compuesta por 26 personas.

Los resultados obtenidos permitieron precisar las respuestas del equipo de salud en donde consideran que, se deben acompañar el tratamiento médico en nuestros pacientes que padecen esta patología, con la inclusión de técnicas complementarias como la música, la relajación el toque afectuoso, los masajes, la oración y la educación tanto para el paciente, el familiar y los integrantes del equipo de salud de dicho servicio, para obtener un incremento en la satisfacción de los pacientes por las intervenciones. Además favorecer la participación familiar, con una colaboración más activa, y que es muy probable que las técnicas mencionadas, brinden resultados favorables al ofrecer soporte anímico en el ámbito hospitalario durante el desarrollo de la atención de los cuidados y tratamientos de todo el entorno del ser humano.

La orientación que quisimos dar fue incorporar a las nociones de la clínica básica los conocimientos o implementación del tratamiento terapéutico con énfasis en la contención emocional hacia el paciente y capacidad para integrar un equipo de trabajo como el marco adecuado de contención grupal e institucional, sin el cual es operativamente difícil realizar esta tarea.

Agradecimientos

En primer lugar nuestro agradecimiento está dirigido a nuestros colegas del Servicio de Aislamiento Hematológico del Hospital Central de la Provincia de Mendoza por la buena predisposición para con nosotras para responder y explicar cada interrogante que se les realizó, clarificar dudas y mostrar interés para mejorar la calidad de atención durante el periodo de internación del paciente.

En segundo lugar nuestro sincero agradecimiento a los profesores tutores del taller de tesina, por su tolerancia y acompañamiento en el proceso de elaboración de nuestro trabajo; por estar siempre atentos a guiarnos y a ayudarnos.

Y en tercer lugar, nuestro mayor agradecimiento a nuestras familias, por comprendernos, por el tiempo que no pudimos compartir y sobre todo por estar siempre con nosotras estimulándonos para seguir adelante.

De corazón muchísimas gracias!!!

Gómez Ivonne y Arancibia, Noelia.

Prólogo

En el trabajo investigativo que realizamos, reflejamos la importancia de actuar, no solamente en la tarea técnica que concierne al equipo de salud; si no también incluir nuestra parte humana hacia los pacientes; con el objetivo de hacer agradable dentro de las condiciones que se pueda la hospitalización, cada intervención o procedimiento, eventos adversos durante el tratamiento, noticias negativas.

Muchas veces solo con detenernos y escuchar sus temores, sentimientos y pensamientos, o el simple hecho de hacer una broma con el paciente, esta acción significa y es de gran utilidad para nuestros pacientes y para nosotros como profesionales de la salud, es de gran importancia la satisfacción que se experimenta cuando un paciente se va a su casa, aunque sea con tratamiento paliativo, y nos agradece por haber estado junto a él.

Para finalizar citamos una frase que nos gusta cuyos autores son músicos, Chino y Nacho.

"Ante cualquier enfermedad no existe mejor tratamiento o medicina que el amor. "

Índice general

Carátula.....	pág.: I
Advertencia.....	pág.: II
Acta de aprobación.....	pág. III
Capítulo I	
Introducción:.....	Pág.: 1 y 2.
Descripción del problema.....	Pág.: 3 - 41.
Capítulo II	
Diseño metodológico:.....	Pág.: 42 - 47.
Capítulo III	
Análisis y presentación de datos.....	Pág : 48 - 72.
Bibliografía:.....	pág.: 73.
Anexos:.....	Pág.:74- 78.

Índice de tablas y gráficos.

Tabla N° 1, Gráfico N° 1: Según Edad.....	Pág.: 48 - 49.
Tabla N° 2, Según Sexo N° 2: Según sexo.....	Pág.: 50.
Tabla N° 3, Gráfico N° 3: Según antigüedad.....	Pág.: 51 - 52.
Tabla N° 4, Gráfico N° 4: Según actividades de apoyo emocional..	Pág.: 53 - 54.
Tabla N° 5, Gráfico N° 5: Incorporación de terapias de apoyo.....	Pág.: 55 - 56.
Tabla N° 6, Gráfico N° 6: Interés del paciente y el familiar.....	Pág.: 57 - 58.
Tabla N° 7, Gráfico N° 7: Según significado de la implementación.	Pág.: 59 - 60.
Tabla N° 8, Gráfico N° 8 Según mejora de recursos.....	Pág.: 61 - 62.
Tabla N° 9, Gráfico N° 9 Generación de entornos favorables.....	Pág.: 63 - 64.
Tabla N° 10, Gráfico N° 10: Última actualización sobre el tema.....	Pág.: 65 - 66.

Capitulo I

Introducción

El propósito del siguiente trabajo investigativo es crear una reflexión sobre la importancia que presenta el actuar en consecuencia con las necesidades de los pacientes, en donde el equipo de salud desarrolla sus tareas cotidianas, precisa de una formación profesional que contribuya a profundizar la capacidad de pensamiento crítico, analítico y la realización de una valoración cabal de su ética profesional.

Aproximadamente desde los años 70, aparecen unidades especiales de atención, son unidades cerradas. En estas unidades se realiza asistencia al paciente en estado crítico.

Las personas internadas en estos servicios son de ambos sexos, donde sus edades van desde jóvenes, adultos y ancianos, que presentan variadas enfermedades, que por su condición, necesitan de un manejo especializado de forma integral. Que pueda contar con pleno apoyo del personal, que el equipo técnico ofrezca una monitorización, cuidados necesarios de enfermería, junto a un tratamiento que sea oportuno y efectivo.

Se caracterizan por ser centros aislados, provistos de equipamiento de alta tecnología, que por sus características físicas y de organización, conforman un sitio de soledad para los pacientes que allí ingresan, mostrándoles a los mismos, una nueva experiencia en cuanto a entorno ambiental.

La compleja instrumentalización de los cuidados, como así también la incorporación de los nuevos avances científicos favorecen una mirada desconfiada de los pacientes.

La persona es vista por parte del equipo profesional como un objeto de conocimiento, en donde la experiencia vivida se convierte en aprendizaje y nuevos aportes a la investigación de la salud y la ciencia, generando desconfianza, dudas e incertidumbre en el paciente.

Las diferentes situaciones vividas que experimentan los pacientes durante su estancia hospitalaria y más en concreto las situaciones vividas en los servicios cerrados, han estimulado que desde aproximadamente dos décadas se hayan convertido en elementos de estudio.

A partir de esta problemática un gran número de personas dedicadas al ámbito de la salud en el mundo han ido programando y desarrollando el cuidado de este tipo de pacientes a partir de estas demandas emocionales. Perfeccionando y combinando con nuevas disciplinas el cuidado, a partir de las vivencias mismas de las personas internadas y aceptando el uso de herramientas de soporte anímico, con fundamentación científica, como una alternativa de cuidado y por qué no de tratamiento en su condición de paciente en estado crítico.

Pero hay una parte del ser humano que es la que menos se ha incorporado en nuestro sistema de salud, que es el área espiritual.

Descripción del problema

Las personas que padecen enfermedades hematológicas que requieren internación en servicios cerrados, están sometidos a diversas afectaciones tanto físicas como psicológicas y emocionales, debido a que deben enfrentar el encierro, el desapego de sus seres queridos y de su entorno, experimentan diferentes sensaciones tales como: tensión, temor, ansiedad, estrés, pérdida del rol que cumplen dentro del grupo familiar y se ven limitados a desarrollar sus tareas habituales.

Las personas que requieren internación en la Unidad de Aislamiento Hematológico, son de ambos sexos, donde sus edades van desde adolescentes, adultos y ancianos, que presentan patologías tales como: leucemias, linfomas, pancitopenias, púrpura entre otras. El lugar físico se caracteriza por ser aislado, cerrado, y por sus características físicas y de organización, restringe la entrada tanto a familiares del paciente como al personal externo al servicio de aislamiento en la institución.

Este espacio donde el paciente se encuentra internado, constituye un sitio de soledad para los pacientes, mostrándoles a los mismos una nueva experiencia en cuanto a entorno ambiental, además imponen una limitación física y la pérdida de algunas de las funciones básicas causando en ellos sentimientos de intranquilidad, sobresaltos, aflicción, aburrimiento, poca capacidad de adaptación, angustia y percepción de cercanía a la muerte.

Habitualmente el personal de salud no está capacitado en cuanto a satisfacer el aspecto psicológico y espiritual del paciente, se le da más importancia a las intervenciones técnicas y al tratamiento médico; y generalmente no se toma el tiempo necesario para que el paciente exprese todos sus sentimientos y temores.

Si bien es cierto que hay psicólogos encargados de atender a estas situaciones, no están capacitados específicamente en este tipo de patologías y los pacientes son atendidos protocolarmente como todos los demás pacientes,

sin atender cada caso en particular o a ver su entorno familiar, sus percepciones con respecto a este tipo de patología, su forma de manejar la situación, guiarlos tanto para aceptar lo que se viene, como manejar el duelo, porque a veces es sabido que no va a haber recuperación pero se los tiene que ayudar a aceptar o hacer más llevadero el tratamiento.

Por ello consideramos necesario crear inquietud en el personal de salud que atiende directamente a estos pacientes, y que son quienes están con él en el día a día, realizar capacitación al respecto, adquirir más conocimientos, buscar alternativas de distracción y relajación, para así ayudar a que el paciente tolere mejor su internación y acepte y lleve de forma más optimista su tratamiento tanto durante su internación como cuando lo continúa en su domicilio.

Planteamiento del problema.

¿Qué intervenciones realiza el personal de salud en el afrontamiento y respuesta ante la enfermedad compleja adquirida de los pacientes de la Unidad de Aislamiento Hematológico del Hospital Central de la Provincia de Mendoza durante el segundo bimestre del año 2015?

Objetivo General.

- Determinar cuáles son las intervenciones del equipo de salud frente a las demandas emocionales de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Aislamiento Hematológico del Hospital Central de La Provincia de Mendoza durante el segundo bimestre del año 2015?

Objetivos específicos.

- Establecer el grado de satisfacción de las intervenciones realizadas por el personal del Servicio de Aislamiento Hematológico del Hospital Central de Mendoza.

- Establecer el grado de capacitación del personal del Servicio de Aislamiento Hematológico del Hospital Central de Mendoza.

- Determinar el grado de interés que tiene el personal de Salud de la Unidad de Aislamiento Hematológico del Hospital Central de Mendoza en paliar psicológica y emocionalmente estas patologías hematológicas.

- Identificar las intervenciones específicas que realiza el personal de Servicio de Aislamiento Hematológico del Hospital Central de Mendoza.

Justificación del problema.

Existen diferentes patologías hematológicas complejas con compromiso vital para el paciente, debido a la gravedad de la enfermedad, a la vulnerabilidad, a la susceptibilidad, o al tipo de tratamiento, que estos exigen, se ven en la obligación de ser tratados en servicios cerrados, que se caracterizan por ser unidades especiales de cuidados.

Estos servicios han sido vistos tradicionalmente como lugares generadores de tensión, en donde su ingreso se convierte en una amenaza más que un lugar de recuperación, ya que para el paciente significa el desprendimiento de sus seres queridos, donde existe un vocabulario incomprensible, hay temor a las técnicas y procedimientos invasivos, interrupción continua del descanso, donde el paciente es observado y controlado continuamente, estos motivos entre otros, son algunos de los fundamentos que favorecen este tipo de sentimientos.

Tanto las enfermeras/os como los integrantes del equipo de salud que trabajan en servicios cerrados deberían ser motivados a la actualización continua sobre el cuidado del paciente crítico, no solamente en lo físico y mental, sino en lo emocional, en pos de brindar calidad en la atención a la persona internada. La principal característica que los define dentro del equipo de salud, es que son los que le dedican mayor tiempo de cuidado a este tipo de pacientes, y por tal motivo pueden identificar e interpretar todos los cambios que en él suceden, ya sean físicos, psíquicos o emocionales.

Es interesante resaltar lo enunciado en un estudio sobre ansiedad en los servicios de cuidados especiales en hospitales mientras transcurría el año 1970, donde menciona que " El individuo del equipo de salud con mayor competencia para atenuar la ansiedad del paciente, es la enfermera".¹, dado por la oportunidad de tiempo, comunicación y cuidado que puede ofrecer a los mismos.

¹BASCOM. C; CASSEM, N, H; HACKETT, T, P; WISHNIE, H, A. "Nursing Care and Nursing Service". November/December. USA. 1970- Volumen 19-Issue 6 pp: 483-3.

Uno de los cimientos de la tarea de enfermería, se dirige al cuidado del paciente; los enfermeros en formación, tanto de pregrado como de posgrado, en Argentina obedecen a dicha razón, entre otras funciones. Están sujetos a la intervención desde una visión totalizadora del paciente; es decir una mirada holística, por lo cual el cuidado origina un trato humanizado. Este reconocimiento del que es capaz el personal de enfermería, para con la persona internada, le da un toque de generosidad, del deber ser hacia el paciente.

La cotidianeidad del trabajo de enfermería así como de todo el equipo de salud que trabaja en los servicios cerrados, permite demostrar que el miedo, la ansiedad, el temor, la soledad, son los sentimientos más expresados y más frecuentes en los pacientes hospitalizados. Como así también se puede mencionar, que la intervención en esta demanda emocional del paciente, en actividades como la musicoterapia, terapia de contacto, la imagenología (conjunto de técnicas y procedimientos que permiten obtener imágenes del cuerpo humano con fines terapéuticos, clínicos o científicos), la oración, la educación, entre otros, resultan de gran utilidad y beneficio para lograr una buena adaptación, soporte emocional y en algunos casos la recuperación del paciente en condición crítica.

La finalidad del presente trabajo investigativo propone indagar acerca de las vivencias de los pacientes, familiares y equipo de salud en los servicios cerrados, específicamente en el servicio de Aislamiento del Hospital Central de la Provincia de Mendoza; con la finalidad de analizar cuál ha sido la labor no solo de los enfermeros, sino de todo el equipo de salud, para facilitar ese proceso de adaptación en relación a la demanda emocional y como ha sido llevado a cabo el cuidado bajo esta problemática.

Se pretende con el siguiente trabajo investigativo crear una reflexión dentro del equipo de salud sobre la importancia de actuar ante las necesidades emocionales de los pacientes del servicio antes mencionado.

Además se busca aportar nuevos conocimientos, información y asesoramiento a nuestros colegas, tanto como al resto del equipo de salud.

Motiva la realización de este trabajo investigativo, ofrecer una mayor calidad de atención al paciente brindándole seguridad, contención, apoyo, confianza, apuntando a mejorar la asistencia emocional de cada paciente para hacer más tolerable el tratamiento durante el periodo de internación.

Marco teórico

El cáncer se presenta en cualquier grupo de edad en forma global, la incidencia es más elevada en varones que en mujeres y su frecuencia es mayor en los sectores industriales y en las naciones industrializadas.

El cáncer es un proceso patológico que se inicia cuando una célula anormal se transforma por la mutación genética del ácido desoxirribonucleico. Esta célula forma un clon y comienza a proliferar anormalmente, ignorando las señales de regulación de crecimiento en el ambiente que rodea a la célula. En determinado momento las células adquieren características invasoras y surgen cambios en los tejidos vecinos, infiltran y penetran en vasos linfáticos y sanguíneos por los que llegan a otros órganos del cuerpo, denominando a este fenómeno metástasis.

El proceso patológico del cáncer no es una sola enfermedad con una causa única sino un grupo de trastornos heterogéneos con causas, manifestaciones, tratamientos y pronósticos diferentes. Las causas varían desde virus, bacterias, agentes físicos y químicos, factores genéticos o familiares, factores de alimentación y agentes hormonales.

Las personas que padecen cáncer deben someterse a numerosos estudios para determinar la presencia del tumor y la extensión de la enfermedad, identificar la invasión a otros tejidos, valorar la función de los órganos afectados y sanos y obtener tejidos y células a través de biopsias con el fin de precisar la etapa y el grado de la neoplasia. El grado de anaplasia es decir la falta de diferenciación celular determina el potencial de malignidad.

En cuanto a tipos de tratamientos que se pueden realizar en este tipo de patologías, existen diversas opciones terapéuticas, por eso tanto las enfermeras como el grupo interdisciplinario dedicado a esta enfermedad debe dar a conocer los diferentes procedimientos de los cuales existen por nombrar algunos, tales como:

- La cirugía: que consiste en la extirpación de toda la masa tumoral, esta sigue siendo la modalidad preferida y más empleada.
- La cirugía diagnóstica como la biopsia que suele realizarse para obtener una muestra de tejido que permite analizar células que se sospecha son malignas y así poder tomar las decisiones terapéuticas; los métodos más comunes son excisional, insisional y con aguja.
- La radioterapia: Que consiste en el empleo de radiaciones ionizantes para detener la proliferación celular.

De estas se derivan las radiaciones internas y las radiaciones externas.

-La quimioterapia: Consiste en la administración de fármacos antineoplásicos que provocan la destrucción de las células tumorales al obstaculizar sus funciones incluida la división celular.

El paciente que tiene que someterse a este tipo de pruebas suele tener temor a los procedimientos que se le realizan y estar ansioso sobre los resultados de dichos exámenes. Tanto la enfermera como el equipo de salud pueden ayudar a aliviar o disminuir el miedo y la ansiedad del paciente a través de la explicación clara y en un lenguaje que sea comprensible para el paciente y su familia, sobre el objetivo, procedimientos y las sensaciones signos y síntomas que pueden llegar a experimentar con los exámenes o tratamientos que se le vayan a realizar.

La comunicación franca, clara y el apoyo emocional, son de suma importancia para que el paciente y su familia reevalúen de manera periódica los planes y objetivos terapéuticos cuando surjan complicaciones o la enfermedad avance.

La forma en cómo el paciente percibe o actúa frente a su enfermedad es de diferente manera. Las enfermedades que precisan hospitalización o cambios en el estilo de vida se transforman en una amenaza al bienestar total; por lo general el paciente teme a la internación, las preocupaciones económicas y el miedo a convertirse en una carga para la familia, les provocan

estrés, ansiedad y angustia, sumado a esto la incertidumbre del tratamiento y todas las intervenciones que se le vayan a realizar, el temor a morir, el no querer provocar angustia en sus seres queridos aparentando ser fuerte u orgullosamente no dejarse atender por ellos para no molestar o ver que tanto los trámites que conllevan la internación, conseguir la medicación que generalmente es cara etc. Si son madres que dejan chicos en casa donde son ellas las que los atienden en todo los ámbitos ya sea escolaridad, atención en los deberes diarios quehaceres de la casa, alimentación etc. Todo esto hace que se transforme en un torbellino de pro y contras que se desencadena en vacío y angustia.

Viendo todas estas situaciones, tanto la/el enfermera/o como el equipo interdisciplinario deben estar capacitados para impartir enseñanza en cuanto a atención primaria se refiere, si bien es cierto no es lograr que el cáncer desaparezca, pero si lograr que disminuyan los factores de riesgo. Existen múltiples actividades en las que se puede actuar, teniendo en cuenta las experiencias y conocimientos adquiridos.

Impartir ayuda en la comunidad, ayudar a evitar carcinógenos conocidos, enseñar cambios en la dieta y estilos de vida saludables, estimular la participación en programas de prevención etc.

También es de gran importancia que el personal de salud esté al tanto de las emociones y sensaciones por las que atraviesa cada paciente, para brindarles ayuda de acuerdo sea necesario, buscando alternativas de distracción y diversión dentro de lo posible, estar al tanto de las diferentes alternativas de relajación como reiki, musicoterapia, artes plásticas, literatura etc. En la cultura egipcia las mandalas eran utilizadas debido a la fuerza que estas transmitían, llenando de energía el lugar y como instrumento de meditación.

Carl Jung (1875-1961) estudió exhaustivamente el efecto curativo de las imágenes circulares, con su estudio confirmó que pintar mandalas ofrece tranquilidad, quietud y serenidad, tanto a las personas sanas como enfermas.

La enfermería está incorporando en su práctica, la técnica de las mandalas en las áreas de cuidados. Las necesidades de recreación y seguridad emocional como terapias complementarias al tratamiento médico, sumando a esta, técnicas de relajación y meditación, utilizando todas estas opciones como distracción para los pacientes que se encuentran cursando una internación.

La situación de enfermedad que amenaza la vida produce un alto impacto emocional, a través del soporte psicológico y la implementación de técnicas adicionales como la música, se plantea facilitar el proceso de adaptación y aceptación de la persona y sus familiares, a esta situación tan compleja, promoviendo el máximo bienestar posible y mitigando el sufrimiento; ofreciendo intervenciones individualizadas de acuerdo a la edad, situación familiar, diagnóstico y pronóstico según sea cada caso. También deben tenerse en cuenta como factores influyentes, las percepciones y actitudes del paciente sobre fracaso del tratamiento y sus pensamientos sobre la muerte.

Cuando se trata de atender al paciente con enfermedades de estas características, no solamente significa hacer del trabajo diario una rutina, sino entender que todos somos seres humanos, que no estamos exentos de tener ya sea un familiar, amigo, personas de nuestro entorno laboral, compañeros, incluso nosotros mismos etc. Que contraiga cáncer, tenemos que ser empáticos y solidarios a la hora de brindar nuestros servicios.

La enfermería se relaciona con personas de todas las edades y con todas las especialidades asistenciales; es preciso que tanto enfermería como todo el personal de salud analice sus propias reacciones hacia las neoplasias y fije objetivos que satisfagan los retos inherentes a la atención del individuo con cáncer, para estar preparado/a para apoyar al enfermo y sus familiares en crisis físicas, emocionales, sociales y espirituales.

El personal de salud puede identificar e interpretar a través de la observación, la comunicación con el paciente y el familiar los diferentes cambios y preocupaciones que surgen día a día en el paciente debido a que es el personal dentro de la institución de salud, que comparte mayor tiempo en su internación y tratamiento.

Las personas que padecen una enfermedad experimentan "un proceso de adaptación a la realidad en cinco fases psicológicas" (Dra. Elizabeth Kubler-Ross 1989), las cuales son: negación, ira, pacto, depresión y finalmente aceptación, estas fases no son secuenciales, ni rígidas, ni uniformes y pueden ser de tipo circular, es decir, que el enfermo puede en cualquier momento reiniciar el proceso según las circunstancias, duran diferentes periodos de tiempo y se reemplazan unas a otras; también pueden coexistir simultáneamente.

Cuando un paciente ingresa en una unidad de cuidados críticos se genera en él, un cambio de ambiente, que en muchas ocasiones se convierte en perturbación, angustia, dolor, ansiedad, temor, y poca capacidad de adaptación al nuevo rol por el que debe atravesar.

Muchos pacientes que han pasado por esta situación han manifestado que no es fácil adaptarse y que depende mucho del equipo de salud en cuanto al hecho de que pueda facilitar y educar en esta situación; ya que hay dos condiciones que lo acompañan durante su internación, en un primer lugar, un sistema interindividual, en donde es importante la relación del paciente con el mundo y en este caso particular, el mundo del paciente se reduce al personal de la unidad donde se encuentra hospitalizado y el ambiente físico del lugar. Al interactuar estos dos sistemas surge la relación asistente/paciente, relación que posee y genera energía propia capaz de influir positiva o negativamente en el paciente.

Debido a que la enfermedad pone en peligro la vida, se restringen los afectos del mundo exterior y se vuelcan al propio cuerpo, este se convierte en

una parte del mundo exterior que es sometido a una ocupación emocional.

Durante la internación en la unidad de aislamiento deben tenerse en cuenta los procesos de defensa que se producen en los estados de temor a la muerte que viven los pacientes. Estos procesos hacen su aparición desde el punto de vista sintomático y somático. A pesar de que la enfermería y la psicología son dos campos separados, ambos están muy vinculados. En el campo de la enfermería, la atención se centra en ayudar a las personas a mejorar su salud y recuperación.

La psicología por su parte se ocupa de los procesos mentales y el comportamiento.

Cuando se brinda asistencia a un paciente además de su cuerpo, se ve su mente y espíritu como las dimensiones de la persona entera que simplemente no se interrelacionan pero son entre sí, inseparables e irreducibles.

En tanto que el paciente desde su punto de vista siente el peligro real de morir, la terapia técnica necesaria a implementar a veces es agresiva, invasora, dolorosa, pierde la privacidad y el respeto a su corporalidad. Es aquí donde el paciente agudiza cada uno de sus sentidos, además la exposición es constante a extraños, existe un manejo de su cuerpo por múltiples manos y a veces se produce la interrupción del sueño por permanentes y necesarios controles u otras situaciones.

Se considera necesario para introducirse en el trabajo investigativo, tener en cuenta el contexto histórico de la enfermería y los conceptos básicos acerca del cuidado de enfermería, el perfil que tienen las unidades de cuidados intensivos, las necesidades emocionales de los pacientes y las diferentes estrategias que se han ido desarrollando a lo largo de la historia para satisfacer dichas demandas.

Enfermería tiene sus orígenes a partir de la especialización misma del cuidado, que es tan antiguo como la humanidad y ha ido experimentando diversas transformaciones propias a lo largo de la historia y en donde

encuentra su lugar con el desarrollo, la ejecución de los principios científicos y la evolución. Cada vez más se ha ido especializando y construyendo caminos, hacia el desarrollo de un cuidado con conocimiento y ejercicio humanitario.

Antes de la influencia de Florence Nightingale y el surgimiento de la enfermería moderna; el concepto de especialidades de enfermería era desconocido en donde lo que se esperaba que cada enfermera se ocupase del paciente, sin tener en cuenta el tipo de enfermedad que justificaba los cuidados. Recién en las primeras décadas del siglo XX la atención de los enfermeros/as fueron separadas por enfermedades.

Este cambio fue el factor desencadenante que estimuló la especialización, debido a que los pacientes eran colocados en áreas específicas de acuerdo con los diagnósticos brindados.

Hasta la segunda guerra mundial, las enfermeras aún trabajaban como personal de enfermería general en los hospitales, en el área de salud pública o en instituciones privadas.

Al transcurrir el tiempo, la inclinación hacia las unidades de cuidados especializados fue tomando cada vez mayor importancia; esta permitió que evolucionaran dos papeles en enfermería.

En primer lugar el papel extendido: se refiere a un médico extensor con una orientación de practicante; el médico mantiene la autoridad y el poder de tomar decisiones; y en un segundo lugar el papel ampliado, en el cual se produce un ensanchamiento de la enfermería orientado a los cuidados, donde la enfermera colabora con el médico cuando está indicado.

A fines del siglo XIX surgen las primeras especialidades de enfermería y a comienzos del siglo XX surge la enfermera partera y la enfermera anestésista.

Mientras transcurría la segunda guerra mundial, rápidamente se comenzaron a contratar enfermeras para todo tipo de plantas de fabricación, práctica que continuaría después de la guerra.

En la década de los 60, la disciplina tuvo un notable crecimiento de la especialización de la enfermería, que ha ido sosteniéndose hasta la actualidad.

Comenzaron a desarrollarse en los hospitales todo tipo de campos de especialidades (unidades de cuidados coronarios, unidades de cuidados intensivos quirúrgicos y médicos, unidades de quemados, unidades de diálisis, unidades de oncología etc.) que impusieron un cambio en los roles de enfermería. Se comienza a experimentar con el rol de la especialista clínica o enfermera clínica; este nuevo concepto permitió que las enfermeras pudieran utilizar su saber para la práctica.

El desarrollo de nuevas tecnologías ha permitido que este cuidado se haya ido especializando cada día más; donde la interacción enfermero/paciente ha adquirido una articulación más fina y holística, que permite un enfoque del cuidado en un contexto físico y emocional respetando a las demandas del paciente, la familia y la sociedad.

Es el caso del Hospital Central de Alta Complejidad de la Provincia de Mendoza, Hospital referente de la zona de Cuyo en la atención de adultos; dentro del mismo se encuentra el Servicio de Aislamiento, en este servicio el personal con el que se cuenta es suficiente y tanto las cargas horarias como las guardias están bien distribuidas.

La Unidad de Aislamiento Hematológico se encuentra ubicada en el segundo piso, ala Oeste del Hospital Central de Mendoza; está dividido en dos sectores ; una sala de aislamiento parcial, sala 208 con un total de 8 camas, 3 camas destinadas para mujeres y 3 camas destinadas para varones; sala 207 con 2 camas, en esta parte del servicio de aislamiento se realiza la administración de citostáticos fundamentalmente, los cuales se preparan en una institución externa al Hospital Central, COIR (Centro Oncológico de Integración Regional).

Otra sala de aislamiento crítico, sala 205 cuenta con cinco camas separadas en boxes con dos baños, uno para mujeres y el otro para varones, el espacio

físico de enfermería se encuentra dentro de esta sala. Además cuenta con aire acondicionado, sus ventanas están selladas, en este se asiste a pacientes con neutropenia febril, es decir cuando los pacientes que recibieron quimioterapia bajan sus defensas (neutrófilos menor a 500), incluye la realización por parte de enfermería de hemocultivo, administración de antibióticos y hemoderivados, curación de catéteres según el paciente lo requiera.

El servicio en su totalidad está constituido por 14 enfermeras, 2 enfermeras auxiliares en enfermería, 4 licenciadas de enfermería y el resto del personal, enfermeras profesionales, este mismo distribuye en turno mañana hasta 5 personas incluida la jefa de unidad, 3 personas en turno tarde y 2 personas en turno noche que se rotan cada tres días de sector (norma interna del servicio implementado por el personal del mismo). Además cuenta con 12 médicos, 4 residentes y 8 médicos especialistas en hematología.

En cuanto a la limpieza del servicio es realizada por una persona exclusiva y capacitada para el servicio en turno mañana y otra en turno tarde.

Es un servicio de alta complejidad que prácticamente asume todos los niveles de atención salvo el trasplante de médula ósea, en el ámbito de su especialidad, incluye consultorio externo hematológico, internación en clínica médica.

Las patologías que actualmente admite son: anemias, leucopenias y trombocitopenias, linfomas, mielomas, leucemias entre otros.

Oncohematología: Síndrome mieloproliferativos crónicos, síndromes linfoproliferativos crónicos, linfomas, mielomas y discrasias de células plasmáticas.

Enfermedad injerto-huesped: consultorio de control post alotransplante de leucemias agudas con quimioterapia mielohablative, con internación bajo el sistema de aislamiento.

Dentro de los procedimientos y exploraciones que se realizan con estas patologías, se encuentran: hemogramas, coagulogramas, trombofilias, estudios de anemia, punción lumbar, punción de médula ósea, biopsia de médula ósea, citología, mantenimientos de catéteres (vías centrales) y administración de citostáticos y hemoderivados.

Hay servicios que se derivan a otros centros como: trasplante de médula ósea auto (Alo y Auto). El Hospital Central es el segundo en opinión de anatomía patológica en más del 90 % de los pacientes oncohematológicos, citogenética y biología molecular y ocasionalmente plasmoféresis y aféresis de plaquetas.

Acerca de la accesibilidad y derivación de pacientes se destacan los pacientes provenientes de derivación de un servicio interno de la institución, externa y de interconsultas que acceden fácilmente al servicio. Luego se concreta la consulta de manera rápida, que es a dos o tres días; también se realizan interconsultas con Infectología, kinesiología, Neumología, Odontología, Psiquiatría, Oftalmología y Otorrinolaringología. Dada la cantidad y calidad de trabajo que se realiza con leucemias y linfomas, el servicio cuenta con reconocimiento nacional de su actividad.

Dentro de estos servicios existe una relación entre el corazón, las emociones y sus manifestaciones, relación que existe en cualquier ámbito de la vida, pero que por una serie de características hace que sean muy especiales dentro del servicio.

Cuando se habla de soporte anímico, se quiere decir, sobre que cimientos está parado el accionar del personal del equipo de salud, cimientos que al entender de la lógica en cuanto a la prestación de un servicio de calidad, deben mantenerse actualizados en cuanto a conocimientos y a los nuevos profesionales que se incorporen al equipo de salud.

Desde hace años, se habla de una atención integral hacia el paciente, ya sea en la internación como en la ambulación, es decir atenderlo en su totalidad.

(holón: el ser humano está compuesto por un cuerpo, una mente y un alma).

La realidad es que, en casi todas las especialidades relacionadas con el área del cuerpo del ser humano, cada cierto tiempo, aparece una especialidad nueva.

Por ejemplo, del traumatólogo derivan especialistas en hombro, especialista en rodilla, especialista en cadera, etc. Y así sucesivamente con cada miembro del cuerpo humano.

En cuanto a la parte mental, la situación no varía mucho, no existen apariciones de especialidades nuevas, solo las ya conocidas y que son derivadas de la propia medicina como psiquiatría, psicólogo y psicopedagogo.

Desde hace miles de años la relación entre el corazón y las emociones se describen en antiguos escritos históricos, tanto religiosos como en textos médicos.

Un estudio realizado por la Sociedad Argentina de Medicina del estrés manifiesta que: muchas de las palabras inglesas que describen a los estados emocionales intensos, utilizan el vocablo heart (corazón), heartbreak (congoja), heartache (angustia), heavyhearted (pesadumbre), que sugieren el vínculo entre el síntoma cardíaco (heart) y el estado emocional.²

Los términos angina, angustia, anger, anguish, anxiety, tienen raíz griega que significa apretar, sofocar.

Existe en los primeros textos indoeuropeos la utilización de un solo término (ang), para describir la sensación de opresión o presión en el pecho.

En el siglo XVI, fue William Harvey (médico inglés a quién se le acredita que la primera persona en describir correctamente en occidente la circulación y las propiedades de la sangre, al ser distribuida por todo el cuerpo a través del bombeo del corazón), quien introdujo varias ideas actuales sobre la conexión

² ROITER, H. " Revista Argentina de Cardiología". Volumen 69, suplemento 2001, pág. 1

entre cerebro y corazón. Con su declaración: " Toda afección de la mente acompañada de dolor o placer, esperanza o miedo, produce una agitación cuya influencia se extiende al corazón".³

No es fácil encontrar literatura donde se relacionen las emociones y las cardiopatías, a pesar de las leyendas populares, de que el corazón es el asiento tradicional de las emociones, "el amor nace del corazón, las personas son de corazón blando, esa persona no tiene corazón, muero con el corazón destrozado etc., es difícil obtener alguna prueba concluyente de este vínculo.

Pero fue Sigmund Schlomo Freud más conocido como Sigmund Freud, neurólogo, librepensador austriaco y el creador del psicoanálisis, quien hizo notar la conexión del corazón con los ataques de ansiedad y en relación con diversos trastornos del corazón, tales como taquicardia, palpitación y varios tipos de arritmia, pero esto fue solo especulación.⁴

Otros autores, siempre haciendo referencia al tema, utilizan el término neurosis cardiaca, en donde la ansiedad produce varias anomalías cardiacas, como la hipertensión y ciertos defectos valvulares; estos autores han demostrado alteraciones de la onda T con astenia y la cual no se pudo diferenciar de una angina de pecho, encontraron que al estudiar pacientes con y sin enfermedad estructural del corazón notaron lo siguiente, "el dolor cardiaco, en presencia de estenosis anatómica, de las arterias coronarias puede obedecer a trabajo aumentado del corazón concomitante a la elevación prolongada de la presión arterial del gasto cardiaco relacionados con sentimientos de furia, resentimiento, ansiedad, temor y tensión".⁵

También manifiestan que "el dolor cardiaco en presencia de un estrechamiento

³ SOCIEDAD ARGENTINA DEL ESTRÉS. Revista digital". Argentina 2001. pág. 1.

⁴ JONES E. "Vida y obra de Sigmund Freud". Barcelona. Editorial Anagrama. Año 2003.

⁵ GEIST, H. " Aspectos emocionales de las cardiopatías". Editorial El Manual Moderno S.A. México. Año 1980. Pág. 16-17.

anatómico de las arterias, puede deberse a un descenso en el gasto cardiaco y en la circulación coronaria, que se asocian a sentimientos de desesperación y de frustración" y se conoce como una reacción hipo dinámica.

Durante el congreso de cardiología en Argentina en el año 2001, cuando se habló del paciente crítico se consideraron dos condiciones que lo acompañan durante su internación, en primer lugar un sistema intraindividual, en donde juegan los aspectos psíquicos y físicos dentro del mismo sujeto, facilitando o dificultando la recuperación de su enfermedad.

Y en segundo lugar, un sistema interindividual, en donde es importante la relación del paciente con el mundo, y en este caso particular, el mundo del paciente que se reduce al personal de la unidad donde se encuentra hospitalizado y el ambiente físico de ésta. Al momento de interactuar los dos sistemas, surge la relación asistente/paciente, relación que posee y genera energía propia capaz de influir positivamente o negativamente en el paciente.

Cuando el paciente ingresa, forma una experiencia nueva, única a veces muy sobrecogedora, porque estar enfermo en un ambiente de esta naturaleza tiene una especial relevancia que puede lograr la adaptación a este nuevo estado de vida.

Al estar sometido a este nuevo ambiente se producen en el paciente una serie de transformaciones que se convierten en disparadores de estrés, en los cuales hay poca adaptación; los más comúnmente relatados por los pacientes e investigados en diferentes estudios nos hablan de una privación sensorial, una privación afectiva y una alteración del descanso y del sueño.

Por un lado la privación sensorial en el ambiente varía según la construcción e implementación con la que cuenta la institución. Y por otro lado el personal tiene que mantenerse al tanto de los equipos de vigilancia y atención física, hecho que hace que el tiempo sea limitado para atender al paciente en sus necesidades psicológicas, afectivas y en su aislamiento del exterior.

El paciente debe acostumbrarse a una posición corporal no usual, que le dificulta poder adoptar las posiciones cómodas a las que estaba acostumbrado en su vida antes de la internación; el tipo de alimentación es distinta, a veces la inmovilidad de su cuerpo o parte de él duelen, el aroma de los distintos medicamentos y elementos químicos usados causan en él náuseas, incluso el aroma humano natural propio o el ajeno, la conexión con los aparatos técnicos y la escasa visión del lugar causan en el paciente sensación de encierro.

En cuanto a lo auditivo, el ruido de los respiradores artificiales, la alarma de otros monitores, los sonidos de instrumental, quejidos, voces desconocidas, preguntas e instrucciones del personal por lo general aturden al paciente.

Debido a su condición de enfermo crítico, todo se vuelve una situación de necesidad, por lo que necesita de estas nuevas personas, y en quienes debe confiar.

En estas situaciones previamente detalladas y debido a una disminución de estímulos sensoriales, de estímulos positivos con una marcada relación afectiva, la presencia de una monotonía sensorial, significa una estimulación negativa que pone en estado de alerta y preocupa al paciente.

Este ambiente genera una serie de afecciones psíquicas en esta clase de pacientes, los trastornos que se presentan son de tipo psicorreactivos y de base somática; que se determinan por la existencia de sentimientos y temores depresivos que establecen un tipo de reacción emocional.

El shock que provoca estar viviendo una grave enfermedad, produce que los sentimientos de depresión se exterioricen mediante emociones desagradables o molestas (distrofia), es una situación deprimida que incrementa la tendencia a llorar; es una situación de resignación apática en forma de desesperación o desesperanza; estos signos muestran el agotamiento en el que se encuentra la persona.

Día a día el personal de salud observa como todos estos temores depresivos son manifestados en forma de angustia, tensión, agravamiento de los síntomas y temor a la muerte.

Diversos autores han manifestado que en la atención integral que se brinda al paciente crítico y a su familia, se producen ciertas reacciones psíquicas tales como: " Aparición de trazos de infantilismo acentuado, que se manifiesta por sentimientos de total abandono y dependencia, acompañados de marcados deseos de apoyo y auxilio, en donde la reactualización de la conducta de la primera infancia es representada por una condición psíquica esencial necesaria para aceptar los procedimientos terapéuticos y en donde la aceptación incondicional de los mismos hace necesaria una actitud infantil de creencia y de supresión de la capacidad de crítica, que es poco habitual en los adultos."⁶

"Además junto al infantilismo se notan rasgos de hipocondrías secundarias como una expresión de un segundo proceso psíquico de elaboración, en donde se entiende por hipocondría secundaria, la tendencia que tiene el paciente a convertir su órgano enfermo en el objeto preferido de una autodiservación temerosa".⁷

Otro proceso de elaboración psíquica que participa, es la tendencia al engaño en la persona, porque representa una conducta elemental de defensa del paciente, que funciona de manera óptima frente a las enfermedades con amenaza vital. Esta forma de engaño sirve para reducir o eliminar la vivencia consciente de percepciones dolorosas, temores y pánicos. Se trata de afectos desplazados y sensaciones corporales desagradables y también de circunstancias externas repulsivas, en donde le es posible al paciente tolerar su

⁶ GÓMEZ CARRETERO.P. "Conferencia de atención integral al paciente crítico y a su familia". 2º jornadas Hospital Universitario de Valencia España. Año 2004.

⁷ ALVAREZ Y. "Unidad de Cuidados intensivos: Un campo inexplorado por el Psicólogo en Chile". Revista de Psicología Volumen I. Santiago de Chile. Año 1990.

grave enfermedad y la amenaza vital que esta implica; y también le permite alcanzar un grado de dependencia respecto al equipo de salud.

Este engaño por otra parte, también actúa sobre los sentimientos depresivos y los temores de forma tal que los pacientes aparentan en situaciones extremas despreocupación o alegría; ligado a este engaño que se percibe claramente como la clara conciencia de la necesidad de un tratamiento consecuente y agresivo, excepto que existan graves trastornos de conciencia.

Por otro lado el estado sintomático es manifestado por una inquietud y agitación muy intensa, que al parecer están inmotivadas con deseos y temores de auxilio, generalmente son acompañadas a menudo de pánico, se cree sufrir graves enfermedades en los demás sistemas del organismo.

Como no se puede vivir con normalidad entre cuatro paredes, uno de los principales temores que aparece, es el de volverse loco o perder la razón.

Todas las situaciones nombradas anteriormente, pueden combinarse con fuertes esfuerzos de huida, sumado a los factores que ayudan en los trastornos psicorreactivos y que son varios; entre ellos está la conciencia de la enfermedad, la disminución de los estímulos sensoriales, la carencia afectiva, la incompreensión involuntaria de algunos miembros del personal de salud, por varias razones entre ellas se pueden mencionar el exceso de trabajo, escaso personal, turnos pesados, desconocimiento, limitación de recursos materiales y humanos, etc.

Y en cuanto a los trastornos de base somática, se encuentran dos. En primer lugar los llamados síndromes de transición, que se refieren a la psicosis funcional y sus fases previas no psicóticas, es decir antes que al paciente se le altere la conciencia; y en segundo lugar los trastornos llamados alteraciones funcionales, que son alteraciones psíquicas en los que sobresalen los trastornos psicopatológicos de la conciencia de cantidad y calidad distintas, que aparecen cuando ya hay una marcada alteración en la conciencia de la persona.

Estos trastornos son más frecuentes y acentuados en las unidades de cuidados intensivos. Las diferencias cuantitativas son las transiciones de trastornos leves, como el abatimiento, la inquietud motora temerosa, la pérdida de la conciencia y la aparición de delirio.⁸ Todas estas situaciones que vivencia el personal de salud, se observa en su quehacer cotidiano, al momento de brindar cuidado a cada paciente.

Las acciones de cuidar pueden ser observaciones positivas, de soporte, de comunicación o de intervenciones físicas del personal de enfermería; cuidar es dedicarse a un fin, a la protección, la mejoría y la preservación de la dignidad del otro.

En el cuidado humano la relación entre curar y cuidar está invertida, su énfasis está más bien en la idea de que el cuidado potencializa los resultados de la auto curación y que por lo tanto, cuidar puede ser un medio para curar.

El cuidado es para la enfermera su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente; en la unidad de aislamiento del Hospital Central suceden situaciones especiales con un marcado estrés, las cuales se pueden afrontar.

En el siglo pasado hubo un progreso importante en materia de atención en cuanto a los tipos de cuidados necesarios para este tipo de pacientes y fue la diferenciación de los efectos estresantes entre los generales y los específicos.

Uno de los principales escritores sobre el tema (si es que no es el que más ha escrito, ya que varios autores se han expresado sobre el tema), fue Hans Selye.⁹

⁸ HEWILT. L. "Desorden psico-afectivo en una unidad de cuidados intensivos". Jornadas Clínicas de Enfermería. USA. Año 2002. Pág. 11.

⁹ HIPATIA. Revista de divulgación Científico-Tecnológica del Gobierno del Estado de Morelos". Número 4. México. Año 2005. Consulta online en http://hipatia.morelos.gob.mx/no4/el_estrés.htm

Quien insistió en la aparición de la influencia de estresantes generales, en muchas enfermedades.

Otros autores que fueron anteriores a los descubrimientos de Selye, investigaron sobre la emoción y la respuesta psicológica, en donde también pudieron documentar el efecto de los estresantes específicos sobre los distintos sistemas del cuerpo humano. En estos estudios pudo apreciarse en el estrés reciente, que el sujeto que percibe el evento como desafiante, produce elevaciones significativas de las catecolaminas séricas sin cambiar las concentraciones séricas de prolactina o cortisol.¹⁰

En cambio si lo percibe como abrumador, como inductor de conductas de sumisión y derrota, produce elevaciones acentuadas del cortisol y la prolactina sérica, sin cambios de las catecolaminas; es decir que mientras más tiempo permanezca el paciente internado, más probabilidades tiene de incrementar su estrés.

Sabido es que el estrés mental o emocional provoca cambios en el sistema cardiovascular capaz de inducir eventos patológicos a lo largo de la vida.

El ser humano es una máquina compuesta por millones de células que se interrelacionan a través de múltiples mecanismos hormonales, neurogénicos e inmunológicos. Acompañar a las personas en el proceso de enfermedad, más aún cuando la misma es terminal, es una tarea difícil de realizar, no imposible, y es parte de todo el equipo de salud que lo asiste.

Estas tareas que desarrolla el personal de enfermería y demás miembros del equipo de salud, se centran en el estudio de los aspectos psicológicos y sociales que necesitan este tipo de cuidados (relación psico/social); enfermería considera como afecta a las personas su condición física en su estado mental y familiar. Esta relación se desarrolla en el marco de la relación terapéutica, es decir que se basa en la relación enfermera/o paciente.

¹⁰ CANNON WALTER B. "Cambios corporales en el dolor, el miedo y la furia". USA. Año 1919.

Al momento de su estadía en el servicio las personas internadas, muestran que existen indicadores que permiten establecer un diagnóstico de riesgo psicosocial durante la hospitalización, tales como: ¹¹ Hostilidad, irritabilidad, actitud rechazante, agresividad, enojo, percepción constante de injusticia. Depresión, ansiedad, ideas de muerte, temores, trastornos del sueño. Auto reproches: limitada o nula interacción con otros, nerviosismo, agitación, inestabilidad. Alexitimia: dificultad para identificar y describir sentimientos y sensaciones, limitada capacidad imaginativa, estereotipias de la conducta.

Sobre adaptación: una marcada necesidad de conformar a los demás, permanente actitud de cumplimiento con las obligaciones de alto nivel de exigencia, desatención de las propias necesidades. Negociación: trivialización de síntomas y de la enfermedad.

El rol de enfermera/o y la conducta en la enfermedad son influenciados por la experiencia previa y por las creencias culturales de la persona sobre la enfermedad y se catalogan en los siguientes estadios:

- Experiencia del síntoma: donde se decide que algo no marcha bien.
- Asunción del rol de enfermo: cuando el paciente se reconoce enfermo y necesita ayuda de un profesional.
- Contacto con los servicios sanitarios: en los que se busca ayuda profesional.
- Rol paciente-dependiente: quien transfiere el control al equipo de salud y sigue el tratamiento prescripto.
- Recuperación o rehabilitación: el paciente comienza a tomar un rol activo en su propia recuperación.

El enfoque interdisciplinario es necesario, porque implica un abordaje sanitario y otro de orden psicosocial; ambos presentan importantes y sustanciales diferencias en cuanto a objetivos, lenguaje técnico y conductas

¹¹ NOVAES, M.; KNOBEL, E; BORK, AM.; PAVAO, O.; NOGUEIRA-MARTINS, L; FERRAZ, M.B. "Estresores en Unidad de Cuidados Intensivos: Percepción del paciente, parientes y equipo de asistencia". ESPAÑA. Año 1999. pág. 6

psico-terapéuticas para desarrollar en el paciente y su entorno.

Es decir, que ambas están relacionadas porque para ayudar a las personas a recuperarse de manera adecuada de sus problemas de salud, una enfermera/o debe entender el comportamiento y el estado emocional de un paciente.

Esto es vital no solamente para enfermería, sino para todo el personal de salud que desee ayudar a los pacientes a recuperarse rápidamente de enfermedades o discapacidades; es muy importante tener en cuenta la psicoterapia en el tratamiento del paciente crítico, estas también son unidades especiales de atención. En algunos países de Latinoamérica, esta unidad ofrece apoyo terapéutico a los pacientes desde el mismo momento de ingreso, como una estrategia preventiva.

Estos casos se dan en países como Venezuela, Chile y Argentina, aunque se debe aclarar que no sucede en todas las unidades, en las demás, se hace uso del servicio de psicología solo como servicio interconsultante, tanto para la familia como para el paciente y el equipo de salud.

En el caso del Hospital Central, no cuenta con asistencia psicológica para la unidad de aislamiento, sólo funciona como servicio de interconsulta ante algún efecto adverso y no desde el ingreso del paciente al servicio, además en la provincia de Mendoza en varios nosocomios, la psicoterapia en las unidades especiales no funciona debidamente o es casi inexistente.

La psicoterapia aplicada consiste en mantener metas, las metas del tratamiento limitadas al alivio de los síntomas o a la restauración de un nivel previo de funcionamiento, inicio temprano del tratamiento en cuanto comienza la aparición de los síntomas lo más rápido como sea posible, ya que es de gran ayuda para el paciente y su entorno la pronta interconsulta psicológica, ya que esta orienta hacia una mejor comprensión psicosocial de paciente; implica la participación de todo el equipo interdisciplinario.

(psiquiatría, psicólogo, asistente social, enfermeros, kinesiólogos, etc.), aparece como consecuencia de la percepción de la existencia de otros fenómenos que no son adecuadamente entendidos por el paciente. Como se menciona anteriormente, es importante saber detectar la aparición de alguno de los indicadores de riesgo psicosocial.

Tener en cuenta si el paciente no responde a las prescripciones médicas, sobre todo teniendo en cuenta si la persona está utilizando fármacos, antidepresivos o ansiolíticos por el grado de ansiedad o depresión.

En la medida en que transcurre el presente trabajo de investigación, cabe de realizar una serie de interrogantes necesarias: ¿Los miembros del equipo de salud que intervienen en la unidad de aislamiento, interrogan adecuadamente al paciente?

Porque al momento de interrogar para saber la real situación del paciente (más allá de los signos que se pueden observar), no solo se interroga al enfermo con simples preguntas, sino que se le interroga de diversas maneras; por ejemplo con la forma de mirarlo, los gestos al dirigirse a él y la utilización o no de las palabras adecuadas en ese momento, ya que el paciente siempre está pendiente de cualquier actividad en el servicio, atento al rostro de los profesionales, de los familiares, quiere saber si está en riesgo de muerte, que le van a hacer, teme que se le oculte información o el efecto de las distintas prácticas que se la van a realizar.

Otros de los interrogantes son: ¿el equipo de salud crea empatía?, ¿facilita el vínculo de confianza?, ¿aclara siempre y genuinamente los temores frente a la enfermedad?, ¿utiliza mecanismos no farmacológicos para regular la ansiedad?, ¿sabe respetar los mecanismos de defensa (negación) del paciente en esta etapa?

Sobre todo teniendo en cuenta que ésta última (la negación), protege al sujeto de sufrir una ansiedad abrumadora en las primeras fases.

La internación en un servicio cerrado es una experiencia de aislamiento, en donde es de suma importancia el contacto, porque el simple acto de tocar con afecto al otro es una manera poderosa de comenzar a ayudarlo a mejorar el aislamiento y la soledad.

El ser humano es una triada, es cuerpo, mente y alma; y en la mente están depositadas las emociones. El manejo de las emociones del paciente crítico debe plantearse de forma individual, en familia y con el equipo de salud de acuerdo a la situación. Todo el equipo de salud debe ofrecer un trato competente, adaptado a la situación, junto a la cama del paciente, ubicarse en su mundo para entender la situación de amenaza vital como un factor de seguridad emocional de valor que no se puede calcular. Los pacientes saben, intuyen y viven muy de cerca el grado de capacidad que posee cada uno de los profesionales que le brinda atención, saben captar con gran exactitud las diferencias entre un trato terapéutico y un trato de índole espiritual.

Son estos precisos momentos, en que los pacientes actúan con un agravamiento de sus trastornos psicorreactivos y esencialmente de sus sentimientos depresivos y temores.

Al momento de darse estas situaciones importantes considerar el efecto que provoca en el paciente el comentario que el personal realice respecto a su enfermedad.

En algunas oportunidades da la impresión de que el paciente estuviera allí por una dificultad auditiva y no por otra enfermedad, entonces el paciente interpreta lo que oye, según su estado interno y obviamente lo perjudica. Por eso es importante y necesario que se pueda implementar un clima afectivo en la unidad, para lograr un efecto estabilizante en el paciente, porque un clima orientado hacia la acción terapéutica desarrolla un efecto de intranquilidad.

El temor a la muerte se atenúa si los pacientes poseen el convencimiento sólido de que en todo momento existe un número de personas capaces de auxiliarle en cantidad suficiente.

También contribuyen a la seguridad del paciente los dispositivos técnicos y los aparatos tecnológicos, porque estos estímulos externos contribuyen a que se pueda lograr un clima afectivo para la persona. Cuando el profesional se acerca de manera cálida, generosa y acogedora, brinda seguridad al paciente, lo reanima visiblemente, después de un acercamiento efectivo y afectivo, porque demuestran un interés real en él.

En la medida que ha ido transcurriendo el tiempo, las opciones de apoyo emocional se han ido instaurando a través de la historia y con la evolución misma que ha enmarcado el cuidado de enfermería, y en donde se ha propuesto un cambio en la intervención del cuidado de enfermería hacia el paciente internado en la unidad de cuidados intensivos.

Actualmente en los modelos de enfermería se observa a la persona como un sistema, un todo íntegro que no puede reducirse a la suma de sus partes o que puede entenderse analizando por separado esas partes.

Cuando se atiende a un paciente además de su cuerpo. Se ve su mente y espíritu como las dimensiones de la persona entera que simplemente no se interrelaciona pero son entre sí, íntegro, inseparable e irreducible.

Por lo tanto no importa donde enfermería ponga su enfoque o que herramienta esté usando en la atención, ya que existe un compromiso total en el cuidado dirigido a el paciente como un todo.

En la actualidad distintas teorías científicas proponen que el cuerpo individual, la mente y el espíritu no están separados del ambiente dentro del que está incluido, porque no hay nada dentro del universo que entre sí no tenga conexión, desde esta propuesta han surgido una variedad de prácticas que con el transcurso del tiempo, se han ido perfeccionando y han ido revelando resultados positivos y que han tenido un gran impacto en la población que ha sido atendida.

En ocasiones y con fines de adaptación estas prácticas han resultado para las personas mecanismos que han intervenido positivamente en el proceso de

cuidado y curación y no solo en el contexto de enfermería, sino en otras disciplinas también.

Dentro de las prácticas que han tenido resultados positivos pueden apreciarse las siguientes.

"El toque realizado con afecto".

"La música aplicada como terapia".

"La oración como alternativa complementaria de cuidado".

"El masaje terapéutico"

El toque realizado con afecto es reconocido en todo el mundo, el contacto humano, instaurado ya desde el vientre materno.

Desde la niñez el toque no es simplemente incidental a la supervivencia, pero es esencial; los bebés que fueron tratados con amor, cuidados, vestidos, bien alimentados, a los que conservaron calientes, secos y protegidos, al llegar a la edad adulta demuestran ser más felices. En cambio los bebés que por necesidad han tenido que permanecer un cierto tiempo en incubadoras, ganan el peso necesario y se retiran más pronto a su casa, si ellos lograron recibir un masaje durante su estancia hospitalaria.

En los adultos esta necesidad de toque, no desaparece, al contrario es necesaria porque demuestra confort, tranquilidad, una reducción del estrés, del dolor y hasta sanación cuando se le utiliza como terapia. Son pocos los momentos en los que se aplica una terapia, los hospitales deberían ser esos lugares, donde esta práctica pueda aplicarse en forma segura y de manera continuada, con fines terapéuticos para los enfermos.¹²

Algo esencial lleva al cuerpo mente espíritu entero, en este caso el toque afectuoso; revela que importa lo que le sucede al otro, y es una forma de reconocimiento que permite revelar que el ser humano existe, que pertenece, que no es un ser aislado, ni extraño y que no solo flota a través del tiempo y espacio.

Al momento de realizar un toque afectuoso ante quién lo necesite, conecta al ser humano con la tierra en el aquí y el ahora y revela que la esencia del ser humano es buena, que es merecedor de tiempo y atención; hace saber que el ser humano, todavía está vivo, todavía aquí, que todavía no se ha resbalado de alguna dimensión entre la vida y la muerte.

Esta práctica al paciente necesitado le conforta, le alivia, le alimenta literalmente, su sola realización genera en la persona descargas de neuroquímicos que los hace sentir más emocionados.

Hay un estudio realizado de manera descriptiva¹³ sobre la terapia del masaje, que mostraron que se produce un aumento de los resultados positivos cuando los enfermeros ofrecieron masajes de relajación realizados para lograr bienestar y cambio de humor positivo en el paciente. El mismo revela que más de las dos terceras partes de los pacientes atribuyó: Un mejor movimiento, una mayor energía, una participación más activa durante el tratamiento y una recuperación más rápida al recibir el masaje como terapia.

La enfermera/o tiene conocimiento de esta situación y utiliza el toque siempre que no entren en juego la condición del paciente o sus preferencias. Muchas veces el personal de cuidados críticos puede encontrar difícil disponer del tiempo necesario para dar un masaje pleno, ya que este toma un tiempo extra, aunque es corto, para poner las manos en los pacientes de manera intencional y amorosa al hablar con ellos, o para dar masaje en las manos suavemente mientras se evalúa su respiración y demás signos vitales.

Estas prácticas terapéuticas del toque afectuoso pueden ser llevadas a cabo en un tiempo aproximado de 5 minutos y se ven beneficiados mutuamente la enfermera/o y el paciente, potenciando el tiempo de cuidado de enfermería.

¹² RICHARDS. K.; GIBSON, R.:OVERTON-MCCOY, E.; "Los efectos del Masaje en el cuidado Agudo y Crítico". Año 2000. Pag. 77.

¹³ WENG JY. LI GZ MAO SH, PENG GC, ZENG LQ, "El mecanismo y los efectos de tratamiento de masaje chino tradicional sobre dolor traumático lumbar". Biblioteca estadounidense nacional de Medicina los Institutos Nacionales de Salud. USA Año 1986. Pág. 70.

Otra terapia que ha demostrado ser de suma eficacia, principalmente en las culturas orientales es la terapia musical, terapia que ha sido usada para los pacientes en las unidades de cuidados intensivos y de forma especial para los pacientes que están bajo ARM (Asistencia Respiratoria Mecánica), como una forma de intervenir para lograr disminuir la tensión, ansiedad y promover la relajación. En numerosos trabajos de investigación se le atribuye esta cualidad a la música en cuanto a su calidad rítmica, ya que posee propiedades ansiolíticas.

Uno de estos estudios fue realizado también de manera descriptiva¹⁴, en Estados Unidos con pacientes ventilados y con diversos diagnósticos, aplicándole terapia musical durante 30 minutos todos los días con los ojos cerrados, sin luz, se obtuvieron resultados positivos en el estado de humor de los pacientes, facilitando el acople con el ventilador mecánico, mejorando variables hemodinámicas reflejadas en la estabilización de la frecuencia cardiaca, respiratoria, tensión arterial y saturación de oxígeno.

En otra investigación¹⁵ se aplicó un estudio de pacientes ventilados pero con diagnósticos principalmente respiratorios, estudio en donde los pacientes escucharon continuamente cada día y al azar música durante 30 minutos, en donde luego se les proporcionó otros 30 minutos ininterrumpidos de otros estilos musicales elegidos por los pacientes logrando disminuir su ansiedad. Se utilizaron los signos vitales como mediadores se aplicaron diferentes escalas para medir la ansiedad antes y después de la terapia logrando resultados favorables en los pacientes.

Este aspecto es de suma importancia a tener en cuenta sobre los cuidados que brinda enfermería al consultar al paciente o al familiar de este sobre las preferencias musicales del paciente, para incorporar la música como una

¹⁴ CHLAN. LINDA L. "La terapia de música como una intervención de enfermería para pacientes apoyados por el ventilador mecánico". Revista de la Asociación Americana de cuidados críticos. Mineapolis USA. Año 2000. Pág. 128.

¹⁵ BRAD. J. Dileo C.; GROCKET, D. Intervenciones con música para pacientes sometidos a ventilación mecánica". (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Data base of Systematic Reviews 2010 Issue 12. Art. N° CD006902 DOI: 10.1002/14651858. CD006902.

actividad dentro de los cuidados del paciente, siempre y cuando su patología lo permita.

No debe olvidarse la parte espiritual de las personas, hoy por hoy poder hallar un concepto que defina claramente la espiritualidad no es fácil y se presta para entrar en el terreno de las divagaciones.

Se le ha definido como esa parte donde una persona se involucra con el mundo no físico. Porque cuando las personas tienen una relación positiva con Dios o algún ser superior (al que se le ha llamado de muchas formas, núcleo cósmico, energía, etc.), experimentan un bienestar espiritual en donde se incluyen sentimientos como amor propio, valoración a pesar de los errores propios, amor por los demás, alegría esperanza, paz y en donde además encuentran un sentido de propósito en sus vida y a las situaciones que están viviendo. Diversos estudios realizados acerca de la espiritualidad tiene un efecto positivo en la recuperación de la salud, encuentran que es frecuente la necesidad de la oración, más en las personas mayores que en las jóvenes.¹⁶

Con anterioridad al comienzo del siglo XX los practicantes religiosos utilizaban la oración y los cuidados para tratar a los enfermos, esto fue llevado a cabo en Europa y América del Norte, posteriormente y en la medida en que fueron apareciendo los avances científicos se cambio el rumbo de la medicina y la manera de tratar a los pacientes.

Las personas religiosas en su mayoría utilizan las prácticas espirituales para prevenir y tratar la enfermedad. Estas prácticas espirituales comprenden la oración, meditación y lectura de materiales relacionados con la espiritualidad.

Es primordial resaltar que en este tipo de prácticas, se debe contar con la autorización del paciente o la familia y con un ambiente de privacidad para el paciente buscando siempre generar confort, que va desde el deseo de mejorar la salud hasta sencillamente la búsqueda de su paz espiritual.

¹⁶ HOLT-ASHLEY, MARY "Enfermeras Oran: El uso de Oración y espiritualidad como una Terapia Complementaria en la Escena del Cuidado Intensivo". Revista de asociación americana de enfermeras en cuidado crítico. Volumen 11 (1).

Houston, Texas, USA. Año 2000, pág.67.

Gran cantidad de personas alcanzan de forma instintiva el deseo de la oración, sobre todo cuando una situación especial aparece, como miedo, ansiedad notoria, aflicción etc.; en estos momentos es cuando el personal de salud puede intervenir guiando o facilitando este proceso dentro del servicio.

La última de las prácticas especiales y complementarias con las que se puede ayudar al paciente es el masaje, que se le ha definido como el manual sistemático o las manipulaciones mecánicas de los tejidos suaves del cuerpo, la actividad que consiste en frotar, presionar o golpear con un cierto ritmo e intensidad diversas partes del cuerpo con fines terapéuticos, estéticos o deportivos.

También es considerado como una técnica, un arte o hasta una ciencia ya que implica cuestiones biológicas, médicas, psicológicas y de otros ámbitos; se considera que los masajes pueden ayudar a la relajación muscular, aliviar dolores y a inducir el sueño.

Esta práctica se aplica desde miles de años atrás, era una técnica milenaria de las culturas chinas, japonesas, indígenas e hindúes antiguas, antes de que su uso se extendiera a Europa antes del año 300 A.C.

Fueron los griegos quienes crearon la gimnasia y el uso regular de los masajes dentro de sus rituales de salud; posteriormente los romanos hicieron suya la práctica del baño y los masajes de los griegos, siendo esta técnica muy respetada, se la consideraba como un tratamiento para las condiciones débiles y enfermedades y que ayudaba a quitar la rigidez y el malestar muscular.

Luego su popularidad disminuyó con el declive del Imperio Romano, para luego reavivarse durante el Renacimiento.

Entre los siglos XVI al XVIII autores europeos, principalmente ingleses, franceses, alemanes e italianos restablecieron esta práctica para el mantenimiento de la salud y tratamiento de la enfermedad. En los siglos siguientes se produjeron el desarrollo de técnicas modernas de masaje, debido al progreso tecnológico que permitió la incorporación de nuevas modalidades que reemplazaron al masaje manual.

Estos progresos tecnológicos fueron la aparición de los aparatos eléctricos, que combinados con tratamientos farmacológicos y procedimientos quirúrgicos, potenciaron mucho la rehabilitación de las distintas patologías.

El incremento del conocimiento, de la condición física y mental del modelo de bienestar y los beneficios que brinda el toque afectuoso han elevado la popularidad del masaje.

La naturaleza del ambiente en el que se desarrollan los cuidados críticos en donde predominan emociones como tensión, ansiedad, angustia, fatiga y agotamiento, sumado a la incertidumbre y la preocupación con respecto a los resultados de una enfermedad crítica o terminal, explica el hecho de porque los pacientes presentan dificultad en el descanso o al dormir mientras dure su estadía hospitalaria. Este hecho de por sí mismo genera en el paciente una recuperación más lenta.

El principal trastorno en el patrón de descanso y sueño de las personas internadas en un servicio cerrado son el estado de ansiedad elevado y la incomodidad, dentro de los cuidados de enfermería, las intervenciones como el masaje, favorece la relajación, el consuelo y sueño en las personas.

Pero antes de realizar esta práctica el personal de enfermería debe tener en cuenta ciertos aspectos como la preferencia del paciente, la sensibilidad antes de tocar, los sentimientos, los aspectos culturales, sociales y religiosos que tiene el paciente hacia el masaje, la capacidad de comunicar las preocupaciones o la resistencia a expresarse para recibir el masaje.

Otras de las técnicas que hay a favor de la disminución de tensión de la persona, es la relajación conducida mediante la imaginación, los aromas agradables, música y en casos especiales la terapia de contacto con animales.

Más allá de que el servicio de Aislamiento, es un servicio cerrado, es importante entender que no son sitios cerrados, por el contrario deben ser más abiertos.

Esta apertura a nuevas propuestas terapéuticas que se encaminan a ofrecer una mejor satisfacción física y mental al paciente, el cuidado no debe dirigirse hacia tecnologías que brinda el servicio, sino que debe centrarse en la

coordinación, de la observación total del paciente y en respetar la satisfacción de las demandas físicas y emocionales de la persona.

Cuando se habla de la observación total del paciente, no debe dejarse de lado a la familia en cuanto a los aspectos sobre las características que componen los cuidados del paciente, por más que miembros de la familia sean cuidadores informales; este tipo de cuidado informal, es tan antiguo como la humanidad misma y es una realidad, posiblemente y debido a esta situación es que no se le dé el valor verdadero. Dentro del seno familiar aparece el primer y más eficiente cuidado, que se conoce, que es la madre. Es la primera cuidadora que conocemos, sus desvelos y su constancia es lo más importante, lo de mayor relevancia.

Al transcurrir la vida misma, la mayor parte de los cuidados de salud se brindan en los periodos de tiempos extremos, al comienzo y al final (niños y ancianos) y principalmente en el ámbito doméstico. Cuando los cuidados informales que se brindan son superados, en la parte física o mental de cuidador, hace que este deba recurrir a la ayuda de diversas instituciones (sanitarias, sociales, educativas, etc.). Y convierten al hospital en el último escalón a recorrer o en el último sitio donde solicitar ayuda, en este momento es cuando el sistema interviene para extraer al enfermo de su medio físico y personal, a veces de forma traumática, produciéndole un aislamiento.

En estas situaciones el aspecto emocional de la persona enferma y la continuidad de sus cuidados son mantenidos en muchas ocasiones por un familiar o un amigo que se encuentra junto a su cama durante la internación.

Es conocido que al momento que una persona necesita de atención específica e ingresa en una institución hospitalaria, el familiar o quien lo acompañe, es quién vigila las vías de hidratación y eliminación es quien avisa cuando algo no funciona correctamente, esta persona pasa a convertirse en voz, manos y pies del enfermo, se vuelve un mediador entre el enfermo y el mundo que lo rodea. El individuo y sus allegados al momento de enfrentarse con un medio hostil como el de los cuidados críticos generan un fenómeno íntimo poderosamente desorganizador, en cual los profesionales y su actuación

son primordiales para su asesoramiento.

Saber valorar las necesidades de los familiares es importante en el servicio, aunque las intervenciones que realice enfermería no solo deben ir encaminadas a una correcta evaluación de las necesidades del paciente, sino que también deben tener en cuenta áreas cognitiva, afectiva y conductual. Además si la familia tiene un grado de participación mayor, la convierte en una familia más sana, permitiéndole esta participación adquirir más herramientas para luchar contra la fatiga, la impotencia y la desesperanza.

Si el cuidado que se le brinda a un paciente es llevado a cabo por personal capacitado y además se cuenta con el apoyo de algún referente familiar del paciente, este tendrá el círculo de sus necesidades cubiertas y de una manera global; ya que la familia que posee recursos emocionales ayuda en los cuidados y restablecimiento de la salud del paciente. Esta participación también contribuye a mantener sus herramientas de defensa contra la adversidad, herramientas que deben ser enriquecidas por todo el equipo de salud.

Enfermería se constituye como figura clave en los servicios de cuidados intensivos porque tienen contacto íntimo con las necesidades del paciente y son el factor continuidad dentro del servicio.

Pero esta figura debe ir acompañada de una cierta capacidad en las áreas físicas, tener una buena capacidad de contacto y una muy buena estabilidad emocional requisito imprescindible para trabajar en estos servicios.

Es importante resaltar el apoyo psicológico de la enfermera/o, porque este tipo de pacientes tienen una intensa respuesta emocional, reacción psicológica que es comprensible puesto que se encuentra peleando una batalla por su vida, aun conociendo el resultado final.

Existen varias formas de ayudar al paciente a que se adapte a esta situación; una de ellas es estimularlo a que pueda expresar sus sentimientos, escucharle con atención, mostrar interés genuino y así contribuir a sus temores. Otra forma es lograr tranquilizarlo, interviniendo de manera calmada, positiva, organizada, eficiente y profesional, dar respuesta a sus interrogantes sin evadirla y siendo francos.

Tratar de explicar los procedimientos y la razón de las medidas tomadas en el tratamiento, de manera clara y sencilla, utilizando un lenguaje que el paciente pueda comprender, sin tanta terminología que a veces es incomprensible para el paciente y su familia; ofrecer y plantear alternativas de rehabilitación.

Tanto el personal de salud como el equipo de enfermería deben poseer entrenamiento y sostén integral dentro del ámbito hospitalario en el reconocimiento y manejo de los pacientes críticos, trabajando conjuntamente de manera armónica, esto promueve la creación de un espacio de trabajo especial en el servicio para brindar la atención necesaria y tratando de cubrir todas las necesidades del paciente.

Capítulo II

Diseño Metodológico

CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES

Factores Personales.

Variable cualitativa-concreta que se utiliza para conocer las particularidades de los pacientes en estudio. Ejemplo: edad, sexo, estado civil y nivel de formación.

Edad: Variable ordinal, intercalar, continua utilizada en la investigación para diferenciar los grupos en años.

20 a 40 años - 41 a 50 años - más años.

Sexo: variable nominal, discreta, característica psico-biológica que permite diferenciar a las personas cuyo atributo comprende al sexo masculino y femenino.

Antigüedad en el servicio: variable nominal, discreta, se designa así al tiempo desde el día que se obtiene el empleo; agrupándolos de acuerdo a la cantidad de años que lleva cada individuo u objeto de muestra.

0 a 10 años - 11 a 15 años - 16 a 20 años - más de 20 años.

Intervenciones del equipo de salud.

Variable dependiente: es una variable nominal cualitativa. Es el grado de conocimientos y el dominio de la temática, que poseen las personas para emitir un juicio, una opinión y ejecución para un determinado tema. La intervención se la define como acción y resultado de intervenir en la realización de las necesidades y expectativas de los pacientes.

TIPO DE ESTUDIO

El estudio seleccionado fue de tipo:

Exploratorio descriptivo: Porque estuvo dirigido a determinar cómo es la situación de las variables que se estudian en una determinada población y que buscó especificar cuáles son las intervenciones utilizadas por el personal del equipo de salud.

Prospectivo: Debido a que se fue registrando la información a medida que fueron transcurriendo los fenómenos.

Transversal: Ya que se estudiaron las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo, es decir, durante el segundo bimestre del año 2015.

Área de estudio: El mismo se llevó a cabo en la unidad de Aislamiento Hematológico del Hospital Central de Mendoza.

Población en estudio: La población en estudio corresponde al personal del Hospital Central, aproximadamente 2200 empleados incluyendo planta permanente, prestaciones y contratos de locación, de la cual se estudiaron, es decir se tomó como muestra a 26 personas que corresponden al personal de salud que trabaja en la Unidad de Aislamiento Hematológico del Hospital Central de Mendoza.

Muestra: La muestra es intencional, no aleatoria, ya que la elección de los sujetos fue en función de las características que eran de interés para la investigación. Fue seleccionada la totalidad de los miembros del equipo de salud, constituido por 14 enfermeras + 12 médicos = 26 personas, para realizar la entrevista.

Fuente: Para la realización de este estudio se recurrió a la fuente primaria, el personal del equipo de salud, lo que nos permitió recoger la información para realizar la investigación.

Unidad de análisis: Cada uno de los miembros del equipo de salud del Servicio de Aislamiento Hematológico.

Técnicas e instrumentos para la recolección de los datos: Para la obtención de los objetivos y recolección de datos se realizó una entrevista estructurada con preguntas de múltiple opción dirigida a los miembros del equipo de salud del Servicio de Aislamiento Hematológico del Hospital Central de la Provincia de Mendoza (Anexo N° 2).

Hipótesis: El nivel de Capacitación en cuanto a las intervenciones complementarias que aplican en el tratamiento de pacientes con enfermedades hematológicas en cuanto a soporte anímico del Equipo de Salud del Servicio de Aislamiento Hematológico del Hospital Central es deficiente.

PROCEDIMIENTO

- 1- Nota de autorización: Se solicitó a las autoridades correspondientes, la autorización necesaria para recolectar los datos para la investigación (Anexo N° 1).
- 2- Plan de presentación de datos: Las conclusiones finales se presentan en tablas absolutas y relativas; y los porcentajes en gráficos representativos con la síntesis correspondiente que responde a la problemática planteada.
- 3- Codificación de los datos: Se realizó colocando un número a cada pregunta de la encuesta y una letra a cada indicador, para verificar las variables operacionalizadas y realizar la matriz de datos (Anexo N° 3).
- 4 - Categorización: Se considera la intervención del equipo de salud cuando cada indicador supera el 60 %.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable	Dimensiones	Indicadores
Factores Personales	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 20 a 40 años • 41 a 50 años • + de 50 años
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino 81 % • Masculino 19 %
	Antigüedad	<ul style="list-style-type: none"> • 0 a 10 años • 11 a 15 años • 16 a 20 años • + de 20 años

Variable	Dimensiones	Subdimensión	Indicadores
Intervenciones del Equipo De Salud	Satisfacción de los pacientes	Incorporación de terapias de apoyo	La presencia. La música. La relajación. El toque afectuoso. Los masajes. La oración. Educación con la participación activa de la familia. Especialista en salud mental y emocional.
			Es un factor MUY DECISIVO que repercute directamente. Es un factor DECISIVO que repercute directamente. Es un factor POCO decisivo y no repercute directamente. Es un factor para NADA decisivo y no repercute directamente.
			Los pacientes están descontentos con la medicina convencional. Los necesitan porque forman parte de sus propios valores de salud y creencias.
	Participación familiar	Generación de entornos favorables	Es muy probable. Es probable. Es poco probable. Es muy poco probable.
			Porque son pacientes delicados que necesitan más apoyo. Para evitar las complicaciones en el paciente. Para que durante la internación no se sienta sola/o. Porque permite al familiar estar actualizado en los cuidados domiciliarios.
	Soporte anímico		Recursos	Recursos Materiales Recursos Humanos Recursos Financieros Todos
Actualización			Nunca Hace menos de 1 año Hace + de 1 año y – de 2 años Hace + de 2 años y – de 3 años Hace + de 3 años y – de 4 años Hace más de 4 años

Capitulo III

ANÁLILIS

Y

PRESENTACIÓN DE DATOS.

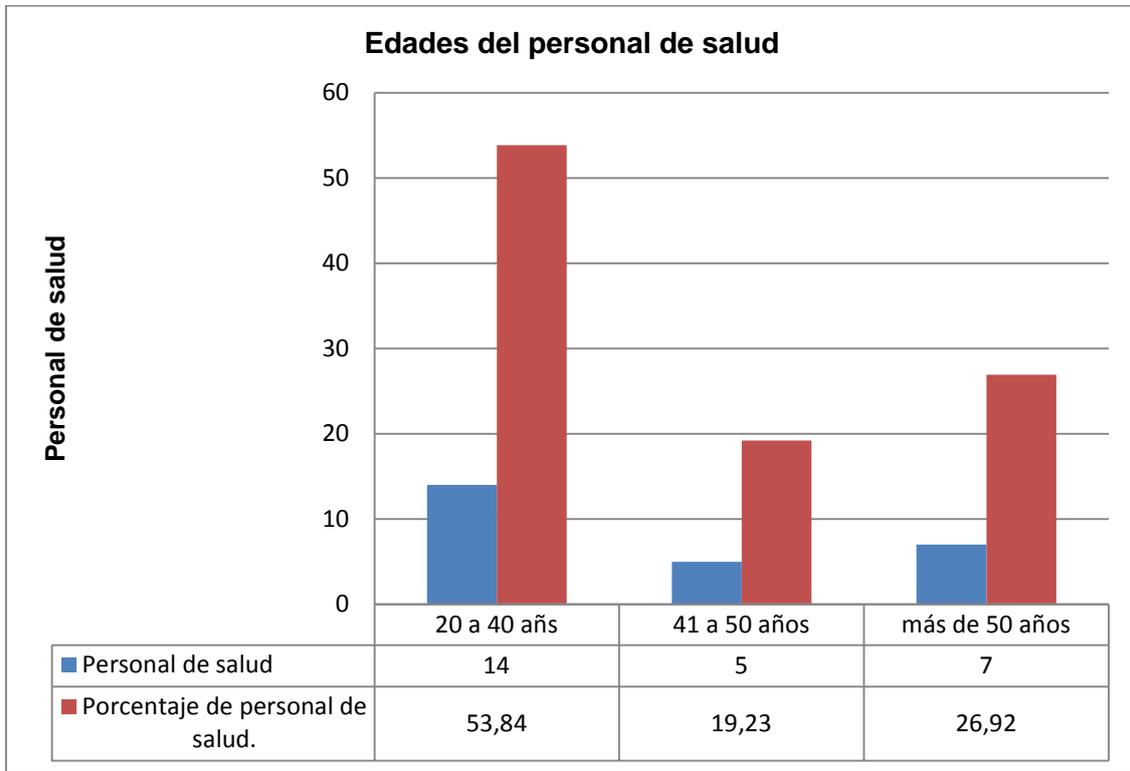
Tabla N° I

Edad del personal de salud de la Unidad de Aislamiento; En el Hospital Central de Mendoza, durante el segundo bimestre del año 2015.

Edad	Personal de salud.	% del personal de salud
De 20 a 40 años	14	53.84 %
De 41 a 50 años	5	19.23 %
Más de 50 años	7	26.92 %
Total	26	100 %

Fuente: De elaboración propia de entrevistas realizadas a miembros del equipo de salud de la Unidad de Aislamiento del Hospital Central de la Provincia de Mendoza durante el segundo bimestre del año 2015.

Gráfico N° 1



Conclusión: De esto se deduce que el 53, 84 % del personal del equipo de salud de la Unidad de aislamiento del Hospital Central de Mendoza es una población joven.

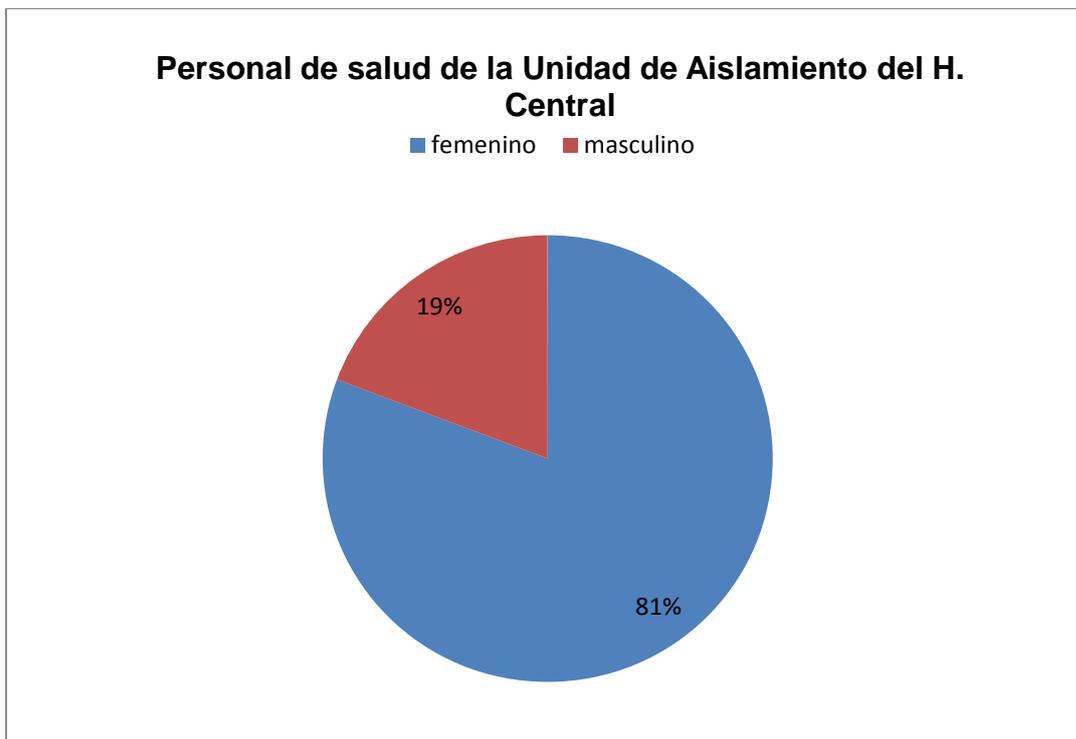
Tabla Nº II

Sexo del personal de salud de la Unidad de Aislamiento; en el Hospital Central de Mendoza, durante el segundo bimestre del año 2015.

sexo	femenino	Masculino	Total
Personal de salud	21	5	26
% del personal de salud	81 %	19 %	100 %

Fuente: De elaboración propia de entrevistas realizadas a miembros del equipo de salud de la Unidad de Aislamiento del Hospital Central de la Provincia de Mendoza durante el segundo bimestre del año 2015.

Gráfico Nº 2



Conclusión: Pudo observarse que en el 81 % de los casos encuestados predomina el sexo femenino en el equipo de salud.

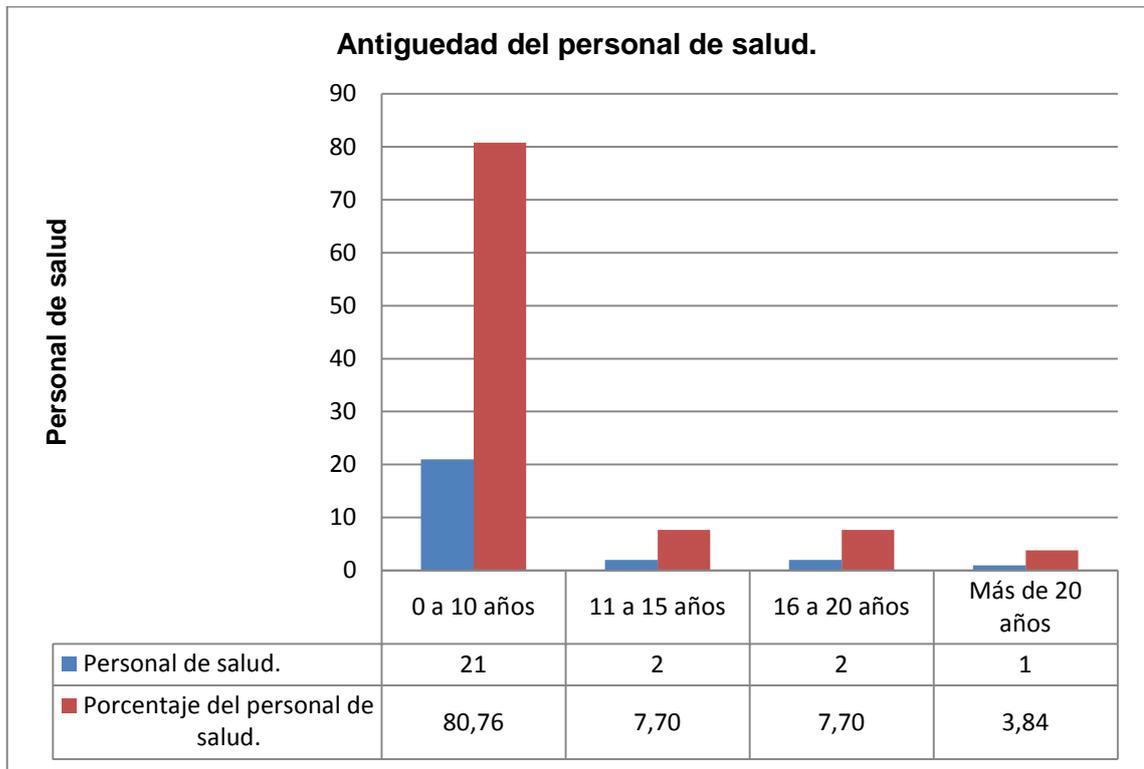
Tabla Nº III

Antigüedad en el Servicio del personal de Salud de La Unidad de Aislamiento; en el Hospital Central de Mendoza, durante el segundo bimestre del año 2015.

Antigüedad en el servicio.	Personal de salud.	% del personal de salud.
0 a 10 años	21	80.76 %
11 a 15 años	2	7,70 %
16 a 20 años	2	7,70 %
Más de 20 años	1	3.84 %
Total	26	100 %

Fuente: De elaboración propia de entrevistas realizadas a miembros del equipo de salud de la Unidad de Aislamiento del Hospital Central de la Provincia de Mendoza durante el segundo bimestre del año 2015.

Gráfico N° 3



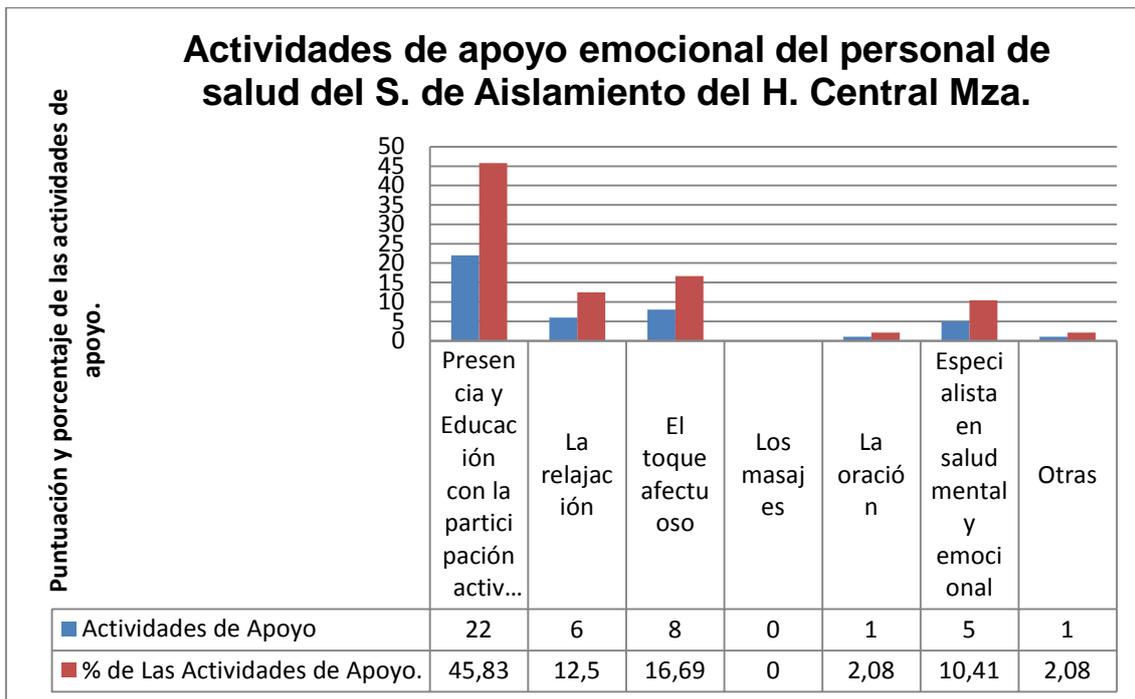
Conclusión: Se observó que más del 50 % de los encuestados, la antigüedad en el servicio se ubicó en el intervalo de 0 a 10 años.

Tabla Nº IV

Actividades de apoyo emocional del personal de salud de la Unidad de Aislamiento; en el Hospital Central de Mendoza, durante el segundo bimestre del año 2015.

Actividades de apoyo emocional	Puntuación	Puntuación en porcentaje.
La presencia y educación con la participación activa de la familia.	22	45.83 %
La relajación	6	12.50 %
El toque afectuoso	8	16.69 %
Los masajes	0	0.0 %
La oración	1	2.08 %
Especialista en salud mental y emocional.	5	10.41 %
otras	1	2.08
Total	43	100 %

Grafico N° 4



Conclusión: Se observó que la principal actividad de apoyo emocional que se considera, es la presencia y la educación con la participación activa de la familia en un 45, 83 %.

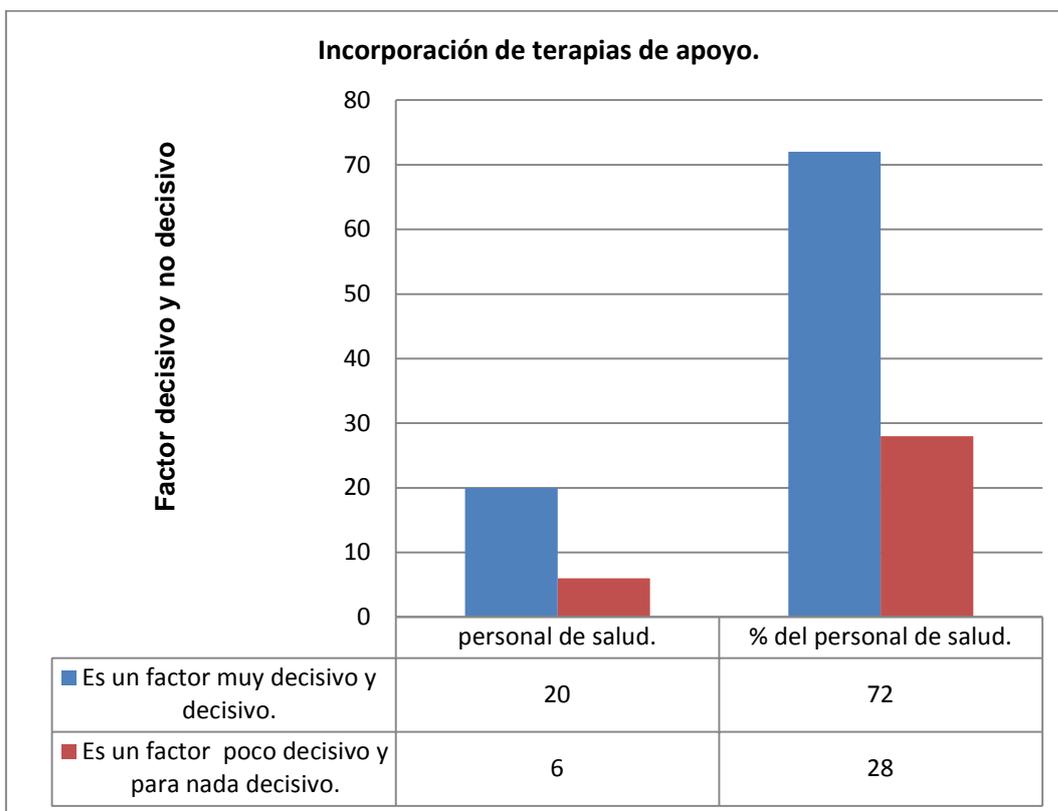
Tabla Nº V

Incorporación de terapias de apoyo en el Hospital Central de Mendoza durante el segundo bimestre del año 2015.

Incorporación de terapias de apoyo.	Personal de salud.	% del personal de salud.
Es Un factor muy decisivo y decisivo.	20	72 %
Es un factor poco decisivo.	6	28 %
Total.	26	100 %

Fuente: De elaboración propia de entrevistas realizadas a miembros del equipo de salud de la Unidad de Aislamiento del Hospital Central de la Provincia de Mendoza durante el segundo bimestre del año 2015.

Gráfico N° 5



Conclusión: Se observa que la incorporación de terapias de apoyo es un factor muy decisivo y decisivo en un 72 % de los encuestados y que un bajo porcentaje de los encuestados refiere que es un factor poco decisivo y para nada decisivo.

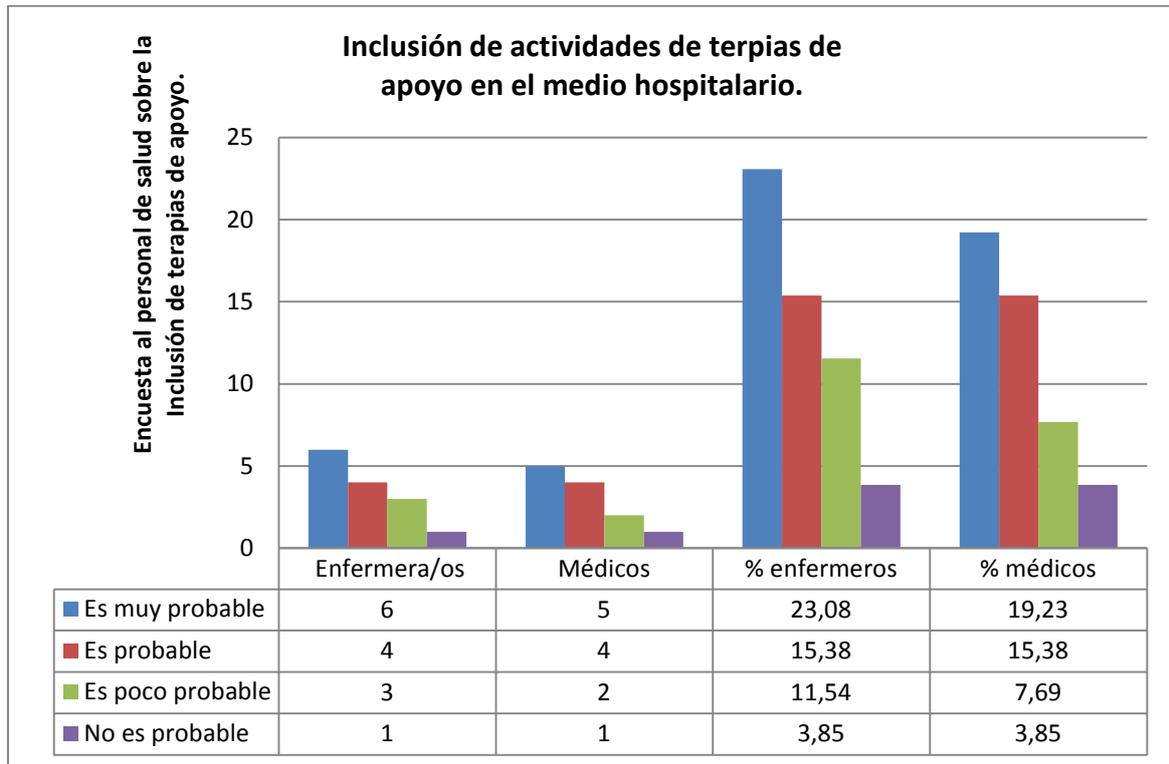
Tabla Nº VI

Inclusión de actividades de terapias de apoyo en la Unidad de Aislamiento del H.Central de Mendoza. Durante el 2º bimestre del año 2015.

Inclusión de actividades en el medio hospitalario	Enfermeras/os	Médicos	% enfermeros	% Médicos
Es muy probable	6	5	23.08	19.23
Es probable	4	4	15.38	15.38
Es poco probable	3	2	11.54	7.69
No es probable	1	1	3.85	3.85
Total	14	12	53.85	46.15

Fuente: De elaboración propia de entrevistas realizadas a miembros del equipo de salud de la Unidad de Aislamiento del Hospital Central de la Provincia de Mendoza durante el segundo bimestre del año 2015.

Gráfico N° 6



Conclusión: Se puede observar en el equipo de salud que tanto el personal de enfermería como el personal médico sostiene que la inclusión de terapias de apoyo en el medio hospitalario y más específicamente en la Unidad de Aislamiento refieren que es muy probable y probable la inclusión de terapias de apoyo.

Tabla Nº VII

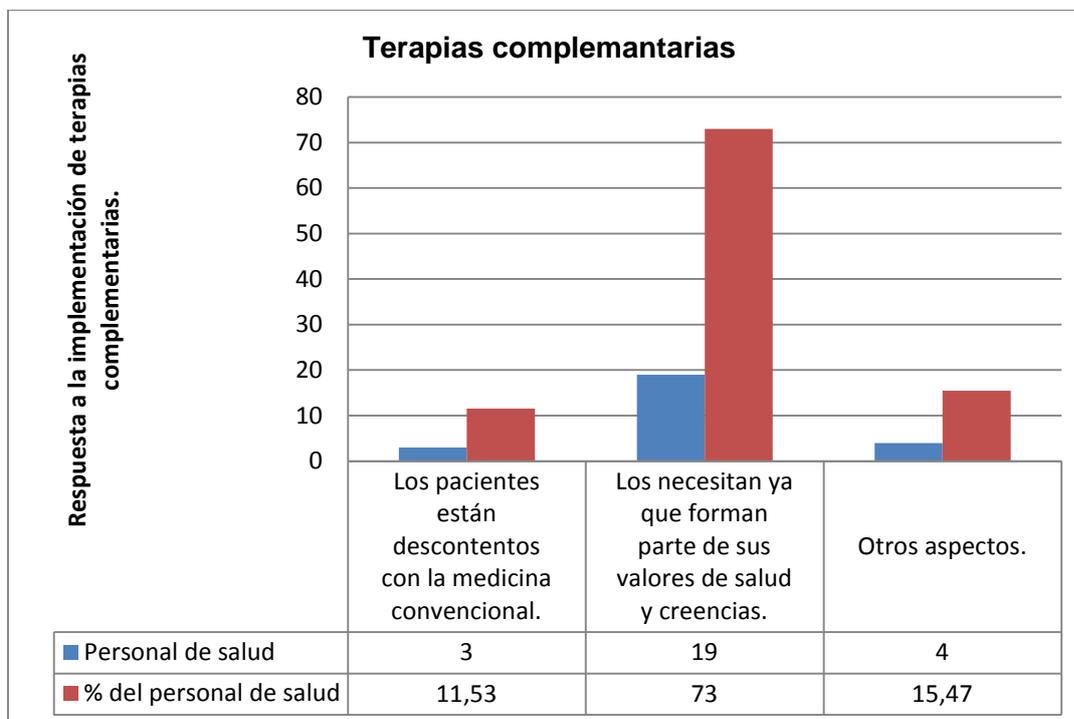
Significado de las terapias complementarias, del personal de Salud de la Unidad de Aislamiento; en el Hospital Central de Mendoza durante el segundo bimestre del año 2015.

Significado de la implementación de terapias complementarias.	Personal de Salud.	% del Personal de salud.
Los pacientes están descontentos con la medicina convencional	3	11.53 %
Los necesitan ya que forman parte de sus valores de salud y creencias.	19	73 %
Otros aspectos.	4	15.47 %
Total	26	100 %

Fuente: De elaboración propia de entrevistas realizadas a miembros del equipo de salud de la Unidad de Aislamiento del Hospital Central de la Provincia de Mendoza durante el segundo bimestre del año 2015.

Gráfico N° 7

Significado de las terapias complementarias, del personal de Salud de la Unidad de Aislamiento; en el Hospital Central de Mendoza durante el segundo bimestre del año 2015.



Conclusión: Según el personal de salud de la Unidad de Aislamiento concluye que de acuerdo a las entrevistas realizadas a los pacientes, las necesitan en un 73 % ya que forman parte de sus valores y creencias. El porcentaje restante está descontento con la medicina convencional y otros aspectos que también presentan un bajo porcentaje.

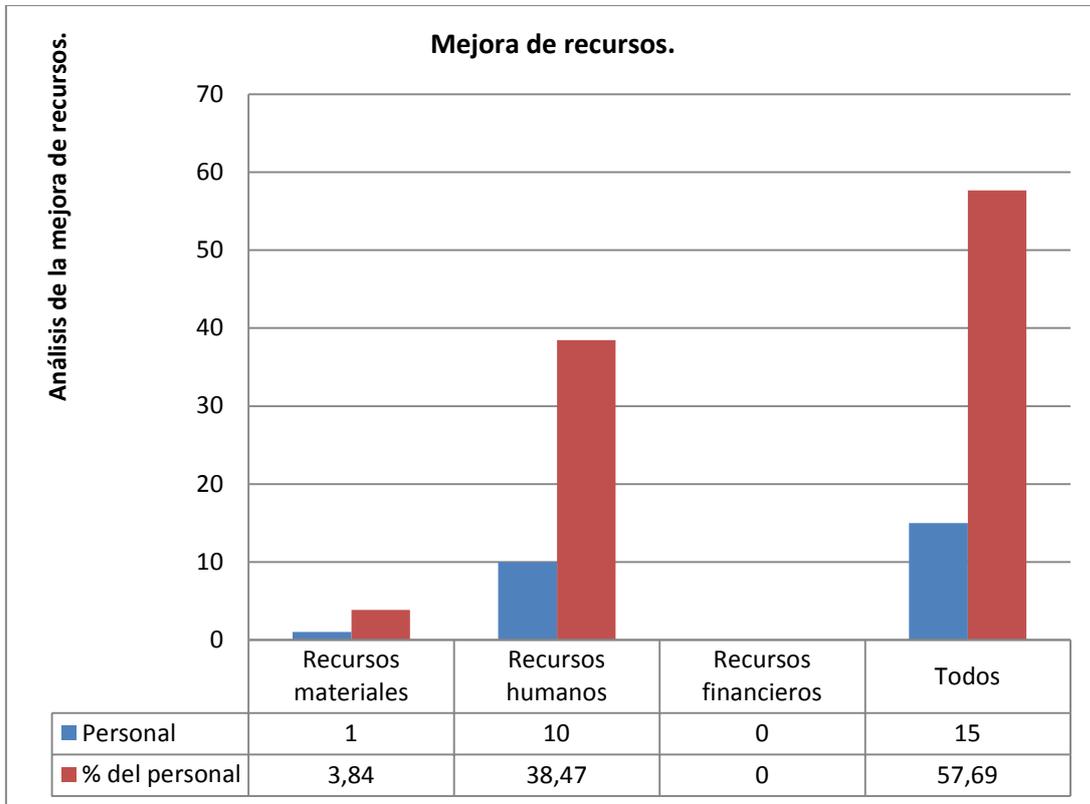
Tabla N°VIII

Mejora de recursos del Personal de Salud de la Unidad de Aislamiento; en el Hospital Central de Mendoza, durante el segundo bimestre del año 2015.

Mejora de recursos	Personal de salud	% del personal de salud
Recursos Materiales	1	3.84 %
Recursos humanos	10	38.47 %
Recursos financieros	0	0.00 %
Todos	15	57.69 %
Total	26	100 %

Fuente: De elaboración propia de entrevistas realizadas a miembros del equipo de salud de la Unidad de Aislamiento del Hospital Central de la Provincia de Mendoza durante el segundo bimestre del año 2015.

Gráfico N° 8



Conclusión: Se observó que en más de la mitad de los casos, el personal de salud, considera que se deben mejorar todos los recursos, para la implementación de este tipo de tratamientos complementarios y en segundo lugar lo que hay que mejorar son los recursos humanos.

Tabla Nº IX

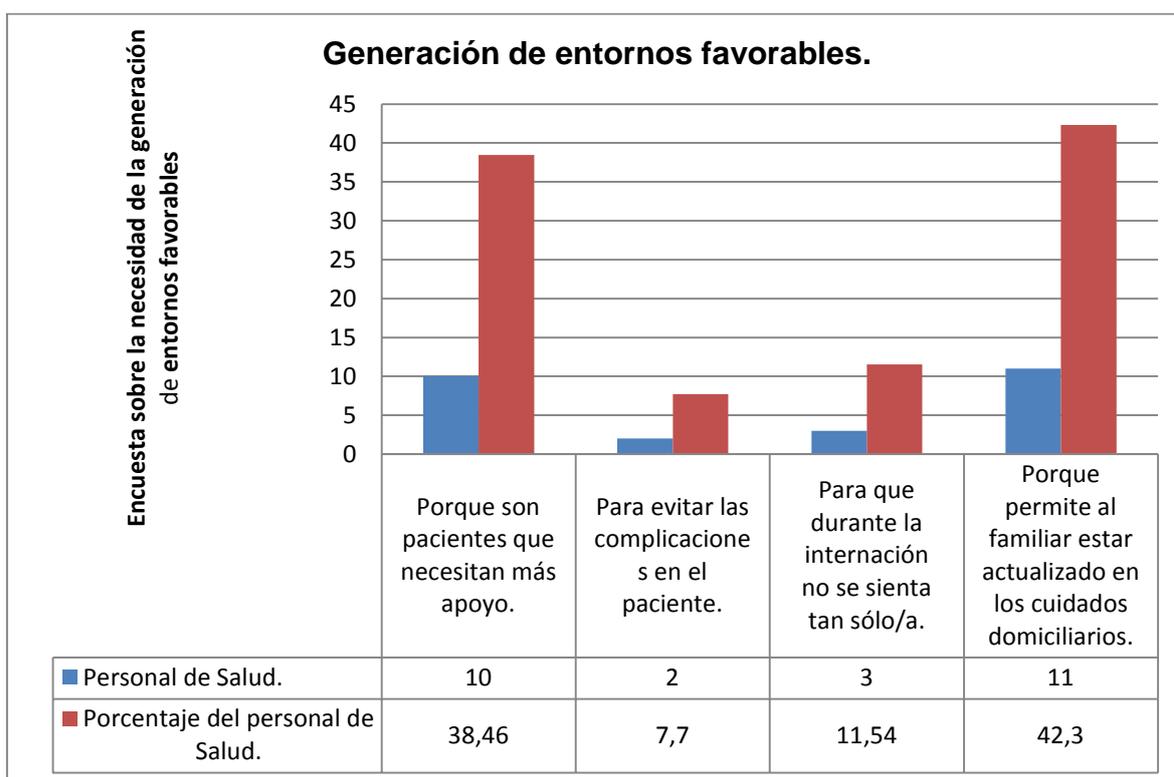
Generación de entornos favorables del personal de salud de la Unidad de Aislamiento; en el Hospital Central de Mendoza durante el segundo bimestre del año 2015.

Generación de entornos favorables.	Personal de Salud.	% del personal de Salud.
Porque son pacientes delicados que necesitan más apoyo.	10	38.46 %
Para evitar las complicaciones en el paciente.	2	7.70 %
Para que durante la internación no se sienta solo/a	3	11.54 %
Porque permite al familiar estar actualizado en los cuidados domiciliarios.	11	32.30 %
Total	26	100 %

Fuente: De elaboración propia de entrevistas realizadas a miembros del equipo de salud de la Unidad de Aislamiento del Hospital Central de la Provincia de Mendoza durante el segundo bimestre del año 2015.

Gráfico N° 9

Generación de entornos favorables del personal de salud de la Unidad de Aislamiento; en el Hospital Central de Mendoza durante el segundo bimestre del año 2015.



Conclusión: Se observó que en el 42,3 % de los casos, el personal de salud considera que los pacientes necesitan la generación de entornos favorables, porque su estado es delicado y por lo cual necesitan más apoyo.

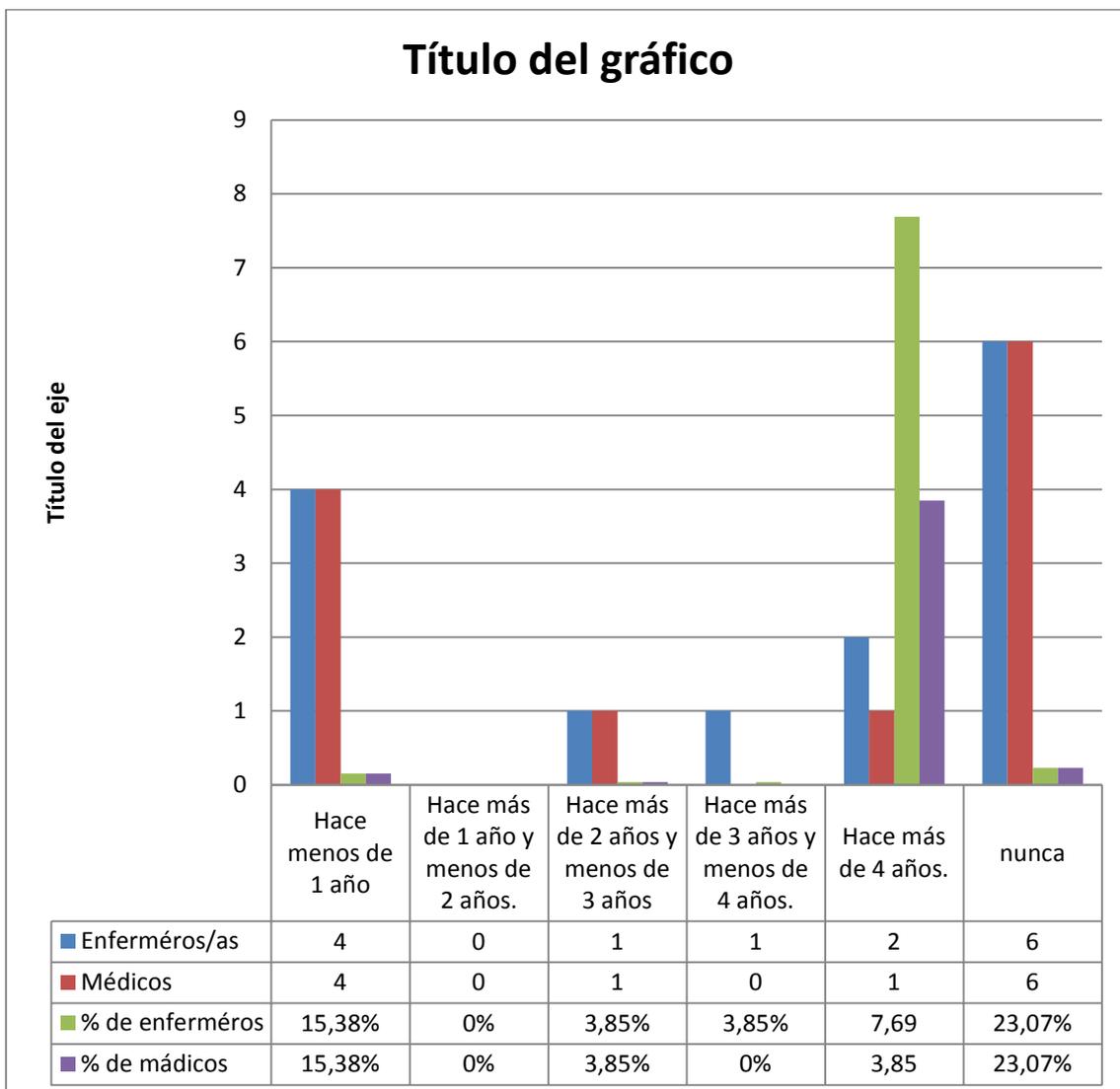
Tabla Nº X

Última actualización sobre el tema al personal de salud de la Unidad de Aislamiento del Hospital Central de Mendoza, durante el segundo bimestre del año 2015.

Última actualización sobre el tema.	Enfermeros	Médicos	% de enfermeros	% de médicos
Hace menos de 1 año.	4	4	15.38 %	15.38 %
Hace más de 1 año y menos de 2 años.	0	0	0.0 %	0.0 %
Hace más de 2 años y menos de 3 años.	1	1	3.85 %	3.85 %
Hace más de 3 años y menos de 4 años.	1	0	3.85 %	0.0 %
Hace más de 4 años.	2	1	7.69 %	3.85 %
Nunca	6	6	23.07 %	23.07 %
Total.	14	12	53.85 %	46.15 %

Fuente: De elaboración propia de entrevistas realizadas a miembros del equipo de salud de la Unidad de Aislamiento del Hospital Central de la Provincia de Mendoza durante el segundo bimestre del año 2015.

Gráfico N° 10



Conclusión: Se observó que en la mayoría de los casos es decir en un 46,15 % de los casos aprox., nunca se actualizó sobre el tema y en un porcentaje menor 30,77 % de los casos recibió información sobre el tema, y en años anteriores en un porcentaje muy bajo recibió algún tipo de capacitación o información sobre el tema.

Resultados.

De la información obtenida y elaboración de las tablas y gráficos obtuvimos las siguientes conclusiones:

1- Se deduce que el 53, 84 % del personal del equipo de salud de la Unidad de aislamiento del Hospital Central de Mendoza es una población joven.

Por lo tanto es un personal susceptible de moldear y hacerlo trabajar o incentivarlo en lo referente a investigar nuevas alternativas complementarias, a que pueda inquietarse por obtener nuevos conocimientos.

2- Pudo observarse que en el 81 % de los casos encuestados predomina el sexo femenino en el equipo de salud. Esto es favorable en cierta forma ya que el sexo femenino es más sentimental por naturaleza, tal vez porque es quién tiene los hijos y no deja de ser empática en muchas situaciones, además tiene la fortaleza de realizar más de una tarea a la vez, puede repartirse en muchas situaciones y actividades, y lograrlo si es su meta; no dejando de lado por supuesto la fuerza masculina.

3- Se observó que más del 50 % de los encuestados, la antigüedad en el servicio se ubicó en el intervalo de 0 a 10 años.

Esto visto desde el punto de vista de que no es un personal antiguo, cansado, que ya no le interesa, que lo único que le importa es poder jubilarse y dejar de trabajar, al ser un personal que relativamente lleva poco tiempo de trabajo, se lo puede incentivar a que participe en nuevas alternativas de actuación frente al enfermo hematológico.

4- Se observó que la principal actividad de apoyo emocional que se considera, es la presencia y la educación con la participación activa de la familia en un 45.83 %. Superando a todas las demás actividades.

Esta parte es muy importante ya que hace muy bien al paciente y lo favorece mucho en la rigurosidad del tratamiento, en la atención que debe llevar el paciente, hacer partícipe al grupo familiar, ya que no se termina la situación cuando el paciente sale del hospital si no que tiene que seguir en su domicilio y mejor aún si recibe la contención y la atención de sus afectos.

5- Se observa que la incorporación de terapias de apoyo es un factor muy decisivo y decisivo en un 72 % de los encuestados y que un bajo porcentaje de los encuestados refiere que es un factor poco decisivo y para nada decisivo.

Esto es un factor favorable, ya que el paciente mientras lucha con su enfermedad está vivo, sea cual fuere su situación y necesita distracción y hacer cosas constantemente para distraerse y abstraerse de esta situación agobiante.

6- Se puede observar en el equipo de salud que tanto el personal de enfermería como el personal médico sostiene que la inclusión de terapias de apoyo en el medio hospitalario y más específicamente en la Unidad de Aislamiento refieren que es muy probable y probable la inclusión de terapias de apoyo.

Esto es muy bueno ya que hay un acuerdo en el grupo de salud, no hay una mirada rechazante, y teniendo ese punto a favor, se pueden proyectar muchas cosas en pro del bienestar del paciente trabajando en forma conjunta.

7- Según el personal de salud de la Unidad de Aislamiento concluye que de acuerdo a las entrevistas realizadas a los pacientes, las necesitan en un 73 % ya que forman parte de sus valores y creencias. El porcentaje restante está descontento con la medicina convencional y otros aspectos que también presentan un bajo porcentaje.

Esto es positivo mirándolo desde el punto de vista de que todo lo que al paciente lo ayude y lo haga sentir bien, fortalezca su confianza y su sentir frente a lo que lo rodea, facilita a la actuación del personal de salud frente a la enfermedad compleja.

8- Se observó que en más de la mitad de los casos, el personal de salud, considera que se deben mejorar todos los recursos en su conjunto, para la implementación de este tipo de tratamiento complementarios y en segundo lugar lo que hay que mejorar es el recurso humano.

En cuanto a la mejora del recurso humano se debe empezar por la concientización de la cual se habló en el marco teórico, entender que somos seres humanos y que no estamos exentos de un evento de estas características. Por eso apelar a la integración de todo el personal, ver alternativas de solución, ver prioridades, hacer frente a la adversidad, ser inquietos y creativos a la hora de prestar atención y ayuda buscando nuevas alternativas y siendo positivos a la hora de brindarlas. Aunque solamente sirva a la animación del paciente aún sabiendo en algunos casos que ya no hay solución.

9- Se observó que en el 42,3 % de los casos, el personal de salud considera que los pacientes necesitan la generación de entornos favorables, porque su estado es delicado y por lo cual necesitan más apoyo.

10- Se observó que en la mayoría de los casos es decir en un 46,15 % aprox. de los casos nunca se actualizó sobre el tema y en un porcentaje menor 30,77 % de los casos recibió información sobre el tema, y en años anteriores en un porcentaje muy bajo recibió algún tipo de capacitación o información sobre el tema.

Es importante resaltar que el personal tiene que estar continuamente atento a informarse, a capacitarse ya que la medicina está en constante avance, la ciencia continuamente está haciendo nuevas investigaciones y es tarea tanto de los superiores como de nosotros mismos contribuir y exigir que se nos capacite.

Conclusiones

En nuestro trabajo de investigación realizado pudimos valorar la importancia de tener conocimientos sobre brindar soporte anímico a los pacientes con este tipo de patologías; incluyendo actividades complementarias al tratamiento médico, con el objetivo de hacer ameno el periodo de internación del paciente y cada procedimiento que se le realice, que por la complejidad de la enfermedad, son tratamientos muy agresivos que aparte de afectar al paciente en lo físico, lo afecta enormemente en lo psicológico, esto permite además resaltar la parte humana del personal de salud. Hacer del trabajo cotidiano, no una rutina diaria de administrar quimioterapias y aplicar medicación sino ir más allá, poder valorar al paciente incluyendo todas sus fases, tanto físicas, psicológicas como también espirituales. Ayuda mucho distraer al paciente, sacarlo del sumergimiento negativo que lo afecta. Tal vez no se logre curarlo pero estar con él, darle la mano mientras se aplica un tratamiento, hacerlo entender que mientras esté luchando está vivo.

Como futuros licenciados es parte de nuestra tarea promover la capacitación del personal de salud en este tipo de enfermedades, buscar alternativas diferentes de tratamientos, cambiar el entorno, la mentalidad que se tiene con respecto a este tipo de pacientes; de hacerlos sentir diferentes, de no hacerles sentir que todo el que se topa con ellos siente lástima, se tendría que trabajar en forma uniforme, y buscar alternativas de solución para brindar cuidados de calidad con eficiencia y eficacia.

Propuestas.

1- En primer lugar cuando el paciente ingresa a la unidad de internación explicarle de manera clara y concisa en un lenguaje claro y comprensible sobre los equipos y material a utilizar, normas del servicio, características de su periodo de internación, (que puede comer, beber y que no) efectos adversos del tratamiento durante su internación, que elementos de higiene puede utilizar, que visitas puede recibir, horarios, como pueden ingresar vestidos los cuidadores, que medicación debe tener siempre y explicarle que su periodo de internación dependerá de su evolución. El conocimiento acerca de los aparatos e instrumental a utilizar reduce la ansiedad del paciente frente a lo nuevo y desconocido.

2- Unificar criterios dentro del equipo de salud. Y considerando que lo que hay que modificar y mejorar es el recurso humano, ver la posibilidad de capacitar al nuevo integrante que ingrese a la Unidad de Aislamiento. Teniendo un manual explicativo de todas las posibles reacciones psicológicas y como actuar frente a ellas, de acuerdo a su edad, sexo y tipo de patología.

3- Detectar cuales son las necesidades primarias y secundarias que percibe el paciente, como problemas, para poder actuar sobre ellos.

4- Realizar ateneo semanal de una hora de duración integrada tanto por médicos y personal de enfermería de dicho servicio con el fin de conocer y evaluar todos por igual la evolución del paciente y transmitir los problemas que lo afectan más allá de su patología en sí.

5- Dentro de los recursos disponibles del hospital pedir mediante una nota, elementos de recreación para el paciente, tales como, carpetas de dibujo, colores, libros, música, crucigramas, sopa de letras etc. Conservando las normas de esterilización; es decir, que vengan en embase cerrado y sellado.

6- Solicitar al hospital que incorpore a un psicólogo especialista en oncohematología, ya que a nuestro criterio no es lo mismo un psicólogo que

trata a todos los pacientes por igual que a uno que sea especialista en enfermedades terminales.

7- Sugerir al familiar que dentro de sus posibilidades y si el paciente así lo acepta, puede optar por traer una o dos veces por semana un profesional en técnicas de relajación, yoga, reiki, etc.

8- Solicitar la visita semanal del sacerdote de la capilla del Hospital Central, respetando la religión de cada paciente, sugiriendo que primero pase por la Unidad de Aislamiento y luego recorra los demás servicios del Hospital.

9- Convocar a pacientes que han padecido la misma enfermedad y que han finalizado el tratamiento favorablemente, que cuente su experiencia y de su testimonio con el fin de brindar esperanza y optimismo al paciente afectado.

10- Respetar y dar lugar a la privacidad y a la necesidad del paciente de estar en algunas ocasiones sólo.

Bibliografía

1. ROITER, H. "Revista Argentina de Cardiología". Volumen 69, suplemento 2001. Pag.
2. SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA DEL ESTRÉS. "Revista digital". Argentina año 2014.
3. JONES, E. "Vida y obra de Sigmund Freud". Barcelona: Editorial Anagrama. Año 2003.
4. GEIST, H."Aspectos emocionales de las cardiopatías". Editorial El Manual Moderno S.A. México, año 1980. Pág. 16 - 17.
5. GOMEZ CARRETERO, P. "Conferencia de Atención integral al paciente crítico y su familia". 2^{da}. Jornadas Hospital Universitario de Valencia. España. Año 2004.
6. Álvarez, Y. "Unidad de cuidados intensivos; Un Campo inexplorado por el psicólogo en Chile". Revista de psicología. Vol. 1 Santiago de Chile, año 1990.
7. HEWILT, L. "Desorden psico-afectivo en una unidad de cuidados intensivos." Jornadas clínicas de Enfermería. USA. Año 2002. Pág. 11.
8. ESPER, R. J-MAZZEI, J.A. BIBLIOTECA DE MEDICINA. Semiología. Patología, Clínica. Librería-Editorial: EL ATENEO. Buenos Aires Argentina. Año 1995.

Apéndice y anexos

ANEXO Nº 1: NOTA DE AUTORIZACIÓN

Mendoza, 24 de Marzo de 2015.

Hospital Central

Supervisión de Enfermería

Lic. Graciela Vargas

S...../.....D

Mediante la presente tengo el agrado de dirigirme a Ud. y por su intermedio a quien corresponda, a fin de solicitar autorización para obtener la información correspondiente de los miembros que son parte del equipo de salud de la Unidad de Aislamiento. Motiva el presente pedido la necesidad de llevar a cabo un trabajo de investigación final de grado correspondiente al ciclo de Licenciatura en Enfermería, el cual curso en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo.

Dicha información me es imprescindible para realizar una encuesta de carácter anónimo con su respectiva estadística.

Sin otro particular quedo a la espera de una respuesta favorable y aprovecho la oportunidad para saludar a Uds. muy atentamente.

Arancibia, Noelia.

Enf. Prof. Matr. Nº 4093

Gómez Garrido, Ivonne

Enf. Prof. Matr. Nº 5527

ANEXO Nº II ENCUESTA

La presente encuesta es realizada por las alumnas del Ciclo de Licenciatura en Enfermería en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, Arancibia Pérez, Noelia Beatriz y Gómez Garrido, Ivonne Margarita. Quienes solicitan a Ud. su colaboración para determinar su opinión acerca del soporte anímico de los pacientes del Servicio de Aislamiento Hematológico, para la elaboración de nuestro trabajo final de grado. La misma es de carácter anónimo.

Gracias.

Unidad de análisis Nº.....

Edad:.....

Sexo: M..... F.....

Antigüedad en el servicio:

1- ¿Cuál o cuáles de las siguientes actividades de apoyo emocional serían adecuadas, para aplicar en los pacientes de una unidad como la de aislamiento?

La presencia

La música

La relajación

El toque afectuoso

Los masajes

La oración

Educación con la participación activa de la familia

Especialista en salud mental, emocional y otras.

2- ¿Cree Ud. que si el personal de salud incorpora terapias de apoyo emocional repercutiría para aliviar la ansiedad, dolor y el estrés de forma segura y eficaz en estos pacientes?

Es un factor MUY DECISIVO que repercute directamente.

Es un factor DECISIVO que repercute directamente.

Es un factor POCO DECISIVO y no repercute directamente.

Es un factor PARA NADA DECISIVO y no repercute directamente.

3- ¿Cree Ud. que les interese al paciente o a sus familias la inclusión de estas actividades en el medio hospitalario?

Es muy probable

Es probable

Es poco probable

Es muy poco probable

4- ¿Cree Ud. que si se implementaran estos tipos de tratamientos en cuanto a apoyo emocional, significaría que?

Los pacientes están descontentos con la medicina convencional

Las necesitan ya que forman parte de sus valores de salud y creencias

Otros aspectos

5- Encaso de implementarse estos tratamientos cuál o cuáles de los siguientes recursos debería mejorarse o reforzarse?

Recursos materiales	.....
Recursos humanos	.....
Recursos financieros	.....
Todos	.....

6- ¿Por qué considera que el equipo de salud debe generar entornos que faciliten la participación familiar en la unidad?

Porque son pacientes delicados que necesitan más apoyo	.....
Para evitar las complicaciones en el paciente	.....
Para que durante la internación no se sienta solo/a	.....
Porque permite al familiar estar actualizado en los cuidados domiciliarios.....	

7- ¿Cuándo fue su última actualización sobre el tema, sostén anímico (apoyo emocional)?

Hace menos de un año	.....
Hace más de un año y menos de 2 años	.....
Hace más de 2 años y menos de 3 años	.....
Hace más de 3 años y menos de 4 años	.....
Hace más de 4 años	.....
Nunca	.....

