



ISSN: 1988-7973

Números publicados ▼

Búsqueda documentos ▼

Ética DE LOS CUIDADOS

MISCELÁNEA



Las sociologías del tiempo y las Tecnologías Avanzadas al servicio de la comunicación de los Pacientes UCI

Diseño, desarrollo y validación de un Sistema Interactivo de Comunicación para el entorno hospitalario*

M^a Elena Fabregat Cabrera,^{1,2} Raúl Ruiz Callado,² Francisco Ibáñez García^{1,2}

(1) Área de Innovación Social (Innvatec Sensorización y Comunciación). (2) Profesores. Universidad de Alicante, España

Correspondencia: Avda. de Elche 3-Bajo, 03801 Alcoi (Alicante), España

Manuscrito aceptado el 21.2.2011

Ética de los Cuidados 2010 jul-dic; 3(6)

*Proyecto MELIADE financiado a través de convocatorias de ayuda a Programa de Investigación y Desarrollo Tecnológico para PYMEs del IMPIVA y es parte de la tesis doctoral en desarrollo "La construcción social del tiempo y sus efectos sobre la comunicación de los pacientes UCI, sus familiares y el personal sanitario. Desarrollo, validación y evaluación de un Sistema Interactivo de Comunicación al servicio de la calidad asistencial hospitalaria". Presentado en la IX Reunión Internacional Investigación Cualitativa en Salud "Saberes Culturales en un Mundo Glocalizado" celebrada en Granada en 19 y 20 de noviembre de 2009, publicado en Paraninfo Digital (año III) 2009; 7: [/para/n7/066o.php](http://para/n7/066o.php)

Cómo citar este documento

Fabregat Cabrera, M^a Elena; Ruiz Callado, Raúl; Ibáñez García, Francisco. Las sociologías del tiempo y las Tecnologías Avanzadas al servicio de la comunicación de los Pacientes UCI. Diseño, desarrollo y validación de un Sistema Interactivo de Comunicación para el entorno hospitalario. *Ética de los Cuidados*. 2010 jul-dic; 3(6). Disponible en <http://indexf.publicaciones.saludcastillayleon.es:80/eticuidado/n6/et0600.php> Consultado el 16 de Noviembre de 2014

Resumen

Introducción: El ingreso en UCI dificulta significativamente la interrelación familia-paciente. El aislamiento del paciente tiene repercusiones para todo su entorno e influye también en la relación con el personal sanitario. El aumento de la ansiedad dentro de la estructura UCI genera en este microsistema social una situación compleja en la que el equipo sanitario, el paciente y su familia deben manejarse. Se ha producido una reflexión significativa en relación con las políticas de gestión UCI-paciente-familia que ha permitido sugerir cambios de enfoque en la organización hospitalaria de los cuidados intensivos. Sin embargo, no se ha conseguido definir el modo en que la implementación de esos cambios puede articularse y se alerta recurrentemente sobre la ausencia de soluciones prácticas que ayuden a impulsar su introducción.

Material y métodos: El proyecto MELIADE parte del análisis sociosistémico de este contexto mediante la aplicación de las metodologías de investigación de la Teoría Fundamentalada y profundiza en el estudio de las variables que afectan a este complejo proceso relacional para comprender el porqué de la dificultad de introducir los cambios propuestos hasta el momento por los teóricos e identificar alternativas que los

Abstract (The sociology of time and advanced technologies in the service of the ICU patient communication. Design, development and validation of an Interactive Communication System for hospital context)

Introduction: The admission in the ICU makes the contact between the patient and his/her family exceptionally difficult. Patient isolation causes repercussions in family environment and has also influence on the relationship with medical staff. The increase of anxiety level produced within the ICU structure generates a complex situation in which the three main actors of this environment (medical care staff- patient- family) have to manage. Recently, very significant thought has emerged with regard to hospital management policies of ICU-patient-family that has enabled to introduce important changes in the approach of hospital management of intensive cares. However, the concern about how the implementation of these changes can be carried out still remains and the lack of feasible solutions in order to promote this change is denounced repeatedly.

Method: The MELIADE project is inspired in the context described previously and, using the Grounded Theory methodologies, conducts a deep qualitative analysis of it. Results the report tries to figure out new sociological variables

promuevan limitando el conflicto interno.

Resultados: Como resultado, se sugieren nuevas alternativas basadas en las tecnologías avanzadas de la comunicación que permitan mejorar la percepción de la calidad asistencial para, superando las actuales dificultades, contribuir a rebajar la tensión de este entorno. El sistema MELIADE de comunicación familia-paciente cuenta ya con su primera versión software y sus características se presentan en este artículo.

Palabras clave: Cuidados intensivos/ Análisis sistémico/ Comunicación/ TICs/ Familia/ Paciente.

with influence in the complex process of communication among the parts and, taking them into account, and providing the innovation of an essentially sociological approach, the design, development and validation of a System for the improvement of Communication of ICU-family-patient based on ICTs.

Results: The first part of the study, in which the system requirements and functionalities have been defined according to the results of the first stage and the first version of the control and communication software for families developed has concluded and its outcomes presented in this paper.

Key-words: Intensive Care/ Systemic Analysis/ Communication/ ICTs/ Family/ Patient.

Introducción

En los últimos años ha habido desarrollos teóricos notables en el terreno de la identificación y evaluación de las necesidades de los familiares de pacientes críticos, que han permitido delimitar con gran exactitud las áreas que cabe atender para reducir la tensión con que se enfrentan al ingreso de un familiar en la UCI.¹⁻⁵ La literatura científica que describe estas necesidades, identifica los factores explicativos de la satisfacción de los familiares de los pacientes críticos, y señala 4 dimensiones fundamentales sobre las que actuar para contribuir a la mejora la comunicación dentro del microsistema social de la UCI: la *información* (estructura, contenidos, comprensión y aceptación) y participación en la toma de decisiones, la *proximidad y régimen de contactos*, el *soporte y apoyo emocional*, el confort, y la seguridad y confianza en el equipo médico. Además, Heyland⁶ estudió el peso relativo de estas dimensiones, concluyendo que las tres primeras, y por ese orden, eran las fundamentales y prioritarias a tener en cuenta en futuros programas de mejora.

Estos resultados han conducido, en los últimos años, a la generación de numerosas propuestas de acción y sugerencias de modificación del funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos,^{7,8} que pretenden intervenir sobre las citadas dimensiones para facilitar esta experiencia que resulta especialmente estresante para las familias.

Estos planes de mejora ponen su acento en la apertura de las Unidades a las familias, a través de la flexibilización de los horarios, y en la importancia de proveer de más información sobre la situación y evolución del enfermo para generar una mayor capacitación de la familia en la toma de decisiones y, a un tiempo, favorecer el clima de confianza y apoyo emocional necesario. Sin embargo, esta abundante producción teórica no ha derivado en la implantación generalizada de este tipo de medidas en las UCIs de nuestro entorno próximo.

Sería simplista explicar este hecho sólo a través de una supuesta resistencia de los profesionales a implementar los programas sugeridos por razones de comodidad o falta de voluntad y resistencia hacia al cambio. Son muchos los profesionales intensivistas, y así lo demuestran estudios al respecto, que se muestran sinceramente preocupados por la mejora de la atención a las familias de sus pacientes y que intentan contribuir a ello en su tarea cotidiana. Por tanto, se antojaba recomendable volver sobre esta realidad en las primeras fases de nuestra investigación para incorporar a las descripciones y análisis existentes sobre el sistema relacional UCI (basados en las necesidades de las familias) el punto de vista del personal sanitario y de gestión clínica, para así garantizar el éxito de las medidas que se pongan en marcha en el futuro. La valoración que los profesionales de UCI pueden hacer sobre los riesgos y dificultades prácticas de la puesta en marcha de los nuevos paradigmas organizativos es imprescindible, para no ser sorprendidos por efectos no deseados que podrían acabar, al contrario de lo pretendido, elevando los niveles de tensión del microsistema social donde profesionales, pacientes y familia se encuentran.

Nuestra investigación ha puesto de manifiesto, mediante la incorporación del discurso de los profesionales sanitarios al análisis de la situación, que los/as doctores/as y enfermeros/as no siempre consideran que los cambios hasta el momento sugeridos sean compatibles con su adecuado ejercicio profesional, ni que incidan en el núcleo de las necesidades familiares latentes. Durante las entrevistas mantenidas, identifican algunos peligros importantes vinculados tanto a la apertura y flexibilización de las Unidades de Cuidados Intensivos como al exceso de información, y señalan dificultades de tipo práctico que conducen a plantear la urgencia de nuevas alternativas de comunicación y atención a las familias que, atendiendo a las necesidades innegables de éstas, consideren de igual manera las necesidades de los profesionales, que los atienden en circunstancias de excepcional exigencia técnica, profesional y humana, y no descuiden los límites que la realidad de la práctica clínica impone.

El objetivo de la investigación radica en el estudio diferenciado de 4 dimensiones básicas de la comunicación (lingüística, paralingüística, proxémica y cronémica) desde una perspectiva eminentemente sociológica y cultural con la intención de completar enfoques previos en los que el proceso ha sido entendido como un todo indivisible que cursa entre sujetos independientes. Esta distinción y análisis de la construcción social de la comunicación en este contexto conduce, a su vez, al diseño e implementación de un sistema de comunicación virtual definido ad hoc para incidir sobre las dimensiones comunicacionales o partes de estas que se revelan como esenciales en la satisfacción de los familiares de los pacientes y que, además, al ser consideradas como aspectos distintos del mismo proceso, aparecen también como susceptibles de modificación desde la perspectiva de los profesionales. El acuerdo entre ambos grupos de actores en relación a la alternativa de cambio sugerida (MELIADE) permite afirmar que, a priori, esta es una opción de cambio/mejora aceptable para todos y, por tanto, implementable y no incentivadora del conflicto, al contrario de lo que ha ocurrido con otras sugerencias de cambio previas.

Material y métodos

El proyecto MELIADE se organiza en cuatro bloques fundamentales de los que, en el momento de escribir estas líneas, se han concluido los dos primeros. El primer bloque incluye dos aspectos fundamentales: por un lado, el análisis de las necesidades de los familiares del paciente a partir de la revisión de la literatura científica existente y, por otro, su valoración y reconsideración a partir del diálogo con el equipo sanitario intensivista, para la presentación de alternativas de intervención que se ajusten también a su realidad profesional. El segundo bloque, incluye el diseño y desarrollo técnico del sistema MELIADE para la atención conjunta de las necesidades de familiares y pacientes. El tercer bloque, en progreso en el momento actual, aborda la instalación de MELIADE en el contexto real de uso (con la colaboración de la Clínica Vistahermosa de Alicante) y el estudio etnográfico de su implementación. Finalmente, el cuarto bloque de trabajo abordará la validación de la herramienta y el análisis de sus efectos sobre la satisfacción tanto de los familiares del paciente como de los profesionales del entorno UCI y sobre otras variables relacionadas con la tensión percibida por ambos grupos de actores dentro del microsistema.

Los dos primeros bloques de trabajo, cuyas conclusiones dan lugar a este artículo, se han desarrollado utilizando las sistemática de la investigación cualitativa propuesta en el marco metodológico de la Grounded Theory, enfatizando la generación teórica y su confirmación en bucle a través de todo el proceso de recolección de datos. Para la descripción, comprensión y explicación del fenómeno estudiado, se recurrió a un diseño de investigación basado en el estudio etnográfico del contexto (grupos de discusión con profesionales intensivistas, entrevistas en profundidad a familiares de pacientes críticos y sesiones estructuradas de observación participante). Finalmente, se han introducido las técnicas cualitativas mediante la aplicación de cuestionarios a todos los actores del sistema, con la intención de verificar a través de una adecuada triangulación metodológica las conclusiones extraídas en la aproximación etnográfica inicial. Una muestra de 32 profesionales de UCI y 22 familiares de pacientes críticos han participado en el desarrollo del trabajo de campo. Todas las entrevistas y cuestionarios aplicados se llevaron a cabo la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Vistahermosa de la ciudad de Alicante, recientemente remodelada, con 6 boxes para pacientes; un ratio medio paciente/enfermería 2/1 y una sala de espera menuda pero muy próxima. El estudio ha incluido a los familiares de pacientes adultos ingresados desde junio a septiembre de 2009, cuya estancia en la Unidad fuera superior a 24 horas, y a todo el personal profesional (profesionales médicos y de enfermería) que trabajaban en la UCI durante dicho período. Todas las entrevistas fueron conducidas por el personal experto en sociología de la Salud de la Universidad de Alicante, externo a la Clínica y fuera de los horarios de visitas. Ningún familiar ni profesional rechazó ser entrevistado. En todos los casos los participantes fueron personas que voluntariamente y, tras expresar por escrito su interés por participar en la investigación, entraron a formar parte.

Resultados

En las próximas páginas se presentan los resultados fundamentales extraídos de las opiniones de familiares de pacientes, doctores/as y enfermeros/as recogidos durante estos meses de conversaciones y revisión teórica. En nuestra ponencia, serán presentados como un diálogo entre los actores que ilustra de forma elocuente las áreas en las que opiniones de las partes divergen, revelando las dificultades prácticas que surgen dentro del sistema social que componen, y que tienden a frenar la implementación de los programas de intervención sobre la comunicación formulados hasta el momento. Así, mismo, se describen las aportaciones que el sistema MELIADE de comunicación interactiva espera poder ofrecer y los modos en los que quiere contribuir a rebajar la tensión presente en la Unidad.

1. Flexibilización de horarios

Tal y como se recoge en numerosos estudios previos^{9,10} los familiares de los pacientes críticos acusan de forma muy intensa la separación del paciente que impone el régimen de visitas de las Unidades de Cuidados Intensivos. A la tensión descrita se le añade la que sufren aquellos familiares cuyo horario de trabajo u otras obligaciones privadas hacen imposible la visita al paciente dentro de las horas previstas. Los familiares encuentran serias dificultades para asumir que el paciente debe permanecer en una situación tan dura aislado de su entorno, sin el afecto y atención de los suyos. Según se desprende de nuestras conversaciones mantenidas con los propios familiares, la ausencia de flexibilidad es en ocasiones interpretada como falta de voluntad del personal sanitario por facilitar el contacto del paciente con su familia, o como una intención de protegerse de la incomodidad que su presencia les genera. Esto, a su vez, conduce a incrementar la sensación de desconfianza e incertidumbre con respecto al trato que el equipo sanitario dispensa al paciente cuando ellos no están presentes.

Los profesionales de cuidados intensivos entrevistados consideran muy complicado combinar el trabajo dentro de la unidad con un sistema de visitas permanentemente abierto y, además, alertan de los posibles efectos negativos que sobre la serenidad de la familia y el paciente podría tener. Para nuestra ponencia, incorporaremos algunos de los comentarios que permiten ilustrar esta opinión general.

Al hilo de los comentarios de los profesionales, parece que la solución real a la tensión que genera la gestión de la ausencia por parte de los familiares pasa necesariamente por una flexibilización de horarios, que no interrumpa el desempeño profesional de doctores/as y enfermeros/as ni conduzca a una elevación de la tensión dentro de la parte profesional de la Unidad.

Las nuevas tecnologías abren nuevas posibilidades a este respecto, y MELIADE intentará aprovecharlas para dar solución a este conflicto organizacional, implementando un sistema de videoconferencia, chat y audioconferencia que, pudiendo ser en todo momento controlado por el personal sanitario y protocolizado para respetar los requerimientos de seguridad y privacidad, permita la integración de los aspectos psicológicos y afectivos dentro de la atención al paciente de las Unidades de Cuidados Intensivos y la flexibilización, el aumento de los tiempos y el número de impactos de comunicación UCI-familia.

2. La construcción de la confianza

Además de la cuestión central de la frecuencia y duración de las visitas, tanto las familias como los profesionales comparten la opinión de que es la relación fluida entre ellos la que consigue minimizar la tensión en el sistema y, según todos los actores, el éxito de esta relación radica en la *confianza mutua* que se genera durante la estancia del paciente. ¿Cómo construirla?.

La mayor parte de los familiares de los pacientes explicaron que su confianza en los/as doctores/as se construye en función de la capacidad técnica que aprecian en ellos dada la situación especialmente crítica de los pacientes a los que atienden y reconocen que esto es una peculiaridad con respecto a lo que esperaban de un doctor generalista o de otras especialidades. Efectivamente, los familiares de los pacientes consideraron fundamental un trato agradable por parte del equipo médico para establecer una buena comunicación con ellos, pero consideraron que este aspecto tenía una importancia menor a la hora de explicar su confianza en el equipo médico que la percepción de competencia.

La valoración de la capacidad técnica, dijeron, se ve condicionada, en general, por tres variables fundamentales que analizaremos a continuación: *La recepción de información relativa al diagnóstico preciso de la patología que afectaba al paciente, la información proporcionada en relación con su pronóstico y los detalles técnicos relativos a la motivación y efectos del tratamiento, y la actualización de esa información en periodos breves de tiempo* (que conecta con la demanda de proximidad al paciente y flexibilización de horarios que acabamos de describir).

¿Qué dificultades encuentra el personal sanitario para atender a estas tres demandas que parecen ser fundamentales en la asignación de la confianza profesional que hace la familia y, por tanto, en la disminución de la tensión en el sistema?

a. Recepción de información relativa al diagnóstico preciso de la patología que afecta al paciente

En general, las familias dicen sentir una mayor confianza cuando el equipo médico es capaz de proporcionarles con prontitud información en relación al diagnóstico del paciente.

Los doctores/as explicaron que los indicadores que permiten discernir cuál es el problema que lleva a un sujeto a la UCI (se referían especialmente a aquellos cuyo ingreso se produce de forma inesperada) no se revelan de forma simultánea ni inmediata en el momento de producirse los síntomas. De hecho, insistieron en que los mismos síntomas pueden tener distintas causas y que, por tanto, requiere tiempo poder distinguirlos. Tanto las causas que conducen al diagnóstico como los efectos del tratamiento pueden tardar días en manifestarse y, por tanto, no proporcionar un diagnóstico inmediato no depende en muchos casos de la capacidad indagatoria del médico. A pesar de los recursos humanos y equipamiento altamente especializado con que cuentan las Unidades de Cuidados intensivos, ocurre de forma habitual que los doctores/as manejen varias hipótesis simultáneas hasta que la evidencia les permite seleccionar la más plausible.

Ante este hecho, es habitual encontrarse con familiares que, intentando rebajar la tensión que esta situación les produce, consultan en Internet sus posibles dudas. La red, además, ofrece siempre respuestas (aunque no sean las correctas) que son dadas por buenas. Este proceso acaba aumentando, si cabe, la incredulidad y desconfianza de los familiares ante la prudencia diagnóstica de los médicos.

Sin embargo, según el personal médico entrevistado, proporcionar información detallada sobre el diagnóstico no siempre permite a las familias aumentar su comprensión del fenómeno, pues se requiere de una gran preparación técnica. Facilitarla, sin embargo, crea un efecto mágico/simbólico en el que los familiares encuentran alivio y seguridad al conocer el nombre y apellidos de la patología que está afectando al paciente. A juicio de los profesionales de la UCI, es la idealización contemporánea del conocimiento científico general, y de la medicina en particular, la que justifica las expectativas de las familias con respecto a la información que deben recibir y que sirve para elaborar un juicio profesional de los médicos. Desde su punto de vista, la idealización actual de estas cuestiones hace esperable que el personal sanitario sea capaz de dar un diagnóstico inmediato. Sin embargo, esta demanda no se corresponde con la realidad de la UCI que doctores/as y enfermeros/as describen.

Si bien los doctores/as justifican así el no poder atender esta demanda relativa al pronto diagnóstico, admiten, sin embargo, que una información más frecuente sobre las secuencia de pruebas de diagnóstico y exploraciones puede ser proporcionada regularmente. Esta solución de compromiso resulta de gran interés, pues permite intervenir sobre el agente tensor, sin pedir misiones imposibles a los doctores/as y enfermeros/as que tienen al paciente a su cargo. MELIADE ha integrado esta posibilidad en su funcionalidad de información en la que se anuncia a los familiares del paciente a través del envío de mails, mensajes de texto y correos electrónicos del momento, lugar y resultados simplificados de las pruebas a las que se somete al paciente. Asimismo, consentirá informar por ese mismo medio de cualquier novedad relacionada con las exploraciones y cirugías programadas en el mismo instante en el que se toma la decisión por parte del equipo médico, así como sobre el momento esperable del alta. Así, se permite a las familias manejar mejor el proceso y no navegar en la indefinición temporal y de acción que les genera sensaciones de indefensión y sufrimiento.

b. Información proporcionada en relación con su pronóstico y la progresión del tratamiento

Tanto los estudios previos como los comentarios de los familiares entrevistados evidencian la preocupación esencial de los familiares: conocer si el paciente "se salvará". Asumir la situación de enorme fragilidad del paciente, que puede comprometer su vida, sin certezas en relación a su pronóstico es la preocupación mayor y más recurrente de las familias, según explican también los profesionales de la UCI. La negativa de proporcionar información telefónica, debido a cuestiones de seguridad y privacidad, suele ser difícilmente entendida por las familias y, a pesar de que el equipo médico les asegura que serán puntualmente avisados en caso de que ocurra una modificación sustancial en el estado del paciente, el tiempo sin noticias sobre suele provocar una gran tensión y conduce a los familiares a buscar estrategias para confirmar que nada ha ocurrido, lo que genera tensiones dentro del sistema.

El miedo de que una urgencia o variación drástica de la condición de salud del paciente pueda producirse sin tener constancia "en tiempo real", genera a las familias un gran sufrimiento, lo que les lleva a reclamar del personal médico que les tranquilice constantemente sobre su estabilidad. Para serenarse con respecto a esta cuestión, se solicita incrementar la cantidad de información que se proporciona en relación a la motivación y efectos del tratamiento, justificada en la necesidad de establecer una

relación simétrica y de confianza para con el equipo médico y en la integración de la familia en la toma de decisiones.

Los profesionales, sin embargo, manifiestan que, a su juicio, acaba siendo más importante la forma en la que se establece la comunicación y la frecuencia con que esta ocurre que el propio contenido, en muchas ocasiones indescifrable para los familiares del enfermo y no siempre disponible ni siquiera para el equipo médico. En realidad, dicen los doctores/as y enfermeros/as, para calmar en alguna medida su sufrimiento, los familiares no necesita, más información (durante la última década se ha impuesto una política informativa muy estricta que siempre se respeta), sino incrementar el número de ocasiones en las que establecen contacto con el equipo y éste les confirma que pueden estar tranquilos. Así, sugieren tejer un entramado que permita ofrecer a las familias garantías de ser permanentemente informadas y localizadas y, especialmente en caso de que algo sustancial ocurra con el paciente, para amortiguar el sufrimiento que les genera la situación que hemos descrito.

MELIADE, se propone contribuir a ello, a través de su funcionalidad de avisos que proporcionará información sobre el estado del paciente a 5 familiares utilizando mensajes previamente definidos por el equipo médico. Así, durante al menos 2 ocasiones diarias (que se sumarán a las 2 visitas presenciales que permite la Unidad) se contactará por ese medio, aunque nada nuevo haya ocurrido. De este modo se aumentará el número de impactos de comunicación que, aunque no siempre añadirán información sustancial ni novedosa, ayudarán a gestionar el sufrimiento producido por la distancia y la ausencia y facilitará a los familiares su integración en la cotidianidad durante el tiempo que dura el ingreso.

c. La actualización de la información en periodos breves de tiempo

Como ya hemos visto, la necesidad de actualizar constantemente la información sobre el paciente responde a la necesidad de tranquilizarse con respecto a su evolución y a la urgencia por confirmar que el personal de la UCI está permanentemente pendientes del paciente especialmente durante las horas que permanecen fuera de la UCI. Sin embargo, los doctores/as y enfermeros/as insistieron en que la evolución de los pacientes suele ser lenta y en la mayor parte de las ocasiones, no se generan novedades relevantes si no pasan, al menos, 24 horas, a no ser que se desencadene una crisis aguda inesperada. En general, los doctores/as resuelven esta tensión dando a las familias gran cantidad de información genérica y descriptiva sobre el estado del paciente que, aunque no afecta ni al diagnóstico ni al pronóstico del enfermo, genera tranquilidad.

MELIADE ha incorporado también esta estrategia, implementando un módulo especial de información en el que se proporcionan novedades relativas a los cuidados enfermeros. Así, se incorpora a la actividad comunicativa de MELIADE a este perfil profesional que proporcionando información relativa al estado emocional y psicológico del paciente durante la ausencia de la familia, las variaciones en su apetito, su nivel de movilidad, su grado de conciencia, sus dificultades para conciliar el sueño, su higiene, etc. contribuye en gran medida a la tranquilidad de las familias.

Discusión y conclusiones

Tras esta primera fase de nuestra investigación, parece demostrarse que, efectivamente, considerando la UCI como sistema social y cultural, pueden identificarse diferentes modos de medir y experimentar el tiempo y de representarlo que influyen de forma sustancial en la fluidez de los procesos comunicacionales que ocurren entre los diferentes actores, tal y como identificó Hall¹³ para otros contextos distintos del hospitalario y a los que se unieron otros análisis, ricos en aportaciones empíricas, que tuvieron por objeto la identificación de perspectivas temporales de grupos sociales específicos, consideradas en relación a variables de orden socio-cultural y no psicológico, entre ellos los de Lewis y Weigert.¹⁴ En línea con las conclusiones en relación con la importancia en los aspectos relativos al tiempo comunicativo en la gestión de la atención sanitaria de Uribe,¹⁵ esta investigación indica que es precisamente en los aspectos cronémicos de esa comunicación donde aparecen mayores complicaciones para la coincidencia entre el personal sanitario y las familias del paciente crítico, muy por encima de el resto de la dimensiones de la comunicación consideradas. Sin embargo, estos aspectos destacan también como aquellos sobre los que los instrumentos puestos a disposición por las tecnologías avanzadas de la Comunicación podrían aportar mayores beneficios.

Así, la dimensión cronémica de la comunicación entre ambos actores alberga la mayor parte de las cuestiones referidas como fuente de sufrimiento y desconfianza por los familiares de los pacientes, muy por encima de los asuntos relativos a la distancia interpersonal impuesta por los diferentes estilos de comunicación de los doctores/as y enfermeros/as u otros detalles relativos a las partes gestuales y afectivas e incluso de contenido de la comunicación.

Tal y como anunciábamos al inicio, lo interesante de esta constatación reside en la posición central que adquieren las definiciones contemporáneas de tiempo, espacio, comunicación e información en la vivencia individual e íntima de los familiares del paciente crítico, y en las exigencias, frustraciones y desconfianzas que se derivan de la incapacidad de reproducir dentro del contexto de los cuidados intensivos los nuevos modos relacionales e informacionales del S.XXI.

La urgencia manifestada por los familiares de los pacientes de disponer de información puntual, constante, novedosa y certera sobre la situación personal del paciente, su diagnóstico y su pronóstico, se corresponde con el conocimiento de las oportunidades que la ciencia y las tecnologías de la información y comunicación ofrecen en la sociedad contemporánea.

Sin embargo, estos modelos impuestos por el paradigma de "la información en tiempo real", no pueden ser siempre implementados, tal y como han explicado los/as doctores/as y enfermeros/as, en la realidad que se impone dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos, puesto que entran en ocasiones en contradicción con la dimensión biológica de la existencia humana y con el proceso y tempo natural de la enfermedad y la muerte. La imposibilidad de atenderlas genera una gran frustración y, tras ella, importantes tensiones organizacionales que requieren soluciones innovadoras para ser afrontadas.

Al hilo de estos resultados, el sistema MELIADE, sin pretender ser la solución única y total a esas tensiones ni sustituir otro tipo de iniciativas complementarias, ofrecerá no más información técnico-médica sobre el paciente, sino otro tipo de ritmo comunicativo

que permita aliviar, en la medida de lo posible, la angustia generada por la distancia existente entre el espacio temporal y físico de la "comunicación en tiempo real contemporánea" y el ritmo impuesto por "el tiempo biológico y clínico".

Bibliografía

1. Olaschea P. Retos en el cuidado del fin de la vida en UCI. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva* 2004; 4(22). Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2004/07/REMI4022.htm> [Consultado el 18 de junio de 2010].
2. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med* 2001; 29: 1893-1897.
3. Leske JS. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart Lung* 1991; 20: 236-244.
4. Bijttebier P, Delva D, Vanooost S, Bobbaers H, Lauwers P, Vertommen H. Reliability and validity of the Critical Care Family Needs Inventory in a Dutch-speaking Belgian sample. *Heart Lung*, 2000; 29: 276-286.
5. Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med* 2002; 30: 1413-1418.
6. Zappa MC. Información a los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva* 1996; 7(4): 147-151.
7. Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit. Results of a multiple center study. *Crit Care Med*. 2002; 30: 1413-28.
8. Velasco JM. Visitas de familiares en UCI: ¿cambio de normas o de cultura?. *Revista electrónica de Medicina Intensiva* 2003; 3(2). Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2003/02/REMI026.htm> [Consultada el 26 de agosto de 2010].
9. Velasco JM, Prieto JF, Castillo J, Merino N, Perea-Milla E. Organización de las visitas de los familiares en las unidades de cuidados intensivos de España. *Enferm Intensiva* 2005; 16(2): 73-83.
10. Díaz Chicano JF, Castañón Baquera R. Cuidados a familiares de pacientes críticos. *Enfermería Científica* 1997; 184-185: 26-30.
11. Robaina P, Villanueva Ortiz A. Necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med Intensiva*. 2007; 31: 273-80.
12. Cook, John and Toby Wall, "New Work attitude Measures of Trust, Organizational Commitment, and Personal Need Non-Fulfillment," *Journal of Occupational Sociology* 1980; 53: 39-52.
13. Hall ET, *The Dance of Life. The Other Dimension of Time*, Anchor Press-Doubleday. Garden City-New York. 1984.
14. Lewis JD, Welgert AJ. "Estructura y significado del tiempo social". En: R. Ramos (comp.) *Tiempo y sociedad*, Madrid, 1992; 89-131.
15. Uribe JM. Tiempo y espacio en atención primaria de salud. *Revista española de investigaciones sociológicas* 1994; 67: 133-184.



Me gusta Compartir Tweet 

DEJA TU COMENTARIO VER 0 COMENTARIOS

[Normas y uso de comentarios](#)

[Menú principal](#) | [Qué es Index](#) | [Servicios](#) | [Agenda](#) | [Bases de datos bibliográficas](#) | [Saneamiento](#) | [Investigación cualitativa](#) | [Evidencia científica](#) | [Hemeroteca](#) | [Centros](#) | [Index Solidaria](#) | [Noticias](#) | [Librería](#) | [guía-INNOVA](#) | [Casa de Méjico](#) | [Mapa del sitio](#)

FUNDACION INDEX. Apartado de correo nº 734 18080 Granada, España - Tel/fax: +34-958-293304 