



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR
INSTITUTO DE MEJORAMIENTO PROFESIONAL DEL MAGISTERIO
MAESTRÍA EN INNOVACIONES EDUCATIVAS



**PROTOCOLO DE INCLUSIÓN Y EDUCACIÓN AL FAMILIAR, EL CAMINO PARA
LA HUMANIZACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - ADULTOS**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al grado de Magister
en Innovaciones Educativas

Autor: Jeison Hernández

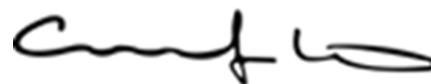
Tutora: Elke Alberto

Caracas, mayo de 2024

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de Tutor del trabajo de grado presentado por el ciudadano **Jeison José Hernández Martínez**, para optar al grado de Magister en Innovaciones Educativas, Mención: **Protocolo de inclusión y educación al familiar, el camino para la humanización de la unidad de cuidados intensivos - adultos**; considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Caracas, a los 7 días del mes de abril de 2024.



Dra. Elke C. Alberto

C.I. 10.181.638

Tutora



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR
INSTITUTO DE MEJORAMIENTO PROFESIONAL DEL MAGISTERIO
COORDINACION DE INVESTIGACION Y POSTGRADO



"PROTOCOLO DE INCLUSIÓN Y EDUCACIÓN AL FAMILIAR, EL CAMINO PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS- ADULTOS"

Por: Jeison Hernández
C.I. N°: 21.105.659

Trabajo de grado *Maestría en Innovaciones Educativas del Programa de Postgrado, Aprobado* en nombre de la *Universidad Pedagógica Experimental Libertador*, por el siguiente jurado, en la ciudad de Caracas a los tres días del mes de mayo del 2024.

Msc. Belkis Álvarez
C.I. N°: 6.292.272
Jurado



Msc. Jesús Bautista
C.I. N° :3.628.829
Jurado

Dra. Elke Alberto
C.I. N°: 10.181.638
Tutora

Primera Copia al Estudiante

DEDICATORIA

En primer lugar, a todas las personas que, a pesar de perder mi fe, ellos nunca la perdieron y siempre creyeron en mi avance.

A Stephany mi compañera en todo momento gracias por mantener tu fe y confianza en mí. Tu apoyo incondicional fue y seguirá siendo fundamental para mí.

A Joswill por ser la primera persona en darle el visto bueno a mi tema sin haberlo desarrollado, por confiar en mi potencial y por brindarme la confianza que necesitaba en ese momento.

Mis pacientes. Aquellos que son la fuente de mi inspiración. Ustedes son lo que me motiva a mejorar profesionalmente para poder ofrecerles una mejor calidad de atención.

Mis informantes clave. Sin ustedes no habría podido dar forma a este trabajo de investigación y mucho menos haber realizado este aporte al gremio investigativo. Eternamente agradecido.

A mis padres que desde cerca o desde lejos siempre estuvieron pendiente de mí y me apoyaron en esta gran contienda.

Aquellas personas que no creyeron en mí, que se burlaron y mofaron de mi trabajo. A ellos les dedico este éxito.

RECONOCIMIENTO

A la Dra. Elke Alberto. Tutora.

A la Dra. Aida Justo. Profesora de método cualitativo.

A la MsC. Belkis Alvares. Profesora de Planificación y evaluación para la innovación.

A la Dra. Milagros de Abreu. Coordinadora del post grado.

A la Dra. Lesbia González. Coordinadora de la línea de investigación: sociedad y educación.

A la Dra. Carmen Hermo. Asesor externo.

A mis informantes clave.

INDICE GENERAL

	pp.
LISTA DE CUADROS	viii
Resumen	ix
Introducción	1
MOMENTOS	
I RECORRIDO POR LA REALIDAD	6
Percibiendo la realidad del fenómeno	7
Propósitos de la investigación	12
Apología	12
II VISIÓN DESDE LOS DIFERENTES AUTORES	15
Precedentes de la inquisición del conocimiento	15
Perspectiva teórica	18
Unidad de cuidados intensivos	18
Humanización de las unidades de cuidados intensivos	19
Unidad de cuidados intensivos a puertas abiertas	19
Paciente critico	19
Familiar del paciente critico	20
El enfermero intensivista	21
Síndrome post cuidados intensivos	21
Aseo y confort	22
Administración de nutrición enteral	23
Realización, cambios de curas y apósitos en general	23
Teoría de enfermería de Jean Watson	24
Teoría cognitiva del aprendizaje	25
Reseña histórica del centro médico docente la trinidad	26
Soportes legales	27
III FUNDAMENTO METODOLÓGICO	31
Visión paradigmática	31
postura investigativa	32
Camino a recorrer en la investigación	33

Escenario e informantes de la investigación	37
Técnica de recolección de datos	37
Consistencia y fiabilidad de la información	38
IV EL RELATO DE LA REALIDAD	39
Momento protocolar I	39
Momento protocolar II	47
Estructuración de las categorías emergentes	54
Contrastación de las categorías emergentes	62
V REFLEXIONES Y RECOMENDACIONES FINALES	68
VI EL DESENLACE	71
Fundamentación de la propuesta	72
Justificación	73
Propósitos	73
Propósito general	73
Propósitos específicos	74
Contextualización	74
Misión y visión	74
Protocolo de inclusión de familiares	76
Referencias	78
Anexos	85
Guía de entrevista en profundidad	85

LISTA DE CUADROS

CUADRO	pp.
1. Fases de la investigación fenomenológica	36
2. Codificación de los familiares de los pacientes hospitalizados en UCIA	40
3. Descripción protocolar de la entrevista en profundidad F.UCIA1	41
4. Descripción protocolar de la entrevista en profundidad F.UCIA2	42
5. Descripción protocolar de la entrevista en profundidad F.UCIA3	44
6. Descripción protocolar de la entrevista en profundidad F.UCIA4	46
7. Matriz de análisis de la entrevista en profundidad	48
8. Matriz de análisis de la entrevista en profundidad	51
9. Matriz de estructuración de categorías emergentes “respeto a la normativa”	55
10. Matriz de estructuración de categorías emergentes “normas que regulen la participación del familiar”	56
11. Matriz de estructuración de categorías emergentes “trabajo colaborativo”	58
12. Matriz de estructuración de categorías emergentes “Informar sobre los procedimientos al familiar”	60
13. Matriz de estructuración de categorías emergentes “tiempo de visitas extendido”	61
14. Conclusiones	69
15. Plan operativo	75



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA,
CIENCIA Y TECNOLOGÍA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR
INSTITUTO DE MEJORAMIENTO PROFESIONAL DEL MAGISTERIO
MAESTRIA EN INNOVACIONES EDUCATIVAS

PROTOCOLO DE INCLUSIÓN Y EDUCACIÓN AL FAMILIAR, EL CAMINO PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS – ADULTOS

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al grado de Magister
en Innovaciones Educativas

Autor: Lcdo. Jeison Hernández

Tutora: Dra. Elke Alberto

Fecha: mayo 2024

RESUMEN

La investigación realizada tuvo como propósito, resignificar un protocolo para la inclusión de los familiares del paciente a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general. El mismo surgió del relato de la realidad experimentada por los familiares en la sala de cuidados intensivos, sin embargo, para mantener latente la importancia del paciente crítico fue necesario desarrollar los fundamentos teóricos que contemplaron: unidad de cuidados intensivos (UCI), UCI a puertas abiertas, el paciente crítico y su familiar, sin dejar de lado a los enfermeros intensivistas. Por otra parte, la visión pragmática utilizada fue interpretativo con una postura metodológica cualitativa utilizando como camino la fenomenología con el aporte, experiencia y relato de 4 informantes claves, que contemplan a los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del adulto en el Centro Médico Docente la Trinidad. La técnica de recolección de información fue la entrevista en profundidad, posterior a su realización la información obtenida fue comprobada la consistencia y fiabilidad utilizando el proceso de categorización, estructuración y contrastación. Dicho proceso reveló la necesidad de crear un protocolo con pautas claras en la participación de los familiares en los procedimientos y a su vez llevó a las reflexiones finales con la que se sugirió la aplicación de la propuesta que se describe en el Momento VI, logrando los beneficios que se describen en el desarrollo del trabajo de investigación.

Palabras Claves: Protocolo de inclusión, educación al familiar, humanización, cuidados intensivos.

INTRODUCCIÓN

La fundación de esta investigación se realizó desde la transformación de varias etapas de la idea y el juicio profesional de los especialistas en metodología que observaron las ya mencionadas. En concordancia con cada una de ellas surgió el tema de investigación: Protocolo de inclusión y educación al familiar, el camino para la humanización de la unidad de cuidados intensivos - adultos. Dicho trabajo se realizó en las instalaciones del Centro Médico Docente la Trinidad, específicamente en la unidad de cuidados intensivos del adulto.

Desde el ejercicio de la enfermería por parte Florence Nightingale quien es la máxima referente de la misma, se consideraba necesario separar a los soldados para posteriormente clasificarlos según su estado de gravedad y compromiso generador de la vida. Aquí se comienza a percibir la necesidad de atender de manera más exhaustiva a este tipo de pacientes, por otra parte, en 1950 el anesthesiólogo Safar tras desempeñar sus funciones como médico en el *Baltimore City Hospital* se percató que la mortalidad de los pacientes críticos era demasiado alta, dedujo que estos requerían cuidados más especializados proporcionados por personal médico y de enfermería altamente calificado y entrenado. Ya se conocía lo que era un paciente crítico o como se conoce en la actualidad “paciente críticamente enfermo”. Años más tarde “en 1958 inicia la que se puede denominar la primera unidad de cuidados intensivos”. Lima y otros (2005, p.1).

Actualmente existen unidades de cuidados intensivos modernas con equipos de última generación y personal altamente entrenado, al respecto Viña y Calleja (2014, p.1) describen a las unidades de cuidados intensivos como “un lugar donde se regala vida, pero, también dice que son lugares hostiles donde el paciente está sometido a condiciones ambientales muy fuerte y donde su condición de salud es altamente critica”. Rodas (2015, p.14) refiere que a simple vista se puede notar la inconformidad y el desacuerdo de los familiares “al exponerle los horarios de visita y permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos – Adultos, la preocupación por la

salud del paciente, los dispositivos de monitorización, así como los métodos invasivos (Línea Arterial, Abordaje venoso central, tubo orotraqueal, entre otros)”.

Existen a nivel mundial múltiples estudios que sustentan que una mayor cantidad de tiempo de visita para un paciente hospitalizado es sinónimo de una mejoría clínica, además de los beneficios a corto plazo como la reducción de la ansiedad o el estrés, sin mencionar la prevención del delirium. Un ejemplo de esta afirmación es Aparicio (2014) quien realizó un estudio donde afirmó que el 5,1% de las UCI permitía la libertad de entrada y que la duración solía ser de 30 minutos en la mayoría de los casos. Finalmente, la investigación concluyó que el patrón habitual de las UCI españolas son del tipo restrictivo “manteniendo una gran separación de los familiares con el equipo de cuidadores” (Aparicio, 2014, p. 6)

En la experiencia profesional del investigador se pudo apreciar que la manera más común en la que los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI, manifestaban altos niveles de ansiedad era a través de la intranquilidad (ir de un lugar a otro desesperadamente), llanto, aislamiento, desorientación temporal, agresividad, hábitos tabáquicos acentuados y preguntas frecuentes al personal que labora allí dentro, además de esto en puntuales oportunidades han expresado su desacuerdo con los horarios establecidos de visita de 9am a 6pm, donde se restringe el paso de familiares si se está realizando procedimientos de alta complejidad como: abordajes venosos centrales, líneas arteriales, intubación orotraqueal, resucitación cardiopulmonar, situaciones especiales como el recibimiento de un nuevo paciente a la unidad, la revisión y discusión de casos por el equipo multidisciplinario.

Múltiples familiares han referido su inquietud y curiosidad de la razón por la cual se les excluye de estos procedimientos que se pueden escuchar o ver de manera “sencilla”, en el mismo orden de ideas, otros grupos de familiares han expresado su deseo de participar en dichos procedimientos, siendo en gran parte de las oportunidades una negación como respuesta por parte del personal de enfermería ante dicha solicitud.

Por consiguiente, en esta intensión investigativa los propósitos de investigación serán:

Indagar la postura que poseen los familiares durante la realización del higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general cumplido por los enfermeros intensivistas, describir las características de una unidad de cuidados intensivos a puertas abiertas con respecto a la inclusión de los familiares a los procedimientos realizados por los enfermeros intensivistas, develar acciones que fomenten la inclusión de los familiares a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas.

Se constituyó la investigación a introducir, con un protocolo para la inclusión de los familiares del paciente a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas en la unidad de cuidados intensivos para adultos del centro médico docente la trinidad. Con la intención de generar un aporte positivo y duradero con los años a dicha institución y unidad clínica.

En la profesión de enfermería es fundamental conocer la aflicción de cada uno de los pacientes, pero, también debemos conocer la de los familiares ya que ellos también forman parte de la vida del paciente. En la medida que los familiares se encuentren más cómodos y comprendidos estos aportarán de manera positiva emociones que transmitirán paz y tranquilidad al individuo que más lo necesita. El paciente, cuya denominación en esta investigación fue el paciente crítico o el paciente de la unidad de cuidados intensivos.

Se utilizó el enfoque cualitativo, fenomenológico (Martínez, 2004), con el aporte, experiencia y relato de 4 informantes claves, que contemplaron a los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del adulto en el Centro Médico Docente la Trinidad. La técnica de recolección de información fue la entrevista en profundidad, la cual se validó por medio del proceso de categorización, estructuración y contrastación.

La estructura de esta investigación está compuesta por 6 momentos, los cuales se describen a continuación:

Momento I: Recorrido desde la realidad, en este apartado se describe la problemática a abordar, desde una perspectiva general macroscópica hasta una visión específica o microscópica, fundamentada por investigadores del tema. Por último, se realizó la apología desde el punto de vista profesional, metodológico, gremial, educativo y social.

Momento II: Visión desde los diferentes autores. La sección contempla los trabajos de investigación y artículos de revistas arbitradas que sustentan la investigación, además de, la perspectiva teórica que define los conceptos básicos que se utilizaron en la misma. Por último, se encuentran los sustentos legales que proporcionan estabilidad a la ya mencionada investigación.

Momento III: Fundamento metodológico. En dicho momento se encuentran las bases metodológicas que guiaron al trabajo de investigación, las mismas se encuentran fundamentadas en autores netamente cualitativos, los cuales como ya se menciona sirvieron de referencia para la transformación, cumplimiento y finalización de esta investigación.

Momento IV: Relato de la realidad. Aquí se encuentran las vivencias, anécdotas y testimonios de los informantes clave, cada detalle e idea fue plasmada sin ningún tipo de alteración. En este apartado se analizaron las respuestas ofrecidas por dichos informantes, se categorizaron para posteriormente ser estructuradas las categorías emergentes y así llegar a la contrastación de dicha información.

Momento V: Conclusiones y recomendaciones. En esta sección de la investigación se encuentran las reflexiones finales relacionada con los objetivos de la investigación y la apología.

Momento VI: El desenlace. En este momento se construyó el protocolo de inclusión de familiares siguiendo la estructura ofrecida por el departamento de Organización y métodos del Centro Médico Docente la Trinidad además de, tomar los aspectos o categorías emergentes como parte en la elaboración del mismo.

MOMENTO I

RECORRIDO POR LA REALIDAD

Desde el ejercicio de la enfermería por parte de Florence Nightingale quien es la máxima referente de la misma, se consideraba necesario separar a los heridos de la guerra de Crimea y posteriormente clasificarlos según su estado de gravedad y compromiso general de su salud, mientras que, en 1950, el anestesiólogo Safar tras desempeñar sus funciones como médico en el Baltimore City Hospital se percató que la mortalidad de los pacientes críticos era demasiado alta, dedujo que estos requerían cuidados más especializados proporcionados por personal médico y de enfermería altamente calificado y entrenado, años más tarde abordó los problemas uno a uno hasta construir un auténtico edificio.

Lima y otros (2005) refieren que:

...Peter documenta la necesidad de proporcionar cuidados a cualquier hora, no sólo para los pacientes en coma tras PCR sino para aquéllos que han sufrido intervenciones graves y necesitan ventilación mecánica y fluidoterapia de forma continuada. ...en 1958 inicia la que se puede denominar la primera unidad de cuidados intensivos polivalentes con personal médico. (p.1)

Así mismo Perdomo-Cruz (1992, p.49) sostiene que “las primeras unidades centrales de tratamiento y cuidados intensivos instaladas por iniciativa de Safar en Baltimore en 1958 y en Pittsburg en 1961, replicándose con el paso del tiempo estas unidades en hospitales de todo el mundo”. Es importante señalar que se mantenían a la par de los avances tecnológicos y el desarrollo de la ciencia de la salud de esa época. Es así como en la actualidad, existen unidades de cuidados intensivos (UCI) específicas para diferentes especialidades de la salud.

Según Escudero, Viña y Calleja (2014) las unidades de cuidados intensivos son lugares “donde se regala vida, pero, también son lugares hostiles donde el paciente está sometido a condiciones ambientales muy fuertes y donde su condición

de salud es altamente crítica”. (p.1) por otra parte, Alfaro (2014) afirma que las unidades de cuidados intensivos (UCI) se dividen en 3 tipos:

Estructuras abiertas donde existen múltiples camas situadas en un mismo ambiente, estructuras cerradas orientadas para que sea posible controlar varias camas desde una estación central y por último con estructuras mixtas aquí pueden haber de 2 a 4 camas por habitación con una central de enfermería en cada una de éstas. (p.7)

Percibiendo la realidad del fenómeno

Rodas (2015) refiere que:

A simple vista se puede notar la inconformidad y el desacuerdo de los familiares al exponerle los horarios de visita y permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos – Adultos, la preocupación por la salud del paciente, los dispositivos de monitorización, así como los métodos invasivos (Línea Arterial, Abordaje venoso central, tubo orotraqueal, entre otros). (p.14)

Así mismo, el poco conocimiento que poseen sobre la condición de su familiar lo que trae como consecuencia una serie de trastornos como: la ansiedad, el estrés, la irritabilidad, entre otros. En este mismo sentido Plowright (2007) expresa que “desde los años 60, la política de visitas propuesta por el Servicio Público de Salud de los Estados Unidos para las Unidades de Cuidados Intensivos, restringía a períodos 5 minutos cada hora”. (p.1) Un ejemplo de este caso es el hospital Memorial Sloan Kettering (MSK) (2022) ubicado en la ciudad de New York en los Estados Unidos de América, en su página web posee un instructivo para familiares que planean visitar a su ser querido hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, dicha guía establece desde el horario de visitar, cantidad de personas que pueden visitar al paciente por vez y al día, resaltan las normativas adicionales para la precaución del contagio o transmisión del SARS COV-2 (COVID 19).

Lo que puede resaltarse es un apartado en letras negritas donde se advierten que en ocasiones las visitas pueden representar para los pacientes fatiga y/o estrés, por lo que esta institución lleva un registro del tiempo que pasa el familiar con su ser querido. A pesar de que existen instituciones con este tipo de políticas poco inclusivas, a nivel mundial se han realizado múltiples estudios que sustentan que una

mayor cantidad de tiempo de visita para un paciente hospitalizado es sinónimo de una mejoría clínica, además de los beneficios a corto plazo como la reducción de la ansiedad o el estrés, sin mencionar la prevención del delirium. Una afirmación similar la proporciona Aparicio (2014, p. 7) quien realizó un trabajo documental en el que consultó 25 artículos relacionados a la problemática anteriormente descrita. Analizó 98 UCI españolas y definió la política restrictiva como: “un número de visitantes en un período específico común para los familiares de todos los pacientes”. Aparicio (2014, p. 7)

Las variables que se tomaron en cuenta en dicha investigación para diferenciar las políticas de visitas fueron:

El número de visitantes al día, duración de las visitas, número de familiares que entran en cada visita, número de familiares que lo hacen de manera simultánea, número de veces al día que se informa y profesión de la unidad responsable de dar la información, utilización o no de información escrita y telefónica como apoyo a la información directa, medidas que adoptan los familiares en ciertos cuidados, localización de la sala de espera, existencia o no de protocolos de atención a familiares. Aparicio (2014, p. 6)

El estudio reflejó que el 5,1% de las UCI permitía la libertad de entrada y la duración solía ser de 30 minutos en la mayoría de los casos. Finalmente, la investigación concluyó que el patrón habitual de las UCI españolas es del tipo restrictivo “manteniendo una gran separación de los familiares con el equipo de cuidadores”. (Aparicio, 2014, p. 6) En relación a esto un artículo de la página web El Hospital (2021) sostiene que uno de los principales retos de la medicina intensiva en América Latina es “El tener que explicar con claridad al familiar o al paciente que está en la terapia intensiva, la situación y lo que va encontrar” para ello en Argentina algunos hospitales disponen de una página web donde los familiares pueden escribir sus dudas y además cuenta con contenido informativo sobre la Unidad de Cuidados Intensivos.

El autor de la investigación ha presenciado el uso de excusas recurrente en las unidades de cuidados intensivos por parte del personal médico y de enfermería, siendo los múltiples procedimientos que allí se pueden realizar, tales como: cura de

abordajes venosos centrales o periféricos, líneas arteriales, cura de heridas operatorias o lesiones en piel como quemadas o úlceras por presión, la más utilizada por estos. Es importante agregar que se suele subestimar la tolerancia de los familiares ante estos procedimientos por el hecho de que muchos no pertenecer a la rama de salud, además asumen que los mismos no tendrán los cuidados asépticos necesarios y que su colaboración será tórpida, de esta manera se excluye totalmente al mismo de la rutina diaria realizada al paciente crítico.

Por otra parte, está el proceso de desinformación a los familiares acerca de la condición de salud del paciente, en algunos casos se restringe el proceso de información a un horario que ya se encuentra establecido o es variable, excluyendo en a familiares que por otras ocupaciones no pueden llegar al centro de salud al horario establecido. Rodas (2015) en su investigación realizada en Ecuador, resalta que “la mayor preocupación de los familiares es la desinformación, el no conocer sobre la situación actual de su ser querido, pudiendo llevar en muchos de estos casos a la aparición de ansiedad, depresión, incertidumbre, inquietud, entre otros trastornos psicológicos”. (p. 15)

El Centro Médico Docente la Trinidad, ubicada en el municipio el Hatillo, está catalogado como un hospital tipo VI, con servicios como quirófano general, ambulatorio, unidad de diálisis, consultas médicas básicas, especiales, unidad de cuidados intensivos neonatales, pediátricos y específicamente del adulto. Dicho centro de salud no se encuentra exento a esta realidad universal mencionada, ya que diariamente ingresan pacientes tipo I, II, III y/o IV según la clasificación que proporciona la Therapeutic and Intervention Scoring System (TISS), según Alarcón y otros (2020): “determina el nivel de gravedad que presenta el paciente crítico, y es un predictor valioso para cuantificar la carga de trabajo del profesional de enfermería”. (p.1) El tipo I es un paciente que requiere observación y el tipo IV aquel que necesita de terapéutica y observación intensiva. Muchos de estos pacientes llegan a la institución acompañado de sus familiares.

Duque y otros (2020, p.2) refieren que “de manera directa los familiares expresan sus inconformidades, miedos y dudas verbalmente” sin embargo otra parte

de ellos lo hacen por medio de “gesticulaciones y lenguaje corporal” mostrando así “su nivel de ansiedad e incertidumbre” ante lo que les espera a ellos mismos y a su ser querido en la ya mencionada unidad. La misma autora refiere que “estas observaciones son mayormente expresadas al personal de enfermería” (p.2).

El autor de la investigación durante el desarrollo de su experiencia profesional, logró observar que la manera más común en la que los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos - adultos, manifestaba la ansiedad. Dicha forma era a través de la intranquilidad (ir de un lugar a otro desesperadamente), llanto, aislamiento, desorientación temporal, agresividad, hábitos tabáquicos acentuados y preguntas recurrentes al personal que labora en la unidad. En el mismo orden de ideas, dichos familiares en puntuales oportunidades han expresado su desacuerdo con los horarios establecidos de visita de 9am a 6pm, donde se restringe el paso de familiares si se está realizando procedimientos como: abordajes venosos centrales, líneas arteriales, intubación orotraqueal, resucitación cardiopulmonar, situaciones especiales como el recibimiento de un nuevo paciente a la unidad, la revisión y discusión de casos por el equipo multidisciplinario.

Es importante resaltar que otra de las situaciones donde se restringen las visitas es al momento de realizar el aseo y confort, cambio de pañales, administración de nutrición enteral, cambio de curas o simplemente el traslado de la cama hacia un sillón del paciente. Esto en algunos casos genera que los familiares refieran su inquietud y curiosidad por conocer el: ¿Por qué se les excluye de estos procedimientos? otros grupos de familiares han expresado su deseo de participar en dichos procedimientos, siendo en gran parte de las oportunidades una negación como respuesta por parte del personal de enfermería ante dicha solicitud. En puntuales casos los mismos pacientes rehúsan la ayuda por parte de sus familiares y solicitan solo apoyo por parte de los profesionales.

Para habilitar esta acción en pocas oportunidades el profesional de enfermería solicita autorización por parte de su supervisor y este básicamente decide si es adecuado o no basado en la complejidad del procedimiento, posibles efectos no deseados por causa de la intervención del familiar, efecto emocional en el familiar,

entre otros aspectos importantes. Por consiguiente, los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos – adultos, participan muy poco en los procedimientos anteriormente mencionados.

Resulta esencial destacar que la presente investigación se encuentra en lo que se ha definido como brecha de investigación. Acerca de este término Arias y Artigas (2022) desde su postura refieren que “son vacíos en el conocimiento, evidencias insuficientes, inconsistencias... que pueden ser detectados en aspectos teóricos...” (p. 2) específicamente el tipo de brecha presente es la de conocimiento la cual es definida por estos mismos autores como aquella que: “equivale a un vacío en el conocimiento que puede surgir por no haber encontrado una respuesta... o por la obtención de resultados no esperados”. (p. 3)

En consistencia con la realidad descrita y la identificación de la brecha de investigación se genera una interrogante general:

¿Cómo resignificar un protocolo para la inclusión de los familiares del paciente a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas en la unidad de cuidados intensivos para adultos del Centro Médico Docente la Trinidad?

En este mismo orden de ideas se derivan interrogantes específicas:

¿Cuál es la postura que asumen los familiares durante la realización del higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general cumplido por los enfermeros intensivistas?

¿Cuáles son las características de una unidad de cuidados intensivos a puertas abiertas referido a la inclusión de los familiares a los procedimientos realizados por los enfermeros intensivistas?

¿Qué acciones pueden facilitar la inclusión de los familiares a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas?

Propósitos de la investigación

Propósito general

Resignificar un protocolo para la inclusión de los familiares del paciente a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas en la unidad de cuidados intensivos para adultos del centro médico docente la trinidad

Propósitos específicos

- Indagar la postura que asumen los familiares durante la realización del higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general cumplido por los enfermeros intensivistas.
- Describir las características de una unidad de cuidados intensivos a puertas abiertas referido a la inclusión de los familiares a los procedimientos realizados por los enfermeros intensivistas.
- Develar acciones que puedan facilitar la inclusión de los familiares a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas.

Apología

Basado en el concepto de innovación que establece la guía para la recogida e interpretación de datos sobre innovación (2005):

Es la introducción de un nuevo, o significativamente mejorado, producto (bien o servicio), de un proceso, de un nuevo método de comercialización o de un nuevo método organizativo, en las prácticas internas de la empresa, la organización del lugar de trabajo o las relaciones exteriores. (p. 26)

En el mismo orden de ideas, actualmente en Venezuela no se han dado a conocer trabajos de investigación enmarcados en este tema por lo que, se podría considerar que este trabajo de investigación es un producto innovador tanto en la empresa como en el país. A nivel bibliográfico, durante el proceso de esta investigación no se hallaron clasificaciones de los procedimientos de enfermería en tema de complejidad o por algún otro tipo de agrupación por lo que al no poseer de

algún soporte teórico que fundamente la agrupación de los mismos se decide continuar nombrando en el objetivo general y los específicos los procedimientos que se encuentran allí descritos de manera individual.

Desde el punto de vista social se proporcionará un impacto positivo en la vida de los familiares de los usuarios hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos para adultos del Centro Médico Docente la Trinidad ya que se reducirá significativamente la ansiedad que produce el desconocimiento en algunas personas, por medio de la inclusión a los procedimientos de enfermería que se le realicen diariamente al paciente. Esto propulsará el rol docente del personal de enfermería debido a que, continuamente explicarán los procedimientos y los pasos que cumplen para su correcta realización.

Sin dejar aparte el aporte gremial, investigativo y teórico que este trabajo significará para aquellos que deseen trabajar con protocolo de inclusión de los familiares a los procedimientos de enfermería, más que un antecedente de investigación, tendrán la opinión y vivencias de aquellos que participarán activamente y protagonizarán este proceso investigativo. No se debe olvidar el aporte institucional que representa la realización de una propuesta innovadora en este centro médico de distinguida reputación a nivel nacional, considerando que se volvería la primera unidad de cuidados críticos para adultos de puertas abiertas en el país.

Zabalegui (2003) refiere que la función de la enfermería es: “promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento” (p. 3) sin embargo, desde la postura del autor se podría agregar que la interacción en el ejercicio profesional de la enfermería debe sustentarse en tres pilares básicos: responder a las necesidades del usuario, mejorar continuamente los servicios y crear los servicios adecuados para la mejor producción, por consiguiente, el presente estudio resignificará una propuesta de unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas para adultos en el centro médico docente la trinidad.

Es preciso destacar que el norte de esta investigación fue guiado al bienestar de los dos individuos más importantes para la profesión de enfermería: el paciente y

a su lado los familiares ya que, no solo el primer mencionado es quien padece las enfermedades, complicaciones, síntomas, entre otros. El familiar se encuentra en una postura igual de crítica, porque debe mantenerse centrado en pagar cuentas, seguir siendo un padre, madre, hijo en cualquiera de los casos ante la sociedad. En términos prácticos la vida no se detiene por el hecho de que tengamos un familiar en hospitalizado en una unidad de cuidados críticos. Es por ello, que el aporte más relevante es proporcionar continuamente medidas que ayuden a que la carga mental y psicológica de estos individuos sean un poco más baja y en consecuencia llevadera.

El objetivo del trabajo de investigación se enmarca en mejorar la calidad de vida de los individuos que se favorezcan de este protocolo por lo que la línea de investigación: Sociedad y Educación, perteneciente a la Universidad Pedagógica Experimental Libertador será colaborador en primera fila de un proceso innovador en el país, además que constituirá un valioso aporte a la línea de investigación Sociedad y Educación del Instituto de Mejoramiento Profesional del Magisterio de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador de la ciudad de caracas, puesto a que recibirá un protocolo destinado a la inclusión de los familiares a los procedimientos de los enfermeros intensivistas.

MOMENTO II

VISIÓN DESDE LOS DIFERENTES AUTORES

En esta sección se presentan los antecedentes, las bases teóricas como también los soportes legales necesarios para estructurar y fundamentar el presente trabajo de investigación.

Precedentes de la inquisición del conocimiento

Hernández (2014. p. 60) utilizando una analogía del ámbito musical refiere que “el músico debe basarse en varios ejes: conocimientos musicales, creatividad y experiencia. Así mismo, es vital que revise el trabajo previo de otros músicos en su género” por consiguiente, “lo mismo ocurre con el investigador” ya que este debe “revisar trabajos previos vinculados a su planteamiento, efectuados en su país, en otras naciones iberoamericanas y aun en otras latitudes donde se realizan numerosas investigaciones”. Es por ello que, durante el desarrollo investigativo se consultarán múltiples sustentos teóricos relacionados a la concepción de las unidades de cuidados intensivos y la nueva tendencia europea de reestructurarlas a nivel funcional y convertirlas en unidades de cuidados intensivos a puertas abiertas.

Debido a que es un tema en actual desarrollo posee pocos sustentos investigativos, en consistencia con lo expuesto por Arias y Artigas (2022) esta investigación se encuentra dentro de una brecha, específicamente una de conocimiento por lo que declaro el uso de dos antecedentes que actualmente se encuentran disponibles en la red, sin embargo, al ser la enfermería una ciencia en constante crecimiento no se descarta la posibilidad del surgimiento de un trabajo investigativo con nivel de post grado que pueda reforzar la actual investigación.

El trabajo investigativo de post grado: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de Puertas Abiertas: Un estudio multicéntrico de corte transversal” de la universidad de San Francisco de Quito USFQ, Alvear (2022) plantea como su objetivo general: “Evaluar el grado de

conocimientos, actitudes y prácticas sobre UCIPs de Puertas Abiertas, en el personal de salud de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos de Quito, Ecuador”. (p. 5) Su metodología fue un tipo de Investigación de tipo CAP (conocimientos, actitudes y prácticas), donde el diseño de investigación fue descriptivo, transversal. Su muestra fue de 190 profesionales de enfermería en 6 hospitales de la localidad utilizando un instrumento constituido por 17 preguntas. (p. 5)

El proceso investigativo del autor le llevó a describir las unidades de cuidados intensivos a puertas abiertas como aquellas que “forman parte del proceso de atención centrada en la familia. Facilita la recuperación, mejora la comunicación, ayuda a manejar el estrés, e incrementar la satisfacción con la atención médica”. (p.5) También resalta que la “unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas constituye uno de los primeros pasos para brindar al paciente una atención humanizada, en la cual se pretende garantizar su bienestar y el de su familia”. (p.5) Tras esta disertación se puede afirmar que la inclusión de los familiares además de la participación en los cuidados individuales de cada paciente representa un paso fundamental para formar una unidad crítica de puertas abiertas.

Es importante destacar que durante el estudio surgieron datos que muestran que en general los profesionales de enfermería tienen buenas actitudes, prácticas y disposición a poner en práctica esta modalidad de UCIP a puertas abiertas además de ello, el 75,8% de los profesionales encuestados reflejó en sus encuestas que la presencia del familiar proporciona apoyo emocional al paciente. Surgió además la necesidad de incrementar los niveles de conocimiento de los profesionales mayormente enfocado en la humanización de la atención médica y de enfermería en las UCIP del país. Todo esto motivado a las diferencias notables que hubo en las respuestas obtenidas del instrumento. (p. 50)

La investigación requerida para el grado de maestría en epidemiología, titulada: “unidad de cuidado intensivo adulto cerrada versus abierta: ansiedad en cuidadores-familiares” de la universidad Del Rosario en Bogotá, Díaz y Díaz (2018) se plantea como objetivo general: “Estimar la prevalencia de ansiedad estado y la diferencia en el grado de ansiedad en cuidadores-familiares de pacientes en UCIA

con y sin restricción de visitas, en la Clínica los Andes Tunja durante abril de 2017 a septiembre de 2017” (p.11)

La metodología utilizada fue un “estudio de tipo cuasi-experimental en el que se identificaron dos grupos de familiares de los pacientes, expuestos a una política de restricción de visitas (política actual de la clínica), y al protocolo de visitas flexibles”. (p.11). Las unidades muestrales se adquirieron de “manera secuencial cada vez que ingresaban los pacientes a la UCIA” (p.11), realizaron un “cuestionario sociodemográfico y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)” (p.11). Los autores refieren que “recientemente se ha planteado que la cultura de UCI cerrada o restrictiva impide conocer y solucionar necesidades de cercanía y acompañamiento entre familia y pacientes”. (p.14)

Adicionalmente establecen que “la apertura de la UCI o flexibilización de las visitas, reduce el estrés psicológico y la ansiedad debido a la proximidad que establecen los familiares con su ser querido”. (p.14) Por lo que nuevamente se reafirma que el régimen restrictivo impide que haya una comunicación y un acercamiento afectivo y efectivo entre familiares y pacientes, sin mencionar el beneficio psicológico que conlleva dicho vínculo o relación.

El estudio concluye resaltando la “diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia y el grado de ansiedad de los cuidadores-familiares y de pacientes” “...En dos condiciones distintas: restricción y no restricción de visitas”. (p.74) Además de ello resalta los beneficios de una UCI de “puertas abiertas” en lo que se destaca: la planificación y personalización de la atención como de los “planes de cuidado de enfermería, que involucran a los cuidadores-familiares y disminuyen emociones negativas”. (p.74) En consistencia con lo anterior un régimen de visitas restrictivo y una inexistente colaboración de los familiares en los cuidados al paciente crítico “impide conocer y solucionar necesidades de cercanía y acompañamiento” (p.74) por lo que es importante señalar lo vital que resulta la inclusión y la flexibilización de las visitas en el bienestar de los pacientes.

Perspectiva teórica

Hernández (2014. p. 60) define esta etapa del proceso de investigación como “un proceso de inmersión en el conocimiento existente” “y un producto (marco teórico) que a su vez es parte de un producto mayor” además de esto la “perspectiva teórica proporciona una visión sobre dónde se sitúa el planteamiento propuesto dentro del campo de conocimiento”. En este apartado se definirán los pilares teóricos que dan forma a este momento de la investigación.

Unidad de cuidados intensivos (UCI)

Rodríguez y Franco (2017) refieren que:

...desde tiempos remotos existe la imperiosa necesidad de atender de forma prioritaria a los pacientes en peligro de muerte, situación que se refleja desde el año 1854 durante la Guerra de Crimea, cuando Florence Nightingale consideró que era preciso separar a los soldados en estado de gravedad de aquéllos que sólo tenían heridas menores para cuidarlos de manera especial. (p. 1)

Con respecto a las primeras unidades centrales de tratamiento y cuidado intensivo en el sentido actual sostiene Perdomo-Cruz (1992) que este concepto fue instalado por iniciativa de Safar en Baltimore en 1958 y en Pittsburg en 1961 “y con el paso del tiempo estas unidades fueron creándose en hospitales de todo el mundo a la par de los avances tecnológicos y el desarrollo de la medicina como ciencia”. (p. 1) Hoy en día existen unidades de cuidados intensivos específicas para diferentes especialidades de la salud. Desde un punto de vista filosófico Vandijck (1994) define a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como “un lugar hermoso donde se regala vida, pero también es un lugar hostil donde los pacientes se enfrentan a una enfermedad terrible en condiciones ambientales muy adversas”. (p. 1)

Según Alfaro (2014, p. 7), las UCI se clasifican en 3 tipos:

Estructuras abiertas donde existen múltiples camas situadas en un mismo ambiente, estructuras cerradas orientadas para que sea posible controlar varias camas desde una estación central y por último con estructuras mixtas aquí pueden existir de 2 a 4 camas por habitación con una central de enfermería en cada una de éstas.

Humanización de las unidades de cuidados intensivos

Martínez (2021, p.1-2) refiere que “en la actualidad se encuentran en desarrollo iniciativas en países como Estados Unidos de América donde el mismo es dirigido por la Sociedad Americana de Medicina Crítica y en España por el Heras”. El proyecto lleva como nombre “humanizando los cuidados intensivos: proyecto HU-CI”. Dicho proyecto tiene varios objetivos guiados a alcanzar un mayor beneficio en los pacientes, familiares y el equipo multidisciplinario de salud. Otro de las iniciativas es la UCI de puertas abiertas, donde la idea principal es la participación de los familiares en el cuidado del enfermo y finalmente mejorar la comunicación entre el paciente, familiar y personal de salud en general.

Unidad de cuidados intensivos a puertas abiertas

Se ha dejado en evidencia que una unidad de cuidados intensivos (UCI) es un área especializada en el cuidado de los pacientes críticos, sin embargo, una interrogante sería: ¿Qué es una unidad de cuidados intensivos a puertas abiertas? Martínez (2021) responde esa incógnita con una serie de características que la definen por sí sola. Una UCI a puertas abiertas ayuda a “reducir o eliminar toda limitación impuesta en tres dimensiones: temporal, física (contacto) y de relación (comunicación poco clara, incompleta o inexistente) en la que no exista justificación”. (p.2)

Paciente crítico

El paciente y sus cuidados son la máxima razón del ser de la enfermería, el paciente crítico en una unidad de cuidados intensivos es responsabilidad absoluta del conjunto de profesionales que allí laboran; dentro de ellos se encuentran: médicos y enfermeros intensivistas, terapeutas respiratorios, fisioterapeutas entre otros. Es por ello que el paciente crítico según Aguilar y Martínez (2017): “aquél que presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad tal que representan una amenaza real o potencial para su vida y que al mismo tiempo son susceptibles de recuperación”. (p.2) Este tipo de pacientes poseen una serie de características que lo definen, Aguilar y Martínez (2017) las enumeraron: “1)

Enfermedad grave, 2) Potencial de revertir la enfermedad, 3) Necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos, 4) Necesidad de un área tecnificada (UCI)". (p.1)

Familiar del paciente crítico

La Organización Mundial para la Salud concibe a la familia como: "conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.)" mientras que D' Agostino (2007) desde el punto de vista filosófico sostiene que:

La familiaridad es una dimensión constitutiva del ser del hombre porque, gracias a esa dimensión, el hombre adquiere su identidad. Y dentro de la familia, el amor conyugal, más allá de la ceguera de las pasiones subjetivas, es signo profundo de la libertad humana. (p. 1)

Tomando de base estas 2 vertientes (científica y filosófica) se puede decir que una familia es un grupo de personas viviendo en comunidad donde mantienen roles definidos y en los que cada individuo necesita de esa comunidad para adquirir su identidad como persona, en el mismo orden de ideas, Sánchez et al (2016 p. 2) sostiene que el familiar del paciente crítico es "una parte fundamental de la recuperación del mismo", sin embargo, también refiere que: "cada miembro de la familia experimenta de un modo u otro angustia y preocupación ante la enfermedad y hospitalización de un ser querido" por lo que se podría establecer por lógica que una persona que no posea calma no puede proporcionar a otro de ella.

En el desarrollo de la investigación se han mencionado las múltiples ventajas que aportan los familiares al paciente en general y en especial al paciente crítico, sin embargo, Sánchez et al (2016) resaltan que: "la familia como una valiosa herramienta en la atención holística al paciente crítico. Disminuye por un lado el estrés y el delirium derivados de su enfermedad y de la iatrogenia". (p.2)

El enfermero Intensivista

La enfermería inició como profesión desde los años 1853 – 1856 cuando la máxima referente de la enfermería Florence Nightingale ejercía funciones como voluntaria para atender a los soldados heridos en la guerra de Crimea, diseñó un sistema de clasificación (lo que hoy conocemos como triaje) donde catalogaba la gravedad de los pacientes para priorizar la inmediatez de la atención y el tipo de atención que requería, realizó una teoría llamada la teoría del entorno donde básicamente establecía una serie de parámetros o aspectos a tomar en cuenta al momento de la atención al paciente. Desde cambio de sábanas, cambios posturales, cambio de apósitos de curas, la atención al confort del ambiente en general. Sostenía que la recuperación del paciente dependía de su entorno. Hoy en día es una teoría que continúa siendo aplicada en cada hospital del mundo.

Guevara (2007 p.1) señala una serie de aspectos que posee el enfermero intensivista, de ellos se destaca: “un perfil enmarcado en una filosofía integradora que incluya conocimientos afectivos, emocionales, científicos y tecnológicos”. No se puede dejar de lado que los cuidados y la atención que proporcione dicho personal deben estar enmarcados a otorgar “felicidad no sólo para él y sus familiares sino también para la colectividad”. Guevara (2007 p.1)

Síndrome post cuidados intensivos

Mateo, Puchades y otros (2022 p.1) se refieren al síndrome post cuidados intensivos como “el deterioro físico, cognitivo o psiquiátrico que aparece después de una enfermedad crítica y persiste tras el ingreso hospitalario”. Martínez (2021) muestra una serie de aspectos y situaciones que favorecen la aparición del síndrome, dentro de ellas se destacan:

...limitada comunicación entre el enfermo y el equipo de la UCI, así como un lenguaje muy técnico, movimiento limitado o incomodidad del enfermo, exceso de luz y ruido que condicionan alteraciones del sueño, uso de restricciones físicas (sujeciones), invasión física con dispositivos necesarios en el tratamiento (catéteres y sondas, ventiladores mecánicos, equipos de sustitución renal y otro tipo de monitores); otros factores son propios del enfermo como sed, dolor y miedo. (p.1)

Garzarón (2019 p. 9) también resalta que “del 30 al 50% de los pacientes que egresan de la unidad de cuidados pueden presentar este síndrome”. No solo los pacientes pueden padecerlo, Martínez (2021 p.2) refiere que en “algunos familiares se genera el síndrome post cuidados intensivos, motivado a la falta de información, información impartida de manera muy técnica, largos periodos de privación de visitas, entre otros”.

Aseo y confort al paciente.

Resulta uno de los procedimientos más habituales en la práctica diaria de la enfermería además de ser uno de los más antiguos en practicarse, ya que es básico para el ser humano mantenerse limpio e higiénico, García (2021. p.5, 29) sostiene que “aporta innumerables beneficios al paciente y afianza la relación entre profesional y usuario” y “se encuentran encaminadas a satisfacer las necesidades del paciente”. Realizar esta técnica no solo tiene como finalidad satisfacer las necesidades del paciente, sino que también, “además de constituir una medida preventiva contra las infecciones”.

García (2021) también establece una serie de objetivos del aseo de los cuales se destacan:

Eliminar el exceso de sudor, suciedad de la piel, arrastrar y eliminar las células muertas de la piel que se produce por el proceso de descamación, eliminar el mal olor corporal, provocar confort y aumentar el descanso, mediante masaje de ciertas zonas aumentar la circulación sanguínea, eliminar el crecimiento de ciertos patógenos que habitan en la piel, hidratar la piel para preservar su integridad. (p.29-30)

Con tan solo observar este grupo de beneficios u objetivos es notoria la importancia del cumplimiento de este procedimiento, sin embargo, es también importante resaltar: ¿Qué importancia tendría la inclusión de los familiares a este cuidado diario que cumplen el personal de enfermería en general?

Administración de nutrición enteral.

La administración de nutrición enteral es un procedimiento comúnmente realizado por el personal de enfermería, según Álvarez (2006 p.1) es una “práctica de primera elección en pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición que tienen un intestino mínimamente funcionando y no son capaces de cubrir con la alimentación natural o suplementación”. No solo se administran alimentos y/o suplementos también se administran medicamentos que usualmente serían administrados vía oral. Álvarez (2006 p.2) sostiene que “hace 3.500 años aproximadamente fueron los egipcios los que iniciaron esta técnica” además de esto, reseña que en múltiples papiros se describían técnicas de nutrición mediante enemas rectales. Relata en el mismo apartado que se administraban “una gran variedad de alimentos como leche, suero lácteo, cereales germinados, vino, entre otros”.

Desde un punto de vista moderno la nutrición enteral es “la administración de una solución de nutrientes por vía oral o mediante sonda con la intención de contribuir al aprovisionamiento de los requerimientos totales o parciales de los mismos” Álvarez (2006 p.3). Como ya se menciona la misma puede ser administrada por sonda ya sea de colocación nasal (sondaje nasogástrico), oral (sondaje orogástrico), transpilórico (nasoyeyunal) y por gastrostomía.

Realización, cambio de curas y apósitos en general.

Antes de definir lo que es el procedimiento de cura es necesario comprender para que se realiza, por ello Núñez (2017 p.10) define a la herida quirúrgica como “la interrupción de la integridad cutánea, llevada a cabo en ambiente de asepsia, con objetivos terapéuticos y/o reparadores en situaciones urgentes o programadas”. En consecuencia, se puede definir la cura como la “técnica que tiene como objetivo evitar las complicaciones que se puedan producir en el proceso de cicatrización de las heridas quirúrgicas”. Núñez (2017 p.10) Por otra parte, las complicaciones más comunes son: “la infección, la formación de flictenas en la piel perilesional, la maceración o la aparición de dehiscencias” Núñez (2017 p.10), además de esto

promovemos de confort al paciente manteniéndolo limpio y a gusto en el proceso de recuperación.

Es importante señalar que el proceso de cura o curación debe realizarse con técnica aséptica por lo que se requiere cierto cuidado en la técnica. Dentro de los materiales citados por Núñez (2017 p.11) tenemos: “Guantes estériles, antiséptico (clorhexidina alcohólica al 2%), suero fisiológico (solución salina al 0,9), apósito de hidrofibra de hidrocoloide en cinta, film transparente de poliuretano”. Después de una cuidadosa explicación y demostración un familiar puede ser instruido en el procedimiento para que sea asistente de quien realice la cura o dependiendo de su potencial y/o deseo personal puede llegar a realizar la misma bajo la supervisión de un enfermero intensivista.

Teoría de enfermería de Jean Watson

Según un artículo investigativo realizado en el 2015 por Ramírez, Meneses y otro:

Se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería. ...sostiene que el Cuidado Humano comprende; un compromiso moral (proteger y realzar la dignidad humana; va más allá de una evaluación médica), la experiencia, percepción y la conexión: (mostrando interés profundo a la persona). El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado. (p. 5)

Las unidades de cuidados intensivos a puertas abiertas basan su accionar en una metodología de trabajo enfocada en la humanización de los cuidados, es por ello que la teoría de Watson se relaciona con el trabajo investigativo en proceso. El enfoque fenomenológico, realzando la moral y ética de la profesión de enfermería guiado a la mejora de las practicas. Todo ordenado a mejorar la calidad de atención, elevar la percepción y satisfacción del paciente con respecto a los cuidados de enfermería.

Teoría cognitivista del aprendizaje

La teoría cognitivista fue creada por el Psicólogo del desarrollo Jean Piaget y se centra en la percepción, la adaptación y la manipulación del entorno que le rodea. “Es conocida principalmente como una teoría de las etapas de desarrollo, pero, de hecho, se trata de la naturaleza del conocimiento en sí y cómo los seres humanos llegan gradualmente a adquirirlo, construirlo y utilizarlo”. Lamban (2015, p.1) Para Piaget el proceso de aprendizaje era una reorganización continua de la maduración biológica la experiencia del individuo con el espacio y medio ambiente que además se mantiene en constante cambio. El desarrollo involucra 2 aspectos y Piaget los describió como: etapas y transformaciones, donde las etapas son “las condiciones o las apariencias en el que pueden encontrar las personas o cosas entre las transformaciones” mientras que las transformaciones “se refieren a toda clase de cambios que pueda experimentar una persona o cosa”. Lamba (2015, p.1)

Según Lamba (2015) refiere que:

Piaget sostenía que, si la inteligencia humana es adaptativa, debe tener las funciones para representar tanto los aspectos transformacionales y los aspectos estáticos de la realidad. Propuso que la inteligencia operativa es responsable de la representación y la manipulación de los aspectos dinámicos o transformacionales de la realidad y que la inteligencia figurativa es responsable de la representación de los aspectos estáticos de la realidad. (p.1-2)

El proceso de “salir de la zona de confort” siempre ha representado y generado estrés en la mayoría de los individuos, el proceso de adaptación que describe Piaget resulta adecuado para lo que desencadenará una propuesta de unidad de cuidados intensivos a puertas abiertas, cuando se viene trabajando bajo un régimen restrictivo, sin embargo, no significa que los individuos no lograrán adaptarse, solo que tomará su tiempo y su proceso.

Esta teoría guarda relación estrecha con el trabajo de investigación ya que se busca implementar nuevas metodologías de trabajo que generaran cambios positivos, lo cual requiere de una formación extensiva del personal involucrado en el desenvolvimiento diario de la unidad de cuidados intensivos. Los enfermeros

intensivistas colaboraran activamente con su formación lo cual los hará adquirir nuevos conocimientos que luego junto a sus formadores construirán los protocolos que regirán la UCI a puertas abiertas para posteriormente utilizarlos para proporcionar cuidados humanizados.

Reseña Histórica de Centro Médico Docente La Trinidad

En la década del sesenta la atención médica en Caracas estaba dividida entre Clínicas Privadas y Hospitales Públicos en los cuales, además, se impartía la docencia médica de pregrado y postgrado. La jornada de trabajo de un médico docente era dividida entre estos dos escenarios, con las complicaciones, inconvenientes y fallas, de este sistema compartido.

Es por ello que surge la inquietud de crear una institución que pudiera englobar los diferentes aspectos de la atención médica, la docencia tanto en Medicina como en actividades conexas y la investigación en áreas de la salud. Esta idea fue planteada por los médicos promotores a la Sociedad Civil, en donde hubo una gran receptividad y de allí surgió la Asociación Civil Centro Médico Docente La Trinidad, cuyos fundadores fueron médicos, personas naturales y jurídicas, quienes en su Acta Constitutiva consagraron el no perseguir fines de lucro de ninguna especie y que los beneficios que pudieran obtenerse serían destinados al sostenimiento de sus actividades propias. Igualmente, señalan que la Asociación ha sido organizada exclusivamente con propósitos asistenciales, educacionales y científicos, con una percepción comunitaria y accesibilidad para los niveles sociales menos favorecidos.

En 26 años de esta actividad asistencial, docente e investigativa, hemos realizado aproximadamente 8.500.000 actos médicos, recibido a 164.000 asistentes en las actividades docentes, con un aproximado de 18.000 horas educativas hemos publicado artículos científicos y presentado una serie de trabajos clínicos y de investigación en números considerables. Hemos sido pioneros en los exámenes integrales de salud y nuestra proyección comunitaria es ampliamente reconocida. Nuestras 300.000 Historias Médicas son la más evidente señal de sólida confianza de nuestros pacientes.

Soportes legales

Villafranca (2002) Define esta sección como las “leyes que sustentan de forma legal el desarrollo del proyecto”. Además de ello, refiere que son “...reglamentos y normas necesarias en algunas investigaciones...” (p. 1) Por lo que se podría resaltar lo imperativo que es sustentar con estos soportes legales cada trabajo o intención investigativa a realizar. Partiendo de esta premisa se presentan las siguientes bases legales que ofrecen soporte a la idea investigativa:

En primera instancia se citó a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) la cuál en su Artículo 83 señala que “La salud es un derecho social fundamental, obligación del estado que lo garantizara como parte del derecho a la vida” (p. 17). Adicionalmente se destaca en el mismo artículo que:

...Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, y así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establece la ley, de conformidad con los tratados de convenios internacionales suscritos y ratificados por la república.

En relación con el artículo citado se resalta la participación activa que tiene el profesional de enfermería y el equipo multidisciplinario en la promoción y el mantenimiento de la salud de los pacientes críticos que se encuentren en el Centro Médico Docente la Trinidad, tras el cumplimiento de lo que se describirá en los próximos Momentos de la investigación.

Asimismo, el Artículo 84 expresa que:

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. (p. 17)

De igual forma también resalta el “derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud” que posee la comunidad (p. 17).

Es por ello que el autor de la investigación como parte de una comunidad activa, posee el derecho y el deber de participar en la ejecución y planificación de políticas específicas o como en este caso particular, una contribución a la comunidad desde el ámbito de salud y beneficio social de aquellos que participen en el proceso y cumplimiento de lo que se desea realizar con esta investigación.

La Ley de Universidades (1970) también representará un aporte importante y crucial en el desarrollo de esta investigación, es por ello que se citarán 3 artículos que se relacionan con el mismo.

Inicialmente el Artículo 68 donde refiere que "...Por su especial naturaleza a cada Escuela corresponde enseñar e investigar un grupo de Disciplinas fundamentales y afines dentro de una rama de Ciencia o de la Cultura". (p. 20) Sobreentendiendo que el Instituto de Mejoramiento Profesional del Magisterio perteneciente a la Universidad Pedagógica Experimental Libertador ofrece las herramientas a sus alumnos de post grado para realizar las ideas y trabajos investigativos relacionados a la rama de ciencia de la enseñanza o la docencia.

Continuando con la idea anterior, el Artículo 99 establece que "Se denominarán investigadores y Docentes libres aquellas personas que, por el valor de sus trabajos o investigadores, o por el mérito de su labor profesional, sean encargadas temporalmente por la Universidad para realizar funciones docentes o de investigación". (p. 25) Es evidente la responsabilidad entregada por la casa de estudio para realizar investigaciones a fines con la rama de la ciencia a la cual pertenecemos, en este caso ciencias educativas encaminadas a la innovación.

Siguiendo las instrucciones de los docentes de las diferentes cátedras se realizó inicialmente una idea investigativa que fue sometida a revisión minuciosa por un panel de jueces que dictaminó que la investigación poseía las bases suficientes para continuar y culminar su transformación en un trabajo de grado.

La Ley de Universidades en su Artículo 106 expresa que "los miembros del personal docente y de investigación deben elaborar ...los planes de sus trabajos de investigación, y someterlos para su aprobación a las respectivas autoridades

universitarias”. (p. 26) Agrega que los investigadores “...conservan completa independencia ...en la orientación y realización de sus trabajos”. (p. 26)

Sin embargo, se realizó este trabajo de investigación con la intención de que fuera evaluado por tutores, miembros de la línea de investigación y panel de jurado cuyas correcciones lo elevaron hasta cumplir con los parámetros y reglamentos propuestos por la casa de estudio.

Al ser una investigación donde el personal de enfermería fue participante activo en el proceso de enseñanza al familiar del paciente crítico es necesario citar artículos de la Ley Orgánica de la Salud (1998). Tal es el caso del Artículo 28 donde se evidencia que “La atención integral de la salud de personas, familias y comunidades, comprende actividades de prevención, promoción, restitución y rehabilitación que será prestada en establecimientos que cuenten con los servicios de atención correspondientes”. (p. 10)

La atención integral no solo debe ir guiada al paciente sino también al familiar. En este caso la idea principal es la integración del familiar a los cuidados básicos que proporciona el personal de enfermería en el área crítica.

Por último, el Código Deontológico de Enfermería (2008) ofrece 5 artículos que se relacionan de manera directa con la idea investigativa en curso. El Artículo 5 define el ideal máximo de los “...profesionales de la enfermería es el bienestar social, implícito en el fomento y preservación de la salud, respeto a la vida y a la integridad física, social y mental del ser humano”. (p. 10) por otra parte, el Artículo 29 establece que “El profesional de enfermería al proporcionar los cuidados al usuario deberá tratarlo en forma holística. (Biológica – psicológica y social)”. (p. 10)

En el mismo orden de ideas, el Artículo 32 sostiene: “los profesionales de la enfermería deberán tener en cuenta en todo momento que el enfermo forma parte de una familia y comunidad” en consecuencia, se debe procurar la integración de “...los miembros más cercanos al enfermo en el plan de cuidados con el previo consentimiento del mismo”. (p. 15)

El grupo de artículos que preceden indican que el paciente es parte de un ambiente donde se encuentran otra serie de personas a las cuales nos referimos como familia y comunidad por lo que, debemos incluir a dichos individuos en la promoción y preservación de la salud, además de, tratarlos como un ser integral desde las esferas biológicas, psicológicas y sociales. Es esta la razón fundamental por la que estos artículos guardan relación lineal con el trabajo de investigación ya que su objetivo es la de incluir a los familiares y comunidad ligada al paciente (si así él lo desea) a sus cuidados básicos realizados por los enfermeros en la unidad de cuidados intensivos – adultos del Centro Médico Docente la Trinidad.

Para sustentar las ideas propuestas en la apología se citará al Artículo 33 el cual nos indica que “El profesional de enfermería debe recordar que tiene la obligación de informar, adecuadamente a los familiares durante todo el proceso de la enfermedad dentro de los límites de sus competencias y deberes del enfermo”. (p. 11) Uno de los factores que determina una unidad de cuidados intensivos a puertas abiertas es la libertad de información (dentro del marco de responsabilidades y secreto profesional).

El artículo fomenta la entrega de información por parte del personal de enfermería, sin embargo, nos limita dentro de nuestras competencias profesionales, es decir, que no se debe revelar el contenido de la historia clínica del paciente.

Con relación a lo anterior expuesto se encuentra el Artículo 65 donde se evidencia: la coordinación y cooperación que debe mantener el profesional de enfermería “...con el resto del equipo de salud en beneficio del individuo, familia y comunidad basándose en el respeto mutuo y en la delimitación de sus funciones”. (p. 20) El trabajo en equipo es fundamental en el área de la salud, específicamente en una unidad crítica como la unidad de cuidados intensivos – adultos, ya que sin el aporte de cada integrante el cuidado del paciente es deficiente o incompleto. En este trabajo de investigación se buscó la integración del equipo multidisciplinario para contribuir en la formación del familiar en los cuidados dirigidos al paciente crítico.

MOMENTO III

FUNDAMENTO METODOLÓGICO

Antes de continuar el recorrido investigativo es preciso definir el significado de un fundamento metodológico, es por ello que Hurtado (2020) lo describe como “un proceso intelectual” y también experimental, que “se apoya en un conjunto de métodos con aplicación sistemática”. (p.1) Además, agrega que “Toda investigación debe estar enmarcada en un enfoque y que este a su vez se corresponda a un paradigma o visión de mundo”. (p.1) En este momento investigativo se buscará dar forma a este fundamento metodológico mediante autores que sustenten el contenido de este apartado, además de las características propias del camino investigativo que transita el investigador.

Visión Paradigmática

Para Vasilachis (1997) los paradigmas de investigación son “los marcos teórico-metodológicos de interpretación de los fenómenos sociales creados y/o adoptados por los científicos sociales”. (p.3) Mientras que para Kuhn (1962) se pueden relacionar “estrechamente con la ciencia normal” es decir, “la génesis y la continuación de una tradición particular de la investigación científica” adicionalmente “proporcionan modelos de los que surgen tradiciones particularmente coherentes de investigación científica”. (p. 34) Así mismo, Kuhn (1962) señala que estudiar los paradigmas “es lo que prepara principalmente al estudiante para entrar a formar parte como miembro de la comunidad científica” (p.34).

Godínez (2013 p. 3-7) nombra tres tipos principales de paradigmas, los cuales son: el paradigma positivista, interpretativo y materialista-histórico. En el caso de la investigación en curso se tomó el paradigma interpretativo, ya que se necesita la percepción del sujeto de estudio para así guiar la investigación hasta un desenlace. Y ¿Qué es la percepción? Al respecto, un artículo de BBC New Mundo (2022) indica

que “es una experiencia subjetiva, y podemos decir que cada uno tiene la suya, aunque podamos comunicarla y llegar a un acuerdo grande”. Después de esta afirmación es importante agregar que desde nuestro nacimiento somos individuos diferentes que perciben la realidad basados en “una selección de la estimulación” que cada individuo es capaz de percibir, sin embargo, es complicado de explicar ya que no hay una opinión objetiva o común para ciertos fenómenos en la vida diaria, en consecuencia, Noguero (2002 p. 2) refiere:

...en las disciplinas de ámbito social existen diferentes problemáticas, cuestiones y restricciones que no se pueden explicar ni comprender en toda su extensión desde la metodología cuantitativa... Varias perspectivas y corrientes han contribuido al desarrollo de esta nueva era, cuyos presupuestos coinciden en lo que se ha llamado paradigma hermenéutico, interpretativo-simbólico o fenomenológico. (p. 2)

Por tanto, este trabajo de investigación se basó en el paradigma interpretativo dado que, se realizó una interacción dialéctica donde se involucraron anécdotas, vivencias, experiencias desde la óptica de los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de adultos del Centro Médico Docente la Trinidad con la finalidad de comprender y entender la realidad social de cada uno de ellos.

Postura investigativa

La columna vertebral de esta investigación se ajustó a la esquemática cualitativa, ya que la idea de un protocolo para la inclusión de los familiares a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general no podría efectuarse sin el conjunto de datos subjetivos que proporcionaron los protagonistas previamente mencionados y que a su vez dieron forma al producto final de esta investigación.

En relación a la investigación cualitativa Taylor y Bogdan 1987) la definen como el “más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”. (p. 17) Por otra parte, Hernández (2014 p. 470) sostiene que “cada estudio cualitativo es

por sí mismo un diseño. Es decir, no hay dos investigaciones cualitativas iguales (son, como hemos dicho, “piezas artesanales del conocimiento, hechas a mano”, a la medida de las circunstancias)”. Además de esto “sus procedimientos no son estandarizados” (p. 470) ya que el investigador es el “instrumento de recolección de los datos y que el contexto o ambiente evolucione con el transcurrir del tiempo hacen a cada estudio único” (p. 470).

Camino a recorrer en la investigación

Este estudio se fundamentó en la fenomenología ya que buscó estudiar la realidad desde el punto de vista que otorgaron los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de adultos del Centro Médico Docente la Trinidad con respecto a la postura que poseen los mismos durante la realización del higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general cuando son cumplidos por los enfermeros intensivistas, en el ya mencionado centro de salud.

En relación a la fenomenología Husserl (1992), sostiene que “otorga un nuevo método descriptivo y una ciencia apriorística que se desglosa de él y que está destinada a suministrar el órgano fundamental para una filosofía rigurosamente científica”. (p.52) En el mismo orden de ideas, Taylor y Bogdan (1987) expresan: “El fenomenólogo quiere entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor”. (p. 13). Continuando con la idea anterior, Martínez (2004) establece que “las realidades, cuya naturaleza y estructura peculiar que solo pueden ser captadas desde el marco de referencia del sujeto que las vive y experimenta, exigen ser estudiadas mediante métodos fenomenológicos”. (p.137) Por ello se podría argumentar que la fenomenología es el estudio de los sucesos o la realidad vista desde la experiencia, percepción y vivencia del sujeto de estudio.

Refiere Hernández (2014) que el diseño fenomenológico tiene como propósito principal “explorar, describir y comprende las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y describir los elementos en común de tales vivencias”. (p. 493) El mismo autor indica que “las investigaciones cualitativas están sujetas a las condiciones de cada contexto en particular”. (p. 470) En consecuencia un diseño de

investigación se puede definir como el “abordaje general que habremos de utilizar en el proceso de investigación” (p .470) otra definición más precisa podría ser la “forma de enfocar el fenómeno de interés” (p .470)

Martínez (2004) establece que la fenomenología surgió por una “exigencia de mayor rigor científico” motivado a esto se cumplen “todos los pasos de tal manera que la investigación pueda ser objeto de un dialogo entre la comunidad de científicos y estudiosos” con la finalidad de que cualquier lector pueda “ver o constatar lo que éste vio o constato”. (p. 140) El autor describe una serie de etapas que deben seguirse para obedecer a lo antes expuesto. Ellas son: la etapa previa: Clarificación de los presupuestos, etapa descriptiva, etapa estructural y por último la discusión de los resultados. Martínez (p. 140-153)

Donde la primera fase es llamada “Etapa previa o clarificación de los presupuestos”. (p. 140) En esta fase el investigador establece “los presupuestos, hipótesis, preconceptos desde los cuales parte el investigador y reconocer que podrían intervenir sobre la investigación”. Fuster (2019 p. 9) De esta misma manera, son mostradas las bases referenciales y teorías que guían a la investigación. El proceso se realizó mediante “respuestas a las cuestiones postuladas sobre nuestras actitudes, valores, creencias, presentimientos, conjeturas, interés, etc”. (p. 9) Con el objetivo de que la interpretación de las experiencias no fuese afectada por la presencia de estos aspectos.

En la segunda etapa llamada “Descriptiva” (p. 141), se procedió a la “elección de la técnica” (p. 141) con la que se obtuvieron datos de las experiencias vividas “desde numerosas fuentes: relatos de la experiencia personal, protocolos de la experiencia de algunos docentes, entrevistas, relatos autobiográficos y observación-descripción de un documental”. Fuster (2019 p.9) La descripción se realizó “tal como la vive o la ha vivido” el sujeto de investigación, evitando “explicaciones causales, generalizaciones o interpretaciones abstractas.” (p. 9) además de ello se detallaron “sentimientos, estado de ánimo, emociones, etc.” (p. 9) manteniendo especial atención a los detalles como “las respuestas de su cuerpo, en cómo huelen u olían determinadas cosas, en cómo suenan o sonaban”. (p. 9)

La tercera etapa “estructural” descrita por Martínez (2004 p. 145) se centra en “intentar aprender el significado esencial de algo”. Fuster (2019 p. 11) Es decir, se busca un contacto más directo “con la experiencia tal como se ha vivido”. (p. 11) Con el objetivo de “captar el significado del hecho de ser” abuelo, abuela, padre, madre, hijo, hija, entre otros y así tomar la esencia de cada experiencia relatada por el sujeto de investigación. En la etapa se describen siete pasos que tuvieron como objetivo principal la eliminación de “repeticiones y redundancias” que favorecieron la aparición del “tema central de cada unidad” y posteriormente se integraron en “una sola descripción”. Martínez (2004 p. 147-152). Dando como resultado una o varias entrevistas con cada sujeto “para darles a conocer los resultados de la investigación” y así poder compararlos con sus vivencias y experiencias personales. Martínez (2004 p. 152)

Durante la última etapa, titulada “discusión de los resultados” (p. 153) se compararon los “resultados obtenidos con las conclusiones de otros investigadores” (p. 153) con el objetivo principal de encontrar coincidencias “y no coincidencias con las reflexiones del autor”. Fuster (2019 p. 14) Esto a su vez hizo que el autor de la investigación realizara una “descripción fenomenológica penetrante” (p. 14) que llevará al lector a experimentar una profunda comprensión de los sucesos y experiencias descritas por los protagonistas o informantes clave. Las etapas anteriormente descritas guardan relación con las interrogantes de la investigación, en el próximo cuadro se explica la vinculación entre ellas.

Cuadro 1

Fases de la investigación fenomenológica

Momento protocolar	Categorización	Estructuración
<p>I Clarificación de los presupuestos</p>	<p>¿Cuál es la postura que asumen los familiares durante la realización del higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general cumplido por los enfermeros intensivistas?</p>	<p>Entrevista a profundidad a los familiares de los pacientes.</p>
<p>II Descriptiva</p>	<p>¿Qué acciones pueden facilitar la inclusión de los familiares a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas?</p>	<p>Entrevista a profundidad a los familiares de los pacientes.</p>
<p>III Estructural</p>	<p>¿Qué acciones pueden facilitar la inclusión de los familiares a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas?</p>	<p>Descripción fenomenológica</p>
<p>IV Discusión de los resultados</p>	<p>¿Qué acciones pueden facilitar la inclusión de los familiares a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas?</p>	<p>Descripción fenomenológica. Reunión con los familiares de los pacientes.</p>

Fuente: Elke Alberto (2019) adaptado por Jeison Hernández (2023)

Escenario e informantes de la investigación

Un escenario es definido por Taylor y Bodgan (1987 p. 36) como aquel “donde el observador obtiene fácil acceso, establece una buena relación inmediata con los informantes y recoge datos directamente relacionados con los intereses del investigador” en consecuencia el escenario de la investigación fue el Centro Médico Docente la Trinidad, específicamente la unidad de cuidados intensivos de adultos, por otra parte, los informantes clave según Martínez (1991 p.56) son “personas con conocimientos especiales, status y buena capacidad de información”. Con estas características se procedió a tomar como informantes clave a cuatro (4) familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos para adultos del Centro Médico Docente la Trinidad.

Técnica de recolección de información

Entrevista cualitativa en profundidad

Se aplicó la entrevista en profundidad como técnica de recolección de datos, esta es definida por Hernández (2014 p. 403) como “una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)”. Esto la vuelve “más íntima, flexible y abierta que la cuantitativa”. Posteriormente se realizó la misma por medio del guion de entrevista para así clasificar la información brindada por los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos para adultos del Centro Médico Docente la Trinidad, seguidamente se validaron y corroboraron los elementos ofrecidos partiendo del principio que los individuos en estudio son los conocedores de su realidad, por ende, se reconstruyó su testimonio de manera que fueron reconocido por ellos y que la información ofrecida y descrita fuera el reflejo de su perspectiva, vivencias y experiencias, lo que permitió analizar la entrevista donde surgieron categorías.

Consistencia y fiabilidad de la información

Borjas (2020 p. 2) establece que un estudio debe “cumplir con ser riguroso, sistemático y lógico para ser considerado como un estudio serio y meticulado” sin importar su enfoque (cualitativo o cuantitativo). Define además que “una investigación cumple con ser rigurosa cuando en forma disciplinada, al realizar cada punto de la investigación, se cumple con ser exacto y preciso, en especial, al momento de recopilar y analizar la información”. Además de que es considerada “sistemática cuando se ajusta a normas y procedimientos establecidos”, “lógica cuando de manera razonada, las ideas y hechos se presentan o desarrollan de forma coherente sin que exista contradicciones entre ellas o ellos”

Para cumplir con el proceso de validez se utilizó el juicio de expertos. Según Hernández (2014) consiste en “el grado que un instrumento de verdad” se relaciona con las categorías. El proceso de confiabilidad se llevó a cabo mediante las etapas descritas por Borjas (2020):

a) **la categorización** mediante la asignación de categorías o clases significativas, de ir constantemente diseñando y rediseñando, integrando y reintegrando el todo y las partes, a medida que se revisa el material y va emergiendo el significado de cada sector, párrafo, evento, hecho o dato; b) **la estructuración**, procurando relacionar, interpretar y teorizar con la información; c) **la contrastación**, al relacionar y contrastar sus resultados con aquellos estudios paralelos o similares que se presentaron en el marco teórico-referencial... (p. 5)

MOMENTO IV

EL RELATO DE LA REALIDAD

La esencia de la experiencia de cada individuo entrevistado no es más que el relato de la vida misma, vista desde los ojos de aquel que la transita. En este caso especial se trata de la esencia de cuatro (4) informantes clave, los cuales han mantenido o mantienen a familiares hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Centro Médico Docente la Trinidad. En relación a lo anterior, Fuster (2019) afirma que “para abordar los principios generales de la esencia” se deben explorar “las realidades vivenciales que son poco comunicables; pero primordiales para entender la vida psíquica de cada individuo”. Para llevarlo a cabo es necesario realizar una “sistemática y detallada descripción” del fenómeno al cual se busca develar. (p. 8)

Momento protocolar I

Descripción protocolar desde la entrevista en profundidad realizada a los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos-adultos (UCIA) del Centro Médico Docente La Trinidad (CMDLT) con respecto a
¿Cuál es la postura que asumen los familiares durante la realización del
higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en
general cumplido por los enfermeros intensivistas?

En este apartado se presentan las experiencias y vivencias de 4 familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos-adultos del Centro Médico Docente La Trinidad, por otra parte, se muestra la codificación que los cataloga como informantes clave.

Dicha codificación está compuesta por una serie de letras y números cuya función será identificar a cada uno dentro de las diferentes matrices. La letra (F) al iniciar significa: “familiar” seguidamente un punto y seguido “.”. Mientras que las siglas (UCIA) pertenecen al acrónimo: Unidad de Cuidados Intensivos-Adultos. Por último, se encuentra un número que va del uno (1) al cuatro (4), esto marcaría la diferencia entre la codificación de cada informante clave.

Cuadro 2

Codificación de los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCIA

CÓDIGO	F.UCIA			
CÓDIGO	F.UCIA1	F.UCIA2	F.UCIA3	F.UCIA4

Investigador: Jeison Hernández (2023)

Cuadro 3

Descripción protocolar de la entrevista en profundidad

F.UCIA1

Pregunta	Línea/Respuesta
<p>¿Cuál es la postura que asumen los familiares durante la realización del higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general cumplido por los enfermeros intensivistas?</p>	<p>1.Desde mi punto de vista es interesante poder presenciar la manera 2.en la que ustedes se desenvuelven para que cuando el paciente 3.está con nosotros en casa o en la habitación cuando no tienes una 4.atención 24 horas, como es el caso aquí en terapia poder aprender 5.lo que... hacer las cosas de manera correcta. Por ejemplo mi caso 6.particular yo... funjo de enfermera 24 horas, soy quien lo acompaña 7.todo el día desde el día número 1 y como te comentaba 8.anteriormente para él es importante en cuanto a la parte de higiene 9.cuando él se siente capaz. Poder tener un poco de independencia 10.aunque entienda que aquí la normativa en terapia puede ser 11.distinta por la condición del paciente. Cuando él se siente fuerte... 12.a él le gustaría poder tener libertad de deambular, ir al baño y 13.hacer sus necesidades o poder valerse por sí mismo... este... si 14.su condición lo permite. En el caso cuando he estado dentro y me 15.pide que... que van a hacer un procedimiento y debo retirarme si 16.emm... como sé que es la normativa y el deber ser, lo respeto 17.pero, lo hago porque entiendo que UCI funciona de una manera 18.diferente a como funciona en la habitación, de repente con los 19.médicos que lo atienden en piso tengo un poco más de confianza 20.y entienden que yo soy digamos su compañera y quien lo cuida 21.cuando... cuando no tiene atención médica, me dejan estar y me 22.permiten y más bien me enseñan a cómo manipularlo para poder 23.ejercerlo... las... las curas o lo que sea necesario de la manera 24.correcta.</p>
<p>¿Qué acciones pueden facilitar la inclusión de los familiares a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas?</p>	<p>1.Emm la experiencia que he tenido yo aquí en la unidad, la 2.verdad son bastante abiertos en cuanto al acompañamiento del 3.paciente. Emm participar en la alimentación, en... en bueno en la 4.compañía para que también hacer menos dura la estadía. Entiendo 5.que la realidad de cada paciente es distinta también. En mi caso 6.particular emm, creo que... para mi esposo es menos traumático 7.cuando puede tener la libertad y el acompañamiento de su familia, 8.esteee... y, y bueno gracias a Dios eso aquí si lo, lo permiten pss.</p>
<p>¿Como ha sido su experiencia con respecto al trato de los enfermeros intensivistas? ¿Han sido receptivos?</p>	<p>1.Completamente... completamente ehh, digamos que la primera vez 2.fue un poco traumático ehh, porque bueno porque nunca habíamos 3.atravesado una situación como esta y una vez que manifestamos 4.algunas quejas que tuvimos con respecto a lo que vivimos esa 5.primer vez el cambio fue ehh de negro a blanco completamente 6.(suspira) ehh... son amables, cariñosos, abiertos, este... 7.compensivos, todo el tiempo ehh... han estado pendientes de... de 8.hacernos sentir bien, informados y la verdad es que en ese sentido 9.con respecto al personal no tengo ninguna queja.</p>
<p>¿Le gustaría participar en alguno de estos procedimientos que ya le he ido describiendo?</p>	<p>1.Si claro que sí. Sin... sin ningún problema, como te comentaba 2.anteriormente yo soy quien lo acompaña todo el tiempo y si... si 3.hay algo en las labores que ustedes hacen todos los días puedan 4.aportar en nuestro día a día, por supuesto que estaría dispuesta a 5.participar.</p>

Investigador: Jeison Hernández (2023)

Cuadro 4

Descripción protocolar de la entrevista en profundidad

F.UCIA2

Pregunta	Línea/Respuesta
<p>¿Cuál es la postura que asumen los familiares durante la realización del higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general cumplido por los enfermeros intensivistas?</p>	<p>1.Bueno mi postura siempre ha sido por supuesto que la prioridad 2.número uno es el paciente, entonces no me gustaría interrumpir en 3.ningún momento, ni me gustaría comprometer en la salud del 4.paciente, entonces yo creo que lo primero habría que hacer es como 5.que uno saber exactamente he hasta dónde puede llegar, sí, me 6.interesa muchísimo por supuesto saber que he qué es lo que el 7.paciente le están administrando, como son las curas, este como se 8.debería hacer, que cuidados hay que tener, que medidas de 9.prevenición hay que tener, eso es muy importante para uno, hasta 10.para cuando uno los va a visitar, hasta donde uno si los puede tocar 11.o si no lo puede tocar, hay que lavarse las manos, o hay que 12.ponerse un guante este... sí por lo menos si le sale una escara que 13.te expliquen por qué salió la escara y que te expliquen cómo es el 14.proceso de cómo se cierra la escara, como son las curas, ósea, 15.todo eso es importante uno saberlo y por supuesto he llegar donde 16.uno puede llegar en el sentido de que por lo menos saber qué es lo 17.que están haciendo y en caso de emergencias uno intervenir pues 18.con la medida de seguridad. Claro es que me paso, nos acababa de 19.pasar, tú sabes que mi esposa pasó tres semanas en terapia 20.intensiva hay detalles que uno conoce del paciente de que ustedes 21.mismos no lo hacen ni por mal ni por negligencia si no que no 22.conocen realmente, como te lo digo porque lo que pasó por ejemplo 23.con el ojos de mi esposa, mi hija me lo comento y me dijo papá yo 24.veo el ojo raro a mi mama, claro, mi esposa tiene los ojos verdes 25.entonces claro es más difícil uno percibirlo, yo que soy su esposo no 26.lo percibí, lo percibió su hija entonces me dijo papá a mí no me gusta 27.como tiene que tiene algo raro no sé qué tal, yo agarre y hable con 28.el Dr. Milton, el Dr. Milton me dijo bueno voy a llamar a oftalmología 29.para que la vengán a chequear y efectivamente fue oftalmología y si 30.tenía he un tratamiento que había que hacerle, le mandaron unas 31.gotas le mandaron unas cremas y la misma doctora nos dijo que 32.tenía problemas en la córneas, entonces continuo yo, no es por 33.negligencia si no que uno conoce al paciente... sabes... entonces 34.yo creo que siempre tiene que ver una relación entre el paciente y la 35.persona que lo está cuidando porque por ejemplo mi esposa te lo 36.digo desde ya ayer ósea, hoy es una persona, ayer era otra, 37.anteayer era otra, ellas no entiende de repente porque cambió, es 38.porque la parte emocional influye demasiado en la respuesta que 39.tenga el paciente entonces muchas veces pueden ayudarlo a 40.ustedes saben cómo puede ayudar y uno de repente dice no es que 41.yo tuve una conversación con ella ayer en la tarde, ponle tu y se 42.deprimió un poco en la mañana por eso no está comiendo hoy, 43.digamos que tenemos que trabajar siempre en conjunto.</p>
<p>¿Qué acciones pueden facilitar la inclusión de los familiares a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral</p>	<p>1.Yo creo que algo importante que se podría incorporar es por ejemplo 2.que todos los procesos se le esté haciendo al paciente se lo expliquen 3.a uno por que alguna veces se queda como que... Ósea no entiendo 4.por ejemplo yo pregunto, yo veía los complementos alimenticios de 5.mi esposa por el gastrostomo y a mí me daba miedo que no estaba 6.refrigerado sabes... porque tú ves algo ahí, yo decía bueno eso tiene 7.mucho tiempo entonces la idea es que nos expliquen también a</p>

<p>y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas?</p>	<p>8.nosotros para que mira ella le toca tanta toma, ósea porque muchas 9.de ellas son muy celosas con eso, ósea en el sentido porque le están 10.dando menos hoy, ha bueno es que paso el doctor en la mañana y 11.vio, ósea, porque piensan que uno no está interesado pero uno 12.tiene que estar involucrado en el por qué sabes porque hay algo en 13.la vida muy importante y eso no es, en todas la profesiones, eso 14.no te lo enseñan en la universidad, no te lo enseñan en ningún lado 15.y se llama lógica, entonces la lógica se aplica para todo y yo no 16.puedo ser médico pero si yo veo que hay algo le está causando algo 17.a mi esposa una reacción o algo, yo puedo opinar o llamar al doctor 18.o llamar al enfermero ¿no será que debido a que? por lógica, no por 19.conocimiento, de hecho pasó, yo note un cambio en mi esposa en 20.la mañana y yo hable con la doctora cuando le daban los eventos, 21.sabes... que mi esposa pasaba con tres o cuatro días perfecta y 22.después pum... aquel evento, entonces yo empecé a atar cabos y 23.entre la doctora y yo empezamos... no será ta, ta, ta... No será 24.doctora porque yo veo que cuando le da esto en la mañana osea 25.entonces uno conoce al paciente y uno puede aportar, no digamos 26.pero, uno puede dar luces al doctor para, bueno vamos hacer esto, 27.bueno vamos hacer eso, muchas veces me tomaban en cuenta me 28.decían: “bueno vamos hacer algo, para eliminar eso que piensa que 29.es ...” vamos a bajarle la dosis y entonces íbamos como trabajando 30.por qué, porque tú sabes tú conoces al paciente, es más hasta la 31.coloración, yo la veía muy rosada, mi esposa es muy blanca y yo la 32.veía rosada, yo decía esa ya tiene la tensión alta véanle la tensión 33.para que tu veas, ya está, la tensión alta, cuando la veía ya la 34.conocía entonces uno puede hacer como es un enlace y uno puede 35.aportar mucho, mucho. La idea es más información de cada 36.procedimiento que se está haciendo, por ejemplo mi esposa le están 37.dando tres dosis de magnesio al día, que son como cinco pastillas 38.al día, bueno si yo veo ok de repente de la noche yo veo que se 39.pone ansiosa, que yo veo el cambio de repente una enfermera no la 40.conoce, acuérdate que yo tengo enfermera 24 horas y ellos tienen 41.el cambio a las 7 de la noche, pero uno sabe, uno conoce al 42.paciente y uno pueda alertar, “sabes que cuando tú te fuiste se puso 43.demasiado ansiosa”. ella puede investigar con la doctora “mira me 44.están diciendo que...” entonces podemos hacer un buen equipo, un 45.buen enlace, en cambio si la enfermera llega y ella hace todos los 46.procedimientos y no te dice ni te cuenta nada... claro que eso 47.depnde mucho de uno, es como que hay que hacer un equipo ósea 48.porque... pero tampoco uno quiere... tampoco uno quiere meterse 49.tanto en el sentido... yo por ejemplo mi esposa le están haciendo la 50.he su terapia ok yo la dejo, no le hablo ni nada para que se concentre 51.en su terapia igual cuando le están dando su comida yo estoy 52.tranquilito igual cuando le están haciendo sus curas ósea yo quiero 53.que esté atenta y que la enfermera esté atenta ¿sabes? pero 54.siempre pregunto... pero yo creo que si hay que hacer he ese enlace 55.con el familiar. Es un ganar/ganar. 56.Una cosa muy importante que yo... que yo aprendí ehh... bueno y 57.haciendo todo este... este... este seach, esta investigación que yo 58.hice. Dice que es muy importante eso, estar mucho tiempo con el... 59.con el paciente, mucho tiempo con el paciente y eso mejora mucho 60.su... su... su desarrollo. Una cosa muy importante que a veces uno 61.lo pierde es que uno tiene que estar bien, uno primero antes para 62.uno ayudar al enfermo. Es como dicen lo de “el principio del avión” 63.sabes que cuando el avión cae, las... las... las mascarillas de aire y 64.tu estas con un niño pequeño te dicen que primero tú te pongas la 65.mascarilla para tu ayudar al pequeño, ¿me entiendes? Entonces 66.esto es muy importante, porque como tú dices que ves mucha apatía 67.en la gente, a veces lo ves al revés. También se mortifica demasiado 68.que no vive, entonces está sentada ahí. Mi hija era así... “mi amor 69.no tenemos nada que hacer aquí afuera, a tu mamá hay que dejarla</p>
---	---

	<p>70.allí, yo tengo que estar al teléfono. ¿Cuál es la mayor contribución</p> <p>71.que vas a hacerle a tu mamá? Dormir bien, comer bien, te levantas</p> <p>72.con energía, haces tus ejercicios, caminas, haces... te echas un</p> <p>73.buen baño y ya tú vas a ver que tú vas a ayudar a tu mama en la</p> <p>74.mañana vas a estar llena de energía para transmitírsela a tu mamá”</p> <p>75.entonces es muy importante explicarles eso a... a... a los familiares.</p> <p>76.Que el familiar tiene que estar bien, a veces uno se preocupa, yo me</p> <p>77.preocupaba porque claro... tú tienes tú... tú tienes tus mitos de</p> <p>78.terapia intensiva. Tú crees que terapia intensiva es como que “el</p> <p>79.punto antes de morirte” entonces yo aprendí eso con mi mamá. Yo</p> <p>80.no me sentía mal dejándola. ¿Qué hago yo aquí afuera? No hago</p> <p>81.nada. Entonces me levanto en la mañana cuando mi mama estaba</p> <p>82.en la mañana cuando yo puedo ayudarla, estoy cansado, me duele</p> <p>83.la espalda, no me he bañado ¿sabes? Entonces es muy diferente</p> <p>84.que tu salgas de tu casa bañado, vestido, dormiste y te dedicas a tu</p> <p>85.paciente en el día, a tu familiar.</p>
--	--

Investigador: Jeison Hernández (2023)

Cuadro 5

Descripción protocolar de la entrevista en profundidad

F.UCIA3

Pregunta	Línea/Respuesta
<p>¿Cuál es la postura que asumen los familiares durante la realización del higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general cumplido por los enfermeros intensivistas?</p>	<p>1. Me parece muy interesante el trabajo que realizan a diario con sus</p> <p>2. pacientes, es admirable. Emm me he preguntado muchas veces ¿Por</p> <p>3. qué no poder estar presente? Bueno ¡x! es una normativa pues, uno no</p> <p>4. se impone a algo que ya está establecido de esa manera. Ahora que tú</p> <p>5. me asomas la posibilidad de que puedo participar en el cuidado de mi</p> <p>6. pareja waaooo me encanta la idea. Ósea, uno siempre le dice a la</p> <p>7. pareja que la vas a cuidar en todas las situaciones o al menos eso</p> <p>8. hago yo. Viene pasan estas cosas y tu quedas así como alguien con</p> <p>9. poca palabra, no sé si ¿me entiendes? Claro pues... no puedes</p> <p>10. cuidarla en cuidados intensivos porque ya hay alguien hay 24 horas</p> <p>11. cuidándola, ¿qué vas a hacer tu metido hay todo el día? Bueno sé</p> <p>12. que la compañía del familiar ayuda mucho pues, pero es frustrante</p> <p>13. estar de brazos cruzados, por lo menos déjame darle la comida. Yo</p> <p>14. quisiera participar en esos procedimientos que tú me dijiste. No lo veo</p> <p>15. complicado. Bañarla, darle la comida y por lo menos pasarte los</p> <p>16. materiales que vayas a utilizar para hacer una de esas curas que le</p> <p>17. hace, una de las tantas (suspira y ríe) ¿Cuál es mi postura? Bueno</p> <p>18. chamo quiero ayudar y no me dejan porque los entiendo pues son</p> <p>19. reglas y si no las siguen tú los amonestas porque eres su jefe (ríe) no,</p> <p>20. mentira. No te ves un carajo tipo Hitler, te ves pana y jodido al mismo</p>

	<p>21. tiempo. Te gusta tu cuestión correcta pues... bueno... te decía que me</p> <p>22. gustaría participar claro que sí. Yo me siento muy inútil cuando</p> <p>23. ustedes me dicen que la van a bañar y que me tengo que salir, ósea,</p> <p>24. he visto a mi esposa muchas veces desnuda ¿Cuál es el problema?</p> <p>25. ¡El poco de cosas que tiene conectada! Pienso. Pero, no hay lio</p> <p>26. ustedes me dicen en que los puedo ayudar y yo le echo pierna. No</p> <p>27. seré enfermero pero, tengo la mejor disposición de ayudar y aprender</p> <p>28. si ustedes me quieren enseñar, aunque la verdad si me han enseñado</p> <p>29. bastante, cuando yo pregunto siempre las muchachas me responden</p> <p>30. de buena manera, me explican cada cosa como si yo fuera una</p> <p>31. chamito en kínder. Son una nota de pana.</p>
<p>¿Qué acciones pueden facilitar la inclusión de los familiares a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas?</p>	<p>1. Primero que nada sería decirnos “ven fulano, vamos a hacer tal cosa.</p> <p>2. ¿quieres ayudarnos?” ya está de parte de cada persona si lo quieren</p> <p>3. hacer o no, después explicarte hasta donde puedes hacer porque</p> <p>4. entiendo que no es que nos vamos a encargar de todo sino que</p> <p>5. seremos un apoyo y más nada. Berro no se me ocurre más nada. Creo</p> <p>6. que eso sería lo básico. ¡Ah bueno! Seguir siendo así de chéveres con</p> <p>7. nosotros los familiares y tenernos paciencia porque hay veces en las</p> <p>8. que perdemos en control de lo que decimos ¿sabes? Por culpa del</p> <p>9. mismo estrés que uno vive afuera en la calle, luego vienes y el Doctor</p> <p>10. te dice: “va lento el avance, no se desesperen” y coño uno dice: “¿qué</p> <p>11. más paciencia vamos a tener? Nos iremos a convertir en el Papa</p> <p>12. porque esta fuerte todo esto. Ustedes son pana pero, también son</p> <p>13. humanos y tienen sus peos personales y también laborales como</p> <p>14. todos, no es nada nuevo. Por ahí tienen una jefa que cuando todos</p> <p>15. ustedes la ven casi que se paran firme, esa si es una Hitler (se ríe)</p> <p>16. pero, buen chamo me estoy alejando del tema. Sigán explicando los</p> <p>17. procedimientos, hablen claro “mira pueden hacer esto y esto”,</p> <p>18. “cuando yo te indique me vas a pasar eso”, “si llega a pasar algo...</p> <p>19. hacemos esto” algo así pues. “Vamos a hacer este procedimiento,</p> <p>20. cuidado con esto y esto que tiene conectado” “si esto se sale se</p> <p>21. muere” y así uno está pilas. El horario de visitas sería chévere si lo</p> <p>22. pudieran extender un pelo en la noche, yo salgo tarde de mi trabajo,</p> <p>23. llego tardísimo aquí y me gustaría ver a mi esposa un poquito más</p> <p>24. que una o 2 horas al día. Ella sentirá que no me importa. A veces me</p> <p>25. dejan pasar hasta las 9pm cuando esta la supervisora pana pero, hay</p> <p>26. veces en las que está la otra que no es muy colaboradora y me dice:</p> <p>27. “20 minutos y ya” como en los hospitales que pasas 1 hora al día.</p> <p>28. ¡que locura eso por cierto!</p>

Investigador: Jeison Hernández (2023)

Cuadro 6

Descripción protocolar de la entrevista en profundidad

F.UCIA4

Pregunta	Línea/Respuesta
¿Cuál es la postura que asumen los familiares durante la realización del higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general cumplido por los enfermeros intensivistas?	1.Mmm interesante, la postura que he tomado es la siguiente: yo 2.quisiera estar adentro en la terapia 24/7 con mi familiar, pero bien se 3.sabe que hay una normativa correspondiente que no lo permiten por los 4.procedimientos que tienen con los otros pacientes, bueno... tampoco 5.me gustaría interrumpir al personal, pero... si me agradaría 6.muchísimo aprender y colaborar con el grupo de enfermeros, ya que así 7.me sentiría útil para la recuperación de mi familiar sobre todo ayudarlo 8.en la parte emocional y así sepa que me encuentro ahí con él. Nos 9.ayudaría mucho colaborar con los enfermeros ya que así uno podrá 10.aprender todo referente al cuidado e higiene que se debe tener para 11.poder realizar las cosas debidamente a mi familiar, me parece 12.importante como debo hacerlo, como cambiar las curas y saber la 13.administración de su nutrición, ya que tener el conocimiento de todo 14.esto que ustedes hacen y poder aplicarlo en el momento que mi 15.familiar lo amerite ya bien sea en hospitalización o en casa es una 16.ganancia para él y para nosotros. Nos da paz mental (ríe).
¿Qué acciones pueden facilitar la inclusión de los familiares a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas?	1.Guao aquí en la terapia han sido bastante conscientes de la situación 2.con mi familiar, pero las acciones se guiarían más que todo por el 3.aprendizaje que ustedes como especialistas de la salud nos enseñen a 4.realizar. por ejemplo: cada procedimiento. Donde obviamente uno 5.pueda participar claro, para mi sería total agrado que me digan... 6.¿familiar de tal paciente, nos ayudaría a realizar una cura o hacerle su 7.higiene personal?, excelente me sentiría feliz en que ellos me tomen en 8.cuenta en una situación tan difícil y dejar por un momento la angustia. 9.Seremos como ayuda, siempre y cuando mantengamos la calma en la 10.realización de los procedimientos que se nos han de indicar. Se que mi 11.familiar y yo estaremos plenos, porque el, como paciente crítico de 12.larga data se siente muy angustiado cuando no estamos cerca. Bueno 13.ya tú lo has podido observar. Eso pasa porque el asocia la UCI con la 14.muerte. Él casi muere en su primer ingreso a UCI, en el segundo le 15.pusieron diálisis... bueno y que te cuento... duraríamos todo el día 16.aquí hablando de lo que ha pasado el pobre. Pero si me gustaría 17.mucho trabajar hombro a hombro con ustedes y así contribuir en la 18.recuperación de mi familiar

Investigador: Jeison Hernández (2023)

Momento Protocolar II

Categorías emergentes de la postura que asumen los familiares durante la realización del higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general cumplido por los enfermeros intensivistas

Partiendo de los datos obtenidos durante la entrevista en profundidad realizada a los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos-Adultos (UCIA), se procedió a “conseguir el significado vivido de una experiencia específica relegando las interpretaciones subjetivas acerca de ello”. Fuster 2019 (p. 10) Por lo mismo, se produjo un análisis para la obtención de las categorías emergentes y así construir la postura que asumen los familiares durante la realización del higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general cumplidos por los enfermeros intensivistas.

Durante el proceso se mostró en la matriz los testimonios de los informantes clave de manera numerada, para que de esta forma sea visualmente notoria la reducción de la información obtenida. De ellos se generaron las categorías de análisis del fenómeno lo que llevó a un resultado final el cual conocemos como categorías emergentes, producto de las vivencias y anécdotas de los familiares de los pacientes hospitalizados en UCIA.

Cuadro 7

Matriz de análisis de la entrevista en profundidad.

1. ¿Cuál es la postura que asumen los familiares durante la realización del higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general cumplido por los enfermeros intensivistas?

Informante clave	Línea/Descripción protocolar de la entrevista en profundidad	Categoría de análisis	Interpretación	Categoría emergente
F.UCIA1	<p>4. ...poder aprender 5. lo que es... hacer las cosas de manera correcta.</p> <p>14. ...En el caso cuando he estado dentro y me 15. piden que salga, que van a hacer un procedimiento y debo retirarme si 16. emm... como sé que es la normativa y el deber ser, lo respeto.</p> <p>17. pero, lo hago porque entiendo que UCI funciona de una manera 18. diferente a como funciona en la habitación, de repente con los 19. médicos que lo atienden en piso tengo un poco más de confianza. 21. cuando... cuando no tiene atención médica, me dejan estar y me 22. permiten y más bien me enseñan a como manipularlo para poder 23. ejercerlo... las... las curas o lo que sea necesario de la manera 24. correcta.</p>	<p>Realizar de manera correcta los procedimientos</p> <p>Respeto de la normativa institucional</p> <p>Mayor confianza con los médicos de hospitalización</p>	<p>Desea aprender a realizar los procedimientos de manera correcta siguiendo los protocolos institucionales.</p> <p>Mantiene respeto por la normativa interna de la UCIA y el establecimiento de salud.</p> <p>Posee mayor confianza con el personal del área de hospitalización ya que le permiten participar en los procedimientos de enfermería activamente.</p>	<p>Aprender a hacer correctamente.</p> <p>Respeto a la normativa.</p> <p>Confianza en el equipo de salud.</p>
F.UCIA2	<p>1. ...la prioridad 2. número uno es el paciente, entonces no me gustaría interrumpir en 3. ningún momento... 5. saber exactamente hasta dónde puede llegar uno, sí, me</p> <p>6. interesa muchísimo por supuesto saber que he qué es lo que he 7. paciente le están administrando, como son las curas, este como se 8. debería hacer, que cuidados hay que tener, que medidas de 9. prevención hay que tener.</p> <p>12. ...por lo menos si le sale una escara que</p>	<p>Marcar límites de participación del familiar en los procedimientos de enfermería</p> <p>Explicación de los procedimientos que se le realizan al paciente</p>	<p>Se requiere el establecimiento de normas que limiten la participación del familiar en los procedimientos realizados por el personal de enfermería.</p> <p>Deseo profundo de recibir la explicación de los procedimientos que se le realizan al paciente crítico.</p>	<p>Normas que regulan la participación del familiar</p> <p>Informar sobre los procedimientos al familiar.</p>

	<p>13.te expliquen por qué salió la escara y que te expliquen cómo es el</p> <p>14.proceso de cómo se cierra la escara, como son las curas.</p> <p>20.hay detalles que uno conoce del paciente que ustedes</p> <p>21.mismos no lo hacen ni por mal ni por negligencia si no que no</p> <p>22.conocen realmente...</p> <p>43. ...tenemos que trabajar siempre en conjunto.</p>	<p>Datos subjetivos del paciente suministrados por el familiar</p> <p>Trabajo colaborativo entre familiar y personal de enfermería</p>	<p>Tomar en cuenta los datos subjetivos del paciente crítico ofrecidos por el familiar, al momento de tomar una decisión con respecto a los cuidados generales del mismo.</p> <p>Deseo ferviente de realizar un constante trabajo colaborativo con el fin de brindar confort al paciente crítico.</p>	<p>Datos subjetivos ofrecidos por el familiar.</p> <p>Trabajo colaborativo.</p>
F.UCIA3	<p>2. ...Emm me he preguntado muchas veces ¿Por</p> <p>3. qué no poder estar presente? Bueno ¡x! es una normativa pues, uno no</p> <p>4. se impone a algo que ya está establecido de esa manera. Ahora que tú</p> <p>18. chamo quiero ayudar y no me dejan porque los entiendo pues son</p> <p>19. reglas y si no las siguen tú los amonestas porque eres su jefe (ríe) no,</p> <p>5. me asomas la posibilidad de que puedo participar en el cuidado de mi</p> <p>6. pareja waaooo me encanta la idea.</p> <p>14. quisiera participar en esos procedimientos que tú me dijiste. No lo veo</p> <p>15. complicado. Bañarla, darle la comida y por lo menos pasarte los</p> <p>16. materiales que vayas a utilizar para hacer una de esas curas...</p> <p>22. gustaría participar claro que sí. Yo me siento muy inútil cuando</p> <p>23. ustedes me dicen que la van a bañar y que me tengo que salir...</p> <p>26. ustedes me dicen en que los puedo ayudar y yo le echo pierna. No</p> <p>27. seré enfermero pero, tengo la mejor disposición de ayudar y aprender.</p> <p>12. que la compañía del familiar ayuda mucho pues, pero es frustrante</p> <p>13. estar de brazos cruzados, por lo menos déjame darle la comida. Yo</p>	<p>Respeto de la normativa institucional</p> <p>Trabajo colaborativo entre familiar y personal de enfermería</p> <p>Sentimientos negativos por no poder colaborar</p>	<p>Mantiene respeto por la normativa interna de la UCIA y el establecimiento de salud.</p> <p>Deseo ferviente de realizar un constante trabajo colaborativo con el fin de brindar confort al paciente crítico.</p> <p>Frustración por no poder ser parte del proceso de sanación y cuidado del paciente crítico.</p>	<p>Frustración por la falta de colaboración al personal de enfermería</p>

<p>F.UCIA4</p>	<p>1.Mmm interesante, la postura que he tomado es la siguiente: 2.quisiera estar adentro en la terapia 24/7 con mi familiar, pero bien se 3.sabe que hay una normativa correspondiente que no lo permiten por los 4.procedimientos que tienen con los otros pacientes...</p> <p>5.si me agradaría 6.muchísimo aprender y colaborar con el grupo de enfermeros, ya que así 7.me sentiría útil para la recuperación de mi familiar sobre todo ayudarlo 8.en la parte emocional y así sepa que me encuentro ahí con él.</p> <p>11...me parece 12.importante como debo hacerlo, como cambiar las curas y saber la 13.administración de su nutrición, ya que tener el conocimiento de todo 14.esto que ustedes hacen y poder aplicarlo en el momento que mi 15.familiar lo amerite ya bien sea en hospitalización o en casa es una 16.ganancia para él y para nosotros. Nos da paz mental (ríe).</p>	<p>Respeto de la normativa institucional</p> <p>Trabajo colaborativo entre familiar y personal de enfermería</p> <p>Marcar límites de participación del familiar en los procedimientos de enfermería</p>	<p>Mantiene respeto por la normativa interna de la UCIA y el establecimiento de salud.</p> <p>Deseo ferviente de realizar un constante trabajo colaborativo con el fin de brindar confort al paciente crítico.</p> <p>Se requiere el establecimiento de normas que limiten la participación del familiar en los procedimientos realizados por el personal de enfermería.</p>	
-----------------------	--	---	--	--

Investigador: Jeison Hernández 2023

Cuadro 8

Matriz de análisis de la entrevista en profundidad.

2. ¿Qué acciones pueden facilitar la inclusión de los familiares a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas?

Informante clave	Línea/Descripción protocolar de la entrevista en profundidad	Categoría de análisis	Interpretación	Categoría emergente
F.UCIA1	6. ...para mi esposo es menos traumático 7. cuando puede tener la libertad y el acompañamiento de su familia	Extender el tiempo de visita del paciente	Aumentar el tiempo de visita para fomentar el acompañamiento familiar al paciente crítico.	Tiempo de visita extendido
F.UCIA2	2.que todos los procesos se le estén haciendo al paciente se lo expliquen 3.a uno. 16. ...si yo veo que hay algo le está causando algo 17.a mi esposa una reacción o algo, yo puedo opinar o llamar al doctor 18.o llamar al enfermero 27.bueno vamos hacer eso, muchas veces me tomaban en cuenta me 28.decían: "bueno vamos hacer algo, para eliminar eso que piensa que 29.es ..."vamos a bajarle la dosis y entonces íbamos como trabajando". 44. ...podemos hacer un buen equipo, un 45.buen enlace... 47.depnde mucho de uno, es como que hay que hacer un equipo ósea 48.porque... pero tampoco uno quiere... tampoco uno quiere meterse 49.tanto en el sentido. 54.siempre pregunto... pero yo creo que si hay que hacer he... ese enlace 55.con el familiar. Es un ganar/ganar. 58.hice. Dice que es muy importante eso, estar mucho tiempo con el... 59.con el paciente, mucho tiempo con el paciente y eso mejora mucho 60.su... su... su desarrollo.	Explicar al familiar los procedimientos que se le realizan al paciente. Datos subjetivos del paciente proporcionados por el familiar Trabajo colaborativo entre familiar y personal de enfermería Marcar límites de participación del familiar en los procedimientos de enfermería Extender el tiempo de visita del paciente	Deseo profundo de recibir la explicación de los procedimientos que se le realizan al paciente crítico. Tomar en cuenta los datos subjetivos del paciente critico ofrecidos por el familiar, al momento de tomar una decisión con respecto a los cuidados generales del mismo. Deseo ferviente de realizar un constante trabajo colaborativo con el fin de brindar confort al paciente crítico. Se requiere el establecimiento de normas que limiten la participación del familiar en los procedimientos realizados por el personal de enfermería. Aumentar el tiempo de visita para fomentar el acompañamiento familiar al paciente crítico.	Informar sobre los procedimientos al familiar. Datos subjetivos ofrecidos por el familiar Trabajo colaborativo Normas que regulen la participación del familiar
F.UCIA3	1. Primero que nada sería decirnos "ven fulano, vamos a hacer tal cosa. 2. ¿quieres ayudarnos?" ya está de parte de cada persona si lo quieren	Solicitar el apoyo al familiar	Personal de enfermería debe solicitar el apoyo del familiar y este manifestará su decisión de participar en el procedimiento.	Solicitud de apoyo del familiar.

	<p>3. hacer o no, después explicarte hasta donde puedes hacer porque</p> <p>4. entiendo que no es que nos vamos a encargar de todo sino que</p> <p>5. seremos un apoyo y más nada. Berro no se me ocurre más nada...</p> <p>16. pero, buen chamo me estoy alejando del tema. Sigán explicando los</p> <p>17. procedimientos, hablen claro "mira pueden hacer esto y esto",</p> <p>18. "cuando yo te indique me vas a pasar eso", "si llega a pasar algo...</p> <p>19. hacemos esto" algo así pues. "Vamos a hacer este procedimiento,</p> <p>20. cuidado con esto y esto que tiene conectado" "si esto se sale se</p> <p>21. muere" y así uno esta pilas. El horario de visitas sería chévere si lo</p> <p>22. pudieran extender un pelo en la noche, yo salgo tarde de mi trabajo,</p>	<p>Marcar límites de participación del familiar en el procedimiento</p> <p>Explicación de los procedimientos a realizar, medidas preventivas y posibles complicaciones</p> <p>Extensión del horario de visitas del paciente</p>	<p>Se requiere el establecimiento de normas que limiten la participación del familiar en los procedimientos realizados por el personal de enfermería.</p> <p>Deseo profundo de recibir la explicación de los procedimientos que se le realizan al paciente crítico.</p> <p>Aumentar el tiempo de visita para fomentar el acompañamiento familiar al paciente crítico.</p>	
<p>F.UCIA4</p>	<p>2...las acciones se guiarían más que todo por el</p> <p>3.aprendizaje que ustedes como especialistas de la salud nos enseñen a</p> <p>4.realizar. por ejemplo: cada procedimiento. Donde obviamente uno</p> <p>5.pueda participar claro, para mi sería total agrado que me digan...</p> <p>6.¿familiar de tal paciente, nos ayudaría a realizar una cura o hacerle su</p> <p>7.higiene personal?, excelente me sentiría feliz en que ellos me tomen en</p> <p>8.cuenta en una situación tan difícil y dejar por un momento la angustia.</p> <p>9.Seremos como ayuda, siempre y cuando mantengamos la calma en la</p> <p>10.realización de los procedimientos que se nos han de indicar...</p>	<p>Explicación de los procedimientos a realizar, medidas preventivas y posibles complicaciones</p> <p>Solicitar el apoyo al familiar</p> <p>Trabajo colaborativo con el familiar</p>	<p>Deseo profundo de recibir la explicación de los procedimientos que se le realizan al paciente crítico.</p> <p>Personal de enfermería debe solicitar el apoyo del familiar y este manifestará su decisión de participar en el procedimiento.</p> <p>Deseo ferviente de realizar un constante trabajo colaborativo con el fin de brindar confort al paciente crítico.</p>	

Investigador: Jeison Hernández 2023

En las matrices observadas se plasmaron las ideas, anécdotas, sentimientos y perspectivas ofrecidas por los protagonistas de esta investigación, para aspectos técnicos “los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos-Adultos”. Se utilizó el enfoque fenomenológico para así sustentar estas experiencias individuales. Se logró “transformar la experiencia vivida en una expresión textual de su esencia”. Van Manen (1999) (Citado en Fuster 2019) Partiendo desde un relato anecdótico donde se expuso la más pura esencia del alma y la consciencia de cada uno de los informantes, manteniendo expresiones y plasmando su sentir en un registro textual.

El Momento Protocolar I se inició codificando a los informantes por medio de la nomenclatura F.UCIA de las cuales la letra (F) correspondía a la palabra “Familiar” mientras que las siglas (UCIA) significan “Unidad de Cuidados Intensivos-Adultos, sin embargo, era esencialmente importante diferenciar entre cada informante por lo que se utilizaron los números del uno (1) al cuatro (4), los cuales fueron asignados en el orden de participación durante la entrevista en profundidad. Seguidamente en el mismo momento protocolar se llevó a cabo la entrevista en profundidad con cada informante para posteriormente transcribir con extrema exactitud lo referido por cada uno de ellos, se enumeraron las líneas que ocuparon en el formato de registro mientras que la organización de estos testimonios anecdóticos se llevaron a cabo en matrices por cada familiar, las cuales fueron estructuradas por cada pregunta realizada.

El Momento Protocolar II consistió en el ordenamiento de los relatos ofrecidos por los familiares con respecto a la profundidad y claridad de las respuestas a las preguntas realizadas durante la entrevista en profundidad. La matriz contenía los siguientes aspectos: Informante clave, hallazgos, categoría de análisis, interpretación y categoría emergente. Por medio de estos aspectos se condujo la construcción de la matriz correspondiente a este Momento Protocolar II. Como ya se mencionó, se transcribieron extractos de los relatos ofrecidos por los familiares según la profundidad y claridad que ofrecía la respuesta en relación a la pregunta realizada, posteriormente, se vincularon con categorías de análisis las cuales agrupan las

secciones de los testimonios entre sí, seguidamente, se construyó una interpretación por medio de las categorías de análisis para así dar origen a las categorías emergentes de cada pregunta realizada. En consecuencia, se generó un vínculo lineal entre las categorías emergentes y las interrogantes de la investigación.

Estructuración de las categorías emergentes

En esta etapa se buscó relacionar e interpretar la información suministrada por los informantes clave, específicamente relacionar la categoría de análisis con fuentes bibliográficas sin perder de vista la perspectiva del autor de la investigación. El análisis se mostrará por categoría emergente de cada pregunta de la entrevista en profundidad.

Categorías emergentes de la pregunta: ¿Cuál es la postura que asumen los familiares durante la realización del higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general cumplido por los enfermeros intensivistas?

1. Respeto de la normativa.

El Centro Médico Docente la Trinidad al igual que otras instituciones, presten o no servicios de salud, mantiene reglamentos internos, a su vez cada unidad o servicio posee su propia normativa interna. El apego a estas normativas asegura una práctica y un ejercicio profesional seguro, manteniendo los principios de beneficencia y no maleficencia. Adema de esto se toman en cuenta los aspectos clave descritos en las leyes que rigen tanto el ejercicio profesional como el desempeño del trabajo diario de cada individuo.

En el mismo orden de ideas, el respeto a la normativa es un aspecto inmerso en cada individuo ya que el mismo dependerá de la motivación, experiencia, educación durante la infancia y valores inculcados. En la sociedad del presente al igual que lo fue en la del pasado y lo será en la del futuro, es de vital importancia mantener presentes las normativas instauradas en los lugares a los que concurramos.

Cuadro 9

Matriz de la estructuración de la categoría emergente: Respeto a la normativa

1. ¿Cuál es la postura que asumen los familiares durante la realización del higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general cumplido por los enfermeros intensivistas?	
Categoría de análisis	Definición
Respeto a la normativa institucional	<p>Esta categoría se vincula al apego y respeto que poseen los informantes clave al reglamento institucional de Centro Médico Docente la Trinidad y a su vez al reglamento de la Unidad de Cuidados Intensivos-Adultos.</p> <p>Como bien lo sustenta Fernández (2009) en el blog “Economía para todos” “Las normas nos ordenan como sociedad; nos guían y nos orientan en nuestro accionar”. Aparte de ello “Nos dicen qué podemos hacer y qué no”, además agrega que podemos estar o no de acuerdo con ellas. Enfatiza que el cumplimiento de las normativas nos puede ayudar a “lograr convivir en armonía y tranquilidad”.</p> <p>Es por ello que F.UCIA1 refiere “14. ...En el caso cuando he estado dentro y me 15. piden que salga, que van a hacer un procedimiento y debo retirarme si 16. emm... como sé que es la normativa y el deber ser, lo respeto”. En este sentido el informante se encuentra consciente de la importancia de las normas para la sociedad y de la importancia del cumplimiento de las mismas.</p> <p>Estar de acuerdo o no con la normativa no es relevante al momento de su cumplimiento y ese aspecto lo describe F.UCIA3 expreso: “2. ...Emm me he preguntado muchas veces ¿Por 3. qué no poder estar presente? Bueno ¡x! es una normativa pues, uno no 4. se impone a algo que ya está establecido de esa manera. Ahora que tú 18. chamo quiero ayudar y no me dejan porque los entiendo pues son 19. reglas y si no las siguen tú los amonestas porque eres su jefe (ríe)”. Mientras que F.UCIA4 afirmó: “1. Mmm interesante, la postura que he tomado es la siguiente: yo 2. quisiera estar adentro en la terapia 24/7 con mi familiar, pero bien se 3. sabe que hay una normativa correspondiente que no lo permiten por los 4. procedimientos que tienen con los otros pacientes...”</p> <p>Aunque la normativa no es de su entero agrado, priorizan el cumplimiento de la misma para mantener la armonía.</p>

Investigador: Jeison Hernández (2023)

2. Normas que regulen la participación del familiar

La participación de los familiares en los cuidados resulta favorecedora cuando se intenta contrarrestar el impacto que genera en el paciente crítico su ingreso y permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos, sin embargo, es importante definir lo que significa, para ello Achury et al. (2013) refieren que “es un proceso en el cual uno o varios familiares del paciente crítico se vinculan de forma voluntaria, progresiva y dirigida, con ayuda del profesional de enfermería”. p.4

El Artículo 32 del Código Deontológico de Enfermería establece “El profesional de enfermería tendrá en cuenta que el enfermo forma parte de una familia y comunidad, procurará en la medida de lo posible, integrar los miembros más cercanos al enfermo en el plan de cuidados con el previo consentimiento del mismo.” (p.15) De manera clara se encuentra sustentada legalmente la participación del familiar en los cuidados del paciente crítico, sin embargo, es importante resaltar que se deben respetar los límites de participación en este ámbito, lo que se traduce en el seguimiento de pautas descritas en un reglamento o en un protocolo.

Cuadro 10

Matriz de la estructuración de la categoría emergente: Normas que regulen la participación del familiar

1. ¿Cuál es la postura que asumen los familiares durante la realización del higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general cumplido por los enfermeros intensivistas?	
Categoría de análisis	Definición
<p>Marcar límites de participación del familiar en los procedimientos de enfermería</p>	<p>Esta categoría surge del deseo de participación de los familiares manteniendo una práctica segura para el paciente crítico como para el familiar y el personal de enfermería involucrado.</p> <p>Achury et al. (2013) sostiene que “se hace más evidente la responsabilidad que posee el profesional de enfermería para identificar oportunamente a aquellos familiares que podrían asumir el rol de cuidador”. (p.9) Ya que algunos tienen la disposición de participar, como es el caso de F.UCIA2: “6. Me interesa muchísimo por supuesto, saber que he! Que es lo que 7. Le están administrando, como son las curas, este.. como se 8. Deberían hacer, que cuidados hay que tener, que medidas de 9. Prevención hay que tener”.</p> <p>Reforzando esta idea F.UCIA3 manifiesta lo maravillosa que le parece la idea de realizar un trabajo colaborativo junto al personal de enfermería, cuando refiere: “5. Me asomas la posibilidad de que puedo participar en el cuidado de mi 6. pareja y waoooo me encanta la idea”. Sin embargo F.UCIA4 se torna un poco temeroso ya que no posee conocimientos y esto le genera desconfianza, ya que afirma: “11. Me parece 12. Importante como debo hacerlo, como cambiar las curas y saber la 13. Administración de su nutrición, ya que tener el conocimiento de todo 14. Esto que ustedes hacen y poder aplicarlo en el momento que mi 15. Familiar lo amerite ya bien sea en hospitalización o en casa es una 16. Ganancia para él y para nosotros. Nos da paz mental (ríe)”.</p> <p>Los informantes coinciden en la necesidad de crear normas o pautas que regulen su participación y les mencionen que pueden y no realizar.</p>

Investigador: Jeison Hernández (2023)

3. Trabajo colaborativo

El trabajo colaborativo resulta ser un modelo de aprendizaje en el contexto de la educación, pero si este es adaptado al contexto en el que se encuentra desarrollándose la presente investigación sería una estrategia que utiliza el profesional de enfermería para invitar al familiar a construir juntos, llevar a cabo procedimientos o tareas lo cual según Maldonado (2007) “demanda conjugar esfuerzos, talentos y competencias mediante una serie de transacciones que les permitan lograr las metas establecidas consensuadamente”. (p.7)

Maldonado (2007) asegura que “el trabajo colaborativo es considerado una filosofía de interacción y una forma personal de trabajo, que implica el manejo de aspectos tales como el respeto a las contribuciones individuales de los miembros del grupo”. (p.8) Siguiendo esta idea se puede reafirmar la importancia que se debe otorgar al esfuerzo dado por los familiares antes, durante y después de la realización de cada procedimiento o tarea que lleve a un resultado favorable para el paciente crítico.

Cuadro 11

Matriz de la estructuración de la categoría emergente: Trabajo colaborativo

1. ¿Cuál es la postura que asumen los familiares durante la realización del higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general cumplido por los enfermeros intensivistas?	
Categoría de análisis	Definición
Trabajo colaborativo entre familiar y personal de enfermería	<p>Como se ha descrito a lo largo del proceso investigativo el familiar puede jugar un papel crucial en el proceso de recuperación del paciente crítico pero, muchas veces este no posee de la pericia necesaria que le de seguridad al momento de realizar asistencia en algún procedimiento determinado, es allí donde entra la intervención del profesional de enfermería que al poseer un rol docente, este podrá guiarlo hasta que pueda desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para una práctica segura mediante un trabajo colaborativo.</p> <p>Espinoza (2022) define el trabajo colaborativo como “una experiencia mutua, donde el estudiante aprende de las experiencias e ideas de los demás, es decir, que gracias a la interacción con los miembros del equipo se obtienen conocimientos más profundos y sólidos”. (p.6)</p> <p>F.UCIA2 coincide con la idea anterior cuando menciona: “44. ...Podemos hacer un buen equipo, un 45. Buen enlace...” De igual forma F.UCIA4 expresa: “9. Seremos como ayuda, siempre y cuando mantengamos la calma en la 10. Realización de los procedimientos que se nos han de indicar”.</p> <p>Desde la experiencia del autor de la investigación se han evidenciado asépticos que niegan la posibilidad de poder aprender de un familiar sin experiencia o relación con el área de la salud, sin embargo, muchos otros han resaltado la valiosa ayuda que presta un familiar cuando se realiza un plan de cuidados donde se quiere brindar confort al paciente crítico, ya que ¿Quién puede conocer mejor las preferencias del paciente? La respuesta es simple, el familiar. Conoce la comida, el sabor de jugo y la posición en la cama que más le gusta, puede interpretar señales y gestos cuando el paciente no puede emitir sonidos o palabras comprensibles, puede recordar momentos o aspectos clave que el paciente por alguna razón no haya mencionado durante el proceso de evaluación y entrevista. Se podrían enumerar, pero no es relevante que tanta o poca ayuda puedan ofrecer. Lo que resulta importante destacar es el potencial que tienen para realizar un trabajo colaborativo con los profesionales de enfermería.</p>

Investigador: Jeison Hernández (2023)

Categorías emergentes de la pregunta: ¿Qué acciones pueden facilitar la inclusión de los familiares a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas?

1. Informar sobre los procedimientos al familiar

La comunicación es importante para cualquier tipo de relación, es vital para la humanidad comunicarse ya sea verbal, por medio de señales, gestos, escritos, entre otros. La comunicación entre el personal de enfermería, el paciente y el familiar del mismo debe ser profesional y como lo establece el Artículo 28 del Código Deontológico de Enfermería "...deben ser estrictamente profesional, efectuándose dentro de un clima humano de confianza y respeto mutuo." (p.15)

Resulta imperativo recordar que los profesionales de enfermería se encuentran obligados por el Artículo 33 del Código Deontológico de Enfermería a "...informar, adecuadamente a los familiares durante todo el proceso de la enfermedad dentro de los límites de sus competencias y deberes del enfermo." (p.16) Lo que se prohíbe es la divulgación de datos clínicos, resultados, evaluaciones y afines contenidos en la historia clínica.

Cuadro 12

Matriz de la estructuración de la categoría emergente: Informar sobre los procedimientos al familiar

Categoría de análisis	Definición
Explicación de los procedimientos que se le realizarán al paciente	<p>2. ¿Qué acciones pueden facilitar la inclusión de los familiares a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas?</p> <p>Una breve y adecuada descripción al paciente y familiar de los pasos a realizar antes, durante y después del procedimiento que se cumplirá, es considerado un acto dentro del límite legal, pero visto desde la perspectiva humanística es una acción que brinda tranquilidad y paz emocional.</p> <p>En muchas oportunidad esta sencilla acción puede resultar de muchas relevancia para el familiar del paciente crítico, tal es caso de F.UCIA2 “2. Que todos los procesos que se le estén haciendo al paciente se lo expliquen 3. A uno”. F.UCIA3 refiere: 16. ...Sigán explicando los 17. Procedimientos, hablen claro “mira pueden hacer esto y esto” 18. “cuando yo te indique me vas a pasar esto”, “si llega a pasar algo... 19. Hacemos esto” algo, así pues. “vamos a hacer este procedimiento, 20. Cuidado con esto y esto que tiene conectado”, “si esto se sale se 21. Muere”...</p> <p>Por último F.UCIA4 resalta que: “2. ...Las acciones se guiarían más que todo por el 3. Aprendizaje que ustedes como especialistas de la salud nos enseñen a 4. Realizar. Por ejemplo: cada procedimiento. Donde obviamente uno 5. Pueda participar claro, para mi sería de total agrado que me digan 6. ¿familiar de tal paciente nos ayudaría a realizar una cura o hacerle su 7. Higiene personal?”</p> <p>En los testimonios citados se evidencia la disposición a la realización de los procedimientos, pero también se exige una detallada explicación de las acciones a realizar y adicionalmente establecer los roles de cada participante.</p>

Investigador: Jeison Hernández (2023)

2. Tiempo de visita extendido

Una de las características que definen una Unidad de Cuidados Intensivos a puertas abiertas es el régimen de visitas flexible o como se titula la presente categoría emergente “tiempo de visita extendido”. Durante el proceso investigativo se ha hecho alusión al beneficio particular del ya mencionado, sin embargo, es importante mencionar que Aparicio (2014) realizó un trabajo de investigación donde se concluía que los usuarios “valoraron las visitas como experiencias no estresantes debido a que los visitantes ofrecen moderados niveles de reaseguramiento, confort y

efectos calmantes. Ningún grupo percibió las visitas como barreras para el descanso o intensificadoras del dolor.” (p.16)

Además de esto menciona beneficios hacia el familiar que al igual que el paciente merece ser tratado dignamente. Un régimen de visitas flexible según Aparicio (2014) “incrementan la satisfacción familiar debido a poder estar más tiempo con el paciente”, “se satisface la necesidad de información por una mejora significativa de la comunicación familia-personal sanitario” y en algunos casos donde los familiares puedan ver o participar en los procedimientos llevados a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos “refuerza la convicción de que su ser querido está siendo bien cuidado”. (p.7)

Cuadro 13

Matriz de la estructuración de la categoría emergente: Tiempo de visita extendido

2. ¿Qué acciones pueden facilitar la inclusión de los familiares a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas?	
Categoría de análisis	Definición
Extender tiempo de visita del paciente.	<p>Son más los potenciales beneficios que los riesgos o desventajas de un régimen de visitas flexibles, sin embargo, desde la experiencia profesional del autor de la investigación son pocas las instituciones públicas y privadas que aplican esta acción. Acción que como se hace referencia en la sección anterior posee beneficios reales y apreciables en la salud del paciente crítico.</p> <p>Para reforzar esta idea F.UCIA1 expresa: “6. ...Para mi esposo es menos traumático 7. Cuando puede tener la libertad y el acompañamiento de su familiar”. Por otra parte, F.UCIA2 refiere: “58. ...Dice que es muy importante eso, estar mucho tiempo con el... 59. Con el paciente, mucho tiempo con el paciente y eso mejora mucho 60. Su... su... su desarrollo”.</p> <p>Según la experiencia profesional del autor de la investigación las visitas durante el turno nocturno a partir de las 8pm pueden resultar una acción muy difícil de lograr ya que la Unidad de Cuidados Intensivos de vuelve una fortaleza impenetrable donde no son bienvenidos los familiares, y no solo es la mencionada unidad, es el recinto hospitalario propiamente. Dicha fortaleza abre sus puertas a las 8am.</p> <p>En consistencia con el párrafo anterior F.UCIA3 expresa: “21. ...El horario de visitas sería chévere si lo 22. Pudieran extender un pelo en la noche, yo salgo tarde de mi trabajo”.</p>

Investigador: Jeison Hernández (2023)

Durante este proceso de estructuración se pudieron evidenciar las vivencias y anécdotas de los informantes clave en conjunto con la ofrecida por el autor de la investigación, sustentadas por los preceptos legales, autores de trabajos de investigación y conceptos teóricos sin embargo, es importante resaltar que en las descripciones protocolares surgieron una serie de categorías emergentes donde se destacaron las que mayor frecuencia de aparición poseían, 2 de ellas se destacaron por encima del resto por encontrarse presentes en ambas matrices. Ellas fueron: **Normas que regulen la participación del familiar y trabajo colaborativo**, lo que significa que se ha alcanzado la saturación de información o saturación de datos como lo menciona de Abreu (2023) en el Blog Mind the graph “es la fase en la que los investigadores alcanzan una profundidad y amplitud de información suficientes que les permiten extraer conclusiones y desarrollar teorías a partir de sus datos.” Esto puede indicar que se están generando poca o ninguna información nueva.

Contrastación de las categorías emergentes

La presente fase corresponde según Fuster (2019) a “una revisión de fuentes fenomenológicas o confrontación del trabajo final con otros estudios del mismo enfoque”. (p.14) También sostiene que en esta fase se pueden encontrar “coincidencia y no coincidencias con las reflexiones del autor”. (p.14) con este proceso se pretendió “integrar en una sola descripción todas las fisonomías individuales de todos los sujetos estudiados”. (p.13)

1. Respeto de la normativa

Fernández (2009) sostiene que “Las normas nos ordenan como sociedad; nos guían y nos orientan en nuestro accionar”. La mencionada categoría emergente se encuentra dentro de una brecha investigativa, la cual Arias y Artigas (2022) la definen como “vacíos en el conocimiento, evidencias insuficientes, inconsistencias... que pueden ser detectados en aspectos teóricos...” (p. 2) específicamente el tipo de brecha presente es la de conocimiento la cual es descrita por estos mismos autores como aquella que: “equivale a un vacío en el conocimiento que puede surgir por no haber encontrado una respuesta... o por la obtención de resultados no esperados”. (p. 3)

En consecuencia, resulta imperativo definir desde la postura del autor de la investigación y el testimonio de los informantes clave, partiendo de esta premisa es importante resaltar que toda institución en el presente y seguramente en el futuro contarán con normas encargadas de establecer códigos de conducta, regular, atribuir responsabilidades al igual que exonerar de las mismas, entre muchos tipos de normativas, sin embargo el cumplimiento de la misma dependerán una serie de factores tales como los valores y la motivación de cada individuo. Para dar un ejemplo de ello **F.UCIA1** refirió: “**14.** ...En el caso cuando he estado dentro y me **15.** piden que salga, que van a hacer un procedimiento y debo retirarme si **16.** emm... como sé que es la normativa y el deber ser, lo respeto”. Por otra parte, **F.UCIA3** expresó: “**2.** ...Emm me he preguntado muchas veces ¿Por **3.** qué no poder estar presente? Bueno ¡x! es una normativa pues, uno no **4.** se impone a algo que ya está establecido de esa manera...” en este testimonio es notorio su desacuerdo con la normativa, sin embargo los valores inculcados y la motivación hacia el cumplimiento de las normas se imponen. Esta postura se repite en **F.UCIA4** tras manifestar que: **2.** quisiera estar adentro en la terapia 24/7 con mi familiar, pero bien se **3.** sabe que hay una normativa correspondiente que no lo permiten por los **4.** procedimientos que tienen con los otros pacientes...” siendo el mismo resultado que el anterior, a pesar de su deseo de permanecer en la unidad “24/7” comprende que no es posible ya que existen normas que regulan el horario y permanencia de los familiares.

2. Normas que regulen la participación del familiar

Según el Artículo 32 del Código Deontológico de Enfermería “El profesional de enfermería tendrá en cuenta que el enfermo forma parte de una familia y comunidad, procurará en la medida de lo posible, integrar los miembros más cercanos al plan de cuidados previo consentimiento del mismo”. Partiendo de esta premisa Sánchez et al. (2017) en su artículo de investigación Importancia de la aplicación de normas de bioseguridad en el área de radiología sostiene que en una normativa “lo vital debe ser la garantía de un espacio y ambiente digno para quienes, por sus funciones, han de velar por la seguridad de otros”. (p.1) Al igual menciona que todas las actividades que realizamos en nuestro quehacer diario representan riesgos por lo que se

requiere una constante “observación de ellos en el lugar de trabajo” además de la “estandarización de protocolos de bioseguridad en las instituciones para la realización de procedimientos”. (p.8)

Resulta de vital importancia contar con un protocolo que establezca límites en la participación y descripción de las funciones que podrán ejercer los familiares del paciente crítico durante los procedimientos realizados por el personal de enfermería y esto se evidencia también en el testimonio de **F.UCIA2**: “**8**. Deberían hacer, que cuidados hay que tener, que medidas de **9**. Prevención hay que tener”. Por otra parte **F.UCIA4** se torna un poco temeroso ya que no posee conocimientos y esto le genera desconfianza, ya que afirma: “**11**. Me parece **12**. Importante como debo hacerlo, como cambiar las curas y saber la **13**. Administración de su nutrición, ya que tener el conocimiento de todo **14**. Esto que ustedes hacen y poder aplicarlo en el momento que mi **15**. Familiar lo amerite ya bien sea en hospitalización o en casa es una **16**. Ganancia para él y para nosotros. Nos da paz mental (ríe)”.

El estudio concluye sosteniendo la importancia de estandarizar protocolos de prevención de enfermedades infectocontagiosas, sin salir del contexto de la investigación es como ya se mencionaba un riesgo al cual está sometido el personal de labora en el área de salud y al incluir al familiar del paciente crítico también se ve potencialmente afectado.

3. Trabajo colaborativo

Espinoza (2022) define el trabajo colaborativo como “una experiencia mutua, donde el estudiante aprende de las experiencias e ideas de los demás, es decir, que gracias a la interacción con los miembros del equipo se obtienen conocimientos más profundos y sólidos”. (p.6) Según Maldonado (2007) “demanda conjugar esfuerzos, talentos y competencias mediante una serie de transacciones que les permitan lograr las metas establecidas consensuadamente”. (p.7) El artículo titulado El trabajo colaborativo en el aula universitaria, realizado por Maldonado (2007) se planteó enfatizar los beneficios y los aportes del trabajo colaborativo en los estudiantes universitarios además de esto muestran “la utilidad y pertinencia del trabajo colaborativo para potenciar el aprendizaje en el aula universitaria.” (p.2)

Para entrar en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos-Adultos y el familiar del paciente crítico se adaptarán estos conceptos a esta realidad de estudio afirmando que el trabajo colaborativo será posible si ambas partes (familiares y enfermeros) están prestos al intercambio de ideas y al trabajar por un mismo objetivo el cual siempre será la pronta recuperación del paciente crítico. Es por ello que **F.UCIA2** expresa: “**44.** ...Podemos hacer un buen equipo, un **45.** Buen enlace...” al igual que **F.UCIA4** reafirma: “**9.** Seremos como ayuda, siempre y cuando mantengamos la calma en la **10.** Realización de los procedimientos que nos han de indicar”. El estudio previamente mencionado concluye al mencionar la importancia de generar “un gran aprendizaje humano” en los estudiantes universitarios, además de ello resalta que “la actividad en grupos colaborativos, desarrolla el pensamiento reflexivo”, “estimula la formulación de juicios, la identificación de valores, el desarrollo del respeto y la tolerancia por la opinión de los otros” y como última reflexión expresan que el trabajo colaborativo “sólo se dará cuando se logre que la interacción sea de calidad, que propicie el intercambio de ideas y el encuentro con los otros.” (p.14)

4. Informar sobre los procedimientos al familiar

Resulta imperativo recordar que los profesionales de enfermería se encuentran obligados por el Artículo 33 del Código Deontológico de Enfermería a “...informar, adecuadamente a los familiares durante todo el proceso de la enfermedad dentro de los límites de sus competencias y deberes del enfermo.” (p.16) Lo que se prohíbe es la divulgación de datos clínicos, resultados, evaluaciones y afines contenidos en la historia clínica.

Para enfatizar los beneficios de proporcionar información al familiar dentro de los límites, competencias y deberes del personal de enfermería, Escudero et al (2017) en su artículo de investigación titulado Por una UCI de puertas abiertas más confortable y humana. Es tiempo de cambio, sostienen que los familiares del paciente crítico “demandan cada día más información y una participación más activa en las decisiones sobre su salud”. Para constatar esta afirmación **F.UCIA2** refiere: “**2.** Que todos los procesos que se le estén haciendo al paciente se lo

explique **3. A uno**” al igual que **F.UCIA3** expresa: “**16.** ...Sigan explicando los **17.** Procedimientos, hablen claro “mira pueden hacer esto y esto” **18.** “cuando yo te indique me vas a pasar esto”, “si llega a pasar algo... **19.** Hacemos esto” algo, así pues. “vamos a hacer este procedimiento, **20.** Cuidado con esto y esto que tiene conectado”, “si esto se sale se **21.** Muere”...

Es necesario enfatizar que el personal de enfermería se encuentra obligado por leyes y reglamentos a suministrar información al familiar dentro de sus límites pero, además de esto, se encuentran obligados por deber moral y cívico, el estudio anteriormente mencionado concluye que “tan solo mencionar al familiar que el paciente se encuentra estable” además de esto mencionar si logró descansar o ingerir alimentos “proporciona tranquilidad y seguridad en el equipo de salud” (p.10)

5. Tiempo de visitas extendidos

Extender o flexibilizar el tiempo de visitas según Aparicio (2014) “incrementan la satisfacción familiar” motivado a que puede tener más contacto con el paciente, “se satisface la necesidad de información por una mejora significativa de la comunicación familia-personal sanitario” y en algunos casos donde los familiares puedan ver o participar en los procedimientos llevados a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos “refuerza la convicción de que su ser querido está siendo bien cuidado”. (p.7) Para reforzar esta afirmación Achury (2011) en su artículo: La familia y las visitas en las unidades de cuidados intensivos, inicia resaltando “que una mayor presencia de la familia también implicaría una participación más activa de estos en los cuidados e incluso en las decisiones que se toman respecto a ellos”. (p.1) Además de ello afirma que la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos “ocasiona un desequilibrio para todo el núcleo familiar” y resalta la importancia de las acciones de enfermería guiadas a la “valoración y manejo de las necesidades no sólo del paciente sino también de la familia.” (p.1)

En este mismo orden de ideas, **F.UCIA1** expresa: “**6.** ...Para mi esposo es menos traumático **7.** Cuando puede tener la libertad y el acompañamiento de su familiar”. Mientras que **F.UCIA2** refiere: “**58.** ...Dice que es muy importante eso, estar mucho tiempo con el... **59.** Con el paciente, mucho tiempo con el paciente y

eso mejora mucho **60**. Su... su... su desarrollo". En consistencia con estos testimonios Achury (2011) sostiene que las visitas se convierten "en una herramienta fundamental que permite satisfacer la demanda de necesidades de tipo social, emocional, de información y acompañamiento." (p.1) Sin embargo, durante el turno nocturno es muy difícil obtener acceso a dicha área por diversos factores que no se tratarán en esta investigación por lo que dificulta la visita para aquellos familiares que tienen otras responsabilidades que atender. Tal es el caso de **F.UCIA3** quien expresa: "**21**. ...El horario de visitas sería chévere si lo **22**. Pudieran extender un pelo en la noche, yo salgo tarde de mi trabajo".

El artículo concluye afirmando que las políticas de horarios restrictivos "aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares en el paciente" además de favorecer la aparición de la ansiedad y el estrés provocado por la "distancia impuesta con sus familiares". (p.5) Según la experiencia profesional del autor de la investigación es de vital importancia el contacto directo del familiar y el paciente crítico, si bien de no se puede demostrar con cifras y/o porcentajes exactos dicho aporte, la disminución de la frecuencia cardíaca, presión arterial y nivel de agitación psicomotriz resulta evidente y ha sido un hecho para incalculables pacientes que se han encontrado hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos-Adultos del Centro Médico Docente la Trinidad desde su fundación en el año 2015.

MOMENTO V

REFLEXIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

Partiendo de las bases fenomenológicas al autor de la investigación se le permitió conocer desde un asiento en primera fila, las vivencias, experiencias y anécdotas ofrecidas por los informantes clave. Desde su postura ante ciertas situaciones hasta su visión en las posibles mejoras de gestión. Todo esto con la finalidad de comprender y reflexionar profundamente los aspectos ofrecidos por los mismos llegando así a una comprensión profunda del fenómeno que se estudió en la presente investigación.

La investigación se realizó bajo el enfoque cualitativo y la postura fenomenológica, lo que permitió descubrir aspectos clave de los puntos que debía contener una Unidad de Cuidados Intensivos para ser considerada “A puertas abiertas” lo que se traduce en educación e inclusión de familiares a las rutinas y cuidados ofrecidos por el personal de enfermería en dicha unidad crítica. Dichos aspectos claves ofrecidos por los informantes permitieron el descubrimiento de unas categorías de análisis que sirvieron de base para las categorías emergentes las cuales son la esencia vital del protocolo de educación e inclusión al familiar del paciente crítico.

A continuación, se muestra un cuadro donde se apreciarán los propósitos específicos de la investigación y la conclusión para cada uno de ellos.

Cuadro 14

Reflexiones

Propósitos Específicos	Reflexiones
Indagar la postura que asumen los familiares durante la realización del higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general cumplido por los enfermeros intensivistas.	La postura asumida por los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos-Adultos (UCIA) va guiada al respeto por las normativas internas del recinto hospitalario aunque es necesario acotar que no significa que los mismos se encuentren de acuerdo con ellas por lo que se origina la idea conjunta de la creación de normas que den participación en los procedimientos de enfermería y al mismo tiempo regulen misma, esto con la finalidad de generar un trabajo colaborativo entre las partes involucradas y así el familiar podrá ser participe activo en la recuperación del paciente.
Describir las características de una unidad de cuidados intensivos a puertas abiertas referente a la inclusión de los familiares a los procedimientos realizados por los enfermeros intensivistas.	Tras el desarrollo del trabajo investigativo se han citado múltiples autores que comparten su postura acerca de las características que debe poseer una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a puertas abiertas, las más recurrentes y representativas son: reducir o eliminar toda limitación impuesta en tres dimensiones: temporal, física (contacto) y de relación (comunicación poco clara, incompleta o inexistente) en la que no exista justificación. Simplificadamente esta es la esencia de una UCI a puertas abiertas.
Develar acciones que puedan facilitar la inclusión de los familiares a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas.	Las acciones para facilitar la inclusión de los familiares a los procedimientos realizados por los enfermeros intensivista desde la óptica de los informantes clave se enfocaron en la comunicación asertiva con los enfermeros intensivistas, específicamente aquella que

	<p>consiste en explicar los procedimientos que se le realizarán al paciente y el cual resulta ser una obligación ya que el artículo 33 del Código Deontológico de Enfermería así lo establece. Otra de las acciones que ayudarían en la inclusión de los familiares a los cuidados de enfermería sería el tiempo de visita extendido ya que más contacto con el paciente crítico se traduce en un mayor tiempo de colaboración en los cuidados para este.</p>
--	---

Investigador: Jeison Hernández (2023)

Recomendaciones

Por medio de este apartado se pretende realizar el desenlace de la apología plasmada previamente en el trabajo de investigación es por ello que para llevar a cabo el mismo se requiere de la creación de las recomendaciones.

Colocar la presente investigación al alcance de todos los individuos interesados en desarrollar este tema.

Realizar un plan de trabajo en la Unidad de Cuidados Intensivos-Adultos del Centro Médico Docente la Trinidad cuyo tema central sea la inclusión del familiar a los procedimientos realizados por los enfermeros intensivistas y decidir en cuáles de ellos pueden brindar su colaboración.

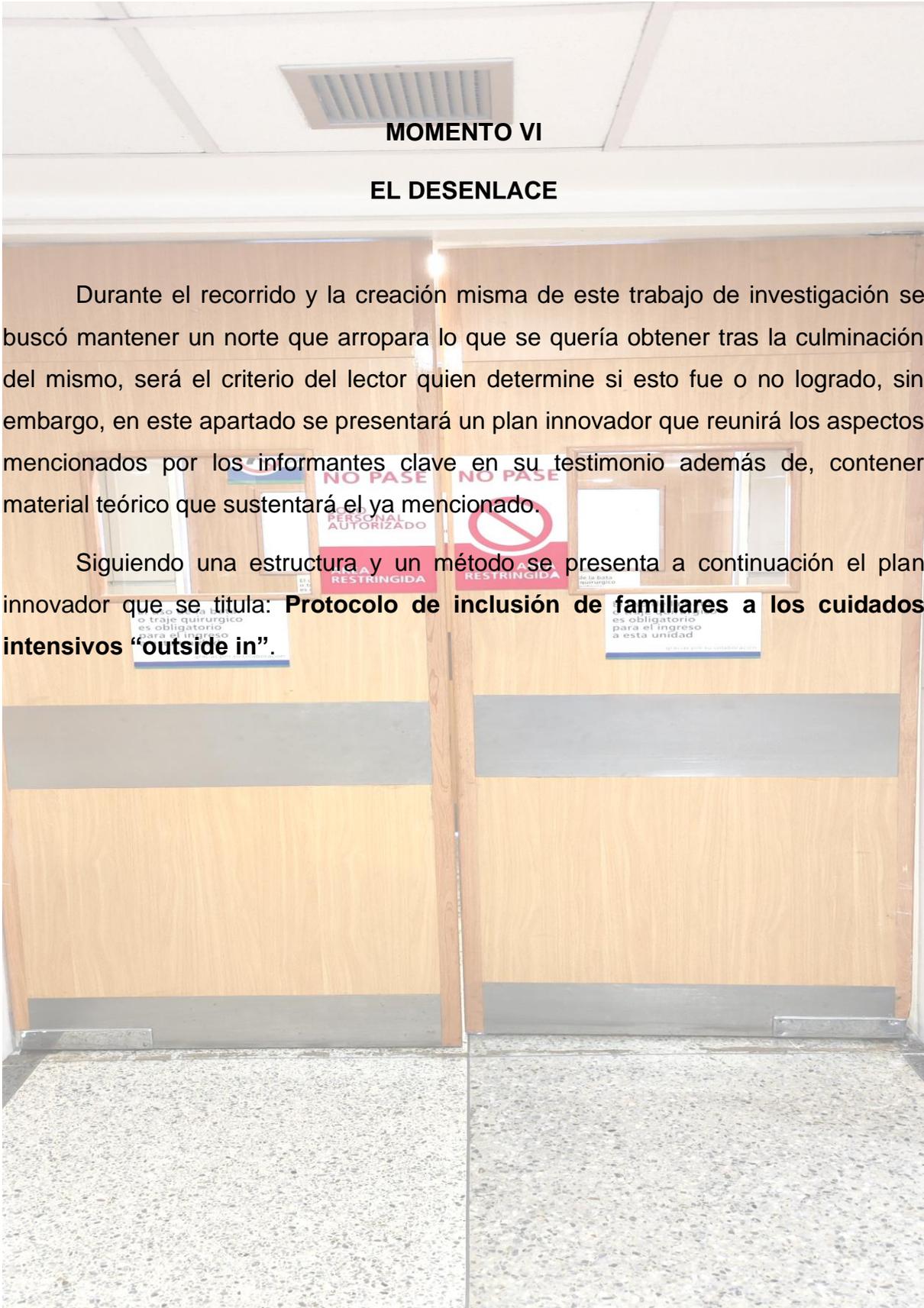
Realizar la propuesta o plan innovador sobre el desenlace obtenido con las vivencias de los informantes clave, guiado siempre al bienestar del paciente crítico y a su núcleo familiar.

MOMENTO VI

EL DESENLACE

Durante el recorrido y la creación misma de este trabajo de investigación se buscó mantener un norte que arrojará lo que se quería obtener tras la culminación del mismo, será el criterio del lector quien determine si esto fue o no logrado, sin embargo, en este apartado se presentará un plan innovador que reunirá los aspectos mencionados por los informantes clave en su testimonio además de, contener material teórico que sustentará el ya mencionado.

Siguiendo una estructura y un método se presenta a continuación el plan innovador que se titula: **Protocolo de inclusión de familiares a los cuidados intensivos “outside in”**.





REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA,
CIENCIA Y TECNOLOGÍA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR
INSTITUTO DE MEJORAMIENTO PROFESIONAL DEL MAGISTERIO
MAESTRIA EN INNOVACIONES EDUCATIVAS

Protocolo de inclusión de familiares a los cuidados intensivos

“outside in”

Fundamentación de la propuesta

Durante todo el trabajo de investigación se han resaltado los múltiples beneficios de la participación de los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos, en los procedimientos higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambio de curas en general, sin embargo, es imperativo resaltar que no existe en Venezuela un protocolo que regule y/o muestre los pasos y reglamentos que deben seguir los involucrados para poder realizar dicha práctica libre de riesgos potenciales.

La enciclopedia conceptos (2023 p. 1) define protocolo como distintas conductas y reglas que las personas en una determinada sociedad deberán conocer y respetar en ocasiones específicas. Por lo que adaptándolo al ámbito laboral se podría afirmar que son reglas y conductas que los integrantes de una organización deben conocer. Es importante resaltar, que no existe en Venezuela una guía para el personal de enfermería que enfatice o muestre los métodos para guiar a dichos familiares durante la realización de estos procedimientos. Simplemente no se encuentran actualmente trabajos investigativos al respecto.

Es por ello que se procederá a explicar el protocolo con las características antes mencionadas, guiado por la estructura propuesta y aplicada por el departamento de Organización y métodos del centro médico docente la trinidad.

Todo tiene un propósito en el mundo, desde los microorganismos más diminutos e imperceptibles hasta el humano mismo en su compleja y misteriosa forma de procesar la información. Un protocolo no es la excepción a esta regla por lo que a continuación se presentan los propósitos de la presente propuesta.

Justificación

La interacción en el ejercicio profesional de la enfermería debe sustentarse en tres pilares básicos: responder a las necesidades del usuario, mejorar continuamente los servicios y crear los servicios adecuados para la mejor producción. Es por ello que el propósito principal de esta propuesta es lograr integrar a los cuidados de enfermería ya mencionados, a los familiares de los pacientes a los cuales se le cumplen. Esto con la finalidad de contribuir a nivel social con un impacto positivo que reducirá significativamente la ansiedad que produce el desconocimiento de la condición actual y el no conocer los cuidados que se realizan diariamente. Sin dejar de lado el aporte gremial, investigativo y teórico que esta propuesta significará para aquellos que deseen trabajar con protocolo de inclusión de los familiares a los procedimientos de enfermería.

No se debe olvidar el aporte institucional que representa la realización de una propuesta innovadora en el Centro Médico Docente la Trinidad que tanto renombre posee a nivel nacional, también es importante considerar que se volvería la primera unidad de cuidados críticos para adultos de puertas abiertas en el país.

Propósitos

Para poder llevar a cabo un proyecto o un plan se necesitan tener claros los objetivos o como se les menciona en este apartado, los propósitos, tanto aquel que define en su totalidad como aquellos que en él se encuentran contenidos.

Propósito general

Diseñar un protocolo de inclusión de familiares a los cuidados realizados por los enfermeros intensivistas del centro médico docente la trinidad.

Propósitos específicos

- Conformar equipos de trabajo en la unidad de cuidados intensivos - adultos del Centro Médico Docente la Trinidad, conformado por los enfermeros intensivistas.
- Presentar el protocolo de inclusión de familiares a los cuidados intensivos al equipo de organización y métodos del Centro Médico Docente la Trinidad.
- Mostrar el protocolo de inclusión de familiares a los cuidados intensivos al equipo multidisciplinario de la unidad de cuidados intensivos – adultos del Centro Médicos Docente la Trinidad.
- Aplicar el protocolo de inclusión de familiares a los cuidados intensivos en la unidad de cuidados intensivos – adultos del Centro Médicos Docente la Trinidad.

Contextualización

Misión

Ayudar a reducir los índices de ansiedad en el familiar impulsando la inclusión de los mismos en los cuidados realizados por los enfermeros intensivistas manteniendo el cumplimiento por las leyes que rigen la profesión de la enfermería, normativas institucionales y los valores inmersos en ella, garantizando además el trato digno y una atención de calidad y calidez humana al paciente críticamente enfermo.

Visión

Guiado bajo las normas que rigen la profesión de la enfermería, normativas, valores institucionales se regulará la participación de los familiares en los cuidados realizado por los enfermeros intensivista al paciente critico

Cuadro 15

Plan operativo

Objetivos	Actividad	Tarea	Recursos	Tiempo
Conformar equipos de trabajo en la unidad de cuidados intensivos - adultos del Centro Médico Docente la Trinidad, conformado por los enfermeros intensivistas.	Mesas de trabajo	Asegurar la participación de todos los integrantes del equipo multidisciplinario de la Unidad de Cuidados Intensivos-Adultos del Centro Médico Docente la Trinidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso humano. • Video Bean, TV, computadora o Laptop. • Pizarra acrílica y marcadores. • Material informativo. 	1 hora
Categorizar los temas emergentes de la entrevista a profundidad en el protocolo de inclusión de familiares a los cuidados intensivos.	Lectura de los testimonios ofrecidos por los informantes clave	Revisar los testimonios y las matrices de categorías emergentes	Laptop	6 horas
Presentar el protocolo de inclusión de familiares a los cuidados intensivos al equipo de organización y métodos del Centro Médico Docente la Trinidad.	Realizar el protocolo.	Redactar el protocolo siguiendo los lineamientos institucionales.	Laptop	3 días
	Presentar la primera versión.	Presentar la versión preliminar del protocolo para su posterior ajuste o correcciones.		30 minutos
Mostrar el protocolo de inclusión de familiares a los cuidados intensivos al equipo multidisciplinario de la unidad de cuidados intensivos - adultos del Centro Médicos Docente la Trinidad.	Reunión grupal	Asegurar la participación de todos los integrantes del equipo multidisciplinario de la Unidad de Cuidados Intensivos-Adultos del Centro Médico Docente la Trinidad	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso humano. • Video Bean, TV, computadora o Laptop. • Pizarra acrílica y marcadores. • Material informativo. 	1 hora

Protocolo de inclusión de familiares a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambio de curas en general

1. Objetivo:

Impulsar la inclusión de los familiares en los cuidados: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de cura en general realizados por los enfermeros intensivistas manteniendo el cumplimiento de las leyes que rigen la profesión de la enfermería, normativas institucionales y los valores inmersos en ella.

2. Indicaciones

- Paciente que solicite la presencia y apoyo de su familiar en los cuidados de enfermería.
- En caso de que el paciente no pueda solicitar el apoyo por alguna razón de fuerza mayor el familiar responsable del mismo tomará la decisión.

3. Contraindicaciones

- Familiar con marcada ansiedad y nerviosismo.
- Paciente que niegue la asistencia de su familiar.
- Familiar que se niegue a participar en los cuidados.

Nota: El equipo multidisciplinario deberá valorar cada caso de manera individual y llegar a un consenso para tomar decisión sobre la participación del familiar en dichos cuidados.

4. Recurso humano

- Personal de enfermería.
- Familiar(es) del paciente.

5. Materiales y equipos

• Dependiendo del procedimiento a realizar, consulte el protocolo correspondiente y verificar los materiales a utilizar para cada uno.

6. Preparación del paciente

- Cree un ambiente agradable y tranquilo para el paciente.

- Solicite la aprobación de la participación del familiar al paciente o familiar responsable según sea el caso.

- Explique el procedimiento a realizar.

7. Técnica

- Según sea el procedimiento a realizar consulte el protocolo correspondiente.

- Explicar detalladamente al familiar el procedimiento a realizar. Tomando en cuenta aspectos teóricos y técnicos del mismo.

- Consultar dudas o preguntas acerca del mismo.

- En caso de existir alguna de las anteriores realizar el reforzamiento de las mismas.

8. Complicaciones

- Inherentes a cada procedimiento. Consultar protocolo correspondiente.

- Fallo en la técnica por falta de habilidad y destreza del familiar.

- Nula o escasa participación del familiar.

- Poca tolerancia del familiar ante la realización del procedimiento según sea el caso.

Referencias

- Aparicio A. (2014). ¿Tiene impacto en los usuarios de las UCI de adultos el régimen de visitas abierto?
https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4081/Aparicio_Diaz_Alejandro.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Muchos%20son%20los%20beneficios%20documentados,comunicaci%C3%B3n%20familia%2Dpersonal%20sanitario%2C%20refuerzo .
- Alarcón C, López L, De Flores P, Beltrán J, Jurado G, Cerino B. (2020). Análisis de la distribución del tiempo en materia de cuidado crítico por profesionales de enfermería mediante TISS-28.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632020000200162&script=sci_arttext_plus&tlng=es
- Aguilar C, Martínez C. (2017). La realidad en la unidad de cuidados intensivos. Scielo,
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171
- Achury D, Achury L. (2013). Participación del familiar en el cuidado del paciente críticos: Una propuesta de fundamentación teórica.
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/download/7073/5620#:~:text=La%20participaci%C3%B3n%20familiar%20es%20un,paciente%2C%20a%20partir%20de%20un>
- Alberto E. (2022). Presupuestos onto-epistémicos de la práctica educativa: un estudio sobre el servicio de aulas integradas [de Doctor en Ciencias de la Educación-UPEL-IMPM]
- Arias. F, Artigas. W. (2022). Cómo plantear problemas científicos relevantes identificando brechas de investigación. *Mujer Andina*, 1(1), 76-82.

<https://revistas.uandina.edu.pe/index.php/mujer-andina/article/view/644/272>

Alvear M. (2022). Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de Puertas Abiertas: Un estudio multicéntrico de corte transversal. **<http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/11619>**

Alfaro M, Cipriano C, Fonseca A, Jiménez I. (2014) Estructura de la Unidad de cuidados intensivos. **<https://es.slideshare.net/geikatsubame/estructura-de-la-unidad-de-cuidados-intensivos>**

Álvarez J, Peláez N Y Muñoz A. (2006) Utilización clínica de la Nutrición Enteral. **https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000500009**

BBC News Mundo. (17 de septiembre 2022). ¿Por qué la realidad es distinta para cada uno de nosotros? **<https://www.bbc.com/mundo/noticias-62759260>**

Borjas. J. (2021). Validez y confiabilidad en la recolección y análisis de datos bajo un enfoque cualitativo. **https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-63882020000300079&script=sci_arttext**

Chavero R. (2017). La familia del paciente crítico, SUS NECESIDADES y el ABORDAJE DE ENFERMERÍA. Artículo digital disponible en: **<http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/chavero-roxana.pdf>**

Código Deontológico De La Enfermería [C.D.E] 28 de noviembre de 2008. Artículo 5, 29, 32, 33, 65. 27 y 28 de noviembre de 2008 (República Bolivariana de Venezuela)

Constitución De La República Bolivariana De Venezuela [Const. R.B.V] artículos 83 y 84. 30 de diciembre de 1999 (República Bolivariana de Venezuela).

Duque L, Rincón E, León V. (2020). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. **https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008#:~:text=En%20los%20familiares%20de%20los,post%20DUCI%20de%20la%20familia.**

Escudero D, Viña L, Calleja C. (2014) Por una UCI de puertas abiertas más confortable y humana. Es tiempo de cambio. <https://www.medintensiva.org/es-por-una-uci-puertas-abiertas-articulo-S0210569114000370#:~:text=La%20UCI%20es%20un%20lugar%20hermoso%20donde%20se%20regala%20vida,en%20condiciones%20ambientales%20muy%20adversas.>

Espinoza E. (2022) El trabajo colaborativo en la enseñanza-aprendizaje de la geografía. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202022000200101#:~:text=Seg%C3%BAAn%20los%20autores%20mencionados%2C%20podemos,conocimientos%20m%C3%A1s%20profundos%20y%20s%C3%B3lidos.

Echeverría G. (2005) Análisis cualitativo por categorías. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/35683961/ANALISIS_CUALITATIVO_G_ECHEVERRIA_1-libre.pdf?1416667506=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DApuntes_Docentes_de_METODOLOGIA_DE_INVES.pdf&Expires=1681162332&Signature=VOoaUGkluJe58vjjJbBsdoBd5EEigHjuMhhillopVmtxAXOYky1jmuGTf1ZVP~BC54nmwvujgq7ewanbEt0X4s1CkCpZc22OKS64qx3fg-Hii6o1deZo9yNSOHXiLxPv0pwUDcf2YHD-rCMW02nYvQt8m51M6~BkfzXo1xruENL0lyFE8Oq2WFB9qgCli-88Ufd0SFD6DVZOGg-FQhYv4a8ImTfWDR6DASjpdG7Hfa-l-0Qt4ITy2gYOjd-hYJeKcNBJRYxemkal-YVJKWgdIuQ0T7pV1IOXR5q4SI27EuNkly1g0chwWdkhMSzx7mq1sHL-rYIPScLplpwjdwOW9w__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

El Hospital (13 de diciembre de 2021). Retos de la medicina intensiva en América Latina. <https://www.elhospital.com/es/noticias/retos-de-la-medicina-intensiva-en-america-latina>

Economía Para Todos (01 de junio de 2009). El valor de respetar las normas. <https://econiapiaratodos.net/el-valor-de-respetar-las-normas/>

Fuster D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Monográfico: Avances en investigación cualitativa en educación. Ene.- Abr.

2019, Vol. 7, N° 1: pp. 201 – 229.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/pyr/v7n1/a10v7n1.pdf>

Guevara B. (2007). Una aproximación al perfil de la enfermera intensivista.

<https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/756/1/Una>.

Garzaron I. (2019). Puertas abiertas en la unidad de cuidados intensivos.

<http://uvadoc.uva.es/handle/10324/40963>

García L. (2021) Proceso formativo sobre la higiene y aseo del paciente en el ciclo formativo de Cuidados Auxiliares de Enfermería.

<https://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/13618>

Gómez P, Monsalve V. (2010) El ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Boletín de psicología, número 87. <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N87-3pdf>

Guerrero R, Meneses M, Ruiz M. (2015). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Carrión.

Lima Callao. <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>

García S, Fernández M, Cumblera E. (2006). Cuidado a la familia en UCI. Biblioteca las casas. http://indexf.com/las_casas/documentos/lc0248.php.

Godínez V. (2013). Manual multimedia para el desarrollo de trabajos de investigación. Una visión desde la epistemología dialectico crítica.

<http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/3790>

Hurtado. F. (2020) Fundamentos Metodológicos de la Investigación: El Génesis del Nuevo Conocimiento. Revista Scientific, vol. 5, núm. 16, pp. 99-119, 2020.

<https://www.redalyc.org/journal/5636/563662985006/html/>

Hernández J, Mujica B, Mujica E. (2017). plan de acción que aporte herramientas y estrategias para ayudar a reducir el nivel de ansiedad en los familiares de usuarios hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos – Adultos del Centro Médico Docente la Trinidad, Municipio: Baruta. Edo. Miranda-Venezuela, durante el periodo junio-septiembre de 2017. [Licenciatura en enfermería, UNERG] Artículo físico disponible en la biblioteca de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Centrales Rómulo Gallegos.

- Hernández R. (2014). Metodología de la investigación. Editorial Mc. Graw Hill education. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Kuhn T. (1962) La estructura de las revoluciones científicas. Editorial Fondo de cultura económica. https://www.academia.edu/7938850/La_estructura_de_las_revoluciones_cient%C3%ADficas_1962
- Lima E, Primelles D, Pérez L. (2005). Biografía de Peter Safar. Revista médica electrónica. Vol. 27, Numero 1. <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/191/html>
- Ley Orgánica De La Salud [L.O.S] artículos 28. 11 de noviembre de 1998 (República Bolivariana de Venezuela)
- Ley De Universidades [L.U] artículo 68, 99, 106. 08 de septiembre de 1970 (República Bolivariana de Venezuela)
- Llesuy. M. (2002). Algunas reflexiones a propósito de las visitas en las unidades de cuidados intensivos. Enfermería Intensiva. ELSEVIER. Vol. 13. Núm. 1. páginas 19. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239902780516>
- Mateo. E, Puchades. F, Ezzeddine. A, Asensio. J, Saiz. C, Dolores. M. (2022). Síndrome post cuidados intensivos en COVID-19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8723835/>
- Maldonado. M (2007). El trabajo colaborativo en el aula universitaria. Revista de educación Laurus vol. 13, núm. 23, 2007, pp. 263-278. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/761/76102314.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/761/76102314.pdf)
- Martínez. M. (2004). Ciencia y arte en la metodología cualitativa. Editorial Trillas. https://www.academia.edu/29811850/Ciencia_y_Arte_en_La_Metodologia_Cualitativa_Martinez_Miguel_PDF
- Martínez. R (2021). Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-89092021000300144&script=sci_arttext

- Martínez. R. (2021). Humanización en la unidad de cuidados intensivos. Med Crit. 2021; 35(3):144-147. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2021/ti213e.pdf>
- Metodología De La Investigación. (22 de enero 2013). Bases legales. <https://bianneygiraldo77.wordpress.com/2013/01/22/bases-legales/>
- MSKCC. (04/02/2023). Guía para visitantes de la unidad de cuidados intensivos (UCI). <https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/intensive-care-unit-icu-visitors-guide>.
- Núñez. R. (2017). Beneficios e inconvenientes de la utilización de la cura Mölndal frente a la cura simple en la herida quirúrgica. https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/19391/NunezRomero_Raquel_TFG_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- MINT THE GRAPH. (03 de agosto de 2023). <https://mindthegraph.com/blog/es/que-es-la-saturacion-de-datos/#:~:text=La%20saturaci%C3%B3n%20de%20datos%20se,generar%20nuevas%20perspectivas%20o%20temas>.
- OCDE y Eurostat. (2005). Guía para la recogida e interpretación de datos sobre innovación. <http://www.itq.edu.mx/convocatorias/manualdeoslo.pdf>
- Plowright. C. (2007). Visiting practices in hospitals. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2007.00218.x>
- Perdomo. R. (1992) Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos. Definición - Desarrollo histórico - Utilización de sus recursos. Revista Médica Hondureña. <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol60-1-1992.pdf#page=48>
- Rodas. J. (2012). PERCEPCIÓN Y ANSIEDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, GUAYAQUIL. [psicólogo, Universidad de Guayaquil]. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/5953>.
- Romero. M, Franco. A, Dorado. C. (2017). Revisión de la literatura sobre Nightingale en la actualidad. Artículo digital disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/pdf/141.pdf>

- Rodríguez. T, Franco. G. (2015) Historia de la medicina crítica. An Med. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2015/bc152n.pdf>
- Sánchez. A, Fernández. D, Pérez. A, Fernández. M. (2016). Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. <https://www.medintensiva.org/es-analisis-necesidades-familia-del-paciente-articulo-S021056911630033X>
- Sánchez. K, Soto. Y, Lugo. A, León. H, Cardona. Y. (2017). Importancia de la aplicación de normas de bioseguridad en el área de radiología. <https://revia.areandina.edu.co/index.php/Nn/article/view/1363/1244>
- Saldaña. D, Beltrán. L (2013) Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/7073/5620>
- Sánchez. F, Flores. J, Acosta. M, González. J, Albar. M, Macías. C. (2009) Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239909711460>
- Taylor. S Y Bogdan. R. (1987) Introducción a los métodos cualitativos de la investigación. Editorial Paidós. <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>
- Terapia Cognitiva MX. (21/02/2023). Teoría de Jean Piaget. <https://www.terapia-cognitiva.mx/wp-content/uploads/2015/11/Teoria-Del-Desarrollo-Cognitivo-de-Piaget.pdf>
- Zabalegui. A (2003) El rol del profesional de enfermería. <chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v3n1/v3n1a04.pdf>

Anexos



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR
INSTITUTO DE MEJORAMIENTO PROFESIONAL DEL MAGISTERIO
MAESTRÍA EN INNOVACIONES EDUCATIVAS

Cuestionario dirigido a los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCIA del CMDLT

El propósito de esta entrevista a profundidad es recolectar la información requerida para realizar el trabajo de grado: **Protocolo de inclusión y educación al familiar, el camino para la humanización de la unidad de cuidados intensivos - adultos**, para la culminación de mis estudios de la Maestría en Innovaciones Educativas. La información recabada será estrictamente confidencial y se usará solo para fines académicos; tal entrevista persigue analizar las vivencias y experiencias de los familiares de los pacientes hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos – adultos del Centro Médico Docente la Trinidad. Se agradece de antemano su cooperación.

Instrumento

A continuación, se presenta el guion de la entrevista a profundidad:

Numero	Pregunta
1	¿Cuál es la postura que asume durante la realización del higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general cumplido por los enfermeros intensivistas?
2	¿Qué acciones pueden facilitar la inclusión de los familiares a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas?



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR
INSTITUTO DE MEJORAMIENTO PROFESIONAL DEL MAGISTERIO
MAESTRÍA EN INNOVACIONES EDUCATIVAS

CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Yo, Prof. *Lesbia González* C.I. 8.952.897 en mi carácter de experto en el tema objeto de la investigación, certifico que he leído y revisado el guion de entrevista para la recolección de datos de la investigación del alumno: **Jeison José Hernández Martínez**, titular de la cedula de identidad: **21.105.659** en su trabajo de grado cuyo título es: **Protocolo de inclusión y educación al familiar, el camino para la humanización de la unidad de cuidados intensivos - adultos**, el cual a mi criterio reúne los requisitos de validez.

	Deficiente	Regular	Bueno
Pertinencia			X
Redacción			X
Adecuación			X



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR
INSTITUTO DE MEJORAMIENTO PROFESIONAL DEL MAGISTERIO
MAESTRÍA EN INNOVACIONES EDUCATIVAS



INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN DE EXPERTO

Este instrumento tiene la finalidad de evaluar el guion de entrevista a profundidad que **tiene como objetivo general:** Resignificar un protocolo para la inclusión de los familiares del paciente a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas en la unidad de cuidados intensivos para adultos del centro médico docente la trinidad, la misma se aplicará durante el desarrollo de la investigación.

Instrucciones

Marque con una (X) su criterio tomando en cuenta los siguientes aspectos:

1. **Pertinencia:** Relación estrecha entre la pregunta, los objetivos a lograr y el aspecto o parte del instrumento que se encuentra desarrollado.
2. **Redacción:** Interpretación del enunciado de la pregunta a través de la claridad y precisión en el uso del vocabulario técnico.
3. **Adecuación:** Es la correspondencia del contenido de la pregunta con el nivel de preparación o desempeño del entrevistado.

CÓDIGO	APRECIACIÓN CUALITATIVA
Bueno(B)	El indicador se presentó en grado igual o ligeramente superior al mínimo aceptable.
Regular (R)	El indicador no llegó al mínimo aceptable, pero se acercó.
Deficiente (D)	El indicador está lejos de alcanzar el mínimo aceptable.

Basado en Palella y Martins (2006).

NUMERO	PREGUNTA	VALORACIÓN	
1	¿Cuál es la postura que asume durante la realización del higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general cumplido por los enfermeros intensivistas?	Bueno(B)	X
		Regular (R)	
		Deficiente (D)	
2	¿Qué acciones pueden facilitar la inclusión de los familiares a los procedimientos: higiene y confort, administración de nutrición enteral y cambios de curas en general realizados por los enfermeros intensivistas?	Bueno(B)	X
		Regular (R)	
		Deficiente (D)	

DATOS PERSONALES DEL EXPERTO			
Nombres y Apellidos:	Lesbia González		
Cédula de Identidad:	8.952.897		
Título de Pregrado:	Profesor en Educación Prescolar	Nivel Académico:	Magister
Institución donde Trabaja:	IMPM	Cargo:	Coord. Del Programa de Pedagogía Social
Correo Electrónico:	lebagonzalez@gmail.com	Celular:	0424-9487026