

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**EFFECTOS PSICOLÓGICOS EN EL PACIENTE Y SU FAMILIA
CUANDO VIVEN UNA CRISIS NO NORMATIVA AL PRESENTAR
POR PRIMERA VEZ UN SUCESO DE HOSPITALIZACIÓN.
SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL BASE DE OSORNO, 2005.**

**Tesis presentada como parte
de los requisitos para optar al
Licenciado en Enfermería**

**RONALD DENIS TRUJILLO ITURRA
VALDIVIA – CHILE
2006**

Profesor patrocinante:

Nombre: María Julia Calvo G.
Profesión: Enfermera y Matrona.
Grados: Licenciada en Educación.
Magíster en Bioética.

Instituto: Enfermería
Facultad: Medicina
Firma:

Profesores Informantes:

1) - Nombre : Ana Luisa Cisternas
- Profesión : Enfermera
- Grados : Experto en Gerontología
Magíster en Gerontología y Geriatria
Magíster en Modelado del Conocimiento para Entornos visuales
en Educación

- Instituto : Enfermería
- Facultad : Medicina
- Firma:

2) - Nombre: Laura Raggi B.
- Profesión: Enfermera.
- Grados: Experta en Gestión Operativa en Servicios de Enfermería.

- Instituto: Enfermería
- Facultad: Medicina
- Firma:

Fecha del examen de grado: 17 de Agosto de 2006

AGRADECIMIENTOS

A mi hermosa hija Josefina, a quien le dedico mi tesis. Por ser la persona que iluminó mi vida y le dio un sentido a ella. Me dio fuerzas con el fin de terminar mi carrera para ofrecerle un futuro mejor con mi propio esfuerzo, tal como lo hicieron mis padres, para tratar de transmitirle mis valores, enseñanza, amor y apoyarla en todo los obstáculos que se le presenten y lograr darle las herramientas necesarias para desempeñarse en esta vida frágil, difícil y hermosa que vivimos. Te amo.

A Marcela por ser la persona con quien inicie esta larga tarea, ser mi apoyo incondicional en mi vida universitaria y ser la madre que me dio a mi bella hija. Siempre te llevare en mi corazón.

A mi padre Reinaldo, por ser orgullo de mi vida al ser tan esforzado y “trabajólico”. Ejemplo que he de seguir. Aunque algunas veces hayas pensado que no era así, quiero dejar escrito para muchos, que todos tus hijos están orgullosos de ti y agradecido por el amor que nos ha brindado y la ayuda que nos has ofrecido.

A mi madre, Lucía por su inteligencia y superación en esta vida tan difícil de enfrentar, por el amor, valores, y la educación que me entregaste.

A ambos les doy la gracia por criarme. Estoy orgulloso de ustedes en la forma en que han ido ganando sus cosas, no cualquier persona logra tener en forma ética e inteligente lo que ustedes tienen.

A mi hermana Yohana por la gracia de cuidar a mi hija como si fuese su madre y apoyarme desde que nací.

A mi hermano Miguel Ángel por su juventud y manera de vivir la vida. Para que te de fuerzas en lo que viene y te orgullo de tener a tus dos hermanos profesionales y quizás, que en algo te ilumine para que elijas y estudies una carrera universitaria tan linda y satisfactoria como la mía.

A mis tías, tíos y primos por tenerlos a mi lado y que en cierto manera me han ayudado y para que estén orgullosos de que ya habemos varios con un profesión universitaria.

A mis amigos, Cristian por ser tan amable conmigo y apoyarme, y por supuesto al Víctor, René, Amilcar, Flavio, Cesar, Mauricio, Rocío, Tatiana, Macarena, Caroline y todos mis compañeros que supieron tratarme y encontrar algo de cariño.

A mis profesores quienes compartieron sus conocimientos y humanidad.

A tres grandes personas, Patricio, Marcia y su hija Dany. Jamás pensé en conocer a estos amigos desinteresados que abrieron su corazón al tío Manan y le dieron un hogar donde vivir, les estaré agradecido varias eternidades y que la amistad perdure para siempre.

Al equipo de trabajo de la cardioquirúrgica en el que me desempeñé y con los cuales entablamos un lazo de amistad que me ha ayudado a superarme profesionalmente y me han dado alegría y fuerza para formar una vida nueva lejano de mis tierras. (En forma especial a: Marcelo, Milton, Gustavo, Marcela B., Solange, Karin, Doris, Hilda, Jeannette, Carola y Rosita).

INDICE

CAPÍTULO	PÁGINA
1. RESUMEN	5
2. SUMMARY	6
3. INTRODUCCIÓN	7
4. MARCO TEÓRICO	8
5. OBJETIVOS	22
6. MATERIAL Y MÉTODO	24
7. RESULTADOS	30
8. DISCUSIÓN	45
9. CONCLUSIONES	49
10. BIBLIOGRAFÍA	51
11. ANEXOS	54

1. RESUMEN

La investigación que se describe a continuación es un estudio realizado en el Servicio de Medicina del Hospital Base de Osorno, lugar donde se entrevistaron pacientes y familiares que vivieron una crisis no normativa al presentar por primera vez el suceso de la hospitalización. La aplicación se llevó a cabo en el periodo del 10 de octubre hasta el 10 de diciembre. Durante este tiempo se logró entrevistar a 26 pacientes y 24 de sus familiares.

Los objetivos del estudio fueron: caracterizar el perfil de los pacientes que se hospitalizaron durante el periodo mencionado; determinar el impacto a nivel biosicológico de la hospitalización en el paciente y sus familiares identificando sentimientos y describiendo algunas molestias físicas que surgieron en los familiares. Por último, identificar la atención de enfermería que se realizó en crisis no normativa en el aspecto emocional del individuo y su familia a través de los registros de las actividades realizadas. Para cumplir con los objetivos se diseñó una encuesta que fue aplicada por el investigador tanto al paciente como a sus familiares, y se revisaron los registros de enfermería aplicando una pauta para auditar la atención.

Los resultados del estudio muestran que pacientes y familiares vivencian sentimientos de angustia, ansiedad, temor, tristeza, impotencia, rabia, preocupación, desesperación, soledad, depresión, pérdida de autonomía y de intimidad, entre otras. Los familiares además de estas emociones experimentan molestias físicas como cefaleas, dolor lumbar, sensación de angustia que relatan como “un nudo en la garganta” y opresión de pecho.

En relación a la atención de enfermería frente a la parte emocional, los resultados fueron desfavorables ya que no existen registros de alguna actividad, sin embargo, los pacientes y familiares manifiestan satisfacción con la ayuda recibida por las enfermeras.

2. SUMMARY

The investigation that is described next it is a study carried out in the Service of Medicine of the Hospital Base from Osorno, place where they interviewed patient and family que they lived a crisis not normative upon coming the event of the hospitalization for the first time. The application was carried out in the period of October 10 until the 10 of diciembre. During this time was been able to interview 26 patients and 24 of their relatives.

The objectives of the study were: characterize the profile of the patients that they were hospitalized during the mentioned period; determine the impact to level biopsychological of the hospitalización in the patient and their relatives identifying feelings and describing some nuisances physics that arose in the relatives. Lastly, identify the attention from infirmary that was carried out in crisis not normative in the emotional aspect of the individual and their family through the registrations of the carried out activities. In order to fulfill the objectives was designed a survey that was applied for the so much investigator to the patient like to their relatives, and they were revised the registrations of infirmary applying a rule for audit the attention.

The results of the study show that patient and family living feelings of anguish, anxiety, fear, sadness, impotence, rage, concern, desperation, solitude, depression, loss of autonomy and of intimacy, between another. The relatives besides these emotions experience physical nuisances like migraines, lumbar pain, sensation of anguish that they relate like "a knot in the throat" and oppression of chest.

In relation to the attention of infirmary in front of the emotional part, the results were unfavorable since registrations of any activity, however, don't exist the patients and relatives manifest satisfaction with the help received by the nurses.

3. INTRODUCCIÓN

El individuo durante su vida, atraviesa por un continuo proceso de formación que implica una interacción con el medio, presentándose eventos de vida que pondrán en marcha mecanismo de adaptación que le permitirán obtener un equilibrio. Estas situaciones por las que atraviesa, pueden ser previsibles como inesperadas y para ambas, debe reaccionar creando respuestas positivas que logren mantener el organismo en un completo estado de salud. Éstas reciben el nombre de crisis normativas, cuando son propias del ciclo humano y familiar y no normativas, cuando se producen de forma repentina y brusca.

Cuando el individuo vive por primera vez la hospitalización es un ejemplo de crisis no normativa, ya que se presenta de forma repentina, frente a una enfermedad en que se requieren de cuidados especializados capaces de otorgarse en un recinto hospitalario.

El paciente hospitalizado aparte de lidiar con los procesos patológicos de su enfermedad, debe hacer frente a un mundo distinto al que estaba acostumbrado a vivir, este es el ambiente hospitalario, rodeado de máquinas, personal en salud y con una rutina definida para cada día. Se producen cambios emocionales y conductuales que no sólo afectarán al paciente sino también a los que lo rodean.

La persona enferma deja el rol que tenía en la sociedad por el de paciente enfermo, comienza un proceso de adaptación al ambiente hospitalario, el cual les genera varias reacciones emocionales tales como ansiedad, ira, pena, esperanza, vergüenza, culpabilidad, desesperación, depresión, impotencia, soledad, etc.

La enfermera no sólo debe atender al ser humano en su aspecto biológico, también vela por la satisfacción de sus necesidades sociales y psicológicas, y dentro de esta se incluye la atención integral a la familia, la cual vive momentos difíciles cuando su ser querido se encuentra hospitalizado. La enfermería se basa en las respuestas humanas del paciente a diferencia de otras disciplinas que sólo tratan la enfermedad y no ven al individuo como un todo integrado con reacciones y respuestas psicosociales hacia su enfermedad.

Este estudio muestra de forma sencilla y clara cómo vive emocionalmente el paciente y su familia el proceso de hospitalización y como enfermería hace frente a esas necesidades específicas.

4. MARCO TEÓRICO

El hombre durante su vida debe atravesar por complejas situaciones a las cuales debe adaptarse con el fin de alcanzar la plenitud psíquica. Durante este camino, surgen crisis que pueden ser del desarrollo o esperables y accidentales o inesperadas que generan un cambio en el sujeto, el cual tiene que afrontar creando mecanismos efectivos de adaptación para mantener un equilibrio en su vida. Para la primera, la situación es de carácter predecible y son las que experimenta el individuo a medida que va cumpliendo las etapas en su vida como la crisis de nacimiento e infancia, la de pubertad, adolescencia, juventud, edad media y tercera edad. En relación al segundo tipo de crisis, estas son generadas por factores inesperados y accidentales que a menudo surgen en forma súbita. Podemos ejemplificar estas últimas como la separación de la pareja, desempleo, fracaso económico, incendios, violación, muerte de un familiar cercano, enfermedades corporales, hospitalización, etc.

Crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. (ESPIL G., 2000).

Los factores que pueden provocar un estado de crisis son acontecimientos estresantes que significan una amenaza para el individuo, una mayor vulnerabilidad por problemas que anteriormente no han sido resueltos y que se encuentran totalmente ligados a la situación actual y la inhabilidad del individuo para responder con mecanismos adecuados a la solución de problemas. Pero lo más importante en la aparición de la crisis, es un desequilibrio entre lo esencial que tiene el problema para la persona y los recursos con que este dispone para enfrentarlo.

Las crisis no normativas se caracterizan por ser repentinas, inesperadas por no poder ser anticipadas, urgentes ya que amenaza el bienestar físico y psicológico de las personas, muchas veces afecta a un gran grupo de individuos, y puede mejorar la situación de la persona o a la vez empeorarla.

Las etapas del desarrollo de una crisis comienza con la elevación inicial de la tensión que genera el estímulo y que pone en acción las respuestas habituales para solucionar el problema. Si no existe una adaptación, comienza un estado de alteración emocional e ineffectividad para encontrar la respuesta al problema. Cuando la tensión aumenta y traspasa un tercer umbral, el individuo recurre a su reserva de energía y a sus mecanismos de emergencia

para lograr mecanismos de adaptación eficaces. En esta etapa la persona pudiese encontrar solución a sus problemas pero, si persiste, provocará una importante desorganización en quien la vive.

La solución y forma de adaptación a las crisis dependen de diferentes factores ya sea, internos del individuo como externos o del medioambiente. También influye la naturaleza del evento, personalidad y/o experiencias pasadas de la persona. Esto puede ser favorable o perjudicial determinando un resultado positivo o negativo. Si la resolución de la crisis es favorable significará salud, si no, desencadenará la enfermedad.

La hospitalización es un ejemplo de crisis de tipo no normativa ya que se presenta de forma repentina, inesperada y genera un impacto negativo en la persona que la vive y los que lo rodean. Para enfermería es de suma importancia conocer los efectos que pudiesen eventualmente aparecer en el paciente y así otorgar una atención de calidad a ellos y su familia. El paciente hospitalizado atraviesa por diferentes etapas y en cada una de ellas afloran a la superficie diversas preocupaciones y problemas emocionales relacionados con su enfermedad y con su capacidad de hacerle frente. Estos vivencian problemas físicos, emocionales y ambientales de forma simultánea.

Cuando el individuo se hospitaliza suele hacerlo de dos maneras: con un ingreso programado con antelación y un propósito específico, o con un ingreso desencadenado por una situación urgente que requiere de cuidados especiales. En el primer caso, a la persona le da tiempo para experimentar diferentes inquietudes y para calcular las complicaciones que supondrá su asistencia. Aunque las reacciones emocionales pueden ser intensas y el acontecimiento considerado como una crisis, la persona que opta por ser hospitalizada de esta manera cuenta con un tiempo precioso, el necesario para prepararse a sí mismo y a sus allegados en los aspectos físico y emocional.

Por su parte, la historia del individuo que ha llegado al hospital a través de la unidad de emergencia es bastante diferente. En esta situación, no existe tiempo de preparación. La vida se interrumpe y queda rota de forma repentina y total. Si el problema de salud es grave o requiere tratamientos complicados y prolongados, es necesario adaptar el estilo de vida rápida y significativamente. (MORRISÓN M., 1999).

El proceso de salud y enfermedad es necesario entenderlo para ver como se van presentando las etapas en el individuo. Podemos definir salud como un estado dinámico de bienestar físico, mental y social, con ausencia de enfermedad o procesos anómalos. (POTTER y PERRY, 1995). El estado de salud de la persona se modifica constantemente a medida que responde y se adapta a los retos de la vida. Este proceso de cambio continuo se denomina homeostasis y resulta útil durante toda la vida del individuo. Sin embargo, cuando éste no

puede adaptarse ni recobrar el equilibrio homeostático, enferma y debe movilizar energía necesaria para recuperar su estado de salud.

La enfermedad es un estado de desequilibrio. Es un proceso anómalo en el cual el aspecto social, físico, emocional e intelectual de la persona, así como su funcionamiento, están disminuidos o deteriorados en comparación con la situación previa. (ANDERSON, ANDERSON y GLANZE, 1994). La experiencia de la enfermedad se divide en cinco etapas y cada una se asocia con percepciones, decisiones y conductas específicas.

La primera etapa comienza cuando la persona se da cuenta de que algo no va bien. Puede ser una sensación física o un malestar emocional, pero hay algo que percibe como erróneo y actúa para remediar dicha situación. Diversos factores, como la naturaleza de los síntomas, el nivel de conocimientos del individuo y la disponibilidad de recursos terapéuticos, entran en juego cuando la persona intenta determinar si realmente existe una enfermedad. Las respuestas emocionales suelen condicionar el comportamiento de la persona durante esta etapa. Si los signos y síntomas de la enfermedad son leves, el individuo puede automedicarse e ignorar su situación. Si son más graves, puede buscar asistencia médica o continuar negando la existencia del problema. Cuando por último reconoce que existe un problema de salud, empieza la transición hacia la segunda etapa: la de asumir el papel de enfermo o paciente.

La segunda etapa se identifica con el rol de enfermo. Tras reconocer la presencia de una enfermedad, el individuo busca confirmación hablando con otras personas. Para ello, recaba la opinión de familiares, compañeros de trabajo amigos. Cuando el grupo social respalda dicha presencia, el individuo asume el rol de enfermo o continúa negando la enfermedad. El hecho de asumir el rol de enfermo tiene varios propósitos. En primer lugar, se exime al individuo de sus obligaciones y responsabilidades diarias. En segundo lugar, se le da permiso para que descansa y conserve sus energías con el fin de obtener la curación. En tercer lugar, la responsabilidad social de relacionarse con los demás se mitiga durante la enfermedad en pocas palabras, se le permite que concentre sus energías en la recuperación del equilibrio entre salud y enfermedad.

La etapa 3 parte con la búsqueda de asistencia médica quién, con un criterio autorizado, confirmará la presencia de la enfermedad, le dará un tratamiento y le informará sobre el origen, la evolución y las implicancias futuras de la misma. En este momento, el individuo acepta el diagnóstico y sigue el plan terapéutico o continúa negando el problema (NESS y ENDE, 1994). Es habitual que las personas consulten a distintos profesionales a fin de obtener un diagnóstico más cercano a su gusto que aceptan finalmente la opinión inicial del profesional.

En la etapa 4 el individuo enfermo está dispuesto a aceptar la atención de otras personas y asume un papel dependiente que implica confiar en la amabilidad y energía de los demás. La familia, los amigos y los cuidadores proporcionan atención, solidaridad, satisfacción de las demandas y protección frente a las situaciones estresantes de la vida. (POTTER y PERRY, 1995). El individuo queda eximido de sus obligaciones, se le permite adoptar una actitud pasiva y dependiente en espera de su recuperación y, con relativa frecuencia, manifiesta sentimientos ambivalentes: agradecimiento por la ayuda y resentimiento por las limitaciones. Durante esta etapa, las personas necesitan sobre todo, información y apoyo emocional.

La última etapa corresponde al de recuperación y rehabilitación. La transición hacia esta etapa puede ocurrir de repente o de forma más lenta. Si la recuperación es rápida y completa, el individuo abandona gradualmente el rol de enfermo y resume sus obligaciones y responsabilidades. En caso de que se prolongue, deben planificarse cuidados a largo plazo. Cabe destacar que no todas las personas atraviesan de la misma forma la experiencia de la enfermedad.

La hospitalización en el paciente y su familia genera distintas reacciones emocionales dependiendo de como se presente la enfermedad y de su pronóstico, de las experiencias vividas con anterioridad y de los factores de cada individuo a reaccionar frente a situaciones inesperadas.

Una emoción es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia. Las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea. En otras palabras, la emoción es la expresión física de un sentimiento.

Las necesidades emocionales básicas del ser humano incluyen amor, confianza, autonomía, identidad, autoestima, reconocimiento y seguridad que según Schultz, (1966) las resume como las necesidades interpersonales de inclusión, control y afecto. La insatisfacción de cualquiera de ellas origina sentimientos y conductas no deseados, como ansiedad, ira, soledad y dudas respecto de si mismo.

La necesidad de inclusión se define, en lo relativo a la conducta, como la necesidad de crear y conservar relaciones satisfactorias con los demás. Es la necesidad de sentir que se es significativo y valioso. La conducta de inclusión hace referencia a la asociación entre individuos, y está indicada por términos como los de asociarse, interactuar, pertenecer, unirse y comunicar. Esta necesidad suele satisfacerse al proporcionar información, responder a

preguntas, explicar las responsabilidades de cada miembro del equipo de salud. (BRUNNER y SUDDARTH, 1998).

La necesidad de control se relaciona con la creación y conservación de una relación satisfactoria con los demás en cuanto a poder, toma de decisiones y autoridad. Tiene que ver con la sensación de respeto mutuo de la capacidad y responsabilidad de sí mismo y los demás. Esta necesidad está indicada por palabras como dominio, influencia, jefe, rebelión, sumisión, líder, falta de cooperación y seguidor. Esta necesidad se ve interrumpida cuando el paciente ingresa a la rutina diaria del lugar donde se encuentra hospitalizado. Otras personas decidirán ahora cuando despertarse, comer, bañarse, etc. El equipo de salud debe atender estas sensaciones, lograr que el individuo las exprese y orientarlo a fin de llegar a un acuerdo.

La tercera necesidad básica es la de afecto es decir, la de tener con los demás una relación de concesiones mutuas basadas en un vínculo de unión. Esta necesidad guarda relación con palabras como amor, simpatía, cercanía personal, amistad e intimidad. Es usual que los familiares satisfagan esta necesidad. La enfermedad y hospitalización deterioran estas fuentes de apoyo. El paciente siente la necesidad de generar estos lazos y lo hace con la persona que está más cerca de él, que puede ser la enfermera(o), auxiliar de enfermería u otros. Es importante en esta etapa que el personal de salud logre tener un acercamiento con el individuo y a la vez, dejar que la familia permanezca mayor tiempo a su lado.

Muchos son los sentimientos que surgen en el paciente y la familia cuando viven una crisis accidental como en la enfermedad y su hospitalización. Dentro de estos podemos mencionar: ansiedad, ira, pena, esperanza, vergüenza, culpabilidad, valentía, orgullo, desesperación, amor, depresión, impotencia, envidia, soledad y fe. La forma de vivirlas y expresarlas dependerá de factores como la personalidad del individuo, la percepción de la situación y del apoyo de su red social.

La ansiedad es una reacción normal al estrés y a las amenazas percibidas. Se trata de una emoción que surge ante la percepción de peligros, reales o imaginarios. Un sujeto que siente ansiedad quizás esté intranquilo y aprensivo, además de tener una vaga sensación de temor. Los sentimientos de impotencia y falta de adecuación también están presentes, junto con sensaciones de enajenación e inseguridad. La intensidad de esos sentimientos varía, y puede ser leve o tan grave que suscite pánico, según la capacidad de resolución de la persona y los recursos de que dispone. La ansiedad es una reacción común a la enfermedad, porque se considera que plantea amenazas tales como: amenaza general a la vida, salud e integridad corporal; exposición y vergüenza; malestar por el dolor y fatiga; cambio en la dieta; privación de la satisfacción sexual; restricción de movimientos; aislamiento; interrupción o pérdida de los medios de subsistencia; precipitación de una crisis económica; rechazo o burla por parte de los demás a causa de su condición; comportamiento incongruente e impredecible de las figuras autoritarias de las que depende el bienestar personal; frustración de metas expectativas;

confusión e incertidumbre acerca del presente y futuro, y separación de la familia y amigos si se requiere hospitalización.

Las reacciones fisiológicas ante la ansiedad son principalmente del sistema nervioso autónomo. Incluyen aumentos en la frecuencia del pulso y de la respiración; cambios en la presión sanguínea y temperatura corporal; relajación del músculo liso intestinal y vesical; piel fría y húmeda; sudoración abundante; dilatación pupilar (midriasis) y sequedad de boca. Al principio, las respuestas corporales ante la ansiedad moderada estimulan el aprendizaje y mejoran la capacidad de funcionamiento; pero, conforme aumenta la intensidad de la reacción, disminuye el aprendizaje, se reducen o deforman las percepciones y mengua considerablemente la capacidad de concentración. Las manifestaciones características de la ansiedad son reflejo de la personalidad. Abracan decaimiento, mutismo, hiperactividad, blasfemias, habladerías y bromas excesivas, ataques físicos o verbales, fantasías, quejas y llanto. La manera de enfrentar la ansiedad, sea con éxito o no, varía con cada individuo y situación.

Además de la ansiedad, las expresiones de ira son una reacción común a la enfermedad, que a menudo se exteriorizan como agresión, reacción compleja de sentimientos y conductas que varían de intensidad, duración y expresión. Las diversas formas de agresividad se describen con adjetivos como los de irritado, malhumorado, hostil, agresivo, beligerante, desafiante, no cooperativo, resentido, iracundo, furioso e indignado.

El término genérico que se aplica a esta emoción, o sea el de ira, se refiere a una forma de enfrentar la ansiedad, ante todo como respuestas a amenazas, agresiones o lesiones reales o percibidas. Ser un paciente equivale a estar enfermo, ser impotente, estar controlado por otros y verse atacado (sin importar que sea con fines terapéuticos) con agujas, sondas, enemas e intervenciones quirúrgicas. De igual manera, quienes sufren de dolor experimentan ira cuando se les dice que deben esperar para tomar el analgésico; ser despertado a medianoche para toser y respirar profundamente acaba con la paciencia de cualquiera. Encontrarse confinado en casa o forzado a restringir las actividades personales suele despertar sentimientos de ira. La incertidumbre ante el pronóstico o el futuro origina ira o conductas taciturnas.

Tales expresiones disminuyen notablemente a medida que se supera el factor de desconocimiento y el paciente aprende lo que debe anticipar. Por otra parte, es posible que la ira aumente si crece la amenaza real o percibida, y no se satisfacen las necesidades del enfermo. Permitir que este tome decisiones le brinda cierto control y, con frecuencia, es útil para disminuir la frustración.

La persona que experimenta enojo como resultado de su enfermedad adopta comportamientos diversos: es factible que discutan, exijan, no aprecien los esfuerzos de los demás, se muestren sarcásticos y no tengan una disposición cooperativa. El paciente suele mostrar expresiones no verbales de ira (como la mirada feroz, los puños cerrados o ademanes despectivos). En ocasiones, los enfermos están agresivos hasta el punto de llegar a la violencia, con acciones como gritar, maldecir y amenazar con recurrir a la violencia física contra otras personas, o ejercerlo de hecho.

La expresión de ira en situaciones clínicas muestra los recursos disponibles con los que cuenta cada paciente para enfrentar las amenazas que percibe y es un intento de alivio de las sensaciones de impotencia y dependencia. La ira del enfermo suele desaparecer cuando alguien le ayuda a identificar lo que le resulta frustrante o amenazante, y a tomar las medidas necesarias para enfrentar la situación.

El pesar es una respuesta emocional ante la pérdida de un ser querido. Es posible que se trate de la pérdida de un pariente o amigo, o a la parte un cuerpo, el trabajo, la salud o la vida propia. Este complejo incluye emociones como ansiedad, impotencia, desesperanza, culpabilidad, ira, depresión, remordimientos, tristeza y soledad. La lamentación consiste en los procesos que siguen a la pérdida y por lo general originan la superación del pesar o pena.

La intensidad del pesar y la lamentación depende de la importancia y la magnitud que la pérdida revista para el sujeto. En términos generales, es mayor si la pérdida, en especial cuando se trata de la muerte, surge de manera repentina. Si el deudo ha dependido de manera especial del difunto o fue responsable de su muerte en cualquier forma, la pena se intensifica. Además, en cualquier relación significativa hay sentimientos ambivalentes. Si son intensos, también suele serlo la pena. Las sensaciones de culpabilidad y los conceptos irracionales acerca de la causa de la muerte evitan que la persona haga frente a sí mismo y al pesar con eficacia.

Las etapas de la lamentación son similares a las de adaptación a las enfermedades: choque de incredulidad, conciencia o aceptación, y restitución o restauración. La respuesta inicial al reconocer una pérdida incluye una sensación de aprehensión, un nudo en la garganta, inapetencia, fatiga, tensión y ansiedad aguda. También se alteran las funciones intelectuales, con una sensación de irrealidad y distanciamiento de los demás. El sujeto se preocupa por el difunto o el objeto perdido, y espera el regreso de éste. Suele haber sentimientos de culpabilidad, exámenes de conciencia y remordimientos, a raíz de la idea de que las cosas podrían haber sido diferentes. La persona apesumbrada se aparta de los demás y de sus actividades normales o se torna expresamente ocupada. El choque emocional que produce la pérdida a menudo se acepta y la persona se ocupa de tomar medidas necesarias para el cuidado de otros. Las reacciones emocionales en ocasiones se reprimen como mecanismo de protección.

En la etapa de concientización, surgen dolor, angustia, sensación de vacío y tristeza aguda. El llanto o la necesidad de llorar son comunes y, con frecuencia, hacen que se reciba apoyo de otros. Muchas personas no lloran en público y necesitan manejar su pena en la intimidad.

En la etapa de restitución, se pone de relieve la realidad física de la pérdida sufrida. Si se trata de la muerte de un ser querido, el funeral hace que su aceptación sea impostergable. En el de una amputación, la observación del muñón y el primer intento de uso de la prótesis subrayan la realidad. La persona que lamenta la pérdida sufrida inicia un largo proceso de enfrentar la pérdida. Este incluye hablar en forma repetitiva acerca de la persona o el objeto, con una tendencia a idealizarlos, de modo que sólo se refuercen los recuerdos agradables. A la larga, esto ayuda a desprenderse en el plano emocional del objeto o persona perdido al disminuir la dependencia respecto de aquellos, empiezan a surgir nuevos intereses y se dedican energías a la relación con otras personas. En este punto, lo perdido se recuerda de manera más realista, con sus aspectos buenos y malos.

La esperanza es una mezcla de sentimiento o emociones y pensamientos que se centran en la creencia fundamental de que hay soluciones a las necesidades y problemas de importancia. La mayoría espera una vida sana y duradera para sí mismo y sus seres queridos. Las enfermedades y lesiones graves ponen en peligro las expectativas y debilitan la esperanza.

La finalidad de la esperanza es evitar la desesperación que se caracteriza por angustia mental, desorganización, impotencia y la actitud de que las cosas son irremediables. La desesperanza origina sentimiento de derrota que a su vez, ocasiona un desequilibrio físico y emocional e incluso la muerte si la persona renuncia a su voluntad de vivir. (BRUNNER y SUDDARTH, 1998).

La hospitalización es una situación que genera estrés en la persona que la vive y en sus familiares. Estos deben enfrentar este estímulo poniendo en marcha los mecanismos de adaptación que Seyle, 1976 los denominó como GAS “síndrome de adaptación general”. El GAS posee tres etapas; 1. La reacción de alarma, que comienza con una serie de cambios fisiológicos. 2. El estado de resistencia en el cual el organismo logra un equilibrio interno con el medio externo. 3. Y por último, si el organismo no consigue adaptarse surge la fase de agotamiento. Durante estas etapas el ser humano puede presentar los siguientes síntomas:

- Irritabilidad general, hiperexcitación o depresión.
- Sequedad de boca y garganta.
- Necesidad abrumadora de gritar o correr y esconderse.
- Tendencia a la fatiga y pérdida del interés.
- “Ansiedad flotante”: no saber con exactitud qué o por qué.

- Facilidad para sobresaltarse.
- Tartamudeo u otras dificultades del habla.
- Hipermotilidad: caminar de un lado para otro y no poder estar tranquilo.
- Signos y síntomas gastrointestinales: sentir “mariposas” en el estómago, diarrea y vómito.
- Cambios en el ciclo menstrual.
- Apetito disminuido o excesivo.
- Aumento en el uso de fármacos prescritos como los tranquilizantes o los energizantes psíquicos.
- Propensión a sufrir accidentes.
- Trastornos de conducta.
- Pulsaciones.
- Conducta impulsiva e inestabilidad emocional.
- Incapacidad para concentrarse.
- Sensaciones de irrealidad, debilidad o mareo.
- Temblores y tics.
- Tensión y alerta.
- Risa nerviosa.
- Apretar los dientes.
- Insomnio.
- Transpiración.
- Aumento en la frecuencia de la micción.
- Tensión muscular y migrañas.
- Dolor de cuello o la porción inferior de la espalda.
- Aumento de tabaquismo.
- Abuso de alcohol y drogadicción.
- Pesadillas.

Para enfermería es importante conocer el efecto de la hospitalización en el individuo, ya que son ellos los que permanecen las 24 horas con el paciente. Se deben tener conocimientos de las emociones, etapas de la enfermedad, características del individuo, respuestas y formas de adaptación frente a las crisis de vida y así estar en condiciones de identificar sus respuestas y reacciones en forma individualizada para otorgar una atención integral al paciente y su familia. El equipo profesional de enfermería para brindar servicios de salud en forma íntegra tanto al paciente como a su familia debe sustentarlos en una base teórica/práctica que pueden ser modelos de atención de enfermería. Estos establecen una pauta de pensamiento sobre la disciplina y guía su contenido y su práctica. Dentro de los modelos de enfermería que pueden aplicarse para pacientes y familiares que evidencian una crisis no normativa como la hospitalización se encuentran el de Sor Callista Roy, 1964 y el de Inés Astorquiza, 1970.

El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona. Sus nociones acerca de la enfermería, la persona, la salud y el entorno se entrelazan estrechamente con esta

idea central. La persona explora continuamente el entorno en busca de estímulos para, finalmente, dar una respuesta y desencadenar un mecanismo de adaptación. Esta respuesta adaptativa puede ser eficaz o ineficaz. El principal objetivo de la enfermería es ayudar a las personas en sus esfuerzos de adaptación a los cambios del entorno para que, como resultado, alcancen un nivel óptimo de bienestar. (MARRINER TOMEY, 1999)

En el ejercicio profesional de enfermería la aplicación del modelo consta de seis etapas, valoración, evaluación de los estímulos, diagnósticos de enfermería del estado de adaptación del sujeto, fijación de metas para favorecer la adaptación, aplicación de la intervención y la evaluación de los objetivos de adaptación.

El modelo puede ser aplicado en pacientes y familiares que viven la hospitalización por primera vez. En este caso la enfermera debe facilitar la adaptación a estas nuevas experiencias para así generar una adecuada respuesta adaptativa frente a los estímulos y evitar lo contrario que podría provocar una recuperación más lenta del individuo.

El otro modelo conceptual aplicable es el de Inés Astorquiza el cual habla sobre de las necesidades humanas y la satisfacción de estas. Ella define enfermería como “Una disciplina social que, a través del proceso de interacción (relación de ayuda), da satisfacción a los estados de necesidad básica de la persona, cuando ésta se encuentra limitada o incapacitada para darle satisfacción por si mismo”. El modelo considera al hombre desde un enfoque holístico, donde considera que se deben conocer las características del ser humano en sus dimensiones biológicas, psicológicas, espirituales y sociales presentes en todas las etapas de su ciclo vital que lo caracterizan como persona. Este enfoque supone reconocer la inseparabilidad e interdependencia de los muchos factores biofisiológicos, psicosociales y culturales que afectan la salud del hombre y la forma como estas se combinan, para poder así valorar integralmente el estado de salud – enfermedad y las necesidades que de este proceso surgen.

Dentro de los principales conceptos del modelo tenemos la definición de hombre – persona que lo caracteriza como una unidad biosicosocial y espiritual que se comporta como un todo integrado e indivisible. Desde el punto de vista de lo biológico, integra el conocimiento de la organización estructural (anatómica), funcional (fisiológicas) y genética, reconociendo que el hombre constituye un biosistema en constante equilibrio interno y externo. El equilibrio interno es mantenido gracias a la satisfacción de las necesidades de alimentación y digestión, regulación hidroelectrolítica, respiración, actividad y reposo, termorregulación, circulación, producción de anticuerpos, integridad de piel y mucosas, reproducción. Esta es la dimensión biológica de su presencia en el mundo.

La dimensión psicosocial y espiritual se centra en reconocer que el hombre posee la capacidad para reaccionar ante una diversidad de estímulos y que por su desarrollo evolutivo

le permite retrotraer, crear y codificar respuestas adecuadas a diferentes estímulos, sean estos nuevos o repetidos, permitiéndole pensar, hablar y conversar, de poseer los atributos de autocomunicación, autoposesión, comunicación y creatividad; elegir, tener intenciones y propósitos, expresar emociones, comunicarse; relacionarse con otros a través de la satisfacción de necesidades de autoestimación; conocimientos afecto, egoísmo sano, afiliación, comunicación, recreación, status, poder y prestigio. Este modelo además integra a la familia y la define como núcleo básico de toda sociedad que, unida por lazos legales y de sangre, relaciona a sus miembros compartiendo amor y afecto así como responsabilidades por el bienestar de sus miembros.

Astorquiza habla de necesidad básica como cada uno de los procesos vitales que ocurren en la persona (biológicos, psicológicos y sociales) mínimos e indispensables para que pueda subsistir normalmente. El rol de enfermería en este modelo será el de identificar los estados de necesidades y darle satisfacción cuando lo requieran.

Otra manera de atender a las necesidades del paciente es haciendo uso del proceso de atención de enfermería que es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales. (ALFARO, 1996). Este proceso de enfermería consta de cinco etapas que son:

- Valoración: fase donde se reúne la información con el fin de obtener todos los hechos necesarios para determinar el estado de salud del paciente y describir sus capacidades y problemas.
- Diagnóstico: se determinan las capacidades del individuo, las que precisan ser reforzadas o usadas al desarrollar el plan de cuidados y los problemas de salud reales y potenciales. También se determinan los problemas que pueden resolverse mediante intervenciones independientes de enfermería y de los que requieren de la actuación de otro profesional de la salud.
- Planificación: en esta etapa se desarrolla el plan de acción que reducirá o eliminar los problemas y promoverá la salud. La planificación incluye las siguientes actividades: disposición de prioridades, determinación de objetivos, decisión de las intervenciones de enfermería y anotación del plan de cuidados de enfermería.
- Ejecución: ocurre cuando se realiza la intervención y actividades prescritas durante la planificación, esta etapa implica además que se debe seguir recogiendo información sobre el paciente para ver como va respondiendo a las acciones e identificar nuevos problemas. También se registra y se transmite la información de la evolución del estado de salud del paciente.
- Evaluación: se realiza junto con el paciente para determinar si la planificación ha sido efectiva y si es que hay que realizar algunos cambios para resolver el problema de salud.

Al revisar la literatura los posibles diagnósticos de enfermería según NANDA en relación a la vivencia de la hospitalización del paciente y familiares son los siguientes:

- Intolerancia a la actividad.
- Deterioro de la adaptación.
- Ansiedad.
- Trastorno de la imagen corporal.
- Deterioro de la comunicación.
- Afrontamiento individual o familiar inefectivo.
- Conflicto de decisiones.
- Negación ineficaz.
- Déficit de actividades recreativas.
- Alteración de los procesos familiares.
- Temor.
- Duelo anticipado.
- Alteración del crecimiento y desarrollo.
- Desesperanza.
- Trastorno de la autoestima.
- Alteración de los patrones de la sexualidad.
- Alteración del patrón del sueño.
- Deterioro de la interacción social.
- Angustia espiritual.

También se describen las posibles intervenciones y actividades frente a los diagnósticos anteriormente descritos.

- **Crear una relación basada en la confianza.**

- Presentarse al paciente.
- Tener una idea del problema del paciente.
- Ser constante en la asistencia y la manera de tratar al sujeto.
- Aceptarlo como individuo.
- Proporcionar las instrucciones en forma clara y sencilla.

- **Ayudarlo a identificar la ansiedad.**

- Alentar la expresión de la ansiedad del paciente.
- Permanecer con él cuando resulte apropiado.

- Ayudarle a identificar acontecimientos que intensifiquen la ansiedad.
- Analizar la relación del aumento de la ansiedad con el funcionamiento fisiológico.
- Analizar la relación del aumento de la ansiedad con los patrones de conducta.
- Tomar nota del momento y las situaciones en que aumenta su inquietud.
- Fomentar el uso de medidas de adaptación eficaces para disminuir la ansiedad.
- Enseñarles técnicas de relajación.
- Alentar el empleo de los sistemas de apoyo por parte del paciente.

- **Fomentar la comunicación apropiada.**

- Establecer una relación basada en la confianza.
- Permanecer tranquilo; no tomar ataques verbales como algo personal.
- Establecer límites y hacer que se respeten; prestarle atención en la medida necesaria.
- Alentarlo a manifestar sus sentimientos.

- **Fomentar la expresión de sentimientos y emociones.**

- Alentar al paciente para que manifieste sus sentimientos acerca de su dependencia.
- Permitir que el paciente tome tantas decisiones como sea posible.
- Hacer que el paciente participe en la definición de objetivos.

- **Fomentar la participación del paciente en el régimen terapéutico.**

- Subrayar las cualidades positivas y potencialidades.
- Alentar su participación en los cuidados personales.

- **Estimularlo para que encuentre significado a la pérdida.**

- Crear una relación basada en la confianza.
- Alentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.
- Ayudarlo a disminuir los síntomas de la depresión.
- Facilitar la transición de las etapas del pesar.

- **Instruir al paciente sobre los procedimientos.**

- **Aumentar la autoestima.**
 - Retroalimentar en forma progresiva por los progresos que logre en los cuidados personales y los cambios en su estilo de vida.
 - Ayudar a identificar sus aspectos positivos y potencialidades.
 - Retroalimentarle positivamente por los progresos que logre en la aceptación de los cambios en su estilo de vida.

- **Alentar los esfuerzos para la modificación adecuada del estilo de vida.**

- **Fomentar el acatamiento del régimen terapéutico.**
 - Alentar su participación en la planeación de su alta.
 - Proporcionar instrucciones de alta al paciente.

El Servicio de Medicina del Hospital Base de Osorno posee 54 camas disponibles para la atención de paciente que preferentemente proceden de zona urbana. Posee un índice ocupacional de camas de un 96,85% con 8,59 días promedios de estada. En un 66% los pacientes son de alto riesgo terapéuticos con una dependencia total del personal de salud de un 34%, y un 66% para dependencia parcial. Las tres causas principales de ingreso en orden decreciente al servicio corresponden a patologías del sist. cardiovascular, respiratorio y digestivo. (Datos proporcionados por estadísticas del Hospital Base de Osorno, año 2005).

Considerando que existe un alto porcentaje de dependencia parcial y total de los pacientes del Servicio de Medicina se crea un sistema de apoyo para los familiares quienes se incluyen dentro de la atención de la satisfacción de las necesidades básicas de sus pacientes lo que ayuda, en cierta manera a disminuir la carga laboral del personal de salud y beneficia a familiares y pacientes con una mejor adaptación del proceso que están viviendo, aprendiendo técnicas y formas de cómo cuidar y promover el estado de salud ya sea intrahospitalario como en el hogar. Sin embargo esto solo se da para pacientes con dependencia total, postrados o pacientes que padecen de un Accidente Vascular Encefálico. Además, no existe un estudio que cuantifique los beneficios que trae consigo este sistema de ayuda al paciente y familia. Tampoco se ha extendido a pacientes con dependencia parcial que están viviendo una crisis no normativa como lo es la hospitalización. En relación a esto se hace fundamental crear un proyecto con bases teóricas sólidas para la población atendida y que se cuantifique los beneficios que trae la relación familiar/paciente cuando vivencian la hospitalización.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL N° 1

Describir el impacto a nivel biosicológico de la hospitalización en el Servicio de Medicina del Hospital Base de Osorno tanto en el paciente como en su familia.

5.1.1. Objetivos específicos.

- Identificar los sentimientos que surgen en la familia y el individuo que se hospitaliza por primera vez.
- Describir los efectos físicos que pudiesen surgir en la familia cuando su paciente está hospitalizado.

5.2. OBJETIVO GENERAL N° 2

Identificar la atención del paciente y de la familia que vive una crisis no normativa, en especial en el aspecto emocional y que realiza el equipo de enfermería con el paciente y la familia que vive por primera vez el suceso de la hospitalización en el Servicio de Medicina del Hospital Base de Osorno.

5.2.1 Objetivos específicos.

- Identificar registros de enfermería donde exista evidencia escrita de la atención realizada cuando la familia y el paciente viven la hospitalización por primera vez.

5.3. OBJETIVO GENERAL N° 3

Caracterizar el perfil de los pacientes que se hospitalizan por primera vez en el Servicio de Medicina del Hospital Base de Osorno.

5.3.1 Objetivos específicos.

- Establecer los problemas de salud por la cual se hospitalizan los pacientes.
- Determinar las características sociodemográficas de la persona que se encuentra hospitalizada.
- Clasificar el tipo de familia a que pertenece el individuo.
- Establecer el grado de parentesco entre individuo y familia que lo visita.
- Establecer vías y frecuencia en que familiares expresan interés por la persona hospitalizada.

6. MATERIAL Y MÉTODO

6.1. TIPO DE ESTUDIO:

El estudio es de aplicación, busca información sobre la vivencia de los pacientes cuando se hospitalizan por primera vez y la atención de enfermería que se lleva a cabo. Esto nos mostrará de una manera sencilla las posibles falencias existentes y nos ayudará a idear las estrategias a seguir.

Descriptivo, porque determina la magnitud y las características del efecto emocional que trae consigo la hospitalización tanto en el paciente como en la familia.

Transversal, porque estudia el tema en un periodo breve en el tiempo, del 10 de octubre hasta el 10 de diciembre del 2005.

Retrospectivo, porque se diseña la investigación y se analiza el problema después que ha ocurrido.

Cuantitativo, porque define lo que se va a investigar, los indicadores o variables que se miden y se expresan numéricamente.

De no intervención, se investigan los hechos sin alterarlos ni manipularlos.

Observacional, se observan los hechos, tal como ocurren espontáneamente en la realidad, sin modificarlos o actuar sobre ellos.

6.2. POBLACIÓN EN ESTUDIO:

La población en estudio está constituida por personas y familias que viven una crisis no normativa al presentarse por primera vez el suceso de la hospitalización en el Servicio de Medicina del Hospital Base de Osorno entre el periodo del 10 de octubre al 10 de diciembre del 2005.

6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:

El paciente y su familia que viven una crisis no normativa al presentarse por primera vez el suceso de la hospitalización en el Servicio de Medicina del Hospital Base de Osorno entre el periodo del 10 de octubre al 10 de diciembre del 2005.

Los criterios de inclusión serán pacientes concientes y orientados que puedan expresar sus percepciones en relación a la hospitalización, además de mujeres que se hayan hospitalizados anteriormente por el nacimiento de su hijo, considerado como crisis normativa. Los de exclusión corresponderán a las personas que no puedan expresar sus opiniones, los desorientados e inconscientes.

6.4. MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se identificarán los pacientes que se han hospitalizado por primera vez en el servicio de Medicina del Hospital Base de Osorno. A estos y sus familiares se les realizará una entrevista a los cuatro días del ingreso, la cual será aplicada por el investigador.

Por último, se revisarán las hojas de enfermería en busca de registros de planes de atención referentes a intervención en crisis junto con su posterior ejecución y evaluación.

6.5. TIEMPO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La recolección de datos se realizará durante dos meses, 10 de octubre al 10 de diciembre del 2005.

6.6. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:

Al tener la información recolectada se tabulará en programas computacionales como lo son Microsoft Word y Microsoft Excel, este último será útil para establecer resultados y porcentajes que se representarán mediante gráficos y tablas de asociación.

6.7. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

6.7.1 Aspectos relacionados con la hospitalización.

Sentimientos experimentados por el individuo hospitalizado: Sensaciones y/o emociones que experimenta el paciente cuando se encuentra hospitalizado por primera vez en un centro hospitalario.

- | | | |
|-----------------|----------------------------|------------------|
| - Frustración. | - Ansiedad. | - Ira. |
| - Negación. | - Vergüenza. | - Incertidumbre. |
| - Culpabilidad. | - Inseguridad. | - Angustia. |
| - Miedo. | - Tristeza. | - Impotencia. |
| - Tranquilidad. | - Pérdida de su autonomía. | - Insomnio. |
| - Desesperanza. | -Otros. | |

Sentimientos experimentados por la familia: Sensaciones y/o emociones que experimentan los familiares cuando su paciente se encuentra hospitalizado por primera vez en un centro hospitalario.

- | | | |
|-----------------|----------------------------|------------------|
| - Frustración. | - Ansiedad. | - Ira. |
| - Negación. | - Vergüenza. | - Incertidumbre. |
| - Culpabilidad. | - Inseguridad. | - Angustia. |
| - Miedo. | - Tristeza. | - Impotencia. |
| - Tranquilidad. | - Pérdida de su autonomía. | - Insomnio. |
| - Desesperanza. | -Otros. | |

Molestias físicas que surgen en la familia: Malestar físico que refiere el familiar cuando su paciente es hospitalizado por primera vez.

- Cefalea.
- Palpitaciones.
- Dolor de estómago.
- Dolor muscular.
- Prurito.
- Otros.

Intervención que realiza el equipo de enfermería en la situación de crisis no normativa del paciente y familia: Actividades que la enfermera realiza para ayudar a la familia y el paciente a enfrentar la primera hospitalización.

- Se presenta en forma agradable al paciente y familia.
- Otorga buen trato a familia y paciente cuando ingresa y durante el transcurso de la hospitalización.
- Entrega tríptico del Servicio de Medicina a la familia para orientar a la familia y el individuo.
- Explica la rutina de alimentación, horas de sueño, aseo y confort al paciente.
- Invita a participar a la familia en la satisfacción de los cuidados del individuo cuando este no puede satisfacerlo por sí mismo.
- Se comunica y explica al paciente cada vez que realiza un procedimiento con él.
- Dispone de un horario y atiende las consultas de los familiares cuando estos lo requieran.
- Registra en hoja de enfermería la atención en crisis no normativa, diagnóstico según NANDA, planificación, ejecución y evaluación.

Efectos de la atención integral de enfermería en la familia frente a la hospitalización: Sensaciones y/o emociones que siente la familia con la atención entregada por el enfermero(a).

- Tranquilidad.
- Seguridad.
- Confianza.
- Conformidad.
- Alegría.
- Otro.

Efectos de la atención integral de enfermería en el individuo al encontrarse hospitalizado: Sensaciones y/o emociones que sienta el paciente con la atención entregada por el enfermero(a).

- Tranquilidad.
- Seguridad.
- Confianza.
- Conformidad.
- Alegría.
- Otro.

6.7.2. Aspectos sociodemográficos.

Sexo: Constitución orgánica que diferencia al hombre de la mujer.

- Femenino.
- Masculino.

Edad: Tiempo de años que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta la fecha. Clasificación según las fases del ciclo vital humano descrito por Eric Erickson.

- 11- 18 Adolescente
- 19-35 Adulto temprano
- 36 - 65 Adulto maduro
- Mayor de 65 Adulto mayor

6.7.3. Aspectos familiares.

Tipo de familia: Clasificación estructural de la familia, se refiere a un conjunto de elementos relacionados entre sí: personas ocupando posiciones y desempeñando roles de acuerdo a su edad, sexo y a los factores culturales.

- Nuclear.
- Monoparental.
- Extendida.
- Vive solo.

Parentesco: Vínculo o lazos consanguíneos o no consanguíneos, que tiene el individuo con el resto de las personas.

- Padre o madre
- Esposo (a)
- Hijo (a)
- Hermano (a)
- Nieto (a)
- Yerno o nuera
- Otro. Especificar.

Interés de la familia con el individuo hospitalizado: Preocupación de los familiares para estar actualizado con la información médica o las necesidades de la persona hospitalizada.

- Familiar pregunta y se comunica con médico y/o enfermero(a) para conocer el estado de salud del familiar hospitalizado.
- Familiar no pregunta ni se comunica con médico y/o enfermero(a) para conocer el estado de salud del familiar hospitalizado.
- Familiar participa junto con el equipo de salud, como mínimo 4 veces a la semana, en la asistencia de la satisfacción de las necesidades del paciente.
- Familiar no participa en conjunto con el equipo de salud en la satisfacción de las necesidades del paciente.

6.7.4. Aspectos relacionados con su estado de salud.

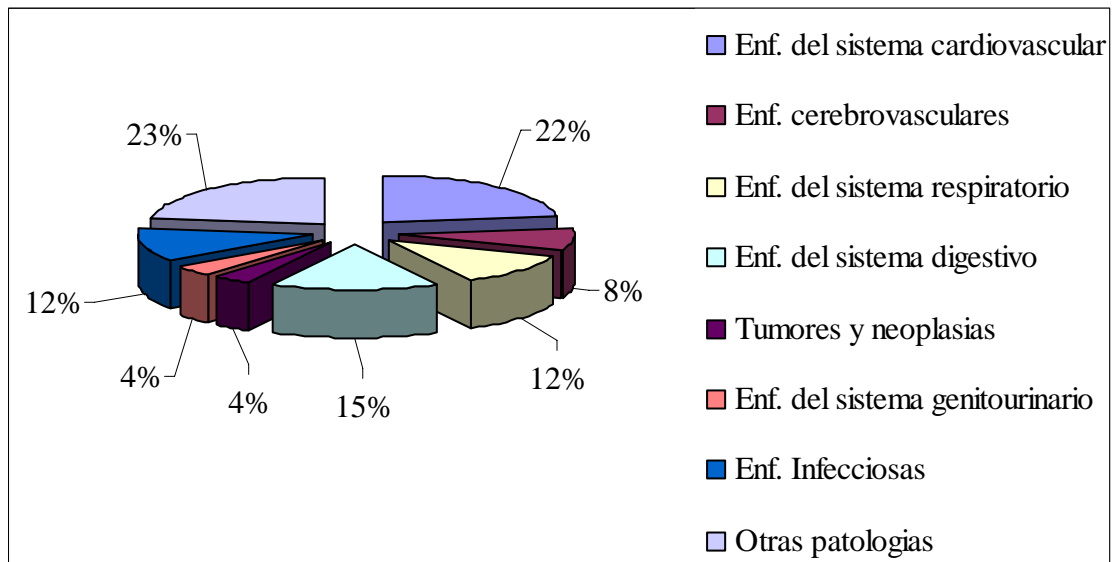
Diagnóstico de base: Enunciado realizado por un médico y que define la condición clínica del paciente. Se obtiene de la ficha clínica del paciente.

7. RESULTADOS

7.1. ENTREVISTA A PACIENTES

Se aplicó la entrevista a 26 pacientes que se hospitalizaron por primera vez en el Servicio de Medicina durante el periodo comprendido entre el 10 de octubre y 10 de diciembre del año 2005. A continuación se detallan los resultados:

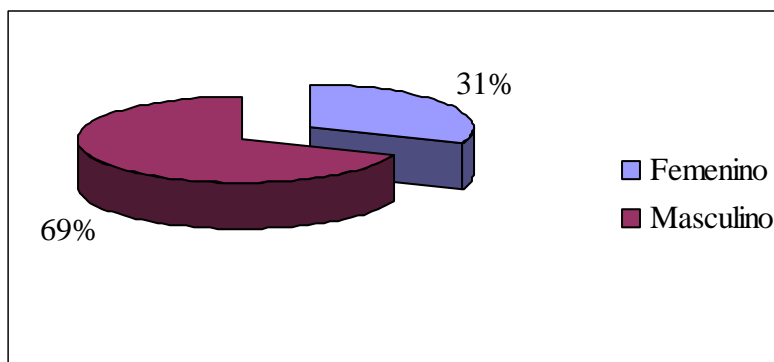
GRÁFICO N° 1: Distribución porcentual de las patologías por las cuales ingresaron los pacientes. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



Nota: Los porcentajes corresponden al total de respondientes porque las categorías no son excluyentes.

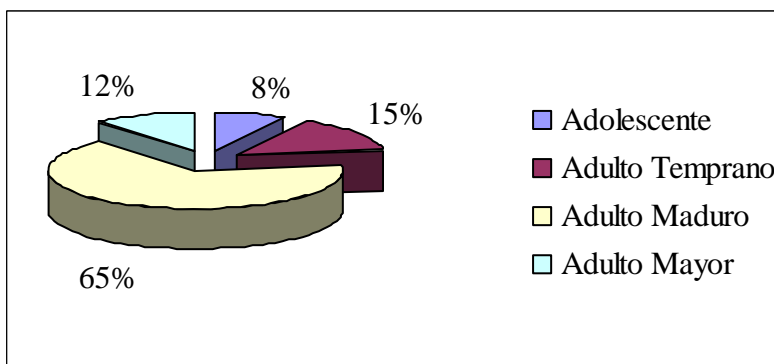
El gráfico muestra la distribución porcentual de las patologías por las que ingresaron los pacientes hospitalizados por primera vez. Destaco que las enf. cerebrovasculares son las que más impactan a la familia y al paciente seguidos por los infartos al miocardio.

GRÁFICO N° 2: Distribución porcentual de pacientes hospitalizados por primera vez según su sexo. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



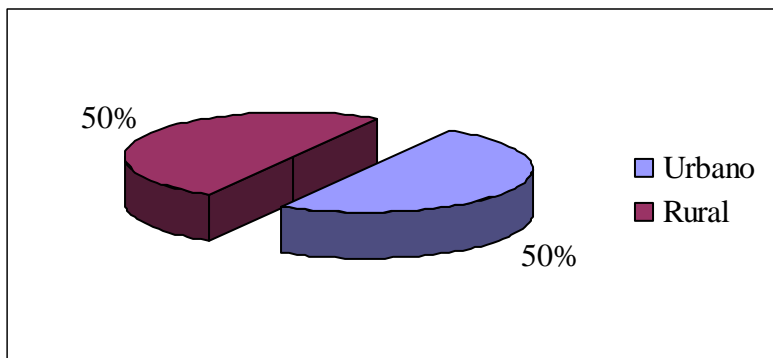
El gráfico muestra que casi el 70% de los pacientes es de sexo masculino.

GRÁFICO N° 3: Distribución porcentual de la edad de los pacientes hospitalizados. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



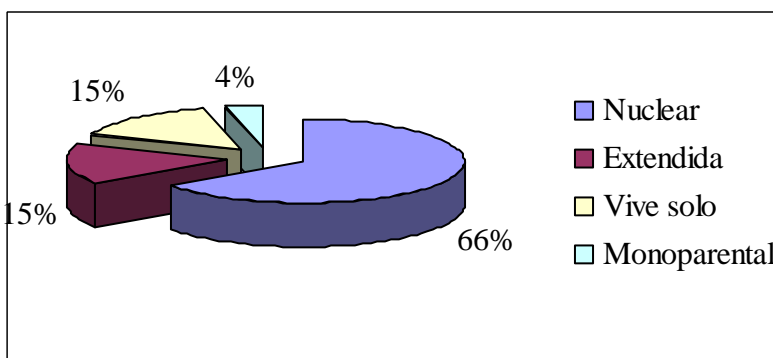
De los pacientes hospitalizados un 65% pertenece a la edad madura, periodo que comprende entre los 35 y 65 años de edad, que coincide con la etapa donde se adquiere mayor número de responsabilidades sociales.

GRÁFICO N° 4: Distribución porcentual de los pacientes hospitalizados por primera vez según la procedencia. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



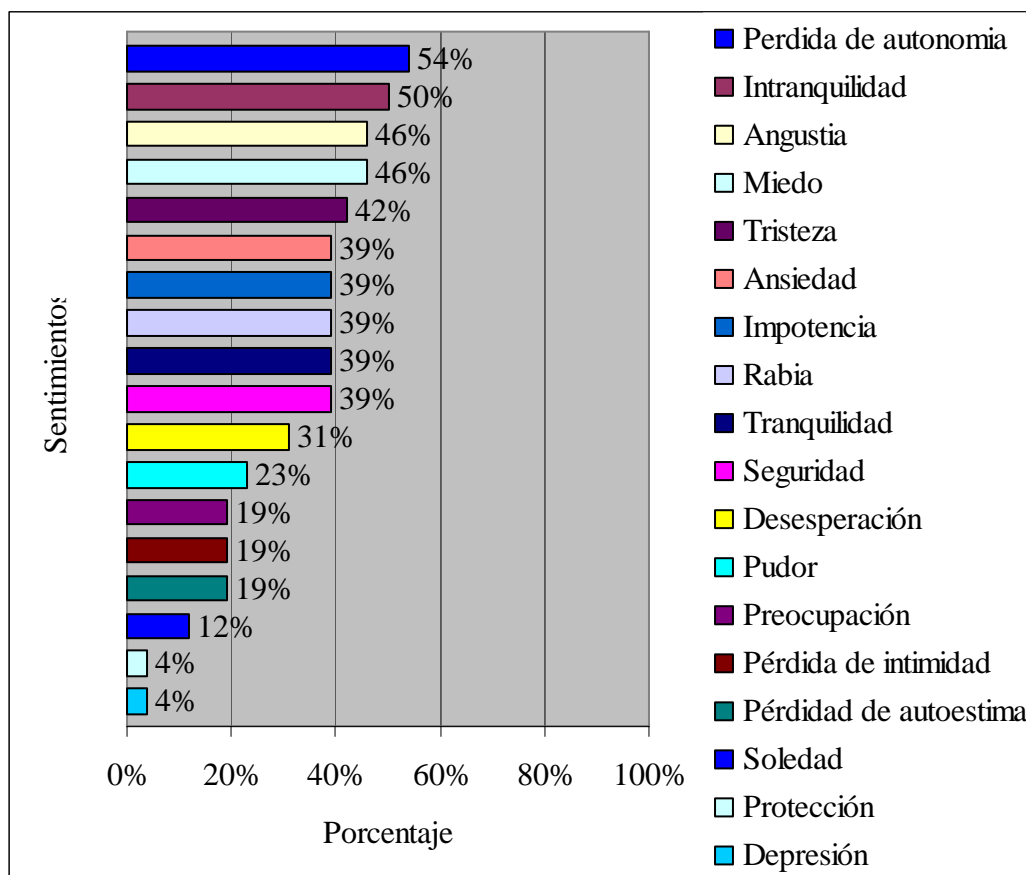
Durante el periodo estudiado la procedencia urbana – rural de los pacientes hospitalizados se distribuyen en igual proporción.

GRÁFICO N° 5: Distribución porcentual del tipo de familia a la que pertenece el paciente hospitalizado. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



81% de los pacientes hospitalizados cuenta con una red de apoyo familiar.

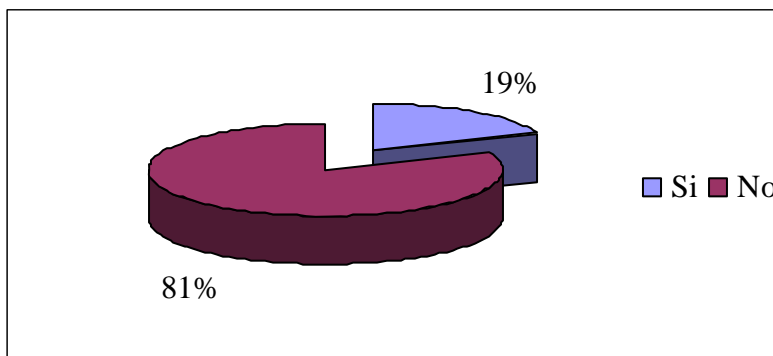
GRÁFICO N° 6: Distribución porcentual de los sentimientos experimentados por el individuo que se hospitaliza por primera vez. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



Nota: Los porcentajes corresponden al total de respondientes porque las categorías no son excluyentes.

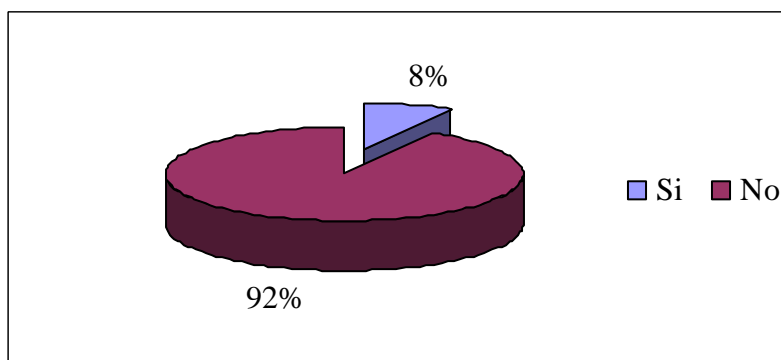
En general, la mayoría refiere ingresar a un mundo distinto donde tienen que acostumbrarse a la rutina que existe en el ambiente hospitalario perdiendo así la autonomía que tenían hasta el momento. Como se aprecia en el gráfico, los pacientes refieren estar intranquilos, angustiados, con miedo al pronóstico, tristes, ansiosos, impotentes y con rabia al encontrarse enfermo y no poder continuar con su rutina de vida. Cabe destacar, que los pacientes que habían sufrido un Accidente Vascular Encefálico son los que manifiestan mayor cantidad de sentimientos al encontrarse imposibilitados físicamente. Sin embargo, existe un porcentaje de pacientes que al ingresar al recinto hospitalario se sienten seguros, tranquilos y protegidos porque saben que van a mejorar.

GRÁFICO N° 7: Distribución porcentual de los profesionales de enfermería que se identifican formalmente antes de atender a cada paciente. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



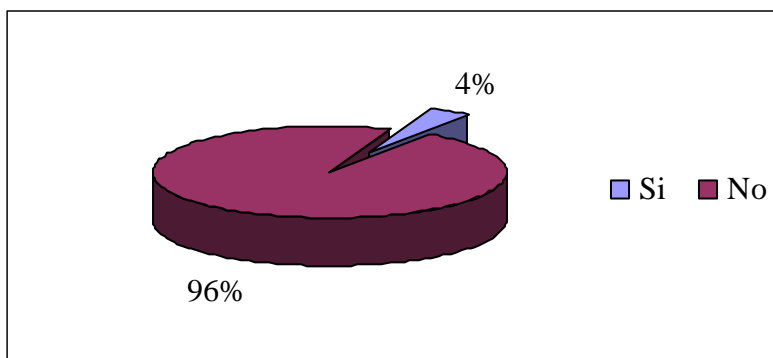
La mayoría de las enfermeras no se presenta con su nombre antes de atender a los pacientes lo que puede influir negativamente en los esfuerzos por la confianza que se requiere al atender a pacientes que viven una crisis de tipo no normativa como lo es la hospitalización.

GRÁFICO N° 8: Distribución porcentual de pacientes que recibió información de la rutina diaria del servicio donde se encuentra hospitalizado. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



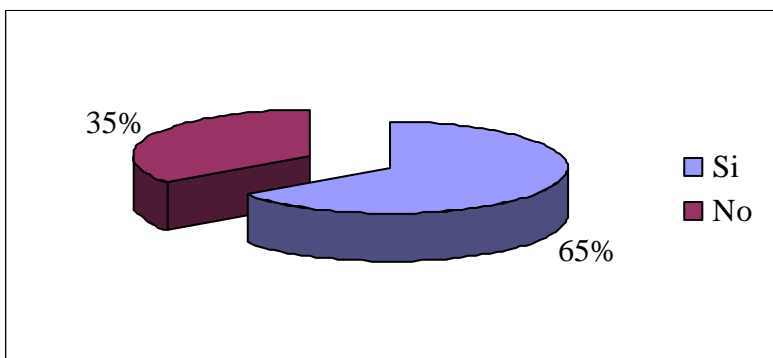
Un aspecto fundamental para ayudar a reducir los efectos psicológicos en el paciente, es el de explicar el mundo hospitalario en el que se encuentran y es aspecto fundamental que la enfermera lo realice. El gráfico muestra que a un 92% de los pacientes no se les explicó la rutina del servicio lo que puede provocar una adaptación más tórpida de los pacientes a la vida hospitalaria.

GRÁFICO N° 9: Distribución porcentual de pacientes que reciben tríptico con información básica del Servicio de Medicina. Hospital Base de Osorno, 2005.



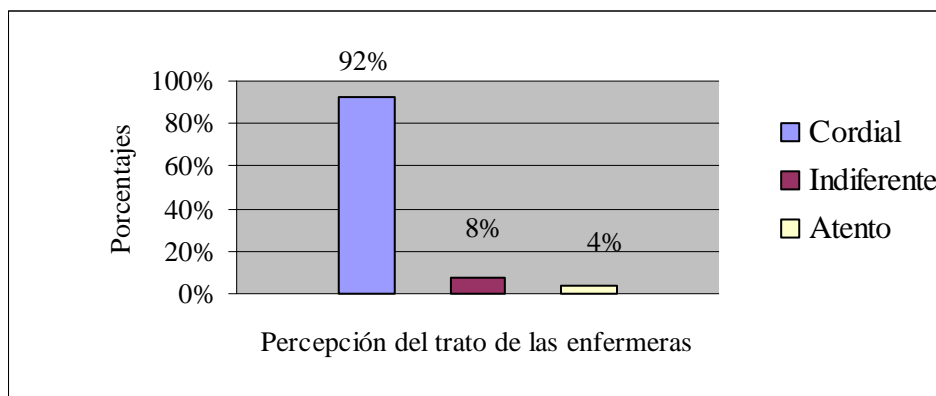
El Servicio de Medicina cuenta con un tríptico que contiene información básica destinado a familiares y pacientes hospitalizados. Esto también ayuda a que el paciente logre aminorar los efectos de la hospitalización y adaptarse a un ambiente distinto al que está acostumbrado a vivir. El gráfico muestra que sólo un 4% de pacientes lo recibió durante su hospitalización.

GRÁFICO N° 10: Distribución porcentual de pacientes que refieren haber recibido información del procedimiento a realizar. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



La comunicación y la información es una forma básica para reducir la ansiedad frente a cada procedimiento de enfermería que se le realizará al paciente. Un 65% señala que la enfermera les explicó el procedimiento lo que es positivo para tratar de paliar los efectos psicológicos que genera el estar hospitalizado.

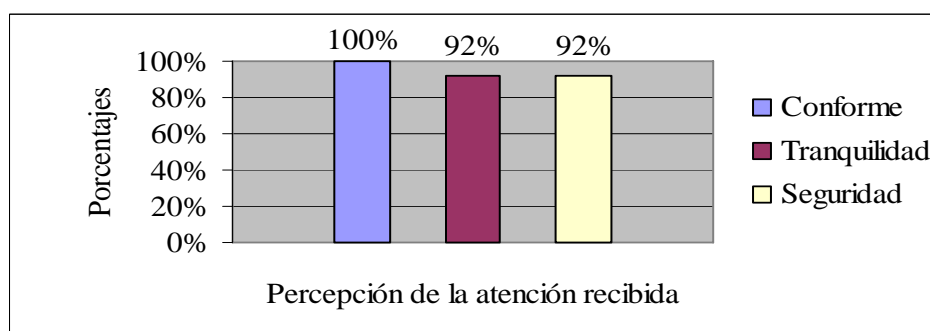
GRÁFICO N° 11: Distribución porcentual de la forma como percibe el paciente el trato de los profesionales de enfermería. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



Nota: Los porcentajes corresponden al total de respondientes porque las categorías no son excluyentes.

Según lo visto en gráficos anteriores los porcentajes no cumplen con los criterios de la calidad atención, sin embargo, 92% de los pacientes hospitalizados considera que el trato ha sido cordial.

GRÁFICO N° 12: Distribución porcentual de la forma como percibe el paciente la atención recibida por el profesional de enfermería. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.

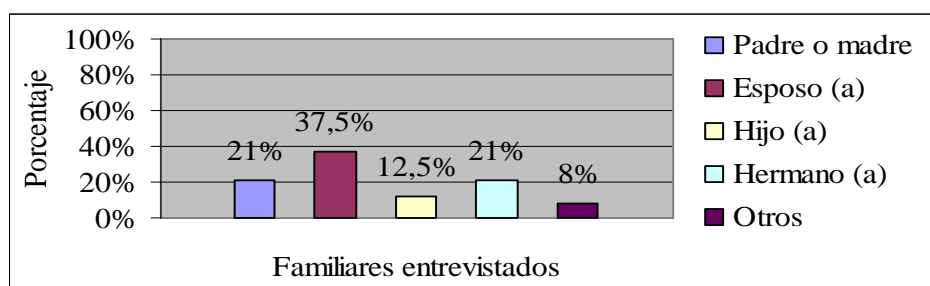


A pesar de que no existen registros de una atención de enfermería que promueva y apoye la adaptación del paciente en crisis no normativa, como es la hospitalización, el 100% de ellos se manifiesta conforme, en tanto que un 92% agrega además, que se sienten tranquilos y seguros con la atención recibida por las enfermeras.

7.2. ENTREVISTA A FAMILIARES

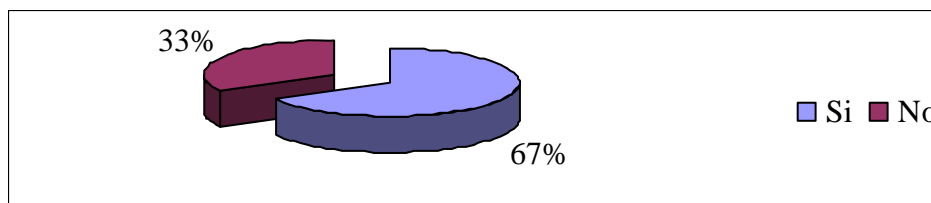
Se aplicó la entrevista a 24 familiares de los pacientes hospitalizados por primera vez en el Servicio de Medicina durante el periodo comprendido entre el 10 de octubre y 10 de diciembre del año 2005. Los dos restantes no se pudieron contactar ya que no visitaron a su familiar. A continuación se detallan los resultados:

GRÁFICO N° 1: Distribución porcentual de los familiares a quienes se les realizó la entrevista. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



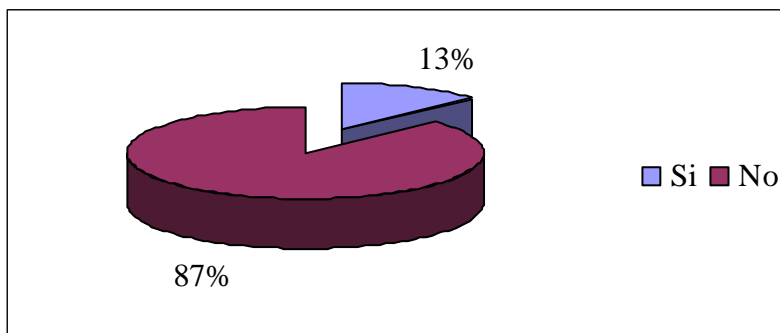
Un 55% de los familiares entrevistados tiene vínculo sanguíneo con el paciente que, si se incorpora a los cónyuges aumenta a 93%, lo que facilita que estos mantengan contacto durante toda la hospitalización y así favorecer una pronta recuperación. Además, les ayuda a ambos en el proceso de adaptación frente a la crisis no normativa que están enfrentando.

GRÁFICO N° 2: Distribución porcentual de los familiares que consultaron por el estado de salud de los pacientes a profesionales médicos y/o de enfermería. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



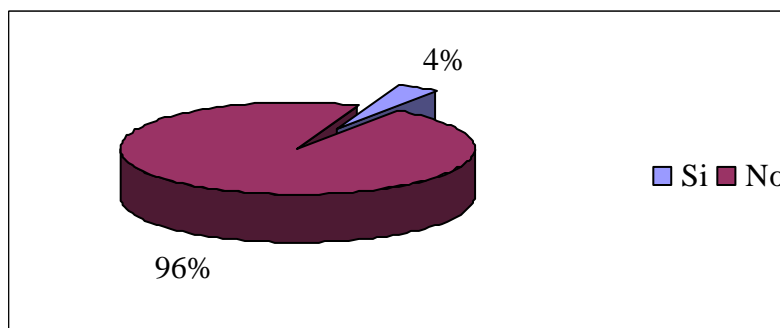
Un 67% de los familiares muestra interés por mantenerse informado sobre el estado de salud de su paciente consultándolo con médico y/o enfermera. El resto (33%) no refiere haber tenido ningún contacto con los profesionales mencionados.

GRÁFICO N° 3: Distribución porcentual de los familiares que participan en la satisfacción de necesidades básicas del hospitalizado. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



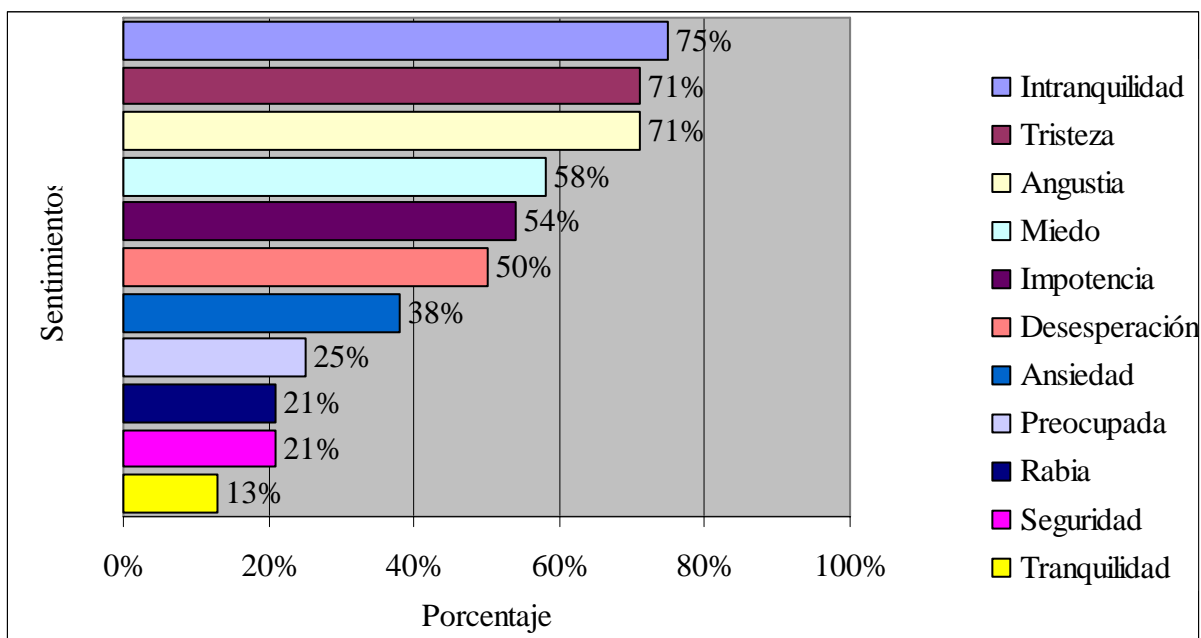
Una estrategia para lograr una más óptima adaptación a la hospitalización y con ello, aminorar los efectos psicológicos y físicos que pudiesen presentarse, es que los familiares participen en los cuidados de su paciente y satisfagan sus necesidades básicas. Este contacto favorece tanto a la familia como al paciente y beneficia una pronta recuperación. En el Servicio de Medicina sólo un 13% de los familiares participa en la atención con el paciente. El resto no lo hace por diversos motivos como el trabajo, y responsabilidades con el hogar.

GRÁFICO N° 4: Distribución porcentual de familiares que reciben educación sobre la satisfacción de necesidades básicas del hospitalizado de acuerdo a su patología. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



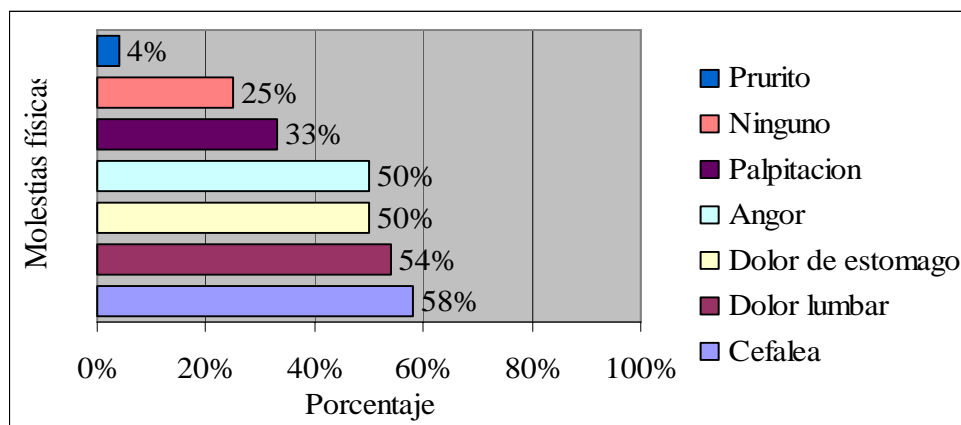
Importante el rol de la enfermera en la educación de los familiares para que estos puedan asistir a sus pacientes y así lograr un vínculo que haga frente a los efectos psicológicos de la hospitalización. El gráfico muestra que el 96% de los familiares refiere no haber recibido educación, lo que no favorece la intervención en crisis no normativas.

GRÁFICO N° 5: Distribución porcentual de los sentimientos que experimentan familiares de pacientes hospitalizados. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



Tres cuartos de los familiares señalan que experimentan sensación de intranquilidad y el 71% de tristeza y angustia cuando su paciente se encuentra hospitalizado. Cabe destacar que la mayoría son familias nucleares y extendidas que viven el proceso de hospitalización junto a sus pacientes. Existen sin embargo, familiares que se sienten seguros y tranquilos de que su paciente permanezca en el recinto hospitalario, ya que se encuentra bien cuidado y logrará recuperar su estado de salud.

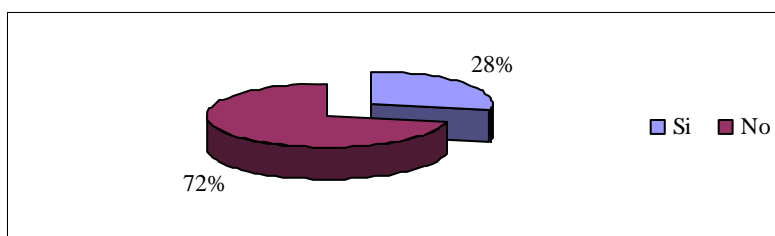
GRÁFICO N ° 6: Distribución porcentual de las molestias físicas que presentan los familiares de los pacientes hospitalizados. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



Nota: Los porcentajes corresponden al total de respondientes porque las categorías no son excluyentes.

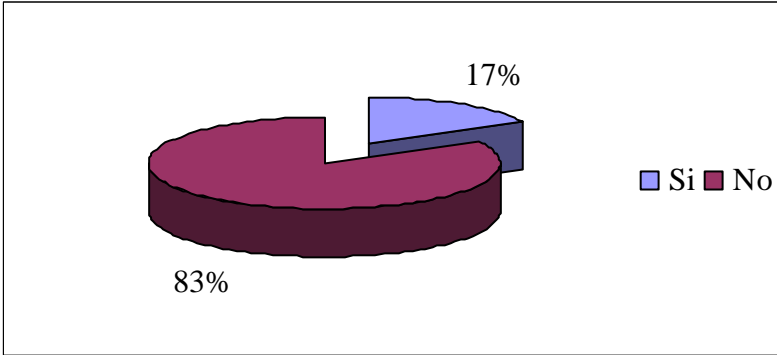
Este gráfico demuestra que los familiares experimentan molestias físicas producto del estrés que genera la hospitalización de su familiar. Un gran porcentaje refiere cefalea, dolor lumbar y de estómago y sensación de angustia que la relatan como opresión de pecho y “nudo en la garganta”. No obstante, un 25% de los familiares no refiere molestias físicas.

GRÁFICO N° 7: Distribución porcentual de profesionales de enfermería que se identifican formalmente ante los familiares de los pacientes hospitalizados. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



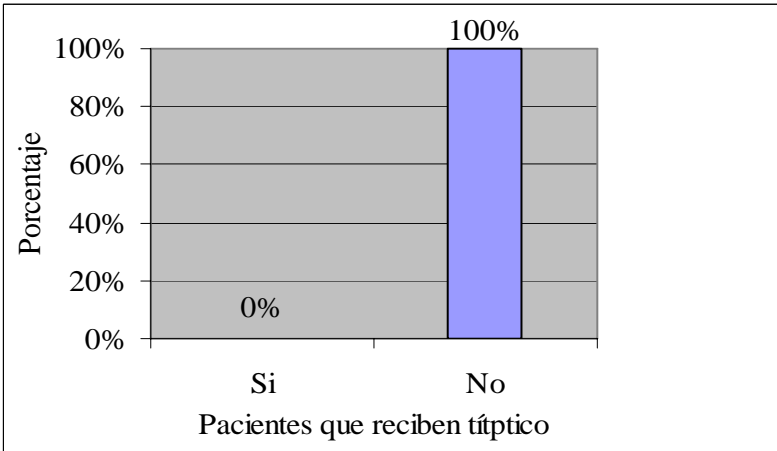
Una correcta intervención en crisis no normativas en los familiares se inicia con la identificación de la enfermera para lograr establecer un nivel de confianza entre quienes se comunican. El gráfico muestra que sólo en un 28% de los casos los familiares señalan que los profesionales se presentan formalmente con su nombre.

GRÁFICO N° 8: Distribución porcentual de familiares que reciben información de rutinas del Servicio de Medicina. Hospital Base de Osorno, 2005.



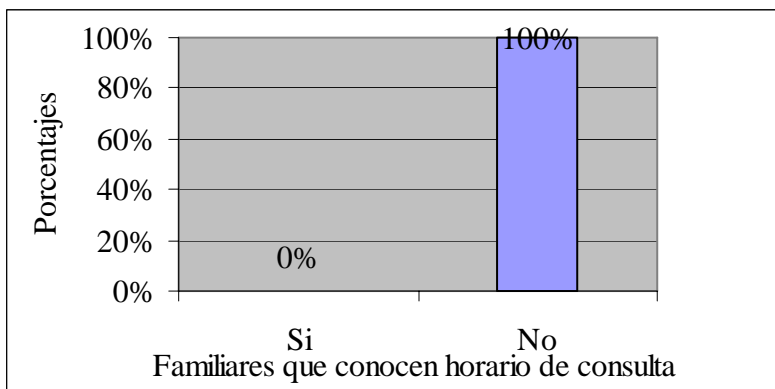
Como se mencionó antes, una forma de disminuir la ansiedad que experimentan los familiares frente a la hospitalización de sus pacientes es mantenerlos informados. En el gráfico se aprecia que solo un 17% refiere recibir información respecto de rutinas del Servicio de Medicina.

GRÁFICO N° 9: Distribución porcentual de familiares que reciben tríptico con información básica del Servicio de Medicina. Hospital Base de Osorno, 2005.



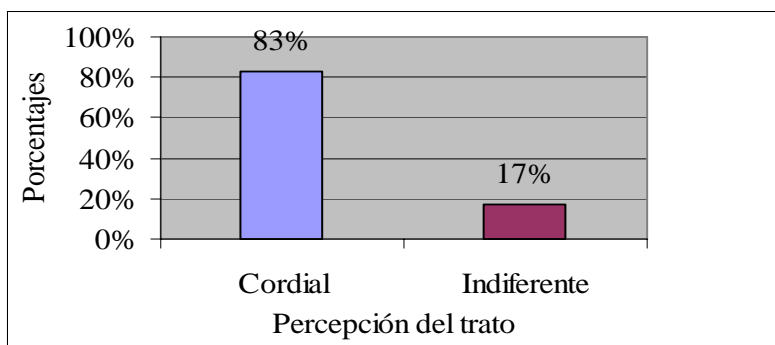
El gráfico muestra que ningún familiar relata haber recibido tríptico con información básica acerca del servicio donde estaban hospitalizados sus pacientes, aspecto que no favorece el enfrentar de mejor manera el proceso de la hospitalización.

GRÁFICO N° 10: Distribución porcentual de familiares informados acerca del horario de consulta de profesionales de enfermería. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



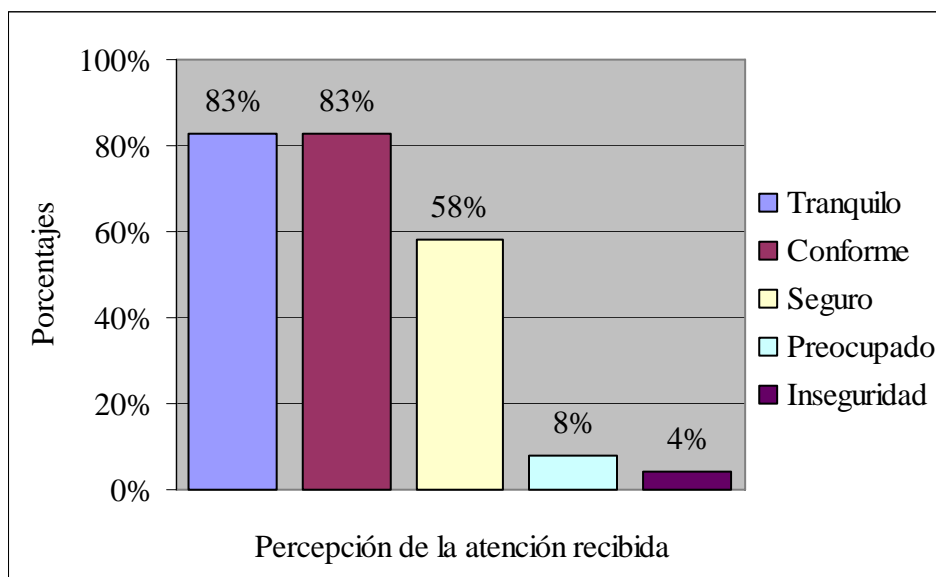
Según el gráfico el 100% de los familiares entrevistados refiere no conocer el horario de consultas que tienen las enfermeras por ende, se les dificulta el acceso para mantenerse informado del estado de salud de los pacientes y de recibir enseñanza en relación a las necesidades de atención del paciente.

GRÁFICO N° 11: Distribución porcentual de la percepción que tienen los familiares respecto al trato de profesionales de enfermería. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



Los familiares de los pacientes hospitalizados consideran que el trato por parte de las enfermeras es cordial, pese a que no existe mayor relación entre estos. Un 8% señala que ha sido indiferente.

GRÁFICO N° 12: Distribución porcentual de la forma como perciben los familiares la atención entregada por los profesionales de enfermería a sus pacientes. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



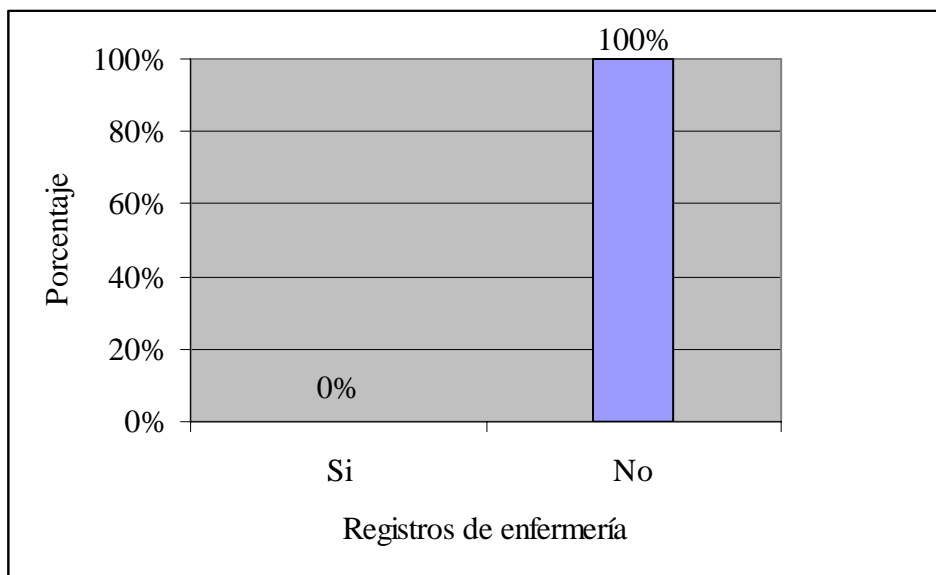
Nota: Los porcentajes corresponden al total de respondientes porque las categorías no son excluyentes.

Los familiares al igual que los pacientes manifiestan sentirse conformes y tranquilos con la atención de las enfermeras, pese a que no hay ningún registro de intervención en crisis no normativas con ellos. Existe si, un porcentaje menor que señala un cierto grado de preocupación e inseguridad con la atención que han recibido.

7.3. REVISIÓN DE REGISTROS DE ENFERMERÍA

Se revisaron los 26 documentos clínicos de enfermería de los pacientes entrevistados para identificar registros con la atención de enfermería respecto a la situación de crisis no normativa que estaban vivenciando al estar hospitalizado. Los resultados son los siguientes:

GRÁFICO N° 1: Distribución porcentual de registros de enfermería con la atención en crisis no normativa como lo es, la vivencia por primera vez del suceso de la hospitalización. Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, 2005.



Del total de documentos clínicos de enfermería revisados no hubo registros de atención de enfermería proporcionada a pacientes en su crisis no normativa.

8. DISCUSIÓN

Luego de analizar los resultados obtenidos podemos describir que la población estudiada fue de 26 pacientes que se hospitalizaron por primera vez y de 1 familiar para cada uno de estos a los que se entrevistó, exceptuando 2 porque no visitan al paciente por motivos de extrema ruralidad o porque el paciente vive solo y no posee red de apoyo (total= 24 familiares).

La causa principal de ingreso al recinto hospitalario fue por patologías cardiovasculares con un 22%, enfermedad que afectó más al sexo masculino, y que en general provoca gran impacto psicológico. Es el caso de afecciones como Infarto Agudo al Miocardio que, por las condiciones en como se presenta y por el pronóstico que pudiese existir, genera en el paciente reacciones emocionales como ansiedad, desesperación al verse enfrentado al ambiente hospitalario y al tener que lidiar con la aceptación de su enfermedad. Impotencia e ira de sentirse incapacitado, de tener que aceptar una rutina distinta a la suya en donde debe entregarse a las manos de sus cuidadores, el personal de salud. Culpabilidad por haberse enfermado y no tener más cuidado con su salud, tristeza y miedo por lo que debe enfrentar cuando se rehabilite, depresión por encontrarse en estado de enfermedad y por sentir que no va a poder a realizar las mismas actividades que realizaba antes de enfermarse.

Las siguientes causas de ingreso corresponden a patologías del sistema digestivo en un 15%, las del sistema respiratorio e infecciosas con un 12% para ambas, enfermedades del sistema genitourinario, tumores y neoplasias en un 4% para cada unas y otras patologías tales como cefalea en estudio, neuropatía distal extremidad inferior izquierda, síndrome Febril no precisado, etc. que suman en total un 23%. Dentro de éstas, existe también impacto psicológico pero en menor magnitud, además que hay pacientes que expresaron sentirse tranquilo y seguros al estar al cuidado de profesionales de la salud, que ayudan en su pronta recuperación.

Patologías cerebrovasculares como el Accidente Vascular Encefálico que suma un 8% corresponde a la enfermedad que genera en el individuo y su familia mayor cantidad de repercusiones psicológicas por el hecho de que la persona pierde su capacidad de funcionalidad física quedando en primera instancia en un estado de postración. Cuando el paciente está viviendo esta experiencia se produce insatisfacción de las necesidades interpersonales de inclusión, control y afecto que resumió Schultz en 1966. El individuo se siente poco significativo y valioso, comienza a depender de su familia y del personal de salud, ve con dificultades la toma de decisiones por si solo y el sentirse dueño de su vida. Además, se obstaculiza el vínculo de unión que tiene con sus seres queridos por el hecho de estar en un

hospital y los otros fuera de él. Surgen entonces en el paciente y su familia sentimientos de ansiedad, angustia, impotencia, rabia, soledad, tristeza, miedo, depresión, intranquilidad, desesperación, preocupación, pudor, refieren pérdida de su autonomía, intimidad y la autoestima.

Un 69% de los pacientes hospitalizados corresponde al sexo masculino mientras que el 31% restante lo es para las mujeres. En cuanto al lugar de procedencia, para ambos no existió diferencia ya que la mitad era de origen urbano y la otra rural.

En relación a la edad de las personas que se hospitalizaron, la mayoría pertenece al adulto temprano y maduro con un 15% y 65% respectivamente de acuerdo a las fases del ciclo vital humano, según Erik Erikson. Etapas de la vida donde el ser humano debe elegir una profesión, un cónyuge, iniciar una familia, criar hijos, asumir y adaptarse a una nueva vida social, formar la filosofía de la vida, adaptarse a los cambios fisiológicos, ayudar a los hijos a lograr independencia, adaptarse al envejecimiento de los padres, lograr un nivel satisfactorio de productividad entre otros logros, las cuales pueden verse afectadas cuando el paciente está hospitalizado.

El 66% de los pacientes pertenece a familias de tipo nuclear y un 15% a las de tipo extendida, lo que benefició en el estado de salud del paciente, debido al apoyo que ofrecieron a su ser querido. Sin embargo, en éstos se refleja más el impacto psicológico que genera una crisis no normativa como los de la hospitalización. Al contrario, en las familias de tipo monoparental (4%) y los que viven solo (15%) se aferran al cuidado del personal en salud sintiéndose protegidos por ellos.

Importante es el apoyo familiar que reciba el paciente porque contribuye a disminuir el efecto de la hospitalización y logra una mejor adaptación tanto para el paciente como sus familiares. Al entrevistar a estos últimos se determina que un 93% mantiene un apoyo directo con el hospitalizado y que un 67% se mantiene informado de la evolución y del estado de salud consultándolo ya sea con el médico y/o enfermera.

Para determinar de qué manera afecta en el plano psicológico una crisis no normativa como lo es la hospitalización, se les preguntó a pacientes y familiares las sensaciones experimentadas. Los pacientes lo verbalizan como una pérdida en su autonomía, se encuentran en dependencia de otras personas, están intranquilos y angustiados en un ambiente ajeno a lo cotidiano, refieren tener miedo, estar tristes y ansiosos en relación al pronóstico, impotentes, con rabia, desesperados, por no poder hacer nada para mejorarse y porque el tiempo pasa y no mejoran como lo esperado y en menor porcentaje, preocupados por las diferentes actividades sociales que dejaron de realizar. Todo esto concuerda con lo revisado en la literatura pero lo interesante, es que algunos pacientes manifiestan tranquilidad, seguridad y

se sienten protegidos en un recinto hospitalario y con profesional capacitado para contribuir en su mejoría y así obtener nuevamente la ansiada salud.

Para los familiares, la vivencia de la hospitalización y los sentimientos experimentados es similar que la de sus pacientes, destacan en ellos la intranquilidad, tristeza, angustia, miedo, impotencia de no poder hacer nada para ayudar en su mejoría, desesperación, ansiedad, preocupación y rabia. En este grupo de entrevistados también destaca un porcentaje que señala sentirse tranquilo y seguro, lo que difiere de lo analizado en la bibliografía cuando se ven enfrentado a la hospitalización de su ser querido.

Producto de la situación estresante que están viviendo los familiares se investiga si existe alguna evidencia física que manifiesten mientras su paciente está hospitalizado lo que da como resultado un gran porcentaje de cefaleas, dolor lumbar y de estómago y una sensación de angustia que expresan como un “nudo en la garganta” y sensación de opresión torácica. En menor porcentaje refieren palpitaciones y prurito. Esto concuerda con la literatura que describe los efectos que trae consigo el estrés en el organismo. Sin embargo, existe un 25% que señala no haber vivenciado ninguna molestia física.

Para el profesional de enfermería es trascendente lograr identificar y tener una visión amplia de los aspectos psicológicos implicados en la hospitalización del paciente a cargo y de los familiares con que tratarán. La enfermera debe manejar conceptos de atención a pacientes que viven una crisis no normativa y para ello se hace indispensable poseer una base de conocimientos teóricos aplicándolos ya sea, con modelos de enfermería o a través del proceso de atención de enfermería.

Para identificar si existe una intervención en pacientes que viven una crisis no normativa como es la hospitalización se decide realizar preguntas básicas al paciente y su familia que nos oriente en una probable atención, además de verificar si existen registros de las actividades realizadas en dicho tema.

Los resultados muestran cifras desfavorables tanto en los pacientes como en los familiares. Aspectos generales como la identificación de la enfermera para lograr una confianza básica nos muestra que del total de los pacientes que se hospitalizaron solo en un 19% se hace efectivo, y a su vez, en los familiares se ve representado en un 28%.

Para lograr disminuir la ansiedad en los pacientes y orientarlos en el ambiente hospitalario es necesario explicar la rutina de éste. En el servicio de Medicina del Hospital Base de Osorno se cuenta además, con un tríptico con información básica que ayuda a orientar a pacientes y familiares sobre cómo funciona el sistema en dicho recinto. Sin embargo, un 8%

de los pacientes declara recibir información sobre la rutina del servicio y un 17% de los familiares que se les explica. En cuanto a la recepción del tríptico un 4% de los pacientes lo recibe y de los familiares, ninguno lo recibe.

En el hospital se realizan diversos procedimientos técnicos, ya sea médicos y de enfermería, los cuales deben estar en conocimientos de los pacientes para así mantenerlos informados y ayudar en la disminución de la ansiedad logrando que generen un proceso de adaptación con resultados positivos. En relación a este punto, un 65% de los pacientes señala recibir información antes de llevar a cabo el procedimiento lo cual es beneficioso por los puntos anteriormente descritos.

Para los familiares es importante mantenerse informados del estado de salud de su paciente, participar en la satisfacción de sus necesidades básicas y recibir educación por parte de la enfermera sobre los cuidados que debe tener su ser querido. Con ello se logra una mejor adaptación tanto para el paciente como para la familia y así disminuir el impacto psicológico que genera el proceso de la hospitalización.

Del total de los familiares entrevistados, ninguno conoce el horario de atención de enfermería, instancia que permite mantenerse informado del estado de salud del paciente además de recibir contenidos educativos que contribuyan en la atención de su familiar hospitalizado.

Solo un 13% de los familiares participa en la satisfacción de las necesidades del paciente y principalmente se da en los que padecen de un accidente vascular encefálico.

Del total de los familiares que participaron en el estudio sólo un 4% recibe educación de la enfermera en cuanto a la patología que presenta el paciente y de la forma en cómo ayudar durante la hospitalización además, del estilo de vida saludable que deberá llevar posterior al alta contribuyendo así a prevenir futuras rehospitalizaciones.

Se revisaron los 26 documentos clínicos de enfermería para identificar registros de la atención, en estos pacientes que viven por primera vez el suceso de la hospitalización encontrándose, que en ninguno de ellos se había realizado alguna intervención. Sin embargo, tanto pacientes como familiares señalan que existe un trato cordial por parte de las enfermeras y la mayoría se encuentra conforme y tranquilo con la atención recibida.

9. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados y la discusión de esta investigación se desprenden las siguientes conclusiones:

- Los pacientes que vivencian la hospitalización por primera vez como crisis no normativa corresponden en su mayoría al sexo masculino, quienes se encuentran en su edad madura y que en general, ingresan por patologías de tipo cardiovascular.
- Las principales causas de hospitalización al Servicio de Medicina son por patologías cardiovasculares, digestivas, respiratorias e infecciosas.
- La familia a la que pertenece el paciente es de tipo nuclear, lo que genera una red de apoyo importante y a la vez, contribuye a disminuir los efectos biopsicológicos de la hospitalización, a una mejor adaptación para ambas partes y una pronta recuperación de la salud.
- El 67% de los familiares se encuentra interesado por saber el estado y evolución de su paciente lo que demuestra el apoyo que le brindan. En su mayoría, pertenecen a personas con un lazo sanguíneo directo tales como esposo/a, hermano/a, padre/madre e hijos.
- Solo un 13% de los familiares participa en la satisfacción de las necesidades de su ser querido y se da principalmente, en los pacientes que han presentado enfermedades cerebrovasculares.
- Un 4% de los familiares está recibiendo educación por la enfermera, cifra insignificativa pensando en la población estudiada. Esto perjudica la participación de los familiares y una mejor adaptación al proceso de la hospitalización.
- Los efectos psicológicos de la hospitalización en el paciente se expresan con sentimientos como, la pérdida de la autonomía, intimidad, autoestima, intranquilidad, angustia, miedo, tristeza, ansiedad, impotencia, rabia, desesperación, pudor, preocupación, soledad, protección y depresión.

- Los familiares vivencian la hospitalización con sentimientos que los expresan como intranquilidad, tristeza, angustia, miedo, impotencia, desesperación, ansiedad, preocupación y rabia.
- Las molestias físicas que presentaron los familiares producto de la situación que vivencian son, cefaleas, dolor lumbar y de estómago, sensación de angustia referido como opresión torácica y “nudo en la garganta”, palpitaciones y prurito.
- No todos los pacientes y familiares viven de la misma manera el proceso de la hospitalización. Existe un porcentaje de hospitalizados que se encuentra tranquilo, seguro y protegido de estar en el hospital, ya que ahí se les brindan los cuidados necesarios para mejorar. A su vez, los familiares también refieren similar situación y además, un 25% de ellos no presenta ninguna molestia física.
- El equipo de enfermería no incluye una atención integrada al paciente y su familia ya que no existen registros que avalen alguna intervención en crisis no normativa y en especial, en el aspecto psicológico de los que vivencian la hospitalización por primera vez.
- Pese al porcentaje de resultados negativos encontrados los familiares se encuentran conformes y agradecidos con la atención brindada durante su hospitalización.

10. BIBLIOGRAFÍA

ALFARO ROSALINDA, 1996. Aplicación del proceso de enfermería. Harcourt Brace, Madrid.

ANDERSON KN, ANDERSON LE, GLANZE WD, 1994. Mosby`s medical nursing, and allied health dictionary, ed 4, St Louis. Mosby. Citado por MORRISON MICHELLE, 1999. Fundamentos de enfermería en salud mental. Harcourt Brace, España. Original no consultado.

BRUNNER Y SUDDARTH 1998. Enfermería medicoquirúrgica. Octava edición Vol 1, editorial Mc Graw Hill.

CATALAN BITRIAN JOSÉ, 2000. Emociones.
Fecha de último ingreso a la página día 12-06-06 a las 20:30.
Disponible en el sitio de Internet:
<http://www.cop.es/colegiales/a-00512/emociones.html>.

CARPENITO LYNDA, 1998. Diagnósticos de enfermería. Editorial Mc Graw Hill, Madrid.

MAC CLOSKEY JOANNE C., BULECHEK GLORIA M., 2001. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). Harcourt, Madrid.

ESPIL GERMAN, 2000. Crisis.
Fecha de último ingreso a la página día 12-06-06 a las 20:40.
Disponible en el sitio de Internet:
<http://www.monografias.com/trabajos11/mcrisis/mcrisis/shtml>.

FERRER CASCALES ROSARIO, 2003. La psicología de la salud desde una perspectiva de ciclo vital.
Fecha de último ingreso a la página día 12-06-06 a las 22:00
Disponibles en el sitio de Internet:
http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_psicolog_salud_11.htm

FORNÉS VIVES JOANA, CARBALLAL Balsa, ME CONSUELO, 2001. Enfermería de salud mental y psiquiatría. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Panamericana España, Madrid.

ROSAS CECILIA, 2000. Modelo Conceptual de Enfermería. "Las necesidades Humanas como Base de la Disciplina de Enfermería". Mimeografiado Instituto de Enfermería.

MARRINER TOMEY, 1999. Modelos y teorías en enfermería. 4ª Edición Harcourt Brace España.

MENÉNDEZ BALAÑA FRANCISCO, 2000. El desarrollo de la conducta, la involución de la conducta.

Fecha de último ingreso a la página día 12-06-06 a las 22:00.

Disponible en el sitio de Internet:

<http://www.psicologiaincientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-wonto.htm>

MORRISON MICHELLE, 1999. Fundamentos de enfermería en salud mental. Harcourt Brace, España.

NESS DE, ENDE J, 1994. Denial in the medical interview, *jama* 272 (22): 1777. Citado por MORRISON MICHELLE, 1999. Fundamentos de enfermería en salud mental. Harcourt Brace, España. Original no consultado.

PSICOACTIVA.COM, 2005. Las emociones.

Fecha de último ingreso a la página día 14-06-06 a las 20:00.

Disponible en el sitio de Internet:

<http://www.psicoinactiva.com/emocion.htm>

POTTER PA, PERRY AG, 1995. Basic Nursing: Theory and practice, ed 3, St. Louis. Mosby. Citado por MORRISON MICHELLE, 1999. Fundamentos de enfermería en salud mental. Original no consultado.

ROMERO YAURI JOSÉ, 1998 Aspectos psicológicos del paciente frente a la enfermedad.

Fecha de último ingreso a la página día 14-06-06 a las 21:00.

Disponible en el sitio de Internet:

<http://www.monografias.com/trabajos13/aspecpsi/aspecpsi.shtml>

SCHULTZ W., 1966. The interpersonal Underworld. PalomAlto, CA, Science and Behavior Books. Citado por BRUNNER Y SUDDARTH 1998. Enfermería medicoquirúrgica. Octava edición Vol 1, editorial Mc Graw Hill. Original no consultado.

SEYLE H., 1976. The Stress of Life, re ved. New York, McGraw Hill. Citado por BRUNNER Y SUDDARTH 1998. Enfermería medicoquirúrgica. Octava edición Vol 1, editorial Mc Graw Hill. Original no consultado.

VALERA GUERRERO GILDA, 2005. Las emociones.
Fecha de último ingreso a la pagina día 18-06-06 a las 20:30.
Disponible en el sitio de Internet:
<http://www.monografias.com/trabajos5/emoci/emoci.shtml>

11. ANEXOS

11.1. ANEXO 1

ENCUESTA: “ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA. SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL BASE DE OSORNO, 2005”

La hospitalización para el paciente y la familia resulta ser una crisis inesperada en la vida que repercute en el ámbito biosicosocial de las personas.

El estar hospitalizado genera muchas sensaciones y malestares en el paciente y su familia. Es por esto que enfermería debe otorgar una atención integral y facilitar la búsqueda de mecanismos que logren hacer frente a estas crisis y así lograr una mejor adaptación y resolución del problema.

Esta encuesta pretende conocer cómo vive el paciente el proceso de la hospitalización.

Con su información y experiencia podremos mejorar el sistema de atención en salud en Chile y específicamente en nuestra comunidad.

Preguntas:

1. Diagnóstico de base. _____

2. Lugar de procedencia: 1. Urbano 2. Rural

3. Sexo. 1. Femenino 2. Masculino

4. Edad. 1. Adolescente 3. Adulto medio

2. Adulto joven 4. Adulto Mayor

5. Integrantes en la familia.

1. Esposa 4. hermano(a)

2. Hijos(as) 5. Otros ¿Cuál?

3. Madre/padre

6. ¿Qué sensaciones o emociones sintió cuando lo hospitalizaron?

- | | | | |
|----------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| 1. Ansiedad. | <input type="checkbox"/> | 6. Intranquilidad | <input type="checkbox"/> |
| 2. Angustia. | <input type="checkbox"/> | 7. Desesperación. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Miedo. | <input type="checkbox"/> | 8. Rabia | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tristeza | <input type="checkbox"/> | 9. Otro ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> |
| 5. Impotencia. | <input type="checkbox"/> | | |

7. ¿Al momento de atenderlo en el servicio la enfermera(o) se presentó ante Ud.?

- | | | | |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 1. Si | <input type="checkbox"/> | 2. No | <input type="checkbox"/> |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|

8. Cada vez que lo atiende la enfermera(o), siente que el trato es:

- | | | | |
|-------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| 1. Cordial. | <input type="checkbox"/> | 3. Indiferente | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hostil. | <input type="checkbox"/> | 4. Otro ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> |

9. Al momento de ingresar al Servicio de Medicina ¿la enfermera(o) le explicó la rutina del servicio?

- | | | | |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 1. Si | <input type="checkbox"/> | 2. No | <input type="checkbox"/> |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|

10. ¿Recibió el tríptico con información del Servicio de Medicina?

- | | | | |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 1. Si | <input type="checkbox"/> | 2. No | <input type="checkbox"/> |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|

11. Antes de un procedimiento ¿le explican de qué se trata?

- | | | | |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 1. Si | <input type="checkbox"/> | 2. No | <input type="checkbox"/> |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|

12. ¿Cómo se siente con la atención que le ha entregado la enfermera(o)?

- | | | | |
|------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| 1. Tranquilidad. | <input type="checkbox"/> | 4. Conformidad. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Seguridad. | <input type="checkbox"/> | 5. Otro ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> |

11.2. ANEXO 2

ENCUESTA: “ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA. SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL BASE DE OSORNO, 2005”

La hospitalización para el paciente y la familia resulta ser una crisis inesperada en la vida que repercute en el ámbito biosicosocial de las personas.

El estar hospitalizado genera muchas sensaciones y malestares en el paciente y su familia. Es por esto que enfermería debe otorgar una atención integral y facilitar la búsqueda de mecanismos que logren hacer frente a estas crisis y así lograr una mejor adaptación y resolución del problema.

Esta encuesta pretende conocer como vive la familia el proceso de la hospitalización.

Con su información y experiencia podremos mejorar el sistema de atención en salud en Chile y específicamente en nuestra comunidad.

1. Tipo de parentesco.

- | | | | |
|------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1. Padre o madre | <input type="checkbox"/> | 5. Nieto(a) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Esposa | <input type="checkbox"/> | 6. Yerno o nuera | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hijo(a) | <input type="checkbox"/> | 7. otro ¿cuál? | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hermano(a) | <input type="checkbox"/> | 8. Ningún parentesco | <input type="checkbox"/> |

2. ¿Qué sensaciones o emociones sintió cuando supo que su familiar debía hospitalizarse?

- | | | | |
|----------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| 1. Ansiedad. | <input type="checkbox"/> | 6. Intranquilidad | <input type="checkbox"/> |
| 2. Angustia. | <input type="checkbox"/> | 7. Desesperación. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Miedo. | <input type="checkbox"/> | 8. Rabia | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tristeza | <input type="checkbox"/> | 9. Otro ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> |
| 5. Impotencia. | <input type="checkbox"/> | | |

3. ¿Usted se ha comunicado con el médico o la enfermero(a) para saber sobre el estado de salud de su paciente?.

1. Si 2. No

4. ¿Usted ha participado en la asistencia del paciente junto con el equipo de enfermería en la satisfacción de sus necesidades

1. Si 2. No

5. ¿Ha sentido alguna molestia física desde que su familiar se hospitalizó?

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| 1. Cefalea. | <input type="checkbox"/> | 4. Dolor lumbar. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Palpitaciones. | <input type="checkbox"/> | 5. Prurito. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Dolor de estómago. | <input type="checkbox"/> | 6. Otro ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> |

6. ¿Al momento de atenderlo en el servicio la enfermera(o) se presentó ante Ud.?

2. Si 2. No

7. Cada vez que lo atiende la enfermera(o), siente que el trato es:

- | | | | |
|-------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| 3. Cordial. | <input type="checkbox"/> | 3. Indiferente | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hostil. | <input type="checkbox"/> | 4. Otro ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> |

8. Al momento de ingresar al Servicio de Medicina ¿la enfermera(o) le explicó la rutina del servicio?

2. Si 2. No

9. ¿Recibió el tríptico con información del Servicio de Medicina?

3. Si 2. No

10. ¿Conoce el horario de consultas del equipo de enfermería?

1. Si 2. No

11. ¿La enfermera (o) le ha enseñado algunos aspectos que le facilite o permita atender al alta a su enfermo en su hogar?

1. Si 2. No

12. ¿Cómo se siente con la atención que le ha entregado la enfermera(o) a su familiar?

1. Tranquilidad. 4. Conformidad.

2. Seguridad. 5. Otro ¿Cuál?

11.3. ANEXO 3

PAUTA DE EVALUACIÓN DE REGISTROS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CRISIS NO NORMATIVA COMO LO ES EL SUCESO DE LA HOSPITALIZACIÓN AL PRESENTARSE POR PRIMERA VEZ EN EL PACIENTE Y SU FAMILIA

La siguiente pauta pretende identificar la atención de enfermería que se realiza en pacientes que viven una crisis no normativa al presentarse por primera vez el suceso de la hospitalización.

1. Existe registro de la atención de enfermería en crisis no normativa en los pacientes entrevistados.

Si No

2. Si existen registros de atención de enfermería en crisis no normativa, aparece planteado que:

- a. Se registra diagnóstico de enfermería.

Si No

- b. Se describe la planificación de la atención de enfermería.

Si No

- c. Se registra la ejecución de las actividades de enfermería.

Si No

- d. Existe evaluación de la atención de enfermería.

Si No

11.4. ANEXO 4

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: “Atención integral al paciente y su familia. Servicio de Medicina Hospital Base de Osorno, 2004”

Con el fin de mejorar la calidad de la atención en salud frente a pacientes que se hospitalizan por primera vez, se me ha solicitado participar voluntariamente en este estudio.

Entiendo por ello, que mi opinión es absolutamente confidencial y no implica ningún riesgo biosicosocial para mí, ni para los que me rodean.

Acepto además que la información que entregue sea publicada y que no recibiré ningún beneficio monetario.

Si tuviese alguna duda, consulta podré dirigirme al Sr. Ronald Trujillo I., egresado de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile. Fono: 9 4844675

Yo _____ doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio, dirección _____ comuna _____ y teléfono _____.

Firma

Firma del investigador

Fecha:

11.5. ANEXO 5

11.5.1. TABLA DE RESULTADOS

11.5.1.1. Resultados de entrevistas a pacientes.

Tabla de frecuencia del gráfico n° 1

Patologías de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Enf. del sist. cardiovascular	6	22%
Enf. del sist. digestivo	4	15%
Enf. del sist. respiratorio	3	12%
Enf. infecciosas	3	12%
Enf. cerebrovasculares	2	8%
Enf. del sist. genitourinario	1	4%
Tumores y neoplasias	1	4%
Otras patologías	6	23%

Nota: Los porcentajes corresponden al total de respondientes porque las categorías no son excluyentes.

Tabla de frecuencia del gráfico n° 2

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	18	31%
Masculino	8	69%

Tabla de frecuencia del gráfico n° 3

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Adolescente	2	8
Adulto temprano	4	15
Adulto tardío	17	65
Adulto mayor	3	12

Tabla de frecuencia del gráfico n° 4

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	13	50%
Rural	13	50%

Tabla de frecuencia del gráfico n° 5

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	17	66%
Extendida	4	15%
Vive solo	4	15%
Monoparental	1	4%

Tabla de frecuencia del gráfico n° 6

Sentimientos	Frecuencia	Porcentaje
Perdida de autonomía	14	54%
Intranquilidad	13	50%
Angustia	12	46%
Miedo	12	46%
Tristeza	11	42%
Ansiedad	10	39%
Impotencia	10	39%
Rabia	10	39%
Tranquilidad	10	39%
Seguridad	10	39%
Desesperación	8	31%
Pudor	6	23%
Preocupación	5	19%
Pérdida de intimidad	5	19%
Pérdida de autoestima	5	19%
Soledad	3	12%
Protección	1	4%
Depresión	1	4%

Nota: Los porcentajes corresponden al total de respondientes porque las categorías no son excluyentes.

Tabla de frecuencia del gráfico n° 7

Enfermeras que se identifican formalmente	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	19%
No	21	81%

Tabla de frecuencia del gráfico n° 8

Pacientes que reciben información de la rutina diaria	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	8%
No	24	92%

Tabla de frecuencia del gráfico n° 9

Pacientes que reciben trípticos	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	4%
No	25	96%

Tabla de frecuencia del gráfico n° 10

Pacientes que reciben información de los procedimientos	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	65%
No	9	35%

Tabla de frecuencia del gráfico n° 11

Percepción del trato	Frecuencia	Porcentaje
Cordial	24	92%
Indiferente	2	8%
Atento	1	4%

Nota: Los porcentajes corresponden al total de respondientes porque las categorías no son excluyentes.

Tabla de frecuencia del gráfico n° 12

Percepción de la atención	Frecuencia	Porcentaje
Conforme	26	100%
Tranquilidad	24	92%
Seguridad	24	92%

11.5.1.2. Resultados de la entrevista a familiares.

Tabla de frecuencia del gráfico n° 1

Familiar entrevistado	Frecuencia	Porcentaje
Esposo/a	9	37,5%
Hermano/a	5	21%
Padre/madre	5	21%
Hijo/a	3	12,5%
Otras	2	8%

Tabla de frecuencia del gráfico n° 2

Familiares que consultan por estado de salud	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	67%
No	8	32%

Tabla de frecuencia del gráfico n° 3

Familiares que participan en la satisfacción de las necesidades	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	13%
No	21	87%

Tabla de frecuencia del gráfico n° 4

Familiares que reciben educación	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	4%
No	23	96%

Tabla de frecuencia del gráfico n° 5

Sentimientos	Frecuencia	Porcentaje
Intranquilidad	18	75%
Tristeza	17	71%
Angustia	17	71%
Miedo	14	58%
Impotencia	13	54%
Desesperación	12	50%
Ansiedad	9	38%
Preocupación	6	25%
Rabia	5	21%
Seguridad	5	21%
Tranquilidad	3	13%

Tabla de frecuencia del gráfico n° 6

Molestias físicas	Frecuencia	Porcentaje
Cefalea	14	58%
Dolor lumbar	13	54%
Dolor de estómago	12	50%
Sensación de angustia	12	50%
Palpitación	8	33%
Ninguno	6	25%
Prurito	1	4%

Nota: Los porcentajes corresponden al total de respondientes porque las categorías no son excluyentes.

Tabla de frecuencia del gráfico n° 7

Enfermeras que se identifican formalmente	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	28%
No	19	72%

Tabla de frecuencia del gráfico n° 8

Familiares que reciben información de la rutina	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	17%
No	20	83%

Tabla de frecuencia del gráfico n° 9

Familiares que reciben tríptico	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	24	100%

Tabla de frecuencia del gráfico n° 10

Familiares que conocen el horario de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	24	100%

Tabla de frecuencia del gráfico n° 11

Percepción del trato	Frecuencia	Porcentaje
Cordial	20	83%
Indiferente	4	17%

Tabla de frecuencia del gráfico n° 12

Percepción de la atención	Frecuencia	Porcentaje
Tranquilidad	20	83%
Conformidad	20	83%
Seguridad	14	58%
Preocupación	2	8%
Inseguridad	1	4%

Nota: Los porcentajes corresponden al total de respondientes porque las categorías no son excluyentes.

11.5.1.3. Registros de enfermería.

Tabla de frecuencia del gráfico n° 1

Existen registros de enfermería.	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	26	100%