

“El apoyo familiar El apoyo familiar”.

Autores: Esp. Claudia Leonor Bolzán*, Esp. Ingrid Viviana Kunzi y Lic. Daniela Mendieta.

Resumen: La presente investigación estudió el apoyo familiar en pacientes hospitalizados en una sala de cirugía, siendo sus objetivos describir el apoyo familiar en el paciente hospitalizado que se encuentra en la etapa pre-quirúrgica, identificar las características socio demográficas de los mismos, caracterizar el apoyo familiar que los pacientes reciben durante esta etapa y relacionar las características sociodemográficas y el apoyo familiar de los pacientes en la fase pre-quirúrgica. Metodología: Diseño descriptivo, sincrónico, de campo. Se utilizó una metodología cuantitativa y cualitativa, realizando triangulación de datos. Muestreo no probabilístico intencional. Resultados: Se destaca la valoración de parte del paciente hospitalizado de las visitas de familiares y allegados, la manifestación de emociones –de bienestar, comprensión y malestar, la comprensión hacia las dificultades del sistema familiar y allegados para realizar visitas, la iniciativa de las personas internadas a comunicarse por diversos medios con sus seres queridos significativos – teléfono y mensajes de texto-, la respuesta favorable del sistema familiar y allegados, el intercambio de información y las expectativas acerca de la intervención y/o procedimiento quirúrgico, el apoyo material y emocional.

Palabras claves: Apoyo familiar – Hospitalización - Etapa pre-quirúrgica.

Introducción.

Los seres humanos pueden verse afectados por situaciones de estrés, una de ellas es la cirugía y hospitalización de un integrante de la familia.

La internación implica separaciones y abandono del hogar por parte del enfermo, por cuyo futuro temen los restantes miembros del grupo familiar.

Debido a esta situación el binomio paciente-familia se desorganiza emergiendo diferentes tipos de necesidades.

La cirugía constituye una situación de estrés psicológico tanto para la familia como para el paciente, quienes presentan creencias y mitos alrededor de la cirugía, la anestesia, el dolor y la muerte que pueden estar enraizadas en la historia familiar. El apoyo familiar se convierte en factor clave para la recuperación del paciente. Las familias y hospitales se necesitan mutuamente; una alianza entre la familia y el paciente contribuye al logro de un resultado más efectivo.

El objetivo de este artículo será presentar los resultados obtenidos en una investigación realizada sobre el apoyo familiar de pacientes internados en la Sala de Cirugía del Hospital J. B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe, que se encuentran en etapa pre-quirúrgica, con el fin de promover el derecho del paciente hospitalizado a estar acompañado durante la cirugía; favoreciendo la participación de la familia en la recuperación.

Contextualización y Planteamiento del Problema:

Dada la experiencia realizada en el Servicio de Cirugía del Hospital J. B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe con los estudiantes de las Prácticas Profesionales del Área Clínica de la Carrera de Psicología de la Universidad Católica de Santa Fe, se observó que los pacientes hospitalizados en dicha sala, recibían la visita de sus familiares o allegados en el horario estipulado por el servicio. Desde la observación, pudo notarse que la mayoría de los pacientes fueron visitados por sus familiares durante su internación, siendo menos la cantidad de pacientes que transcurren la internación encontrándose solos, ya que sus familiares por diversas razones (laborales, distancias, cuidados de hijos, entre otras) no pueden acompañar al paciente en el proceso de internación; observándose en ellos diferentes reacciones emocionales y físicas que podrían afectar la preparación para la cirugía y su posterior recuperación y evolución. En función de estas observaciones surgió el siguiente interrogante: ¿Cómo influye el apoyo familiar en el paciente internado en la Sala de Cirugía, en una etapa

pre-quirúrgica? ¿De qué manera los pacientes que se encuentran acompañados por sus familiares afrontan el proceso pre-quirúrgico?.

Se sostuvo como hipótesis que cuando el paciente posee una red de sostén familiar que le procura cuidados básicos -materiales y emocionales-; en una situación de riesgo emocional, como es la cirugía; estos cuidados pueden constituir una medida de psicoprevención de enorme valor. En este sentido, se propuso para este trabajo la hipótesis de que el apoyo familiar en pacientes próximos a una cirugía favorece la adaptación psicológica al proceso quirúrgico. El objetivo general fue describir el apoyo familiar en el paciente hospitalizado que se encuentra en la etapa pre-quirúrgica. Los objetivos específicos se centraron en identificar las características socio demográficas de los pacientes que se encuentren en la etapa pre-quirúrgica, caracterizar el apoyo familiar que los pacientes reciben durante esta etapa y relacionar las características sociodemográficas y el apoyo familiar de los pacientes en etapa pre-quirúrgica.

Marco Teórico.

El presente trabajo de investigación se desarrolló en el campo de la Psicología de la Salud, entendido como un 'campo de actuación profesional en el que los psicólogos poseen tanto los conocimientos como las competencias indispensables para cumplir con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación, fundamentalmente, con especial énfasis en la investigación de qué y cómo las variables psicológicas facilitan o dificultan la práctica de los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención, con el objeto de prevenir una enfermedad y promover la salud' (Piña y Rivera, 2006). Los objetivos en este campo se orientan según Mucci (2004) hacia los fenómenos y problemas psíquicos relacionados con enfermedades médicas o con la salud en general. Su aplicación abarca tanto a procesos normales como patológicos; a procesos y estados de salud, individuales y grupales; y a los ámbitos en que los sujetos se desenvuelven siempre desde una perspectiva integradora sobre la salud como una totalidad biopsicosocial. El propósito consistirá en asegurar o reinstaurar esos estados desde los sub-campos complementarios: la prevención y la promoción para la salud.

La definición dada en la Carta de Ottawa (1986) sostiene que la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. Dentro de las áreas de acción que la misma propone, el presente trabajo apunta al reconocimiento de los recursos por parte de las personas internadas en el Servicio de Cirugía, así como contribuir a la reorientación del servicio de salud en la incorporación de la familia en el proceso pre-quirúrgico para el desarrollo de dichas habilidades.

En este sentido la Ley Nacional de Salud Mental -26657-, plantea en el Capítulo III, Artículo 7, Inciso “e” que todo paciente tiene “Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona ...designe”. Las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. La prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental (OMS, 2004).

En lo que respecta a la prevención, según Caplan (1966) resulta esencial considerar la prevención desde una perspectiva ecológica para la comprensión del problema que aqueja a la persona, atendiendo el carácter multifactorial de las variables que inciden sobre la salud mental. Las intervenciones preventivas se enfocan en la reducción de los factores de riesgo y aumentando los factores de protección relacionados con los problemas de salud mental (OMS, 2004).

Mucci (2004) propone pensar la prevención en cirugía como la prevención del riesgo psíquico en personas que, a priori, suponemos psíquicamente sanas. Esto requiere detectar indicadores de riesgo para así definir el daño que se puede evitar en un grupo de sujetos determinado. Entre la población quirúrgica la autora considera prevención primaria a las actividades, disposiciones y recursos que tienden a informar, poner en conocimiento lo antes posible las características generales del acto quirúrgico y que apunten a disminuir los

conocimientos psíquicos que puedan afectarlo. La prevención secundaria consiste en limitar o prevenir riesgos psíquicos que puedan surgir como efecto del proceso quirúrgico.

El acto quirúrgico funciona como un determinante externo agresivo, para resolver una enfermedad orgánica. Una enfermedad es un hecho concreto, que presenta componentes y provoca alteraciones a nivel objetivo y subjetivo. Como proceso la enfermedad se desarrolla en una dimensión temporal: tiene un comienzo, un desarrollo y una conclusión, que en algunos casos puede ser quirúrgica. El proceso pone en movimiento una dinámica de acción y reacción, que puede promover cierto grado de incapacidad transitoria o definitiva. La enfermedad es un fenómeno complejo, un proceso multi-determinado y multifactorial para el cual la mayoría de las personas no está preparada (Mucci, 2004).

El proceso quirúrgico constituye un evento estresante, alrededor del cual existen preocupaciones sobre la autonomía y condiciones físicas, la experiencia de dolor, la supervivencia y la recuperación, la separación de la familia y el hogar a lo que se suma el carácter impersonal de la propia hospitalización (Castillero Amador y Pérez Lazo de la Vega, 2001). La complejidad de este proceso en conjunción con la enfermedad sobre la cual se interviene genera el desarrollo de una crisis en la persona que padece el problema como en su entorno. El paciente internado se ve expuesto a diversos estresores dentro del mundo hospitalario, tales como: desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales, miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, o a los resultados de la cirugía. Esta situación favorece la aparición de variadas respuestas emocionales que pueden obstaculizar la recuperación del paciente (Barrilero Gómez y cols, 1998).

El estado de crisis que se produce a partir de la incorporación del paciente a un proceso quirúrgico puede conllevar al desarrollo de diferentes tipos de efectos psíquicos asociados a la vivencia de estrés inherente a toda operación ya que constituye una amenaza real tanto interna como externa que desencadena miedos, preocupaciones, problemas, conflictos y malestar. Las

manifestaciones afectivas más evidentes son la ansiedad y la angustia, las cuales son necesarias para que el paciente inicie un proceso de situaciones asociadas al proceso quirúrgico, cansancio y agotamiento físico y mental, confusión, sentimientos de desamparo, angustia, ansiedad, insomnio, dificultades en los vínculos familiares y sociales y síntomas físicos (Mucci, 2004).

En este contexto la psicoprofilaxis quirúrgica, en tanto constituye un entrecruzamiento interdisciplinario entre la psicología y la medicina, permite intervenir preventivamente en la disminución de los efectos, perturbaciones, dificultades o trastornos que puedan presentar los pacientes quirúrgicos en su funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccional y comportamental y favorecer el desarrollo de recursos de afrontamiento y adaptación (Mucci, 2004).

El proceso de psicoprofilaxis quirúrgica se plantea en tres fases que se corresponden con los momentos quirúrgicos: pre-operatorio, intra-operatorio y post-operatorio. La presente investigación se centró en el período pre-operatorio que constituye la etapa de intervención pre-quirúrgica. Respecto a los momentos del proceso quirúrgico, esta fase abarca dos momentos: la fase pre-operatoria es anticipatoria y contiene las situaciones que preceden a la internación y la operación. Se divide en dos períodos: *alejado* –precedente al diagnóstico, abarca las primeras manifestaciones sintomáticas, consultas médicas y estudios diagnósticos- y *preliminar* – abarca desde la indicación de la cirugía hasta la internación-. La fase pre-operatoria próxima u operatoria es el período de impacto que se corresponde con la hospitalización hasta el ingreso al quirófano. El objetivo central de esta etapa es preparar psicológicamente al paciente para el acto quirúrgico, lo cual implica que el paciente desarrolle recursos para afrontar los miedos, la ansiedad y el estrés que genera el proceso quirúrgico, utilizándolos para procesar la situación y comprender que la intervención es para ayudarlo a mejorar y recuperar su salud (Mucci, 2004). En el marco de estas conceptualizaciones teóricas se realizó la presente investigación.

La Ley Nacional de Salud Mental -26657- plantea en el Capítulo III, Artículo 7, Inciso e que todo paciente tiene 'Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona...designa' y '...debe promoverse el mantenimiento de vínculos,

contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno social...' como se expresa el artículo 14.

Caplan (1993), menciona que la familia es fuente de ayuda concreta y de servicios prácticos en tiempos de necesidad, y una internación quirúrgica sin duda requiere de los apoyos brindados por la misma. Por ello, el apoyo del grupo familiar en su interacción con el enfermo puede favorecer significativamente su recuperación. Es necesario otorgar a la familia el grado de participación que le corresponde en el proceso quirúrgico, pero a la vez corregir los modos de interacción personal y de adaptación al estrés que suelen provocar complicaciones (Palomo, 2002).

En el periodo preoperatorio, la cirugía promueve ansiedades y temores en toda familia, y cada uno de sus integrantes los controla según sus posibilidades. Aparecen muchos temores irracionales vinculados al recuerdo de historias familiares -enfermedades, complicaciones o muertes que amenazan con repetirse-. Esos recuerdos y temores son compartidos por todos, aunque no sean explicitados.

Cuando se presenta una adaptación familiar normal frente al estrés preoperatorio, la ansiedad del paciente es conocida y compartida por el grupo; constituye un tema de importancia que ocupa un lugar en la familia. También cada integrante puede reconocer y tolerar su propia preocupación, sin recurrir a conductas defensivas rígidas. Muchas familias, por el contrario, suelen plegarse a la modalidad patológica de adaptación del paciente y, por ejemplo, todo el grupo participa de la negación de la realidad. No es raro que en estas familias haya, no obstante, algún miembro que "denuncia" las ansiedades y temores del enfermo -o de todos- y se transforma en el portavoz que revela los principales conflictos generados por la cirugía. La observación de estas reacciones familiares en el preoperatorio permite detectar qué ansiedades y conflictos puede tolerar el paciente por sí solo, y para cuáles necesita de la ayuda brindada por el familiar que se hace cargo de contenerlo. En condiciones favorables, la familia contribuye al control emocional de cada paciente en su recuperación tras la cirugía, pues le ayuda a tolerar la frustración, contrarrestar la desesperanza y adaptarse privaciones psicofísicas de todo posoperatorio (Palomo, 2002).

La dinámica de la interacción entre el enfermo quirúrgico y su familia durante la internación depende del tipo de vínculos preexistentes, y en este sentido un factor limitante de los efectos beneficiosos de la acción del grupo familiar lo constituye la falta de comunicación o su distorsión, al igual que una estructura familiar aglutinada o con roles fijos e inflexibles (Palomo, 2002).

De acuerdo a Villaseñor, Baena & otros (2003), el mantenimiento de los vínculos familiares durante la internación del paciente resulta fundamental para el proceso de tratamiento y recuperación. La participación de la familia en el cuidado del paciente facilita que éste no pierda contacto social, el apego al tratamiento y al mismo tiempo permite rescatar valores como la solidaridad familiar, que constituye un gran apoyo para el paciente y para los demás miembros de la familia.

Según Gómez Calle (2002), la familia debe ser entendida como un organismo vivo, y cualquier alteración en la estructura o función de alguno de sus integrantes, influirá en todos y cada uno de los demás miembros. Considera la familia no solo por la consanguineidad, sino el concepto lo extiende a aquellos que participan en la vida familiar, con involucración y acercamiento afectivo. Este autor propone posibles formas de apoyo que la familia puede brindar: Apoyo emocional -principal fuente de estrategias de afrontamiento para el paciente, de todas las formas de apoyo es el más importante e inmediato-, Responsabilidad compartida en la toma de decisiones - las familias pueden colaborar comprometiéndose y en ocasiones siendo el punto de enlace con el sistema asistencial para explorar toda la información disponible-, Disposición de cuidados concretos –destaca la importancia de la familia como miembro activo del equipo de tratamiento-, Disponer de un marco de continuidad – en relación al rol del paciente en el sistema familiar. Esta última, si bien no se trata de un cuidado directo hacia el paciente, influye en su bienestar.

Barrera y Ainlay (citado por Hilbert, 1990) define apoyo social como una diversidad de conductas naturales de ayuda donde los individuos que la reciben, interactúan socialmente con quienes las otorgan. Este concepto fue tomado como equivalente al apoyo familiar por Quintero Valle, L. (2004), en un estudio sobre adultos con DM Tipo 2. En este estudio se enuncia que el concepto de

apoyo familiar integra cinco dimensiones: a) ayuda tangible, b) interacción íntima (afecto), c) guía o información, d) realimentación, y e) interacción social. Las cinco dimensiones del concepto de apoyo familiar adquieren contenido en función del cuidado que requiere realizar día con día el paciente con DM tipo 2. Esta autora menciona en su tesis que la dimensión de la ayuda tangible, puede referirse a proporcionar recursos económicos para la compra de medicamentos, alimentos o el sustituir a la persona en la realización de alguna actividad física; la de interacción íntima pudiera incluir demostraciones de afecto por contacto físico, mostrar interés en el bienestar y salud de la persona, estar disponible para escucharle cuando se siente agobiado por la enfermedad, entre otros; la dimensión de guía o información, puede incluir explicación de indicaciones sobre el tratamiento, sugerencias para solicitar ayuda especializada, enseñanza para realizar algún procedimiento, entre otros; la dimensión realimentación comprendería supervisión sobre recomendaciones médicas, hacerle sentir bien por llevar a cabo conductas saludables, hacerle entender cuando está en un error que afecta su salud, entre otros. La dimensión interacción social podría incluir la realización de actividad física en conjunto, conversar sobre temas de interés a su salud, levantarle el ánimo, entre otros.

Valadez Figueroa, Alfaro y otros (2003), mencionan tres tipos de apoyo: 1) el emocional, definido como sentimientos de ser amado y de pertenencia e intimidad, el poder confiar en alguien, y la disponibilidad de alguien con quien hablar; 2) el tangible o instrumental, que se ha determinado como prestar ayuda directa o servicios; 3) y el informacional, proceso en el cual las personas buscan información, consejo o guía que les ayude a resolver sus problemas.

Diseño Metodológico.

Se trató de una investigación de tipo descriptiva, sincrónica o transversal y de campo. Asimismo, se empleó la triangulación de la información obtenida, combinando una metodología cuantitativa y la metodología cualitativa de investigación. La investigación se desarrolló en el Servicio de Cirugía, Hospital J. B. Iturraspe, ciudad de Santa Fe, Pcia. de Santa Fe, Argentina. La muestra tuvo el carácter de no probabilística e intencional, ya que se seleccionaron los

casos característicos de una población, limitando la muestra a esos casos. Estuvo constituida por 40 pacientes. Los criterios de inclusión de las unidades de análisis fueron los siguientes: hombres y mujeres internados en el Servicio de Cirugía, entre 20 y 60 años, que tengan una indicación médica de cirugía, con un mínimo de 24 horas de internación, que se encuentren en una etapa prequirúrgica y que estén en condiciones médico psicológicas para participar de la investigación. Los criterios de exclusión fueron: hombres y mujeres menores de 20 años y mayores de 60, con menos de 24 hs. de internación, que no se encuentren en etapa prequirúrgica y que no se hallen en condiciones médico psicológicas para responder a los ítems de los instrumentos. Para la realización de la presente investigación se contó con la autorización de los directivos del Hospital J. B. Iturraspe, del Comité de Docencia e Investigación, del Área de Psicología y del Jefe de Servicio de Cirugía. Asimismo, se contó con la colaboración del equipo médico y de enfermería del Servicio de Cirugía. Las entrevistas se realizaron mediante el dispositivo Pie de Cama con aquellos pacientes que se encontraban en condiciones de responder a las preguntas establecidas. Se observó buena predisposición por parte de los pacientes para responder a los instrumentos de recolección de datos, siendo previamente informados acerca de la misma y habiendo acordado con el consentimiento informado. El trabajo de campo se realizó desde setiembre de 2015 hasta Febrero de 2016. Los casos que constituyen la muestra fueron obtenidos mediante dos vías: a partir de la sugerencia del personal de enfermería y de los médicos de la sala y mediante la revisión de las Historias Clínicas de los pacientes internados, con el objetivo de chequear si los mismos cumplían con los requerimientos para la constitución de la muestra. Para la recolección de datos se diseñó un Cuestionario Sociodemográfico con el objetivo de recabar información sobre datos básicos, laborales y socio-familiares. Este Cuestionario Sociodemográfico aportó información cuantitativa que permitió describir la muestra y contextualizar la investigación. Asimismo, se administró una Entrevista Semiestructurada a los pacientes que se encontraban en la etapa pre-quirúrgica elaborada con el fin de obtener información acerca del apoyo familiar percibido por el paciente hospitalizado. La entrevista semiestructurada aportó información

cuantitativa y cualitativa de la investigación, contemplando aspectos a descubrir, construir e interpretar, intentando comprender la perspectiva que tienen los informantes acerca de su experiencia y de su situación en el aquí y ahora de la internación, expresadas en sus propias palabras. La entrevista semiestructurada fue planteada en base a preguntas generales, diseñada de manera amplia, que posibilitaron que el paciente pueda expresar su experiencia y vivencia subjetiva en la situación de internación. Los datos cuantitativos obtenidos en el Cuestionario Sociodemográfico y en la Entrevista Semiestructurada fueron procesados utilizando el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), en su versión 21. La información cualitativa aportada por las entrevistas semiestructuradas fue analizada en tres momentos analíticos: análisis preliminar, análisis intermedio y análisis final. Finalmente, se trianguló la información obtenida, con el objetivo de disminuir el riesgo de que las conclusiones de los investigadores reflejen sesgos o limitaciones de una metodología de análisis específica.

Resultados.

Se destaca que la muestra estuvo integrada en un 55% por mujeres y en un 45 % por hombres, en el rango de 20 a 59 años. El mayor porcentaje de la muestra se ubicó entre los 20 y 29 años (30 %), predominando el estado civil soltero (37%). La mayor frecuencia de los entrevistados (95%) conviven con familias (incluyendo distintas configuraciones familiares), el 5 % viven solos. El 85 % de la muestra tienen hijos (entre 1 y 8 hijos). La situación laboral de los entrevistados fue la siguiente: el 52,5 % de los mismos estaba ocupado y el 47,5 % en condiciones de desocupación. El 50 % de la muestra reside en la ciudad de Santa Fe y el 50% proviene de localidades del interior de la Pcia. de Santa Fe y en menor medida de la Pcia. de Entre Ríos. En relación a los diagnósticos y al tiempo de internación, el 55% de la muestra estuvo internado más de 3 días y el 45 % hasta 3 días al momento de la recolección de datos.

Al momento de la internación, el 90% estuvo acompañado por algún familiar, amigo o patrón y el 10% se internó sin acompañamiento familiar o social.

El 77,5 % de los entrevistados recibió visitas durante la internación, predominantemente de familiares cercanos y el 22,5 % no recibió visitas. Teniendo en cuenta que el 50% de los entrevistados no reside en la ciudad de Santa Fe, sólo el 22,5 % de los casos no recibió visitas. No obstante, el 92,5 % de los entrevistados informó mantener comunicaciones telefónicas con personas de su familia y amigos y solamente el 7,5 % no mantiene comunicación telefónica.

Asimismo, el 65 % de los casos recibió asistencia durante la internación, brindada por familiares, pareja y amigos, y el 35 % no fue asistido por su entorno familiar y social. Si bien, como se manifestó previamente, sólo el 22,5 % no recibió visitas.

Los resultados provenientes del análisis cualitativo de la entrevista semi-estructurada, permitió la construcción de las siguientes categorías: emociones generadas en el contacto con la familia durante la internación en etapa pre-quirúrgica, comunicación con el sistema familiar, asistencia y apoyo material y emocional.

En cuanto a las emociones generadas en el contacto con la familia durante la internación en etapa pre-quirúrgica, del análisis realizado se desprende que las emociones generadas en la experiencia de internación en relación a la familia incluyen sentimientos diversos tales como bienestar, valorización, malestar, comprensión de factibilidad y posibilidad que la visita sea realizada. Los entrevistados que recibieron visitas informaron bienestar emocional, confortabilidad y adaptación a la situación de hospitalización, revalorización y malestar (tristeza, ansiedad y sentimientos de soledad). Los entrevistados que no recibieron visitas de familiares y allegados, expresaron asimismo bienestar, comprensión con las necesidades propias y de los familiares. Si bien apareció malestar (tristeza, ansiedad y sentimientos de soledad), la misma no saturó en la muestra estudiada. Las investigadoras se formularon la hipótesis en ese aspecto, que la atención médica, la disponibilidad del personal, las rondas constantes y permanentes del servicio de enfermería, contribuyen a mitigar el malestar emocional durante el período de internación, en quienes no cuentan con la presencia de un familiar en la sala. Cabe destacar que los entrevistados

señalaron que la comunicación fluida mediante el uso de la tecnología (redes sociales), resulta una forma de apoyo familiar y social, dado que posibilita la vinculación con el afuera de la institución, y facilita la conexión y comunicación con familiares y personas cercanas.

Respecto a la comunicación con el sistema familiar, se construyeron tres dimensiones: a) Interacción verbal sobre la próxima cirugía: Los entrevistados manifestaron iniciativa a comunicarse e intercambiar información con el sistema familiar, refiriendo a su vez que la respuesta de la familia fue favorable a dicha iniciativa. Asimismo, saturó la categoría motivación del paciente a intercambiar acerca de su estado y sostener interacciones con personas significativas durante la internación, refiriendo contención y respuesta por parte de la familia. b) Intercambio de información: En cuanto a la dimensión intercambio de información, aparece relevante las conversaciones en torno a la próxima intervención, el compartir y brindar información a la familia. Asimismo, la falta de información en cuanto a la cirugía se relaciona con limitaciones en las interacciones y conversaciones acerca de la misma y de las emociones que la situación pre-quirúrgica genera. Las conversaciones entre las personas entrevistadas y sus visitas y/o familiares y allegados, giran en torno al cuadro clínico del entrevistado y la experiencia de hospitalización, los estudios, procedimientos y riesgos, disponibilidad de información, desinformación y apoyo familiar. c) Expectativa acerca del resultado de la cirugía: En cuanto a las expectativas frente a la intervención médico-quirúrgica, los entrevistados reconocen incertidumbre con respecto al resultado de la cirugía y confianza en el equipo médico tratante. Resaltan el cumplimiento de las indicaciones médicos, apareciendo de ese modo la conciencia de la importancia de la conducta del entrevistado sobre adherencia al tratamiento médico, incorporando su propia responsabilidad al respecto. Refieren que en la experiencia de internación “impacta” en ellos mismos la intervención quirúrgica como en sus familiares cercanos.

Respecto a la asistencia y apoyo material y emocional, los entrevistados señalaron el apoyo de sus familiares y allegados en cuanto a la satisfacción de necesidades propias de la situación de salud actual (atención de necesidades

fisiológicas -higiene, desplazamiento-), a aspectos materiales (ropa, otros) y contención emocional (comunicación, acompañamiento, reconocimiento afectivo y valorización, aliento y expresión de emociones positivas –sentirse queridos, contenidos en vínculos afectivos-). Algunos entrevistados que informaron que la visita o asistencia de los familiares al hospital era más reducida, si bien esta dimensión no llegó a la saturación, los sujetos entrevistados señalaron que esa necesidad la compensaban con la comunicación permanente mediante el uso de la tecnología con las personas de su entorno familiar.

Relacionando la información, se destaca la necesidad de expresión emocional de los entrevistados en el vínculo con sus familiares cercanos, predominando la expresión de emociones de bienestar y valorización, apareciendo en algunos entrevistados malestar y sentimientos de soledad y tristeza. En ese sentido, los entrevistados que informaban visitas reducidas o ausencia de visitas, referían comprensión y empatía hacia la situación familiar y las dificultades en la asistencia a la institución, debido a la distancia y a la necesidad de sostener otras funciones familiares, como por ejemplo el cuidado de niños en el hogar. Un porcentaje menor de los sujetos que componen la muestra no habían recibido visitas y refirieron en la entrevista que se han auto-asistido en la medida de sus posibilidades y han recibido la colaboración de enfermería en requerimientos más específicos.

En cuanto a la comunicación establecida con el sistema familiar, los pacientes refieren sostener en la mayoría de los casos comunicación telefónica y presencial durante las visitas. La misma se establece en relación a la próxima cirugía y/o procedimiento quirúrgico, el intercambio de información y las expectativas de resultados, los cuales refieren generar una influencia importante en el entrevistado así como en su entorno familiar.

Respecto a las necesidades de asistencia y apoyo material y emocional, la mayoría de los entrevistados manifiestan encontrar satisfacción de las necesidades propias de su situación de salud actual en etapa pre-quirúrgica (higiene, desplazamiento), de aspectos materiales (ropa y otros), y contención emocional, por parte de su entorno familiar.

Conclusiones y Recomendaciones.

El presente trabajo de investigación pretendió generar aportes para el desarrollo herramientas teórico-técnicas en el campo de la Psicología de la Salud. La composición de la muestra estuvo representada por el 55% de mujeres y el 45% de hombres, en etapa pre-quirúrgica, presentando distintos diagnósticos. Si bien la misma ha sido heterogénea con respecto al rango de edades que contempla, se considera que resultó representativa de la población que recibe asistencia en la sala de cirugía del Hospital J. B. Iturraspe. En cuanto a los datos sociodemográficos, se observa que el 47,5 % de la muestra se encontraba desocupada, que el 95% reside con familias y sólo el 5% reside solo, el 84% tiene hijos (entre 1 y 8 hijos). En cuanto al estado civil, el 37,5 % informaba ser soltero, el 25% casados y en concubinato, y el 12,5 % divorciados, separados y viudos. La mitad de la muestra residía en la ciudad de Santa Fe y la otra mitad en localidades del interior de la Provincia de Santa Fe y en menores casos en localidades de la Provincia de Entre Ríos. El 55 % de los casos permaneció durante 1 a 3 días de internación y el 45 % de los entrevistados estuvo más de 3 días de internación, al momento de la recolección de la información. Cabe destacar que el 90% de los casos ingresó a la internación siendo acompañado por miembros de su familia, amigos o patrón, y solo el 10% se ingresó a la internación estando solo. Durante el transcurso de la internación, el 77,5% recibió visitas de familiares y amigos y el 22,5% no recibió visitas. No obstante, el 92,5% mantuvo comunicaciones telefónicas y el 7,5 % no empleó ese medio para comunicarse. El 65% de los entrevistados recibió asistencia por parte de familiares, pareja y amigos y el 35 % informa no haber sido asistido. En el aspecto cualitativo, las emociones que se manifestaron fueron bienestar, comprensión, confortabilidad y malestar. Las asocian al acompañamiento y apoyo familiar, a la situación de internación, al ámbito quirúrgico y a la información disponible, brindada por el equipo médico y a las expectativas de recuperación, de la cual está pendiente no solo el entrevistado sino también su familia. En cuanto a la posibilidad de recibir visitas, los entrevistados que no las recibieron manifestaron entender a sus familiares cuando los mismos no han podido visitarlos, y aunque se sienten acompañados por otros medios (mensajes

de celular), el hecho de ser acompañados a través de la visita, les genera sentimientos de bienestar, siendo valoradas las mismas por los entrevistados. Se destacó las referencias hacia la manifestación de emociones –de bienestar, comprensión y malestar-, la valoración positiva de las visitas de familiares y allegados, la comprensión hacia las dificultades del sistema familiar y allegados para realizar visitas, la iniciativa de las personas internadas a comunicarse por diversos medios con sus seres queridos significativos, la respuesta favorable del sistema familiar y allegados, el intercambio de información y el apoyo material y emocional.

En relación al supuesto, se concluye que el apoyo familiar resulta de vital importancia en el transcurso de la hospitalización de los pacientes según la perspectiva de los mismos, siendo una fuente de contención afectiva, intercambio de información y apoyo material y emocional. Asimismo, los objetivos establecidos previamente se consideran logrados satisfactoriamente.

Teniendo en cuenta otras investigaciones relacionadas al apoyo familiar, cabe destacar que la presente investigación estudió el apoyo familiar en el transcurso de la hospitalización en un Servicio de Cirugía, desde una perspectiva cuantitativa y cualitativa, enfatizando en las características de la muestra en relación al apoyo familiar recibido por los pacientes. Asimismo, se destaca el rol del psicólogo en esta Sala, dando lugar a la expresión de los pacientes internados, la visión holística, familiar y contextual del usuario y posibilitando el trabajo interdisciplinario en relación a los mismos.

En cuanto a futuras investigaciones, además de tener en cuenta la perspectiva del paciente internado en el Servicio de Cirugía, se considera valioso incorporar la voz de los profesionales del equipo médico y de enfermería, tanto como de los familiares en la temática investigada.

Referencias bibliográficas.

Barrilero Gómez J.A., Casero Mayorga J., et al. (1998). *Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada*. Rev. Enferm (Albacete) 1998; 208. Disponible en:

<https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm>

Recuperado (28/08/2014).

Castillero Amador, Y. y Pérez Lazo de la Vega, M. (1997). *Preparación psicológica para la cirugía mayor*. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/ayalia1990710102/texto.html> Recuperado (28/08/2014).

Caplan, G. (1966). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.

Caplan, G. (1993). *Aspectos preventivos en salud mental*. Buenos Aires: Paidós.

Gómez Calle J. (2002) La familia y la enfermedad en Fase terminal, Asociación Antioqueña de Cuidados Paliativos (AACPASIS). Disponible en <http://www.cucs.udg.mx/saludmental/files/File/LA%20FAMILIA%20Y%20LA%20ENFERMEDAD%20EN%20FASE%20TERMINAL.pdf>, Recuperado el 15 de julio de 2016.

Ley Nacional de Salud Mental. N° 26.657. Decreto Reglamentario 603/2013. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf> Recuperado (20/08/2014).

Mucci, M. (2004). *Psicoprofilaxis Quirúrgica. Una práctica de convergencia interdisciplinaria*. Paidós: Buenos Aires.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (1986) *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Disponible en www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf, Recuperado (10/04/2014).

Palomo, JM. (2002). *El estrés del entorno hospitalario y familiar en Cirugía*. Instituto Universitario de Ciencias de la salud. Fundación Barceló.

Piña J. y Rivero B. (2006) *Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué*. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 5 (3): 669-

679, octubre-diciembre de 2006 ISSN 1657-9267 Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a19.pdf>, Recuperado (16/11/2016).

Quintero Valle, L. (2004). *Percepción del apoyo familiar del paciente adulto con diabetes mellitus tipo 2*. Tesis de grado Maestría en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/1575/1/1020149421.PDF> Recuperado (16/11/2016).

Valadez Figueroa, I; Alfaro, N. & otros, (2003) *Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2*. Revista Investigación en Salud, vol. V, núm. 3, diciembre, Guadalajara, México. ISSN versión electrónica 1405-7980. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14250305>. Recuperado el 20 de agosto de 2016.

Villaseñor, S. Baena A., y otros. (2003). La participación de la familia del paciente en la hospitalización psiquiátrica “puertas abiertas”. Un modelo de atención etnosiquiátrica. Revista de Neuro-psiquiatría. Vol. 66: 185-194. © Sociedad Peruana de Neuropsiquiatría. ISSN versión electrónica 1609-7394. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v66_n3/Pdf/a02.pdf, recuperado el 20 de agosto de 2016.

Datos de la autora:

* bolzanclaudia@hotmail.com, Prof. en Psicología, Esp. En Metodología de la Investigación, UCSF, Echague 7151, Santa Fe. Cel. 343-489379.