



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Postgrado

Programa de Magíster en Educación con mención en Informática Educativa

**INCORPORACIÓN DE SOFTWARE EDUCATIVO EN LA
COMUNICACIÓN ENTRE FAMILIARES DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN UNIDAD DE TRATAMIENTO
INTENSIVO Y EL EQUIPO DE SALUD**

**Tesis para optar a grado de Magíster en Educación con mención en Informática
Educativa**

MARCELA SALAZAR G.

TESISTA

IRENE TRUFFELLO C.

DIRECTORA TESIS

Santiago Chile
2006

DEDICATORIA

Sin duda, esta tesis debería tener dos nombres y el segundo sería el de mi esposo Mario.

No se puede expresar en palabras la gratitud por tantos momentos, tanta paciencia., innumerables “gestos”....

Gracias por tu apoyo incondicional, por animarme a salir adelante, y estoy segura que sin tu compañía no podría haber llegado a terminar este proyecto.

Con todo el esfuerzo que he puesto en estos años, y todo el amor que siento por ti, te dedico esta tesis.

Una vez más **Gracias de corazón**, por que dar gracias solamente es insuficiente.

AGRADECIMIENTOS

Cuando decir "gracias" resulta insuficiente.....

Todo mi agradecimiento:

A Dios, quien sin duda va caminando junto a mí.

A mis padres quienes me han dado una vida llena de alegrías, amor, apoyo y aliento en los momentos difíciles. Gracias por guiar mi transitar por la vida.

A mis amigos, quienes me han apoyado y me han enseñado el verdadero significado de la amistad. Me han enseñado que la edad, cargo, religión, personalidad no son límites para entregar el corazón.

A Clínica Las Condes por confiar en mí, en la realización de este Magíster, y en la realización de esta tesis, que sin duda sin su apoyo no se habría podido realizar. En especial a la Subdirección académica, Dr. Martínez por el financiamiento del software educativo y a la Gerencia de Enfermería por su apoyo en la realización del Magíster y el desarrollo de este proyecto.

A las jefaturas de Centro Pacientes Críticos, a la Sra. Victoria Soto, por su apoyo incondicional en los inicios de esta tesis, y a la actual jefatura por su apoyo y colaboración en el término de este proyecto.

Al querido equipo de salud de la Unidad de Tratamiento Intensivo, gracias por la comprensión, el apoyo y la ayuda en la realización de este trabajo de tesis. En especial a mis compañeras enfermeras y auxiliares, que me han enseñado el verdadero significado de la palabra vocación.

A todos los familiares de los pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo que colaboraron en este proyecto, reciban mi gran admiración.

A Elías, quien me apoyo en la realización del software, gracias por su paciencia, y sus ideas.

A la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, en especial a Don Fernando Pérez, por jugársela por mí, al ingresar al Magíster e incentivarme a realizar este trabajo de tesis.

A mi querida Directora de Tesis: Sra. Irene Truffello por su asesoramiento científico y estímulo para seguir creciendo, su predisposición permanente e incondicional en aclarar mis dudas y por sus substanciales sugerencias durante la redacción de la Tesis.

A todos aquellos quienes “Sueñan”:

“Sueña con un mañana
. Un mundo nuevo debe llegar.
Ten fé es muy posible si tú estás decidido.
Sueña que no existen fronteras y amor sin barreras no mires atrás.
Vive con la emoción de volver a sentir, a vivir la paz.
Siembra en tu camino un nuevo destino
y el sol brillará
Donde las almas se unan en luz la bondad y el amor renacerán...
Sueña”

INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	7
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
OBJETIVOS.....	10
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	11
ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	11
MARCO TEÓRICO.....	16
I. Cultura de la organización de Unidad de Tratamiento Intensivo.....	17
II. Comunicación y educación	27
III. Nuevas tecnologías de la información y la comunicación / software educativo.....	33

BIBLIOGRAFÍA.....	42
METODOLOGIA.....	48
PLAN DE TRABAJO	52
Diseño de proyecto software educativo informativo de la cultura de la organización de Unidad de Tratamiento Intensivo.....	53
RESULTADOS	
Resultados cuestionarios familiares.....	59
Resultados cuestionarios equipo de salud	72
CONCLUSIONES.....	82
APENDICE	
Anexo 1: Resumen investigación cualitativa: “Creencias y sentimientos de familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo”.....	87
Anexo2: Cuestionarios familiares de pacientes hospitalizados.....	112
Anexo 3: Cuestionarios equipo de salud	122
Anexo 4: Selección de algunas plantillas del software educativo	128
Anexo 5: Fotografías del software educativo en sala de espera de De Unidad Tratamiento Intensivo.....	138

INTRODUCCIÓN

Cuando un paciente ingresa a Unidad de Tratamiento Intensivo, uno de los aspectos a considerar es que, sin tener en cuenta la naturaleza de la enfermedad, el objetivo de la intervención en unidades críticas es *promover, mantener y restablecer niveles óptimos de funcionamiento orgánico, psicológico y social*.

En Unidades de Tratamientos Intensivo el objetivo inmediato es asegurar la supervivencia del paciente lo cual va a determinar las prioridades de intervención; en este sentido lo primero es cautelar la sobrevivencia del paciente. Cuando esto ya se controló recién existe la posibilidad de reevaluar la situación y atender otros problemas.

Es así como mientras estabilizamos al paciente, su familia espera....

El ingreso de un paciente en una Unidad de Tratamiento Intensivo produce separación y ruptura, altera los roles familiares y genera necesidades que se traducen en demandas de seguridad e información. Numerosos trabajos a nivel internacional ponen de relieve la importancia de la inclusión de la atención a la familia para reducir la ansiedad y para ayudar a mantener la estructura familiar de manera que ésta pueda actuar como soporte del paciente.

Es así como con el objetivo de Conocer las creencias, sentimientos y expectativas de las familias del paciente hospitalizado en una Unidad de Tratamiento Intensivo de Clínica Las Condes, se realizó durante los meses de Julio a Diciembre 2004, una investigación de carácter cualitativa en donde a través de observaciones reiteradas, se obtuvo información de lo que sucede en la sala de espera. La sala de espera es el lugar donde los familiares tienen acceso a la Unidad de Tratamiento Intensivo y donde esperan día a día.

Dentro de las principales conclusiones de esta investigación preliminar se destaca que:

- Si bien existe una buena percepción de preocupación por los familiares de los pacientes, la necesidad de información es la gran tarea que se debe suplir.
- Proporcionar un ambiente acogedor, cálido, con las medidas medio ambientales y psicológicas adecuadas ayuda a superar la mayor parte de las dificultades.
- La información que se entrega a la familia sobre el tratamiento que se proporciona al paciente permiten disminuir la ansiedad y favorecer el grado de comunicación con la familia.
- En relación al aprendizaje de la cultura de la organización de la Unidad de Tratamiento Intensivo, uno de los aspectos que debe mejorarse es la uniformar la entrega de información, con el objetivo de acercar a la familia al conocimiento de la organización, y dinámica de la Unidad de Tratamiento Intensivo.

Considerando estos antecedentes, se planteó como posible solución la entrega de información a los familiares de la organización y funcionamiento de la Unidad de Tratamiento Intensivo, a través de un software educativo, que incluyó: sistemas de turnos, horarios, fotos del personal a cargo por turno, ¿Por qué lavarse las manos?, número de teléfonos a dónde llamar, mapa de clínica, enfermera que día a día atiende al paciente, equipo de salud de turno y pequeño video informativo sobre la planta física de la Unidad de Tratamiento Intensivo, entre otros, para proporcionar mayor seguridad e información a los familiares, en especial, en los momentos iniciales del ingreso, que es cuando los familiares están bloqueados por la situación y el equipo de salud lucha por salvar la vida del paciente.

El anexo N°1 se ilustra con mayor detalle estos antecedentes.

PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿LA INCORPORACION DE SOFTWARE EDUCATIVO DE LA CULTURA DE ORGANIZACIÓN DE UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO AUMENTA LA COMUNICACIÓN ENTRE FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EL EQUIPO DE SALUD?

Esta pregunta emana de la eventual posibilidad de que el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, aumente la comunicación entre el equipo de salud y los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo, de manera que de mano de la educación y las nuevas tecnologías, se satisfagan importantes falencias a nivel de información y comunicación a los familiares, lo que aumenta el estrés, angustia, y disminuye la comunicación.

OBJETIVOS DE INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL

Determinar si la incorporación de un software educativo, aumenta la comunicación entre el equipo de salud y los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Diseñar y aplicar un software educativo, que permita informar y orientar a los familiares de pacientes hospitalizados.
2. Comparar la comunicación entre el equipo de salud y los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo antes y después de la incorporación del software educativo.
3. Educar al equipo de salud de Unidad de Tratamiento Intensivo, para favorecer la entrega de información tanto de la organización de la Unidad como del estado del familiar, a través del software educativo.

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

- ¿La utilización del Software educativo, permite aumentar la comunicación entre el equipo de salud y los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo?
- ¿La entrega de información de la cultura de la organización de la Unidad de Tratamiento Intensivo, que no presenta el uso del software educativo, aumenta de la misma forma la comunicación entre el equipo de salud y los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo?

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA A INVESTIGAR

Refuerzan la importancia de este estudio algunas evidencias internacionales, los cuales ponen de relieve la importancia de la inclusión de la atención a la familia para reducir la ansiedad y para ayudar a mantener la estructura familiar de manera que ésta pueda actuar como soporte del paciente.

Los siguientes estudios avalan el problema a investigar:

1. Pirard, M. Patient, family, nurses and intensive care unit: review of the literature and state of a practice "in the field". Ann Med Psychol Paris. 1994 Nov; 152 (9): 600-8.

Revisión de la literatura acerca de la Unidad de Tratamientos Intensivos como una experiencia estresante para el paciente y unas necesidades diferentes para las familias.

2. Rukholm-E; Bailey-P. Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. J-Adv-Nurs. 1991 Aug; 16(8): 920-8.

Estudio descriptivo realizado durante tres meses con una muestra de 166 pacientes. Se utilizó como medio de recolección de datos el cuestionario de Molter y un test de ansiedad aplicados en una serie de entrevistas. Destaco como principal hallazgo la relación que se establece entre las necesidades de familiares de pacientes críticos y nivel de ansiedad que padecen. Hace énfasis en la obligación de prestar asistencia a los familiares a la vez que al propio paciente. Destaca la necesidad de repetir estudios parecidos con una muestra mayor.

3. Leske-JS. Comparison ratings of need importance after critical illness from family members with varied demographic characteristics. Crit- Care-Nurs-Clin-North-Am. 1992 Dec; 4(4): 607-13.

Estudio descriptivo multicéntrico en el que teniendo en cuenta las siguientes variables con respecto al miembro familiar entrevistado (edad, genero, relación con el paciente, experiencias previas en Unidad de Tratamiento Intensivo, diagnostico médico) durante un periodo de diez años destaca las siguientes necesidades como fundamentales: Soporte, confort, información, proximidad y seguridad.

4. Díaz Chicano, J.F.; Castañón Baquera, R: Cuidados a familiares de pacientes críticos. Enfermería científica, 1997, 184-185; 26-30.

Revisión bibliográfica en la que se señala que partiendo de una concepción holística del paciente es necesaria la aplicación de cuidados a sus familiares. En la revisión efectuada señala la coincidencia de los autores en el reconocimiento de las necesidades de información y seguridad como las más importantes.

Refieren que tras una identificación previa de necesidades deben implantarse en los planes de cuidados actividades del tipo:

- Mejor y más información.
- Más número de visitas e implicación en los cuidados de los familiares.

- Apoyo emocional.
- Estimulación del auto cuidado.

5. García Aguilar J.F. Comunicación e información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos. Enfermería clínica Vol. 5, (3), 1995:99-104.

Se trata de un estudio descriptivo en el cual a través de una encuesta (enviada por correo pasado un tiempo) se observa que los familiares refieren buena información en general en lo referido al proceso patológico, escasa información por parte del equipo de salud y escasa relación interpersonal de los profesionales con la familia especialmente agravada en el caso de pacientes moribundos.

6. O'Malley-P; Favaloro-R. Critical care nurse perceptions of family needs. Heart-Lung. 1991; 20(2): 189-201.

Se trata de un estudio descriptivo en el que se examinan las percepciones que las enfermeras poseen acerca de las necesidades de la familia de pacientes ingresados en Unidad de Tratamiento Intensivo, afirma que las enfermeras creen poseer tiempo disponible y capacidad para la atención de los familiares en la práctica diaria. Destaca que existen distintas percepciones acerca de las necesidades familiares dependiendo de las características y permanencia de los pacientes ingresados, tiempo de desarrollo profesional y tiempo de ejercicio en Unidad de Tratamiento Intensivo.

7. Krumberger-JM. Linking critical care family research to quality assurance. AACN-Clin-Issues-Crit-Care-Nurs. 1991 May; 2(2): 321-8.

La “Joint Comisión on accreditation of Health care Organizations” requiere de la realización de actividades de investigación de enfermería en el contexto de familiares de pacientes ingresados en Unidad de Tratamiento Intensivo, lo cual contribuye al desarrollo de un control de calidad que evalúa la satisfacción con las intervenciones de enfermería en estas unidades.

8. Campbell-ML; Field-BE. Management of the patient with do not resuscitate status: compassion and cost containment. Heart-Lung. 1991 Jul; 20(4): 345-8.

Este estudio se basa en una experiencia realizada con 131 pacientes centrado en las necesidades físicas, psicológicas y espirituales de pacientes y familia. Expresa como un enfoque multidisciplinar y humano a la hora de abordar a pacientes irrecuperables, reduce costos y favorece una muerte digna al evitarse intervenciones terapéuticas innecesarias.

9. Gary Bouley, kathleen von Hofe. Holistic care of the critically ill: Meeting both patient and family needs. Dimensions of Critical Care Nursing, vol.13, nº 4, July-Aug 1994: 218-22.

Estudio en el se aprecia la necesidad de atender a los familiares de los pacientes ingresados en Unidad de Tratamiento Intensivo, señalándose la importancia de la preparación de las enfermeras de para tratar las necesidades de la familia en tiempos de crisis. Esto implicaría una reducción de costos así como una mayor satisfacción de los familiares.

10. Johnson, D. Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. Crit Care Med. 1998 Feb; 26 (2) : 266-71. 206-7

Estudio descriptivo para determinar la habilidad para encontrar las necesidades de información de las familias de pacientes de Unidad de Tratamiento Intensivo. Se recogieron variables demográficas de los pacientes y familiares y datos del proceso asistencial. Hubo mayor insatisfacción en las familias si hubo más de dos cuidadores por paciente o si no se asignó la misma enfermera en dos días consecutivos. La satisfacción aumentó si la entrevista la hizo una mujer, con la mayor gravedad del enfermo y si el familiar más significativo del paciente era un hermano o hermana.

11. Forrester-DA; Murphy-PA. Critical care family needs: nurse-family member confederate pairs. Heart-Lung. 1990 Nov; 19(6): 655-61.

Estudio descriptivo que explora la relación existente entre las necesidades sentidas por la familia y la valoración de estas necesidades por parte de una muestra de enfermeras de Unidad de Tratamiento Intensivo. Se detectan diferencias significativas entre las percepciones de la familia y la valoración de la enfermera respecto a la importancia de las mismas, así como poca exactitud por parte de las enfermeras en su valoración de las necesidades de la familia. Se identifica la necesidad de implicar en la práctica, educación e investigación.

Se observa que en ninguna de estas investigaciones, se ha hecho un esfuerzo de esta naturaleza incorporando información y comunicación, a través de un software educativo, lo que ha permitido educar al equipo de salud y acoger las sugerencias de la familia.

MARCO TEORICO

Como parte de la recopilación que se va a realizar acerca del conocimiento acumulado que existe sobre el tema relacionado con el problema a investigar, se dividirá el presente marco teórico en 3 subtemas:

IV. CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN DE UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO

V. COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN

VI. NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN / SOFTWARE EDUCATIVO

I. CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN DE UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO

El ingreso de un paciente en Unidad de Tratamiento Intensivo implica un cambio brusco y radical del nivel de independencia acompañado de una situación de vida muy agresiva e inusual, que genera una pérdida de autonomía casi absoluta. El paciente depende del equipo de salud para cubrir la mayoría de sus necesidades. Las Unidades de Tratamientos Intensivos son escenario frecuente de sufrimiento el cual es compartido por la familia y seres queridos del paciente crítico, pero, está, además, profundamente marcado por una continua vivencia de incertidumbre y sobrecarga emocional y social, que da lugar a percepciones e ideas generadoras de angustia y a una reducción de su capacidad de afrontar la situación.

Las Unidades de Tratamientos Intensivos, por lo general, son espacios cerrados y regulados por el equipo de salud que cuida a los pacientes. Esto significa que “los de dentro” (pacientes y equipo de salud) mantienen poco contacto (físico, emocional y de comunicación) con los “de fuera” (familiares/amigos de los pacientes) y que éstos no tienen facilidad para acceder al interior de la Unidad.

Una Unidad de Tratamiento Intensivo, se define como aquella dependencia, hospitalaria destinada a proporcionar cuidado médico y de enfermería permanente y oportuno a pacientes críticos inestables. Se caracteriza por contar con residencia médica permanente, así como contar con tecnología de alta complejidad, solamente disponibles en estas unidades.

El principal objetivo de la Unidad de Tratamiento Intensivo es asegurar una atención de calidad a los pacientes críticamente enfermos. Requiere de un equipo calificado de médicos, enfermeras y técnicos paramédicos en cantidad suficiente, que deberán proporcionar un cuidado multidisciplinario e integral.

El equipo de salud que trabaja en la Unidad de Tratamiento Intensivo, esta a cargo de un médico jefe, quien es el responsable de las funciones de planificación, coordinación del trabajo interno y relaciones externas, además de realizar las actividades evaluativas y de supervisión técnico y administrativas. Los médicos residentes que dan cobertura permanente a la Unidad, quienes son los responsables de la actividad asistencial. La enfermera coordinadora de la Unidad, quien es la encargada de organizar, programar, dirigir y evaluar las actividades de enfermería asegurando una atención oportuna y eficaz. Las enfermeras clínicas, quienes son responsables de la atención directa del paciente. Los auxiliares técnicos paramédicos, quienes cumplen funciones de confort y otras actividades de apoyo y los auxiliares de servicio quienes son los encargados de cumplir las funciones de orden y limpieza de la Unidad.

En relación a la organización de Unidad de Tratamiento Intensivo, con el fin de asegurar servicios de mejor calidad, existen normas internas y manuales que uniforman criterios y estandarizan los procedimientos.

Los pacientes que ingresan a Unidad de Tratamiento Intensivo, son aquéllos cuya condición patológica afecta a uno o más sistemas, que pone en riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad, que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado.

Dentro de los criterios de admisión para el ingreso de un paciente a Unidad de Tratamiento Intensivo, se han establecido criterios de gravedad:

- **Prioridad 1:** Incluye pacientes críticos inestables que necesitan tratamiento intensivo (ventilación mecánica, monitorización hemodinámica, infusión continua de drogas vasoactivas)
- **Prioridad 2:** Incluye pacientes con una enfermedad crónica que presentan una complicación aguda o severa reversible y que se beneficiarán con los procedimientos realizados en la Unidad de Tratamiento Intensivo.

- **Prioridad 3:** Incluye pacientes que al momento de la admisión no se encuentran en situación crítica, pero que requieren los servicios de monitorización de una Unidad de Tratamiento Intensivo y aquellos pacientes que se encuentran en riesgo de necesitar en el corto plazo tratamiento intensivo.

Para ingresar a la Unidad es un requisito fundamental que el paciente sea previamente evaluado por el médico residente y durante su hospitalización, las decisiones acerca del manejo de éste competen al equipo de salud, el cual considera la opinión del médico tratante y/o los médicos especialistas interconsultores cuando sea necesario.

Toda Unidad de Tratamiento Intensivo posee políticas de ingreso, egreso y triage. Además, debe existir una adecuada revisión de los resultados obtenidos, respaldados por una base de datos, lo que permite conocer las características de las admisiones, la toma de decisiones y la mortalidad.

La entrega de turno es una actividad que se hace por todos los estamentos que conforman el equipo de salud que trabaja en la Unidad de Tratamiento Intensivo, con el objetivo de informar de las condiciones del paciente, tratamiento y novedades de la Unidad.

En relación a las visitas de pacientes por parte de los familiares, existe una política de visitas que no interfiere el funcionamiento de la Unidad y no significa riesgos para el paciente.

El equipo de salud que trabaja en Unidad de Tratamiento Intensivo, trabaja en sistema de cuarto turno, que quiere decir que cumplen 48 horas semanales, a través de realización de un turno diurno de 12 hrs., un turno nocturno de 12 hrs. y 2 días libres.

El aprendizaje de esta organización y funcionamiento por parte de los familiares va a depender de la comunicación clara para enfrentar la situación de crisis vivida con mayor éxito posible.

Es así como se puede enfocar la situación crítica desde tres puntos de vista:

- a) La vivencia de la crisis como equipo de salud
- b) La vivencia de la crisis como paciente o como familiar.
- c) La comunicación entre los miembros del equipo de salud y los familiares de los pacientes.

Dado estos tres puntos de vista y según los antecedentes de la investigación cualitativa “Creencias, sentimientos y expectativas de las familias del paciente hospitalizado en una Unidad de Tratamiento Intensivo de Clínica Las Condes”, realizada durante los meses de Julio a Diciembre 2004, se observa que:

- A las familias se les esta ofreciendo cada día mayor participación en los cuidados del paciente crítico, lo que permite disminuir la ansiedad y favorecer el grado de satisfacción tanto de la familia como del paciente.
- Permitir que los miembros del núcleo familiar colaboren en los cuidados del paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos implica mayor esfuerzo por parte del equipo de salud a cargo del paciente en estado crítico.
- La necesidad de información es la gran tarea que se debe suplir.
- Uno de los aspectos que debe mejorarse es la uniformar la entrega de información, con el objetivo de acercar a la familia al conocimiento de la cultura de una Unidad de Tratamiento Intensivo,

Dados los antecedentes presentados, se concluye que para comprender la organización de la Unidad de Tratamiento Intensivo, es preciso conocer su cultura.

La **cultura** es un concepto que inicialmente es estudiado por la antropología; bajo este contexto cultura, para Münch (1998) es el “conjunto de conocimientos, creencias, leyes, moral, costumbres, capacidades y hábitos adquiridos por el hombre, como miembro de la sociedad” (p. 48)

Recordando que esta cultura debe estar inserta en una organización, que es la Unidad de Tratamiento Intensivo, este mismo autor describe el concepto de Cultura organizacional “es el conjunto de sistemas formales e informales que se practican en una organización; en otras palabras, es una forma de vida de una organización” (p. 49-50)

Davis y Newstrom (1998) la definen como “el conjunto de supuestos, convicciones, valores y normas que comparten los miembros de una organización” (p. 111)

Robbins (1999) señala que cultura organizacional “se refiere a un sistema de significado compartido entre sus miembros y que distingue a una organización de las otras” (p. 595)

Por su parte, García (1999) señala que para comprender la cultura de una empresa, por lo menos hay que considerar tres niveles que son: la cultura del entorno en el que opera, la cultura de la empresa tomada como entidad y las subculturas de la empresa (p. 14)

García (1999) analiza el desarrollo de la cultura organizacional desde cinco enfoques diferentes:

- Un primer enfoque se caracteriza por destacar que la cultura organizacional es lo que los integrantes del grupo comparten; sus puntos comunes, como los valores y creencias a partir de los cuales se genera una particular forma de trabajo colectivo
- Un segundo enfoque expone que la cultura genera reglas y normas de acción.
- Un tercer enfoque posee como punto en común señalar a los fundadores y directivos como generadores y guías de la cultura, ya que la comunican y comparten, y de esta forma cultivan con el tiempo sus creencias, valores y formas de pensar hacia los integrantes de la organización.
- El cuarto enfoque se caracteriza por destacar que la cultura influye de un modo inconsciente en la forma de comportarse del grupo ante la sociedad.
- El último enfoque es aquel en el que la cultura ha sido referida como el 'software' de la que sirve como patrón mental que constituye y legitima las actividades de la organización (p.15-16)

Tanto Münch (1998) como García (1999) sostienen que la cultura está compuesta por una serie de manifestaciones:

- Conceptuales o simbólicas: La filosofía, que refleja el ideal que se pretende alcanzar; símbolos, que son la disposición física de la corporación.
- Manifestaciones conductuales. El lenguaje: está conformado por palabras, expresiones, modismos, giros y claves que utilizan las personas para comunicarse verbalmente y que cada organización desarrolla su manera particular de comunicación.

- Manifestaciones estructurales: Son aquéllas con las que de una manera directa pretende asegurarse el cumplimiento de los objetivos organizacionales.
- Manifestaciones materiales: Son todos los recursos físicos que desarrolla la organización, con los cuales se apoya para llevar a cabo sus diferentes actividades y que los conserva lo mejor posible. p. 18-23)

La organización es un proceso encaminado a obtener un fin. La organización se define como la estructuración técnica de las relaciones que deben existir entre las funciones, niveles y actividades de los elementos humanos y materiales de un organismo social, con el fin de lograr máxima eficiencia en la realización de planes y objetivos.

Según Gómez G. (2001) “la organización es la función de crear o proporcionar las condiciones y relaciones básicas que son requisito previo para la ejecución efectiva y económica del plan. Organizar incluye, por consiguiente, proveer y proporcionar por anticipado los factores básicos y las fuerzas potenciales, como está especificado en el plan” (p 196)

Es así como para conocer la cultura de la organización de la Unidad de Tratamiento Intensivo, se utilizará el **interaccionismo simbólico**, el cual es una de las orientaciones metodológicas que comparten las ideas básicas del proceso hermenéutico, o interpretativo. Trata de comprender el proceso de asignación de símbolos con significado al lenguaje hablado o escrito y al comportamiento en la interacción social.

El Interaccionismo simbólico es una ciencia interpretativa, una teoría psicológica y social, que trata de representar y comprender el proceso de creación y asignación de significados al mundo de la realidad vivida, esto es, a la comprensión de actores particulares, en lugares particulares, en situaciones particulares y en tiempos particulares (Schwandt, 1994).

Desde el punto de vista metodológico o de investigación, el estudio de la acción debe hacerse desde la posición del actor. Puesto que la acción es elaborada por el actor con lo que él percibe, interpreta y juzga, uno tiene que ver la situación concreta como el actor la ve, percibir los objetos como el actor los percibe, averiguar sus significados en términos del significado que tienen para el actor y seguir la línea de conducta del actor como el actor la organiza: en una palabra, uno tiene que asumir el rol del actor y ver este mundo desde su punto de vista.

Blumer (1969) puntualiza, además, que el Interaccionismo simbólico se apoya en tres premisas básicas que constituyen su enfoque metodológico:

1. Los seres humanos actúan en relación con los objetos del mundo físico y de otros seres de su ambiente sobre la base de los significados que éstos tienen para ellos.
2. Estos significados se derivan o brotan de la interacción social (comunicación, entendida en sentido amplio) que se da en medio de los individuos. La comunicación es simbólica, ya que nos comunicamos por medio del lenguaje y otros símbolos; es más, al comunicarnos creamos o producimos símbolos significativos.
3. Estos significados se establecen y modifican por medio de un *proceso interpretativo*: “el actor selecciona, modera, suspende, reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en que se encuentra y la dirección de su acción...; los significados son usados y revisados como instrumentos para la guía y formación de la acción” (p. 12).

De estos tres presupuestos básicos, se desarrollan las formas definitivas metodológicas del Interaccionismo simbólico como perspectiva, ya sea en relación al actor social y a la interacción, como en lo relacionado con la organización social.

Blumer (1969) refiere que el interaccionismo simbólico requiere que el investigador entre activamente en el mundo de las personas que está estudiando para “ver la situación como es vista por el actor, observando lo que el actor tiene en cuenta y observando cómo él interpreta lo que está teniendo en cuenta” (p. 56).

El proceso de la interpretación de los actores se vuelve inteligible no por la mera descripción de palabras y hechos, sino tomando aquella rica descripción como un punto de partida para formular una interpretación de lo que son realmente los actores (Schwandt, 1994).

Desde los principios de la década de 1970, Norman Denzin comenzó un trabajo metodológico que lo ubicó en el centro de los debates sobre la teoría de la investigación del interaccionismo simbólico; él hizo varios intentos para formular los procedimientos que considera como sus bases metodológicas; una de las mayores contribuciones en este sentido fue el concepto de “*triangulación múltiple*”, es decir, la combinación de múltiples *métodos* (que permitan la penetración del grupo de vida), múltiples tipos de *datos* (de diferentes muestras), múltiples *observadores* (más de un punto de vista) y múltiples *teorías* (para analizar la información), todo en el desarrollo y estudio de una misma investigación.

Denzin (1971) aclara que el interaccionismo simbólico comienza con una “*imagen sensibilizadora del proceso de interacción*” (p.168) construida alrededor de conceptos sociales generales, tales como el yo, el lenguaje, la situación social, el objeto social y los actos asociados a ellos. Después, el investigador “se mueve de los conceptos sensibilizadores al mundo inmediato de la experiencia social real y permite que ese mundo module y modifique su marco conceptual y, de ese modo, el investigador se mueve continuamente entre el dominio de la teoría social más general y los mundos de las personas naturales y reales” (*ibídem*)

El interaccionismo simbólico se refleja en cada momento en la cultura de la organización de la Unidad de Tratamiento Intensivo: En la toma de decisiones inmediatas basadas en la experiencia profesional, en la realización de la técnica exacta, en el uso de aparatos, en la

realización de procedimientos. Con el objetivo de salvar vidas, en base al cuidado integral de los pacientes.

El cuidado es una necesidad humana esencial para el completo desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo. En tal sentido Leininger (1984) refiere que "El cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la Enfermería." (Pág.46) De manera que para el equipo de salud el cuidado es un fin y la más alta dedicación al paciente.

Por otra parte la misma autora señala que el cuidado son "aquellos actos de ayuda, apoyo o facilitación a otro individuo o grupos con necesidades anticipadas o evidentes para mejorar o beneficiar uní situación o forma de vida humana", por su parte Watson (1988) refiere que "La prestación humana de cuidados supone valores, una voluntad compromiso con el cuidado, conocimiento, acciones de cuidar consecuencias." (Pág.29) De modo que, el equipo de salud mediante los cuidados proporcionados demuestra una expresión de interés, de preocupación, compromiso y afecto por las personas enfermas.

Collière (1997) refiere que cuidar "es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que requiere ayuda para satisfacer sus necesidades vitales, de manera temporal o definitiva. (Pág.234) De manera que el cuidar es ante todo un acto de vida, ya que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, permitiendo que ésta se continúe y se reproduzca, de ahí, que el equipo de salud, realiza una serie de acciones por medio de las cuales brinda cuidados a los pacientes ayudándolos a satisfacer sus necesidades.

II. COMUNICACIÓN Y EDUCACION

El ingreso del paciente en una Unidad de Tratamiento Intensivo somete a los miembros de la familia a una situación difícil. Familia y paciente, separados físicamente de su medio habitual y del apoyo afectivo, sufren y están angustiados. Si se considera a la familia como un núcleo en donde cada miembro que lo integra se interrelaciona, la hospitalización de uno de ellos origina una situación de crisis y desestabilización que repercute en todos sus componentes.

El paciente y su familia se encuentran en situación de desesperanza, soledad e impotencia; angustiados por el miedo al futuro y al dolor. Muchas veces estos sentimientos se ven exacerbados por el alto grado de complejidad técnica que los rodea y la falta de comunicación con el equipo de salud.

El equipo de salud, tiene un papel relevante para aclarar dudas, aconsejar a los miembros de la familia respecto a la actitud que deben adoptar con el paciente y animarles a superar los miedos, para poder prestar una estrecha colaboración en el cuidado del paciente.

La comunicación entre el equipo de salud y los familiares va a ser el medio de interacción y difusión, como mecanismo de intervención para generar, a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables para el cuidado de pacientes en estado de salud crítico.

Se define comunicación como el proceso por medio del cual dos o más personas se ponen en contacto, y se relacionan entre sí, para transmitirse algo. La comunicación es un proceso consciente y voluntario por el cual un emisor transmite un mensaje a un receptor. Sin embargo, el mensaje no puede ser entregado sin un medio de comunicación; estos son los instrumentos que se emplean para transmitir el mensaje (colores, movimientos, gestos, mímica, sonidos, etc.) permitiendo que éste llegue del emisor al receptor.

La comunicación para la salud se define como "la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño", o como "un proceso de presentar y evaluar información educativa persuasiva, interesante y atractiva que dé por resultado comportamientos individuales y sociales sanos".

La comunicación supone un intercambio entre sujetos que no sólo contribuye a la socialización del individuo, sino también a su propia formación, a la conciencia de sí mismo y a la interiorización de las conductas sociales. Por último, el modo más manifiesto de la comunicación es el lenguaje y los signos verbales (palabras) o de signos visuales (íconos), lo que implica:

- a.-Una emisión y una recepción.
- b.-Una codificación y una decodificación.
- c.-Una adecuada interpretación del significado.

El diccionario de la Real Academia dice, respecto de la comunicación:

<<Trato, o correspondencia entre dos o más personas>>

<<Transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor.>>

Para este efecto, la comunicación es una relación entre un emisor y un receptor a través de un mensaje, que es transmitido con un código de signos y por un canal o medio determinado y todo ello, condicionado por un contexto o circunstancias ambientales.

Lo anterior, conlleva a identificar los factores que intervienen en el proceso comunicativo. De su funcionamiento depende que sea posible comunicarse. Todos estos factores son intrínsecamente necesarios al proceso de comunicación.

a.-Emisor: Persona que produce el mensaje.

b.-Receptor: Persona o personas que reciben el mensaje emitido. Puede invertir el proceso y emitir otro mensaje como respuesta.

c.-Mensaje: Idea o ideas expresadas por el sujeto emisor. El contenido comunicado. Algo comunicado.

d.-Código: Normas y reglas establecidas para transmitir o cifrar el mensaje.

e.-Canal: Medios que utilizan el emisor y el receptor para ponerse en contacto. Pueden ser medios directos (voz, gestos, movimientos, etc.) o medios indirectos (correo electrónico, teléfono, radio, etc.)

f.-Contexto: Entorno ambiental, psicológico, social y humano que condicionan el hecho de comunicación ya sea facilitándola o entorpecéndola. En primer orden están: la atención, la motivación y el interés de los sujetos. También hay que tener en cuenta: circunstancias personales y condiciones externas del momento.

La información y la comunicación en salud son fundamentales para la adopción de modos de vida sanos, en forma individual y colectiva. "Dado que el comportamiento humano es un factor primordial en los resultados de salud, las inversiones sanitarias deben centrarse tanto en los comportamientos como en los establecimientos de salud y la prestación de servicios. La solución de los problemas de salud requiere que las personas comprendan y estén motivadas para adoptar o cambiar ciertos comportamientos. Por lo tanto, la comunicación eficaz debe formar parte de cualquier estrategia de inversión sanitaria" (Communicating for Behavior Change: A Tool Kit for Task Managers, Banco Mundial).

El hombre percibe a la comunicación como una necesidad fundamental que debe satisfacer para llevar a cabo exitosamente su proyecto de vida, ya sea en una dimensión física, social y cultural. De esta forma, la educación -disciplina que forma al hombre- centra su esfuerzo en la interacción participativa del ser humano, por lo cual, la comunicación adquiere decisiva importancia, tanto en el proceso educativo, como en las actitudes, conocimientos, habilidades y valores que constituyen la vida de cada uno.

En primer lugar, el fundamento humano, fines y estrategias de acción se inspiran, surgen y se explican en el ambiente cultural forjado y reconstruido permanentemente por su capacidad creadora. En tal sentido, el hombre inmerso en este espacio físico, cultural y social siente la necesidad de conocer esa realidad y comunicarse con sus semejantes. En segundo término, el significado de la comunicación en la Educación no podría ser otro, que el proceso de interacción humana, involucrando en ello todos los símbolos (herramienta esencial con que se explica y da sentido a la vida, a la realidad del ser humano y lo que lo diferencia de los animales) de los cuales dispone para contactarse con otros, de acuerdo a determinados propósitos.

Si compartimos la afirmación que la educación es formar al hombre para un medio social, la comunicación será el nexo con la sociedad y podrán incluirse en ella todos los medios de transmisión y recepción de las expresiones del pensamiento y de los sentimientos.

Este sólo hecho demanda al educador actual mayores competencias en el proceso comunicativo, consiguiendo que la interacción, adquiriera una efectividad cada vez mayor y mejor.

El replanteamiento del concepto de educación se da ya no en términos de transmisión y acumulación de información y/o conocimiento sino de la capacidad de "utilizarlos y aprovecharlos para toda la vida", es decir, en función de su adaptación al contexto actual, personal y social. Este nuevo enfoque asume la educación como un proceso dirigido a la adaptación, integración y desarrollo del ser humano y, por ende, de la sociedad. En 1996 Jaques Delors planteó un nuevo concepto de educación desde el punto de vista actitudinal, orientada a un plano cognitivo integral del individuo como ser humano, teniendo en cuenta su desarrollo

personal y sus aptitudes propias, ligado a la sensibilización por el respeto convivencial en relación con el "otro", dentro de un contexto global.

Se habla de que los cuatro pilares básicos de la educación del futuro son: “aprender a conocer, aprender a hacer , aprender a convivir y aprender a ser” (Informe Delors, 1996, p. 78)

1) Aprender a conocer: dominar los instrumentos del conocimiento, vivir dignamente y hacer mi propio aporte a la sociedad. Hace énfasis en los métodos que se deben utilizar para conocer – porque no todos los métodos que se utilizan sirven para aprender a conocer– y asegura que, en el fondo, debe haber el placer de conocer, comprender y descubrir.

2) Aprender a hacer: aprendemos para hacer cosas y nos preparamos para hacer una aportación a la sociedad. Las personas se forman para hacer un trabajo, aunque muchas veces no puedan ejercerlo. En lugar de conseguir una cualificación personal (habilidades), cada vez es más necesario adquirir competencias personales, como trabajar en grupo, tomar decisiones, relacionarse, crear sinergias, etc. Aquí importa el grado de creatividad que aportamos.

3) Aprender a convivir y a trabajar en proyectos comunes: en el Informe se asegura que este es uno de los retos más importantes del siglo XXI. Se debe aprender a descubrir progresivamente al otro; debemos ver que tenemos diferencias con los otros, pero sobre todo tenemos interdependencias, dependemos los unos de los otros. Y para descubrir al otro, debemos conocernos a nosotros mismos.

El Informe Delors propone que se favorezcan los trabajos en común, que se preste atención al individualismo –que no está en contra de la individualidad–, y que destaque la diversidad, como elemento necesario y creador.

4) Aprender a ser: es el desarrollo total y máximo posible de cada persona. La educación integral de la que se viene hablando desde finales del siglo XIX y comienzos del XX; aquélla del pensamiento autónomo.

Asimismo, dentro de este nuevo enfoque integral del concepto de educación, también se produce un cambio conceptual en cuanto a la herramienta base de la educación, la alfabetización. Este nuevo enfoque reconoce como parámetro de la alfabetización, ya no sólo la lecto-escritura, sino también y como eje fundamental para el desarrollo individual y social, el conocimiento y el desenvolvimiento dentro del ámbito de las nuevas tecnologías de la comunicación, el metalenguaje -oral, escrito y audiovisual (Castells, 1997). Este es otro gran cambio, ya que se va produciendo un reconocimiento de la importancia del lenguaje audiovisual, de los medios, para lo cual surge la inquietud de la educación en medios de comunicación, lo que significa la capacitación en lectura crítica de los múltiples mensajes que recibimos diariamente a través de los medios, con el fin de lograr ciudadanos críticos, conscientes, responsables y activos dentro de su contexto social.

La comunicación y la educación se presentan como herramientas y pilares fundamentales del desarrollo humano, en términos de consolidación de la cultura dentro de sociedades que velan y hacen respetar sus derechos colectivos e individuales. La educación es la clave fundamental para el desarrollo.

En función a los nuevos paradigmas y al papel de la educación en este fin de siglo, se insertan las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, dentro de un contexto global y de integración del conocimiento. Los conceptos de globalización del conocimiento de integración educativa adquieren sentidos diversos al depender de las diferentes concepciones que se asumen frente a las transformaciones culturales operadas a nivel mundial. Frente a esta realidad, y considerando las características de “competitividad” en que viven las sociedades actuales, es de innegable importancia el “conocimiento” como fuente de poder. En este escenario, la lucha por el poder está cada vez más asociada a la lucha por la distribución del conocimiento y la posibilidad de acceder a él, para no quedar afuera. En este sentido las Tecnologías de la información se insertan facilitando estos procesos de distribución o acceso a la información.

III. NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN / SOFTWARE EDUCATIVO

Desde hace aproximadamente veinte años, desde diversas ideologías, numerosos autores anuncian el advenimiento de la sociedad de la información: un conjunto de transformaciones económicas y sociales que cambiarán la base material de nuestra sociedad (Bell, 1973; Touraine, 1969; Bangemann, 1994 o Castells, 1997). Tal vez uno de los fenómenos más espectaculares asociados a este conjunto de transformaciones sea la introducción generalizada de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en todos los ámbitos del diario vivir. Están cambiando la manera de hacer las cosas: de trabajar, de divertirnos, de relacionarnos y de aprender. De modo sutil también están cambiando la forma de pensar.

La relación del ser humano con la tecnología es compleja. Por un lado, se utiliza para ampliar los sentidos y capacidades. A diferencia de los animales, el ser humano transforma su entorno, adaptándolo a sus necesidades, las reales y las socialmente inducidas, pero termina transformándolo a él mismo y a la sociedad.

Las tecnologías de la información y la comunicación han desempeñado un papel fundamental en la configuración de nuestra sociedad y nuestra cultura. Si se piensa en lo que han significado para historia de la Humanidad la escritura, la imprenta, el teléfono, la radio, el cine. o la TV. Desde los antepasados cazadores-recolectores que pintaban figuras en las paredes de sus cuevas y abrigos hasta nuestros días, la tecnología ha transformado al ser humano.

Los medios de comunicación y las tecnologías de la información han desempeñado un papel relevante en la historia humana. Como señala Moreno (1997), las dos cuestiones clave que preocupan a los historiadores de la comunicación son, en primer lugar, qué relaciones existen

entre las transformaciones de los medios de comunicación y las relaciones sociales y la cultura, entendida en sentido amplio. Y en segundo lugar, qué repercusiones han tenido los medios en los procesos cognitivos humanos a corto y largo plazo.

Las Tecnologías de la Información son aquellas tecnologías que se aplican a la creación, almacenamiento, selección, transformación y distribución de diversas clases de información”, Zorkoczy (1985). Estas se caracterizan por:

- Gran velocidad de penetración y también de obsolescencia
- Poder de cambio sobre la situación científica y tecnológica
- Capacidad de aplicación en la mayor parte del segmento productivo
- Capacidad de cambio como variable endógena de la economía
- Capacidad de economías de escala, dependiendo del potencial productivo, a la vez de poseer un valor añadido.

La definición de González, Gisbert et al., (1996, pág. 413), entendemos por "nuevas tecnologías de la información y la comunicación" el conjunto de procesos y productos derivados de las nuevas herramientas (hardware y software), soportes de la información y canales de comunicación relacionados con el almacenamiento, procesamiento y transmisión digitalizados de la información.

Cabero (1996) ha sintetizado las características más distintivas de las nuevas tecnologías en los siguientes rasgos: inmaterialidad, interactividad, instantaneidad, innovación, elevados parámetros de calidad de imagen y sonido, digitalización, influencia más sobre los procesos que sobre los productos, automatización, interconexión y diversidad.

Reigeluth (1991, p. 28), señala la sociedad de la información como: hecha a la medida del usuario, basada en la organización en equipo, autónoma con responsabilidad, donde destacan las

relaciones cooperativas, la iniciativa, la diversidad, trabajo en redes, holística, orientada a los procesos, con calidad total y toma de decisiones compartidas.

Gates (1995), "la influencia de estas nuevas tecnologías va a tener diferentes repercusiones en la sociedad, como son: un acceso a la información ilimitada por parte de todos y en cualquier momento, una individualización de la enseñanza por parte de los docentes, mediante la utilización de multimedia y programas de autor, alargar y divulgar el conocimiento y la investigación entre los docentes y los investigadores, la posibilidad de los docentes de superar la metodología expositiva, centrándose en la resolución de problemas. (p. 45).

Otra característica de las nuevas tecnologías de la información que tiene enorme importancia, especialmente en educación, es la interactividad (Bartolomé, 1995), es decir, la posibilidad de que emisor y receptor permuten sus respectivos roles e intercambien mensajes. Los medios de comunicación de masas, los periódicos, la radio y la televisión, definen los papeles de los participantes de modo estático: por un lado el productor/distribuidor de la información y por el otro el receptor/consumidor de la información. Unos pocos emisores centralizados, que precisan recursos muy costosos, difunden mensajes estandarizados a una masa de receptores/consumidores pasivos y dispersos. Los nuevos medios se caracterizan por todo lo contrario: no existe un centro y una periferia, un emisor y una masa de espectadores. La inteligencia de las nuevas redes de comunicación está distribuida entre los nodos y pasar de la comunicación persona a persona a la comunicación de masas es sumamente sencillo. De hecho, la masa indiferenciada, creada por los medios de comunicación tradicionales, está desapareciendo para dar paso a grupos de interés e individuos que interactúan entre sí, formando comunidades virtuales, y que no sólo consumen información, sino que también la producen y distribuyen.

La implantación en la sociedad de las denominadas "nuevas tecnologías" de la comunicación e información, está produciendo cambios insospechados respecto a los originados en su momento por otras tecnologías, como fueron en su momento la imprenta, y la electrónica. Sus efectos y alcance, no sólo se sitúan en el terreno de la información y comunicación, sino que lo sobrepasan para llegar a provocar y proponer cambios en la estructura social, económica, laboral, jurídica y política. Y ello es debido a que no sólo se centran en la captación de la información, sino

también, y es lo verdaderamente significativo, a las posibilidades que tienen para manipularla, almacenarla y distribuirla.

Como señala Castell y otros (1986, 13): "Un nuevo espectro recorre el mundo: las nuevas tecnologías. A su conjuro ambivalente se concitan los temores y se alumbran las esperanzas de nuestras sociedades en crisis. Se debate su contenido específico y se desconocen en buena medida sus efectos precisos, pero apenas nadie pone en duda su importancia histórica y el cambio cualitativo que introducen en nuestro modo de producir, de gestionar, de consumir y de morir".

La educación es un sector tradicionalmente poco dado a novedades y cambios. Seymour Papert (1993) nos ofrece una historieta que ilustra los diferentes ritmos de cambio en educación y en la profesión médica:

"La educación y la formación serán, más que nunca, los principales vectores de identificación, pertenencia y promoción social. A través de la educación y la formación, adquiridas en el sistema educativo institucional, en la empresa, o de una manera más informal, los individuos serán dueños de su destino y garantizarán su desarrollo" (Comisión Europea, 1995, pág., 16).

En el primer informe anual del Foro de la Sociedad de la Información a la Comisión Europea (Foro de la Sociedad de la Información, 1996) se afirma "El cambio (hacia la sociedad de la información) se produce a una velocidad tal que la persona sólo podrá adaptarse si la sociedad de la información se convierte en la 'sociedad del aprendizaje permanente'".

En primer lugar, el ritmo de cambio de nuestra sociedad es tan rápido que los sistemas de formación inicial no pueden dar respuesta a todas las necesidades presentes y futuras de la sociedad. Hace años que somos conscientes de que la formación debe prolongarse durante toda la vida y que el reciclaje y la formación continuada son elementos clave en una sociedad desarrollada y moderna. Sin embargo, los importantes cambios que las nuevas tecnologías están introduciendo en los puestos de trabajo han hecho este principio mucho más evidente que antes. Se están creando nuevos sectores productivos relacionados con dichas tecnologías, otros se transforman por la introducción de nuevas formas de organización y, finalmente, es posible que desaparezcan muchos puestos de trabajo como subproducto de la revolución tecnológica. Por eso, en la sociedad de la información deberán crearse los mecanismos necesarios para que dicha formación continuada alcance a la gran cantidad de personas que, presumiblemente, van a necesitar nuevos conocimientos, habilidades y destrezas. En este punto, las nuevas tecnologías tienen un papel relevante, no solo como contenido de la formación, sino como medio para hacer llegar dicha formación a sus destinatarios.

Un segundo aspecto, relacionado directamente con el anterior, hace referencia a la ampliación de los escenarios educativos. La formación y el reciclaje, en tanto que elementos estratégicos para la competitividad, estarán cada vez más presentes en la vida laboral de los trabajadores. La formación en el puesto de trabajo o en el hogar (que será también el centro de trabajo para muchas personas) se combinarán con la recibida en las instituciones tradicionales. Estos escenarios plantean desafíos técnicos y pedagógicos a los que los profesionales deberemos responder. En primer lugar, los roles de profesores, alumnos y personal de apoyo deben adaptarse a los nuevos entornos. No solo se trata de adquirir conocimientos generales sobre como usar los nuevos medios, sino también de las implicaciones de dichos tipos de comunicación en los procesos de enseñanza/aprendizaje. Los estudiantes deberán adoptar un papel mucho más activo, protagonizando su formación en un ambiente muy rico en información. Las nuevas tecnologías no sólo van a incorporarse a la formación como contenidos a aprender o como destrezas a adquirir. Serán utilizadas de modo creciente como medio de comunicación al servicio de la formación, es decir, como entornos a través de los cuales tendrán lugar procesos de enseñanza/aprendizaje.

Como señala Martínez (1996) "en los procesos de enseñanza/aprendizaje, como prácticamente en la totalidad de los procesos de comunicación, pueden darse diferentes situaciones espacio-temporales, tanto en la relación profesor-alumno, como en relación a los contenidos". Las aulas virtuales, la educación en línea, a través de redes informáticas, es una forma emergente de proporcionar conocimientos y habilidades a amplios sectores de la población. Los sistemas asíncronos de comunicación mediada por ordenador proporcionarán la flexibilidad temporal necesaria a las actividades para que puedan acceder a la formación aquellas personas con dificultades para asistir regularmente a las instituciones educativas presenciales debido a sus obligaciones laborales, familiares o personales. La desaparición del espacio físico en estas nuevas modalidades de formación creará un mercado global en el que las instituciones educativas tradicionales competirán entre sí y con nuevas iniciativas formativas. (pág 111),

El proceso de globalización y el desarrollo acelerado de las nuevas tecnologías de la información y comunicación vienen produciendo en el mundo una serie de cambios fundamentales a todo nivel: político, económico, social y cultural. Estamos viviendo el inicio de una nueva era, la era de la Sociedad de la Información, la era de las telecomunicaciones, la Sociedad del Conocimiento, que incorpora las contribuciones culturales y el factor de aprehensión de la información.

Ya no son suficientes los conocimientos básicos de lectura y escritura, sino que se requerirán nuevas habilidades de interacción para la utilización de las tecnologías y para realizar diferentes actividades a través de ellas. Salinas citado por Cabero, señala "En la actualidad , los cambios que afectan a las instituciones educativas configuran un nuevo contexto, donde la omnipresencia de las telecomunicaciones en la sociedad, necesidad de formar profesionales para tiempos de cambios, la continua actualización de estos profesionales, exige nuevas situaciones de enseñanza-aprendizaje y exige también nuevos modelos adecuados a ellos" (Cabero, 1999, p. 352) .

El desarrollo de la Multimedia, el Hipertexto y la Hipermedia ha permitido la elaboración y explotación de software con las facilidades que la combinación de textos, sonidos, imágenes y animaciones pueden contribuir al procesamiento de la información en diferentes campos. Cada día estas técnicas se convierten en un instrumento eficaz de las comunicaciones y el acceso a la información.

Los softwares educativos pueden tratar las diferentes materias (matemáticas, idiomas, geografía, dibujo...), de formas muy diversas (a partir de cuestionarios, facilitando una información estructurada a los alumnos, mediante la simulación de fenómenos...) y ofrecer un entorno de trabajo más o menos sensible a las circunstancias de los alumnos y más o menos rico en posibilidades de interacción; pero todos comparten cinco características esenciales:

Son materiales elaborados con una finalidad didáctica, como se desprende de la definición.

Utilizan el computador como soporte en el que los alumnos realizan las actividades que ellos proponen.

Son interactivos, contestan inmediatamente las acciones de los estudiantes y permiten un diálogo y un intercambio de informaciones entre el ordenador y los estudiantes.

Individualizan el trabajo de los usuarios, ya que se adaptan al ritmo de trabajo cada uno y pueden adaptar sus actividades según las actuaciones de los alumnos.

Son fáciles de usar. Los conocimientos informáticos necesarios para utilizar la mayoría de estos programas son similares a los conocimientos de electrónica necesarios para usar un vídeo, es decir, son mínimos, aunque cada programa tiene unas reglas de funcionamiento que es necesario conocer.

Cuando se aplican a la realidad educativa, realizan las funciones básicas propias de los medios didácticos en general y además, en algunos casos, según la forma de uso que determina el profesor, pueden proporcionar funcionalidades específicas.

Por otra parte, como ocurre con otros productos de la actual tecnología educativa, no se puede afirmar que el software educativo por sí mismo sea bueno o malo, todo dependerá del uso que de él se haga, de la manera cómo se utilice en cada situación concreta. En última instancia su funcionalidad y las ventajas e inconvenientes que pueda comportar su uso serán el resultado de las características del material, de su adecuación al contexto educativo al que se aplica y de la manera en que el profesor organice su utilización.

Entre las funciones que pueden realizar los software educativos:

- Función informativa. La mayoría de los programas a través de sus actividades presentan unos contenidos que proporcionan una información estructuradora de la realidad a los estudiantes. Como todos los medios didácticos, estos materiales representan la realidad y la ordenan.
- Función instructiva. Todos los programas educativos orientan y regulan el aprendizaje de los estudiantes ya que, explícita o implícitamente, promueven determinadas actuaciones de los mismos encaminadas a facilitar el logro de unos objetivos educativos específicos. Además condicionan el tipo de aprendizaje que se realiza pues, por ejemplo, pueden disponer un tratamiento global de la información (propio de los medios audiovisuales) o a un tratamiento secuencial (propio de los textos escritos).
- Función motivadora. Generalmente los estudiantes se sienten atraídos e interesados por todo el software educativo, ya que los programas suelen incluir elementos para captar la atención de los alumnos, mantener su interés y, cuando sea necesario, focalizarlo hacia los aspectos más importantes de las actividades.
- Función evaluadora. La interactividad propia de estos materiales, que les permite responder inmediatamente a las respuestas y acciones de los estudiantes, les hace especialmente adecuados para evaluar el trabajo que se va realizando con ellos. Esta evaluación puede ser de dos tipos:

1. Implícita, cuando el estudiante detecta sus errores, se evalúa, a partir de las respuestas que le da el computador
 2. Explícita, cuando el programa presenta informes valorando la actuación del alumno. Este tipo de evaluación sólo la realizan los programas que disponen de módulos específicos de evaluación.
- Función investigadora. Los programas no directivos, especialmente las bases de datos, simuladores y programas constructores, ofrecen a los estudiantes interesantes entornos donde investigar: buscar determinadas informaciones, cambiar los valores de las variables de un sistema, etc.
 - Función expresiva. Dado que los computadores son máquinas capaces de procesar los símbolos mediante los cuales las personas representamos nuestros conocimientos y nos comunicamos, sus posibilidades como instrumento expresivo son muy amplias.
 - Función metalingüística. Mediante el uso de los sistemas operativos (MS/DOS, WINDOWS) y los lenguajes de programación (BASIC, LOGO...) los estudiantes pueden aprender los lenguajes propios de la informática.
 - Función innovadora. Aunque no siempre sus planteamientos pedagógicos resulten innovadores, los programas educativos se pueden considerar materiales didácticos con esta función ya que utilizan una tecnología recientemente incorporada a los centros educativos y, en general, suelen permitir muy diversas formas de uso. Esta versatilidad abre amplias posibilidades de experimentación didáctica e innovación educativa en el aula.

BIBLIOGRAFIA

1. AGUILAR, J. y DIAZ, F. (1992): "Proyecto de Educación para los medios. Diagnóstico psicopedagógico en la educación básica", *Tecnología y Comunicación educativa*, 20, 9-27.
2. BARTOLOMÉ, A. 1995. Medios y recursos interactivos. En Rodríguez Dieguez, J.L. y Sáenz (Eds.). *Tecnología educativa. Nuevas Tecnologías aplicadas a la educación*, Alcoy: Marfil, páginas . 291-299
3. BARTOLOMÉ, A. 1996. Preparando para un nuevo modo de conocer. EDUTEC. *Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, n^a 4. <URL: <http://www.uib.es/depart/gte/revelec4.html>>.
4. BERNAT MD, TEJEDOR R, SANCHIS J. ¿Cómo valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una unidad de cuidados intensivos?. *Enferm Intensiva* 2000; 11(1): 3-9.
5. BLUMER, H., What is wrong with social theory?, *American Sociological Review*, 19, 1954, 3-10.
6. BLUMER, H., Social implications of the thought of G.M. Mead, *American Journal of Sociology*, 71, 1966.
7. BLUMER, H., *Symbolic interactionism: Perspective and method*, Prentice Hall, Nueva Jersey, 1969
8. BRAND, S. 1989: *El laboratorio de medios. Inventando el futuro en el M.I.T.*, Madrid, Fundesco.

9. BUNCH EH. 2000. Delayed clarification: information, clarifications and ethical decisions in critical care in Norway. J Adv Nurs ; 32 (6): 1485-1491.
10. CABERO, J. 1996. Nuevas tecnologías, comunicación y educación. EDUTEC. Revista Electrónica de Tecnología Educativa, n^a 1. Febrero de 1996. <URL:<http://www.uib.es/depart/gte/revelec1.html>>.
11. CABERO, J. 1991: "Producción o producciones audiovisuales en el terreno educativo?", El siglo que viene, 11, 19-22.
12. CABERO, J.1999. Tecnología Educativa. Barcelona: Paidós.
13. CASTELLS, M. y otros 1986: El desafío tecnológico. España y las nuevas tecnologías, Madrid, Alianza Editorial.
14. CASTELLS, M. 1995. La ciudad informacional: tecnologías de la información, reestructuración económica y el proceso urbano-regional. Madrid: Alianza Editorial.
15. CASTELLS, M. 1997: La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Vol. 1 La Sociedad Red. Madrid, Alianza Editorial.
16. COLLIERE M^aF.1997. Promover la vida de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid. Mc Graw Hill Interamericana Editores.
17. COMISIÓN EUROPEA 1995. Libro blanco sobre la educación y la formación. Enseñar y aprender. Hacia la sociedad del conocimiento. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas
18. DAVIS, K. Y NEWSTROM, J. 1999. Comportamiento humano en el trabajo. México: Mc Graw Hill.

19. DECEMBER, J. 1996. Units of Analysis for Internet Communication. *Journal of Communication* 46(1) Winter. ISSN: 0021-9916/96.
20. DELORS, J. 1996. *La educación encierra un tesoro*. Madrid: Santillana
21. DENZIN, N., *Interpretive interactionism*, Sage, Newbury Park, CA, 1989b.
22. DENZIN, N., *Symbolic interactionism and cultural studies*, Basil Blackwell, Cambridge, Engl.,1992.
23. FINS JJ, SOLOMON MZ. 2001. Communication in intensive care settings: the challenge of futility disputes. *Crit Care Med* 2001; 29(2) Supplement: N10-N15.
24. FOUCAULT M.1980 Truth and power. En: Gordon C. Editor. *Michel Foucault: power/knowledge*. Hertfordshire (England): Harvester Wheatsheaf; . p. 109-133.
25. FORO DE LA SOCIEDAD DE LA INFORMACIÓN. 1996. *Redes al servicio de las personas y las colectividades. Cómo sacar el mayor partido de la sociedad de la información en la Unión Europea. Primer informe anual del Foro de la Sociedad de la Información a la Comisión Europea. Disponible en <URL:<http://www.ispo.cec.be/infoforum/pub.html>>*
26. GARCIA FERNANDEZ, C. (1991): "Nuevas tecnologías y educación", *Telos*, 28, 9-10.
27. GARCÍA MT, RUIZ J, SÁNCHEZ C. Descripción de la "nueva" unidad de cuidados intensivos del Hospital Río Hortega de Valladolid. *Enferm Intensiva* 2000; 11 (4): 170-178.
28. GATES, B . 1995. *Camino al futuro*. Barcelona: McGraw-Hill.

29. GATES, W.1995 *The Road Ahead*. Penguin Books. Hay trad. de Francisco Ortiz, *Camino al futuro*, Madrid: McGraw-Hill, 1995.
30. GEERTZ, C., *The interpretation of cultures: selected essays*, Basic Books, Nueva York, 1983.
31. GISBERT, M. y otros (1992). *Technology based trainging. Formador de formadores en la dimensión ocupacional*, Tarragona, documento policopiado.
32. GIDDENS, A. (1990): *El estructuralismo, el post-estructuralismo y la producción de la cultura*. En A. Giddens y Otros: *La teoría social hoy*. Madrid, Alianza Editorial, Págs. 254 a 289.
33. GONZALEZ SOTO. A.P., GISBERT, M., GUILLEN, A., JIMÉNEZ, B. LLADÓ, F. Y RALLO, R.1996. *Las nuevas tecnologías en la educación*. En Salinas et. al. *Redes de comunicación, redes de aprendizaje. EDUTEC'95*. Palma: Universitat de les Illes Balears, págs. 409-422. <URL:<http://www.uib.es/depart/gte/grurehidi.html>>.
34. HARVEY M. 1998.Evolving toward but not to meeting familnt needs. *Crit Care Med* ; 26 (2): 206-207.
35. HERNÁNDEZ, R. FERNÁNDEZ, C. Y BAPTISTA, P. 2003. *Metodología de la investigación*. 3ª Ed. México: Mc Graw Hill
36. HEYLAND DK, ROCKER G, DODEK P, KUTSOGIANNIS DJ, KONOPAD E, COOK DJ, ET AL. 2002. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med* ; 30 (7): 1413-1418.
37. HOLMES D, GASTALDO D.2002. Nursing as means of governmentality. *J Adv Nurs* ;38:557-65

38. JAMERSON PA, SCHEIBMEIR M, BOTT MJ, CRIGHTON F, HINTON RH, COBB AK. 1996. The experience of families with a relative in the intensive care unit. *Heart Lung*; 25 (6): 467-474.
39. MARTINEZ, F. 1996. La enseñanza ante los nuevos canales de comunicación. En F.J. Tejedor y A. G. VAlcárcel (Eds.). *Perspectivas de las nuevas tecnologías en la educación*. Madrid: Narcea, págs. 101-119.
40. MENA, B, MARCOS, M. Y MENA, J.J. 1996. *Didáctica y nuevas tecnologías en educación*. Madrid: Escuela Española
41. MORENO, A. 1997. Presentación a la edición en castellano, en D. Crowley y P. Heyer (1997). *La comunicación en la historia: tecnología, cultura y sociedad*. Barcelona: Bosch Casa Editorial.
42. NEGROPONTE, N. 1995. *Being digital*. New York: Alfred A. Knopf. Hay trad: 'El Mundo digital', Barcelona: Ediciones B, 1995.
43. PAPERT, S. 1993. *The Children's Machine: Rethinking School in the Age of the Computer*. New York: Basic Books.
44. PERELMAN, L.J. 1992. *School's Out: Hyperlearning, the New Technology, and the End of Education*. N.Y.: William Morrow and. Company Inc.
45. REIGELUTH, CH. 1991. Encrucijadas en la tecnología educativa: nuevos conceptos y nuevas direcciones. *Revista Tecnología y comunicación educativa*, 6, 18, p. 23-34.
46. RILEY R, MANIAS E. 2002. Foucault could have been an operating room nurse. *J Adv Nurs*; 39 (4): 316-324.
47. RÍSQUEZ, F. LÓPEZ, R.E. CAPRILES, G.1968. "La anatomía del diálogo". *Acta Médica Venezolana*. Vol 15, Nº 3-4. Caracas Marzo-Abril .

48. RÍSQUEZ, F. GODOY, T. GARCÍA, H. LEÓN, E., KAHN C., JUÁREZ, C.E. SUÁREZ, L. MACÍAS, I. 1971. "Un lustro de emergencia psiquiátrica en el Hospital Central de las FF.AA. Salus Militiae. Vol V N° 1 Caracas Enero-Junio
49. RÍSQUEZ, F. 1975. "Psicodinamia familiar". Archivos de Puericultura y Pediatría. Vol. XXXVIII. N° 3. Caracas. Julio-Septiembre .
50. RÍSQUEZ, F. 1976. "El cirujano ante dos grandes temores: el sufrimiento y la muerte". Boletín del Hospital Universitario de Caracas N° 12. Caracas Diciembre
51. RÍSQUEZ, F. 1977. "El paciente críticamente enfermo". Asociación venezolana de Laringectomizados. N°16. Caracas Marzo 1977.
52. ROBBINS S. (1999). Comportamiento Organizacional. México: Prentice Hall.
53. SCHWANDT, T.A.. 1994. *Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry*, en Denzin y Lincoln..
54. TOURAINE, A. 1969. La Societé post-industrielle, París: Denöel.
55. TOURAINE, Alain. 1998 "El Concepto de Desarrollo "Revisited" en SADER, Emir (editor). Democracia sin exclusiones ni excluidos. Nueva Sociedad, Caracas, 1998.
56. TOMEY AM, ALLIGOOD MR. 1999. Modelos y teorías en enfermería (4° ed). Barcelona: Harcourt –Brace.
57. WILLIAMS, R.. 1999. Symbolic interactionism: the fusion of theory and research?, en Bryman y Burgess.
58. WILKINSON P. 1995 A qualitative study to establish the self-perceived needs of family members of patients in a general intensive care unit. Intensive Crit Care Nurs ; 11: 77-86.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio de tipo exploratorio.

Ámbito

Unidad de Tratamiento Intensivo.

Población

Familiares de los pacientes ingresados entre Octubre y Diciembre del año 2005.

Sujetos de la muestra

Un miembro de cada familia, mayor de 18 años, que desempeñe el papel habitual de interlocutor con el equipo de salud y que desee participar en el estudio. En aquellos casos que no exista ningún familiar directo se considerará a aquella persona que visite regularmente al paciente. Quedan excluidos del estudio aquellos casos en los que los pacientes no reciban visitas o fallezcan.

Hipótesis

H1: La incorporación de un Software educativo, aumenta la comunicación entre el equipo de salud y los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad Tratamiento Intensivo.

H2: La incorporación de un Software educativo, no produce cambios en la comunicación entre el equipo de salud y los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo.

Variables

- a) Nivel de información de los familiares sobre la organización de la Unidad de Tratamiento Intensivo
- b) Valor que le atribuye el familiar al software
- c) Grado de satisfacción que sintió el familiar en relación al tipo de acogida, confianza, integración y seguridad.
- d) Percepción que tiene el equipo de salud del nivel de información que poseen los familiares
- e) Valor que le atribuye el equipo de salud al software

Datos demográficos del familiar encuestado

- f) Edad
- g) Sexo
- h) Parentesco con el paciente
- i) Experiencias previas de visita a Unidad de Tratamiento Intensivo

Datos demográficos del equipo de salud encuestado

- j) Edad
- k) Sexo
- l) Cargo
- m) Tiempo de trabajo en Unidad de Tratamiento Intensivo

Instrumento

Se elaboraron 2 cuestionarios; uno para los familiares de pacientes hospitalizados y otro para el equipo de salud.

El cuestionario de los familiares (ANEXO 2) está compuesto por un total de 21 preguntas. Se recogen aspectos sociodemográficos del familiar: edad, parentesco con el paciente, sexo, anterior visita en Unidad de Tratamiento Intensivo. Luego se preguntan aspectos relacionados con los temas del objeto de estudio: sentimientos que identifican al familiar al momento del ingreso del paciente, percepción de la información entregada por el software y percepción de la relación equipo de salud/ paciente. La mayoría de los ítems son de respuesta cerrada tipo categórica y sólo dos preguntas son de respuesta abierta.

El cuestionario del equipo de salud (ANEXO 3) está compuesto por un total de 15 preguntas. Se recogen aspectos sociodemográficos del integrante del equipo de salud: edad, sexo, cargo, tiempo de trabajo en Unidad de Tratamiento Intensivo y se recogen, además, datos sobre la percepción del equipo de salud: de la participación familiar en los cuidados de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo, el impacto de la incorporación del software y la percepción de la comunicación entre el equipo de salud y los familiares. La mayoría de los ítems son de respuesta cerrada tipo categórica y solo dos preguntas son de respuesta abierta.

Recolección de la información

Se entregó el cuestionario a un familiar del paciente una vez cumplidas las 24 hrs. de hospitalización en la Unidad de Tratamiento Intensivo. Esta encuesta se distribuyó entre aquellos familiares que cumplieron los requisitos. La recogida de los cuestionarios se realizó inmediatamente después de completados por los familiares.

Se obtuvo, además, información de la opinión del equipo de salud, sobre el software educativo, a través de la entrega de una encuesta a cada integrante, después de 2 meses de prueba del software educativo.

Tamaño de la muestra: Ingresan a la Unidad de Tratamiento Intensivo, un promedio de 3 pacientes a la semana, se encuestó a un total de 26 personas, restando a las personas que no desearon responder el cuestionario.

Trabajan en la Unidad de Tratamiento Intensivo, 45 personas, se encuestó a un total de 36 personas, restando a las personas que no desearon responder el cuestionario.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Se analizaron las respuestas de los familiares y del equipo de salud a través de distribución de frecuencias.

Dificultades y limitaciones del estudio: No puede existir grupo control. No se puede encuestar a los familiares de los pacientes que fallecen.

PLAN DE TRABAJO

La elaboración del software educativo, se realizó en varias etapas, que incluyeron la identificación de la necesidad educativa, el proceso de selección del tipo de medio educativo a utilizar, proceso de iniciación, planificación y estimación del proyecto, el proceso de seguimiento y control del proyecto, proceso de gestión de calidad del software, proceso de exploración de conceptos, proceso de asignación del programa (especificación de requisitos funcionales de hardware y software, especificación de interfaces del sistema, arquitectura, módulos), proceso de análisis de requisitos educativos (especificación de los objetivos y estructuración de conceptos. selección de contenidos y pertinencia), proceso de análisis de requisitos del software (especificación de requisitos del software, de interfaces de usuario), proceso de diseño de los contenidos (identificación de los procesos mentales a estimular. definición de las actividades a conocer por los familiares), prueba y evaluación del software por parte del equipo de salud y los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo.

Para la inserción y difusión del software entre las familias y el equipo de salud, fue necesaria la educación permanente al equipo de salud, así como la supervisión de la utilización del software educativo por parte de los familiares.

DISEÑO DE PROYECTO SOFTWARE EDUCATIVO INFORMATIVO DE LA CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN DE UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO

I. DEFINICION ASPECTOS DEL SOFTWARE

▪ TÍTULO

Conozcamos la Unidad de Tratamiento Intensivo

▪ ESTABLECIMIENTO

Unidad de Tratamiento Intensivo, Centro de Pacientes Críticos, Clínica Las Condes.

▪ USUARIOS

Familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo

• SECTOR DE APRENDIZAJE

Conocimiento de la Cultura / Organización de la Unidad de Tratamiento Intensivo, que contiene información sobre:

- ¿Qué es una Unidad de Tratamiento Intensivo?
- Tour virtual (video) de Unidad de Tratamiento Intensivo
- Equipo de salud que compone la Unidad de Tratamiento Intensivo
- Glosario de Unidad de Tratamiento Intensivo

- Sugerencias, Reclamos, felicitaciones
- ¿Qué puede hacer usted por el paciente?
- Banco de Sangre
- Niños en Unidad de Tratamiento Intensivo
- ¿Quiénes estamos de turno hoy?
- Enfermera por habitación
- Contáctenos

- **COORDINADOR**

E.U Marcela Salazar.

- **FECHA DE INICIO:** Octubre 2005
- **FECHA DE TÉRMINO** Diciembre 2005
- **DESCRIPCIÓN BREVE**

Considerando los sectores de aprendizaje citados, se formularon los siguientes objetivos:

- **OBJETIVOS**

GENERALES

Determinar si la incorporación de un Software educativo de la cultura de la organización de Unidad de Tratamiento Intensivo, aumenta la comunicación entre el equipo de salud y los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo.

ESPECÍFICOS

1. Diseñar un Software educativo de la organización de la Unidad de Tratamiento Intensivo.
2. Organizar el grupo de trabajo para crear el software educativo de Unidad de Tratamiento Intensivo
3. Producir el Software
4. Probar el software en familias seleccionadas
5. Educar al equipo de salud de la Unidad de Tratamiento Intensivo en relación a la entrega de información de la organización de Unidad de Tratamiento intensivo, a través de software educativo.
6. Probar los efectos del software en equipo de salud.
7. Comparar la comunicación entre el equipo de salud y los familiares de Unidad de Tratamiento Intensivo antes y después de la incorporación del software.

PLAN DE ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO

- **ETAPAS**

Etapa 1: “Organización”

- Presentación de proyecto a jefatura de Clínica Las Condes y jefatura Centro Pacientes Críticos
- Presentación de diseño de software a Clínica Las Condes y jefatura Centro Pacientes Críticos
- Organización del trabajo y elaboración de plan de trabajo.

Etapa 2: “Investigación y creación” :

- Aprobación del proyecto: respuesta de jefaturas de Clínica Las Condes y jefatura de Centro Pacientes Críticos.
- Especificación de contenidos que entregara el software: realización de entrevistas con recursos humanos, especificación de cargos, horarios, organización de banco de sangre, sacar fotografías a equipo de salud etc.
- Interacción con diseñador, con presentación de matrices de software e información recolectada.

Etapa: 3 “Producción del Software ”:

- Término del Diseño y realización software.
- Prueba con familias escogidas
- Revisión de software post prueba con familias seleccionadas
- Presentación de software a jefatura de Clínica Las condes y jefaturas Centro Pacientes Críticos

- Educación a equipo de salud, en reunión donde asistieron aproximadamente 40 personas: médicos y enfermeras que trabajan en Unidad de Tratamiento Intensivo.
- Educación guiada a cada una de las enfermeras, en utilización del software, en total de 12 enfermeras, más 2 enfermeras jefas del centro Pacientes Críticos.
- Educación a cada turno (en total 4 clases), a los auxiliares de enfermería y de sala, en relación a la utilización del software, en total 8 auxiliares de enfermería y 5 auxiliares de sala
- Educación (1 clase), a las 3 secretarias que trabajan en Unidad de Tratamiento Intensivo.
- Realización de folleto educativo para las familias, que se dejo en sala de espera y se entregaba una vez ingresado su paciente a Unidad de Tratamiento Intensivo
- Realización de tríptico con pasos a seguir de utilización de software, orientado al equipo de salud, para guiar a las familias.

Etapa 4: “Confeción de Entrevistas y encuestas”:

- Elaboración de encuestas para las familias
- Elaboración de encuesta para equipo de salud
- Prueba de encuestas, aplicación piloto, a familias seleccionadas semejantes a la muestra.
- Corrección y elaboración definitiva de los instrumentos.

Etapa: 5 “Puesta en marcha del software”: Anexo N°4 “ Plantillas del software”,
Anexo N°5 “Fotografías de software educativo en sala de espera de Unidad Tratamiento Intensivo”

- Uso del software por parte de las familias
- Administración del software, con respuestas a sugerencias, reclamos, felicitaciones
- Educación continua al equipo de salud, en relación a la utilización del software
- Aplicación de la encuesta a la muestra seleccionada
- Observación del comportamiento de los familiares en la sala de espera
- Aplicación de la encuesta al equipo de salud.

Etapa 6: “Análisis de datos y conclusiones”:

- Análisis de datos obtenidos de las encuestas a familiares y al equipo de salud
- Transcripción de entrevistas y observaciones
- Interpretación de la información y elaboración de conclusiones

Etapa 7: “Difusión de los resultados “

- Presentación de resultados de investigación

RESULTADOS

Se presenta a continuación la información obtenida en la aplicación de los cuestionarios de los cuestionarios a las familias y al equipo de salud. Destaco la buena disposición de ambas partes en relación a la incorporación del software educativo, la asistencia a las sesiones de educación y la respuesta a los cuestionarios.

RESULTADOS FAMILIARES ENCUESTADOS

En el total de los familiares encuestados, se puede observar el gran grado de aceptación en relación a la incorporación del software educativo. Los familiares, a través del software educativo, se pudieron familiarizar con la Unidad de Tratamiento, lo que se evidencia en el conocimiento que han adquirido en relación al equipo de salud que cuida día a día al paciente, el lenguaje utilizado, la planta física de la Unidad, entre otros. A través de la respuesta a la pregunta abierta, “¿Qué aspectos considera usted que pueden mejorarse con respecto a la intercomunicación entre el equipo de salud y los familiares de Unidad de Tratamiento Intensivo?”, se refleja la percepción de una mejor comunicación por parte de los familiares encuestados, después de la incorporación del software educativo.

A continuación a través de tablas de frecuencia se muestran los resultados de la aplicación del cuestionario a los familiares que componen la muestra.

PERFIL DEL FAMILIAR

Las edades de los familiares encuestados se distribuyen de forma homogénea, predominando el sexo femenino. En relación al parentesco, la gran mayoría de los familiares es hijo/a, del paciente.

EDAD

CATEGORIA	Nº
Menos de 25 años	6
Entre 26 y 35 años	6
Entre 36 y 45 años	3
Entre 46 y 55 años	6
Entre 56 y 65 años	5
Más de 66 años	0
TOTAL	26

SEXO

CATEGORIA	Nº
Femenino	16
Masculino	10
TOTAL	26

PARENTESCO

CATEGORIA	N°
CONYUGE	5
HIJO HIJA	13
PADRE MADRE	1
HERMANA/O	2
AMIGA AMIGO	2
NIETA	2
SOBRINO	1
TOTAL	26

VISITA ANTERIOR A UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO

CATEGORIA	N°
SÍ	8
NO	18
TOTAL	26

La gran mayoría de los familiares no habían visitado una Unidad de Tratamiento Intensivo, con anterioridad. De los familiares que habían visitado alguna vez una Unidad de Tratamiento Intensivo, se observa que sólo fue como amigos o familiar indirecto del paciente hospitalizado.

**INGRESO DE PACIENTE
UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO**

En relación, a las preguntas del momento del ingreso del paciente a Unidad de Tratamiento Intensivo, se obtuvo la siguiente información:

**SENTIMIENTO AL MOMENTO DEL INGRESO DE SU FAMILIAR A UNIDAD DE
TRATAMIENTO INTENSIVO**

CATEGORIA	N°
PREOCUPACION	7
INCERTIDUMBRE	2
TRISTEZA	5
MIEDO	3
ANGUSTIA	1
ESPERANZA FE	2
DOLOR	2
IMPOTENCIA	4
TOTAL	26

Los 3 sentimientos que el familiar encuestado refiere como el que más le identifica al momento del ingreso del paciente son: la preocupación, la tristeza y la impotencia. Cabe destacar que 2 familiares, perciben sentimientos de esperanza y fe ante el ingreso de su familiar a la Unidad.

INFORMACIÓN ENTREGADA POR SOFTWARE

En relación a la información entregada a través del software educativo, se observa que existe una gran familiarización con este nuevo medio informativo, lo que se evidencia a través de la siguiente información recolectada:

FAMILIARIZACION CON LA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO

CATEGORIA	N°
Sí	25
NO	1
TOTAL	26

PERCEPCION DE LA INCORPORACION DE SOFTWARE A LA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO

CATEGORIA	N°
Muy acogedora	20
Poco acogedora	6
Nada acogedora	0
TOTAL	26

CONOCIMIENTO DEL EQUIPO DE SALUD

CATEGORIA	N°
Sí	23
NO	1
A VECES	2
TOTAL	26

CONOCIMIENTO DEL LENGUAJE TÉCNICO Y PROCEDIMIENTOS

CATEGORIA	N°
Sí	21
NO	5
TOTAL	26

POSIBILIDAD DE HACER SUGERENCIAS
¿LE PERMITIÓ SENTIRSE MÁS CERCA DEL EQUIPO DE SALUD?

CATEGORIA	N°
Sí	23
NO	1
NO LA UTILICÉ	2
TOTAL	26

RESPUESTA A SUS SUGERENCIAS

CATEGORIA	N°
Sí	9
NO	0
NO LA UTILICÉ	17
TOTAL	26

Resulta importante mencionar, en relación a la posibilidad de utilizar la sesión sugerencias del software, que si bien a la mayoría de familiares encuestados les permitió sentirse más cerca del equipo de salud, algunos de ellos no la utilizó, al realizar entrevistas cualitativas de este fenómeno, se revela como causa: la edad del familiar (a mayor edad menos utilización de la sesión sugerencias), el nivel sociocultural (a menor nivel sociocultural menor utilización de sesión sugerencias) y si el sexo es masculino, (lo que se produce por “ tener menos tiempo” para visitar a su familiar).

Vale la pena destacar que todas las personas que hicieron sugerencias, recibieron una respuesta oportuna

**COMPRESION DE LA ORGANIZACIÓN
DE LA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO**

CATEGORIA	N°
MUY POCO	0
POCO	6
BASTANTE	16
MUCHO	4
TOTAL	26

A través de las respuestas a esta pregunta, se evidencia que las personas que contestaron que comprendían “poco” la organización de la Unidad de Tratamiento Intensivo, son las personas de mayor edad encuestadas.

CONOCIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO DE LAVADO DE MANOS Y DELANTAL

CATEGORIA	N°
Sí	25
NO	1
TOTAL	26

**DIFICULTAD PARA ENTENDER LO QUE LE EXPLICAN EN EL LENGUAJE
TÉCNICO UTILIZADO**

CATEGORIA	N°
MUY POCO	9
POCO	13
BASTANTE	4
MUCHO	0
TOTAL	26

**EXPLICACION DE LOS RECURSOS MATERIALES UTILIZADOS CON SU
FAMILIAR**

CATEGORIA	N°
MUY POCO	6
POCO	3
BASTANTE	12
MUCHO	4
NO HA SIDO NECESARIO (FAMILIAR MEDICO)	1
TOTAL	26

Nuevamente en la respuesta a estas preguntas la disminución de la percepción del aprendizaje de Unidad de Tratamientos Intensivos, se ve influenciado por la edad del familiar (a mayor edad menor aprendizaje), el grado de stress vivido (a mayor stress menor aprendizaje) y el nivel sociocultural de los familiares (a menor nivel sociocultural menor aprendizaje).

Es importante mencionar que la Unidad de Tratamiento Intensivo de Clínica Las Condes recibe pacientes de variados niveles culturales y socioeconómicos, debido a múltiples convenios: pacientes de Codelco, pacientes de Fonasa que ingresan por ley de urgencia, pacientes en lista de activación para trasplantes, pacientes de isapres, entre otros.

¿CREE USTED QUE LE HA FALTADO INFORMACIÓN ACERCA DE DÓNDE SE ENCUENTRAN CIERTOS LUGARES QUE PUEDEN SER ÚTILES PARA USTED?

CATEGORIA	N°
SÍ	5
NO	21
TOTAL	26

La gran mayoría de los familiares encuestados, refiere que el mapa de Clínica Las Condes y el mapa de la Unidad de Tratamiento Intensivo, han sido de gran utilidad para el conocimiento de la planta física en general.

RELACION EQUIPO DE SALUD/PACIENTE

Los familiares encuestados refieren una muy buena percepción de la relación entre el equipo de salud y el paciente, así como se muestran cercanos al equipo, conocen sus nombres y comprenden mejor las explicaciones, manejan la información y refieren una mejor comunicación.

OPINIÓN TIENE USTED DE MANERA GLOBAL ACERCA DE LOS CUIDADOS QUE SE HAN PRESTADO A SU FAMILIAR DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO

CATEGORIA	N°
MUY MALOS	0
MALOS	0
REGULARES	0
BUENOS	6
MUY BUENOS	20
TOTAL	26

**USTED OPINA QUE EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE TRATAMIENTO
INTENSIVO
¿SE HA PREOCUPADO POR SU FAMILIAR?**

CATEGORIA	N°
MUY POCO	0
POCO	0
BASTANTE	7
MUCHO	19
TOTAL	26

**COMPRESION DE LAS EXPLICACIONES RESPECTO A LA SITUACIÓN DE
SALUD DE SU FAMILIAR**

CATEGORIA	N°
MUY MAL	0
MAL	0
REGULAR	2
BIEN	13
MUY BIEN	11
TOTAL	26

**¿CONOCE USTED EL NOMBRE DE LOS MÉDICOS, ENFERMERAS, AUXILIARES
DE ENFERMERÍA QUE ATIENDEN A SU FAMILIAR EN UNIDAD DE
TRATAMIENTO INTENSIVO?**

CATEGORIA	N°
SÍ	17
NO	6
SOLO ALGUNOS	3
TOTAL	26

**COMPRESION DE LA INFORMACIÓN QUE RECIBIÓ AL MOMENTO DEL
INGRESO DE SU FAMILIAR**

CATEGORIA	N°
SÍ	21
NO	3
NO ESTABA AL INGRESO	2
TOTAL	26

**LA INFORMACIÓN QUE DIARIAMENTE USTED HA RECIBIDO SOBRE EL
ESTADO DE SU FAMILIAR HA SIDO:**

CATEGORIA	N°
CLARA	24
POCO CLARA	2
NADA CLARA	0
TOTAL	26

**¿RECIBIÓ POR PARTE DEL EQUIPO DE SALUD AYUDA PARA FACILITARLE LA
COMUNICACIÓN CON SU FAMILIAR?**

CATEGORIA	N°
SÍ	24
NO	2
TOTAL	26

A través de la respuesta a la pregunta abierta,

¿QUÉ ASPECTOS CONSIDERA USTED QUE PUEDEN MEJORARSE CON RESPECTO A LA INTERCOMUNICACIÓN ENTRE EL EQUIPO DE SALUD Y LOS FAMILIARES DE UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO?

Se observa que la mayoría de los familiares refieren que existe una buena comunicación, recalcando las siguientes citas:

“El software es vital, puesto que la información nadie la puede dar por que hay que esperar”

“Gracias al software la información que necesitaba la recibí”

“La comunicación que existe es muy buena. No cambiaría nada”

“El software es muy bueno, nos acerca e informa.”

En relación a las sugerencias para mejorar la intercomunicación destacan:

“Que se dé a conocer a través del software como están los pacientes”

*“Me gustaría que se preocuparan más de la parte espiritual del paciente (sacramento)
respetando sus creencias religiosas”*

“Toda la información está más que clara, se debe ahondar en manejar situaciones crisis”.

Se acogerán estas sugerencias:

- Se realizará un proyecto, que permita entregar la información del estado del familiar, vía “on line”, a través del software educativo. Esta información será dada por el médico residente de la Unidad y revisada diariamente por el familiar del paciente a través de una clave de acceso.

Es importante mencionar, que para la realización de este proyecto, existe el apoyo y motivación de los médicos residentes que trabajan en la Unidad de Tratamiento Intensivo.

Se debe estudiar los aspectos éticos legales en relación al manejo de información médica, y educar a las familias de los pacientes en relación a manejo de password.

- Se está estudiando la posibilidad de apoyo psicológico para los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Tratamiento Intensivo. La incorporación de un psicólogo que apoye y guíe en los momentos de crisis, y apoyo espiritual: sacerdotes, pastores según religión y creencias de la familia del paciente.
- .Se ha modificado la sala de espera de la Unidad de Tratamiento Intensivo, ya no es el pasillo con sólo 3 sillones, ahora es una sala privada y confortable (con varios sillones, máquinas de agua, café y baños) con acceso directo a secretaría de Unidad de Tratamiento Intensivo.
- Se planteará la posibilidad de instalar un segundo computador para acceder al software, a la entrada de la Unidad de Tratamiento Intensivo.

RESULTADOS EQUIPO DE SALUD ENCUESTADO

En el total de los integrantes del equipo de salud encuestados, se puede observar el gran grado de aceptación en relación a la incorporación del software educativo, además de la motivación, lo que se evidencia en la activa participación en este proyecto, y la iniciativa en crear nuevas propuestas.

El equipo de salud percibe que los familiares, a través del software educativo, se pudieron familiarizar con la Unidad de Tratamiento Intensivo lo que se evidencia en la percepción de un mayor conocimiento de los familiares de los pacientes hospitalizados, en relación a la organización y estructura de la Unidad de Tratamiento Intensivo.

A través de la respuesta a la pregunta abierta, “¿Cree que la incorporación de un software que brinda información de la organización de Unidad de Tratamiento Intensivo, produce cambios en la comunicación con los familiares?” se refleja la percepción de una mejor comunicación por parte de los integrantes del equipo de salud encuestados, después de la incorporación del software educativo. Destacado también la motivación generada y la iniciativa de participar en nuevos proyectos.

A continuación a través de tablas de frecuencia se muestran los resultados de la aplicación del cuestionario a los integrantes del equipo de salud que componen la muestra.

PERFIL DEL EQUIPO DE SALUD

Las edades de los integrantes del equipo de salud encuestados se centran entre los 26 y los 45 años, predominando el sexo femenino. En relación al cargo la mayoría de los encuestados son enfermeras. Vale la pena destacar la colaboración de médicos, 7 de ellos contestaron el cuestionario. El promedio de años de trabajo en la Unidad de Tratamiento Intensivo del equipo de salud encuestado es de 9 años.

EDAD

CATEGORIA	N°	%
Menos de 25 años	2	6
Entre 26 y 35 años	11	31
Entre 36 y 45 años	17	46
Entre 46 y 55 años	5	14
Entre 56 y 65 años	0	0
Más de 66 años	1	3
TOTAL	36	100

SEXO

CATEGORIA	N°	%
Femenino	27	75
Masculino	9	25
TOTAL	36	100

CARGO

CATEGORIA	N°	%
Auxiliar de sala	4	12
Enfermera	13	37
Médico	7	21
Auxiliar de Enfermería	6	18
Secretaría	4	12
TOTAL	36	100

**TIEMPO AÑOS DE TRABAJO
EN UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO**

CATEGORIA	N	%
Menos de 5 años	13	37
Entre 6 y 10 años	10	28
Entre 11 y 15 años	7	19
Entre 16 y 20 años	3	8
Mas de 20 años	3	8
TOTAL	36	100

Media: 9 años promedio de trabajo

Desviación Típica: La distancia que recorre la media es de 7 años aproximados, lo que quiere decir que los datos no son homogéneos, ya que el límite inferior es de 0 años y el superior de 23 años.

**INGRESO DE PACIENTE
UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO**

En relación al momento del ingreso del paciente a Unidad de Tratamiento Intensivo, se obtuvo la siguiente información como respuesta a la pregunta abierta: “¿Qué aspectos cree usted que tienen repercusión en la relación que se establece entre el equipo de salud y los familiares de los pacientes?”:

“La cercanía, que se puede establecer con la familia”

“El poder tener una mejor y mayor comunicación con los familiares”

“La empatía, el buen trato, las diferentes vías de información y comunicación”

“Los aspectos más importantes son poder darle al familiar apoyo, comprensión y hacerlo sentir parte fundamental de la recuperación del paciente”

“Lo primordial es dar más tranquilidad y confianza.

Claridad en la explicación de la situación del paciente. Visión unificada con respecto a la evolución. Respuestas a todas las preguntas con lenguaje simple, pero directo. Ser acogedores”

“Una acogida cariñosa a todo el grupo familiar. Una relación franca sincera. Una actitud positiva frente al problema. Una sonrisa en la mirada, pues alimenta el alma”

“Un aspecto importante debería ser la comunicación y el amor independientemente de la condición económica”

“Que se sientan parte de la recuperación de su paciente es fundamental.

La flexibilidad e integración de la familia.”

“El nivel intelectual, la cercanía de los familiares, la compañía y empatía”

“La comunicación directa con el familiar y dar atención: amable, cordial, dispuesta a contestar dudas e interrogantes relacionadas con la patología del paciente y del sistema en sí.”

INFORMACIÓN ENTREGADA POR SOFTWARE

En relación a la información entregada a través del software educativo, se observa que el equipo de salud percibe una gran familiarización de los familiares con este nuevo medio informativo, lo que se evidencia a través de la siguiente información recolectada:

INCORPORACIÓN DEL SOFTWARE EDUCATIVO

¿ES UN MEDIO DE AYUDA PARA QUE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES PUE DAN FAMILIARIZARSE CON LA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO?

CATEGORIA	N°	%
Sí	35	97
NO	1	3
TOTAL	36	100

¿LA NUEVA MODALIDAD DE INFORMACIÓN (SOFTWARE) DE LA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO LE HA RESULTADO?

CATEGORIA	N°	%
Muy acogedora	30	83
Poco acogedora	6	17
Nada acogedora	0	0
TOTAL	36	100

LOS FAMILIARES ¿LE RECONOCIERON COMO LA PARTE DEL EQUIPO DE SALUD QUE CUIDA A LOS PACIENTES?

CATEGORIA	N°	%
Sí	13	75
NO	3	11
A VECES	20	11
NO ME HE DADO CUENTA	1	3
TOTAL	36	100

**¿CREE USTED QUE LOS FAMILIARES ENTIENDEN EL LENGUAJE TÉCNICO Y
LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZAN A SU FAMILIAR EN FORMA
CLARA?**

CATEGORIA	N°	%
SÍ	13	36
NO	3	8
A VECES	20	56
TOTAL	36	100

La mayoría de los encuestados, refiere que los familiares comprenden solo “ a veces” el lenguaje utilizado en Unidad de Tratamiento Intensivo, al realizar entrevistas cualitativas de este fenómeno, se revela que los factores que influyen en la comprensión por parte de los familiares son : nivel de ansiedad, estrés, edad, nivel sociocultural y el nivel de gravedad del paciente.

**¿CREE USTED QUE LOS FAMILIARES SE SIENTEN CERCANOS AL EQUIPO DE
SALUD?**

CATEGORIA	N°	%
SÍ	29	81
NO	7	19
TOTAL	36	100

La respuesta a esta pregunta coincide con la de los familiares, en donde la mayoría se sienten cercanos al equipo de salud.

¿CREE USTED QUE LOS FAMILIARES COMPRENDEN LA ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO?

CATEGORIA	N°	%
MUY POCO	7	19
POCO	11	31
BASTANTE	14	39
MUCHO	4	11
TOTAL	36	100

La mitad de los encuestados, refiere que los familiares comprenden mucho o bastante la organización de la Unidad de Tratamiento Intensivo. La otra mitad refiere que los familiares comprenden poco o muy poco la organización de Unidad de Tratamiento Intensivo. Al realizar entrevistas cualitativas de este fenómeno, se revela que los factores que influyen en la comprensión por parte de los familiares son: nivel de ansiedad, estrés, edad, nivel sociocultural y el nivel de gravedad del paciente. Es importante mencionar que el equipo de salud esta dispuesto a informar en forma adicional a los familiares, incluso a entregar información en línea a través del software educativo.

¿CREE USTED QUE LOS FAMILIARES CONOCIERON EN FORMA CLARA EL PROCEDIMIENTO DE LAVADO DE MANOS Y DELANTAL?

CATEGORIA	N	%
Sí	32	89
NO	4	11
TOTAL	36	100

¿CREE USTED QUE HA FALTADO INFORMACIÓN ACERCA DE DONDE SE ENCUENTRAN CIERTOS LUGARES QUE PUEDEN SER ÚTILES PARA LOS FAMILIARES?

CATEGORIA	N°	%
Sí	19	53
NO	17	47
TOTAL	36	100

El equipo de salud refiere que falta información a los familiares de los lugares que pueden ser útiles: banco, estacionamientos etc. Sin embargo la los mayoría de los familiares en la respuesta a esta pregunta refieren que no les hace falta mayor información.

¿CREE USTED QUE LOS FAMILIARES HAN COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES RESPECTO A LA SITUACIÓN DE SALUD DE SU FAMILIAR?

CATEGORIA	N°	%
MUY MAL	0	0
MAL	0	0
REGULAR	8	22
BIEN	26	72
MUY BIEN	2	6
TOTAL	36	100

La mayoría de los encuestados refiere que los familiares comprenden la situación de salud de su familiar.

¿CREE QUE LA INCORPORACIÓN DEL SOFTWARE PRODUCE CAMBIOS EN LA COMUNICACIÓN CON LOS FAMILIARES?

Se observa que la mayoría de los integrantes del equipo de salud refieren que la incorporación del software educativo ha sido un medio eficaz para mejorar la comunicación, recalcando las siguientes citas:

“Creo que la información entregada por el software facilita la comunicación con los familiares, ellos se acercan y están al tanto de cómo funciona la Unidad en general”

“El software hace que los familiares sientan que nos preocupamos por ellos, nos miran de otra forma, como que estamos preocupados aunque estemos ocupados igual. Disminuye el grado de ansiedad”

“El familiar se siente con mucha más información, comprende mucho más, se siente más cercano”

“Sin duda, la información de este software es la perfecta introducción a la relación entre familiares, pacientes, y los miembros de la Unidad”

“Hay menos ansiedad, se sienten no tan ajenos a la hora de entrar a la Unidad. Saben donde vienen y con quien hablar”

“En casos en que las personas manejan el computador sí, pero en aquellos en que no se manejan los familiares se mantienen al margen (sobretudo en los que tienen otro nivel socioeconómico, tratan de no molestar)”

“Sí creo que cualquier forma para aumentar la comunicación con la familia es buena. Creo que es una forma exitosa, moderna, innovadora, visionaria de comunicación y de entrega de información”

“De todas maneras, por lo menos comprenden o identifican la diferencia de roles existentes dentro de un amplio equipo de salud, saben a quien dirigirse para dudas o consultas, identifican muchísimo más la labor de la enfermera”

En relación a las sugerencias para mejorar el software educativo destacan:

“Creo que el software debería tener la información por cada paciente: su estado salud, las visitas, actualización diaria por parte de médicos”

“Lo innovador también sería crear una forma más tangible de saludo o compañía al paciente. Que los familiares no se sientan parte de otras visitas”

“Creo que sí, le brinda información suficiente pero también es necesario tomar en cuenta el nivel educacional tanto del paciente como de la familia.”

Se acogerán estas sugerencias:

- En la realización del proyecto, que permita entregar la información del estado del familiar vía “on line” (antes mencionado), se mantendrá información individualizada de cada familiar, tomando en cuenta los factores que disminuían la comprensión de la organización de Unidad de Tratamiento Intensivo: nivel de ansiedad, estrés, edad, nivel sociocultural y el nivel de gravedad del paciente.
- Se realizará un cuestionario de ingreso del familiar a Unidad de Tratamiento Intensivo, lo que permitirá conocer el perfil del familiar y atender en forma individual sus necesidades.

CONCLUSIONES

La experiencia de la hospitalización de un ser querido en una Unidad de Tratamiento Intensivo supone una crisis vital. El ingreso constituye una crisis que puede durar un período muy largo y conducir a cambios permanentes entre los pacientes y sus familiares. La potencia de esta crisis se reveló en los sentimientos de preocupación, tristeza e impotencia en relación al ingreso de un paciente a Unidad de Tratamiento Intensivo.

Esta crisis de salud habitualmente no puede ser anticipada, su significado para la persona es ambiguo y con frecuencia le falta información clara y tiene que tomar decisiones rápidas y definitivas.

Las percepciones que tienen los familiares del ingreso del paciente a Unidad de Tratamiento Intensivo dependen de las creencias, expectativas, nivel sociocultural, edad, actitudes y opiniones del resto de familiares del paciente.

Si se analiza a través del interaccionismo simbólico lo que sucede en al Unidad de Tratamientos Intensivos, según Blumer:

1. Los seres humanos actúan en relación con los objetos del mundo físico y de otros seres de su ambiente sobre la base de los significados que éstos tienen para ellos. En Unidad de Tratamiento Intensivo la gestión de recursos es compleja, la misma Unidad tiene como objetivo recuperar la vida de los pacientes críticamente enfermos y al mismo tiempo, dentro del mismo objetivo es necesario no perder de vista la perspectiva humana, la perspectiva de los familiares. Equipo de salud y familias poseen diferentes significados, y actúan de acuerdo a la importancia que estos tienen para ellos.

2. Estos significados se derivan o brotan de la interacción social (comunicación, entendida en sentido amplio) que se da en medio de los individuos. La comunicación es simbólica, ya que nos comunicamos por medio del lenguaje y otros símbolos; es más, al comunicarnos creamos o producimos símbolos significativos. La familia sufre un fuerte stress emocional lo que se refleja en los sentimientos de preocupación, tristeza e impotencia. Desconoce lo que sucede con el paciente dentro de la Unidad de Tratamiento Intensivo y está expectante. Esta expectativa se centra en la visita a su familiar, en recibir información. El momento del encuentro con el paciente, es el encuentro del familiar con el equipo de salud.

3. Estos significados se establecen y modifican por medio de un *proceso interpretativo*: “el actor selecciona, modera, suspende, reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en que se encuentra y la dirección de su acción...; los significados son usados y revisados como instrumentos para la guía y formación de la acción” (p. 12). Es así como entre el equipo de salud y los familiares se genera un vínculo dinámico con una carga emocional e intelectual muy importante, siendo la parte fundamental de este vínculo la comunicación que se establezca.

El interaccionismo simbólico se refleja en cada momento en la cultura de la organización de la Unidad de Tratamiento Intensivo: En la toma de decisiones inmediatas basadas en la experiencia profesional, en la realización de la técnica exacta, en el uso de aparatos, en la realización de procedimientos, actividades realizadas con el objetivo de salvar vidas, en base al cuidado integral de los pacientes.

Es así como la incorporación del software educativo, como medio informativo, busca establecer significados que unan a ambas partes, con el objetivo de constituir a través del uso de las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación un medio eficaz, en la comunicación de los familiares y el equipo de salud.

Los familiares lograron familiarizarse con al Unidad de Tratamiento Intensivo gracias a la incorporación del Software Educativo, encontrando el nuevo medio educativo acogedor e informativo , pues les permitía conocer la organización y la estructura de la Unidad de Tratamiento Intensivo

El equipo de salud que trabaja en la Unidad de Tratamiento Intensivos, participó activamente en la incorporación del software como nueva herramienta informativa, asistiendo a las sesiones de educación, guiando a las familias, actualizando la sesión “quienes estamos de turno”, hoy entre otros.

El equipo de salud refiere que el software es *“una forma exitosa, moderna, innovadora, visionaria de comunicación y de entrega de información”*.

Finalmente, al unir la información recolectada , de los familiares y del equipo de salud, se logra concluir que existe un aumento de la comunicación percibida por ambas partes, lo que se refleja en un mejor manejo de la información por parte de las familias y en mayor tiempo del equipo de salud para establecer relaciones significativas con los familiares, al ocupar el tiempo que antes se destinaba en entregar la información de la organización de la Unidad de Tratamientos Intensivos, en la atención directa a las inquietudes de los familiares.

El software es visto como una alternativa acogedora, que permite mayor cercanía, al entregar la información necesaria en los momentos que el equipo de salud lucha por salvar la vida del paciente. Los familiares viven una situación de crisis en relación al momento vivido y la desinformación de la organización de la Unidad aumenta la inquietud.

Si bien al principio, el equipo de salud, en especial los médicos se encontraban incrédulos y suspicaces frente a la incorporación y uso del software,, hoy se encuentran motivados y dispuestos a trabajar: incluso los médicos han sugerido entregar información on line del estado del paciente a las familias de los pacientes hospitalizados.

También se mejoro la sala de espera, en un principio era el pasillo con 3 sillones, ahora es una sala confortable, en la cual se habilito un espacio especial para la instalación del computador que contiene el software (anexo N°5).

La información y el apoyo entregado por el software han sido considerados como muy importantes por los familiares y por el equipo de salud, así como se ha convertido en la alternativa de mejorar la comunicación en otras Unidades de Clínica Las Condes. Es así como se espera reproducir el software en la Unidad de Tratamiento Intensivos de Neonatología, en los próximos meses.

Resulta importante mencionar la coincidencia entre los familiares de mayor edad y los de menor nivel sociocultural, con la menor utilización del software y la menor comprensión de la organización de la Unidad de Tratamiento Intensivo, por lo que se plantea, tener especial dedicación en el futuro con estos familiares, a través de la creación de un proyecto educativo, específico, de manera de fomentar el uso del software, lo que produciría mayor comprensión de la organización y mayor utilización del software.

El software educativo es corregible y actualizable. Será actualizado según las necesidades del equipo de salud, la infraestructura y los familiares.

A modo de sugerencias:

- Es útil orientar y ambientar a los familiares en relación al uso del software educativo, en especial al ingreso de su paciente a la Unidad de Tratamiento Intensivo, de manera que comiencen su utilización desde los primeros días de hospitalización, haciendo especial énfasis en la utilización de la sesión sugerencias.
- A través de la recolección de la información, se evidencia que es importante entregar información individualizada a cada familiar de acuerdo a su perfil, para esto se trabajará en un proyecto educativo en conjunto con los médicos de la Unidad de Tratamiento Intensivo para la entrega de información de la situación de salud del paciente vía on line.

En resumen:

“El software es vital, puesto que la información nadie la puede dar por que hay que esperar”

“Gracias al software la información que necesitaba la recibí”

Familia del paciente hospitalizado en Unidad de Tratamiento Intensivo

“La información de este software es la perfecta introducción a la relación entre familiares, pacientes, y los miembros de la Unidad”

“El software hace que los familiares sientan que nos preocupamos por ellos, nos miran de otra forma, como que estamos preocupados aunque estemos ocupados igual. Disminuye el grado de ansiedad”

Equipo de salud Unidad de Tratamiento Intensivo

ANEXO N°1

RESUMEN INVESTIGACION CUALITATIVA

**CREENCIAS Y SENTIMIENTOS DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO**

REALIZADA DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE 2004

CENTRO DE PACIENTES CRITICOS

UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO

CLINICA LAS CONDES

Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Educación

Programa de Magíster en Educación
c/ mención en Informática educativa

AL OTRO LADO DE LA PUERTA:

**CREENCIAS Y SENTIMIENTOS DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO**

RESUMEN

**INVESTIGACION CUALITATIVA REALIZADA DURANTE LOS
MESES DE JULIO A DICIEMBRE 2004
CENTRO DE PACIENTES CRITICOS
CLINICA LAS CONDES**

E.U Marcela Salazar G.

Santiago
Enero 2005

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA:

AL OTRO LADO DE LA PUERTA:

CREENCIAS , SENTIMIENTOS Y EXPECTATIVAS DE FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO

Marcela Salazar G.

INTRODUCCIÓN

Cuando un paciente ingresa a Unidad de Tratamiento Intensivo, uno de los aspectos a considerar es que sin tener en cuenta la naturaleza de la enfermedad, el objetivo de la intervención en unidades críticas es *promover, mantener y restablecer niveles óptimos de funcionamiento orgánico, psicológico y social.*

En Unidades de Tratamiento Intensivo el objetivo inmediato es asegurar la supervivencia del paciente lo cual va a determinar las prioridades de intervención; en este sentido primero es cautelar la sobrevivencia del paciente. Cuando esto ya se controla recién existe la posibilidad de reevaluar la situación y atender otros problemas.

Es así como mientras estabilizamos al paciente, su familia espera

El ingreso de un paciente en una Unidad de Tratamientos Intensivos produce separación y ruptura, altera los roles familiares y genera necesidades que se traducen en demandas de seguridad e información. Numerosos trabajos ponen de relieve la importancia de la inclusión de la atención a la familia para reducir la ansiedad y para ayudar a mantener la estructura familiar de manera que ésta pueda actuar como soporte del paciente.

Pero ¿Qué sucede con las familias de los pacientes en estado grave?, ¿Dónde pasan los familiares la mayor parte de tiempo?, ¿Qué esperan del equipo de salud?, Son algunas de las interrogantes que se quieren desenmascarar mediante el presente estudio cualitativo, que busca descifrar ¿Cuáles son las creencias y sentimientos de los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos?, realizando un estudio de tipo etnográfico con observación participante de lugar donde estos pasan la mayor parte del acompañamiento a su familiar “ la sala de espera”, con apoyo de entrevistas en profundidad y cuestionarios cuantitativos a estas familias.

Resulta conveniente y necesario, pues, realizar una investigación cualitativa que se centre en la atención que se presta habitualmente a los familiares de los pacientes; la cual, además de generar reflexión sobre el tema, podría aportarnos datos de interés acerca de

- Las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en Unidad de Tratamiento Intensivo
- La percepción de los familiares acerca de la calidad de los cuidados
- Las deficiencias o carencias actuales en la atención prestada a los familiares.
- La identificación de los factores relacionados con las necesidades descubiertas.

PRESENTACION DEL PROBLEMA

La familia es un grupo cuyos miembros que se interrelacionan entre si, están sujetos a la influencia del entorno y por tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis. El ingreso de un paciente en una Unidad de Tratamiento Intensivo somete a los miembros de su familia a una situación difícil, que provoca ansiedad y preocupación. Está descrita la relación entre las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en Unidad de Tratamiento Intensivo y los niveles de ansiedad que padecen.

Existe coincidencia en la valoración que realizan varios investigadores que señalan como necesidades principales de los familiares de pacientes ingresados en las Unidades de Tratamientos Intensivos, aquellas relacionadas con la información y la seguridad. Aunque la información es sentida por los familiares como necesidad, puede ser más bien un procedimiento para cubrir determinadas necesidades como la seguridad psicológica.

En la práctica diaria, llevamos a cabo multitud de tareas en relación con los familiares de los pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos; estas acciones no suelen surgir de un análisis de una situación concreta y una evaluación particular de una serie de necesidades detectadas ni se incluyen en los planes de cuidados. La mayoría de las veces se aplica “lo que siempre se hace”.

Es así, y como de acuerdo a la información presentada que avala la presente investigación puede sintetizarse que:

- Existe información creciente de la inserción de familias a Unidad de Tratamiento Intensivo, la mayoría de otros países: Uruguay, España, México, en donde se han estudiado la relación familiar / hospitalización, pero solo desde el paradigma cuantitativo.

- La mayoría de los estudios realizados, concluyen que la familia necesita más apoyo e información por parte del equipo de salud.

A través del análisis de la entrevista a un informante clave en la etapa exploratoria del estudio y considerando la experiencia profesional del investigador se infiere que:

- Si bien el sistema de visitas es abierto (las familias pueden entrar a Unidad de Tratamiento Intensivo a la hora que deseen), no existe un sistema que les informe sobre la organización de las visitas, los horarios de baño de pacientes, de exámenes, quien esta a cargo de su familiar entre otros aspectos.
- Los familiares, de acuerdo al informante clave, pasan la mayor parte del tiempo en la sala de espera, “al otro lado de la puerta” y es aquí donde comparen creencias, sentimientos y expectativas con el resto de familias de otros pacientes.

Por consiguiente y en base a los antecedentes presentados se plantea el siguiente **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:**

¿CUÁLES SON LAS CREENCIAS , SENTIMIENTOS Y EXPECTATIVAS QUE IDENTIFICAN A LOS FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO?

PROPÓSITO

El interés y propósito de esta investigación es construir un conocimiento sobre la realidad humana y social de familiares de pacientes en estado crítico, en las salas de espera de Unidad de Tratamiento Intensivo. De modo de desenmascarar desde la óptica del paradigma cualitativo la realidad humana y social que viven los familiares.

Se espera a través del desentrañamiento de los sistemas de creencias, valores y pautas de comportamiento, a través de la observación en el lugar en donde los familiares pasan gran parte del tiempo “la sala de espera” con el apoyo de entrevistas en profundidad y cuestionarios .

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación nace de la motivación de enfermería por la investigación cualitativa, tema emergente que ha ido sensibilizado desde hasta hace unos pocos años a médicos y enfermeras, abriendo paso a este paradigma cualitativo que enriquece la visión de la salud.

Es así como la investigación cualitativa y en este trabajo en especial, la etnografía, aporta herramientas útiles al equipo de salud que le permiten cuantificar su práctica profesional, ser reflexivos y críticos en su actuar, y adquirir información sobre las múltiples situaciones que se generan en la vida cotidiana de sus pacientes y colegas y que y que pueda enriquecer las explicaciones de las fluctuaciones del bienestar. La etnografía, como análisis de la vida cotidiana, necesariamente abarca lo cultural ya que esta se crea y recrea en los espacios de encuentro en sus dimensiones y espacios culturales y lingüísticas; entre estos el acto médico es el espacio de encuentro intercultural cotidiano.

Es así como la etnografía como método fortalece la “atención integral” que se busca en la actualidad. El objeto de la práctica profesional, desde el hospital hasta la atención a grupos humanos en los escenarios sociales y comunitarios. Los objetos de estudio son variados: Las actitudes y actividades de las personas, lo que abre un interesante campo para la implementación de la promoción y la prevención.

OBJETIVOS

- ♥ Conocer las creencias , sentimientos y expectativas de las familias del paciente hospitalizado en una Unidad de Tratamiento Intensivo

En forma futura:

Ser una base para el desarrollo de tesis para obtener el grado de Magíster en Educación con mención en Informática Educativa, titulada:

¿ LA INCORPORACION DE SOFTWARE EDUCATIVO DE LA CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN DE UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO AUMENTA LA COMUNICACIÓN DE FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EL EQUIPO DE SALUD?

METODOLOGIA

DISEÑO

Este estudio se apoya en el paradigma cualitativo por que se intenta alcanzar la comprensión e interpretación de las creencias y sentimientos de los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo.

Como señala Pérez Serrano (1990) la investigación cualitativa no busca generalizaciones, sino que estudiar en profundidad un fenómeno determinado.

Se utilizo la etnografía como un tipo de estudio porque se describieron las creencias y sentimientos de los familiares de pacientes hospitalizados en Unidades de Tratamientos Intensivos en su medio natural: La sala de espera, además permitió detectar dimensiones generales del fenómeno y las creencias y sentimientos de los familiares. También permitió develar las principales carencias, lo que es importante para ellos y lo que acontece en el escenario diariamente, conservando la comprensión de la complejidad en los procesos sociales.

Para la etnografía se requiere de un acercamiento, que se logra a través de la observación reiterada y prolongada en el tiempo, para así penetrar en las significaciones profundas de lo que se desea investigar ya que en las Unidades de Tratamientos Intensivos se da una gama de creencias y sentimientos que el equipo de salud no conoce explícitamente, pero están presentes en el día a día que viven los familiares.

La aproximación al campo se realizo a través de exploraciones, observando situaciones cotidianas que ocurrían en la sala de espera de la Unidad de Tratamiento Intensivo, tanto en la antesala para ingresar a Unidad como en la sala de espera general, ubicada en el segundo piso.

Las observaciones exploratorias se extendieron por dos meses (Noviembre- Diciembre 2004).

Además se apoyo la etnografía con entrevistas en profundidad y datos cuantitativos (aportados por resultados de cuestionario de necesidades de los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo).

Sujetos:

A modo de trazar el camino, la presente investigación de carácter cualitativo se utilizó como lugar físico la **Sala de Espera** de una Unidad de Tratamiento Intensivo, de modo de poder lograr un acercamiento a la realidad social o cultural de las familias de los pacientes hospitalizados que son los objetos de estudio de esta investigación.

Es importante considerar que las familias de pacientes hospitalizados pasan gran parte del día en la sala de espera, compartiendo sus creencias, sentimientos, y perspectivas con relación al sistema de salud prestado y el difícil momento que están viviendo.

La información entregada por la Unidad de Tratamiento Intensivo es dada a través de una secretaria, con acceso además a un citófono a través del cual es posible comunicarse en forma directa con el personal de la Unidad, muchas veces por falta de tiempo el personal no puede salir a explicar a los familiares las situaciones vividas o el estado de su familiar hospitalizado.

Existe cupo para 6 pacientes en Unidad de Tratamiento Intensivo, por lo que podría haber hasta 6 familias reunidas en la sala de espera.

Los horarios en que se encuentran los familiares en la sala de espera, es prácticamente las 24 hrs. del día, disminuyendo cantidad en la noche.

Los sujetos de investigación correspondieron a los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo de Clínica las Condes, que tuvieron a su familiar hospitalizado por más de 2 días. Se eligió esta cantidad de días por ser el tiempo necesario en donde un familiar alcanza a conocer la organización de la Unidad de Tratamiento Intensivo.

Para seleccionar a las familias se hizo previamente un análisis de contenido de los pacientes que llevaban mas de 2 días hospitalizados , y se seleccionaron a los familiares significativos del paciente hospitalizado, entendiéndose como “ familiar significativo “la/s persona/s que mantienen una relación afectiva reconocida por ambos agentes(paciente y familiar), no limitada exclusivamente al vínculo parental.”

El número de sujetos se determino de acuerdo al criterio de “saturación de la información”, es decir si no surgían nuevas informaciones, no seria necesario seguir aumentando el numero de informantes..

MUESTRA

En relación al tipo de situaciones y eventos a abordar, los actores, lugares, momentos, y temas que fueron abordados, fueron el día a día de los familiares de un paciente hospitalizado en Unidad de Tratamiento Intensivo, abarcando las 24 hrs., es así como, se observaron sus vivencias en la sala de espera.

Con relación al muestreo de espacios y escenarios, el eje han sido los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivos, Sin embargo, tras la documentación inicial y la entrevista con una familia de un paciente hospitalizado, se obtiene que los familiares identifican como lugar más propicios en donde desarrollan sus vivencias y sentimientos “Sala de Espera” de la Unidad.

El tipo de muestra entonces será una muestra de tipo es estructurada:

- Muestra de observación: familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo . Observados durante 2 meses, en distintos horarios (día y noche) , por 2 horas aproximadamente.

- Muestra de entrevistas en profundidad: se eligieron un total de 07 familias que tuvieron a sus pacientes hospitalizados en la Unidad de Tratamiento Intensivo, durante los meses de Noviembre y Diciembre (Esta cantidad de familiares permitió la saturación de la información) , se complementaron los datos con un cuestionario cuantitativo, se manera de complementar información cualitativa.

TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

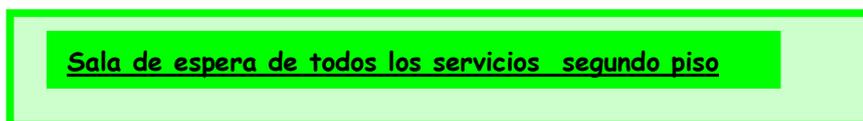
La recolección de la información se realizó a través de:

- a) Observaciones reiteradas; permitieron obtener información en terreno y en contacto directo con la realidad, para registrar cuidadosamente eventos especialmente importantes, a modo de ejemplo agravamiento de un familiar, reintervención quirúrgica, traslado a unidad de menor complejidad.

Se observo, en forma reiterada la entrada a Unidad de Tratamiento Intensivo (antesala) por ser el lugar en donde los familiares ingresan a visitar a su paciente y es aquí en donde esperan día a día.

Al realizar las primeras observaciones, se constato que los familiares además de encontrarse en antesala de la Unidad de Tratamiento Intensivo, esperan en pasillo lateral (habilitado con 3 sillones) y también esperan en la sala para todos los familiares de distintos servicios que se encuentran en el segundo piso.

A continuación se muestra a través del siguiente esquema donde “esperan” los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo:





Se observo, diariamente durante una semana cada uno de los distintos lugares

- ♥ La antesala de Unidad de Tratamiento Intensivo
- ♥ La Sala espera de Unidad de Tratamiento Intensivo
- ♥ La sala de espera de todos los servicios de segundo piso

En un tiempo aproximado de 20 minutos por cada lugar.. Las observaciones se registraron inmediatamente en un cuaderno de notas de campo.

Es importante considerar que la vestimenta de la observadora (enfermera de la Unidad de Tratamiento Intensivo) en todas las observaciones fue de civil.

- b) Entrevistas semiflexibles: de carácter individual y profundo a los informantes (familiares significativos del paciente hospitalizado en Unidad de Tratamiento Intensivo).

A través del análisis de sus discursos se podría develar las creencias y sentimientos que los familiares otorgan al suceso de que uno de los miembros de su familia este hospitalizado en Unidad de Tratamiento Intensivo.

A través de la entrevista realizada en un ambiente de interés y confianza con el informante, se obtuvo información que el entrevistado seria incapaz de expresar si se le preguntara en forma directa. La entrevista semiflexible tiene la ventaja de no ser directiva, y permite a un nivel

profundo entregar datos y a través del análisis, conocer las creencias y sentimientos de los familiares en la situación que viven.

Las entrevistas fueron grabadas (previa autorización de los informantes) y transcritas en forma literal. También se registraron en notas de campo las expresiones, gestos de los entrevistados. Se entrevistaron a un total de 07 familias, este número permitió la saturación de la información.

- c) Cuestionarios: Se apoyó la información cualitativa recolectada por las entrevistas semiflexibles y se entregó una vez finalizada la entrevista, de manera de complementar los datos obtenidos

VALIDEZ, CONFIABILIDAD Y CREDIBILIDAD DE LA INVESTIGACION

La validez y la confiabilidad de la observación participante

1. Se chequearon mediante múltiples procedimientos y formas de evidencia, utilizando la experiencia directa de trabajo en Unidad de Tratamientos Intensivos, la observación, la realización de entrevistas a familiares y apoyo de distintos informantes → Triangulación.
2. Se describieron y discutieron los procedimientos adoptados para recolectar la información → Se analizaron las ventajas y limitaciones de los métodos de recolección de datos.
3. Se expuso a docentes y asistentes al “ Seminario de Metodología Cualitativa, dictado por Departamento de Educación de Facultad de Ciencias Sociales de Universidad de Chile” , los resultados de la presente investigación y los procedimientos de estudio, generando debate y prueba, a través de la lectura del informe final.

4. Se probaron los conceptos importantes, identificados o elaborados en el curso de la investigación, contra su uso actual en la vida cotidiana en la sala de espera de las familias de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo.

Credibilidad

La credibilidad de la investigación se cauteló mediante la triangulación:

- De técnicas: observaciones reiteradas entrevistas individuales a cada familia y apoyo con cuestionarios cuantitativos. La información obtenida a través de la entrevistas coincidió con la obtenida a través de las observaciones.
- De fuentes: entrevistas a distintas familias, de distintos tipos de pacientes, con distintos numero de días de hospitalización y distintos scores de gravedad. La información obtenida de toda la muestra permitió develar las creencias y sentimientos de los familiares.
- Con investigaciones que abordan temáticas similares, tales como los expuestos en la presentación del problema, en donde queda en evidencia las necesidades de los familiares de cuidados intensivos: seguridad, información, verdad, empatía, comunicación.(entre otras)

INTERPRETACION DE LA INFORMACION OBTENIDA

Los datos obtenidos a través de las técnicas aplicadas se leyeron repetidamente, reduciéndose y registrándose los temas emergentes.

A partir de allí se construyeron categorías que fueron interpretadas de acuerdo a las teorías que sustenta la investigación (Fenomenología, Interaccionismo Simbólico)

Para complementar la información se muestra el resultado de los cuestionarios cuantitativos, a través de gráficos y tablas.

Después de lecturas sucesivas y análisis de los temas que emergieron de los discursos de los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo, se conformaron Micro categorías, desde las cuales se desprendieron Macro categorías:

MICRO CATEGORIAS	SUB MICRO CATEGORIAS
1. Percepción de la Cultura / organización de Unidad de Tratamiento Intensivo	<ul style="list-style-type: none"> • Roles claros • Cumplimiento de normas acatada según la patología y grupo de ingreso de paciente • Visión de una jerarquía medica • Atención adecuada de las necesidades de los pacientes hospitalizados
2. Comunicación en Unidad de Tratamiento Intensivo	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de información constante • Credibilidad absoluta a pacientes en Unidad de Tratamiento Intensivo • Franqueza en manejo de información • Importancia de discreción • Confianza ligada al nivel de comunicación alcanzado • Expectativas de poder ser parte del equipo de salud • Lenguaje apropiado • Ausencia de empatía en algunas oportunidades
3. Mecanismos de afrontamiento de la realidad	<ul style="list-style-type: none"> • Enfrentamiento • Divergente / convergente según perfil de la familia
4. Insatisfacción en relación al concepto	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo a la espera

de “esperar” y a la sala de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Incomodidad frente al espacio físico de la sala de espera • Manejo del tiempo peor enemigo de familiares • Solicitud de formas de entretención • Incertidumbre • Privacidad
5. Percepción de la participación familiar en Unidad de Tratamiento Intensivo	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo a las normas • No participación • Sentimientos de culpa • Expectativas de participación
6. Expectativas familiares en relación a las visitas en Unidad de Tratamiento Intensivo	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración de sala de espera • Nuevas formas de entretención • Mantenimiento de horarios flexibles • Apoyo informático básico de Unidad de Tratamiento Intensivo (teléfonos, horarios de cambios de turnos)

De las Microcategorías se desprenden Macrocategorías a modo de facilitar la interpretación de los sucesos:

MACRO CATEGORIAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vivencia de la crisis por la familia 2. Percepción de la cultura de Unidad de Tratamiento Intensivo 3. Demandas de los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivos 4. Significados que atribuyen familiares a sala de espera

Los resultados muestran cuatro macro categorías en relación a las creencias, sentimientos y expectativas que tienen los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo. Estas categorías son el análisis de :

- La Vivencia de la crisis por la familia
- La Percepción de la cultura de Unidad de Tratamiento Intensivo
- Los Significados que atribuyen familiares a sala de espera
- Y finalmente las Demandas de los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo

Al interpretar la vivencia de las familias de este proceso crítico en Unidad de Tratamiento Intensivo, se debe mencionar que este suceso constituye una de las mayores fuentes de sufrimiento en personas hospitalizadas, siendo la familia un elemento que vive en forma paralela este proceso. El ingreso en Unidad de Tratamiento Intensivo, implica un cambio brusco y radical del nivel de dependencia, acompañado de una situación de vida muy agresiva e inusual, que genera una pérdida de autonomía casi absoluta, dependiendo de un equipo de salud para cubrir la mayoría de las necesidades. Las Unidades de Cuidados Intensivos, son escenario frecuente de sufrimiento y suelen ser lugares en donde la tecnología y la eficacia práctica predominan sobre las relaciones personales y la calidad humana. El ingreso del paciente a una Unidad de Tratamiento Intensivo somete a los miembros de la familia a una situación difícil: Familia y Paciente, separados físicamente de su medio habitual y del apoyo afectivo, sufren y están angustiados. Cada miembro que lo integra se interrelaciona, la hospitalización de uno de ellos origina una situación de crisis y desestabilización que repercute en todos sus componentes.

En resumen, la definición de crisis para el paciente o sus familiares se basa en la vivencia de la angustia mortal. Lo que se evidencia a través de los discursos de las familias entrevistadas:

El sufrimiento de tener a un familiar hospitalizado en estado crítico, genera vivencias de incertidumbre y sobrecarga emocional y social, lo que lleva a la angustia y a una reducción de la capacidad de afrontar la situación..

Es así como la familia del paciente hospitalizado en Unidad de Tratamiento Intensivo, debe insertarse en ese nuevo mundo, en donde las familias tienen que compaginar sus sentimientos con la comprensión de explicaciones complejas acerca del curso de la enfermedad y, a veces, se ven en la necesidad de aceptar lo inevitable o de participar en la toma de decisiones comprometidas.

El equipo de salud tiene el papel relevante para aclarar las dudas, aconsejar a los miembros de la familia respecto a la actitud que deben adoptar con el paciente y animarles a superar los miedos, para poder prestar una estrecha colaboración en los cuidados.

En relación a la Percepción de la cultura de Unidad de Tratamiento Intensivo que tienen los familiares en donde a través de la sociología fenomenológica se interpretará los discursos de las familias, la fenomenología se basa en el *LEBENSWELT* (mundo de vida, mundo vivido); este término, acuñado por Edmund Husserl, hace referencia a la dimensión socio-simbólica de la vida social que tiene que ver con la forma como cada individuo, subjetivamente, se relaciona con el mundo social (procesos económicos, de intercambio, jurídicos, formales de adquisición de conocimientos; instituciones escolares o de cualquier otra índole; procesos de búsqueda de poder, y, en general, todo aquello que está dado en la vida social); la categoría de "mundo vivido" (lebenswelt) abarca los juicios, categorías, valores que de alguna manera norman y regulan la propia vida personal.

El Interaccionismo Simbólico sostiene que la interacción humana está mediada por símbolos (lenguaje, vestimenta, gestos, rituales); la forma como cada individuo se presenta a sí mismo ante los demás es lo que constituye la realidad social y permite comprender el sentido que el sujeto da a su acción y a su mundo; finalmente, para comprender la simbología y el sentido de la interacción cara a cara.

Es así como vemos en el discurso de las familias, que los significados que atribuyen a Unidad de Tratamiento Intensivo, se basan en la interacción que se da con este mundo de cuidados críticos:

“.....la UTI es un lugar donde todo es intensivo y el paciente debe estar resguardado de todo tipo de infecciones...se necesita un cuidado intensivo”

“.....uno pasa la mayor parte del tiempo, esperando información, noticias, pasa a ser como el segundo hogar”

De acuerdo con la Teoría Dialéctica, tres son los procesos sociales que explican la vinculación Hombre-Sociedad, en este caso la vinculación familia – Unidad de Tratamiento Intensivo:

- a. externalización: en donde existen pautas de interacción institucionalizadas de acuerdo con las cuales es esperable que el individuo se comporte en determinadas situaciones; conforman un orden social previo y superior al individuo actuante que éste da por supuesto; según esto, las conductas individuales serían externalizaciones de este orden social.
- b. objetivación: cada individuo se enfrenta a conductas de otros actores y a reglas y significaciones institucionalizadas que, desde su perspectiva subjetiva, se le objetivizan como una realidad ante sí mismo que le constriñe; y

- c. internalización: esta estructura social objetivada que los individuos no alcanzan a percibir como su creación colectiva se perpetúa -aunque también cambia- por medio de la internalización que cada quien hace de las reglas, pautas de conducta, tipificaciones e instituciones de la sociedad en que vive.

Los Significados que atribuyen familiares a sala de espera se pueden interpretar a través de las premisas fundamentales del interaccionismo simbólico descritas por Herbert Blumer:

- a. los seres humanos actúan hacia las cosas sobre la base de los significados que éstas tienen para ellos

“La espera es atroz...”

- b. el significado de tales cosas se deriva, o surge, de la interacción social que uno tiene con los demás

*“Es el lugar donde uno pasa la mayor parte del tiempo, esperando información ,
noticias..”*

*“Esperar en UTI es gran parte del tiempo.....es 24 hrs. de espera.....estamos esperando
día a día ...algún cambio...”*

- c. estos significados se manejan y modifican por medio de un proceso de interpretación que utilizan las personas al tratar con las cosas que encuentran.

“La sala de espera pasa a ser como el segundo hogar”

Llevando las premisas de Blummer a las familias de pacientes hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos: Los familiares actúan en relación con del equipo de salud, la sala de espera, y la Unidad de Cuidados Intensivos sobre la base de los significados que éstos tienen para ellos. Estos significados se derivan o brotan de la interacción social que se da entre los familiares, el equipo de salud y el paciente crítico. Esa interacción es una comunicación es simbólica, ya que nos comunicamos por medio del lenguaje y otros símbolos que existen en la cultura de Unidad de Tratamiento Intensivo, que muchas veces al ingreso de un paciente crítico son desconocidos para la familia ; al comunicarse, cada familia o produce sus propios símbolos significativos. Estos significados se establecen y modifican por medio de un *proceso interpretativo*: “el actor selecciona, modera, suspende, reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en que se encuentra y la dirección de su acción...; los significados son usados y revisados como instrumentos para la guía y formación de la acción” (Blummer 1969, pp. 2, 5).

Lo cual queda en evidencia a través del discurso de las familias:

“ Quizás a sido por el primer día que no conocemos la organización de la UTI, pero no sabemos mucho que esta pasando y cada vez que entramos, a pesar de que las visitas pueden pasar todo el día, tengo que salir por que le hacen algún procedimiento..... Quizás es mala suerte”

“A uno deben encontrarlo patudo, pero uno quiere la información, uno esta preocupado, para uno es un caso especial es su pariente, y uno quiere saber que pasa en cada momento”

“En la UCI cuando llega un paciente grave, todos nos damos cuenta por que nadie puede entrar y nadie sale a dar información, y entendemos eso, pero el no saber nos hace ponernos nerviosos”

y finalmente las Demandas de los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Tratamiento Intensivo, la base de la interpretación es etnometodología la cual pretende describir el mundo social tal y como se está continuamente construyendo, emergiendo como realidad objetiva, ordenada, inteligible y familiar. Desde este punto de vista, la etnometodología trata la vivencia de las familias de pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos considerando su objetividad como una realización social. Considera además, que esta autoorganización del mundo social en torno a las familias no se sitúa en las normas, la cultura de la Unidad o cualquier superestructura abstracta sino en las actividades prácticas de la vida cotidiana de los miembros de la Unidad de Tratamiento Intensivo: familia, Paciente y equipo de salud. Estas actividades se realizan conjuntamente en las interacciones; ateniéndose a los presupuestos y a los tipos de conocimiento propios de la "actitud natural".

DISCUSIÓN

A las familias se les está ofreciendo cada día mayor participación en los cuidados del paciente crítico en las Unidades de Tratamiento Intensivo, lo que permite disminuir la ansiedad y favorece el grado de satisfacción tanto de la familia como del paciente.

Permitir que los miembros del núcleo familiar ayuden en los cuidados del paciente ingresado en una Unidad de Tratamiento Intensivo implica mayor esfuerzo por parte del equipo de salud a cargo del paciente en estado crítico.

Es importante mencionar que si bien existe una buena percepción de preocupación por los familiares de los pacientes, la necesidad de información es la gran tarea que se debe suplir.

Por lo que proporcionar un ambiente acogedor, cálido, con las medidas medio ambientales y psicológicas adecuadas ayudaría a superar la mayor parte de las dificultades.

En la presente investigación se detectó la necesidad de realizar mejoras en la sala de espera e información debido a que a los familiares les parecían fría, incómoda, pequeña y poco acogedora. Así como la importancia de contar con mobiliario adicional que facilite la "espera"

de los familiares, como disponibilidad de agua, teléfono, un lugar para entregar noticias, entretenimiento (revistas, películas).

En relación a la entretenimiento, surge como fundamental la necesidad de buscar la forma de buscar la distracción de las familias de manera de disminuir la angustia y la ansiedad de la espera.

Además en relación al aprendizaje de la cultura de la Unidad de Cuidados Intensivos, uno de los aspectos que debe mejorarse es la uniformar la entrega de información, con el objetivo de acercar a la familia al conocimiento de la cultura de una Unidad de Tratamiento Intensivo, debe mejorarse la información entregada a los familiares la cual en muchas ocasiones es olvidada por parte de los miembros del equipo de salud ante la gravedad de la situación clínica del paciente.

En estos momentos iniciales del ingreso, en los cuales los familiares están bloqueados por la situación, recibir la información fundamental a través de un software que incluya: sistemas de turnos, horarios, fotos del personal a cargo por turno, ¿Por qué lavarse las manos?, número de teléfonos a donde llamar, con quien comunicarse, y un pequeño video informativo que contenga un resumen como es la Unidad de Tratamiento Intensivo entre otros, esto proporcionaría mayor seguridad a los familiares.

La relación y la información con respecto al personal de enfermería, se valoraron positivamente en todos los aspectos, agradeciendo notablemente la accesibilidad y la comprensión en momentos tan difíciles.

En relación a los horarios de visita, se valora positivamente el “sistema abierto de visitas “, pero surge la necesidad de que este se ajuste (lo cual se hace automáticamente por las propias familias) de acuerdo a las características y necesidades de cada paciente y adaptarlo de manera personalizada.

En resumen, el reto actual de las Unidades de Tratamiento Intensivo es poder avanzar en los aspectos más humanos de la atención de salud. En las áreas de cuidados intensivos las situaciones críticas y trascendentes para la vida de los pacientes proporciona momentos de estrés

e insatisfacción personal que pueden repercutir en los cuidados de los pacientes y sus familias. La reflexión sobre estos temas tan trascendentes supone intentar recuperar la humanidad, en el contexto de la última tecnología de que disponen la mayoría de las Unidades de Tratamiento Intensivo, y reconsiderando la importancia que tienen los cuidados humanos del paciente y su entorno familiar.

Esta investigación debe servir como punto de reflexión para seguir modificando la mentalidad y actitud con respecto a la interrelación y las funciones que se deben asumir tanto la familia como el equipo de salud respecto al paciente crítico.

Las presentes conclusiones son el reflejo de la realidad que debemos asumir y es la preocupación fundamental de la Unidad de Tratamiento Intensivo.

Un paciente crítico supone afrontar la muerte con todas las consecuencias e implicaciones que desencadena en el entorno familiar y el equipo de salud debe realizar una autorreflexión sistemática para no olvidar que el paciente crítico es un ser humano y no una enfermedad para salvar exclusivamente.

“Tratar y cuidar como nos gustaría que nos trataran y cuidaran a nosotros mismos”

ANEXO N°2

**CUESTIONARIO FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO**

Clínica Las Condes
Centro de Pacientes Críticos

HOJA INFORMATIVA

Estimados familiares de nuestros pacientes:

En la Unidad de Tratamiento Intensivo, del Centro de Pacientes Críticos de Clínica Las Condes, nos parece fundamental mejorar la atención que prestamos a los familiares de los pacientes ingresados a nuestra Unidad.

Por esto hemos creado este software de información para ustedes. A través del presente cuestionario, queremos conocer su opinión acerca de este nuevo medio informativo.

Sus respuestas nos servirán para conocer el grado de satisfacción y el nivel de información que tienen los familiares hospitalizados en nuestra Unidad, tras la inserción de un software educativo en sala de espera sobre la organización de la Unidad.

Por lo cual le agradeceremos que complete este cuestionario que es voluntario y anónimo.

No dude en preguntarnos aquello que considere oportuno y reciba nuestro agradecimiento por su colaboración.

Unidad de Tratamiento Intensivo
Centro Pacientes Críticos
Clínica las Condes.

**ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS FAMILIARES
UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO**

Responda cada pregunta señalando la opción que considere más correcta. Al final del cuestionario puede hacernos aquellas sugerencias que considere oportunas.

Marque con una cruz la respuesta que considere más adecuada

¿Cuál es su rango de su edad?

Menos de 25 años	
Entre 26 y 35 años	
Entre 36 y 45 años	
Entre 46 y 55 años	
Entre 56 y 65 años	
Más de 66 años	

Sexo

Femenino	
Masculino	

Su parentesco con el paciente es:

Cónyuge	
Hijo-a	
Padre-Madre	
Hermano-a	
Amigo-a	
Otro, especifique	_____

¿Ha estado anteriormente de visita en una Unidad de Tratamiento Intensivo?

Sí	
No	

Si su respuesta es Sí, mencione en qué circunstancias:

INGRESO DE PACIENTE A UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO

¿Cuál es el sentimiento que más le identifica en el momento del ingreso de su familiar a Unidad de Tratamiento Intensivo?

INFORMACIÓN ENTREGADA POR SOFTWARE

¿Pudo usted familiarizarse con la Unidad de Tratamiento Intensivo?

Sí	
No	

Si su respuesta es No, explique: _____

¿La nueva modalidad de información (Software) de la Unidad de Tratamiento Intensivos le ha resultado?

Muy acogedora	
Poco Acogedora	
Nada acogedora	

¿Pudo usted conocer al equipo de salud que atiende a su familiar?

Sí	
No	

Si su respuesta es No, explique: _____

¿Pudó informarse usted de qué personas están cuidando en cada momento a su familiar?

Sí	
----	--

No	
----	--

Si su respuesta es No, explique: _____

¿Conoció el lenguaje técnico y procedimientos que se realizan a su familiar en forma clara?

Sí	
No	

Si su respuesta es No, explique: _____

¿La posibilidad de hacer SUGERENCIAS ¿Le permitió sentirse mas cerca del equipo de salud?

Sí	
No	

Si su respuesta es No, explique: _____

¿Ha recibido respuesta a sus Sugerencias?

Sí	
No	

Si su respuesta es No, explique: _____

¿Ha comprendido la organización de la Unidad de Tratamiento Intensivo?

Muy poco	
Poco	
Bastante	
Mucho	

¿Conoció usted en forma clara el procedimiento de lavado de manos y delantal?

Sí	
No	

¿Ha tenido dificultad para entender lo que le explican en el lenguaje técnico (médico) utilizado?

Muy poco	
Poco	
Bastante	
Mucho	

¿Se le han explicado los recursos materiales utilizados con su familiar (monitores, respiradores, tubos, alarmas...)?

Muy poco	
Poco	
Bastante	
Mucho	

¿Cree usted que le ha faltado información acerca de dónde se encuentran ciertos lugares que pueden ser útiles para usted (por ejemplo servicios, cafetería, banco de sangre, teléfonos)?

Sí	
No	

¿Qué otra información le habría gustado recibir?

RELACION EQUIPO DE SALUD/PACIENTE

¿Qué opinión tiene usted de manera global acerca de los cuidados que se han prestado a su familiar durante su hospitalización en Unidad de Tratamiento Intensivo?

Muy malos	
Malos	
Regulares	
Buenos	
Muy buenos	

Usted opina que el personal de la UTI ¿Se ha preocupado por su familiar?

Muy poco	
Poco	
Bastante	
Mucho	

¿Ha comprendido las explicaciones respecto a la situación de salud de su familiar?

Muy mal	
Mal	
Regular	
Bien	
Muy bien	

¿Conoce usted el nombre de los médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería que atienden a su familiar en Unidad de Tratamiento Intensivo?

Sí	
No	

¿Comprendió la información que recibió al momento del ingreso de su familiar?

Sí	
No	

Si su respuesta es No, explique: _____

La información que diariamente usted ha recibido sobre el estado de su familiar ha sido:

Clara	
Poco Clara	
Nada clara	

¿Recibió por parte del equipo de salud ayuda para facilitarle la comunicación con su familiar?

Sí	
No	

Si su respuesta es No, explique: _____

¿Qué aspectos considera usted que pueden mejorarse con respecto a la intercomunicación entre el equipo de salud y los familiares de Unidad de Tratamiento Intensivos?

ANEXO N°3

**CUESTIONARIO EQUIPO DE SALUD
UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO**

**Clínica Las Condes
Centro de Pacientes Críticos**

HOJA INFORMATIVA

Equipo de salud de Unidad de Tratamiento Intensivo, Centro Pacientes Críticos, Clínica Las Condes:

Desde hace 2 meses, se está probando el software de información general sobre la Unidad de Tratamiento Intensivo, que tiene como objetivo brindar la información inicial sobre la

organización y funcionamiento de nuestra Unidad mientras nosotros entregamos los cuidados iniciales a nuestros pacientes.

A través del presente cuestionario, queremos conocer su opinión acerca de este nuevo medio educativo, además de sus sugerencias para mejorar este sistema.

Por lo cual le agradeceremos que complete este cuestionario que es voluntario y anónimo.

EQUIPO DE SALUD UNIDAD TRATAMIENTO INTENSIVO

Marque con una cruz la respuesta que considere más adecuada

¿Cuál es su rango de su edad?

Menos de 25 años	
Entre 26 y 35 años	
Entre 36 y 45 años	
Entre 46 y 55 años	
Entre 56 y 65 años	

Más de 66 años	
----------------	--

Sexo

Femenino	
Masculino	

¿Cuál es su cargo dentro de la Unidad?

Auxiliar de sala	
Enfermera	
Médico	
Auxiliar de Enfermería	
Secretaria	

Tiempo de trabajo en Unidad de Tratamiento Intensivo: _____

¿Qué aspectos cree usted que tienen repercusión en la relación que se establece entre el equipo de salud y los familiares de los pacientes?

INFORMACIÓN ENTREGADA POR SOFTWARE

¿Cree usted que la incorporación del software educativo en la sala de espera es un medio de ayuda para que los familiares de los pacientes puedan familiarizarse con la Unidad de Tratamiento Intensivo?

Sí	
No	

Si su respuesta es No, explique: _____

¿La nueva modalidad de información (Software) de la Unidad de Tratamiento Intensivo le ha resultado?

Muy acogedora	
Poco Acogedora	
Nada acogedora	

Los familiares ¿Le reconocieron como la parte del equipo de salud que cuida a los pacientes?

Sí	
No	

Si su respuesta es No, explique: _____

¿ Cree usted que los familiares entienden el lenguaje técnico y los procedimientos que se le realizan a su familiar en forma clara?

Sí	
No	

A veces	
---------	--

Explique: _____

¿Cree usted que los familiares se sienten cercanos al equipo de salud?

Sí	
No	

¿Cree usted que los familiares comprenden la organización de la Unidad de Tratamiento Intensivo?

Muy poco	
Poco	
Bastante	
Mucho	

¿Cree usted que los familiares conocieron en forma clara el procedimiento de lavado de manos y delantal?

Sí	
No	

¿ Cree usted que ha faltado información acerca de donde se encuentran ciertos lugares que pueden ser útiles para los familiares (por ejemplo servicios, cafetería, banco de sangre, teléfonos)?.

Sí	
No	

¿Qué otra información cree usted sería útil entregar?

¿Cree usted que los familiares han comprendido las explicaciones respecto a la situación de salud de su familiar?

Muy mal	
Mal	
Regular	
Bien	
Muy bien	

¿Cree que la incorporación de un software que brinda información de la organización de Unidad de Tratamiento Intensivo, produce cambios en la comunicación con los familiares?

}

ANEXO N°4

SELECCIÓN DE ALGUNAS PLANTILLAS DEL SOFTWARE EDUCATIVO

The screenshot displays a web-based educational interface. At the top, there is a header with a green medical bag icon on the left, the text "Unidad de Tratamiento Intensivo" in a large blue font, and "Clínica Las Condes" in a smaller blue font below it. To the right of the text is the CLC logo, which consists of a stylized green and blue cross with the letters "CLC" and "CLÍNICA LAS CONDES" underneath.

Below the header is a vertical navigation menu on the left side, containing several blue buttons with white text. The buttons are: "¿Qué es la Unidad de Tratamiento Intensivo?", "Tour Virtual", "Nuestro Equipo" (highlighted in green), "Enfermera por Habitación", "Glosario de Unidad de Tratamiento Intensivo", "Sugerencias", "¿Qué puede hacer usted por su paciente?", "Horarios y Teléfonos", "Conózcanos - Novedades", "Mapa Clínica Las Condes", "¿Quiénes estamos de turno?", and "Información del Software".

The main content area on the right has a green background. It starts with a white chevron icon followed by the text "NUESTRO EQUIPO". Below this, there is a white rounded rectangle containing the word "Enfermeras". Underneath, there is a list of roles: "⊙ Enfermera jefe Centro Pacientes Críticos", "⊙ Enfermera Coordinadora Centro Pacientes Críticos, Unidad de Cuidado Intermedio", and "⊙ Enfermeras clínicas". At the bottom right of this area is a faint illustration of a patient in a hospital bed being attended to by two nurses. At the bottom left of the main content area, there is a white chevron icon followed by the text "volver".



Unidad de Tratamiento Intensivo

Clínica Las Condes



- ¿Qué es la Unidad de Tratamiento Intensivo?
- Tour Virtual
- Nuestro Equipo**
- Enfermera por Habitación
- Glosario de Unidad de Tratamiento Intensivo
- Sugerencias
- ¿Qué puede hacer usted por su paciente?
- Horarios y Teléfonos
- Conózcamos - Novedades
- Mapa Clínica Las Condes
- ¿Quiénes estamos de turno?

»» ¿QUÉ PUEDE HACER USTED POR SU PACIENTE?

◉ **Visitas**

Nuestro sistema de visitas es "acogedor". Esto quiere decir que no existen restricciones para visitar a su familiar, excepto durante la hora de cambio de turno o durante la realización de algún procedimiento dentro de la Unidad.

La hora de cambio de turno tanto de enfermeras como doctores es de 8:00 a 9:30 hrs. a.m y 20:00 a 21:30 hrs. p.m.

Los días festivos y fines de semana es de 9:00 a 10:30 hrs. a.m o de 20:00 a 21:30 hrs. p.m.




Unidad de Tratamiento Intensivo

Clínica Las Condes



- ¿Qué es la Unidad de Tratamiento Intensivo?
- Tour Virtual
- Nuestro Equipo**
- Enfermera por Habitación
- Glosario de Unidad de Tratamiento Intensivo
- Sugerencias
- ¿Qué puede hacer usted por su paciente?
- Horarios y Teléfonos
- Conózcamos - Novedades
- Mapa Clínica Las Condes
- ¿Quiénes estamos de turno?
- Información del Software**

> ¿QUÉ PUEDE HACER USTED POR SU PACIENTE?

Donación de sangre

◉ Puede suceder que su familiar haya requerido de una transfusión de sangre, por lo que Banco de Sangre de la Clínica Las Condes le solicitará dadores de sangre. Si desea conocer los pasos y requisitos para donar sangre, [haga clic aquí](#)



< volver



Unidad de Tratamiento Intensivo

Clínica Las Condes



- ¿Qué es la Unidad de Tratamiento Intensivo?
- Tour Virtual
- Nuestro Equipo**
- Enfermera por Habitación
- Glosario de Unidad de Tratamiento Intensivo
- Sugerencias
- ¿Qué puede hacer usted por su paciente?
- Horarios y Teléfonos
- Conózcanos - Novedades
- Mapa Clínica Las Condes
- ¿Quiénes estamos de turno?
- Información del Software

» ¿QUÉ PUEDE HACER USTED POR SU PACIENTE?

Visitas de niños

© No se permiten visitas de niños a la Unidad de Tratamiento Intensivo, aunque puede existir excepciones según la circunstancias.



[◀ volver](#)



- ¿Qué es la Unidad de Tratamiento Intensivo?
- Tour Virtual
- Nuestro Equipo**
- Enfermera por Habitación
- Glosario de Unidad de Tratamiento Intensivo
- Sugerencias
- ¿Qué puede hacer usted por su paciente?
- Horarios y Teléfonos
- Conózcanos - Novedades
- Mapa Clínica Las Condes
- ¿Quiénes estamos de turno?
- Información del Software

http://www.webempresario.cl - Sugerencias - Microsoft Internet Explorer

SUGERENCIAS

Es importante para nosotros saber su opinión, es por eso que lo invitamos a escribir sus sugerencias, reclamos o felicitaciones en relación a nuestra atención, así como sus ideas para ayudarnos a complementar la información entregada a través de este software.

- Sugerencia
- Reclamo
- Felicitación

Internet



Unidad de Tratamiento Intensivo

Clínica Las Condes



¿Qué es la Unidad de Tratamiento Intensivo?

Tour Virtual

Nuestro Equipo

Enfermera por Habitación

Glosario de Unidad de Tratamiento Intensivo

Sugerencias

¿Qué puede hacer usted por su paciente?

Horarios y Teléfonos

Conózcamos - Novedades

Mapa Clínica Las Condes

¿Quiénes estamos de turno?

Información del Software

> GLOSARIO

BOMBA DE INFUSION

Es un aparato diseñado para liberar e inyectar cantidades determinadas de un medicamento en un determinado período de tiempo.

Poseen alarmas que avisan al equipo de salud según lo que la enfermera ha programado. Varían de tamaño y forma.

Las Bombas de Infusión que usted puede ver en nuestra Unidad:



< volver

¿Qué es la Unidad de Tratamiento Intensivo?

Tour Virtual

Nuestro Equipo

Enfermera por Habitación

Glosario de Unidad de Tratamiento Intensivo

Sugerencias

¿Qué puede hacer usted por su paciente?

Horarios y Teléfonos

Conózcamos - Novedades

Mapa Clínica Las Condes

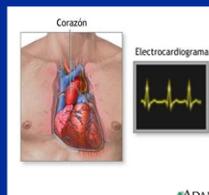
¿Quiénes estamos de turno?

Información del Software

>>> GLOSARIO

ELECTROCARDIOGRAMA

Examen que mide la actividad eléctrica del corazón, incluyendo tanto el ritmo y regularidad de los latidos, como el tamaño y posición de las cámaras, los daños al corazón y los efectos de medicamentos y dispositivos reguladores de la actividad cardiaca.



< volver



- ¿Qué es la Unidad de Tratamiento Intensivo?
- Tour Virtual
- Nuestro Equipo**
- Enfermera por Habitación
- Glosario de Unidad de Tratamiento Intensivo
- Sugerencias
- ¿Qué puede hacer usted por su paciente?**
- Horarios y Teléfonos
- Conózcanos - Novedades
- Mapa Clínica Las Condes
- ¿Quiénes estamos de turno?
- Información del Software

> **GLOSARIO**

MARCAPASOS

Es un aparato capaz de generar, en el corazón, impulsos eléctricos de forma rítmica y a una frecuencia suficiente para mantener un gasto cardíaco adecuado.



Existen 2 tipos de Marcapasos los internos y externos. Los Marcapasos internos pueden ser permanentes o temporales mientras que los Marcapasos externos son temporales. En la Unidad de Tratamientos Intensivos, se utilizan generalmente los Marcapasos Internos temporales.



< volver

Continuar >



Unidad de Tratamiento Intensivo

Clínica Las Condes

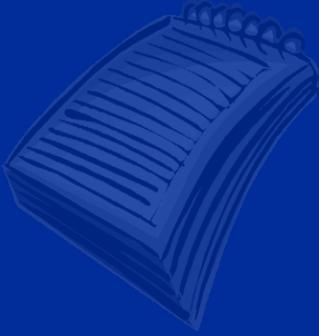


- ¿Qué es la Unidad de Tratamiento Intensivo?
- Tour Virtual
- Nuestro Equipo
- Enfermera por Habitación
- Glosario de Unidad de Tratamiento Intensivo
- Sugerencias
- ¿Qué puede hacer usted por su paciente?
- Horarios y Teléfonos
- Conózcamos - Novedades
- Mapa Clínica Las Condes
- ¿Quiénes estamos de turno?
- Información del Software

»» GLOSARIO

A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N

O
P
Q
R
S
T
U
V
W
X
Y
Z





Unidad de Tratamiento Intensivo

Clínica Las Condes



- ¿Qué es la Unidad de Tratamiento Intensivo?
- Tour Virtual
- Nuestro Equipo
- Enfermera por Habitación
- Glosario de Unidad de Tratamiento Intensivo
- Sugerencias
- ¿Qué puede hacer usted por su paciente?
- Horarios y Teléfonos
- Conózcamos - Novedades
- Mapa Clínica Las Condes
- ¿Quiénes estamos de turno?
- Información del Software

»» NUESTRO EQUIPO

La Unidad de Tratamientos Intensivos, **Centro de Pacientes Críticos** asegura una atención de calidad a los pacientes críticamente enfermos. Contando con un equipo calificado de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, auxiliares de sala y secretarías.

A continuación conocerá los integrantes del equipo de salud, con una breve descripción de sus funciones y sus horarios:

Médicos

Enfermeras

Auxiliares

Personal Estable día a día

Profesionales de Apoyo





Unidad de Tratamiento Intensivo

Clínica Las Condes



- ¿Qué es la Unidad de Tratamiento Intensivo?
- Tour Virtual
- Nuestro Equipo**
- Enfermera por Habitación
- Glosario de Unidad de Tratamiento Intensivo
- Sugerencias
- ¿Qué puede hacer usted por su paciente?
- Horarios y Teléfonos
- Conózcamos - Novedades
- Mapa Clínica Las Condes
- ¿Quiénes estamos de turno?
- Información del Software

» NUESTRO EQUIPO

Personal Estable día a día

◉ Secretarías y personal administrativo

Trabajan en horario diurno de lunes a viernes de 9 a 18 hrs.

Nuestro equipo de salud esta compuesto por 2 secretarías y 2 empleadas administrativas.

			
Marlen Gallagher Secretaria	Isabel Pérez Secretaria	Pamela Ramírez Administrativa	Marcela Caro Administrativa

[◀ volver](#)



Unidad de Tratamiento Intensivo

Clínica Las Condes



- ¿Qué es la Unidad de Tratamiento Intensivo?
- Tour Virtual
- Nuestro Equipo**
- Enfermera por Habitación
- Glosario de Unidad de Tratamiento Intensivo
- Sugerencias
- ¿Qué puede hacer usted por su paciente?
- Horarios y Teléfonos
- Conózcamos - Novedades
- Mapa Clínica Las Condes
- ¿Quiénes estamos de turno?
- Información del Software

» NUESTRO EQUIPO

Profesionales de Apoyo

			
Francisco Alvarez Kinesiólogo	M. Isabel Besio Kinesióloga	Jorge Camaño Kinesiólogo	M. Teresa Laporte Kinesióloga
			
Romina Nerví Kinesióloga	Lorena Ross Kinesióloga	Patricia Simian Terapeuta Ocupacional	Jorge Zlatar Kinesiólogo

[◀ volver](#)



Unidad de Tratamiento Intensivo

Clínica Las Condes



- ¿Qué es la Unidad de Tratamiento Intensivo?
- Tour Virtual
- Nuestro Equipo
- Enfermera por Habitación
- Glosario de Unidad de Tratamiento Intensivo
- Sugerencias
- ¿Qué puede hacer usted por su paciente?
- Horarios y Teléfonos
- Conózcamos - Novedades
- Mapa Clínica Las Condes
- ¿Quiénes estamos de turno?
- Información del Software

> GLOSARIO

DRENAJES DE HERIDAS

El objetivo de un drenaje es drenar una colección líquida o de gas desde una cavidad, produciendo el menor stress al paciente. Los drenajes son generalmente de material plástico y flexible, el tipo de drenaje a utilizar dependerá de la cirugía realizada y de la cantidad de líquido o sangre que salga de la herida.

Los tipos de drenajes que usted puede ver en la Unidad:



Drenaje Hemovac



Drenaje Jackson

[< volver](#)



Unidad de Tratamiento Intensivo

Clínica Las Condes



- ¿Qué es la Unidad de Tratamiento Intensivo?
- Tour Virtual
- Nuestro Equipo
- Enfermera por Habitación
- Glosario de Unidad de Tratamiento Intensivo
- Sugerencias
- ¿Qué puede hacer usted por su paciente?
- Horarios y Teléfonos
- Conózcamos - Novedades
- Mapa Clínica Las Condes
- ¿Quiénes estamos de turno?
- Información del Software

>>> NUESTRO EQUIPO

⦿ Auxiliares de Sala

Son los encargados de cumplir las funciones de orden y limpieza de la unidad y colaboración para la coordinación en la Unidad de Tratamiento Intensivo. Por cada turno hay 1 auxiliar de servicio que trabajan en sistema de cuarto turno. Esto quiere decir que trabajan un "día" (de 8 a 20 hrs.), al otro día hacen una "Noche" (20 a 08 hrs.) y después tienen 2 días libres. Además existe un auxiliar de sala que trabaja de lunes a viernes de 7 AM a 16 hrs. Nuestro equipo de salud está compuesto por los siguientes auxiliares de sala:


Patricio Cifuentes


Rosa Fuentes


Emelina González


Marcelo Melin


Pedro Muñoz


Carlos Yevenes

[< volver](#)



Unidad de Tratamiento Intensivo

Clínica Las Condes



- ¿Qué es la Unidad de Tratamiento Intensivo?
- Tour Virtual
- Nuestro Equipo**
- Enfermera por Habitación
- Glosario de Unidad de Tratamiento Intensivo
- Sugerencias
- ¿Qué puede hacer usted por su paciente?
- Horarios y Teléfonos
- Conózcamos - Novedades
- Mapa Clínica Las Condes
- ¿Quiénes estamos de turno?
- Información del Software

»» NUESTRO EQUIPO

⊙ Enfermeras Clínicas

Las enfermeras clínicas son responsables de la atención directa de su familiar. Cada paciente tiene "SU" enfermera.

Las enfermeras clínicas trabajan en sistema de cuarto turno. Esto quiere decir que trabajan un "día" (de 8 a 20 hrs.), al otro día hacen una "Noche" (20 a 08 hrs.) y después tienen 2 días libres.

Nuestro equipo de salud está compuesto por las siguientes enfermeras clínicas:



M Isabel Abarca



Carla Alarcón



Marcia Angulo



Inés Barbajelata



Vanessa Bunster

< volver
Continuar >



Unidad de Tratamiento Intensivo

Clínica Las Condes



- ¿Qué es la Unidad de Tratamiento Intensivo?
- Tour Virtual
- Nuestro Equipo**
- Enfermera por Habitación
- Glosario de Unidad de Tratamiento Intensivo
- Sugerencias
- ¿Qué puede hacer usted por su paciente?
- Horarios y Teléfonos
- Conózcamos - Novedades
- Mapa Clínica Las Condes
- ¿Quiénes estamos de turno?
- Información del Software

»» NUESTRO EQUIPO

⊙ Auxiliares de Enfermería

Son los encargados de funciones de confort y actividades de apoyo a la atención de enfermería. Por cada turno hay 2 auxiliares de enfermería.

Las auxiliares de enfermería trabajan en sistema de cuarto turno, esto quiere decir que trabajan un "día" (de 8 a 20 hrs.), al otro día hacen una "Noche" (20 a 08 hrs.) y después tienen 2 días libres.



Rosa Alarcón



Viviana Catalán



Fabiola Cataldo



Luisa Garcés



Rocío González

< volver
Continuar >



Unidad de Tratamiento Intensivo

Clínica Las Condes



- ¿Qué es la Unidad de Tratamiento Intensivo?
- Tour Virtual
- Nuestro Equipo
- Enfermera por Habitación
- Glosario de Unidad de Tratamiento Intensivo
- Sugerencias
- ¿Qué puede hacer usted por su paciente?
- Horarios y Teléfonos
- Conózcanos - Novedades
- Mapa Clínica Las Condes
- ¿Quiénes estamos de turno?
- Información del Software

» NUESTRO EQUIPO

◉ Enfermera Coordinadora Centro Pacientes Críticos, Unidad de Cuidado Intermedio



La Sra. **Verónica Reyes**, es la enfermera coordinadora de la Unidad de Cuidado Intermedio. Trabaja de Lunes a Viernes, y se puede contactar con ella directamente en la Unidad de Cuidado Intermedio o con su secretaria al teléfono **2105235**.



< volver



Unidad de Tratamiento Intensivo

Clínica Las Condes



- ¿Qué es la Unidad de Tratamiento Intensivo?
- Tour Virtual
- Nuestro Equipo
- Enfermera por Habitación
- Glosario de Unidad de Tratamiento Intensivo
- Sugerencias
- ¿Qué puede hacer usted por su paciente?
- Horarios y Teléfonos
- Conózcanos - Novedades
- Mapa Clínica Las Condes
- ¿Quiénes estamos de turno?
- Información del Software

> NUESTRO EQUIPO

◉ Enfermera Jefe Centro Pacientes Críticos



La Sra. **Jacqueline Muñoz**, es la enfermera jefe de Centro de Pacientes Críticos. Trabaja de Lunes a Viernes, y su oficina está dentro de la Unidad de Tratamiento Intensivo, en donde usted puede contactarse con ella.



< volver

ANEXO N°5

FOTOGRAFIAS

SOFTWARE EDUCATIVO

SALA DE ESPERA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO









