

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Precisando el concepto de apoyo emocional en el
quehacer de enfermería. Servicio de Medicina Interna**

7^a B. Hospital Daniel Alcides Carrión, 2007

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Eva Gisela Contreras Rojas

ASESOR

Rocío Cornejo Valdivia

Lima – Perú

2008

INDICE

Agradecimientos.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Resumen.....	vi
Presentación.....	viii

CAPITULO I: INTRODUCCION

1. Planteamiento Del Problema.....	1
2. Justificación.....	3
3. Formulación Del Problema.....	5
4. Objetivos.....	5
5. Propósito.....	5
6. Marco Teórico	
6.1 Antecedentes De la Investigación.....	6
6.2 Base Teórica:	
6.2.1 Apoyo emocional ante la enfermedad.....	9
6.2.2 La enfermería y la humanización de la atención a la salud.....	23
6.2.3 Aportes de Kozier.....	31
6.2.4 Aportes de Smith.....	35
6.2.5 Aportes de Peplau.....	40
6.2.6 Aportes de Watson.....	41
6.2.7 Aportes de Travelbee.....	45
7. Definición Operacional De Términos.....	48

CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO

1. Tipo, Nivel Y Método.....	49
2. Sede De Estudio.....	50
3. Población Y Muestra.....	50
4. Técnica E Instrumento De Recolección De Datos.....	51
5. Plan De Recojo, Procesamiento Y Presentación De Datos.....	51
6. Plan De Análisis E Interpretación De Datos.....	53
7. Consideraciones Éticas.....	53

CAPITULO III: ANALISIS DEL TRABAJO DE CAMPO

1. El Concepto De Apoyo Emocional Según Perspectivas De Las Enfermeras.....	54
2. Inconvenientes Para Brindar Apoyo Emocional.....	63
3. Enfermería Y El Apoyo Emocional.....	69

CAPITULO IV:

Consideraciones finales.....	73
Limitaciones.....	77
Recomendaciones.....	78

BIBLIOGRAFÍA.....	79
--------------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	81
--	-----------

ANEXOS

ANEXO A: Preguntas Norteadoras

ANEXO B: Entrevistas

PRESENTACIÓN

En la actualidad, la búsqueda de los servicios de calidad representa un desafío e incluso una prioridad estratégica para los profesionales de la salud, especialmente para el profesional de enfermería, ya que está en contacto directo con el paciente por lo que debe garantizar la calidad del cuidado que brinda. Cuidado que debe ser con sentido holístico, seguro, oportuno y sobretodo humano. Debido a que toda persona hospitalizada experimenta una serie de sentimientos.

El presente trabajo de investigación que tiene como título ***“Precisando el concepto de Apoyo Emocional en el quehacer de Enfermería. Servicio de Medicina Interna 7° B. Hospital Daniel Alcides Carrión. 2007”***, surge de la importancia que tiene en la actualidad el fortalecimiento de la practica de enfermería para el logro de la calidad del cuidado, de manera que permita conocer una de sus dimensiones más importantes, como es, la necesidad emocional, que se ve alterada durante la hospitalización, la enfermedad, la cirugía, etc. Satisfecha ésta necesidad, recién es posible hablar de una óptima calidad; que es necesaria para lograr la satisfacción del paciente. Por lo extraordinariamente sensibles que son los pacientes al trato que reciben, con frecuencia utilizan básicamente ese elemento para juzgar la calidad de la atención de enfermería, dejando de lado o en segundo plano los meritos técnico-científicos; lo que demuestra que la esfera afectivo emocional tiene una vital importancia para él y así lo debemos considerar las enfermeras que estamos a cargo de su cuidado directo.

En este contexto, el área de ésta investigación es el apoyo emocional, como cuidado propio de enfermería.

Es así que a través de la presente investigación se plantea conocer ***¿Qué entiende la enfermera por apoyo emocional, Cómo lo brinda, cuándo lo brinda?***, etc.; lo que servirá para entender la calidad de este cuidado fundamental de Enfermería, así como motivar la búsqueda de estrategias que permitan mejorar ésta acción de enfermería como es el brindar apoyo emocional, dada su gran importancia en el mejoramiento y fortalecimiento de la calidad del cuidado de enfermería que se oferta y brinda en los diversos servicios de la institución.

El trabajo ha sido estructurado de la siguiente manera:

Presentación; Capítulo I: donde se considera el planteamiento del problema, justificación, formulación, objetivos, propósito, antecedentes del estudio, base teórica y definición operacional de términos; Capítulo II: Material y Métodos, describiendo tipo y nivel de la investigación, método a usar, descripción de la sede de estudio, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, procedimiento de plan de recojo, procesamiento y presentación de datos, plan de análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas; Capítulo III: considerando el análisis e interpretación de los datos; después el Capítulo IV: con las consideraciones finales, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presenta la Bibliografía, Referencias Bibliográficas y Anexos.

RESUMEN

En la actualidad la mayor parte de la población de nuestro país vive una difícil situación de salud, influenciada por un contexto de crisis, cada vez más agudo. En este contexto la búsqueda de los servicios de calidad representa un desafío e incluso una prioridad estratégica para las profesionales de salud, especialmente para el profesional de Enfermería ya que está en contacto directo y constante con el paciente. Por lo que es importante fortalecer su práctica para lograr un cuidado de calidad. Cuidado que debe incorporar las necesidades emocionales del paciente, dado que durante la hospitalización toda persona experimenta una serie de sentimientos. Sin embargo se observa en los registros de enfermería considerar “se brinda apoyo emocional” pero no se observa en las literaturas, cómo debe realizarse dicho cuidado, ni mucho menos cómo se debe dar. Entonces ¿Cómo conceptualiza y concreta el apoyo emocional a los pacientes, el profesional de enfermería? Objetivos: Conocer y analizar qué entiende la enfermera(o) por apoyo emocional al paciente. Conocer y analizar cómo brinda la enfermera(o) apoyo emocional al paciente. Comprender la intervención de enfermería frente a la necesidad de apoyo emocional del paciente.

El presente estudio es de tipo descriptivo explicativo, con técnica cualitativa, de nivel aplicativo, y de corte transversal. Se realizó en el Servicio De Medicina Interna 7° B del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. La población de estudio estuvo conformada por las enfermeras que laboran en el Servicio en mención. Se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista semi estructurada. El instrumento a utilizar fue una guía con los ejes temáticos, que consiste en una lista de

interrogantes que fueron tratadas durante las entrevistas. Para evitar modificar los testimonios de las enfermeras se utilizó como material de apoyo una grabadora.

Entre las consideraciones finales más importantes tenemos que: Las enfermeras consideran brindar apoyo emocional cuando se comunican verbalmente con el paciente, o cuando satisfacen las necesidades primarias del mismo, aunque ello no garantice que estemos prestando apoyo emocional, mas aun si en la mayoría de los casos nuestras palabras repiten estribillos que no significan nada y es evidente que se dicen solo por cumplir. Además señalan que en ciertos pacientes con trastornos neurológicos es imposible brindarles apoyo emocional, además de señalar otros inconvenientes como su personalidad o hasta su familia cuando no las ayudan con el paciente. Es necesario precisar que no existe una receta única para actuar en caso de necesitar apoyo emocional. Este trabajo nos ha permitido aclarar que no es suficiente que la enfermera tenga la intención o haya planificado dar “apoyo emocional”, es necesario una serie de acciones dirigidas al paciente y que dependerán únicamente de este y sus necesidades.

PALABRAS CLAVES: Apoyo emocional, Enfermería.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El hombre es un ser biosicosocial, un individuo único e irremplazable, irrepetible en este mundo, parecido pero diferente a cualquier otra persona que haya existido jamás. Este hombre vive en un equilibrio dinámico consigo mismo y con su ambiente. La vida es un proceso de aspiración orientada a la búsqueda de un equilibrio estable para éste, es decir una pauta fija que lo mueve a encontrar los requerimientos necesarios para la conservación y desarrollo cuando se rompe el equilibrio. La tarea constante de éste hombre, entonces, es lograr el equilibrio ante los desajustes a los que se enfrenta.

Las necesidades humanas, por una parte ponen al hombre en estado de alerta, haciéndolo activo. Es así que la necesidad es algo más que “un estado interno de insatisfacción, inquietud, tensión, desequilibrio”, sino más bien una energía corporal que es movilizada y dirigida selectivamente hacia partes del ambiente. Las necesidades humanas se manifiestan a través de conductas, las cuales son la expresión de dichas necesidades.

El psicólogo estadounidense Abraham Maslow en 1970 clasificó las necesidades humanas en 5 categorías jerarquizadas: necesidades fisiológicas, de seguridad y protección, de amor y pertenencia, de autoestima y de autorrealización. En 1985 Hamasherck en base a la clasificación de Maslow dividió las necesidades emocionales en necesidades de aceptación, suficiencia y afecto.

Así todos los humanos tienen necesidades emocionales básicas. Una necesidad emocional satisfecha proporciona sentimientos de felicidad y plenitud extremas. Estas necesidades pueden ser expresadas como sentimientos, por ejemplo la necesidad de sentirse aceptado, respetado e importante. Mientras todos los humanos comparten estas necesidades, cada uno difiere en la intensidad de la necesidad.

En este contexto la profesión de enfermería, que es arte y ciencia, un cuidado que debe identificar y tratar las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud. Entre las funciones a su cargo están la de consejera y cuidadora. *Cuidadora*, porque debe prestar el apoyo adecuado, atendiendo con actitudes y comportamientos que demuestren lo que le preocupa el bienestar y aceptando como persona al paciente. Y *Consejera*, porque ayuda al cliente a reconocer y tratar los problemas de estrés psicológico o social, a mejorar la relación entre las personas y a fomentar el desarrollo individual. En este proceso es muy importante prestar *APOYO EMOCIONAL*. La enfermera trata de ayudar a las personas para que adopten nuevas actitudes, sentimientos y comportamientos. (KOZIER 1998).

Durante las prácticas pre profesionales realizadas en diversos hospitales de Lima Metropolitana, se evidenció este argot de “brindar apoyo emocional” como acción de enfermería. En muchas literaturas ya se mencionan como una acción propia de enfermería. Incluso en los Registros de Enfermería ya se observa como una actividad realizada. Sin embargo no hay una precisión total sobre lo que significa apoyo emocional, y cómo debe darse. Puesto que no hay una previsión amplia en la literatura sobre este punto.

En tal contexto, las enfermeras no cuentan con unidad de criterio para realizar esta acción; ya que tal término no está claro, y mucho menos, bien definido. Por lo que cada enfermera podría estar entendiéndolo de acuerdo a su punto de vista. Y entonces lo estarían brindando de acuerdo a su mero criterio. Muchas veces con el riesgo de que éste sea inefectivo. Es así que me planteo algunas interrogantes al respecto: ¿Qué entiende la enfermera por apoyo emocional?, ¿Cómo brinda la enfermera el apoyo emocional?, ¿En qué situaciones considera necesario brindar apoyo emocional?, ¿Qué inconvenientes encuentra para brindar apoyo emocional? Y ¿Cómo se asegura que su apoyo emocional ha sido efectivo?

2. JUSTIFICACIÓN

La persona durante el proceso de hospitalización atraviesa una crisis situacional, dado que la enfermedad enfrenta al hombre al desvalimiento, al sufrimiento, a la vulnerabilidad y a la amenaza de muerte. La enfermedad nos recuerda la verdadera naturaleza humana y despierta en todos temores y necesidades infantiles de supervivencia. Compañía, seguridad y la presencia de un adulto confiable son

necesidades básicas del niño, que se reactivan durante la experiencia de enfermedad, en la cual su independencia y capacidad de valerse por sí mismo se encuentran temporal o definitivamente disminuidas. Este significado profundo de la enfermedad nos explica las relaciones ansiosas y demandantes que muchos pacientes establecen con los profesionales de salud y sus familiares.

Siendo concientes también que es en los servicios de salud donde más se evidencian y se ponen de manifiesto opiniones de descontento e incomodidad por la calidad de atención que brinda el equipo de salud, y sabiendo que uno de los miembros de este equipo, es el Profesional de Enfermería, entendido éste como el responsable de asistir y cuidar al paciente, familia y comunidad, para mejorar su salud, su estilo de vida y su condición humana.

Cabe acotar que es en la formación del Profesional de Enfermería donde más se enfatiza que el cuidado brindado al paciente debe caracterizarse por ser integral, por considerar a la persona humana como un ser holístico con características biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales; teniendo en cuenta así la actual corriente de Humanización que se vive, donde la enfermera se constituye como la encargada de satisfacer las necesidades emocionales que se pronuncian en la etapa de enfermedad, es así como nace el término de “apoyo emocional”, ahora tan común para nuestra profesión, que a menudo se oye e incluso se registra como acción de enfermería, además ya se menciona en las literaturas, sin embargo en las mismas no hay un soporte explícito sobre: qué es el apoyo emocional, cómo se brinda, ni cuándo. Por lo que en la práctica diaria muchas enfermeras pueden tener ideas al respecto diversas, y por lo que puede ser inefectivo este cuidado tan importante; lo que nos motiva a investigar.

Lo referido anteriormente sustenta la necesidad de investigar sobre lo que entienden las enfermeras asistenciales por apoyo emocional.

3. FORMULACION DEL PROBLEMA:

¿Cómo conceptualiza y concreta el apoyo emocional a los pacientes, el profesional de enfermería del Servicio de Medicina Interna 7° B. Hospital nacional Daniel Alcides Carrión. 2007?

4. OBJETIVOS:

- Conocer y analizar qué entiende la enfermera(o) por apoyo emocional al paciente.
- Conocer y analizar cómo brinda la enfermera(o) apoyo emocional al paciente.
- Comprender la intervención de enfermería frente a la necesidad de apoyo emocional del paciente.

5. PROPÓSITO

El desarrollo de la presente investigación permitirá proporcionar información al Departamento de Enfermería del Hospital sobre las distintas perspectivas que tienen las enfermeras al dar apoyo emocional como parte del cuidado de enfermería; poniendo en

evidencia lo que las enfermeras entienden por apoyo emocional, cómo lo están dando; lo que servirá para mejorar la calidad del cuidado en el área emocional, tan fundamental para Enfermería, así como motivar a la búsqueda de estrategias que permitan mejorar esta acción de enfermería como es el brindar apoyo emocional, dada su gran importancia en el mejoramiento y fortalecimiento de la calidad del cuidado de enfermería que se oferta y brinda en los diversos servicios de la institución.

Brindar un apoyo emocional efectivo implica mejor calidad del cuidado brindado por la Profesional de Enfermería, unificar criterios al respecto permitirá a la profesión constituirse en el modelo de cambio de las profesionales haciendo más sensible el cuidado y mas sólida ésta carrera. Aspecto que fortalecerá la imagen personal, profesional e institucional.

Además permitirá al usuario y familia lograr mayor satisfacción en el aspecto emocional.

6. MARCO TEORICO

6.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A través de la revisión bibliográfica se constataron algunas investigaciones que guardan relación con el tema en estudio, tanto en el ámbito nacional como internacional.

Fernández, M; Maldonado, I.; Rodríguez, G. y Salinas, F. (1997) en su trabajo de investigación que lleva por titulo "Manejo De Las

Necesidades Emocionales Y Espirituales De Los Pacientes Hospitalizados” que se planteo como objetivo general el identificar el manejo de las necesidades emocionales y espirituales del paciente hospitalizado por parte de la enfermera del Hospital Central De Maracay, concluye que: “.....las enfermeras ponen poca participación en la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes y que la falta de interrelación enfermera _ paciente trae como consecuencia que ella no visualice o no se percate que el paciente es un ente con emociones y manifestaciones espirituales en su desarrollo como ser humano.”

Otro estudio fue realizado por Gómez (1995) el cual se titula ”Acciones Asistenciales Que Realiza La Enfermera Para Prestar Apoyo Emocional A Paciente Con Patología Mamaria”, donde describe que: “.....los pacientes con cáncer de mama son en la mayoría de los casos intervenidas sin ser informadas previamente de los procesos a seguir y en consecuencia, presentaban casos de angustia severas y otros conflictos emocionales, donde lo relevante fue la poca intervención de enfermería, posiblemente asociado a poca preparación de los profesionales para desarrollar una eficaz relación de ayuda” (Pág.16).

Rodríguez y Martínez (1995) realizan una investigación en el área de enfermería titulada “Factores Asistenciales De Enfermería Que Inciden En La Satisfacción De Las Necesidades Psicosociales Del Paciente Con SIDA, Ingresado En El Servicio De Medicina Del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño En El Cuarto Trimestre Del Año 1994” cuyo resultado determinan: “.....la poca participación de enfermería en los factores asistenciales que inciden en la satisfacción de las necesidades psicosociales al paciente con SIDA, lo cual ha permitido las

recomendaciones necesarias para ayudar en la calidad de la atención que estos reciben en los servicios". (Pág.44).

Ferreira N. (1992), en su trabajo de investigación que lleva por título "Asistencia Emocional, Dificultades De Enfermería" concluyen "...que independientemente de años de practicas y de ser especialistas a las enfermeras se les hace difícil apoyar emocionalmente a pacientes con cáncer". (Pág.100).

Cardozo, I.; Pérez, M. Y Reyes, M., en su trabajo de investigación "Participación Del Profesional De Enfermería En La Satisfacción De Las Necesidades Emocionales Y Espirituales Del Enfermo Con SIDA, Hospitalizados En La Unidad Clínica De Medicina Del Hospital Central De Maracay", concluyen que: "de acuerdo a la afirmación de los profesionales de enfermería de que satisfacen las necesidades emocionales de los pacientes con sida hospitalizados....., existe una total discrepancia con lo que señalaron los pacientes, ya que los mismos manifestaron que no obtenían una respuesta positiva cuando se trataba de obtener la satisfacción de las necesidades emocionales que estos únicamente se limitaban a cumplir con el tratamiento medico indicado, se puede inferir al desconocimiento de cómo se maneja al enfermo con sida ocasionado por el temor hacia la enfermedad". Además de "un alto índice, 60% de los profesionales de enfermería que atienden a los enfermos con sida, no identifican, jerarquizan, planifican, ni mucho menos ejecutan acciones de enfermería que permitan satisfacer las necesidades emocionales y espirituales de estos pacientes, lo que ocasiona que no se cumpla eficaz y cabalmente, como lo exige el, proceso de atención de enfermería, todos aquellos cuidados que inciden en el bienestar biopsicosocial de los pacientes afectados con esta enfermedad".

De lo expuesto, se puede inferir que las enfermeras ya sea con pacientes con patologías terminales o no, tienen poca participación en la satisfacción de sus necesidades emocionales, no logran una adecuada interrelación enfermera paciente, les es difícil poder satisfacer las necesidades emocionales de los pacientes, algunas veces ni siquiera visualizan esta necesidad, probablemente por poca preparación, esto al margen de los años de servicio o especialidad del enfermero.

6.2 BASE TEORICA

6.2.1 EL APOYO EMOCIONAL ANTE LA ENFERMEDAD

La práctica médica de los últimos años se ha tornado cada vez más sofisticada, más tecnificada y más especializada en órganos y funciones; ha estado más centrada en la enfermedad como una entidad patológica independiente del enfermo, lo que la constituye un reto y por lo tanto la despersonaliza y la deshumaniza. El enfermo, la persona, ha perdido su unidad como ser humano.

No hay formulas claras y sencillas para dar apoyo psicológico ante la enfermedad; este es básicamente un problema de motivación, de actitud y de capacitación. Del deseo auténtico de ayudar y respetar y de una actitud abierta a comprender al enfermo como persona viviendo un proceso que trasciende lo orgánico; un proceso vital que afecta sus emociones, sus relaciones, sus actividades y aun sus posiciones existenciales y espirituales. Una actitud abierta a reconocer que la relación del medico o del equipo de salud con el paciente, no es

una relación neutra ni objetiva, sino una relación interpersonal profunda, que como toda relación interpersonal, involucra aspectos de personalidad de ambos sujetos y que moviliza sentimientos mas o menos conscientes de ambas partes. El profesional de la salud debe saber qué significa la enfermedad para la persona, cuáles son las reacciones, dificultades, sentimientos y necesidades normales que la enfermedad le genera; qué se espera de ellos y cómo pueden responder para poder establecer una verdadera relación terapéutica.

De lo contrario, se establecen relaciones automáticas, impersonales que pueden resultar iatrogénicas, incrementando las dificultades del paciente.

EL SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD

La vivencia de la enfermedad es una experiencia íntimamente personal que está modulada por la historia de cada individuo pero también por las concepciones socioculturales de cada comunidad, lo que determinan las creencias, los mitos, los modos socialmente aceptables de expresar los síntomas y aun el lenguaje para referirse al cuerpo y a sus funciones. Independientemente de estos condicionamientos, la enfermedad nos enfrenta al desvalimiento, al sufrimiento, a la vulnerabilidad y a la amenaza de muerte. La enfermedad nos recuerda la verdadera naturaleza humana y despierta en todos temores y necesidades infantiles de supervivencia.

El desvalimiento es la dependencia absoluta del bebé de la madre u otros adultos para poder sobrevivir. El no puede satisfacer por sí mismo ninguna de sus necesidades primarias ni puede evitar peligros o situaciones que lo amenacen. Para la supervivencia requiere

de una compañía efectiva que pueda entenderlo y responder a sus necesidades lo cual es, poco a poco, interpretado por él como amor y afecto. Compañía, seguridad y la presencia de un adulto confiable son necesidades básicas del niño, que se reactivan durante la experiencia de enfermedad, en la cual su independencia y capacidad de valerse por sí mismo se encuentran temporal o definitivamente disminuidas. Este significado profundo de la enfermedad nos explica las relaciones ansiosas y demandantes que muchos pacientes establecen con los profesionales de salud (sus cuidadores) y sus familiares.

LA RESPUESTA A LA ENFERMEDAD

Cada persona enferma responde de una forma particular a su experiencia de enfermedad desarrollando una relación dinámica paciente-enfermedad que depende de factores personales y factores externos, entre los cuales podemos destacar:

La Personalidad Del Paciente

Los rasgos de personalidad del paciente determinan en términos generales el tipo y la calidad de relaciones que establecen con los demás, incluyendo al personal de salud; los mecanismos de defensa que emplea, los recursos con que cuenta y sus modalidades de enfrentar las situaciones de crisis, las interpretaciones que da a los sucesos de su vida y especialmente sus actitudes básicas de lucha o claudicación ante las dificultades. Comprender esta dimensión del paciente facilita la forma de relacionarse con el, identificar el apoyo que requiere, las exigencias que se le pueden hacer y el tipo de información que se le debe de dar.

La experiencia previa con la enfermedad

El paciente desarrolla su propio significado de la enfermedad en general y de su enfermedad específica a partir del conocimiento o contactos que haya tenido con situaciones similares a la suya. Es frecuente observar temores intensos al cáncer, por ejemplo, por lo que vivieron en algún abuelo o tío que murieron presos de dolores no controlados. Otras experiencias provienen de sus propias fantasías infantiles sobre enfermedades que no fueron adecuadamente explicadas o que fueron escondidas para el niño quien solo contaba con percepciones aisladas y que les daba interpretaciones dramáticas o fantasmagóricas, con la connotación de amenazante que tiene todo tema prohibido. Una buena relación terapéutica debe incluir el preguntar al paciente sobre este tipo de recuerdos y clarificar sus fantasías.

La connotación social de la enfermedad

Cada enfermedad tiene un significado diferente en un momento histórico y geográfico. Enfermedades ligadas con pobreza, malas condiciones nutricionales o de higiene o enfermedades de transmisión sexual entre otras, pueden generar tanto en el paciente como en su familia y el equipo de salud reacciones de rechazo y de vergüenza. El VIH genera además conflictos y temores de tipo sexual, habitación, estigmatización y reacciones de pánico. Algunas complicaciones de hipertensión, diabetes o problemas cardiovasculares producen culpabilización del paciente por hábitos de vida inadecuados, e incluso en problema músculo-esqueléticos y digestivos o por estrés, se generan suspicacias con respecto al equilibrio emocional de las personas. Hay algunas enfermedades que cuentan con status social.

Estas actitudes modulan como el paciente se siente consigo mismo y con su enfermedad.

La red de apoyo familiar y social

Modula la reacción del enfermo no solo por la connotación que le den a la enfermedad, sino también por las actitudes que tengan hacia el hecho mismo de estar enfermo. En algunas familias la enfermedad se considera una debilidad y se abandona o se crea hostilidad hacia el enfermo; en otras en cambio, se considera una oportunidad para cuidar, reparar y expresar sentimientos afectuosos.

El momento en el ciclo vital

Los niños tienen una concepción diferente de la enfermedad porque tienen una comprensión muy diferente de la muerte. Para ellos sus núcleos centrales son el temor al sufrimiento y la ansiedad de separación (temor al abandono y a ser dejados solos), ante los cuales deben ser suficientemente reasegurados y acompañados. Para el adolescente son primordiales las alteraciones en su esquema corporal y el mantener intacta su autoestima por medio de la imagen de fortaleza que den ante los demás. El adolescente requiere ser ayudado a reconocer sus sentimientos y expresarlos y el reforzar su valor personal. Para los adultos se suman preocupaciones por su capacidad de mantener su actividad y productividad, así como no perder su rol en la familia. El paciente anciano tiene una mayor confrontación con su muerte, una mayor revisión de su vida, especiales temores de ser una carga o estorbo y que por ello sea abandonado o sacado del núcleo familiar.

El efecto económico de la enfermedad en la familia

Los gastos directos (hospitalización, drogas, honorarios médicos, etc.) y los costos indirectos (permisos laborales, disminución en la productividad, etc.) pueden generar un estado emocional negativo, con incremento de la ansiedad, culpa y depresión.

Grado de amenaza de la vida o de incapacidad a largo plazo

Como ya habíamos dicho, toda enfermedad representa inconscientemente la vulnerabilidad del organismo humano y la posibilidad de muerte. De hecho, hay un daño en su cuerpo y una alteración en la percepción de si mismo. La aparición de la enfermedad también implica un rompimiento, transitorio o definitivo, con un ritmo y un modo de vida y unas relaciones rutinarias. Sin embargo, el grado en que estos aspectos afectan al individuo y a su familia, difiere de un paciente con una afección menor o controlable en consulta externa y un paciente que requiera hospitalización por una condición crítica o una complicación de una enfermedad crónica. El tipo de enfermedad, en ese sentido, determina diferentes niveles de estrés personal y familiar, diferentes ansiedades, retos, exigencias de adaptación y pérdidas secundarias. De igual manera determinará diferentes tipos de tratamiento y diferentes formas de relación con el equipo terapéutico. Esta variable también incide en el significado de la enfermedad para cada persona.

MODOS DE ENFRENTAR LA ENFERMEDAD

Para Bellak el efecto psicológico que una enfermedad puede producir en un paciente estará en función, principalmente, de la

personalidad previa de éste; describe esquemáticamente cinco grandes categorías de reacción:

Reacción Normal: implica una reacción inicial de ansiedad y temor que disminuyen para dar paso a una depresión adecuada a la enfermedad orgánica de que se trate.

Reacción de Evitación: se caracteriza por un paciente tranquilo, no preocupado que niega la enfermedad con sobre actividad, falso optimismo y desacato a las instrucciones medicas. Este estado evoluciona a una depresión con angustia y culpa.

Depresión Reactiva: una depresión intensa, prolongada, acompañada por hipocondría que se da como respuesta a una dificultad de carácter orgánico. Si bien no pasa de ciertos límites, puede requerir un apoyo farmacológico y ayuda psicoterapéutica.

Invalidez Psicológica: se da cuando una persona que conserva una capacidad de actuar en una forma autónoma o mas o menos satisfactoria, se vuelve excesivamente dependiente y demandante de los cuidados de los demás, presentando síntomas o actitudes que hacen de él un invalido.

VIVENCIAS DEL PACIENTE

No podemos abarcar las circunstancias específicas y las diferentes implicaciones psicosociales de los diversos tipos de entidades patológicas tales como enfermedades graves o agudas, crónicas, degenerativas, terminales, enfermedades que requieren hospitalización, cirugía, cuidados intensivos y otros tipos de aislamiento

o cuidados domiciliarios. En general tratamos de comprender lo que moviliza psicológicamente el hecho de estar enfermo.

Como ya habíamos expuesto, la enfermedad enfrenta al desvalimiento, a la vulnerabilidad y a la posibilidad de morir; nos reactiva sentimientos de impotencia y dependencia, especialmente en casos que requieran hospitalización y especialmente cirugía.

También nos genera temores de diferente índole como pueden ser ligados al cuerpo:

El temor al daño del cuerpo, al dolor correspondiente y a la pérdida de funcionalidad y de apariencia estética. Es comprendido y reconocido el miedo al dolor, pero es ignorado el miedo al cambio de la apariencia. Al cirujano le interesa extirpar lo que anda mal o recuperar la función; muchos pacientes son regañados por que se preocupan por la cicatriz que les quedara o los cambios en su físico sin reconocer la importancia del esquema corporal del paciente en su identidad, en su autoestima, en su sentimiento de seguridad y en el complejo establecimiento de las relaciones interpersonales.

El temor al abuso del cuerpo por parte del personal de salud es de central importancia. Se basa en la necesidad de mantener su integridad y en los sentimientos de pudor y vergüenza. El cuerpo no puede ser tocado sin consentimiento y sin explicación, ni puede ser exhibido ni violentado. Una auscultación o una simple inyección pueden significar un acto de violencia para el paciente, si no se maneja con respeto y con su consentimiento.

Otro tipo de temores frecuentes esta ligado a la *autonomía*:

El paciente teme ser ignorado o no consultado; sometido a tratamientos en contra de su voluntad, sometido al poder que ejerce el medico en la relación. El medico, la enfermera, decide y manda amparándose muchas veces en que es él o ella, quien sabe del problema y que el paciente no tiene conocimientos “para entender”. El paciente con frecuencia se somete dócilmente por temor a oponerse a la autoridad o autoritarismo del médico. Teme ser regañado, rechazado y perder su cuidado con lo que se reactiva la ansiedad central del desvalimiento.

Otra forma de lesionar la autonomía del paciente, es no permitirle preguntar tanto a él como a su familia, lo que necesitan. Quizás se deba a la falta de tiempo, ya que quince minutos, solo alcanzan para preguntar sobre los síntomas. Pero en el fondo es, repito de nuevo, cuestión de actitud, ya que el médico se siente cuestionado en su rol (poder- conocimiento) por un paciente que necesita saber y comprender sobre si mismo, y lesionado en su autoestima, pues interpreta las preguntas como desconfianza en él.

Se generan también temores al *abandono* no solo del medico, sino también de la familia especialmente en enfermedades crónicas y degenerativas, pensando que se puedan cansar de él y rechazarlo, o que por las cargas adicionales creadas a la familia y el no mejorar y volver a su desempeño habitual, puedan presentarse reacciones hostiles hacia él, lo cual se da con alguna frecuencia.

Se presentan temores hacia el futuro, hacia las pérdidas que la enfermedad podría traer, como el empleo, la estabilidad económica, los planes e ilusiones, muchas fuentes de gratificación.

Cuando el paciente empieza a vislumbrar por si mismo o por comentarios del médico que puede estar ante una enfermedad complicada, se activan todos los temores y reacciona con un monto de *ansiedad* inmanejable del cual se defiende con un *bloqueo emocional* y una *negación* mas o menos intensa, según lo amenazante que le resulte su enfermedad, de acuerdo a las variables ya descritas. El paciente *no cree*. No cree y evade la situación y se va sin hacer mayor caso al medico quien se siente no tomado en serio.

Cuando el paciente va haciendo contacto con su realidad, reacciona con rabia por el fracaso de su cuerpo; con rabia por el dolor y sufrimiento, por sus miedos y sus perdidas reales o anticipadas. Siente rabia con quien le ha fallado y no le ha dado alivio, como Dios o el cuerpo medico; porque el alivio que le ofrecen implica dolor, disciplina y depravaciones, no es inmediato y requiere de espera y paciencia.

También surge la culpa por fallas en el auto cuidado y culpas por acciones concretas que están relacionadas científicamente o en las fantasías y mitos del paciente, su familia y su cultura, con esa enfermedad.

Es común a todo proceso de enfermedad la *incertidumbre* sobre la evaluación y consecuencias de la misma, sobre las diferentes opciones terapéuticas y sobre los efectos que tendrá en la vida del individuo. Esta incertidumbre inevitable si no es comprendida por el medico, puede llevarlo a engañar al paciente con falsas esperanzas o sentirse culpabilizado y atacado, lesionando la relación terapéutica.

Incertidumbre, culpa y rabia son reacciones recurrentes en las enfermedades crónicas y degenerativas que mantiene tanto al paciente

como al médico y a la familia en un juego agotador entre esperanza e ilusión, entre fracaso y desengaño, que revierten en culpa para el paciente y en rabia y desconfianza hacia el médico, porque parte de las presunciones inconcientes del significado de la enfermedad son que paciente y médico son incompetentes en su lucha contra la misma: el primero porque no lucha lo suficiente y el segundo porque no sabe o lo suficiente.

NECESIDADES DEL PACIENTE

Ante todos los procesos psicológicos que se presentan en el paciente podemos intentar una revisión, que siempre será incompleta, de las múltiples necesidades de este.

Quizás la necesidad fundamental de cualquier paciente, y que abarca todas las demás, es la de ser *reconocido como un ser humano*, único y especial; con su propia historia, sus propias circunstancias y su propia vivencia de enfermedad. Pero además es un ser humano y más humano porque está sufriendo, porque se siente vulnerable y amenazado en su integridad y su existencia y necesita más del cuidado y protección de los demás, especialmente del equipo de salud que representa o juega el papel de esos padres cuidadores que permitieron la supervivencia del niño. Entonces el paciente *necesita establecer una relación humana confiable*, con personas dispuestas a comprenderlo y a responder sus necesidades.

En esta relación el paciente necesita ser reconocido como una persona con un nombre, una familia, y una historia, y no como órgano lesionado; una persona a quien le alivia enormemente que le digan: "Don Jorge ¿ya vino a verlo su esposa?". Necesita alguien que le diga

y le explique lo que le sucede y lo que van hacer, pero que explore cuales son las percepciones, erróneas o no, que él tiene de su enfermedad, sus causas, el tratamiento, etc. Y le pueda dar respuesta a sus temores y aprehensiones y escuchar sus dudas e inquietudes y así ganar su confianza y obtener su colaboración en el tratamiento.

El paciente *necesita que le crean su dolor*, sus molestias, su sufrimiento: eso es real. No desvalorizarlo con un “eso es para llamar la atención” y si eso es así, hay que explorar en que parte del sufrimiento esta siendo desatendido: ¿tiene miedo?, ¿se siente solo?, ¿abandonado?, ¿incomprendido? Produce rabia y agotamiento el no ser creído, especialmente en el caso de enfermedades crónicas.

El paciente necesita sentir atención, interés y cuidados; que le escuchen que le dediquen un poco de tiempo, que le den algo para su enfermedad, que estén haciendo algo por él.

La presencia no solo es el cuidado e interés, sino también el afecto y compañía que tanto necesita el ser humano, especialmente bebés y enfermos para mejorar esa sensación de desvalimiento. Recordemos que el desvalimiento esta ligado a la soledad y produce temores de muerte, por eso el paciente requiere la presencia de otros seres humanos. Un paciente asustado o amenazado es un paciente “necio y molesto” que pide compañía y llama toda la noche a la enfermera. La tardanza del personal medico en atender a un paciente, genera niveles muy elevados de ansiedad y/o agresividad.

Sobra resaltar la importancia que tiene el revisar la práctica institucional de la restricción de visitas. Un paciente acompañado es un

paciente más manejable y menos demandante para el personal hospitalario.

El paciente necesita controlar su vida y su enfermedad; ser consultado, pedirle su opinión, permitirle tomar sus decisiones y ser informado especialmente cuando él pregunta. Es corriente el cuadro en que la enfermera toma la tensión arterial y anota silenciosamente. A la pregunta “¿Cuánto tengo?” responde molesta “esta normal o todo esta bien”. El mensaje es: *Su salud, su vida no son asunto suyo; son asunto nuestro.*

Una de las necesidades más ignoradas de los enfermos es la de *expresar sus sentimientos*. Los profesionales de la salud no han sido formados ni intelectual ni profesionalmente para recibir y aceptar los sentimientos del paciente, especialmente la rabia, la tristeza o la angustia que se expresan por el llanto. La rabia es reprimida con agresión, regaños y autoridad; el llanto es negado con mensajes culpabilizadores: “no llore, todo va a salir bien”, “mire que llorar le hace daño”, “tiene que tener valor”. Debemos informarnos mas sobre el valor que el llorar tiene en la salud mental, como un medio de descarga de tensiones que pueden mejorar su estado anímico. Gracias a el obtenemos tempranamente la presencia aseguradora y protectora de los padres y el adulto enfermo también necesita que lo reaseguren, lo abracen y lo hagan sentir protegido.

El mundo emocional del paciente es un mundo complejo y aun muy ignorado en la práctica médica. La enfermedad no es una entidad objetiva y aislable, sino que se presenta en un contexto humano que tiene sus implicaciones tanto en el paciente como en el medico y en quienes lo rodean. Lo que el medico hace esta basado en sus

conocimientos y capacidades pero, cómo lo hace, depende de su actitud, de su personalidad y del paciente.

Por esto consideramos que para el médico y el personal de salud puedan establecer una relación terapéutica que realmente proporcione apoyo emocional ante la enfermedad, no requiere contar con un decálogo de las acciones que debe hacer y otro de las que debe evitar, sino que debe contar con *información, comprensión y empatía*.

Debe saber qué pasa en la persona del enfermo, cuáles son las reacciones normales que despierta la enfermedad y debe de comprender lo que siente el paciente como persona que sufre. Pero también debe saber qué pasa con el médico, como médico, que reacciones moviliza la personalidad; las demandas del paciente y las características de la enfermedad y también debe comprenderse a sí mismo como persona afectada en esa relación.

El poder reconocer al paciente y reconocerse a sí mismo como personas, como seres humanos con sentimientos, necesidades y actitudes, le permite identificarse con el otro; ponerse en el lugar del paciente, sintonizarse con él y así sentir lo que sería de ayuda para el enfermo. Pero para poderlo hacer, primero tendría que ponerse en contacto con su propia parte humana y preguntarse: ¿Cómo querría yo que me respondieran? ¿Cómo desearía que me trataran? ¿Qué me gustaría que hicieran conmigo?

6.2.2 LA ENFERMERA Y LA HUMANIZACION DE LA ATENCION A LA SALUD

En la vida del ser humano que sufre alteración de la salud, la enfermera ocupa un lugar muy definido y excepcionalmente importante.

El medico y otros profesionales no suelen disponer de mucho tiempo para hablar con el enfermo, ni la familia puede permanecer lo suficiente a su lado, pues generalmente sus miembros solo disponen de algunas horas al día o a la semana; en cambio la enfermera gira en torno suyo durante todo el día y la noche y de una manera mas intensa, asumiendo toda la responsabilidad por la vida que ha sido puesta en sus manos. La actitud de la enfermera debe estar, entonces matizada d tolerancia, sensibilidad, respeto y amor frente a ese ser humano; no solamente son importantes las habilidades manuales, el dominio de las técnicas y destrezas, sino se requiere además adecuada actitud y comunicación con la familia y con los otros integrantes del equipo de salud, para satisfacer las necesidades de la persona en tan delicada situación.

Así, la enfermera es uno de los profesionales de la salud con mayor responsabilidad por la calidad humana de los servicios hospitalarios y la imagen de la institución donde labora.

Los centros hospitalarios son lugares donde se concentra el dolor, la angustia y la incertidumbre; desde fuera, se los imagina generalmente como sitios hostiles, tristes y fríos; por ello, no es de extrañar que quienes ahí ingresan, agradezcan cualquier mínimo gesto que les devuelva a un mundo más amable y humano; por tal motivo

necesitan de una acción amigable como una sonrisa, una caricia en la cual sienten la demostración de que tienen alguien en quien confiar.

He aquí algunas pautas, recogidas de la experiencia día a día, para lograr que la atención que requiere la persona enferma con la calidad se dé con la calidad humana que necesita y que satisfará sus necesidades.

DESDE EL SALUDO

Saludar y presentarse a la persona que ingresa al centro hospitalario es el primer paso para establecer una buena relación de ayuda; la acogida para la persona enferma debe ser señal clara de reconocimiento como ente individual y único; la cortesía sincera y la sonrisa ofrece acercamiento, confianza y seguridad para alguien que se enfrenta a una situación nueva, llena de incertidumbre, estrés, angustia y expectativa, como es la enfermedad.

La utilización de todos los sentidos en la comunicación hace que esta sea mas efectiva y respetuosa, conduce a un dialogo en el cual la persona y la familia puedan expresar con libertad y confianza sus necesidades y expectativas respecto a la enfermedad. La primera comunicación que el enfermo recibe, forma parte importante del proceso de atención y curación.

Mirar al interlocutor; establecer contacto visual con él, es el paso inicial de una efectiva relación interpersonal. El tacto es parte importante del lenguaje; siempre que sea posible se debe dar la mano al saludar; un gesto simple como este apretón de manos, un abrazo o una suave palmada en el hombro, puede calmar y tranquilizar a una

persona ansiosa; aunque dura solo segundos, humaniza los cuidados que siguen.

Escuchar a la persona contribuye a mostrar que se le acepta tal como es, con sus cualidades y defectos, respetando su individualidad.

COMUNICAR E INFORMAR

La información sencilla, clara y exacta sobre el enfermo, el actuar con precisión, rapidez, decisión y manteniendo la calma, especialmente en casos de emergencias, transmite seguridad y confianza tanto al afectado como a su familia.

Conviene mantener abierta la comunicación, aun cuando el paciente rechaza la relación; quizá el único apoyo psicosocial que necesita es una persona que se siente tranquilamente a su lado, lo escuche y acompañe. La prudencia es fundamental en los comentarios que se hacen frente a la persona con alteración de salud, puesto que pueden herirla y sin querer, hacerle daño.

Cada individuo responde de manera diferente ante la enfermedad; la respuesta depende no solo de su nivel socio-cultural, de su forma de afrontar las crisis, sino inclusive del sistema de seguridad social al cual esté afiliado.

La enfermera debe tratar de conocer y comprender esos factores, para poderle ofrece apoyo, reforzar las defensas, hacerlo sentir protegido y seguro, responder a las preguntas concretas que formule, darle la información precisa y comprensible.

Es útil animar al paciente para que exteriorice sus sentimientos y reflexiones, permitirle que exprese lo que siente: miedo, ira, culpa, ansiedad, tristeza, con el fin de disminuir la frustración causada por la pérdida de la salud.

Valorar los temores del paciente, indagándole a él y a su familia sobre la experiencia con la enfermedad, da pie para brindar el apoyo requerido, de acuerdo con las necesidades.

Uno de los aspectos más difíciles lo constituye el ayudar al paciente y su familia a mantener al menos cierto grado de control, para lo cual se debe dar la información sobre los objetivos del tratamiento y las reacciones que pueden presentarse como consecuencia de éste; cuando ellos han recibido la información y parecen comprenderla, se los debe animar y apoyar para que resuelvan sus conflictos y preocupaciones respecto a la enfermedad, sin pretender “interpretar” sus necesidades y pensamientos, pero recordando que necesitan intimidad y tiempo para expresar sus sentimientos.

ATENCIÓN AL DETALLE

Este es buen momento para recordar que se debe llamar al paciente por el nombre y no con calificativos estereotipados de presunta “ternura”, como *abuelita*, *madrecita*, *gordita*, *mi amor* y otros semejantes que, dichos completamente fuera de su verdadero contexto, son términos que en algunos casos desorientan (ha ocurrido que, ante la voz meliflua que la llama *abuelita*, surja la respuesta entre avergonzada y confundida: “perdone señorita, pero no recuerdo que usted sea mi nieta...” y siempre afectan la autoestima; en cambio, cuando se identifica a alguien por su nombre se le demuestra que es

valorado como persona, que se le individualiza y se le da la identidad que de veras le corresponde, para hacerle sentir más confianza y menos frialdad.

Lo mejor es hablar lentamente aunque sin exagerar, manteniendo un tono de voz uniforme, pero sabiendo que con éste se puede transmitir frialdad o cordialidad y es indicador del estado emocional de la persona. El lenguaje utilizado debe ser el adecuado de acuerdo al interlocutor, ni demasiado ordinario ni muy técnico para que se entienda y cumpla la función de transmitir los mensajes que se quieren dar con él.

EL ENFERMO EN ESTADO CRÍTICO

Cuando la persona cae por su enfermedad postrada en estado de inconciencia, queda su vida entera en manos de los profesionales que la cuidan. Los conocimientos científicos, los descubrimientos y avances técnicos, permiten a la Medicina de hoy salvar muchas vidas que pocos años atrás se habrían tenido por perdidas sin remedio; pero invito a la reflexión sobre la calidad de vida que espera a ese enfermo, una vez superados los periodos de hospitalización y de rehabilitación que dada su gravedad pueden prolongarse, e inclusive pueden resultar inútiles por falta de humanización en los cuidados que se le proporcionan.

La enfermera sabe lo importante que es controlar cada detalle en el cuidado del enfermo, aún cosas de apariencia tan simple como el lavado de las manos antes y después de cada procedimiento o actividad, medida que se ha mostrado altamente eficaz en la prevención de infecciones nosocomiales y “cruzadas”. Pero sobre todo,

debe estar clara la idea de que la persona inconciente no es un objeto, que en ese cuerpo de apariencia inerte sigue habitando un ser humano con sentimientos, valores y reacciones, digno de todo respeto, a quien se debe proporcionar ambiente de intimidad en el que se evite exponerlo innecesariamente a las miradas y se lo proteja con un biombo, una cortina o al menos una sabana cuando se le realice cualquier procedimiento.

Aunque las unidades de cuidado intensivo o especial UCI deben trabajar veinticuatro horas diarias sin interrupciones y están diseñadas para hacerlo, es bueno buscar los medios para disminuir en lo posible el ruido durante algunas horas, sobre todo en la noche y para ello atenuar o apagar radiorreceptores, televisores, bajar la voz al dar ordenes o sostener conversaciones; si a ello se agrega la supresión de toda luz innecesaria y la atenuación de la intensidad de las restantes, se contribuye mucho a aplacar la angustia y el estrés que inevitablemente genera el solo hecho de hallarse hospitalizado en sector tan especial como la UCI.

Igualmente tranquilizante, aunque esté inconciente, es para el enfermo el amable contacto personal, así sea tan solo el tomarlo de la mano unos momentos; el afecto generado por el contacto físico, las explicaciones en voz firme pero moderada sobre cualquier cosa que se va hacer - así parezca que no puede escuchar – añaden otro factor de tranquilidad. Pero se debe ser cuidadoso: la persona en estado crítico no necesitan que se le expresen compasión y piedad con acento compungido, sino palabras positivas dentro de igual actitud, que generen energía y estimulen el uso de los recursos internos en el proceso de curación. Frente al gran reto del daño orgánico grave, esa actitud positiva es mucho más terapéutica que una gran dosis de pena.

DEL LADO DE LOS ENFERMOS

Tal vez resulta buena definición, para la enfermera, la de aliada y defensora de la persona que requiere atención profesional en el campo de la salud. En cumplimiento de esa posición, debe ejercitar su buen juicio al analizar las medidas que se vayan a tomar, utilizar sus conocimientos para intervenir en las etapas de tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, buscar el más efectivo alivio del dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a cuanto signifique una vida digna para la persona y también dedicar el tiempo necesario para estar con el enfermo, ayudándole a alcanzar y mantener el control de su situación, permitiéndole que tome sus propias decisiones, colaborándole cuando sea necesario para cambiar el enfoque o punto de vista sobre la enfermedad que lo aqueja.

Sin embargo, el empeño por rodear a la persona enferma de seguridades, protección y cuidados, no debe traspasar los linderos de la realidad. Crear falsas expectativas respecto a la situación de salud y las posibilidades de su recuperación produce en el enfermo y su familia desconfianza, duda sobre la eficiencia y el profesionalismo del equipo científico de salud, si el resultado no es satisfactorio; pero tampoco se debe destruir la esperanza y la fe que tengan la persona enferma, sus parientes y amigos, ya que puede ser su último soporte.

Atender a la persona con una actitud de confianza y respeto hasta hacerla sentir como si fuera uno de nuestros familiares, demostrarle interés no solamente por su situación clínica sino por ella misma como persona, ayuda a establecer una relación de empatía y permite mayor acercamiento.

Es importante valorar los progresos del enfermo, ayudarlo a reconocer las capacidades y recursos con que cuenta para su recuperación. Para esto, como ya se dijo, se deben explicar los procedimientos que se le van a realizar, haciéndolo de acuerdo con las necesidades individuales de la persona, su escala de valores, su grado de comprensión y nivel socio – cultural, en busca de la aceptación y colaboración para cada etapa del tratamiento, tanto por parte del afectado como de la familia. Animar y apoyar a la persona enferma debe complementarse con cuanto permita satisfacer sus necesidades nutricionales, de movimiento y ejercicio, higiénicas, de bienestar, seguridad, aprendizaje, etc.

Pero no se debe intentar imponer al enfermo actitudes u opiniones. Recluido en su lecho, del cual hace en cierta forma su refugio privado, le importa a él ante todo la capacidad, conocimientos y habilidad de quienes lo cuidan y buscan su salud, así como la aplicación de todo eso en forma que no choque con sus atributos de persona, sabidos y entendidos si hay la educación y cultura adecuadas, pero al menos presentidos hasta por los mas analfabetas. La mejor actitud de la enfermera es, entonces, la que demuestra sincera preocupación por su calidad de vida actual y futura.

ANTE EL DOLOR

La enfermera debe tener especial cuidado al valorar el dolor y aplicar el analgésico ordenado. Si por alguna razón el analgésico formulado no es suficiente, debe comprenderse que es necesaria la intervención de la enfermera para que, con una argumentación científica sólida y convincente, sugiera y solicite al medico el aumento

en la frecuencia de las dosis u otros cambios en su administración e inclusive, si parece necesario, el recurso de un medicamento distinto.

Valorar objetivamente nuestras reacciones ante la persona que demanda atención de salud; separar lo que se piensa acerca de la conducta del enfermo, de lo que sabemos sobre sus sentimientos como ser humano, valorar sus necesidades y reconocer sus quejas como peticiones de ayuda, nos permiten un ejercicio mejor y también menos estresante para nosotras mismas. Lo mas realista es comprender aquellos comportamientos del paciente que no se pueden tolerar, intentar con el mejor animo cambiarlos hasta donde sea posible, pero estar dispuestos a aceptar y tolerar con temple profesional lo que no se puede cambiar.

Siempre se debe recordar, eso si, que la buena practica de enfermería incluye el sostenerle la mano a la persona enferma pero es mucho mas que eso; la enfermera es una profesional suficientemente preparada, con bases científicas, con sólida formación teórica y practica, que puede y debe asumir los retos que le impone la atención del enfermo, la familia y la comunidad, en procura de un restablecimiento de la calidad de vida y de la salud e el entorno en que se desempeña.

6.2.3 APORTES DE KOZIER

Enfermería:

La enfermería o el ejercicio de la enfermería significan la identificación y el tratamiento de las respuestas humanas a los

problemas reales o potenciales de salud y comprende la práctica y la supervisión de las funciones y servicios que directa o indirectamente, y en colaboración con un cliente o con otros profesionales de la salud que no son enfermeros, tienen como objetivo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el alivio del sufrimiento, la recuperación de la salud y el desarrollo óptimo de esta, e incluye todos los aspectos implicados en el Proceso De Atención De Enfermería.

Así, enfermería es un cuidado, es un arte, es una ciencia, es holística, es adaptable, es una profesión de ayuda, esta centrada en el cliente, se ocupa de la promoción de la salud, del mantenimiento de la salud y de la recuperación de la salud.

Funciones de la enfermera:

Cuidadora:

La prestación de estos cuidados implica conocimientos y sensibilidad sobre los asuntos que más importan a los clientes. Su objetivo principal es coincidir en la interpretación de lo que es importante y prestar el apoyo adecuado. Atienden apoyándole con actitudes y comportamientos que demuestran lo que les preocupa su bienestar y aceptándole como persona.

Consejera:

Ayuda a un cliente a reconocer y tratar los problemas de estrés psicológico o social, a mejorar la relación entre las personas y a fomentar el desarrollo individual. En este proceso, es muy importante prestar apoyo emocional, intelectual y psicológico. La enfermera trata de ayudar a las personas para que adopten nuevas actitudes,

sentimientos y comportamientos, sin ocuparse de fomentar el desarrollo intelectual.

Comunicadora / Colaboradora

Las enfermeras transmiten a otros profesionales sanitarios las intervenciones planificadas y que se han puesto en práctica en cada cliente. Las actividades programadas se anotan en el plan de cuidados del cliente. Una vez que se han llevado a cabo, la enfermera las registra en la historia del paciente, anotando los hallazgos, las técnicas realizadas y las respuestas del cliente. Además, las enfermeras transmiten verbalmente los datos pertinentes en los informes que se dan en cada cambio de turno.

Educadora

El proceso de la enseñanza consta de cuatro elementos: enjuiciar / valorar, planificar, llevar a la práctica y evaluar, los cuales pueden considerarse paralelos a los que forman parte del proceso de enfermería. Hay muchos factores que han aumentado la necesidad de que las enfermeras realicen la educación sanitaria. Hoy en día, se insiste cada vez más en la promoción y el mantenimiento de la salud, más que en el tratamiento solamente; como consecuencia, las personas desean y solicitan más información. Las estancias abreviadas en los hospitales significan que los pacientes deben estar preparados para ocuparse de la convalecencia en su propia casa.

Defensora del cliente

La defensa social implica actuaciones en nombre de una población o una comunidad para efectuar un cambio positivo. Las enfermeras comprometidas en esta forma de defensa pueden fomentar

entornos saludables a través de acciones políticas, educación comunitaria y alistamiento en organizaciones profesionales.

Agente de cambio

Un elemento esencial de la atención de enfermería es fomentar los cambios. Utilizando este proceso, la enfermera ayuda al paciente a proponer, poner en práctica y mantener esos cambios (p. Ej., conocimientos teóricos y prácticos, sentimientos y actitudes) que favorecen la salud del paciente.

Líder

El liderazgo sirve para dar valor al ejercicio de la enfermería y ayuda al desarrollo profesional. La finalidad del liderazgo varía según su nivel de aplicación e incluye: a) mejorar el estado de salud y las posibilidades de los individuos o las familias, b) aumentar la eficacia y el grado de satisfacción entre los profesionales de la salud, y c) mejorar las actitudes de los ciudadanos y los legisladores hacia las expectativas de la profesión de enfermería.

Directora

La enfermera dirige los cuidados de los individuos, grupos, familias y comunidades. La enfermera-directora delega algunas actividades en sus subordinados y supervisa y evalúa su rendimiento. Además, la enfermera utiliza principios de gestión y liderazgo cuando se erige como gestora de casos. La gestión de casos lleva consigo coordinación entre disciplinas y con el personal auxiliar para prestar cuidados al cliente en el contexto más adecuado y con la mejor relación coste/ eficacia.

Investigadora

La enfermería tiene que desarrollarse como una práctica basada en la investigación, es razonable esperar que la enfermera, en el aspecto clínico: a) tenga conciencia del proceso y lenguaje de la investigación, b) sea sensible a los temas relacionados con la protección de los derechos de las personas, c) participe identificando problemas que requieren ser investigados y d) utilice con sentido crítico los hallazgos de la investigación.

6.2.4 APORTES DE SMITH

★ En muchos casos, el paciente medicoquirúrgico ha buscado cuidado a causa de alguna afección física; esta afección puede agravarse, por supuesto por la tensión emocional, o aun ser causada por ella. Sin embargo, generalmente la atención del paciente, y el punto focal de su tratamiento, se encuentra en su padecimiento físico. Teniendo presente que la atención del enfermo se concentra en su estado físico y que no se interesa primordialmente por buscar consejo personal, este hecho le ayudara a usted a establecer el tono para su relación con él.

Su capacidad para proporcionar apoyo y consejo emocional se acrecentará por el reconocimiento del punto de vista del paciente en cuanto al motivo de buscar el tratamiento.

El cuidado de los pacientes medicoquirúrgicos requiere un alto grado de capacidad para considerar tanto el cuidado físico del paciente como sus reacciones emocionales a la enfermedad y al tratamiento. Con frecuencia, podrá usted combinar estos dos aspectos

del cuidado. Realmente, la forma con que proporciona usted el cuidado físico constituye un importante aspecto de su relación con el paciente. Su tacto ¿es brusco o es delicado? Cuando le ayuda a levantarse de la cama, ¿sus movimientos expresan firmeza y apoyo, o son cautelosos y vacilantes?

Recuerde que otras personas pueden también proporcionar al paciente apoyo emocional. Generalmente, usted es una de las personas a las que el paciente puede recurrir para exponer problemas emocionales. Si se dirige a otros, principalmente, no es forzoso que reflexione usted adversamente sobre el cuidado que proporciona. Si lo interpreta así, puede obstaculizar las relaciones del paciente con otras personas en un momento en que el necesita particularmente mantener sus lazos con ellas.

★ Los procedimientos espantosos y dolorosos son comunes en las unidades medicoquirúrgicas. Aunque al principio es usted una persona extraña para el paciente, la tensión de las experiencias como las que sufre quien va a ser sometido a una intervención quirúrgica pueden conducirle a confiar en usted con mayor rapidez y más plenamente en busca de apoyo emocional que si no se enfrentara a estas experiencias.

★ Los pacientes medicoquirúrgicos por ser equilibrados, se les debe ayudar a mantener el equilibrio en circunstancias tensas, pero también animándole a expresar los sentimientos personales.

★ El cuidado de los paciente medicoquirúrgicos requiere mucho contacto físico. Muéstrese alerta hacia los ligeros movimientos de los músculos que le permitirán percibir, en vez de ver que el

paciente no desea ser tocado. Si advierte usted esta reacción, muéstrese especialmente diestra y rápida en sus administraciones.

★ Existe una enorme variedad entre los pacientes medicoquirúrgicos (variedad de edad, diagnóstico y de grado de enfermedad), es posible que la enfermera sea mejor en una determinada clase de atención que en otras. Lo más importante es que la enfermera sepa en cual situación se siente más a sus anchas. Cuanto más objetivamente se de cuenta la enfermera de sus propias necesidades, tanto mejor atención estará en condiciones de prodigar a sus pacientes. La manera de comportarse la enfermera con los pacientes dependerá en gran parte de los objetivos que se proponga en la enfermería. Así, la enfermera logrará escoger el trabajo en que sus propios objetivos y necesidades encuentran su mejor aplicación. Cuanto más flexible sea, tanto mejor servicio estará en condiciones de prestar a sus pacientes y tanta mayor satisfacción experimentará de un trabajo bien hecho.

Los siguientes puntos ayudaran a usted a repasar algunas orientaciones básicas:

★ Sea la enfermera ella misma. Los enfermos suelen ser muy sensibles, temerosos y suspicaces. Si tienen la impresión que la enfermera es franca, se le confiarán más.

★ La reacción a algo tan personal como es la enfermedad no siempre es lógica y racional. El gran resultado de curarse podrá acaso perderse en el minúsculo enojo. Si el paciente tiene la sensación de que la enfermera toma interés en él y se preocupa por su mejoría y su comodidad, estará menos propenso a enojarse.

★ Aprecie la enfermera bien la situación entre ella y el paciente. No entre precipitadamente en su cuarto con demasiadas actividades a la vez, a menos que sean de vital importancia. Aprenda la enfermera a interpretar los sentimientos del paciente. Si la enfermera le expone sus propios problemas, proporcionara acaso al paciente la ocasión de interpretar mal lo que dice.

★ Aparte de proporcionar la atención técnica competente, hay dos maneras principales con las que ella puede ayudar al paciente mediante la relación que establece con el. Una de ellas consiste en ayudarle a reunir el mayor número de datos posibles acerca de su situación, de modo que pueda tomar decisiones apropiadas. La otra consiste en enseñarle nuevas destrezas con las que pueda ayudarse a si mismos ya sea a vivir o a recobrase de su enfermedad.

★ Si el paciente no hace preguntas y no comenta con la enfermera ninguno de sus sentimientos, no sea esta intrusa, pero no crea por esto, que aquel lo entiende todo, o que no ha percibido nada de lo que ocurre a su alrededor. Si parece que desea saber, explíquelo los tratamientos y dígame lo que puede esperar, de modo que pueda servirse de esta información para orientarse en nuevo medio. Pero no imponga la enfermera la conversación al respecto, al paciente que no desea tenerla.

★ Los clichés tranquilizantes tan anodinos como “no se preocupe usted” o “todo saldrá bien” significan para el paciente lo mismo que “no quiero oír hablar de sus molestias”. Dicen al paciente que la enfermera no sabe como ayudarle a examinar sus temores.

★ No es raro que los pacientes pidan consejo cuando ya saben lo que van hacer y no podrían por lo demás seguir el consejo que saben de antemano que se les va a dar. Guárdese la enfermera de caer en esta artimaña. Pregunte al paciente lo que cree que le sea posible. Anímele a hablar. Es posible que detrás de sus preguntas haya preocupaciones mas profundas.

★ No adopte nunca un aire protector y un lenguaje infantil con el paciente. El hecho de que un varón este encamado en vez de estar de pie no constituye motivo alguno para que se le pueda hablar como a un niño.

★ Sea la enfermera pródiga en materia de pequeñas atenciones. El paciente necesita tener el sentimiento de que alguien se ocupa de él. Pero nunca cohíba al paciente retardando su capacidad de hacer por si mismo todo lo que pueda.

★ Cuando un paciente este enojado, déjeselo que lo este. Pese a que el mal humor sea molesto en los demás, es preferible a menudo que el paciente se desahogue con él, en vez de tragárselo y de que le cause indigestión o algo peor. Sin embargo esto depende del paciente y de la situación. Percibir esta diferencia constituye un aspecto difícil pero importante de la enfermería.

★ Sus relaciones con los pacientes serán afectadas no solo por el concepto que tiene usted de si misma como enfermera, sino también por la imagen que se ha forjado el paciente de usted como enfermera. El paciente que recién admitido que espera que la enfermera sea delicada con él y le prodigue un buen cuidado se comportara en forma diferente del paciente que cree que la enfermera

es una criada con uniforme blanco; ambos actuaran de diferente modo que el paciente que espera que la enferma lo ignore.

6.2.5 APORTES DE HILDEGARD E. PEPLAU

Enfermería Psicodinámica.

Peplau define así la enfermería porque su modelo se refiere sobre todo a esta forma de practicarla. “La Enfermería Psicodinamica consiste en ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a los demás a identificar los problemas que sienten y aplicar los principios de las relaciones humanas a las dificultades que surgen en todos los grados de la experiencia”.

Peplau desarrolla su modelo a través de la descripción de los conceptos estructurales del proceso interpersonal, que constituyen las fases de la relación enfermera paciente. Mantiene que este es un punto básico de la enfermería Psicodinámica.

Relación enfermera paciente.

Peplau describe cuatro fases en la relación enfermera paciente. Aunque independientes, estas fases se solapan cuando acaecen a lo largo de la relación.

Orientación: durante la fase de orientación, el individuo experimenta una “necesidad sentida” y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente tanto a reconocer y comprender su problema como a determinar su necesidad de ayuda.

Identificación: el paciente se identifica con las personas que le pueden ayudar (relación). La enfermera facilita la exploración de las sensaciones para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad como una experiencia que reoriente sus sentimientos y que refuerce los mecanismos positivos de la personalidad y le proporcione la satisfacción que necesita.

Explotación: durante la fase de explotación, el paciente trata de extraer el mayor partido de lo que se le ofrece a través de la relación. Se pueden alcanzar nuevos objetivos a través del esfuerzo personal, y el poder se traslada de la enfermera al paciente cuando este aplaza la gratificación de aspirar a las nuevas metas establecidas.

Resolución: esta fase se produce cuando se abandonan de forma gradual los viejos objetivos y se adoptan otros nuevos. En este proceso, el paciente se libera de la identificación con la enfermera.

6.2.6 APORTES DE JEAN WATSON

La discrepancia surgida en enfermería entre teoría y práctica es bien conocida. Para reducir esta dicotomía, Watson propuso una filosofía y una ciencia de la asistencia, concepto en el que cifraba la esencia del ejercicio profesional de enfermería.

La asistencia es un ideal moral, más que una conducta orientada al trabajo, e incluye los aspectos más evasivos de la motivación real de la asistencia como una relación trans personal entre la enfermera y el paciente. La meta que se persigue es preservar la dignidad humana y la humanidad en el sistema de asistencia sanitaria.

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

Watson basa su teoría del ejercicio profesional de la enfermería en los 10 factores asistenciales que se explica a continuación. Cada uno de estos factores posee un componente fenomenológico dinámico relacionado con las personas que participan en la relación, según se contempla en la enfermería. Los tres primeros son factores interdependientes que ofrecen una “base filosófica a la ciencia de la asistencia”.

1.- Formulación de un sistema de valores humano altruista. Los valores humanos y altruistas se adquieren en las primeras fases de la vida, pero pueden recibir una honda influencia de los educadores en el campo de la enfermería. Este factor puede definirse como la satisfacción que se percibe al prestar ayuda y como la ampliación del sentido de uno mismo.

2.- Inculcación de fe esperanza. Este factor, que comporta valores humanos y altruistas, facilita la promoción de una asistencia de enfermería integral y favorece la salud en la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera en el desarrollo de interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando a este a adoptar conductas que persigan la restauración de la salud.

3.- Cultivo de la sensibilidad ante uno mismo y los demás. El reconocimiento de los sentimientos conduce a una autorrealización a través de la aceptación de uno mismo, tanto en la enfermera como en el paciente. Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos, se hacen más sinceras, auténticas y sensibles ante los demás.

4.- Desarrollo de una relación de ayuda confianza. El desarrollo de una relación de ayuda confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el éxito de la asistencia transpersonal. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos e implica congruencia, empatía, afecto no posesivo y una comunicación eficaz. La congruencia supone una conducta real, honesta, genuina y auténtica. La empatía es la capacidad de experimentar y, por tanto, de comprender las percepciones y sentimientos de la otra persona y de comunicarle esta comprensión. El afecto no posesivo se demuestra mediante un tono moderado al hablar, un gesto abierto y relajado, y expresiones faciales congruentes con otras formas de comunicación.

5.- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. Compartir los sentimientos es una experiencia que comporta riesgos tanto para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada ante posibles sentimientos tanto positivos como negativos, y reconocer que la comprensión intelectual y emocional de una situación no tiene por qué coincidir.

6.- Uso sistemático del método de resolución de problemas para la toma de decisiones. Aplicar el proceso de enfermería comporta

un enfoque científico de resolución de problemas para la asistencia, lo que destruye la imagen tradicional de la enfermera como “criada del medico”. El proceso de la enfermería es semejante al de investigación en el sentido de que es sistemático y organizado.

7.- Promoción de la enseñanza aprendizaje interpersonales. Este factor es un concepto importante para la enfermería, en la medida en que se aparta de las nociones tradicionales de asistencia para la curación. Permite mantener al paciente informado y, por tanto, traslada la responsabilidad del bienestar y la salud de su persona al propio paciente. La enfermera favorece este proceso con técnicas de aprendizaje enseñanza diseñadas para permitirle alcanzar dotes de autocuidado, determinar sus necesidades personales y fomentar su desarrollo personal.

8.- Provisión de un entorno de apoyo, protección y/o corrección en el plano mental, físico, sociocultural y espiritual. Las enfermeras deben reconocer la influencia que tiene el entorno interno y externo en la salud y la enfermedad. Algunos conceptos de importancia en el entorno interno son el bienestar mental y espiritual y las convicciones socioculturales de la persona. Además de las variables epidemiológicas, entre los factores del entorno externo cabe citar la comodidad, la confidencialidad, la seguridad y un ambiente estético y limpio.

9.- Asistencia satisfactoria de las necesidades humanas. La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de si misma y el paciente. Los pacientes deben satisfacer sus necesidades de orden inferior antes de que se aborden las de superior altura. La comida, la evacuación y la

ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior, mientras que la actividad, inactividad o la sexualidad son necesidades de orden superior de carácter psicofísico. El éxito y el afecto son necesidades psicosociales de orden superior, mientras que la autorrealización es una necesidad intrapersonal interpersonal de orden también superior.

10.- Fomento de las fuerzas existenciales fenomenológicas. La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayuda a las personas a comprender el fenómeno en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que parte del análisis fenomenológico. Watson considera este factor difícil de comprender, aunque lo incluye para suministrar una experiencia que incite una reflexión que conduzca a una mejor comprensión de nosotros mismos y los demás.

6.2.7 APORTES DE JOYCE TRAVELBEE

Enfermería.

Travelbee definió la enfermería como un proceso interpersonal por el cual el profesional de enfermería ayuda a una persona, una familia o una comunidad a prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, a dar sentido a estas experiencias. La enfermería es un proceso interpersonal, ya que se trata de una experiencia que surge entre el profesional de enfermería y una persona o un grupo de personas.

Relación persona a persona.

La relación persona a persona es ante todo una experiencia o serie de experiencias que viven la enfermera y el receptor de sus cuidados. La principal característica de estas experiencias es que satisfacen las necesidades de enfermería que presentan los individuos (o las familias). En las situaciones de enfermería la relación persona a persona constituye todo el medio por el que se cumple el objetivo de la enfermería. Esta relación se establece cuando la enferma y el receptor de sus cuidados alcanzan una compenetración después de haber pasado por las fases de encuentro original, revelación de identidades, empatía y simpatía.

Encuentro original: Se caracteriza por las primeras impresiones que recibe el profesional de enfermería de la persona enferma, y viceversa. Ambos se perciben mutuamente según sus roles estereotipados.

Revelación de identidades: Se caracteriza porque el profesional de enfermería y la persona enferma empiezan a verse mutuamente como individuos únicos. A partir de ella se establece un vínculo que dará lugar a la relación.

Empatía: Se distingue por la capacidad de compartir la experiencia de la otra persona. El resultado de este proceso de empatía es la capacidad de predecir la conducta de la persona con la que se mantiene esta forma de relación. Travelbee señalaba que el proceso de empatía se potencia gracias a dos cualidades: la semejanza en las experiencias vividas y el deseo de comprender a la otra persona.

Simpatía: La simpatía va más allá de la empatía y se produce cuando el profesional de enfermería desea aliviar la causa de la enfermedad o el sufrimiento del paciente. “Cuando se simpatiza con alguien, se produce una implicación personal que no imposibilita la acción adecuada”. El profesional de enfermería puede tomar decisiones eficaces de asistencia después de haber alcanzado la fase de simpatía. “Esta acción de asistencia eficaz requiere una combinación de un método intelectual disciplinado y el uso terapéutico del yo”.

Compenetración: La compenetración se caracteriza por acciones de enfermería que mitigan el sufrimiento de una persona enferma. El profesional de enfermería y el paciente se relacionan como seres humanos y este último deposita su confianza y su fe en aquel. “Una enfermera es capaz de lograr la compenetración porque cuenta con los conocimientos y el adiestramiento necesarios para ayudar a las personas enfermas y porque es capaz de percibir, responder y apreciar la individualidad del ser humano enfermo”.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINO

CONCRETAR: Lograr que el personal de enfermería plasme en acciones específicas lo que representa en su actuar el llamado apoyo emocional.

CONCEPTUALIZAR: Establecer determinadas características o rasgos propios de un hecho o fenómeno, que le permita mantener un nivel de diferenciación con hechos similares.

APOYO EMOCIONAL: Intervención de enfermería que se concreta en acciones como:

- a. Escuchar las expresiones del paciente.
- b. Darle un mensaje de optimismo (aliento).
- c. Dar un mensaje de comprensión de su dolor, su sufrimiento y su temor.
- d. Hablarle en un tono de voz cálido que exprese afecto.
- e. Hablarle de su entorno familiar.
- f. Preguntarle que puede hacer por él, para que se sienta mejor.
- g. Tocarle a modo de soporte y apoyo real (físico)

CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

1. TIPO, NIVEL Y METODO

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo explicativo, con técnica cualitativa, de nivel aplicativo, y de corte transversal.

En el presente estudio se abordó la investigación cualitativa porque responde a la naturaleza y a los objetivos del problema, ya que su interés principal es conocer y comprender como la gente piensa y actúa, mas no intenta medir el aspecto estudiado, sino caracterizarlos y buscar la explicación según como las personas conocen e interpretan su realidad.

A su vez, es de corte transversal, ya que va a permitir conocer las reflexiones de las enfermeras sobre apoyo emocional en un tiempo y espacio determinado.

2. SEDE DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en el Servicio De Medicina Interna 7° B del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, institución de salud de tercer nivel de atención, ubicado en la Av. Guardia Chalaca N° 2176 Bella vista Callao. El servicio en mención cuenta con una capacidad máxima de hospitalización de 30 pacientes que generalmente se caracterizan por ser adultos de ambos sexos.

Dentro de las patologías que con mayor frecuencia se encuentra son enfermedades respiratorias: tuberculosis, derrame pleural, cáncer pulmonar, enfermedades gastrointestinales, VIH, Diabetes, hipertensión arterial e infecciones urinarias. La estancia de los pacientes en el servicio es casi similar en todas las patologías por la evolución de sus enfermedades permaneciendo hospitalizados en promedio de 6 a 10 días. La mayoría tiene una dependencia de grado III. La atención de enfermería es brindada las 24 horas del día, bajo la responsabilidad de 6 profesionales de enfermería, quienes se encuentran organizados de la siguiente manera: turno diurno un enfermero jefe del servicio y una enfermera asistencial y para el turno de la noche solo una enfermera asistencial quienes son apoyadas permanentemente por dos técnicos de enfermería permanentemente, siendo un total de 5 enfermeras asistenciales y 1 enfermera jefe por servicio.

3. POBLACIÓN Y MUESTRA

En la presente investigación la población de estudio estuvo conformada por las enfermeras que laboran en el Servicio de Medicina Interna 7°B Daniel Alcides Carrión, quienes se caracterizan por ser

profesionales, cuyas edades están comprendidas entre los 28 y 35 años de edad y que se encuentran laborando en el hospital en situación de contratadas en un espacio de 3 a 5 años respectivamente. Se aplico muestra por saturación.

4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Teniendo en cuenta la naturaleza cualitativa de la investigación, se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista semi estructurada, la cual fue aplicada a cada una de las enfermeras con el objetivo de intentar descubrir o captar los pensamientos, concepciones, perspectivas y percepciones, que tienen acerca de como brindar apoyo emocional. El fin de aplicar esta técnica fue el de buscar aspectos que difícilmente serian observados.

El instrumento a utilizar fue una guía con los ejes temáticos, que consiste en una lista de interrogantes q fueron tratadas o desarrolladas, durante la entrevista; para lo cual se hizo uso de una grabadora para registrar con fidelidad todas las interacciones verbales puestas de manifiesto durante la entrevista.

5. PLAN DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Para el desarrollo de la presente investigación y la obtención de los datos requeridos para el estudio, inicialmente se solicitó el permiso correspondiente a través de documentos emitidos por la Escuela y la Facultad de Medicina de la UNMSM a la Unidad De Capacitación e Investigación del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Para lograr obtener información con la mayor objetividad posible; se han seleccionado aquellos servicios donde la autora ya es conocida por practicas anteriores, de modo que no es una persona extraña a los informantes claves que en este caso son las enfermeras, ello permitirá una entrevista mas fluida y profunda en sus detalles.

El tiempo de duración del proceso de recolección de datos fue de aproximadamente 1 mes, comprendido entre el mes de enero y febrero del año 2008; los días designados para tal fin fueron alternados de acuerdo a la disponibilidad de tiempo del investigador, para lo cual se hizo como mínimo un turno completo con cada enfermera asistencial que labora en el servicio y que a su vez participó en el estudio, con su respectiva entrevista.

Por otro lado, para lograr realizar las entrevistas no estructuradas a las enfermeras se tomó en cuenta las diversas estrategias que permitieron obtener la información de la forma más completa y fidedigna posible, es así que por ejemplo se realizaron durante las tardes cuando las enfermeras se encuentren con menos trabajo; el tiempo promedio que duro cada entrevista fue de 20 a 35 minutos, para evitar modificar los testimonios de las enfermeras se utilizó como material de apoyo una grabadora y una cinta magnetofónica para grabar cada comentario que se hizo durante la entrevista; es oportuno mencionar que para poder grabar las expresiones de cada una de las enfermeras se les informó en que consistía la entrevista y cuales eran sus fines y luego se solicitó el permiso correspondiente para poder usar la grabadora.

6. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Para el análisis e interpretación de la información, primeramente se realizó la respectiva degrabación de las cintas magnetofónicas y la consecutiva transcripción de las expresiones verbales de las enfermeras. Luego se realizó la *Reducción Sistemática De Los Textos* lo que implica también la identificación de las “*Unidades De Significado*”, después de ello se continuó con el proceso de *Categorización y Codificación* de los datos, para culminar con la *Interpretación* de los mismos.

El análisis de los datos cualitativos es un proceso que involucra un continuo preguntarse, una búsqueda de respuestas y de observación activa. Es el proceso de colocar datos en conjuntos, de hacer obvio lo invisible, de reconocer lo significativo a partir de lo insignificante, de poner juntos datos aparentemente no relacionados lógicamente, de hacer caber categorías dentro de otras y de atribuir consecuencias a antecedentes.

7. CONSIDERACIONES ETICAS

Para la realización de la presente investigación, teniendo en consideración los principios bioéticos se tomó en cuenta el anonimato de las enfermeras que participaron en el estudio y su consentimiento para la entrevista y para el uso de la grabadora durante la misma; previa información acerca del estudio.

CAPITULO III

ANALISIS DEL TRABAJO DE CAMPO

1. EL CONCEPTO DE APOYO EMOCIONAL SEGÚN LA PERSPECTIVA DE LAS ENFERMERAS

“La medicina no es solo ciencia, es arte,... Es la sabiduría de aplicar una ciencia universal al universo individual de cada persona.”(1)

En este contexto, “...es la enfermera uno de los profesionales de la salud con mayor responsabilidad por la calidad humana de los servicios hospitalarios y la imagen de la institución donde labora.” (2)

Así la enfermera tiene como función, además de comunicadora, educadora, defensora del cliente, agente de cambio, líder, directora, investigadora, la de cuidadora y consejera, en lo que es muy importante prestar apoyo emocional.

Ya la enfermera es consciente de ello, es por eso, que incluye “brindar apoyo emocional” en sus registros (notas de enfermería) como

se ve actualmente en los servicios hospitalarios. Solo que incluye “brindar apoyo emocional” como una acción realizada por ella.

Cabe preguntarse ¿realmente se brinda apoyo emocional en los hospitales?, ¿todas la enfermeras brindan apoyo emocional? ¿Acaso en los hospitales, sobretodo nacionales mucha veces no hay quejas por “la mala atención”?

Observamos que en las diferentes literaturas se menciona mucho apoyo emocional como acción de enfermería, pero ¿Cuántos autores explican cómo se debe hacer? Son pocas las literaturas que desarrollan este tema.

Entonces, en este contexto ¿todas las enfermeras tendrán las mismas ideas acerca de cómo se brinda apoyo emocional, a quienes y en qué momento?

Durante las entrevistas, se puede apreciar numerosos argumentos como intentos de concretar en palabras lo que es “apoyo emocional”, como lo veremos a continuación.

¿Qué es apoyo emocional? Fue la pregunta inicial...

“Apoyo Emocional Es Comunicarse Con El Paciente”

En las entrevistas se oyeron frases como:

“Ya, apoyo emocional es... la atención diferencial... una conversación muy importante...” explicarle “...cual es el

beneficio y cual es el factor de riesgo...”, “...y escuchando lo que el paciente me quiere expresar...” (Enf. 2)

“...es el apoyo que se le brinda sobre las dudas que pueda tener un paciente... explicándole a veces los procedimientos” (Enf. 4)

“Es la interacción - enfermera paciente,...” darle “...un tiempo para que te conversen...” “...que los escuches y también que les disipes sus dudas...” (Enf. 3)

Estos testimonios revelan que las enfermeras coinciden en asociar apoyo emocional con la comunicación con el cliente, comunicación verbal, ya sea ésta para brindarles información acerca del hospital, procedimientos a realizarle u otros aspectos.

La comunicación si bien es necesaria como instrumento para poder llegar al paciente y así poder brindar después un apoyo emocional adecuado, ¿será la única manera?, ¿será indispensable acaso la comunicación para poder brindar el apoyo emocional?, o ¿será la comunicación sinónimo de apoyo emocional? al menos la comunicación verbal que es a la que se refieren las enfermeras.

En este intento de conceptualizar el apoyo emocional relacionado con la comunicación, escuchamos:

“...se le da apoyo emocional aconsejándole de que, hay que esperar, que esté tranquilo, que pronto va a salir...” (Enf. 4)

Smith nos decía: Los clichés tranquilizantes tan anodinos como “no se preocupe usted” o “todo saldrá bien” significan para el paciente lo mismo que “no quiero oír hablar de sus molestias”. En otras palabras la enfermera no sabe como ayudarle.

“Crear falsas expectativas respecto a la situación de salud y las posibilidades de su recuperación, produce en el enfermo y su familia desconfianza, duda sobre la eficiencia y el profesionalismo del equipo científico de salud, si el resultado no es satisfactorio...” (3)

De pronto con la intención de calmarlos o de creer que se puede lograr calmarlos fácilmente, se cae en el uso de palabras que probablemente suenan “huecas” para el paciente porque se dicen mecánicamente.

Pero no debemos olvidar en primer lugar que el apoyo emocional es una cuestión espiritual, una cuestión de actitud. Tal vez sea mejor que llore “...debemos informarnos más sobre el valor que el llorar tiene en la salud mental, como un medio de descarga de tensiones que puede mejorar su estado anímico...” (4)

Además sabemos que la comunicación no solo puede ser verbal, sino también existe una comunicación no verbal; sino ¿cómo nos comunicaríamos con los pacientes que por algún motivo no pueden hablar?, ya sea por trastornos neurológicos por ejemplo, ¿o acaso estos pacientes no pueden recibir apoyo emocional?

Tal vez asociar así el apoyo emocional con la comunicación verbal podría traer estas confusiones. Desde nuestro punto de vista es limitar el apoyo emocional a una mera conversación; no queremos

insinuar que la comunicación no es importante, porque por medio de ella se puede aliviar al paciente, dependiendo cual sea su necesidad, pero sobretodo a través de ella podemos detectar cuál es el problema, puede ser el puente hacia él mismo. Pero definitivamente, también podríamos aliviar a nuestro paciente y tal vez aun más, si logramos entender que brindar apoyo emocional es más que solo conversar, es una cuestión espiritual considerando a nuestro paciente como un ser integral, un ser humano igual que cualquiera de nosotros. Tal vez las enfermeras lo saben pero lo olvidan puesto que aquí los ven a todos iguales y hasta los clasifican por patología. Entonces, aun sin hacer uso de la comunicación verbal podría una enfermera estar apoyando emocionalmente a su paciente con acciones más concretas, como lo veremos más adelante.

“Apoyo Emocional Es Atender Sus Necesidades”

Otro de los conceptos vertidos fue considerar, por ejemplo que, a un paciente Terminal se le brindaría apoyo emocional, cumpliendo sus necesidades como abrigo, posición, higiene, entre otros; como lo expresa el siguiente testimonio:

“... que sienta que estaba le enfermera cuando él mas lo necesitaba,... Si necesitaba apagarle la luz, abrigarle...”
(Enf. 1)

O pensar que las necesidades básicas como el confort puedan ser apoyo emocional:

“Por supuesto, el confort tiene que ver con el apoyo emocional... quien va a poder descansar o dormir estando orinado,...” (Enf. 4)

Aparentemente debido precisamente al hecho de que las enfermeras no manejan con claridad el concepto de apoyo emocional, asocian cualquier tipo de cuidado con apoyo emocional. Un cuidado físico que no aborda necesariamente las necesidades emocionales de un paciente. ¿Acaso un paciente con todas sus necesidades de alimento, reposo, sueño, higiene satisfechas no puede estar deprimido o asustado o con alguna otra alteración emocional?

Mantener las necesidades básicas insatisfechas puede influir precisamente en sus emociones, pero de ninguna manera será sinónimo de apoyo emocional, no hay que remitirnos solamente a cubrir estas necesidades básicas únicamente, aun si éstos son pacientes con trastornos difíciles o neurológicos. Precisamente estos pacientes pueden requerir más del apoyo que otros que están en mejores condiciones.

“Apoyo Emocional es Sentir con el Paciente”

Durante las entrevistas también se escuchó el siguiente concepto:

“El apoyo emocional involucra... conocimiento de la situación del paciente,... involucra el estado anímico del paciente y de las personas que van a brindar el apoyo emocional,... tengo que ponerme en su situación del

paciente para que yo realmente brinde ese apoyo emocional, porque sé que va a llegar a él...” (Enf. 5)

Tal vez éste sea uno de los pilares fundamentales al momento de querer brindar apoyo emocional, ya que sino conocemos al paciente, no lo entenderemos no sabremos como brindar ese apoyo emocional. Aunque hacemos una aclaración, ¿es posible ponerse en la situación de otra persona aun cuando nunca he pasado por eso?, no es más real “mirar al paciente como uno mismo”. ¿No debería la enfermera como profesional que es, manejar éstos temas?

Definitivamente que sí, el apoyo emocional es “mirar al paciente como a uno mismo”, mirarlo como un ser humano, no solo como a un paciente con cierta patología, claro, hay que considerar también a este paciente como a un universo y a nosotras mismas como otro, por tanto el apoyo emocional seria la interacción de ambos universos, actuar frente a alguien que nos necesita, que está pasando por una situación que nosotras como profesionales conocemos y entendemos, como por ejemplo las crisis situacionales, la negación cuando no se quiere aceptar una enfermedad, entre otros. Y nosotras para ello debemos conocernos también y tener siempre buena disposición para “ayudar”, tal vez en esto debemos prepararnos continuamente, enriqueciendo nuestra personalidad, nuestra respuesta afectiva y nuestra capacidad de resiliencia.

Precisamente Peplau definía la enfermería sobretodo como la forma de practicarla, refiriendo “... consiste en ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a los demás a identificar los problemas que sienten y aplicar los principios de las relaciones humanas a las dificultades que surgen en todos los grados de la experiencia”. (5)

Apoyo emocional Implica desde la actitud que tomamos con el paciente. Ya sea sólo una palabra amistosa y sincera, un gesto o una mirada con respeto y admiración, aún en acciones triviales como facilitarle algún objeto necesario para él en ese momento. Implica también la empatía que podemos lograr con él, y “el ayudarlo”. Así seríamos vistas y reconocidas como profesionales humanitarias y llegaríamos fácilmente al paciente.

“Apoyo Emocional Es Incorporar A La Familia”

Al preguntar por el papel de la familia en ésta nuestra acción, escuchamos esta posición:

“...la familia no viene para verle, sino viene para colaborar con nosotros...; entonces la familia tiene que realizar algunas actividades como el masaje al paciente, cambios posturales, pero nosotros tenemos que darle la iniciativa...” (Enf. 5)

En todo momento debemos incentivar en el paciente su propio auto cuidado, hacerlo así agente de su propia salud; como hablamos de cuidado integral, también debemos incorporar aquí a su familia, mas aun cuando son pacientes que no pueden satisfacer sus necesidades primarias solos, ya sea por la edad o por alguna limitación física. Aunque hacemos una aclaración, aun cuando la familia no pueda colaborar con la enfermera en el cuidado del paciente, sigue siendo una fuente de apoyo emocional para el paciente

El poder trabajar con la familia, nos permite enseñarles, comprometerlos en el cuidado de su paciente, calmándoles la ansiedad que puedan tener y evitando lo que podría generar su ausencia en el paciente.

Por lo tanto, consideramos que parte de las acciones de apoyo emocional lo constituye la aceptación de enfermería para la participación de la familia en el cuidado del paciente. La sola presencia de su familia es un soporte emocional para el paciente.

“Apoyo Emocional Solo en Ciertos Momentos”

Dentro del concepto de apoyo emocional, es importante tomar en cuenta a quiénes va dirigido, según testimonios de las enfermeras encuestadas. Así encontramos:

“En todos los procedimientos que se solicita al paciente,...y a todos los paciente que... son abandonados por los familiares...” (Enf. 5)

“...cuando... hay preocupación o alteración de su estado psicológico... pacientes cuyo diagnostico o pronostico no es muy bueno...” (Enf. 3)

“...cuando... es un ingreso...” (Enf. 1)

“...cuando... ha recibido una noticia inesperada y toma una actitud equivocada...un diagnostico Terminal o un diagnostico difícil...” (Enf. 2)

En estos testimonios encontramos una posición interesante y preocupante a la vez, *“apoyo emocional lo requieren solo algunos pacientes”* ¿Cómo podemos obviar dar apoyo emocional a algún paciente? ¿Cómo están haciendo las enfermeras para diferenciar a quienes dar apoyo emocional y a quienes no?

Basta que esté hospitalizado un paciente, para que esté pasando por una crisis situacional; que a unos, les afecta más que a otros, no significa que no se les deba brindar este apoyo. Este soporte será diferente para cada paciente, dado que también las necesidades son diferentes, por tanto no quiere decir que unos lo requieran y otros no. La enfermera por ningún motivo debe pensar que un paciente simplemente no requiere acciones de apoyo emocional; solo debe acercarse a el, conocerlo y comprenderá como puede ayudarlo.

2. INCOVENIENTES PARA BRINDAR APOYO EMOCIONAL

Algunas veces el brindar apoyo emocional “tiene sus inconvenientes”, aseguraron las enfermeras encuestadas, lo que limita el brindar apoyo emocional. Mencionando así, diferentes motivos como los que veremos a continuación.

“No es Posible por la Personalidad del Paciente”

El tipo de paciente que acude al hospital, materia de estudio, como los pacientes con un nivel cultural bajo y con un alto componente de agresividad, dificultan el acercamiento positivo de la enfermera hacia él mismo.

“...es el trato...vienen con otro tipo de idiosincrasia,... mayormente son del Callao... te están amenazando”
(Enf.1)

Como se aprecia el personal de enfermería no enfrenta los escenarios adversos, es justamente ante este tipo de pacientes que debe actuar, a fin de encontrar la causa de su agresividad y poder llegar a él, con un cuidado integral, no solamente físico.

Aquellas personas que por su personalidad no se expresan con facilidad, permanecen calladas, su rostro no se inmuta por nada, y parece que no les afecta nada; son considerados pacientes cuya posición es un impedimento para darles apoyo emocional.

“el paciente se desconecta... sin ser un paciente... en coma, toma una actitud autista, hay pacientes aislados...”
(Enf. 2)

Los silencios en los pacientes, siempre tienen un significado o una causa, es un deber de enfermería buscar las causas y romper las barreras de comunicación que muchas veces crean los mismos pacientes, en un intento de protección o como respuesta a un trato deshumanizado.

“En algunos pacientes con VIH..., muchos de ellos a veces no quieren conversar,... son muy reservados algunos...”
(Enf. 5)

“...comprender esta dimensión (personalidad) del paciente facilita la forma de relacionarse con él, identificar el apoyo que requiere,... y el tipo de información que se le debe dar.” (6)

Y precisamente observamos que en ciertos pacientes no tan asequibles, por su personalidad “difícil”, ven las enfermeras en ellos, un inconveniente para poder acercárseles y prestarles apoyo emocional, lo que por ende dificulta que ésta se pueda relacionar con él, e identificar donde están sus necesidades emocionales. Generando así una barrera desde el punto de vista de la enfermera por su percepción de que son precisamente “difíciles”, barrera que no debería existir, pues entre otros, éstos pacientes deben ser, sin duda, los atendidos con más dedicación.

“No es Posible por el Estado de Salud Neurológica y Mental”

Con respecto al paciente con trastorno neurológico o psiquiátrico se escuchó:

“...no le vas a dar apoyo emocional...” (Enf. 1)

“...como vas a saber si necesita o no un apoyo...”, “...en esos pacientes no existe el apoyo emocional...” (Enf. 2)

“En pacientes en coma... es un inconveniente... porque a veces no encuentras la forma o porque a veces tu piensas simplemente que en su estado de inconciencia lo que tu le das no lo aprovecha o no lo entiende.” (Enf. 3)

“... en el caso de un paciente postrado, parapléjico, en estado de coma... no nos va a contestar... entonces se le brindara a la familia... (Enf. 4)

“...a un paciente psiquiátrico empezando por ahí no puedes aplicar nada, ósea tu a un paciente psiquiátrico no le vas a dar apoyo emocional, conscientemente seria imposible...” (Enf. 2)

¿Acaso los pacientes con trastorno neurológico no necesitan más del apoyo emocional de la enfermeras?, ¿acaso el hecho de que no se puedan comunicar con ellos verbalmente quiere decir que es imposible brindarles una palabra de aliento, una sonrisa frente a una mirada ansiosa o temerosa, o simplemente un “estar con él” cuando lo necesitan?

Ya se sabe que un paciente en estado de coma lo último que pierde es el sentido del oído, entonces no le quitamos el derecho de ser tratado con el respeto y calor humano que merece, no le quitamos ese derecho. Por el contrario tratémoslo como a los demás pacientes, incluyamos a su familia en su cuidado.

Los pacientes con trastorno neurológico o psiquiátrico tal vez sean los que más necesitan de nosotros, sin embargo son considerados fuera de las necesidades emocionales, o sea, se piensa

que a ellos simplemente es imposible darles apoyo emocional, entonces ¿cómo son tratados en los hospitales? La enfermera simplemente ya los considera “muertos” antes de que realmente ocurra.

Precisamente, el no saber con precisión qué es apoyo emocional, o cómo darlo, las lleva a relacionar apoyo emocional sólo con ciertas acciones, como vimos anteriormente, por ejemplo, con la comunicación verbal y al enfrentarse con situaciones “especiales” como un paciente que no les responde, las hace considerar que simplemente no se puede brindar apoyo emocional.

La enfermera olvida la esencia del apoyo emocional, como *una cuestión de actitud*, primordialmente. El ser humano merece todo nuestro respeto y trato cálido en todo momento, incluso hasta después de su muerte.

“No es Posible por el Tiempo”

“Mira el inconveniente mayor es el hecho que tu tengas 30 pacientes con diagnósticos muy diferentes... a veces no te queda tiempo para dar realmente la parte psicológica o emocional...” (Enf. 3)

“...nosotros debemos tener en cada turno 2 enfermeras, pero tenemos 1, entonces... imagínate, a la hora que haces tratamiento tienes que brindar el apoyo emocional aunque sea un par de minutos, sino no te alcanza el tiempo...” (Enf. 5)

La dificultad se centra en que no se aplican criterios de “prioridad” es decir conocer qué pacientes nos necesitan más o necesitan que les demos un tiempo adicional. Del mismo modo que se clasifica un paciente según su estado de gravedad, así también debería existir un sistema para clasificar, cuando las necesidades espirituales de un paciente son de “máxima prioridad”. Si estos se toman tan en serio como el tratamiento farmacológico (que se cumple sin pretexto alguno) seguramente la imagen que tienen los pacientes de la atención de enfermería sería mucho más favorable de lo que hoy es.

“No es Posible por la Familia”

“...yo me enfoco en el paciente, por que a veces la familia viene solo a juzgarte así como tu ves, ósea no te ayuda, no atiende al paciente,... te obstaculiza...” (Enf. 2)

“...la barrera de la familia... tu quieres apoyar al paciente pero la familia en lugar de ser algo favorable para el paciente, es desfavorable,... porque la familia lo desubico.”
(Enf. 2)

Leal Quevedo decía “Para el éxito del tratamiento, la colaboración tanto del propio enfermo como de su familia y aún de sus amigos, es crucial” (7)

¿Acaso si la familia no ayuda al paciente?, o ¿si te juzga?, ¿ya no debemos incorporarla en nuestro cuidado?, ¿no quiere decir que también la familia necesita nuestro apoyo?, ¿no está en nuestra obligación incorporarla en nuestros cuidados?, ¿acaso así como aliada

nuestra, no ganaríamos mucho? en vez de seguir viendo a la familia como un estorbo.

La familia no puede ser considerada “nunca” como un obstáculo, es mas, si se habla de “integralidad” la familia es parte del paciente. Existirán casos en los cuales la enfermera no solo planeara acciones para el paciente sino para la familia.

Es así apoyando también a la familia, haciéndola nuestra aliada cuidamos mejor al paciente; ya es bastante conocido que la falta de la familia durante la hospitalización es la fuente de mayor ansiedad en el paciente enfermo. Si queremos entonces, brindar apoyo emocional debemos partir de ahí, disminuir los factores de ansiedad y contribuir con el bienestar del paciente durante el proceso de enfermedad, hacerlo mas fácil para él, somos nosotras las que valoramos y buscamos las condiciones mas apropiadas.

3. ENFERMERIA Y EL APOYO EMOCIONAL

Al preguntar acerca de cómo ven el apoyo emocional en nuestro quehacer, obtuvimos respuestas como:

“Yo pienso que es responsabilidad de todos los que trabajan en salud, no solamente de la enfermera... no interesa quien sea, si es enfermera o es medico...” (Enf. 3)

“Apoyo emocional es de todos...” (Enf. 4)

“El apoyo emocional sí es neto de enfermería, uno se involucra el 100% porque es parte de nuestro trabajo...”
(Enf. 5)

Esperanza Castañeda refiere “En la vida del ser humano que sufre alteración de salud, la enfermera ocupa un lugar muy definido y excepcionalmente importante.” (8)

También menciona “El medico y otros profesionales no suelen disponer de mucho tiempo para hablar con el enfermo, ni la familia puede permanecer lo suficiente a su lado, pues generalmente sus miembros solo disponen de algunas horas al día o a la semana; en cambio la enfermera gira en torno suyo durante todo el día y la noche y de una manera mas intensa, asumiendo toda la responsabilidad por la vida que ha sido puesta en sus manos...” (9)

Tras un pequeño análisis de una de las enfermeras entrevistadas, expresó una debilidad de enfermería que involucraría el apoyo emocional.

“... cómo puedes evaluarlo, el problema en enfermería siempre es eso, de repente hay mucho trabajo, mucho cansancio y no hay forma de sustentar lo que tú realmente haces, porque si tu ves por ejemplo, si quieren medir producción te hacen llenar hojas de producción... entonces tú dices bueno, eso no es importante entonces, o no es parte de nuestro trabajo.” (Enf. 3)

Acaso como enfermeras no debemos brindar todos nuestros cuidados y por ello fundamentarlos bien, poder concretarlos; tal vez el

simple hecho de sólo colocar en nuestras notas de enfermería como acción “se brinda apoyo emocional” lo hace difícil de medir y evaluar, acaso no es nuestra competencia expresarlo en nuestras notas de enfermería como acciones mas concretas posibles de medir y evaluar.

Acciones concretas como facilitar la presencia y compañía de la familia, escucharlo con interés, indagar sobre sus preocupaciones y dudas, resolviéndoselas, mantener un tono cálido,

“Se brinda apoyo emocional” literalmente solo es la necesidad que se esta identificando, mas no la acción que correspondería, dependiendo esto de cada paciente ya que al apoyo al que se refiere es particular en cada persona, ya que todos son un universo diferente y sus necesidades se cubrirán de diferentes maneras.

Si bien puede ser una dificultad el tiempo y la proporción enfermera - paciente, no debe ser una excusa el no hacerlo, el no incluirlo en nuestras actividades, el problema es que para las enfermeras es difícil concretar en acciones el brindar apoyo emocional, al menos no hay un consenso, entonces dificulta el incluirlo en nuestras actividades y por ello no se le da el valor que debería tener.

“Si nuestra labor no tiene un sustrato mas firme, estaríamos dejando la humanización al subjetivismo, al capricho más o menos benevolente de nuestro libre albedrío, al vaivén de nuestras emociones”. (10)

Apoyo emocional esta íntimamente relacionado así con la *humanización de la salud*; la enfermera tiene un papel crucial para atender las necesidades emocionales que todo paciente presenta durante una hospitalización, dado que está cerca de él en todo momento. Entonces no podemos dejarlo simplemente al subjetivismo

de cada enfermera, ni pueden seguir habiendo tantas divergencias en las enfermeras acerca de lo que *debe ser* brindar apoyo emocional a un paciente. No podemos obviar aspectos tan importantes, si queremos dar apoyo emocional, como lo es la familia por ejemplo. Por ende como enfermeras debemos desarrollar muy bien estos temas y dejar que se expresen como “deben ser” en nuestra profesión.

Finalmente apoyo emocional es parte de lo que es enfermería. No olvidemos Travelbee la definía; como la “ayuda a una persona, una familia o una comunidad a prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, a dar sentido a estas experiencias”. Aquí esta implícito el apoyo emocional. (11)

CAPITULO IV


CONSIDERACIONES FINALES

- Las enfermeras consideraron el brindar apoyo emocional como satisfacer las necesidades primarias del paciente, como comunicarnos verbalmente con él, aunque esto no nos garantiza que estemos prestando apoyo emocional, mas aun si en la mayoría de los casos nuestras palabras repiten estribillos que no significan nada y es evidente que se dicen solo por cumplir.
- Las enfermeras consideraron brindar apoyo emocional solo en pacientes con diagnósticos críticos o que serán sometidos a procedimientos traumáticos. Pero hacen así una diferenciación, en la cual los demás pacientes con diagnósticos más optimistas no necesitarían de este apoyo. Sin embargo hay que recalcar que en todo paciente hospitalizado surge la necesidad emocional, dada la crisis a la que le enfrenta, tanto la enfermedad como la hospitalización.
- Las enfermeras encontraron inconvenientes que limitan el apoyo emocional, como son: la personalidad del paciente (agresivo o muy introvertido) incluso la familia, cuando no les ayuda con el

paciente. Es conveniente que las enfermeras recuerden que se debe abordar al paciente y/o familia con mucho tino, del primer acercamiento dependerá el éxito de nuestra intervención, y para ello, algunas frases que facilitarían el encuentro enfermera – paciente son:

- “¿Cómo se siente hoy?”
- “¿Qué puedo hacer por usted?”
- “¿Creo que algo le está molestando, no tema decírmelo?”
- “¿Desea que me quede unos minutos?”
- “Yo podría comunicarme con la persona que usted me diga o desee que venga”
- “¿Me parece que algo le ha incomodado?”
- “Yo deseo ayudarlo ¿Dígame qué puedo hacer?”

Claro que deben de ir acompañadas de un tono de voz cálida, mostrando una preocupación sincera y una verdadera voluntad de ayudar.

 Las enfermeras consideran que es imposible brindar apoyo emocional a los pacientes que tienen trastornos neurológicos o psiquiátricos, dado que no saben como abordarlos, ya que no pueden comunicarse verbalmente con ellos. Aquí un aspecto importante en casos como este: Lenguaje no verbal, que puede ayudar para prestar apoyo emocional:

- Tocarle el hombro, las manos en señal de afecto.
- Acomodarle las almohadas en demostración de que buscamos su bienestar.
- Escucharlo con atención, mirándole a los ojos.

- Acompañarlo unos minutos.
- Sonriendo sinceramente ante una mirada.

🇪🇸 En las enfermeras hay una divergencia con respecto a lo que significa apoyo emocional en nuestros cuidados, no todas reconocen el valor que tiene apoyo emocional en nuestra profesión. Olvidan que Enfermería debe cuidar y ayudar al paciente en todos sus aspectos biopsicosocial, por ende también es su responsabilidad hacer de su hospitalización lo menos traumática posible, identificando y atendiendo sus necesidades emocionales, dándole sentido a esa experiencia.

🇪🇸 Apoyo emocional es mirar al paciente como a uno mismo, se da desde la actitud que se tiene con el paciente. Es considerarlo un ser humano que necesita todo nuestro respeto, preocupación y toda la voluntad de ayudarlo, al margen de la patología que presente. Algunas acciones que muestran nuestro interés en prestar apoyo emocional:

- Facilitar el ingreso de la familia, aún a pesar de las normas o disposiciones hospitalarias.
- Facilitar la comunicación con el personal médico.
- Resolver sus preguntas, sus dudas sin prisa, sin molestarnos ni incomodarnos.
- Hablarle siempre con la verdad, no ocultar que sentirá dolor, que le arderá la curación...pero explicarle con suma claridad que se pondrá especial énfasis en terminar lo más pronto para que su sensación de dolor sea lo más corta posible.

Finalmente, es necesario precisar que no existe una receta única para actuar en caso de necesitar apoyo emocional. Este trabajo nos ha permitido aclarar que no es suficiente que la enfermera tenga la intención o haya planificado dar “apoyo emocional” Para que tenga éxito deberá contar con contemplar que se trata de un proceso que consiste en desarrollar:

1. Una relación terapéutica con palabras atinadas y teniendo en cuenta el contexto que rodea al paciente.
2. Un convencimiento en el paciente para que la acepte como la persona que desea ayudarlo.
3. Confianza en el paciente, que él mismo la guiará hacia aquellas acciones que para él tienen un verdadero sentido psico-emocional, dado la situación en que se encuentra.

LIMITACIONES

- ✚ La escasa literatura sobre el tema de estudio, que no facilitó manejar amplia base teórica.

RECOMENDACIONES

- ✚ Que se realicen más trabajos de investigación similares en otra población de enfermería.
- ✚ Que se desarrollen foros sobre temas como el apoyo emocional en enfermería.
- ✚ Que se apliquen focos grupales a una población similar, como instrumento adicional, para incentivar el debate entre enfermeras y confrontar las posiciones diferentes.
- ✚ Que se formen grupos donde capaciten constantemente al personal de enfermería, sobre humanización del cuidado, necesidades emocionales al paciente y apoyo emocional ante la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

HERNÁNDEZ, Sampieri y Col. “Metodología De La Investigación”. 3° ed. México Ed. Mc Graw Hill Interamericana, 2003.

KOZIER, Bárbara. “Fundamentos De Enfermería Conceptos, Proceso Y Practica”. 5° ed. Ed. Mc Graw Hill Interamericana, 1999.

LEAL QUEVEDO, Francisco y otros. “Plata rueda. Hacia una medicina más humana”. 1° ed. Ed. Medica panamericana. Bogota.1997

MARRINER TOMEY, Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha. “Modelos Y Teorías en Enfermería”. 4° ed. Ed. Harcourt Brace, 1999.

POLIT, Hungler. “La Investigación Científica En Salud”. 5° ed. Ed. Mc.Graw Hill, 1997.

SMELTZER, Suzanne. “Enfermería Medico Quirúrgica De Brunner Y Suddarth”. 8° ed. Mc Graw Hill Interamericana, 1998.

<http://www.monografias.com/trabajos28/apoyo-padres/apoyo-padres.shtml>

<http://www.bipolarweb.com/Articulos/ApoyoeFami.htm>

<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple7.html>

<http://www.monografias.com/trabajos15/enfermeria-sida/enfermeria-sida.shtml>

http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_439.htm

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1) LEAL QUEVEDO, Francisco y otros. “Plata rueda. Hacia una medicina más humana”. 1° ed. Ed. Medica panamericana. Bogota.1997. Pág. 20

(2) *Ibíd.* 1. Pág. 257

(3) SMELTZER, Suzanne. “Enfermería Medico Quirúrgica De Brunner Y Suddarth”. 8° ed. Mc Graw Hill Interamericana, 1998

(4) *Ibid.* 1 Pág. 201

(5) *Ibid.* 1. Pág. 196

(6) *Ibid.* 1. Pág. 266

(7) (8) *Ibíd.*1. Pág. 257

(9) *Ibid.* 1. Pág. 16

(10) MARRINER TOMEY, Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha. “Modelos Y Teorías en Enfermería”. 4° ed. Harcourt Brace, 1999.

(11) *Ibid.* 10.

ANEXOS

ANEXO A

PREGUNTAS NORTEADORAS

1. ¿Qué entiende Usted por apoyo emocional?
2. ¿En qué situaciones considera Usted necesario brindar apoyo emocional? Explique.
3. ¿Cómo brinda Usted apoyo emocional? Explique.
4. ¿Qué inconvenientes encuentra Usted para brindar apoyo emocional? Especifique.
5. Cuénteme Usted una situación en la que haya sentido que brindaba apoyo emocional, de manera satisfactoria.
6. Cuénteme Usted una situación en la que haya sentido que brindaba apoyo emocional, de manera insatisfactoria.
7. ¿Cómo se asegura Usted que su apoyo emocional ha sido efectivo?

ANEXOS B

ENTREVISTA N°1

1. ¿Qué entiende Ud. Por apoyo emocional?

Brindar al paciente, a parte de, manifestarle que esta en un lugar extraño pero a la vez que tiene en quien confiar, eh, que no se sienta solo y que siempre va a estar alguien a su lado que, si no esta en su casa pero esta en el hospital alguien que va a salvarle la vida no?, y a administrándole el tratamiento se va a recuperar mas pronto no?, y a la vez, con esas palabras esté, hace que el paciente se sienta en un clima más amigable, más cordial y que así se entable una relación más conciente enfermera paciente tal vez no? Para que el paciente por si mismo quiera confiar en la labor de la enfermera no?

¿Y como lo ha vivido? ¿Es fácil?

Depende de los pacientes, esté a veces, como el servicio es, mayormente vienen indigentes, personas indigentes, y vienen con otra clase social, o sea vienen ya con una experiencia, tal vez más amarga de antes, no? Me ha tocado varias veces que esté, no solamente, como el señor en la mañana, dice “no la señorita de allá se ha llevado tal vez mi jeringa”, a veces faltan jeringas, el mismo médico no pone en la receta todos los medicamentos y hay que estar detrás de ellos. Y choca, cuando ellos se van con la receta, el familiar se va con la receta abajo, y vas a ver, con la premura del tiempo no dice, sabes que, la enfermera es la que va a administrar el medicamento no?, entonces se olvidan. Ponte la ceftazidima de 2 gr. Pero a veces ponen 1gr. Por un frasquito nomás. Pero hay dice ceftazidima de 2 gr. Y de donde voy a poner el otro frasquito, “pero señorita pero otra vez”, y no se cuanto, se da motivo. Pero yo le he avisado y no se cuanto, entonces se le explica no?, entonces se le dicen sabes que habla con la señorita, otros pacientes dicen así, piensan que la señorita se va a agarrar. Hay entre ellos familias y pacientes como una pelea, como un reto entre ellos, pero a veces el familiar como el de la cama 1, el dice no, “no a mi ni me han entregado ninguna receta, yo no se nada”, después cuando he ido he sacado del SIS, he sacado sus tabletas, y le digo pero acá tiene

del SIS lo que le ha entregado ah si, ahí esta mi receta, pero hace un momento no me dice que no le han entregado receta y en esos tipo de conflicto ahí es donde hay que dar no? Por la presión que están viviendo ellos. No se uso bien, tal vez buen criterio a la hora de poner las recetas ¿no? Entonces ellas se la garrar contigo ¿no? ya pues, calmarlas y apaciguarlas y llevarlo por el lado amable como dicen jajaja...

2.- ¿En qué situaciones considera necesario brindar apoyo emocional?

Cuando el paciente por ejemplo, tiene un diagnostico Terminal; cuando el paciente está recién, es un ingreso, está desconocido el ambiente y tal vez otro paciente que ya sabe si diagnostico ¿no?, y entonces ahí, pero en la mayor parte a todos se les da apoyo emocional porque el ingreso al hospital es sumamente estable como ya lo dije ¿no? Entonces para todos es el apoyo emocional.

¿Y aquí por ejemplo, ahorita en el servicio de repente?

A todos es, a todos; claro con mayor énfasis en los terminales ¿no?

3.- ¿Cómo brinda usted el apoyo emocional? Me puede explicar

Así como estaba explicadote ¿no? Primero fraternizo, trato cordial con el paciente, me identifico con el, tal vez llamarlo por su nombre o "Señor" tal vez, depende como haces la entrada al ver, a los pacientes que ya están ingresando ya, hacerle su, explicarle, enseñarle donde, que es el ambiente todo y buscar unas palabras para que él ya se identifique contigo; no solamente la enfermera sino todo el personal de salud, el equipo de salud es el que debe brindar el apoyo emocional.

¿Y cómo le ha ido en la práctica?

Bien, altos y bajos, pero sigo llevando, felizmente que tengo paciencia.

4.- ¿Y qué inconvenientes encuentra usted cuando se trata de brindar apoyo emocional?

Mmm, el, como se llama, el trato mismo de las personas, por ejemplo, vienen con otro tipo de idiosincrasia, otro tipo de, por ejemplo, el paciente como te digo ¿no? Mayormente son del Callao, como dice el señor ¿no? Son unas morenas bravas no sé que tanto, te están amenazando, ya te están diciendo que es lo que tienes que hacer, así entonces no hables nada mas, entonces ya te pone en un conflicto a ti ¿no?, si le vas a apoyar, si les dices no, sabes que señor no, no te pones en su lugar; simplemente mantenerlo ahí, hacerle caso en lo que te dice, hablarle y mirarle a los ojos a los pacientes, nunca voltearles y darles la espalda, en forma, como dice no solamente el oral, verbalmente sino anímicamente y por medio de gestos. Hay que darles a ellos el apoyo emocional, entablar una relación con el.

5.-¿Cuénteme por ejemplo una situación o un ejemplo en el que haya usted sentido que brindaba apoyo emocional optimo o de manera satisfactoria?

Tal vez, no sé si yo solamente me hecho eso, había un paciente Terminal en la cama 1, eso fue el año pasado, un paciente con, así como tú has visto, con hematomas bastantes, en un paciente que recibía no me acuerdo si quimioterapia y el paciente estaba bien bajo de defensa, cuando el ingresaba al servicio, venia de otro servicio, entonces cuando el ingresa al servicio se le ve estable se le toma las funciones vitales y estable, pero de todas maneras ya se sabia que con el tiempo, como es paciente Terminal, iba ir decayendo ¿no', entonces conforme pasaban los turnos se le iba viendo poco a poco, como se iba resquebrajando el en su estado anímico y ya al próximo turno ya no lo veías sonriente nada, por mas que tu le hablabas, todo, ya no lo veías así, ya, poco a poco se ibas resquebrajando. Al día siguiente ya no estaba solamente con cánula binasal, sino estaba con mascara ventura, ya se agitaba, un paciente que no me acuerdo si era pancitopenia, poco a poco se le vio como fue empeorando, se fue resquebrajando totalmente y hasta que ya se le veía lloroso, ya no solamente desesperado con todo, y solamente estaban sus familiares ahí, nada mas. Y ya en ese momento ahí, ¿no?, abocarse a él, decirle todo, apoyarlo nada mas en cada momento ¿no?, como si fuera solamente un paciente nada más, en caso de él. Ya pues al día siguiente, en otro turno ya no estaba él, cuando yo entre al turno siguiente ya no estaba, en la noche se había empeorado, había bajado, había hecho una hemorragia bien fuerte, se había llenado de petequias, hematomas por todo su cuerpo y no salio, le dio paro cardiaco, por lo que me informaron ¿no?

¿Y qué vio usted en él, qué aspectos de los que usted hizo cree que él sintió más?

El hecho de que sienta que estaba cuando él más lo necesitaba ¿no?, por ejemplo, que necesitaba apagarle la luz, abrigarle, así; en esos momentos tu a veces estas por el fondo, y total en ese momento, esas pequeñas cositas ahí sí me agradeció. Y darle su medicamento ¿no?, sabes que vas a descansar en este momento, si quieres algo, que él no se sienta solo en ese momento ¿no?; estar ahí ¿no?, ya le pase su medicamento y me retiro, sino estar constantemente haciendo su guardia por ahí ¿no?, viéndole que es lo que siente, no?, como esta, valorándole poco a poco.

¿Conversaba con él?, ¿él hablaba todavía?

Sí, hablaba, después ya no.

¿Cuando ya no hablaba como hacia?

Por medio de gestos, solamente los ojos, nada mas afirmaba, si quería o no poco a poco fue apagándose. Mayormente creo, por lo que he escuchado, todos le ha tocado mas mayormente en el servicio por ese paciente.

6.-¿Y alguna situación en el que usted sienta que brindó apoyo emocional y usted misma no quedó satisfecha?

Ah, mmh, cuando hay un tipo de paciente, no me acuerdo bien mmh, algunos no. Como le digo hay determinados pacientes que lo requieren más que otros.

¿Cómo se da cuenta usted de eso?

Cuando por ejemplo, haber, cuando él siente dolor, le administras todo el medicamento, todo mecánicamente, pero mientras le estas hablando; o para darle terapia de dolor, también, necesitas otra cosa, y ahí le vas poniendo algo usando tu psicología de cómo es que va actuar, si rechaza, si toma o no toma las pastillas, ahí lo valoras a él. Por ejemplo al de la cama 17 no le vas a dar apoyo emocional (paciente con ACV solo mueve los ojos) por mas que él te trata de entender, pero al perecer como el de la cama 27 que es un paciente psiquiátrico, que esta con SNG, a él; entonces a determinados pacientes el 17 es un MEC leve, me parece que le están haciendo una interconsulta a psiquiatría, porque él no te entiende por mas que tú le hables, él tiene un

trastorno psiquiátrico me parece, es lo que están tratando de ubicar; no es el síndrome convulsivo que aparentemente tiene, sino que ha sido otro factor, por mas que tú le hables, tal vez te entienda, tal vez no, no sabemos, pero algunos si te van a entender. Claro para eso no hay teorías ¿no?

¿Para un paciente psiquiátrico me comenta usted, habría sido difícil?

Un poquito más especiales con ellos, más, necesitan mas apoyo.

7.- ¿Cómo se asegura usted que el apoyo emocional que ha dado usted sea efectivo?

Cuando en mi próxima visita me reconocen, ya no me responden con un no, con un sí, sino me responden bien, se despiden, te agradecen tu trato. Entonces he llegado con el paciente, a parte que le he hecho concienciar al menos que está en el hospital y que por su bien está acá, esté he hecho una relación empática con él, entonces he llegado, a ese tipo de apoyo me refiero, que he hecho una buena relación con el paciente. Mas que todo te reconocen, te valoran tu trabajo. Ese de la cama 13 de gastro de todos se ha despedido, ha dejado su teléfono todavía, hasta allá se fue a despedir, yo estaba en la cama 17, hasta allá se ha ido a despedir. Se ha acordado de determinada licenciadas, se acuerda, me despides de ella que no se cuanto. Así.

¿Con quien es más difícil para usted dar apoyo emocional? Usted mencionaba que los paciente s psiquiátricos ¿porqué?

Por el mismo trastorno que tienen, ¿no es cierto?, tal vez no llegues, no puedas llegar, tal vez no creo que llegues a lo que deberías llegar ¿no? Por ejemplo el año pasado estaba con otro licenciado, me toco también un paciente psiquiátrico, el paciente estaba con, me parece, intento de suicidio; ya, hay que amarrarlo, pero el paciente estaba conciente, solamente empecé amarrarlo, solamente hice esto,.. mi compañero en esos momentos creo que se presento una emergencia algo así, y esté, yo estaba solamente con los sujetadores, los mitones solamente amarrándolos nada mas, él me vio que yo estaba haciendo eso, agarro, se paró y me dio mis dos bofetadas, dos puñetes, ah uno en el estomago y otro en mi cabeza, el licenciado estaba al costado con una interna y en ese momento él no se daba todavía cuenta, cuando se volteo, el otro paciente empezó a gritar así; y yo no gritaba, me había

quedado, “¿que me pasa?”, “¿soy yo?”, “¿yo soy?”, y en eso ahí, siento que grité en ese momento, y de ahí me fue a reportar con todos, en ese momento; entonces qué, ¿yo que hice?, yo en ese momento “ni más me pongo hacer algo sola con algo, mejor con mi compañera al costado”. Y en ese momento no he llegado a él, y en la tarde cuando estaba entregando el reporte el le decía a su compañero “me voy a ir al larco herrera”, él parecía que ya venia del larco herrera de antes, entonces en esto he fallado, no he hecho una, es difícil hacerlo con él, tú no sabes cuando, en qué momento te va atacar, o en que momento por su mismo trastorno que tiene, no sabe cómo va actuar, entonces de lejitos nomás, chau y que te vaya bien en el larco herrera. Igual te estoy bromeando nomás, pero te quedas mirando nada mas tranquilo.

¿Alguna reflexión de usted con respecto de lo que le estoy preguntando?

Mmm, no.

¿En un paciente con ACV?

Pero si, tratarlo como si él en realidad te escucha nada más, administrarle medicamentos, tratarlo como un ser que te oye, porque de todas maneras te entiende, te mira, te observa, y escucha; por el hecho que no hable, o que no se exprese, pero si te escucha. Por ejemplo, el paciente de la cama 20 que ha fallecido recién, en la mañana falleció, en la mañana lo recibimos bien todo, era una neoplasia maligna, tumor me parece que era, lo recibimos estable pero ya con palidez marcada, con una astenia como una semana que no comía bien, ya, y venia de un asilo, postrado pero no tenia escaras, nada, y como a las 9 de la mañana ha sido. Cuando limpiaban hacen su confort todo, no había medicación para él, pasa la visita medica le dejan su indicación. Su tercer día de alta o cuarto día de alta creo; ya le iban a tramitar todo en el asilo para que lo lleven de una vez, y después, en eso, una chica viene del asilo, una chica que le ha estado cuidando dice, ya tiene cuatro años en el asilo cuidando y lo ha visto al abuelito 4 años y la señorita al ratito viene y me dice señorita así me lo voy a llevar a mi paciente, si esta volteando los ojos, y que le digo “como va a voltear los ojos me estas engañando”, no respira bien dice; que la ha visto a ella y comenzó hacer así en esos momentos, paro cardiaco, voy a ver y 10 y 5 de presión, a canalizar en ese momento en un ratito. Se fue, ese paciente como dicen la ha estado esperando a la señorita y le ha dado una emoción tan fuerte que en ese momento murió.

ENTREVISTA Nº 2

2. ¿Qué entiende Ud. Por apoyo emocional?

Ya, apoyo emocional es darle, es la atención diferencial que se da a un paciente no? Se le da cuando el paciente lo necesita, o sea, digamos para mi entender yo por ejemplo doy apoyo emocional cuando veo a un paciente deprimido, cuando el paciente ha recibido una noticia inesperada y toma una actitud equivocada, cuando el paciente se entera de un diagnóstico muchas veces el Terminal, un diagnóstico difícil, entonces el paciente se siente mal. Cuando el paciente bruscamente es separado de la familia no? digamos también por un problema o enfermedad no, que no estaba, digamos agudizada, no, un paciente que no se ha hospitalizado nunca que se siente temeroso, miedoso, se le da apoyo emocional punto.

Un paciente cuyo diagnóstico le va a ocasionar ciertos problemas emocionales como pensar en la muerte, no? Si el apoyo emocional se le da a toda persona que lo requiere, sea por diferente forma, sea por un problema físico, sea por un problema externo ocasionado por factores externos ya, sea por el temor y el miedo al resultado de un pronóstico clínico, por esos aspectos se da el apoyo emocional, para mi criterio.

¿Por ejemplo, aquí?...

Aquí por ejemplo se ha tenido 3 pacientes, bueno a todos necesitan, pero unos más que otros, por ejemplo tuve un paciente ahorita, yo tuve un paciente con un diagnóstico eh, una diabetes Mellitus, un paciente que hizo una fasciitis necrotizante el cual le amputaron la mano, el paciente eh para aceptar antes de la operación eh fue muy difícil, un paciente que se deprimió, sobre el cual tuvimos que tener una conversación muy importante el cual le tuvimos que conversar por diferencia cuál era el beneficio y cual era el factor de riesgo si es que él no se operaba, si es que él no se amputaba. Hasta que punto iba a llegar el problema, porque iba a llegar a tener una... generalizada y le podría ocasionar la muerte, y la otra era que no era la primera persona y que bueno... a otro paciente, el paciente de la cama 5, el paciente de la cama 7, actualmente es un paciente de un CA generalizado, el cual también se deprimió bastante, al cual también se le trata de conversar, se le trata de apoyar, de hacerle entender que ahorita está con su calidad de vida, que está vivo, que tiene las oportunidades, claro para mi.

Eso es importante, eso es importante par mi, para la forma como yo veo, cierto. Entonces.

¿Cómo brinda Ud. El apoyo emocional?

Como te digo, de forma directa, de forma acertada, de forma familiar no? Tomando la actitud de escuchar, cómo brindo, escuchando, escuchando lo que el paciente me quiere expresar, esa es la mejor forma, escuchar al paciente lo que el quiera decir, lo que él quiere sentir, lo que él quiera darnos a entender no?. Primero escuchar, lo más importante en un apoyo emocional es saber escuchar al paciente y después no, eh, brindarle nuestro , nuestra, como te diría no, apoyo emocional, brindarle nuestra amistad, brindarle nuestros conocimientos no?, hacerlo entender que no está solo, que él es importante y que es un ser valioso y que sea cual sea el resultado de lo que él tenga, nosotros siempre vamos a tratar de apoyarlo y vamos a tratar de darle la mejor forma de apoyo.

¿Ud. Me decía que había que enfocarnos en el paciente no en el familiar?

Claro, porque...

¿Por ejemplo ese apoyo emocional no iría al familiar solamente al paciente?

No. por qué tú me estas hablando del apoyo emocional, me hablas del paciente; ahora si tú me hablas del post mortem lógico la familia en su lugar; pero si tú me estas hablando del apoyo emocional es el paciente. Ahora yo te digo por que yo me enfoco en el paciente, por qué a veces la familia viene, la familia viene solo a juzgarte así como tú ves, o sea no te ayuda, no te endiente que son 30 pacientes que tú eres sola, o sea no te ayuda, no te atiende al paciente, pero entonces te obstaculiza; entonces en esa forma; ahora por ejemplo como tú harías un apoyo emocional a un familiar, siempre y cuando el familiar enfoque en el paciente y viva con el paciente su problema. Pero muchas veces el familiar sabe que el paciente está malo y que te digo, le da igual no.

¿Qué inconvenientes encuentra Ud. Cuándo va a brindar apoyo emocional a algún paciente?

Una, que el paciente no sea un paciente con... un ACV por ejemplo; una , otra que el paciente se torne agresivo ya, otra que de otra manera, que el paciente se desconecte de todo no, sin ser un

paciente digamos en coma, el paciente tomo una actitud de un autista, hay pacientes, aislados no?, que se aíslan o sea eso sí, o sea no es imposible, yo he roto, tengo la suerte de que he roto, así con mi carácter, con mi genio que tengo, he roto esa barrera; de pacientes que me han dado la espalda, que me han gritado, no, yo ahí terca, terca, terca. ¿Por qué lloras?, ¿Qué tienes? No le interesa, no le importa que es de mi vida, a Ud. Le da igual; esas son las respuestas que te dan, pero tu insistes, insistes, insistes y logras una comunicación, yo te que juro que es así.

Cuéntame por ejemplo una situación en la que Ud. Se haya sentido satisfecha

Ah ya así como te digo al paciente de la cama 5 fue un paciente en el cual yo converse, en el cual yo converse con el sobre su amputación, en el cual involucre a la familia, en el cual todos apoyaron, el cual el paciente se fue de acá, digamos no contento, quien estaba contento después de perder una mano, pero se fue aceptando su realidad, esa es la experiencia más linda que he tenido, y no solo de él varios pacientes, la mayoría amputadas que siempre he logrado que el paciente acepte, no se sienta feliz por que nadie se va a sentir feliz de una amputación.

Y alguna situación en la que no pudo por algún motivo?

No pude, no pude brindar, cuando ha existido la barrera de la familia, o sea cuando la familia eh digamos, tu quieres apoyar al paciente pero la familia en lugar de ser algo favorable para el paciente, es desfavorable; entonces el paciente digamos recibió un apoyo una vez contigo, bestial no, tu fuiste tú, vienes en 2 o 3 días, eso es lo malo, llegas y el paciente se torna peor, por qué? Porque la familia lo desubicó.

¿Cómo?

Te dice diferente, o sea, digamos por la vida que llevaste por ejemplo si es código, que se entere que es código y que el le diga, no que tú sabías. Que la vida que tenías; hay familiares que atacan a los pacientes, entonces el paciente en lugar de lo que tu ganaste con él, de lo que tu le dijiste, eso es lo triste cuando la barrera es muy fuerte, cuando lamentablemente te pongo otro ejemplo cirrosis hepática por alcoholismo el paciente no se deja aconsejar, no se deja, por que el paciente tiene un montón, que dice que si lo va a hacer pero nuevamente, el problema es que el paciente ya se torna difícil, el paciente ya no te quiere aceptar nada, o por ejemplo tu le

gigas a un paciente no señorita mire Ud, me dejo tal cosa, o de repente engañar es malo, en el apoyo emocional tiene que regir esas cosas la veracidad, no la autoprotección no, apoyar no es sobreproteger no, es muy distinto, o sea yo te apoyo en un momento difícil, se como te sientes, pero que sucede, tampoco te voy a disminuir la carga de responsabilidad que tengas, me entiendes, no solo en pacientes, sino en general. Eh, por ejemplo, tengo un problema perdí un familiar, me siento deprimida, me siento triste,, pero no por ese hecho te voy hacer sus cosas, al contrario, tengo que dejar que tu hagas tus cosas, que cuando menos puedas te aísles, al contrario vuelvas a tu vida normal, no? Esa es la manera; entonces el apoyo no siempre es digamos es odiar a la persona decir ay sí pobrecito, que lo poco que tiene que le saque fuerza, que saque algo bueno, en el caso de un amputado no?, bueno, no se ha muerto no es un inútil, la falta una pierna, agarre una muleta y puedas ir trabajando, ya no es lo mismo, pero va ser útil, o sea hacerle sentir que es útil, en el apoyo emocional se le hace sentir al paciente la utilidad aunque sea paciente código, hacerle sentir de que por que tiene código no se va a morir ahorita puede durar, que si eligió mala vida, pero si corrige esa mala vida va a durar, va a durar más años, ahora con más razón va a durar más años, Entonces eso es importante no?.

El apoyo emocional digamos es brindarle al paciente con firmeza, seguridad, transmitirle seguridad, en apoyo emocional tú transmites seguridad, transmites veracidad pero también le haces saber que él como ser humano puede, puede haber cosas que no las va arreglar totalmente, siempre debemos decirle al paciente los pro y los contra de algo, en un apoyo emocional no significa, como te digo y te vuelvo a repetir, no significa que tú le vas a aliviar la vida al paciente, que tú se la vas a poner en plata no, significa que tú le estás diciendo lo bueno y lo malo de lo que va a suceder con él, si tú le apoyas, le haces sentir más útil, les haces sentir más tranquilo, quizá le haces que llore todo y le dices bueno ya lloraste hoy día mañana ya no te quiero ver llorar, mañana tienes otra actitud, de repente hay una televisión, o le dices sabes que escuchaste una radio, o de repente le gusta leer y le dices sabes que tráete un libro; por que yo he tenido 3 pacientes amputados, en mi servicio, y los 3 me han tocado a mi, como se dice, los más difícil, darles el apoyo y ese es bien fuerte.

¿Y en pacientes como usted me cuenta por ejemplo que no son concientes?

No se puede, cómo le puedes brindar si tu en ese paciente inconsciente como vas a saber si necesitas o no un apoyo, por que en esos pacientes no, relativamente no existe el apoyo emocional, por lo que si necesita es la compatibilidad, o sea yo acá por ejemplo, experimenté uno que vi en el canal 20, una forma, por ejemplo un paciente en cama, tú le hablas y debes de hablarle, yo por ejemplo, tenía dos pacientes que ya se fueron, los dos pacientes se comunicaban conmigo, por que yo le hablo, “Señor fulano le voy a dar su dieta por sonda, espero por que si no se enfría” o “señor fulano le voy a cambiar de vía”. Estoy conciente de que el paciente no me habla, pero si me escucha.

¿Y cómo se ha dado cuenta?

Yo sé por que hace esto (gesto), el paciente te conoce por la voz te conoce, es como el niño, un bebe tu lo abrazas, lo besas, le das amor el niño te ama, pero el niño no se identifica contigo hasta que tenga 3 años, por que al año, que te digo te ve más o menos pero no tanto.

¿Y cómo se asegura Ud. De que su apoyo emocional es efectivo?

Por el cambio en el paciente una, la manera como el paciente acepta, por ejemplo, hay pacientes que no aceptan tratamiento, pacientes que no aceptan ciertas curaciones, ciertos procedimientos, entonces tú le explicas al paciente, si tu le explicas, si tú le haces un pre procedimiento el paciente te acepta un procedimiento, pero si tu de frente vas a ir y vas a cogerlo y sabes que señor le van hacer una tomografía y el paciente desconoce, entonces ahí también estás brindando apoyo emocional. Entonces le dices señor mire mañana le van hacer una tomografía que es una forma de diagnóstico para ver que problema tendrá para ver que cosa es y llegar más fácil al diagnóstico y también a la curación. Por que si fuera tal cosa, tal cosa por que de repente si sale ahí OK vas salir bien. Tú le vas adornando pero a la vez diciéndole, que es necesario; de repente el señor al siguiente día “si señorita hágamelo por que quiero saber que es lo que tengo entonces él mismo te dice, esa es la manera; pero siempre conversando, diciéndole que le voy hacer, que le hago al paciente, le voy a poner una vía, señor le voy a poner una vía no se preocupe no le va a doler, sabe que Ud. Va a respirar hondo, va botar así va a jalar así. De esa manera tú le haces que el paciente te tenga confianza, pero también le dices sabe que sus venas son difíciles, yo le digo, me va a disculpar si yo por hay le fallo por que mire que horribles venas y dios mío

ahora que hago, y así los agarro y los vuelvo agarrar, yo tengo esa forma, por algo ya tengo 28 años, entonces he aprendido, no creas también he tenido mis fallas así como fácilmente me han podido largar, eres una bruta, una salvaje y te lo van a decir, es lógico y de esos errores se aprende. Yo con mis 28 años de trabajo me siento feliz por que cada día aprendo más, yo sé que no a todos les caigo bien, pero yo sé que a mis pacientes sí, a la familia no, por que yo soy así, pero estoy feliz por que se que a mis pacientes sí, si me estiman, si me quieren, que te digo, tengo la suerte y la satisfacción, no te diré que el 100%, pero al menos cuando yo salgo de acá, salgo diciéndole gracias dios mío por que de repente vine con un problema mío, de repente vine con ganas de llorar por que somos seres humanos, de repente vine con problemas de casa, me sentí como una pulga ahí, pero sin embargo vengo acá, encuentro tanto dolor, tanto problema y me siento feliz por que de repente con una payasada, una chipoteada, una broma, se me paso, se me fue y veo que más importante es acá y ya; entonces ya me voy a mi casa, aunque siga el problema pero ya no le doy tanta importancia, porque quizás ya me nutrí con lo que había acá. Lo mío ya pasó a segundo plano.

¿Y con que pacientes psiquiátricos le ha tocado alguna experiencia?

De todo. Me han pegado, casi me muerden la mano, casi me dejan sin mano.

¿Y cómo hace cuando le toca un paciente psiquiátrico?

No, a un paciente psiquiátrico empezando por ahí no puedes aplicar nada, o sea tú a un paciente psiquiátrico no le vas a dar apoyo emocional, sería imposible, pero un paciente psiquiátrico tiene otro tipo de manejo, un paciente psiquiátrico se maneja netamente con tratamiento, con medicinas, con medicamentos, tiene otro tipo de tratamiento, otra forma es diferente; hemos tenido acá pacientes que nos han agredido como te digo yo tuve una experiencia muy desagradable, a mi me agarraron y me tiraron un garrotazo, al paciente que le quería poner una sonda y el paciente me agarró de tal manera que tuvo que venir un chico, que si no es por el chico yo creo que me quedaba sin mano. Es una experiencia horrible pero lamentablemente así fue.

Mira yo te digo que la sujeción mecánica es un problema de familia, es un problema de concepto, es un problema de todo. Yo te digo por que mi madre hizo un ACV hemorrágico y mi padre necesito, y

mis hermanas como todos los familiares que veo acá que están acá querían agarrar a la enfermera y patearla, si es que es una salvaje. Pero relativamente, normalmente como yo te digo a mis hermanos hay que estar en el problema para que tu catalogues algo, no puedes catalogar a alguien que es mala, que es salvaje, cuando de por medio está que yo atiendo, bueno en el seguro nunca van atender 30 pacientes como nosotros, atienden 15 y chau. Pero 15 pacientes en Neurología es horrible, es fatal, es traumático, es bien, bien terrible, pero lamentablemente así es la vida.

Con un psiquiátrico simplemente tienes que tener sangre fría, más fría que la del paciente, tienes que ponerte a pensar que como no está en sus facultades mentales él no mide lo que te puede ocasionar. Un paciente siquiátrica no sabe si te estas haciendo daño o no. Entonces él no sabe, él no actúa por que se le da la gana, comenzando de ahí, él lo hace por que por instinto él actúa por protección piensa que si te acercas a él es por que lo odias entonces él tiene que defenderse y él te arremete, en su imaginación. Por que tú, dentro de su mundo su defensa es el ataque.

ENTREVISTA Nº 3

1. Sobre apoyo emocional... ¿Qué entiende Ud. Por apoyo emocional?

Ya, ah, mm, la interacción que la enfermera tiene con el paciente cuando detecta que hay preocupación o alteración de su estado psicológico no?.

2. ¿Y en que situaciones considera necesario brindar apoyo emocional? Me comenta preocupación...

Pronóstico sobre la enfermedad por ejemplo no? Paciente crónico que tipo diabetes, tipo insuficiencia renal no? Pacientes con cuyo, este, saben que su pronóstico diagnóstico no es muy bueno y de por sí tienden a deprimirse, ahora otros pacientes por ejemplo en donde están hospitalizados por largo tiempo sin saber exactamente, todavía cual es su diagnóstico, entonces eso también les genera depresión, ansiedad, estrés, no? Son pacientes que al final tu tienes

que interactuar con ellos no? Primero hacerles una entrevista a través de la educación, del apoyo no? Tratar de averiguar eso pues.

¿Cómo?

A mm mira a veces el paciente lo único que necesita es que la enfermera eh se acerque no? A veces el hecho de ponerle la medicina es una cuestión tan automática no? Y a veces uno tiene tantos pacientes que no les das realmente el tiempo que cada uno de los pacientes necesita no? Entonces el simple hecho de que tú te acerques, converses, que él vea que tú te preocupas por él no? Y que le das un tiempo para que él te converse a su vez y te diga cuales son sus preocupaciones, a veces ese simple hecho ya hace que él se sienta mas aliviado y mejor no? Por que si él sigue con su preocupación, en el caso por ejemplo de aquellos pacientes cuyo pronóstico no es muy bueno este si tú no te acercas al paciente el paciente está con toda esa preocupación interna no? Basta que tú te acerques y el te conversa y luego ya se siente más aliviado y tú lo ves no? Lo que necesitan al final es alguien que los escuche y también que le disipe sus dudas no?

¿Por ejemplo aquí, hoy día por ejemplo a quién ha identificado que necesitan ahorita apoyo emocional?

Mira por ejemplo tenemos el paciente de la cama 26 que tiene un NM de pulmón y de mediastino no? Y el señor pues tiene una ansiedad bien grande por la falta de oxígeno no? Sin embargo le han dicho que se va a ir de alta por que su pronostico ya no es bueno pues y no puede estar hospitalizado de por vida, entonces su ansiedad del día es pero como yo me siento mal, me falta el aire, cómo me voy a ir a mi casa, quién me va a ver allá no? El paciente que necesita que ti le expliques.

¿Después de él, por ejemplo?

Otro paciente, ah a ver a ver mmm bueno él ha sido el caso más saltante no? Los demás lo que pasa es que en este momento, en estos tipos de habitaciones tenemos pacientes con trastornos de conciencia, entonces no están orientados no? Como para poder hacer lo que te digo.

¿En esos casos Ud. Encuentra inconveniente?

Claro, a veces es un poco difícil por que tu no puedes, sabes que todos necesitan de todas maneras de una mano amiga, pero es un

poco difícil determinar el si es que realmente ese paciente necesita o no de tu ayuda en ese momento no?.

¿Y cómo lo hace entonces?

Es un poco difícil pues no? Por que no puedes evaluarlo al final, a veces tú, el simple hecho de que le agarres la mano él puede sentir tu acercamiento no? Pero no puedes evaluar si es que realmente estás llegando o no a transmitir lo que tú realmente quieres no?

¿Y cómo brinda Ud. Apoyo emocional, por ejemplo en el paciente que me menciona?

Mira por ejemplo acá tenemos un chiquito en la cama 8 que también es Síndrome de Dawn que éste, en este momento está hospitalizado y por ejemplo este niño necesita también chuchos del apoyo de la enfermera por que es un niño que lo han sacado de su ambiente, que tiene bueno ahora un proceso patológico pero que esta sin la mamá no? Y entonces este, a pesar que es un niño de 15 años si tu lo ves parece una criatura de 7 años de 6 años, entonces un bebe no, siente la falta de su mami al estar en este proceso de hospitalización no? Por que requiere pues de que tú vayas, el simple hecho que tú le hagas una caricia ya este, ya él siente tu acercamiento,

¿Cómo lo nota?

En su rostro por ejemplo, por que al inicio por ejemplo él estaba un poco más irritable no? Un poco más negativo a que tu lo cojas, ahora no, ahora ya te deja acercarte no?

¿Se preguntaba enantes qué inconvenientes encuentra Ud?

Mira el inconveniente mayor es el hecho que tu tengas 30 pacientes con diagnósticos muy diferentes y q a veces no tengas el tiempo realmente no?, o sea tu puedes tratar de cumplir todo tu trabajo que esté en relación de enfermería pero que a veces no te queda tiempo para dar realmente la parte psicológica o emocional no? A veces no tienes el tiempo para dedicarle a cada uno de los pacientes como el paciente quisiera o a la familia no? Por que a veces no es solamente el paciente sino también es la familia la que al final está nerviosa, ansiosa y que espera a alguien, la familia también está

desconcertada no? Sin saber, o sea quieren el que menos quiere saber que es lo que tiene,, es la familia, si el pronóstico va a ser bueno o malo no? Y a veces no entienden por ejemplo el hecho de que tu no puedas incluso cumplir los horarios no? Nos paso algo chistoso en la mañana, porque nosotros generalmente administramos la medicina por acá a las 8:00 pero cuando llegamos allá ya eran más de las 9:15 entonces la familia se molesta y dice pero no la voy a estar esperando hasta esta hora para; ya tomé mi pastilla no?. Entonces tu sientes como al final la familia, nadie probablemente le ha explicado no? Que no es la única paciente en el servicio no? Y que tu estas cumpliendo pues tu trabajo, no es que no estés haciendo nada no? Me da la impresión de que ellas piensan pues que uno está matando el tiempo y que ya pues no, te acercas a su habitación cuando te acuerdas cosa que no es así, y tú vas notando como al final este, probablemente nadie se ha dado el tiempo de ir a explicarle a la señora, que no es al final una falla de enfermería sino que es parte del sistema no? Pero notas al final que la señora pues tiene sus propias preocupaciones, sus propios temores no? Y probablemente lo toma como un problema de calidad, pensará pues que simplemente aquí no hay calidad en la atención de enfermería no? Que dice a mi me tienen que dar mi pastilla a las 8:00 por que viene a las 9:15 y me la dan.

¿E inconvenientes en algunos tipos de paciente de repente?

Hay pacientes algunos más negativos que otros no? Algunos que si son mucho más abiertos y que te es fácil interactuar con él, pero hay otros que de por sí ya características de su personalidad que te ponen una barrera que a veces cuesta ganarse la confianza del paciente no? Que se obtiene al final pero después de estar ahí dale que dale no? Hasta que ya le arrancas una sonrisita probablemente.

Pero este, inicialmente hay gente así pues no? Que tú le preguntas, parca y no te contesta entonces no te deja pues no? Pero puede ser también que internamente como está esa persona no? Lo que pasa es que es de repente su mecanismo de defensa y actúa así no?

¿y en los pacientes psiquiátricos?

Si tenemos acá también un chiquito, es un poco difícil por que acá este paciente que te digo, por ejemplo está bajo efectos de medicamentos, entonces no hay forma de poder evaluar si es que realmente lo que intenta se consigue no?

¿Entonces igual pasaría en pacientes inconscientes?

Inconscientes, en coma no? Hay, mira algunos estudios dicen que los pacientes en coma te escuchan no? Entonces este la cosa de repente sería por ahí no? de que uno de todas maneras a pesar que esté en ese estado tu le no solamente te encargues de darle pues el tratamiento al final, biológicos, al cuerpo no? sino también al alma y al final nosotros a veces viéndolo en ese estado este no lo hace pues no. Es un inconveniente, claro, para poder acercarse también, o porque a veces no encuentras la forma o por que a veces tú piensas simplemente que en su estado de inconciencia lo que tu le das no lo aprovecha no? o no lo entiende.

¿Por ejemplo una situación en la que haya sentido que el apoyo que dio fue muy bueno y muy efectivo?

Mira me queda mucho a mi, me marco también mucho cuando yo trabajaba en la UCI hace algunos años atrás, una paciente, una esclerosos, una enfermedad degenerativa no? una mujer de 38 años que terminó falleciendo no? pero este una experiencia muy bonita por que ella sabía que en algún momento iba a morir tenía sus hijos chiquitos no? pero lo único que siempre te pedía es que al final le agarrarás la mano? O sea ella lo único que quería era eso, que al final cuando tu estabas a darle su medicina eso, le agarrarás su manito su manito, ya con eso, sus ojitos, porque no podía emitir palabra alguna no? y este y mucho la aliviaba por ejemplo el hecho de que tu permitieras que sus hijos entren también no? a pesar que tu sabías que acá está prohibido el ingreso pero es madre no? y eso por ejemplo como calmaba su ansiedad no? su preocupación probablemente.

¿Y cómo hizo para que entren los niños?

Bueno ja,ja,ja por eso te digo no? ya son cosas que tú al final aprendes, que tienes a veces que saltarte las normas no? porque tiene que entender a la parte persona también no?.

¿Y en una situación al contrario en el que Ud. Haya querido y por algún motivo no pudo brindar el apoyo emocional de forma satisfactoria?

Mmmm, no, ahorita no, no recuerdo, como te digo solamente aquellos pacientes en los que de por sí te ponen una barrera y por más que tu quieras no puedes no logras; a veces es una cuestión de empatía también, este paciente enferma no? O sea también agradecerles a todos es un poco difícil no? más si no te conocen peor

no? entonces a veces es un poco difícil si tú quieres entablar esa primera relación, probablemente el paciente no te da la oportunidad no?.

¿Y cómo se asegura Ud. Que ha sido efectivo el apoyo emocional?

Ah ya, en aquel paciente que te puede verbalizar cómo se siente a través de la misma entrevista no?.

¡Por ejemplo cuando le dicen qué?

Depende pues, depende cual sea el final, el motivo que está originando que el paciente en este momento no se sienta bien no? Depende de que es lo que le ha dicho y tú evalúas en relación a eso no? Si es que él está más tranquilo o no; como te digo a veces es hasta un problema de desconocimiento por que como tu has visto hasta la misma visita médica es tan rápida no? que a veces el paciente se queda en el aire o sea, o tuvo temor de preguntarle al médico al final no? y termina siempre preguntándote a ti pues no, para que tu al final, sino solamente es sobre el diagnóstico o la enfermedad, es sobre el mismo tratamiento no? que le quedas dudas, entonces tu terminas al final resolviendo sus problemas. Después yo le digo estás más tranquilo ya? Si si señorita ah ya. Entonces al final es eso no? un poco evaluar que es lo que está motivando esa, esa ansiedad, ese sentirse mal en el paciente.

Si tuviéramos que definir ahora, un esbozo, mas o menos, hacer un concepto de apoyo emocional, como definiría usted más concreto, entiende? Hay que abocarnos más al concepto.

Ya , se supone que al final para que tu puedas dar apoyo emocional a un paciente primero tienes que haber determinado la necesidad del paciente realmente no? de tener ese apoyo no? el simple hecho de que el paciente esté hospitalizado lo saca de todo su entorno, de toda su vida y la hospitalización para cualquier paciente es entre comillas un problema no? por que lo está sacando de su mundo real, a un mundo que es un poco transitorio por decirlo así, pero tienes que ver todo el contexto no? su casa, el haber dejado de trabajar, la reparación económica y a parte de eso el mismo hecho de estar enfermo no y sus temores en relación a si se sanará o no se sanará, que tendrá, que es eso es al final lo que a los pacientes más les preocupa, por que siempre dicen cuántos días estaré acá, él quiere saber, por que eso tiene una repercusión al final en la vida del paciente. Entonces por ahí es donde tienes que ir, al final una

vez que hayas determinado cuál es el foco de su preocupación y hayas hecho tu entrevista y te hayas permitido interactuar con el paciente, como es que vas a dar ese apoyo emocional al final no?.

¿Por ejemplo si empezamos el día con todos los pacientes que tenemos acá, cómo empezamos?

Eh mira por ejemplo yo en el momento que voy dando las medicinas, ese momento lo aprovecho para poder interactuar con el paciente. O sea trato voy preparando mi medicina y voy conversando y como pasó la noche, que tal, durmió, no durmió, hay dolor,. No hay dolor y bueno el paciente como te digo empieza a verbalizar y ahí te dice no, sí, hay medicinas, no hay medicinas, qué pasó le dices tú, no señorita tengo problemas económicos mire ya no puedo estar más días, si me quedo un día más ya no voy a tener para pagar la cuenta, entonces ya tu vas determinando que tiene una preocupación no? y vas determinando cual es la causa ya de tu preocupación , entonces ya puedes ir orientándolo, mira no te hagas problema, de repente a través de servicio social, llamaremos a Servicio Social de repente para que te ayude, o que tu familia vaya no?. O sea siempre hay opciones no? sino que a veces el paciente no las conoce y esa es una forma o sea orientarlo es una forma de poder también darle apoyo no?, por que no solamente se trata de decirle al señor no, no se preocupe ya todo va a pasar, ya, este es un mal momento y ya paso, no, no es: porque de repente tu palabra lo puede aliviar en ese momento pero no va a ser la solución pues no? a su problema, la idea es que lo ayudes a solucionar al final, en parte no? si es que está en tus posibilidades.

¿Y Ud. Cree que a parte de la enfermera alguien más puede brindar apoyo emocional o lo hace?

Yo pienso que es responsabilidad de todos los que trabajan en salud, no solamente de la enfermera, en el momento que el técnico interactúa con el paciente también lo puede hacer, lo que pasa es que si tú te pones a observarlos, mueven al paciente como si fuera un paquete no? paquete para acá, paquete para allá, y ahí murió no? y la idea es que, al final tu le das calor humano a lo que tu estas haciendo no?. No interesa quien sea si es enfermera o médico, pero el problema es ahí, el problema empieza ahí , de por si la visita médica es una visita totalmente fría en donde muchas veces hay una discusión académica delante de los pacientes, se habla de tantas cosas y el paciente está más confundido de lo que probablemente estuvo al inicio y hablaron de tantas cosas que me

moriré, mañana estaré, lo dejaron peor de lo que estaba. Entonces como te digo estarías de todos no solamente de la enfermera.

¿Y quién lo hace más?

De hecho nosotras, por que estamos más tiempo no? o por que de repente tenemos más un poco más de tiempo de interactuar con los pacientes que logramos al final evidenciar un poco más sus problemas, al final la parte médica se preocupa más en la patología en sí que por el otro entorno que también para el paciente significa un problema.

Y enfocándonos un poquito más en las colegas, en la carrera en sí ¿Ud. Cree que todos brindan bien el AC?

Nooo, yo estoy convencida que no, pues, que cada vez se pierde un poco más la calidez no? lastimosamente como te digo hay varios factores, uno, el hecho de que tengas un montón de pacientes, o sea tú te preocupas más de que tienes que terminar tus actividades pues, por que al final, es cierto eso es parte de tu actividad pero de repente como no es tan medible, en cambio las otras son más objetivas no? como que se pueden dar más cuenta de si tu lo hiciste o no lo hiciste, de si no cumpliste realmente, con tus actividades, entonces te gana la hora y uno está desesperado por que tiene que terminar y entregar tu turno bien a las 7:30 no? eso eso no?.

Pero Ud. Lo entiende y me lo está comentando ¿cómo ve de repente a sus colegas?

Mira yo te digo algo, yo creo que por ejemplo y siempre se lo he comentado cuando alguien me pregunta, me dicen no lo que pasa es que la enfermera ya ha perdido la humanidad, es muy fría te dicen, yo he tenido ese problema, por ejemplo en casa mi esposo me fastidiaba, que eres muy fría, no te preocupas, no es eso, lo que pasa es que ya la gente empieza a ver los problemas de salud de diferente forma no? a veces vez acá casos tan complicados que de repente en la casa un casito, no le vas a dar la importancia debida, pero no sé; sabes que lo que cambió un poco mi percepción, cuando yo trabajaba en UCI, el hecho que gente que en un momento estaba bien conversando contigo y a los 5 minutos simplemente esa persona se moría y dejaba de existir pures no, entonces esa diferencia entre lo que es la vida y la muerte y uno dice caracho es tan hábil, hoy estoy aquí y de repente mañana ya no estoy aquí y no pues de repente deja eso no?, como explicarte, este ah, no sé, mita te comento algo muy simple hace 2 días vino

un, hubo un problema con una familia aca, que venían a darle problemas al paciente y hubo toda una discusión en la noche y entonces, trato yo a veces de no parecer la mala de la película por que si me pongo a discutir con la familia en ese momento y decirle si se retiran de repente se rompe la relación también con la familia, entonces llamé al vigilante le digo por favor retira a la familia de buenas maneras pues por que tampoco te vas a poner a pelear con ellos no? esto no es un callejón, entonces este me dice la vigilante ay señora yo mucho me acuerdo de Ud. Porque Ud. Es una de las pocas personas que siempre me responde el saludo cuando yo la saludo y entonces yo normal pues no me había percatado no, me dice yo siempre me acuerdo de Ud. Por eso por que es una de las pocas personas que siempre me responde el saludo; entonces tú te pones a pensar mira cosas tan pequeñas como para una persona pueda tener un significado diferente; a veces las otras personas pasan y ni le contestan el saludo pues probablemente o porque están apurados o por que bueno es el vigilante no. Pero mira como puede tener un impacto en la personal al final eso no, Algo que de repente para tino no es muy significativo.

¿Y Ud. Lo compara con los pacientes?

Claro, por supuesto no?, es un poco eso no.

¿O sea como qué se aprende a dar apoyo con la experiencia?

Claro, tu vas con la experiencia, yo creo que es importante, y este como te digo de repente un poco la experiencia que yo he tenido en UCI no, hay este, es totalmente diferente que aquí o sea tu vez acá como que sino se preocupa por los pacientes pero no es tanto, como realmente allí, allí la gente se da integro al paciente no? No sé si es por el tipo de patología o no sé por que la gente tiene otra mística, pero acá lo que a veces falta es eso mística.

¿Cómo define la mística?

No sé como definirla te digo, pero al final es eso, yo creo que está también un poco en las personas, o sea como entiendes tú al final, cuál es tu trabajo, cuál es tu función en relación realmente a lo que es el paciente. No es solamente venir y hacer mi receta y ya cumplí, o en el caso nuestro por ejemplo venir darle su medicina, controlarle y ya.

¿Entonces es un tanto subjetivo o depende de cómo cada enfermera lo haya vivido?

Yo creo que sí, es un trabajito también de hormiga no? por que a veces tu dices, esperas que la gente nueva venga con nuevos aires y tú vez que viene la gente nueva y los mismos aires no, por que al contrario en vez que ellas vengan y te renueven el aire, ellas vienen y se cogen lo mismo, lo mismo de repente entre comillas malo del servicio no.

¿A qué le llamaría malo?

Por ejemplo, al hecho, lo que te comento a la rutina de repente no, todos los días vengo doy mi medicina a las 10, paso mi visita, a las 12 controlo mis funciones los grafico, hago mis notas, a las 4 vuelvo a dar mi medicina, de repente es eso.

¿Y que novedades deberían tener? ¿Más o menos que le parecería bien?

Lo que pasa es que si ellas no están tan contaminadas de repente como nosotros también no, de repente eso, tu no ves que los alumnos se acerquen mucho al paciente tampoco no. A veces digo, la ciencia los llama mucho, los interesa más eso los procedimientos, más que todo, el paciente en todo mi entorno.

¿En dos palabras podría dar el concepto de apoyo emocional?

...

Mmmm Es que termina siendo al final siempre subjetivo, como valoras tú que tanto, no sé, tendrías que hacer tu escala para determinar si realmente, si es que tu le quieres dar niveles al final por que cómo puedes evaluarlo, el problema en enfermería siempre es eso, de repente hay mucho trabajo, mucho cansancio y no hay forma de sustentar lo que tú realmente haces no, por que si tu vez por ejemplo, si quieren medir producción te hacen llenar hojas de producción cuantos inyectables pusiste, cuantas sondas pusiste, no, entonces tu dices bueno y eso no es importante entonces, o no es parte de nuestro trabajo.

....

Claro es cierto como toma la familia todo lo que es la calidad, claro hay cosas pequeñas como te digo, como te comento de esa paciente de la mañana y al final este, es todo un problema porque al final ella puede quejarse de que simplemente enfermería no esta cumpliendo con su trabajo cuando debe, porque a ella le dijeron a las 8 que le tenían que dar su medicina.

¿Y entonces como definiríamos?

..... concretizarlo es un poco más difícil, claro, claro es un poco más difícil concretizarlo mm pero como te digo al final yo pienso que el apoyo emocional no es una exclusividad nuestra no, lo que pasa es que al final terminamos siendo como una esponjita tenemos que observar todo, las cosas buenas a veces hasta pagamos patos por las cosas de los médicos también porque somos las únicas que estamos acá y de una u otra forma tenemos que asumir eso, a veces vienen las quejas, todo, la familia a veces se siente maltratada, bueno tiene con alguien que desfogar caballero pues, tiene que aceptar lo que a veces la familia te dice también no: Pero definir es un poco difícil no. Es un poco difícil definir lo que es apoyo emocional.

¿El confort tendrá algo que ver con el AC?

Como te digo el confort en sí no , por que como te digo el confort al final tiene otra finalidad, la idea es que tu aproveches esos momentos de confort para que el paciente sienta tu acercamiento puede ser el verbal, pero hay el hecho que tu le agarres la cabeza, le toques la mano, que sienta que hay una manito amiga ahí, que puede acudir si es que en algún momento va a necesitar del día, es eso, apoyo emocional al final no, el hecho que simplemente lo escuches lo vas a sentir aliviado.

¿Y en que quedamos a quién le damos?

Depende, yo creo que debería ser a todos, por que el simple hecho de que una persona esté hospitalizada ya es un problema para él de repente por eso te digo hay grados, hay niveles, no todos necesitan que estés con él o que le des más tiempo no, dependerá también de cada uno de los pacientes yo creo no; algunos tendrán más necesidad que otros, pero sí yo creo que debe ser a todos.

¿Y se podrá?

Es difícil pues, imagínate con todos los problemas de personal que tenemos, pero por eso es pues o sea al final nunca vamos a tener atención de calidad pues definitivamente, es difícil.

¿Qué tendríamos que hacer para tenerla?

Más recurso humano, entender que enfermería no solamente es eso no, si no estamos mal, de ahí vienen muchos de nuestros problemas, entender que enfermería es solo administrar

medicamentos, controlare funciones vitales, buena una y otra cosa si el paciente está mal no, ahí perdemos yo creo.

¿Entonces, como en la clínica, ahí si se podría?

Pero eso de la clínica es relativo, por que en una clínica nunca te ponen personal en exceso, al contrario siempre te ponen un montón de pacientes para una sola enfermera. Ellos tienen una diferenciación en los tipos de pacientes, en primer lugar acá todos los pacientes son de escasos recursos económicos y eso ya es una limitante y una diferencia. En la clínica es diferente ahí tienes 30 pacientes mezclados te digo, pueden ser psiquiátricos o con todas patologías, pero sus enfermedades no son tan complejas como aquí pues, es otro tipo de pacientes.

¿Por qué dice que es una limitante los recursos económicos?

Por que, de por sí no va a estar en capacidad de poder cumplir en tratamiento y eso va hacer a la larga que su estancia sea más prolongada.

ENTREVISTA N°4

1.- ¿Que entiende Ud. Por apoyo emocional?

Bueno apoyo emocional es lo que, el apoyo psicológico o el apoyo que se brinda sobre las dudas que pueda tener un paciente.

¿Que más?

Es lo positivo que uno puede dar a un paciente, explicarle, muchas veces los pacientes no conocen algunas cosas, desconocen entonces uno tiene que brindarle apoyo emocional explicándole a veces los procedimientos que le pueden hacer no, y tanto al paciente como al familiar.

2.- ¿En que situaciones considera necesario brindar apoyo emocional?

Bueno desde que un paciente entra acá a un hospital, uno siempre esta en comunicación con el paciente no, desde decirle, preguntarle como esta y darle unas palabras de alivio, de aliento según como vaya su, evolucionando, entonces uno ya esta dando apoyo emocional, al decirle como se siente el paciente se va a sentir satisfecho de que al menos uno se esta preocupando por el, entonces ya una esta brindado apoyo emocional.

¿Por ejemplo acá en el servicio a quienes ha brindado?

A la mayoría de los pacientes se les brinda apoyo emocional, ya algunos tienen algún conflicto emocional digamos de estancia en el hospital no. Entonces se les brinda apoyo emocional; algunos *este*, de lo incierto de su enfermedad también tienen ese conflicto no, no saben que es lo que tienen, no hay un diagnostico preciso, están en evaluación, están en observación no. Entonces también se les da apoyo emocional aconsejándole de que bueno hay que esperar, que este tranquilo, que pronto va a salir, entonces se comunica a los médicos, a los residentes, ellos también conservan con el y lo dejan mas satisfechos no, al menos mas tranquilo.

¿Me dice Ud. A la mayoría de los pacientes, mas o menos como ha diferenciado quienes necesitan y quienes no?

Todos necesitan, pero en el caso de un paciente postrado, parapléjico, en estado de coma o un encéfalo hepático no le vamos a, claro el paciente escucha y todo, pero se le va a hablar porque el ultimo sentido que pierde es la audición, pero de todas maneras no nos va contestar como otros pacientes mas estables, entonces se les brindara al familiar, pero ya estamos brindando apoyo emocional. Todos necesitan apoyo emocional. Todos necesitan apoyo emocional desde el momento que están en un hospital.

¿Entonces como brinda ud?

Bueno, como, explicándole a veces sea ya en procedimiento preguntándole como esta, darle palabras de aliento, de, como ya le decía, sino sabré realmente a veces un diagnostico preciso, porque algunos pacientes están en observación decirles que estén tranquilos, que se calmen, entonces busca al medico, entonces el medico le explica como es que va ir al proceso de su evolución, como es que lo van a tratar, entonces en ese transcurso de decirle al medico que se comunique con el, entonces el va a quedar, este ya es una manera de que estoy dándole apoyo emocional, si no hiciera eso entonces sigue igual el paciente o me dice sabe que yo no se que tengo, quiero ver como estoy, pero ud sabe también

que son los médicos los que tienen que decirle si ya es un diagnóstico, entonces acá hay como tres pacientes que están en observación que no tienen nada definido, como se dice están en observación nomás, solo se les controla funciones, y bueno otros pacientes, como esta ud señor, bueno hoy día me he sentido bien, ya se esta recuperando, si bueno ya, el doctor dice que ya en 2 días me voy de alta. Que bien señor me da mucho gusto que ud y se va de alta, ahora ya en su casa no se descuide, tiene que seguir las indicaciones del medico, bueno eso si, voy a tener que seguir un horario, así dicen, ya no quiero caer de nuevo. Me parece muy bien. No. Son diferentes las maneras.

¿Qué inconvenientes ha encontrado Ud. Al momento de dar apoyo emocional?

Claro, a veces es como le digo, los problemas de los pacientes no. No le vas a dar apoyo emocional como debe ser a un paciente encéfalo hepático, no, que en segundo grado, donde esta incoherente, desorientado o algunos pacientes con problema senil, o un paciente que ha venido de neurocirugía que esta acá postrado no que solamente con un ACV isquemico hemorrágico, avanzado así, no es fácil aunque ellos escuchen pero no es fácil, a veces que pasa que la familia no viene, como se le informa a la familia y al paciente no se le podrá dar pero a la familia, entonces como hago para que el familiar tenga responsabilidad de traer las medicinas, todas esas cosas. Y el familiar muchas veces ni viene, entonces hay inconvenientes no, como se le explica al familiar el paciente esta así postrado no puede responder como otro paciente favorable, entonces son inconvenientes.

¿Le ha tocado pacientes psiquiátricos?

También

¿Y en ellos como ha visto?

En los pacientes psiquiátricos es mas que todo, un poco difícil, en algunos, pero mas en todo se trabaja con el familiar, se le explica al familiar, y cuando el familiar esta acá, el familiar uno hace que el familiar se mantenga acá en el servicio, por lo que son pacientes de riesgo.

¿Dice en algunos, en quienes?

En algunos pacientes que, por decir con intento de suicidio, algunos están más con un carácter más explosivo, no, pero ellos han venido de repente por una hepatitis, esas cosas pero tienen esos antecedentes, hemos tenido aquí; entonces se trabaja con el familiar con que este permanece con ellos y todo.

¿Entonces con que pacientes psiquiátricos si se pueden trabajar?

Con los que están más tranquilos es distinto la etiología, es distinto, yo no puedo decir a todos los pacientes psiquiátricos yo les puedo dar apoyo emocional porque tu le hablas y no te van a contestar o simplemente no te van a decir nada, o vas a intentar tratar de abordarlo ahí como va, como puede llegar a ellos, pero no puedes, no dejan, ellos no dejan, algunos están incoherentes, algunos están, son explosivos no quieren, entonces con el familiar y muchas veces ni con el familiar se puede, pero se da la manera, de todas las maneras conversarle no, porque son personas, ya previo tratamiento con el médico no?

¿Ud cree que apoyo emocional es neto de enfermería?

Apoyo emocional es de todos.

¿Quiénes lo dan más?

Bueno, aquí lo que, acá enfermería para el mayor tiempo con los pacientes, yo puedo decir de que enfermería, pero yo también veo desde que esta el médico los internos, el residente, todos dan apoyo emocional, no hay que, tampoco se puede decir que enfermería solamente da apoyo emocional; porque el médico al evolucionar también da apoyo emocional, los internos también, los residentes, todos al final, es equipo de salud o sea todos son un equipo de salud y todos nos preocupamos por el paciente.

¿Y dígame alguna situación en la que ud haya sentido que a dado apoyo emocional y haya sentido que era muy satisfactorio?

Claro, bueno las experiencias son la mayoría de veces que uno permanece acá, como le digo ya se van de alta y uno le aconseja que sigan las medicinas y sigan el tratamiento como debe ser y es satisfactorio. Y no algunos pacientes dicen estoy triste porque ninguno de los familiares ha venido a verme, no se preocupe que acá estamos nosotros para atenderlo, servirle en lo que ud necesita

o sea estése tranquilo, que aquí se le va a controlar, se le va a dar mas medicina, el familiar de repente por x motivo no habrá podido venir pero ud no esta solo, ud esta con el apoyo de nosotros, aquí de una u otra manera le vamos apoyar en todo, lo que ud necesita, a ya gracias le agradezco.

¿y alguna situación en la que por algún momento no haya podido?

Ya le explique con lo anterior, la familia.

¿Y como se asegura ud que cuando dio un apoyo emocional sea efectivo?

Claro, es por la misma evolución del paciente, por que desde que un entra, no es que yo lo vea ahí al paciente y le diga q bien que gusto que me da, no, es ir y evolucionarlo no siempre, dentro de un momento, de repente cuando pasamos de nuevo con el coche de curación, dando tratamiento perdón, como se siente, entonces vemos los signos vitales, vemos el estado anímico entonces uno se da cuenta si este paciente esta mejorando, anímicamente también esta mejorando, y es mas cuando viene el familiar, porque todos los pacientes que están con familiar están contentos por lo que lo tienen ahí. Entonces ya uno va a ir para administrar tratamiento y entonces como se siente señora bien con la familia, que bien q gusto; entonces son pasos, son procesos en que va, en el día, en el turno, la evolución del paciente,

¿Ud dice para darlo conversa con el paciente, otra forma de darlo de repente?

Bueno apoyo emocional, ya ud mejor que nadie sabe, es conversable, ya le explique, ya no quiero volver a repetirlo ya en la primera parte esta creo todo. Como hemos conversado de apoyo emocional

¿Por qué por ejemplo el confort tendrá que ver con a el apoyo emocional?

Por supuesto, tiene que ver con el apoyo emocional, el paciente se va a sentir mas tranquilo, se va a sentir mas cómodo en su unidad, entonces va a tener mejor descanso; quien va a poder descansar o dormir estando orinado, eso no se llamaría apoyo emocional, por que el va a pensar. Me tienen así, en la casa no me tenían así, o desde que me tenían la familia no estaba así, ahora que tengo mas

edad estoy sucio estoy orinado, en cambio si el personal se preocupa y le cambia y se preocupan por mi, ellos son buenos, todas esas cositas.

¿Entonces las medicinas?

También son apoyo emocional, porque el paciente es el que juzga y depende satisfecho, esa es la calidad que tanto se habla, queda satisfecho y cuando el paciente no queda satisfecho, queda intranquilo, por eso, las medicinas, la comodidad y el confort, esas cositas influyen en el apoyo emocional.

Si el paciente esta mojado en su unidad y viene el personal y le dice lo vamos cambiar para que este limpiecito, gracias dicen, apoyo emocional, se va asentar mas cómodo.

¿Todos necesitaran por igual entonces apoyo emocional? ¿De igual manera?

Yo pienso que si, yo pienso que si, como le digo desde que el paciente entra acá en un hospital, entra en un sitio desconocido, y desde que entra a un sitio desconocido entonces uno tiene que apoyarlo emocionalmente porque se va adaptar a otro sitio no que es el hospital, entonces desde ahí ya estamos partiendo para orientar; un o mismo cuando ve un paciente nuevo se tiene que identificar, ya esta dando un apoyo emocional para que el paciente entre en confianza y emocionalmente este mejor, por decir yo no me identifico y va decir este quien es, que me esta tocando todas esas cositas.

ENTREVISTA N° 5

1. ¿Qué entiende Ud. Por apoyo emocional?

Apoyo emocional, es dar las facilidades al paciente a entender los diferentes procedimientos que debe realizarse y que comprenda el paciente cada uno de ellos, para que el paciente pueda tener más confianza y aceptar realizar sus actividades.

2. ¿En qué situaciones considera Ud. Necesario brindar apoyo emocional?

Primero, en todos los procedimientos que se solicita al paciente, de repente por ejemplo para exámenes especiales como colonoscopia, endoscopía, y que los pacientes a veces no tienen este, el concepto necesario como se realiza, nosotros tenemos que hacerle, indicarle la, todas las actividades, para que comprenda de que realmente no son muy traumáticos y que puedan colaborar con nosotros. Y también se realiza estas actividades a todos los pacientes que de repente son abandonados por los familiares o que no cumplen con una terapia adecuada por los problemas económicos que tengan, no y tratando de facilitarle todo lo que realmente se puede lograr si en caso el paciente también pone de su parte. Podemos apoyarle con algunos laboratorios que bondadosamente apoyan a algunos pacientes, entonces este, en este caso hay que hablar con el paciente para brindarle el apoyo emocional y de esta manera mejorar pues su situación no?

¿Por ejemplo hoy día en el servicio a quien ha identificado Ud. Que han necesitado de repente apoyo emocional.

Así es, tenía un paciente por ejemplo en nuestro servicio, muy delicado que ha recibido una hemodiálisis, por que trasladarlo a otro sitio es un costo enorme, pero si acá le brindamos todo lo necesario y el paciente nos pide por favor si le podemos apoyar en algunas cosas que son requisitos indispensables para la hemodiálisis entonces le va a salir un poco menos el costo, entonces el paciente se va a sentir bien cuando tiene, uno le va a comprender y le vas a brindar ese apoyo, entonces hemos hecho todo lo necesario para que el personal de hemodiálisis de la calle venga y tenga todo lo necesario que hemos solicitado y se realice la hemodiálisis, cosa que aquí el paciente por lo menos con el resto del dinero que no ha gastado pueda comprar algunos medicamentos, entonces el paciente se siente por lo menos más identificado con uno, nos dice muchas gracias por que realmente yo me ahorro una platita no yendo hasta otro sitio para que me hagan ese examen, en ese sentido estamos tratando de ver de que nuestros pacientitos, tratamos en lo posible de que cumplan sus objetivos pero con el apoyo de nosotros.

¿Por ejemplo en el caso de pacientes con trastornos psiquiátricos de fondo?

Hemos tenido un paciente también con esquizofrenia, paciente que han querido, con intento de suicidio y que realmente muchas veces los he traído acá a la oficina y les he hecho la entrevista, para

saber su problemática en sí, y de los cuales casi un 80% generalmente son problemas económicos o de pareja, ellos viven generalmente en asentamientos humanos y que realmente pues ahí abundan demasiado la promiscuidad, entonces él aparte de que él sabe que él es promiscuo piensa que también su esposa es promiscua, entonces él piensa de que su esposa le ha engañado, por más que su esposa le diga sabes que yo no he tenido nada con nadie y por lo que algunos amigos lo han visto con otro amigo conversando caminando con su esposa ya piensa que ha pasado algo, Entonces él en la mente, lamentablemente él lo ha hecho, y piensa también que su esposa también lo está haciendo. Entonces él ha querido suicidarse por eso, entonces se le ha indicado, se ha hallado acá de que realmente tiene que confiar en lo que su esposa le dice; si realmente la estima y lo quiere tiene que confiar y tiene que aceptar lo que ella le dice, no creo que le esté mintiendo. Entonces es muy importante conversar por que los pacientes a veces, cuando están en la visita si no hablan, pero cuando están con nosotros solos, se despejan un poco, le damos un poco de confianza y te cuentan todos sus problemas son?. Entonces nosotros le tratamos de guiarlo lógicamente y salvo que realmente ya el paciente está un poco, muy sumido en su problema, tenemos que hacerle una entrevista con un psicólogo.

¿Y cómo ve el brindarle apoyo emocional con problemas neurológicos como un ACV?

Claro, el paciente neurológico, es un paciente que nos está escuchando, es un paciente que el sentido del oído no lo va a perder así nomás, nosotros hemos tenido pacientes neurológicos que han estado en un glasgow de 7,6 de Glasgow y que realmente no se comunicaban, como que estuvieron con tubo endotraqueal y todas esas cosas, pero sí escuchaban, cuando se le retiro el tubo, se le retiro todo, y mejoro el paciente, el paciente decía pues que realmente lo que nosotros conversábamos y cuándo yo les decía a éste paciente hay que movilizarlo, denle un masaje en la espalda, miren como esta, este como se llama, la parte posterior de su espaldita está todo amigado, por que lo tienen mucho tiempo; él decía gracias que me soben, que me soben no? en el fondo decía, él quería hablar pero no podía, pero él escuchaba todo lo que yo decía, entonces cuando el paciente mejora el paciente te lo dice, gracias por que Ud. Decía que me den un masaje y es verdad yo quería eso, y gracias a Ud. Que realmente cuidan de esa manera al paciente. O sea no esperen que el paciente les pida, que no, que el enfermero trate de hacer sus necesidades que realmente necesita el paciente, la movilidad y también hablar con la familia, la familia no

viene para verle, sino viene para colaborar con nosotros y con su familia; entonces la familia tiene que realizar algunas actividades como el masaje al paciente, cambios posturales, pero nosotros tenemos que darle la iniciativa junto con la familia.

¿Qué inconvenientes encuentra Ud. Cuando quiere brindar apoyo emocional? ¿Ha encontrado algún inconveniente?

En algunos pacientes y raras veces. Muchos de ellos a veces no quieren conversar, generalmente me ha sucedido en pacientes con VIH, no, ellos desde que saben el diagnóstico generalmente quieren mantener en reserva su diagnóstico y no quiere que conversemos con nadie y como yo hago la consejería también para este tipo de pacientes, realmente ellos confían en mí y sienten, ellos me brindan la confianza y no comentar con nadie lo que ellos me dicen; son muy reservados algunos y que realmente dicen bueno ya tengo eso y ya no quiero hablar más, y bueno haré todo lo que me dice el médico y ya no quiero saber nada, pero son los primeros en regresar nuevamente a hospitalizarse, por que cuando se van escucharon todo la consejería, el apoyo que se les brinda acá, pero no hicieron caso, o sea salen, y comienzan a tomar, a beber, a fumar y todo, todo lo contrario de lo que nosotros le decimos, y cuando regresan por segunda vez dicen bueno pues de alguna manera vamos a morirnos no, pero gozando moriré, pero en un corto tiempo, no a largo plazo.

¿Otro inconveniente que haya encontrado?

Generalmente he encontrado con, no con todos ah, en algunos pacientes del VIH.

¿Y con los pacientes en estado de cómo, es fácil, se puede brindar apoyo emocional?

Solamente, como yo te vuelvo a decir, en estado de coma solamente hay que brindarle lo necesario pero hay que hablarle al paciente, el paciente está escuchándonos hasta la muerte, nos está escuchando por más a lo lejos, pero nos está escuchando todo lo que nosotros estamos haciendo, entonces el apoyo emocional ahí irá más ligado a la familia para que nos apoye también, por que el quiere escuchar la voz de la familia que le diga te queremos, estamos aquí contigo no, entonces es muy importante que eso le diga la familia al paciente por que se van y le dicen sabes que no hay plata para comprarte la medicina, lo mismo que nada pues, a él lo preocupan más, como está y va a decir me quiero morir no,

entonces hay que indicarle a la familia que no le diga nada de esas cosas, sino que lo quieran, que lo estiman, que lo extrañan, que quieren tenerlo y que se va a recuperar.

¿Alguna situación en su experiencia en la que haya sentido que brindaba apoyo emocional de manera muy satisfactoria?

Generalmente he tenido yo satisfacciones en la mayoría de los casos cuando hago el apoyo emocional en los pacientes este, de extrema pobreza, que no tienen medicinas que no tienen nada, entonces trato de ayudarlos, de comprender a la familia o comunicarme con servicio social para que a través de ella este, lo inscriban al SIS y mejore su situación, entonces muchos de ellos sin conocimientos han tratado de ingresar al SIS pero necesitan apoyo, mientras no haya apoyo de nosotros que es nuestro trabajo, que necesitan este conocer eso, realmente podemos mejorar inclusive la situación de nuestros pacientes no, entonces realmente yo me siento muy satisfecho en la mayoría de ellos por que hemos tratado de ingresarlos al SIS no, desde el inicio pero involucrando a todo el sistema multidisciplinario, pero quien lo va hacer eso, enfermería lo hace, no lo hace ningún médico, no lo hacen ninguna ni la asistenta social lo hace, sino que nosotros tenemos que gestionar todo eso.

¿Y alguna situación en la que haya sentido que daba apoyo emocional y no pudo ser satisfactoria?

A ver, generalmente a mi me paso hace más o menos unos 5 años aproximadamente, era una señora, una señora que ingreso al servicio que realmente era muy prepotente la señora, no quería que lo tocaran, no quería que le hicieran nada; o sea hice lo posible para que colaborara con nosotros, hicimos lo posible no solamente el que habla, sino todo el grupo de los turnos que venían las enfermeras y era la misma cosa, yo pensé que con uno o con una de ellas nomás era el problema, si no era con todas las enfermeras, con todo el personal técnico y muchas veces con el personal médico, Entonces ya tienen un carácter formado, es su manera de ser. Según manifiesta la persona, es su manera de ser así y así morirá como dicen no. Entonces hay que tener que comprender eso y también que seguirle la corriente al paciente pero siempre involucrando el bienestar del paciente, no tampoco tomar represalias de ningún tipo por que el paciente siempre tiene la razón.

¿Cómo se asegura Ud. Cuando brinda apoyo emocional que éste haya sido efectivo?

Primero por el agradecimiento que nos brindan nuestros pacientes , segundo la familia se siente más identificada con nosotros nos dice gracias por comunicarme, por decirme, ya mi paciente está mejorcito, ya mi hijo a comprendido su problema, gracias por el apoyo que nos ha brindado, realmente estamos muy agradecidos de todos ustedes; entonces ahí estamos logrando algo, primero estamos logrando que han comprendido la situación que están, hemos logrado la comprensión que nos ha dado que nos han brindado a nosotros y que realmente han cambiado, entonces de esa manera podemos medir nosotros que si hemos tratado de lograr dándole un apoyo emocional para mejorar su situación.

¿Si tuviéramos que definir cómo brinda Ud apoyo emocional?

Ya, el apoyo emocional involucra primero, conocimiento, conocimiento de la situación del paciente; segundo involucra a la familia; tercero involucra el estado anímico del paciente y de las personas que van a brindar el apoyo emocional por que si yo tengo problemas y vengo amargo de mi casa, voy a brindar un apoyo emocional y no hacer efectivo, tengo que estar, tengo que comprender su situación, tengo que ponerme en su situación del paciente para que realmente yo brinde ese apoyo emocional por que sé que va a llegar a él, de lo contrario definitivamente puedo brindar el apoyo emocional pero no va a ser efectivo, lo voy a hablar y el paciente va a entender por un oído y por otro oído se le va a ir. Pero si yo comprendo su situación del paciente y de la familia que están involucrados yo pienso que debemos mejorar esa situación.

¿Cómo más podemos brindar apoyo emocional?

Ehhh, de otra manera podemos brindar apoyo emocional no solamente conversando sino también de repente colaborando con el paciente, colaborar con el paciente desde brindarle la confianza al paciente no, con la confianza que tú le brindas al paciente, el paciente va a comenzar a contarte sus problemas y de acuerdo a sus problemas tú le vas a brindar ya, lo más necesario posible para que sea su preocupación del paciente no, y también en cosas este de repente en algunos, algunos medicamentos que tuú puedas conseguir y solucionarle, eso le va a lograr bastante satisfacción al paciente, aunque sea una jeringa que tú le obsequies, ellos se van a sentir más identificados contigo; y si la familia sabe todo lo que tú estas haciendo por ese paciente, la familia se va a sentir más identificado contigo; entonces no solamente hablando se hace, sino

también haciendo las cosas o sea, tienes que involucrarte no solamente en palabras sino también en hechos.

¿Todos brindaremos de igual manera, como diferenciamos?

No, eso está, por ejemplo, sabes cada enfermera tiene un tipo de personalidad y cada uno de nosotros tenemos un tipo de personalidad, yo puedo estar de un estado anímico muy bien ahora, mañana y pasado, pero pasado mañana de repente vengo con otro estado anímico y no voy a dar consejos a nadie, entonces eso depende de que uno se identifique primero como enfermero y luego recién ponerse a pensar que realmente necesitan de ti todos tus paciente, no uno, sino todos los que tienes; entonces muchas veces a todo el personal del servicio siempre, mi manera de ser, es que ellas todos sus problemas lo dejen a la entrada del hospital y cuando estemos acá, esta es otra casa, donde tenemos infinidad de problemas involucrémonos en los problemas para solucionarlos no y entonces cada uno de las personas tiene diferente tipo de personalidad y de acuerdo a ese tipo van a tratar de brindar una este, un apoyo emocional a cada tipo de paciente, ahora si de repente tienen un mal genio de repente, de repente no llega al paciente definitivamente; entonces tratemos nosotros desde estudiantes conocer que realmente nuestros pacientes nos necesitan no solamente cuando están enfermos, sino también cuando están sanos no? entonces desde ahí ya nosotros debemos estar conversando y dialogando con nuestros pacientes para mejorar sus actitudes, para mejorar su estado anímico, para mejorar su personalidad, para mejorar de repente su alimentación, etc. y eso va a ser muy bueno para ellos, pero primero tenemos que conocernos nosotros mismos como enfermeros y por lo que somos nosotros.

¿Y por ejemplo Ud. Como diferenciaba para brindar apoyo emocional?

En algunos pacientes, yo conozco en el tiempo que llevo trabajando hay diferentes tipos de pacientes, hay pacientes que no van a hablar que no se comunican, están tranquilos; pero cuando tú te sientas un rato, estás conversando, le llamas por su nombre, comienzan hablarte de todo y comienzan a decirte cuales son los problemas por que no están calladitos, por que le están llamando, le están gritando, el otro lado está con rabia, el otro paciente está que grita, etc. etc. Entonces eso perjudica. Y otros pacientes comentan, hablan y preguntan a sus demás pacientes y nos comunican a nosotros y otros actúan con cólera, hablan mal del técnico, hablan

mal de la enfermera; entonces nosotros tenemos que abordar eso, abordar en el sentido de que si alguien esta hablando algo malo es por algo no es por que yo quiero hablarlo nomás así, entonces son diferentes casos de estos pacientes.

Dígame si tuviéramos que hacer un concepto de apoyo emocional con 2 palabras ¿Cómo lo definiría?

Es brindarle confianza al paciente, brindar confianza a nuestro paciente para que el paciente nos comente todos sus problemas, si tu no tienes confianza con tu paciente, el paciente no va a tener confianza contigo y de ahí tú puedes darle todo el apoyo necesario, el apoyo emocional y todo, si no le tienes confianza al paciente, no te va a comentar nada, no te va a decir nada, o sea eso depende de uno, no exclusivamente del paciente, el paciente nada si quiere te dice algo sino no, pero todo depende de ti.

¿Será fácil?

Si sabes identificarlo es fácil, si sabes tomar una decisión para solucionarlo en ese momento y conversar es fácil; por que no vas a necesitar esfuerzo para brindar un apoyo emocional, vas a necesitar hablar y conocimiento.

¿Y en los pacientes agresivos?

Hay un dicho que dice dime como tratas a tu paciente y realmente los pacientes te van a tratar igual; si tú tratas muy bien a tu paciente, el paciente te va a tratar muy bien también, pero si tú haces un gesto nada más, ah, ni siquiera hablas, sino un gesto malo a tu paciente, el paciente ya te vio con los ojos, y ya no te va a llevar para nada por que no le va a gustar que su enfermera lo atienda por un gesto. Entonces hay que cuidarnos nosotros hasta de un gesto que podamos hacer delante de nuestros pacientes.

¿Ud cree que apoyo emocional es neto de enfermería? ¿Y Ud cree que lo estamos dando bien?

Primero, como tú sabes acá, según la norma, nosotros debemos tener en cada turno 2 enfermeras, pero tenemos una, entonces para brindar apoyo emocional, imagínate, a la hora que haces tratamiento tienes que brindar el apoyo emocional aunque sea un par de minutos, sino no te alcanza el tiempo. Así es....Nos brindamos no, no brindarnos adecuadamente el apoyo emocional

¿Ud cree que es neto de enfermería? ¿Por qué?

El apoyo emocional sí, uno se involucra el 100%, por que es parte de nuestro trabajo, por que es parte, mira que yo quiero saber que mi paciente por que está dormido, por que no conversa, es igual que si un niño está tranquilo y no hace nada es por algo, los niños nunca van a estar tranquilos, sentaditos, quieren conocer todo, quieren hablar, gritar, cantar, bailar, todo hacen; y nuestros pacientes igualitos. El ser humano es así.