UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos

Gersson Andrés Ballesteros Pinzón

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de enfermería

Bogotá D.C., Colombia

2014

Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos

Gersson Andrés Ballesteros Pinzón

Tesis presentada(o) como requisito para optar al título de:

Magister en enfermería

Director (a):

Doctora Luz Patricia Díaz Heredia

Línea de Investigación:

Cuidado para la salud cardiovascular

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de enfermería

Bogotá D.C., Colombia

2014

Agradecimientos

A Dios, por las bendiciones que siempre me ha regalado y la fortaleza que me ha dado para seguir adelante en momentos difíciles.

A mi madre por brindarme su apoyo incondicional y ayudarme a alcanzar esta nueva meta.

A mi directora de tesis Luz Patricia Díaz Heredia por brindarme su conocimiento, tiempo y sabiduría para la realización de este trabajo.

A la Enfermera Marisela Márquez por sus consejos y orientaciones en todo el proceso que significó la Maestría y en especial en este Proyecto de Grado.

A los participantes de esta investigación porque sin ellos no hubiese sido posible realizar este trabajo.

A mis compañeras de trabajo Diana León Garrido y Claudia Niño por su voz de aliento, apoyo y comprensión.

A las instituciones de salud FOSCAL y HUS que permitieron ejecutar este proyecto de investigación.

Resumen

El presente estudio se llevó acabo con el objetivo de describir las características de la comunicación entre la enfermera y el familiar del paciente hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en la Clínica Carlos Ardila Lulle Fundación oftalmológica de Santander (FOSCAL) y Hospital Universitario de Santander (HUS) instituciones de salud ubicada en las ciudades de Floridablanca y Bucaramanga respectivamente. La investigación se realizó con abordaje cualitativo, enfoque de análisis de contenido según el modelo de Bardin 2010 en el que participaron 12 familiares de pacientes hospitalizados en la UCI Adultos de las instituciones de salud señaladas; la información obtenida permitió alcanzar la saturación teórica.

Para la recolección de la información se utilizó la técnica de entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron grabadas y transcritas previa autorización de los participantes, la firma del consentimiento informado y demás consideraciones éticas que enmarcan la investigación en seres humanos se respetaron según la resolución No. 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

Al efectuar el análisis de las entrevistas realizadas a los participantes de esta investigación surgió un gran tema: caracterización de la comunicación compuesta por 5 categorías (para qué comunicarse, como es la comunicación, facilitadores de la comunicación, barreras en la comunicación y resultados de la comunicación), asimismo aparecieron en total 16 subcategorías.

En este estudio se pudo concluir que el familiar de la persona hospitalizada demandan de la enfermera profesional cualidades como: amabilidad, cordialidad, empatía, reconocimiento y un lenguaje entendible, consideradas importantes para establecer la comunicación y están enfocadas a satisfacer la necesidad de información, las relacionadas con la necesidad de una comunicación humanizada, el apoyo ofrecido en

situación de vulnerabilidad, la expresión de sentimientos, en procura de mejorar la relación de ayuda entre la diada. La presencia de estos elementos permite que se establezca la comunicación o en ausencia de ellos no se dé el acto comunicativo.

Palabras clave: Comunicación, familiar, cuidados intensivos, enfermería, investigación cualitativa.

Abstract

The following study was carried out with the purpose of describing the characteristics of communication between nurse and the relatives of a hospitalized patient in the ICU of the Clinical Carlos ArdilaLulle Foundation ophthalmological de Santander (FOSCAL) and Hospital Universitario de Santander (HUS), medical institutions located in the cities of Floridablanca& Bucaramanga respectively. This investigation was performed with a qualitative approach, focused on the content analysis based on the Model of Bardin (2010) in which 12 relatives of hospitalized patients of the ICU participated. The patients were being treated at the institutions previously mentioned, from which the information was gathered.

For the purpose of collecting data, the semi-structured interviewing technique was used. These were recorded and transcribed with their authorization, a signed agreement, among other ethical considerations that highlight that these human beings were treated with utmost respect, in accordance to resolution No. 008430 of October 4, 1993, from the Health Department of Colombia.

Upon the analisis of the interviews from the participants of this research a great topic arose: “characterization of communication” which consists of 5 categories (reasons to communicate, how the communication is, communication facilitators, communication barriers and communication results) it also appeared a total 16 subcategories.

In this study, it was concluded that the relatives of hospitalized patients demand a certain level of professionalism and what qualities this entails (kindness, cordiality, empathy,

acknowledgement, proper use of language and speaking skills), with a highlight in being able to effectively communicate relevant information, communicating in a kind manner, available support during vulnerable times, expressions of feelings, which further improves the relationship between patient and healthcare provider. All aforementioned qualities emphasize the dire need for proper communication between both parties, otherwise communication will be severely damaged.

***Keywords: Communication, family, intensive care, nursing, qualitative research*.**

Contenido

Pág.

Introducción 6

1. Marco de referencia 8
1.1 Situación problema..... 8
1.2 Pregunta de investigación 166
1.3 Objetivo general 166
1.4 Justificación..... 166

2. Marco conceptual 23

2.1 Comunicacióninterpersonal en enfermería 24

2.2 Familia..... 288
2.2.1 La familia del paciente en estado crítico 32

3. Marco metodológico 33
3.1 Diseño 33
3.1.1 Estudio..... 33
3.1.2 Metodología..... 33
3.2 Justificación de la elección de la metodología..... 33
3.2.1 Características de la investigación cualitativa..... 34

3.3 Metodología 355
3.3.1 Proceso utilizado para el análisis de contenido..... 377
3.3.2 Determinar el objeto o tema de análisis..... 377

3.4 Riesgos del diseño..... 40

3.4.1 Credibilidad**..... 40**

3.4.2 Confirmabilidad**..... 41**

3.4.3 Transferibilidad **..... 42**

3.5 Muestra 42

3.6 Criterios de inclusión..... 43

3.7 Recolección de la información..... 43
3.7.1 Inserción en el campo 43

Introducción

3.7.2 Entrevista semiestructurada 444

3.8 Aspectos éticos 477

4. Resultados 53
4.1 Caracterización del familiar del paciente hospitalizado en la UCI 53
4.2 Caracterización de la comunicación 566
4.2.1 Categoría 1. Para que comunicarse 566
4.2.2 Categoría 2. Como es la comunicación 60
4.2.3 Categoría 3. Factores mediadores de la comunicación 71
4.2.4 Categoría 4. Barreras en la comunicación 75
4.2.5 Categoría 5. Resultados de la comunicación 88

5. Discusión 94
5.1 Tema1. Caracterización de la comunicación 94
5.1.1 Categoría 1. Para que comunicarse 94
5.1.2 Categoría 2. La comunicación es 97
5.1.3 Categoría 3. Facilitadores de la comunicación 102
5.1.4 Categoría 4. Barreras en la comunicación 103
5.1.5 Categoría 5. Resultados de la comunicación 10707

6. Conclusiones y recomendaciones 1099
6.1 Conclusiones 1099
6.2 Recomendaciones 11111
6.3 Limitaciones 11414

A. Anexo: La entrevista semiestructurada 11616

B. Anexo: Consentimiento Informado 11717

C. Anexo: Aval comité ética Universidad Nacional de Colombia 12020

D. Anexo: Aval comité de ética FOSCAL 12222

E. Anexo: Aval oficina de calidad HUS 12323

F. Anexo: Presupuesto 12424

Bibliografía 12525

Introducción

Lista de Cuadros

Pág.

Cuadro 01. Caracterización socio-demográfica de los participantes 54

Cuadro 02. Categorías y subcategorías del tema comunicación de la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos adulto 55

Cuadro 03. Categoría: Para que comunicarse. Subcategoría: Necesidades sentidas de comunicación. 57

Cuadro 04. Categoría: como es la comunicación. Subcategoría: Comunicación humanizada: 61

Cuadro 05. Categoría: Como es la comunicación. Subcategoría: poco clara – poco entendible 67

Cuadro 06. Categoría: Como es la comunicación. Subcategoría: credibilidad 68

Cuadro 07 Categoría: Como es la comunicación. Subcategoría: Influencia de la cultura en la comunicación: unidades de registro y codificación 69

Cuadro 08. Categoría: Factores mediadores de la comunicación. Subcategoría: Disposición positiva del personal de enfermería. 72

Introducción

Cuadro 9. Categoría: Factores mediadores de la comunicación Subcategoría: Identificación del profesional de enfermería 73

Cuadro 10. Categoría: Factores mediadores de la comunicación. Subcategoría: identificación del Auxiliar de enfermería: unidades de registro y codificación 75

Cuadro 11. Categoría: Barreras en la comunicación. Subcategoría: Altiva-prepotente- agresiva..... 77

Cuadro 12. Categoría: Barreras de la comunicación. Subcategoría: Disposición negativa del personal de enfermería. 79

Cuadro 13. Categoría: Barreras en la comunicación. Subcategoría: Falta de identificación del personal de enfermería: unidades de registro y codificación 80

Cuadro 14. Categoría: Barreras de la comunicación. Subcategoría: Falta de retroalimentación..... 83

Cuadro 15. Categoría: Barreras en la comunicación. Subcategoría: falta de tiempo y espacio adecuados. 84

Cuadro 16. Categoría: Barreras en la comunicación. Subcategoría: Susto-miedo. 86

Cuadro 17. Categoría: Barreras en la comunicación. Subcategoría: forma inadecuada del uso de la palabra. 87

Cuadro 18. Categoría: Resultados de la comunicación. Subcategoría: Mantenimiento de la esperanza y la fe. 89

Cuadro 19. Categoría: Resultados de la comunicación. Subcategoría: Tranquilidad- Conformidad-satisfecho. 91

Introducción

Lista de Diagramas

Pág.

Diagrama 1. Tema Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos adultos. 93

Introducción

Introducción

Introducción

El ingreso de un paciente en una UCI somete a los miembros de su familia a una situación difícil; por su complejidad tanto los pacientes como sus familias presentan alteraciones emocionales como ansiedad, estrés, depresión o el denominado síndrome de cuidados intensivos. Además, los pacientes y las familias suelen desarrollar sentimientos de falta de control en sí mismos, siendo las principales necesidades manifestadas por ellos las relacionadas con la información y seguridad. Asimismo, aunque la comunicación es sentida por la familia como necesidad, puede ser más un procedimiento para cubrir determinadas necesidades como la seguridad psicológica.

Sumado a lo anterior, la experiencia implica en el familiar cambios en los hábitos de alimentación, descanso, sueño y las tareas de la vida cotidiana, dados por el tiempo de permanencia en la institución y por la carga e impacto emocional que implica la situación; ellos se encuentran con miedo, solos y sienten la necesidad de comunicarse con los demás expresando de una u otra forma como se sienten. Es en este punto en donde el profesional de enfermería sirve de apoyo a la familia como una forma de que ellos se sientan más seguros, confiados y puedan colaborar más efectivamente con la recuperación de su ser querido. Al mismo tiempo, la falta de comunicación brindada por

Introducción

el personal sanitario hace que se incremente de forma significativa síntomas como ira, confusión, preocupación, ansiedad, incertidumbre, frustración, depresión, abandono, entre otros.

Esta problemática no solo sucede al interior de las UCI de Colombia, sino que se presentan en diversas partes del mundo, en artículos y bibliografía internacional producida por enfermeras se plasma la problemática haciendo relevante énfasis, en la pérdida de comunicación y contacto que tiene el profesional de enfermería con el familiar del paciente internado en la UCI.

La presente investigación de tipo cualitativo, se centró en la descripción de las características de la comunicación entre la enfermera y el familiar en el contexto de la UCI. Se realizó a través de entrevistas semiestructuradas realizadas a los familiares de los paciente internados en la UCI de la Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL) y Hospital Universitario de Santander (HUS) instituciones de salud de cuarto nivel de complejidad ubicadas en las ciudades de Floridablanca y Bucaramanga respectivamente. Para el análisis se siguió el abordaje metodológico análisis de contenido propuesto por Bardin 2010 que permitió describir las características de la comunicación entre la diada.

Es importante resaltar que, el conocer los componentes y características de la experiencia comunicativa, así como los sentimientos que pueden ser expresados por los familiares sobre este proceso en el entorno de las UCI, permite la formulación de planes de cuidado de enfermería que busquen la recuperación del bienestar y el mantenimiento

Introducción

de estados de salud menos comprometidos, de la persona hospitalizada. Estos planes buscan aportar a la humanización del cuidado de enfermería en las unidades altamente tecnificadas como son las UCI.

1. Marco de referencia

1.1 Situación problema

Las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) son servicios con instalaciones dentro del área hospitalaria que proporcionan atención especializada como la medicina intensiva. Los pacientes candidatos a entrar en cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo la vida y quienes requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros como el control de líquidos entre otros. La terapia intensiva incluye atención médica cercana y constante, brindada por un equipo de profesionales de la salud especialmente capacitados[1].

Es así que para los pacientes ingresados en la UCI, la enfermedad resulta ser un proceso complejo, debido a que el tipo de respuestas y adaptación frente a sus manifestaciones varían dependiendo de factores tales como: la edad, las características particulares de vida y las condiciones socioculturales en que se desarrollan. Estos factores determinan la manera en que las personas asimilan el proceso de enfermedad y hospitalización. Se podría decir que el vivenciar situaciones dolorosas de enfermedad, o circunstancias de hospitalización, tienen fuertes repercusiones psicológicas sobre el paciente y su entorno familiar[2].

Asimismo en la UCI se manejan enfermedades características del patrón epidemiológico de Colombia asociadas a las primeras causas de mortalidad. Los indicadores de mortalidad de estas enfermedades según el informe del DANE para el año 2011, la

[1] DUARTE PARRA, Lina, USECHE DURAN, Cristina. Participación familiar en los cuidados básicos del paciente en la UCI adultos polivalente de la FOSCAL. Trabajo de grado Especialización Cuidado Critico. Bogotá D.C.: Universidad de la Sabana. Facultad de Enfermería, 2011.

[2] LALI CHARRY, Rosa, et al. Interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos de dos instituciones de salud en las ciudades de Pitalito y Neiva. Trabajo de grado Especialización Cuidado Critico con énfasis en adulto. Bogotá D.C: Universidad de la Sabana. Facultad de enfermería,2012.

principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema circulatorio, y aunque han seguido una tendencia descendente en el tiempo, pasando de una tasa ajustada 166,43 a 146,16 muertes por cada 100.000 habitantes, durante el periodo causaron el 29,69% (405.631) de las defunciones. Las neoplasias y las causas externas constituyeron la segunda y tercera causa de muerte aportando un 17,42% (237.930) y un 17,33% (236.679) del total de la mortalidad del periodo respectivamente. Aunque las enfermedades son la primera causa de muerte en Colombia, las causas externas son las que mayor número de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). Durante el periodo 2005-2011, las causas externas causaron el 30,59% (10.650.200) de todos los AVPP, seguidos del grupo de las demás causas que causaron el 20,54% (7.151.383), y de las enfermedades del sistema circulatorio que aportaron un 15,67% (5.454.685)[3].

Lo anterior se puede contrastar con las primeras causas de ingreso a las 20 principales UCI colombianas según el estudio realizado por Dennis et al [4], se reconoce al Infarto Agudo de miocardio (IAM) con 7,1%, angina inestable 4,8%, enfermedades cerebrovasculares 4,6% tumores cerebrales con el 4,4%. Asimismo, la tasa de mortalidad global en el año 2009 fue de 16,3% por cada 100 egresos dentro de las causas de mortalidad estaban las enfermedades cardiovasculares, infecciosas, respiratorias y neurológicas.

Teniendo en cuenta estos indicadores, las instituciones que prestan los servicios de salud, han tenido que aumentar el número de camas en UCI como lo refiere el Ministerio de Protección Social en su informe de gestión, donde reporta que “las camas de cuidados intensivos se duplicaron entre 2004 y 2009, pasando de 4.985 a 9.294 camas, respectivamente. Aspecto que reconoce la tendencia cada vez mayor de las instituciones a contar con unidades y servicios altamente especializados en los que predominan ambientes tecnológicos para abordar la problemática que significa la atención de las enfermedades grave[5].

[3]MORENO SEGURA, Claudia Marcela. Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2013. [En línea] Disponible en internet:http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS%2024022014.pdf

[4] DENNIS RJ. et al. Factores Asociados con la mortalidad hospitalaria en pacientes admitidos en UCI en Colombia. En: Arch Bronconeumol, 2002, Vol.38 no.3, p.117-22.

[5] MÁRQUEZ HERRERA, Marisela. Experiencias del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. Trabajo de grado Tesis de Maestría en enfermería. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá. Facultad de Enfermería, 2012, p. 118.

Por otro lado, la persona crítica es todo enfermo en riesgo de morir por afección aguda crónica y funcional, potencialmente recuperable de uno o varios sistemas corporales que requiere vigilancia, asistencia continua y especializada mediante sistemas temporales que suplan las funciones alteradas[6]. Esto trae como consecuencia una serie de reacciones emocionales frente a la enfermedad, además deterioro en la condición física, cognitiva, psicosocial y espiritual, por la dependencia total de la que se es objeto[7].

Por todo lo anterior es que las enfermedades agudas y la hospitalización producen estrés fisiológico y psicológico en los pacientes y sus familias que les pueden condicionar su capacidad para afrontar las situaciones de crisis que están viviendo, mucho más si se sienten incomunicadas. Si dichas experiencias tienen lugar en el marco de la UCI, los factores estresantes propios del entorno; definidos por características físicas y técnicas particulares en su ambiente físico, pueden incrementar de forma notable los efectos psicológicos y emocionales debidos a la falta de comunicación, el ánimo y el afrontamiento del paciente y de la familia [8],[9],[10].

Todos estos síntomas provocados por el desconocimiento de la UCI debido a las características físicas y técnicas particulares, se conjugan con varios aspectos que conforman una atmósfera psicológica especial y poco usual, la cual genera algunos efectos negativos en el paciente y familia; de ahí parte, que el ingreso del paciente a la UCI frecuentemente constituye una experiencia nueva, única, a veces atemorizante y cobra especial relevancia la adaptación a este nuevo estado y sistema de vida[11],[12]. Asimismo, ellos tienen la sensación de que se puede producir la muerte inminente de su ser querido, desarrollándose sentimientos de confianza en Dios, de impotencia, tristeza,

[6] MEDELLIN MEDRANO, Irma. Calidad de la atención de enfermería al paciente en estado crítico. Trabajo de grado Tesis de Maestría. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería, 1995, p. 21.
[7] GÓMEZ LONDOÑO, Elizabeth. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética. [En línea] Disponible en internet: http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/966/1307.
[8] BERNATD BERNATD, R. Necesidades de la familia del paciente en estado crítico: Revisión Bibliográfica. En: Nurs, Noviembre, 2008, Vol. 26 no.9, p. 59-63.
[9] TORRES L, MORALES JM. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. En: Tempos Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico, 2004, Vol. 4 no.1, p. 18-21.
[10] GARCÍA AGUILAR, JF. Comunicación e información a los familiares en las Unidades de Cuidados Intensivos. En: Enfermería Clínica, julio 1995, Vol. 5 no. 3, p. 99-104.
[11] ÁLVAREZ Y. Unidad de Cuidados Intensivos: Un campo Inexplorado por el psicólogo en Chile, 2002. [En línea] Disponible en internet:
http://csociales.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/unidad_cuidados-intensivos.pdf.
[12] HINKLE, JL , FITZPATRICK, E, REZA OSKROCHI G. Identifying the perception of needs of family members visiting and nurses working in the intensive care unit. En: J NeurocisNurs, Abril, 2009, Vol. 41 no.2, p. 85-91.

incapacidad, desasosiego, incertidumbre, seguridad, esperanza, rabia entre otros [13],[14].

El ingreso de un paciente a la UCI altera el normal funcionamiento del círculo familiar al que pertenece, se ha demostrado que los familiares experimentan niveles muy elevados de ansiedad, depresión, perdida, amenaza de muerte, duelo, angustia, dolor, sufrimiento, frustración entre otros; por lo cual se podría aumentar el riesgo de que no atiendan sus propias necesidades manifestándose en comportamientos poco saludables como descanso inadecuado, falta de ejercicio, dieta pobre, confusión de roles entre otros[15],[16].

Además, la experiencia implica en el familiar cambios en los hábitos de alimentación, descanso, sueño y las tareas de la vida cotidiana, dados por el tiempo de permanencia en la institución y por la carga e impacto emocional que implica la situación[17]; ellos se encuentran con miedo, solos y sienten la necesidad de comunicarse con los demás expresando de una u otra forma como se sienten. Es en este punto en donde el profesional de enfermería sirve de apoyo a la familia como una forma de que ellos se sientan más seguros, confiados y puedan colaborar más efectivamente con la recuperación de su ser querido[18].

Asimismo, las UCI son escenarios frecuentes de sufrimiento, donde los pacientes como producto del horario restringido de visitas y a la gravedad en su estado de salud, son aislados de sus familiares; ya que ésta, la mayoría de las veces es considerada como un obstáculo para los profesionales de la salud. Al mismo tiempo, la falta de comunicación brindada por el personal sanitario hace que se incremente de forma significativa síntomas como choque, ira, confusión, preocupación, ansiedad, incertidumbre, frustración, depresión, abandono[19].

Esta problemática no solo sucede al interior de las UCI Colombianas, sino que se

[13] BERNATD. Óp. cit. p. 60.
[14] GUTIERREZ, Blanca, et al. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. En revista electrónica: Enfermería Global, 2008. [En línea] Disponible en internet: www.um.es/eglobal/.
[15] TORRES ROS R, TORRES E. Impacto de los familiares del paciente crítico ante la acogida protocolizada. En: Enferm Intensiva, Marzo, 2003, Vol. 14 no.2, p. 49-60.
[16] GÓMEZ CARRETERO P, MONSALVE J. Ingreso en la unidad de cuidado intensivo: La repercusión en el familiar del paciente. En: boletín Psicología, 2006, Vol. 87, p. 61-68.
[17] MARQUÉZ. Óp. cit. p. 54.
[18] CERÓN POLANCO, Yolanda. Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la unidad de cuidados intensivos. Trabajo de grado Especialización Cuidado crítico. Bogotá D.C.: Universidad Pontificia Javeriana. Facultad de Enfermería, 2008, p. 130.
[19] HUGHES F, BRYAN K, IAN R. Experiencia de los familiares en UCI. En: Nursing in CriticalCare, 2005, Vol. 10 no.1, p. 23-32.

presentan en diversas partes del mundo ya que en artículos y bibliografía internacional producida por enfermeras se plasma la problemática haciendo relevante énfasis, en la perdida de comunicación y contacto que tiene el profesional de enfermería con el familiar del paciente internado en la UCI. Esto ocurre como producto de diversos factores que influyen en el proceso de comunicación entre la familia y el personal de enfermería que atiende a sus seres queridos[20].

Los factores encontrados que no permiten una adecuada comunicación desde la perspectiva de las enfermeras han sido expuestos en investigaciones a nivel internacional en donde se mencionan las siguientes: la enfermera(o) considera que la comunicación se ve interrumpida por la gran carga laboral que implica el cuidado del paciente crítico, las largas jornadas de trabajo, el agotamiento físico y emocional, la rutinización de la labor de enfermería en UCI, el hecho de no haber recibido ninguna formación sobre la manera de afrontar el sufrimiento de las familias y la muerte de los pacientes, el no tener suficientes conocimientos y las habilidades necesarias para satisfacer necesidades de tipo psicosocial y emocional y sobre la falta de consenso acerca de lo que se tiene que comunicar entre el personal médico y de enfermería para no entrar en contradicciones.

De otra parte, la familia considera que los canales de comunicación no son adecuados por el lenguaje técnico utilizado por el personal médico, la gran carga emocional que no permite una adecuada comprensión de la información dada por la enfermera y la necesidad frecuente de información producto del desconocimiento del servicio y estado de salud de su familiar. Por otro lado, el espacio físico de la unidad, el horario restringido de visitas y la poca privacidad que tiene la familia no permite que haya una adecuada vía de comunicación familia-enfermera. De esta manera el profesional de enfermería que labora en unidades especializadas se olvida de interactuar y comunicarse con las familias, aumentando de forma dramática su estado de estrés y conllevando a un entorpecimiento de las relaciones entre las partes. Además, la poca información ha puesto de relieve una creciente fuente de insatisfacción en el paciente y su familia[21],[22].

[20] CERÓN. Óp. cit. p. 73.
[21] CONCHA ZARFOTEZA LALLEMAND, S, et al. Mejorando el cuidado de los familiares del paciente crítico: Estrategias consensuadas. En: Enferm Intensiva, julio, 2009, Vol. 20 no.4, p. 1-9.
[22] CONCHA ZARFOTEZA, DG. et al. Relación entre enfermeras de unidades de cuidado intensivo y familiares: Indicios para el cambio. En: Nure Investigación, Marzo, 2004, Vol.3, no. 3, p.10-16.

Bailey et al encontraron que existe una correlación positiva significativa entre apoyo informativo y satisfacción con la atención (r = 0,741, p <.001), de igual forma reportaron que no hay una relación significativa entre el apoyo informativo y la ansiedad, ni entre la satisfacción con la atención y ansiedad. Derivado de todo lo anterior se concluye que brindar información al familiar sobre las condiciones de la persona mejora la satisfacción ya que es considerada por éste como una de las principales necesidades pero no influye en la ansiedad que experimenta[23].

Sumado a lo anterior, Autores como Becker et al, 1993; Comaroff y Maguire, 1981; Mason, 1985 y Sharkey, 1995 citados por Marriner en su libro teorías de enfermería ; ponen de relieve que los niveles de estrés e incertidumbre se aumentan cuando por la interacción del personal sanitario, familia y el paciente obtenían información confusa o explicaciones demasiado simples que no encajaban con su experiencia vivida, o se daban cuenta de que el personal sanitario no era experto en la materia o no era el adecuado para ayudarles a convivir con las complejidades que presenta una enfermedad[24].

Por otro lado, el colectivo enfermero reconoce que su papel como soporte a la familia se ha subestimado, por considerarse poco relevante en el entorno de UCI, este enunciado contrasta con lo encontrado por Márquez [25] quien concluyo que el familiar necesita soporte emocional por parte del profesional de enfermería para que brinde apoyo al paciente durante la hospitalización, quien vivencia soledad debido a la separación del grupo familiar.

Chelsa y Stannard citado por Duarte[26], describen lo negativo que es para el colectivo enfermero que labora en UCI el manejo de situaciones difíciles relacionadas con el cuidado de los familiares. Este estudio realizado en el año 2003 en enfermeras Suecas demostró que los profesionales de enfermería tenían muy poco conocimiento sobre la familia como unidad solidaria y en el proceso de dar información.

[23] BAILEY, Joanna J. et al. Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. En: Intensive and Critical Care Nursing, 2010, Vol. 26, p. 117.
[24] MARRINER TOMEY, A y RAILE ALLIGOOD, M. Modelos y Teorías de enfermería. En: Teoría de Incertidumbre Frente a la enfermedad. 6ta ed. Madrid: Elservier Mosby, 2000: p. 629.
[25] MÁRQUEZ. Óp. cit. p. 66.
[26] DUARTE. Óp. cit. p 30.

Hopcey citado por Duarte et al.[27] encontró que las enfermeras que laboraban en UCI no entendían la gran carga emocional que experimentaba la familia y sus allegados cuando un ser querido ingresa a ese tipo de unidades especializadas, éstas reconocieron que el cuidado a la familia implica un trato especial por parte de ellas y cuyo síntomas disociativos pueden incrementarse en ellos por falta de apoyo de la enfermera en esa situación de crisis.

Otros estudios concluyen que el proceso de comunicación es un acto complejo que necesita de parte del profesional de enfermería habilidades sociales y comunicativas importantes con el fin de disminuir factores estresantes producto de la hospitalización en UCI de un ser querido[28]. Esto contrasta con lo encontrado por Concha, et al[29], donde las enfermeras consideran que su papel como informadoras es insuficiente, y algunas desean participar más en la atención a los familiares realizando críticas al sistema de brindar información vigente.

Asimismo, Boozzet y Gibbons citado por Duarte et al [30], estudiaron que una de las estrategias de adaptación utilizadas por la familia, es la recogida de la información adecuada que ayude a conocer la expectativas y aquello que se ha de hacer. Así pues, es importante que la enfermera que labora en UCI proporcione la información verbal y escrita que la familia necesita con claridad, concisión y en el momento adecuado. Todo ello disminuye la angustia, estrés, el concepto negativo que se tiene de la unidad y aumenta el bienestar y satisfacción del paciente y su familia por los servicios prestados a sus seres queridos.

Por otro lado, los estudios identificados en la literatura señalan que se ha abordado a la familia de personas que se encuentran críticamente enfermas, con un enfoque o perspectiva dada probablemente por las percepciones que tiene el equipo formal de salud, asociadas especialmente a la determinación de necesidades de cuidado, la información, la satisfacción, y las implicaciones que puede tener la flexibilización de los

[27] DUARTE. Óp. cit. p. 31.
[28] VERHAEGHE, ST y VAN ZUREN JF. et al. How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit. En: J Clin Nurs, August, 2007, Vol. 16 no. 8.
[29] CONCHA. Óp. cit. p. 3.
[30] DUARTE. Óp. cit. p. 50.

horarios de visita[31].

Para concluir se puede decir que la mayoría de las investigaciones de las necesidades de la familia en UCI se han centrado en identificar las necesidades de la familia según la clasificación suministrada por la enfermera Nancy Molter[32],[33], en relación con información, seguridad, proximidad y algunos estudios ya mencionados con anterioridad que implican el cuidado familiar como medida de intervención pero a nivel internacional. Del mismo modo, en nuestro medio hay poca evidencia de tipo cualitativo que describa cómo vivencia la comunicación el familiar dentro del contexto de la UCI. Esto representa una brecha en el conocimiento y la necesidad de describir cómo es la comunicación entre los profesionales de enfermería y el familiar de personas hospitalizadas en una UCI, como una forma de cualificar la ayuda y el cuidado ofrecido a la familia y al paciente en momento de crisis, como el que representa el ingreso a este tipo de unidades especializadas.

Como escenario de posible interacción para la recolección de la información se contó con dos instituciones de salud Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL) y Hospital Universitario de Santander (HUS) que se encuentran ubicados en las ciudades de Floridablanca y Bucaramanga departamento de Santander, son complejos médicos de 4to y 3er nivel de atención que brindan servicios de salud especializados y de alta complejidad a todo el nororiente de Colombia, además, presta servicios de salud a todos los regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud (contributivo, subsidiado, pre pagadas y regímenes especiales). Las instituciones cuentan con 34 y 11 camas de UCI donde se hospitalizan personas que viven una situación de enfermedad ya sea quirúrgica o médica incluyendo grandes quemados. Estas unidades especializadas cuentan con personal médico y de enfermería con experiencia en manejo de paciente crítico las 24 horas del día. Asimismo, posee equipos e infraestructura adecuada para la atención de los usuarios según normatividad dada por el decreto 1011/2006 que habla sobre acreditación en salud.

El primer acercamiento con la familia en las UCI FOSCAL-HUS lo tiene la enfermera profesional quien da indicaciones generales en aspectos como información sobre el

[31] MÁRQUEZ. Óp. cit. p. 8.
[32] MARQUEZ. Óp. cit. p. 10.
[33] DUARTE. Óp. cit. p. 25.

estado general del paciente, los horarios de visita, ubicación en el servicio, restricciones en la visita, estas intervenciones son estandarizadas.

De acuerdo a lo expuesto es evidente el vacío en el conocimiento, respecto a conocer como es la comunicación establecida entre las enfermeras y los familiares en un servicio de alta complejidad, por lo cual se plantea la siguiente pregunta de investigación.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cómo es la comunicación entre la enfermera profesional y el familiar de la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos?.

1.3 Objetivo general

Describir la comunicación establecida entre la enfermera profesional y el familiar de la persona que se encuentra hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos.

1.4 Justificación

El ingreso de un paciente en una UCI somete a los miembros de su familia a una situación difícil; por su complejidad tanto los pacientes como sus familias presentan alteraciones emocionales como ansiedad, estrés, depresión o el denominado síndrome de cuidados intensivos. Los cuidadores desarrollan problemas mentales, como ansiedad, pesadillas, visiones de imágenes del pasado y delirios. Algunos de los síntomas que pueden ayudar a detectarlos son cambios bruscos de comportamiento, pasividad, otros, pueden sentirse de repente fuera de control y tener ataques de ansiedad pánico y/o depresión o aislamiento[34]. Además, los pacientes y las familias suelen desarrollar sentimientos de falta de control en sí mismos, siendo las principales necesidades manifestadas por ellos las relacionadas con la información y seguridad[35]. Asimismo, aunque la comunicación es sentida por la familia como necesidad, puede ser más un procedimiento para cubrir más la necesidad de sentirse seguros[36].

La familia en el contexto tradicional es considerada como un componente poco relevante

[34] CERÓN. Óp. cit. p. 10.
[35] TAHOITS PA. Conceptual Methodological and theoretical problems in studying social support as buffer against life stress. En: Journal of health and social behavior, Junio, 1982, Vol. 23, p. 145-159.
[36] CERÓN.Óp.cit.p. 11.

en el entorno del paciente internado en la UCI; considerándose ésta, como un ente molesto y puede tenderse a la evitación.; probablemente por el déficit en la capacidad de relación y comunicación por parte del profesional sanitario que labora en este tipo de unidades especializadas[37]. Cabe señalar que, todas las personas tienen elementos importantes en la comunicación que permiten una interacción entre sujeto-sujeto; en el caso específico enfermera(o)- familia se requiere por parte del profesional multihabilidades para el contacto y relación armónica con ésta.

Algunos estudios describen el sufrimiento que comparte la familia y seres queridos del paciente critico cuando ingresa a la UCI; pero está, profundamente marcado por una vivencia de incertidumbre, sobrecarga emocional y social que dan percepciones e ideas generadoras de angustia y una reducción de su capacidad de afrontamiento[38]. Además, para los miembros de la familia la situación se caracteriza por la incertidumbre, sentimientos abrumadores, sumado a las responsabilidades adicionales y divergencia de roles familiares. Ellos frente a esta situación se sobrecargan, tratando de estar cerca de su familiar con o sin estar involucrados en la atención; buscan información honesta, obtener apoyo social de otras personas significativas y tratan de mantenerse optimistas todo el tiempo con respecto al pronóstico de su familiar enfermo[39].

Dentro de un marco multidisciplinar de atención, se hace imprescindible la existencia de una adecuada estrategia que promueva en el equipo de salud la disposición para valorar las necesidades de la familia del paciente en UCI y el buscar estrategias que permitan al profesional de enfermería mejorar el proceso de comunicación como forma de acercamiento a la familia y a su vez, permita a la misma un adecuado afrontamiento a la nueva situación de vida que se está presentando y disminuya síntomas como la incertidumbre, estrés, ansiedad entre otros. Asimismo, el personal de enfermería es esencial, pues son quienes están más tiempo junto al paciente; las estrategia del personal no debería constituir una simple intervención más de enfermería sino conllevar a todo un cambio de filosofía en el equipo asistencial, no siempre fácil de conseguir por los modelos tradicionales de práctica profesional fuertemente arraigados en los que no

[37] MENDOCA D, WARREN NA. Perceived unmet needs of critical care family members. En: Crit Care NursQuaterly, Julio, 1998, Vol. 21 no. 1, p. 58-67.
[38] TORRES. Óp.cit. p. 19.
[39] NAGL –CUPAL M y SCHAEPP W. Family members in the intensive care unit: Effects and mastering the situation. En: review of qualitative studies fledge, Abril 2009, Vol.23 no.6, p. 16-20.

existe un enfoque holístico de la atención[40].

Es por ello, que si se parte del concepto de cuidado de enfermería holístico, este debe entonces involucrar a las familias, desde el primer momento que ingresa el paciente a la UCI y así ayudarlos a prepararse para la rehabilitación o en el caso contrario para un adecuado afrontamiento del duelo producto de la gravedad o muerte de su ser querido. Al conocer la vivencia de la comunicación del familiar en el contexto de UCI permitiría establecer cuáles factores desencadenan síntomas psicológicos como la ansiedad, incertidumbre, estrés entre otros y así poder planear-gestionar intervenciones de enfermería, con el fin de buscar una adaptación de los familiares durante la hospitalización del paciente en la UCI[41].

Es por ello que desde la experiencia de trabajo en servicios de cuidado critico se ha identificado que la atención se centra en estabilizar a la persona críticamente enferma y casi nunca se cuenta intervenciones de enfermería orientados a la familia que busquen mejorar su bienestar psicológico, el restablecimiento de roles, el funcionamiento familiar y la identificación de alteraciones psíquicas, que permitan mejorar la relación entre enfermera-paciente como forma efectiva para disminuir síntomas provocados por el ingreso, hospitalización y desconocimiento de lo que significa un servicio de cuidado intensivo.

Dentro de los beneficios del estudio se pueden encontrar para la profesión, el conocer o diagnosticar como es la comunicación entre el personal de enfermería y los familiares ingresados a la UCI, permitirá a la enfermera abordar dichos aspectos para mejorar el cuidado y planear estrategias de intervención que mejoren la calidad de gestión y cuidado; aumenta la satisfacción de las enfermeras y de los familiares de los pacientes que ingresan a este tipo de unidades especializadas. Además, permite a las enfermeras reflexionar acerca de cómo el acto comunicativo que vivencia el familiar en el entorno de UCI tendrá beneficios para la familia permitiendo a está, apoyar el afrontamiento de la experiencia que está viviendo en el momento, ayuda en la toma de decisiones con respecto al estado de salud de su familiar, y mejora la satisfacción de los familiares

[40] DUARTE. Óp. cit. p. 23.
[41] GÓMEZ PALENCIA, Ingrith. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con Diabetes Mellitus Tesis Maestría en enfermería. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá. Facultad de Enfermería, 2010.

producto de los servicios prestados por el personal de enfermería el cual atiende a su familiar enfermo.

Asimismo, al abordar este fenómeno permitirá establecer un espacio favorable entre la enfermera- familia generando en esta la expresión de las vivencias en la unidad de cuidados intensivos en un ambiente de confianza, respeto y credibilidad. Además, permite lograr un mayor acercamiento entre la familia, el personal asistencial y el paciente, favoreciendo la comunicación como mecanismo útil para disminuir síntomas provocados por el desconocimiento y significado de lo que es una UCI. Además, los resultados del presente estudio serán presentados como una propuesta para la institución, en especial para las personas que laboran en las unidades de cuidados intensivos, con el objetivo de crear herramientas enfocadas a atender las necesidades de la familia, esto redundara en mejora de la satisfacción general. Adicionalmente la adaptación adecuada del familiar, reflejada indirectamente en la mejoría de los pacientes puede ser una estrategia costo-beneficio tanto para las personas y los familiares como para la institución.

Está investigación contribuirá al cuerpo de conocimiento de la disciplina ya que permitirá sensibilizar al profesional de enfermería para que tome un papel protagónico en la dinámica de la comunicación con la familia; así como, incluirla como un componente del cuidado de la persona enferma; ya que se ha demostrado en diferentes estudios que la familia juega un papel importante en la recuperación del paciente.Sumado a lo anterior, permitirá a los profesionales de enfermería que laboran en UCI buscar medidas de intervención, diseñar guías de manejo, protocolos que permitan mejorar el cuidado de las familias en este tipo de Unidades especializadas.

De otra parte En el año 2009, la Fundación Oftalmológica de Santander Clínica Carlos Ardila Lulle (FOSCAL) primera institución considerada para la recolección de la información, fue acreditada en salud por INCONTEC organización que exige elevados estándares de calidad para la atención en salud en Colombia. En la FOSCAL bajo la política de calidad, el servicio de atención al usuario realiza sistemáticamente en todos los usuarios una encuesta para medir el grado de percepción de satisfacción del bien informado, y aunque en la UCI se cumple con la meta establecidas, algunos familiares expresan a través de OMES (Oportunidades de Mejoramiento) su insatisfacción o deseo

de recibir una mejor atención, como lo expresaron al preguntárseles ¿Qué le gustaría que el servicio hiciera para mejorar la atención y la calidad del servicio que usted se merece?. Algunas de sus respuestas relacionadas con la atención en la UCI son las siguientes: Que el horario de visita sea más amplio, el personal de enfermería sea más ameno y tenga más calor humano, que la información sea más precisa, ampliar un poco la información que da enfermería y que haya personal que proporcione información telefónica ya que la visita es corta[42].

A nivel nacional se consideraron las siguientes investigaciones que soportaron la bibliografía para este proyecto de investigación:

En el estudio cualitativo con enfoque fenomenológico realizado por Vanegas, et al[43] en un hospital público en la ciudad de Bogotá concluyo que las enfermeras profesionales poco interactúan o brindan apoyo psicoemocional a los pacientes y familias por no sentirse capacitadas o por el temor de no saber cómo actuar frente a algunos comportamientos que tenían los pacientes o familiares como producto de la falta de preparación en el manejo de situaciones difíciles.

Márquez[44] en su estudio fenomenológico realizado a familiares de pacientes hospitalizados en UCI encontró que la información y comunicación eran una de las necesidades más sentidas por ellos y que esta necesidad podía ser cubierta por el profesional de enfermería, pero el familiar no percibía ese apoyo por parte del profesional de enfermería.

Oscar Beltrán[45] realizo un estudio fenomenológico en la ciudad de Medellín cuyo objetivo fue describir como fue la experiencia de hospitalización para los pacientes en la UCI, el estudio concluyo que en la UCI la comunicación verbal y los actos comunicativos, enmarcados en las relaciones de cuidado que se llevan a cabo entre el

[42] Tomado de informe del servicio de atención al usuario, grado de satisfacción y bien informado para servicio UCI A FOSCAL. Año 2012.
[43] VANEGAS, Blanca, et al. Experiencia de los profesionales de enfermería en el cuidado psicoemocional a pacientes en la unidad de cuidados intensivos. En: Rev. Colombiana de enfermería, Agosto, 2008, Vol. 3 no. 3, p.21.
[44] MARQUEZ. Óp. Cit. p.107.
[45] BELTRAN SALAZAR, Oscar Alberto. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. En: Invest. educ. enferm, Junio, 2009, Vol. 27 no. 1. [En línea] Disponible en internet: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100003.

personal de salud (principalmente enfermeras), los visitantes y los pacientes, fueron descritos por los participantes como “la palabra”, en varios sentidos. La palabra para describir lo que el enfermero comunicaba a los pacientes en el momento de interactuar con ellos para realizar algún procedimiento desprovisto de algún grado de humanización , y una palabra que la describen como ausente, en donde no existía comunicación con ellos, este generaba despersonalización, angustia y ansiedad en la personas hospitalizadas.

Asimismo, Oscar Beltrán[46], investigación cualitativa basada en la teoría fundada, realizada en Medellín, Colombia, de abril a octubre de 2006; incluyó anueve personas adultas entre 24 y 80 años que estuvieron críticamente enfermas y hospitalizadas en UCI, en este estudio concluyo que la familia, y el apoyo de la red secundaria eran importantes a la hora de sobrellevar para los pacientes la enfermedad critica por la que atravesaban. Ellos consideraban importante el apoyo familiar como ese soporte que mitigaba la importancia a la que estaban sometidos, les daban apoyo emocional, animo esto influía en su recuperación. Asimismo, había una ambivalencia ya que para algunos pacientes el tener contacto con la familia les generaba estrés, ansiedad por no poderse comunicar con ellos, pero deseaban tener cerca a las personas significativas para ellos.
Los diferentes aspectos en relación con el tema comunicación han sido abordados en estudios cuantitativos y cualitativos en otros países en los que se dan otros niveles diferentes de atención, por lo que algunas de estas vivencias y necesidades han sido ya reflejadas según lo evidencian artículos consultados; en contraste con lo demostrado en el territorio colombiano donde los estudios referentes a éste tema son escasos y abordan más al paciente que a la familia ,por tal razón se confirma la importancia del tema y la necesidad de conocer mejor lo que sucede en medio del sector salud para aportar al conocimiento desde nuestra propia cultura y experiencia práctica ; es por ello que es evidente el vacío en el conocimiento y se plantea como pregunta de investigación como es la comunicación entre el personal de enfermería y el familiar del paciente hospitalizado en la UCI.

Para concluir se puede decir que el conocer los componentes de la experiencia

[46]BELTRAN SALAZAR, Oscar Alberto. Hay que poner de su parte para afrontar una enfermedad grave. En: Rev. Aquichan, diciembre, 2010, Vol.10 no.3. [En línea] Disponible en internet: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972010000300004&script=sci_arttext.

comunicativa y los sentimientos que los familiares le otorgan a este proceso en el entorno de UCI, puede ser una herramienta útil para la formulación de planes de cuidado de enfermería que busque la recuperación del bienestar y que consideren el punto de vista de la familia para aportar a la humanización del cuidado de enfermería en las unidades altamente tecnificadas como es la UCI.

2. Marco conceptual

Uno de los baluartes del cuidado de enfermería es reconocer en la comunicación una estrategia y herramienta para alcanzar estados mayores de salud y bienestar en la población. El proceso comunicativo como modulador del proceso de salud-vida, es por ello que la comunicación involucra comprender, participar y aportar adecuadamente a través del lenguaje verbal y no verbal al estado de salud del ser querido hospitalizado por parte del familiar; Casales citado por Lorente[47] plantea que la comunicación es uno de los aspectos medulares de cualquier tipo de actividad humana, así como condición para el desarrollo de la individualidad, la comunicación refleja la necesidad objetiva de asociación y cooperación mutuas entre las personas (enfermera -familiar).

Además, se puede afirmar que la continua interacción comunicativa con los profesionales de la salud, es la que le permite al paciente- familia asignar atributos, calificativos y dimensiones a la vivencia de la enfermedad y de la hospitalización. Sin olvidar, también, que este significado está determinado, a su vez, por el mundo simbólico que cada persona posee, es decir, las creencias, costumbres y valores que le son propios. En efecto, se reconoce que un factor importante, en la comprensión de la experiencia de enfermar, lo configuran las relaciones interpersonales que se establecen en el ámbito asistencial. Así, la manera según la cual el profesional sanitario trate al paciente y lo aborde, va a influir en el sentido que éste le dé a la dolencia o padecimiento[48].

Por otro lado, la persona en el contexto del presente estudio incluye al familiar del paciente que se encuentra hospitalizado y que vivencia el proceso comunicativo a través del lenguaje verbal y no verbal con el profesional de enfermería. Para que la interacción

[47] LORENTE, José Arturo de Dios y JIMENEZ ARIAS, María Elena. La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. [En línea] Disponible en internet: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san10109.htm. (citado el 2 octubre del 2014).

[48] NOREÑA PEÑA, AL, et al. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. En: Rev Esp Com Sal. Diciembre, 2010, Vol. 1 no. 2, p 116.

se desarrolle es necesario reconocer que es imposible sin la presencia del entorno o contexto, este es concebido como el espacio en el cual se establece la comunicación entre el emisor y el receptor del mensaje (enfermera-familiar).

Por lo anterior en este estudio los seres humanos interactúan y se comunican bajo la visión integrativa-interactiva, que permite la indagación desde perspectivas cuantitativas y cualitativas, en este caso se ha reconocido en la segunda una mayor posibilidad para describir el fenómeno de interés, en razón a que en ésta se estima la naturaleza recíproca de las interacciones enfermera-familia, las respuestas culturalmente determinadas y específicas al cuidado en los procesos vitales que interrumpen aspectos de salud y reglas relacionadas con la influencia que ciertos comportamientos de cuidado tienen sobre determinados grupos de personas[49].

2.1 Comunicación interpersonal en enfermería

La comunicación se suele definir como un intercambio de información entre dos o más personas, pero no debemos olvidar que el objetivo de la comunicación es provocar una respuesta, con lo cual no únicamente es un mero intercambio sino que es un proceso en el cual se debe producir un retorno continuo de la información para que sea procesada por los participantes de dicho proceso[50]

Miller citado por Villalba[51] define comunicación como: “un mensaje a un receptor con la intención consciente de afectar a su conducta posterior”, entendemos que la forma en que a las personas les llega la información influye en su posterior manera de actuar, o también que una persona bien informada se siente considerada, valorada y respetada y por tanto, es posible que su conducta sea de colaboración y de integración al equipo. Apoya esta idea el concepto definido por Shanon y Weaver 1949[52] ya que postulan que comunicación es “todo aquello que sucede entre dos o más mentes. Dado que la conducta es aquello que perciben los demás, toda conducta es comunicación y toda comunicación produce conductas”.

[49] DURAN DE VILLALOBOS, María Mercedes. Marco epistemológico de enfermería. En: Rev. Aquichan. [En línea] Disponible en Internet:http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34.
[50] AGUILAR VILLALBA, Rosa. La comunicación en enfermería: EL canal hacia la satisfacción profesional. Estudio comparativo entre dos hospitales. Trabajo presentado para optar el título de Magister en Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería. Barcelona: Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona. Escuela de Enfermería, 2004.
[51] Ibíd. p. 25.
[52] Ibíd. p. 26.

Por otro lado, según las postura teóricas de Peplau, King y Trevelbee consideran la comunicación interpersonal de enfermería como un proceso reciproco que se da en situaciones de encuentro o desencuentro por lo que se comunican pensamientos, sentimientos y actitudes, y se comparten subjetividades, lo que permite ver el cuidado de enfermería como una labor humanitaria que facilita el crecimiento de cada uno en un proceso que difiere en cada caso en particular[53] .Asimismo, Morse dentro de sus cinco categorizaciones ontológicas consideran el cuidado de enfermería como una relación interpersonal e interacción personal en ésta hay comunicación, confianza, respeto y compromiso de uno con el otro. Este autor considera que la interacción permite la integración de los sentimientos entre las dos partes permite establecer la posibilidad de dar o recibir ayuda. Esta integración de sentimientos y acciones en el encuentro, de tal manera que la interacción enfermera-paciente es cualitativamente diferente a un encuentro sin cuidado. Desde este punto se cree que la interacción enfermera-paciente y/o familia es la esencia del cuidado y abarca sentimientos y comportamientos que ocurren en la relación[54]. Esta interacción con el paciente y la familia, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro, y es el eje para desarrollarse y ser con otros, es decir, es un elemento fundamental del cuidado[55].Es así, como la comunicación y relación interpersonal enfermera-paciente son constituyentes de la enfermería. Al relacionarse con el paciente, la familia y la comunidad, la enfermera marca su presencia profesional al expresar el cuidado dialógico[56].

Así, la comunicación es una de las herramientas básicas para sostener el proceso de "cuidar". Se revela como un eslabón esencial del cuidado al aproximar los sujetos proporcionando momentos de intercambio, de interés y preocupación con el otro. Esto evidencia la interdependencia entre la comunicación y el cuidado, toda vez que no hay acción de cuidar que no se constituya en una acción comunicativa. La importancia de la relación en el cuidado está constituida por la esfera subjetiva cuando se refiere a

[53] SALAZAR MAYA, Ángela y MARTINEZ ACOSTA, Carmen. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. En: Av. Enferm. Septiembre, 2008, vol. 26 no. 2, p. 107-115.
[54] Ibíd. p. 109.
[55] Ibíd. p. 110.
[56] ROCHA OLIVERA, Thalía y FARIA SIMOES, Sonia Mara. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Trevelbee. En: revista enfermería global. Abril, 2013. [En línea]. Disponible en Internet: http://www.um.es/eglobal.

sensibilidad, creatividad, intuición, vivencia relación y expresiones afectivas. En la esfera objetiva hay desarrollo de técnicas, procedimientos y acciones instrumentales.[57]

Por lo tanto en el momento del cuidado las dos caras se manifiestan cuando la enfermera identifica lo que será necesario tales como las condiciones materiales, además de asegurarse de sus propias condiciones personales para realizar la acción. Esto incluye la disponibilidad, la acogida y el respeto. Esta acción de cuidar involucra la comunicación con el paciente por medio de palabras, gestos, posturas y hasta incluso el silencio[58]. Esto contrasta con lo dicho por Trevelbee en su teoría de interacción donde considera que el personal de enfermería planea, dirige y guía la interacción de tal manera que se desarrolle la relación que es primordialmente una experiencia o serie de experiencias subjetivas entre la enfermera y el paciente o un miembro de la familia. Esta experiencia (proceso comunicativo) se caracteriza por una manera particular de comportamiento, percibida, pensada, sentida y actuada recíprocamente[59].

En cuanto a la comunicación interpersonal, al relacionarnos con los demás se utilizan dos tipos de comunicación:

- **Comunicación verbal**

  Supone el contenido del mensaje y ésta mediante una lengua con estructura sintáctica o gramatical o con una lengua con código de signos por ejemplo la duración, generalidad, formalidad, veracidad, humor y turnos de palabras.

- **Comunicación no verbal**

  Supone el acompañamiento o no de la palabra y ésta es expresada mediante el cuerpo y señales de voz por ejemplo la expresión facial, mirada, gestos, proximidad, tono postural y apariencia[60].

La comunicación en sus aspecto verbal y no verbal es uno de los instrumentos básicos de la práctica de enfermería así como la destreza, la habilidad manual, el conocimiento

[57] Ibíd. p.77.
[58] Ibíd. p.78.
[59] SALAZAR. Óp. cit. p.112.
[60] RAMÓN GARCÍA, Raquel et al. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrada en el familiar. En: Rev Esp Comun Salud. Febrero, 2012, Vol. 3 no. 1, p. 49-61.

científico, la observación, la creatividad entre otros, pues permite a la enfermera interactuar, relacionarse e implementar el cuidado de enfermería[61].

Cuando la enfermera establece la relación a través de la comunicación cumple la finalidad del cuidado, pues en cualquier ambiente asistencial la comunicación verbal y no verbal están presentes, así como la interacción de los sujetos. En el estudio de Rocha la enfermeras consideran que la comunicación como un instrumento para alcanzar el sentimiento de confianza y de vinculo en la relación con el paciente y la familia[62].

Para realizar el proceso de comunicación interpersonal se debe tener ciertas características o habilidades comunicativas como: empatía, cordialidad, educación y respeto en la manera de expresarnos, escuchar atentamente lo que dice el paciente y/o familia esto permitirá a la profesional de enfermería acercarse e interactuar de una forma más humanizada con el paciente y su familia.

En el proceso comunicativo lo que se espera es una interacción entre el emisor y el receptor de los mensajes, para ello existen estrategias que permiten facilitar la compresión de los mismos. Dentro de estas estrategias encontramos: utilizar información concisa, clara, evitando tecnicismos y con vocabulario accesible, evitar ambigüedades y suspicacias al enviar el mensaje, analizar las ideas antes de comunicarlas, repetir conceptos claves para que sean comprendidos, repetición del mensaje, hablar con un ritmo adecuado no muy lento, no muy rápido en un tono de voz adecuado, realizar retroalimentación de la información. Asimismo, la parte actitud de la persona que da el mensaje es muy importante a la hora de trasmitirlo, para ello se debe mantener contacto visual, establecer una adecuada expresión facial, mantener una adecuada actitud y apariencia física, mantener una adecuada postura corporal, realizar asentamientos con la cabeza, utilizar gestos ilustrativos entre otras estrategias que se deben utilizar de manera conjunta para que haya un adecuado proceso comunicativo interpersonal[63].

En este sentido cabe la pena resaltar que el paciente que se encuentra hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo es parte importante de un núcleo familiar y la teoría de

[61] ROCHA. Óp.cit. p.80.
[62] ROCHA.Óp. cit. p.81.
[63] RAMÓN. Óp. cit. P. 56.

Travelbee hace hincapié en la importancia que tiene la comunicación ,interacción persona a persona, como parte del proceso de enfermería que permite conocer e identificar las percepciones, pensamientos y sentimientos de los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo ;al igual que recuperar el valor de la interacción en el cuidado de enfermería se constituye un desafío para los profesionales por cuanto generalmente lo visible del cuidado son los procedimientos y las técnicas y lo que no es visible pero si es percibido por los pacientes y familiares son la exploración de sentimientos temores, frustraciones, inquietudes que van a constituir y dejar huella es sus vidas y harán parte de las vivencias y de sus experiencias[64].

Para concluir se puede decir que la comunicación interpersonal en enfermería involucra la subjetividad de sentimientos en donde se involucra el afecto, la empatía, la cordialidad y humanización del cuidado; cuando la enfermera establece la relación a través de la comunicación cumple la finalidad del cuidado, así, sin comunicación no ahí cuidado enfermero.

2.2 Familia

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. En Colombia la familia es reconocida por la constitución política de 1991[65] como el núcleo fundamental de la sociedad. Esta se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla (Capitulo II - Articulo42).

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial."[66]

[64] VANEGAS. Óp. Cit. p 43.
[65] COLOMBIA, Constitución Política de 1991 [En Línea] En: Pagina Web Secretaria de Senado. Disponible en Internet: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/cp/constitucion_politica_1991.html.
[66] CABALLERO MUÑOZ, Erika y FERNÁNDEZ DÍAZ, Patricia. La familia en el entorno de cuidados críticos [En línea]. Disponible en internet: http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164/capitulo164.htm

En este sentido, la familia es un componente de la estructura de la sociedad. Como tal se encuentra condicionada por el sistema económico y el periodo histórico-social y cultural en el cual se desarrolla. Asimismo se inserta en la estructura de la clase de la sociedad y refleja el grado de socioeconómico y cultural de la misma; su clasificación está dada por la conformación de los integrantes del núcleo familiar, entre ellas se encuentran La Familia nuclear, formada por la madre, el padre y su descendencia y La Familia extensa, formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extensa puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.

Como componente fundamental de la sociedad, la familia debe poseer una organización dirigida al buen funcionamiento de la misma, la cual brindará al sistema familiar herramientas para cumplir con sus funciones esenciales que permitan una dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve. Estas deben de cumplir con las siguientes demandas[67]:

1. Satisfacción de necesidades biológicas y psicológicas de los hijos
2. Socialización
3. Bienestar económico
4. Mediadora con otras estructuras sociales

A lo largo de la vida, las familias atraviesan diferentes fases, cada nueva fase representa una amenaza potencial para su organización y le va a requerir múltiples ajustes. La secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su creación hasta su disolución se denomina como ciclo vital familiar[68]. Este ciclo está conformado por seis etapas evolutivas descritas a continuación.

I. Formación matrimonio. El nacimiento del primer hijo.
II. Extensión. Nacimiento del primer hijo, nacimiento del último hijo.
III. Extensión completa. Nacimiento del último hijo, primer hijo abandona el hogar.
IV. Contracción. Primer hijo abandona el hogar, último hijo abandona el hogar.

[67] VARGAS, Ingrid. Familia y Ciclo Vital Familiar. [En línea]. Disponible en internet : http://psiquiatria.facmed.unam.mx/doctos/descargas/4.1%20CICLO%20VITAL%20DE%20LA%20FAMILIA.pdf.
[68] LAURO BERNAL, Isabel; JIMENEZ CANGAS, Leonor y SILVA AYZAGUER, Luis C.. Proyectos de Intervención en Salud Familiar: una Propuesta Método. Rev. Cubana Salud Pública [online]. 2000, vol.26, n.1, p. 12-16.

V. Contracción completa. Último hijo abandona el hogar, muerte del primer cónyuge
VI. Disolución. Muerte del primer cónyuge, muerte del cónyuge sobreviviente.

En cada una de las fases evolutivas del ciclo vital familiar, la familia se ve enfrentada a distintos tipos de crisis. Según las características de las mismas se clasifican en crisis evolutivas o Inesperadas. Las crisis evolutivas son cambios esperables por los cuales atraviesan los miembros del grupo familiar, dichos cambios requieren un tiempo de adaptación. Cabe nombrar que este tipo de crisis forman parte del desarrollo de la vida normal; las crisis inesperadas son aquellas que aparecen bruscamente, que no están en la línea evolutiva habitual, cada una de estas crisis se verá resuelta dependiendo de los recursos de la familia y soportes de ayuda, así mismo del ámbito de desarrollo de la misma.

La hospitalización de una persona en estado crítico condiciona un gran riesgo para el desarrollo físico, psicológico y social, que trasciende con gran impacto al funcionamiento y etapas del ciclo vital familiar, es por esto que el profesional de Enfermería debe planear e implementar intervenciones dirigidas a ofrecer recursos hacia la familia dirigidas hacia la prevención, así como la resolución de la crisis enfrentada.

2.2.1 La familia del paciente en estado crítico.

La familia es el núcleo de la sociedad y cada uno de los miembros cumplen funciones o roles específicos dentro de ella, es importante recalcar que, al ingresar alguno de estos a una UCI se altera el normal funcionamiento de dicha estructura causando en el resto de familia alteraciones psico -emocionales, físicas y económicas que al principio generan conflicto, pero que a medida que pasa el tiempo se reorganizan cumpliendo con la función de aquella persona que se encuentra hospitalizada.

Es así que, los familiares consideran a las UCI como un lugar donde prestan cuidados avanzados, mientras que otros las consideran como lugares donde van a morir las personas más graves[69].

[69] GUTIERREZ. Óp. cit. 12.

Por lo tanto, cuando una familia se enfrenta a la enfermedad grave de un ser querido, se enfrenta también a sensaciones y sentimientos de desconocimiento, impotencia, ansiedad, tristeza y a la expectativa de muerte o de vida de su familiar[70].

Así mismo, la familia como elemento condicionante y fortalecedor del proceso Salud-enfermedad, debe ser un aspecto enfocado y profundizado en el plan de cuidados de enfermería frente al manejo de pacientes en estado crítico. Los profesionales en UCI, priorizan los procedimientos técnicos y la utilización de tecnologías necesarias para el soporte y mantenimientode la vida de los pacientes. “Los familiares normalmente no son informados ydesconocen las rutinas del sector, esto, les afecta, produciendo más presión,angustia y sufrimiento[71]”

Es por ello que la internación del paciente, es también la internación de la familia en la mayoría de los casos. La situación de crisis que sobrellevan los familiares puede provocar descompensaciones con predominio biológico, psicológico y/o social, alterando el normal funcionamiento del núcleo familiar y buscando estrategias que le permitan afrontar de una forma adecuada la situación de crisis que están viviendo en el momento.

Asimismo el cuidado de enfermería al familiar del paciente hospitalizado en UCI está delimitado por la relación interpersonal específica, que se establece desde el momento del ingreso del paciente a la UCI. Dicha relación está en compuesta por características y fases propias, que determinan el establecimientode un proceso terapéutico eficazentre la enfermeray la familia, esto constituye un medio para intercambiar información, establecer una comunicación adecuada y participar activamente en el cuidado del paciente[72].

La familia puede convertirse en un gran apoyo para el personal de enfermería en la medida en que se hace partícipe directa del cuidado del paciente, reconociendo también, con apoyo del personal de enfermería, las necesidades de éste, propiciando así, el restablecimiento de la salud.

[70] Ibíd. p.6.
[71] CERON. Óp. cit. p.44.
[72] Ibíd. p. 45.

Lo anterior muestra la importancia del acompañamiento de la familia, y el empoderamiento de ésta, de todo el proceso de cuidado de su familiar enfermo, considerando por tanto a las familias como un apoyo fundamental en la terapéutica de cuidado que brinda enfermería. Que para tratar con las familias lo más importante es la humanización[73].

Para concluir se puede decir que la familia en el contexto de UCI es sometida a cambios psicologías, emocional, económicos y de rol social derivados de la hospitalización de su ser querido. Por lo anterior es que ellos demandan del personal de salud en especial de profesional de enfermería cuidados específicos no solo al paciente sino también a ellos como una forma de mitigar el impacto que representa la internación del paciente.

[73] GUTIERREZ. Óp. cit. p.8.

3. Marco metodológico

3.1 Diseño

3.1.1 Estudio

Descriptivo cualitativo.

3.1.2 Metodología

Técnica de análisis de contenido.

- **Método de recolección de la Información**

Entrevistas semiestructuradas.

3.2 Justificación de la elección de la metodología

Según Denzin y Lincon[74], describen la investigación cualitativa como multimetódica, naturalista e interpretativa. Es decir que los investigadores indagan en situaciones naturalistas intentando dar sentido e interpretar los fenómenos en los términos de significado que las personas les otorgan. La investigación cualitativa abarca el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos, estudio de casos, experiencias personales, interpretativa, textos observacionales que describen los momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida del individuo

3.2.1 Características de la investigación cualitativa

Dentro de las características de la investigación cualitativa incluye : a) la inmersión de la vida cotidiana de la situación seleccionadas para el estudio, b) la validación e intento por

[74] ARIAS VALENCIA, María y GIRALDO MORA, Clara. El rigor científico en la investigación cualitativa. En: InvestEducEnferm, 2011, Vol.29 no.3, p. 506.

descubrir la perspectiva de los participantes sobre sus propios mundos y c) consideración de la investigación como un proceso interactivo entre el investigador y esos participantes, como descriptivas y analíticas y que privilegia las palabras de las personas y sus comportamientos observables como datos primarios. Asimismo, dentro de los componentes más importantes de la investigación cualitativa son los datos cuyas fuentes son la entrevista y la observación; los diferentes procedimientos analíticos e interpretativos de estos datos para arribar a resultados o teorías y por último los informes escritos o verbales[75].

- El ser una investigación inductiva en que los investigadores buscan desarrollar conceptos y comprensiones partiendo desde los datos. Una investigación que, al no intentar modelos ni verificar o contrastar hipótesis, emplea un diseño flexible.

- El escenario y las personas son vistas en una perspectiva holística, no son reducibles a variables sino que son consideradas como un todo que se intenta comprender en su contexto histórico.

- El contexto, en el que los investigadores reconocen el efecto que ellos mismos causan en las personas y que, ante la imposibilidad de eliminar dicho efecto, tratan de controlarlo, aminorarlo, entenderlo e incorporarlo, en última instancia, para el análisis e interpretación de sus datos.

- Los fenómenos estudiados se tratan de comprender desde las personas mismas, vale decir, desde los significados particulares que ellas les atribuyen.

- El investigador se acerca a la realidad como si las cosas estuvieran ocurriendo "por primera vez", no dando nada por sobreentendido, dejando de lado sus propia expectativas.

- El investigador entiende y asume todas las perspectivas como igualmente valiosas, ya que no busca la verdad ni se impregna de sentidos morales.
- Los métodos y técnicas empleados se definen como "humanistas", en el sentido de

[75] Ibíd. p. 507.

que se evita reducir los datos a ecuaciones o formulaciones que pierdan de vista el aspecto humano y se resguarda el propósito de conocer a las personas al nivel de sus vivencias cotidianas y en lo posible experimentar lo que ellas sienten.

- Una investigación en donde se enfatiza la validez de la información por sobre la confiabilidad y cuyos mecanismos de evaluación deben dar cuenta de la relación entre los datos y lo que los sujetos hacen y dicen (Taylor y Bogdan, 1986).

3.3 Metodología

En la presente investigación cualitativa se utilizó metodología de análisis de contenido el cual permitió describir cómo fue la comunicación entre la enfermera y el familiar del paciente hospitalizado en la UCI. A partir de los datos que se obtuvieron se formularon inferencias, para de estamanera, describir las características de esa comunicación.

Se entiende por análisis de contenido como un conjunto de técnicas semánticas interpretativas del sentido oculto de los textos el cual parte de la lectura como medio de producción de datos. El análisis no solo se circunscribe a la interpretación del contenido manifiesto del material analizado sino que debe profundizar en su contenido latente en el contexto en donde se desarrolla el mensaje. El análisis de contenido cualitativo es definido como un nuevo marco de aproximación empírica, como un método de análisis controlado del proceso de comunicación entre el texto y el contexto, estableciendo un conjunto de reglas de análisis, paso a paso, que les separe de ciertas precipitaciones cuantificadoras[76].

Así mismo, Berelson citado por Bardin[77] describe el análisis de contenido como una técnica de investigación que a través de una descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación tiene por finalidad la interpretación de esas mismas comunicaciones.

El análisis de contenido procura comprender los datos, no solo como un conjunto de acontecimientos físicos, sino como fenómenos simbólicos, y abordar su análisis directo.

[76] ANDREU ABELA, Jaime. Las técnicas de análisis de contenido: Una revisión actualizada. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces, 2002: p. 25.
[77] BARDIN, Laurence. Analise de Conteudo. En: Descricao Analítica. 4ta ed. Lisboa: Edicoes 70, LDA, 2010: p. 38.

Es un método científico capaz de ofrecer inferencias a partir de datos esencialmente verbales, simbólicos o comunicativos. Es así como está técnica de interpretación del texto centra su interés en el desarrollo de categorías tan cerca como sea posible del material a interpretar[78],[79].

Desde el significado semántico y lingüístico de los símbolos, se distingue tres niveles que son: el sintáctico, el semántico y el pragmático. El sintáctico estaría constituido por la forma o superficie del texto (el material del mismo), mientras que aquellas realidades de índole semántica y pragmática constituirían el "contenido" del texto. De esta forma, el análisis de contenido tendría por finalidad establecer las conexiones existentes entre el nivel sintáctica y las referencias semánticas y pragmáticas; dicho en otra forma, el investigador se pregunta qué significado tiene o que significa ese texto. Actualmente, los tres niveles (sintácticos, semánticos y pragmáticos) forman la semiótica, que es considerada como la disciplina metodológica que tiene por fin la interpretación de los textos- discursos[80].

Por otra parte, lo más importante en el análisis de contenido se constituye en las conexiones que existen entre el nivel semántico y el sintáctico del texto y de los niveles semántico y pragmático. Esto indica que las relaciones que tenga el texto de manera gramática y sintácticamente con los significados o sentidos que se le atribuyen desde la semántica se logra comparar con los intereses que persigue el investigador desde lo pragmático. Es decir pretende identificar los usos, las prácticas y el propósito con el cual son usadas las palabras para definir algo. Entonces, el análisis de contenido es una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles que puedan aplicarse a otros contextos[81].

En la presente investigación se hicieron inferencias a partir de las experiencias narradas y recolectadas mediante las entrevistas semiestructuradas realizadas a los participantes, se tuvieron en cuenta que los datos empíricos se relacionaron de una manera con su contexto.

[78] BARDIN, Laurence. Analise de Conteudo. En: Descricao Analítica. 4ta ed. Lisboa: Edicoes 70, LDA, 2010: p. 38.
[79] ANDREU.Op. cit. p. 26.
[80] ANDREU.Óp.cit. p. 27.
[81] BARDIN.Óp.cit. p. 37.

3.3.1 Proceso utilizado para el análisis de contenido

Los pasos que se tuvieron en cuenta en el proyecto de análisis de las entrevistas a los familiares del paciente hospitalizado en la UCI fueron básicamente cinco: se determinó el objeto o tema de análisis, las reglas de codificación, se determinó el sistema de categorías, inferencias y análisis.

3.3.2 Determinar el objeto o tema de análisis

El objeto de análisis de contenido se definió como *"la descripción de la comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en UCI",* objeto que se indagó realizando las entrevistas semiestructuradas a los familiares que asistieron a la visita de los pacientes hospitalizados en la UCI adultos de la FOSCAL y HUS.

- **Determinar las reglas de codificación**

La codificación consiste en una trasformación mediante reglas precisas de los datos brutos del texto. Esta trasformación o descomposición de textos permite su representación en índices numéricos o alfabéticos. La codificación es un proceso por el que los datos brutos se trasforman sistemáticamente en descripción precisa de las características de su contenido[82].

Para este estudio se ajustaron de la siguiente manera:

- **Determinación de la Unidades de análisis.** Estas correspondieron a las oraciones con sentido completo que fueron de interés para el investigador.

- **Unidades de Muestreo.** Estas correspondieron a las entrevistas semiestructuradas compuesta por 5 preguntas orientadoras realizadas a los familiares de personas hospitalizadas en la UCI.

Para la codificación de las unidades de análisis y ubicación de las unidades de registro en el texto se tuvieron en cuenta: Número de entrevista (E), número de página (p) y

[82]ANDREU.Óp.cit. p. 28.

número de líneas contenidas en una página (l); ejemplo entrevista 1 (E1), pagina 1 (p1/10) y línea numero 12 (l 12/20).

Para la codificación se buscaron:

- **Unidades de registro o análisis.** Las unidades de registro se describen por separado y pueden considerarse parte de una unidad de muestreo que es posible analizar de forma aislada. En este estudio fueron las oraciones o frases con sentido completo que permitían reconocer la comunicación entre la enfermera y el familiar. Por otro lado, Holsti citado por Cabarcas[83] considera la unidad de registro como segmento especifico del contenido que se caracteriza al situarla en una categoría determinada.

- **Unidades de contexto.** Es la porción de la unidad de muestreo, para esta investigación se consideraron los párrafos que conformaban las respuestas obtenidas de los participantes como las unidades de contexto, esta unidad suele ser una porción de la comunicación más extensa que la unidad de registro[84]. Las unidades de contexto se generaron a partir de la agrupación de cada porción del material extraído en las entrevistas luego de ser agrupadas en unidades de registro o codificación, lo cual permitió una interpretación más clara de la realidad y de lo que fue para los participantes las características de la comunicación entre las enfermeras y el familiar del paciente hospitalizado en la UCI.

Las unidades de contexto se generaron a partir del momento en que se agruparon las unidades de registro que fueron similares entre sí, es decir, las que tuvieron significados en común en su semántica, lo cual finalmente permitió una interpretación más clara que permitió categorizarlas.

▪ Determinar el sistema de categorías

Según Bardin[85] es una operación de clasificación de elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la

[83]BARDIN. Op. cit. p.130.
[84]Ibíd. p.133.
[85]ANDREU.Óp.cit. p.28.

agrupación por analogía, a partir de criterios previamente definido.

Para la creación de las categorías se tuvieron en cuenta: unidades de registro que tenían analogía, aquellos que se excluyeron o no tenían relación o nuevas categorías que surgieron en el análisis. Además, se realizó una categorización por temas.

Asimismo, se comprobó la fiabilidad del sistema de codificación- categorización**.** Los sistemas de codificación fueron evaluados por dos expertos en análisis de contenido de forma separada ellos determinaron que el sistema de categorías tenían similitud con lo analizado por el investigador principal.

- **Inferencias**

Inferir es explicar, en definitiva, deducir lo que hay en un texto en forma explicitas o implícitas en el propio texto[86].

- **Análisis**

La semántica de los datos es la manera de definir el significado de las categorías, en donde el lenguaje de los datos está incorporado en las reglas que gobiernan las asignaciones de códigos. A través de los datos que se obtuvieron en la recolección de la información suministrada por los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI se tuvo en cuenta la semántica entre los datos puntuales y los hallazgos que permitieron describir la comunicación sus características y componentes que fue el objetivo planteado al inicio de ésta investigación.

Posteriormente se realizó un análisis semántico ya que a través de éste se definieron ciertas estructuras significativas de relación y se tuvieron en cuenta todas las ocurrencias que concuerdan con dicha estructura.

Para concluir se puede decir que en todo el análisis de contenido debe quedar claro que los datos se analizan, de qué manera se definen, de qué población se extraen. Los datos son lo único disponible para la especialista en el análisis y no su contexto. Los datos

[86]ANDREU.Op. cit. p. 11.

exhiben su propia sintaxis y estructura, y se describen en función de unidades, categorías y variables o son codificados.

En todo análisis de contenido la tarea consiste en formular inferencias, a partir de los datos en relación con unos aspectos de su contexto y justificar esas inferencias en función de lo que se sabe acerca de los factores estables del sistema en cuestión[87].

3.4 Riesgos del diseño

Para mantener la rigurosidad del método se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

3.4.1 Credibilidad

La credibilidad se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes del estudio, recolecta información que produce hallazgos y luego éstos son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Es el grado o nivel en el cual los resultados de la investigación reflejen una imagen clara y representativa de una realidad o situación dada.

El criterio de credibilidad se puedo alcanzar porque generalmente los investigadores, para confirmar los hallazgos y revisar algunos datos particulares, vuelven a los informantes durante la recolección de la información. Según Castillo y Vásquez citado por Rada a las personas les gusta participar en la revisión para reafirmar su participación, también porque desean que los hallazgos sean lo más creíbles y precisos. En este sentido pueden corregir los errores de interpretación de los hechos dando ejemplos que ayuden a clarificar las interpretaciones del investigador[88],[89].

La credibilidad de esta investigación se evidencio por que se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

[87] BARDIN.Óp.Cit. p. 40.
[88] Ibíd. p. 7.
[89] Ibíd. p. 6.

- Se resguardaron las notas de campo que surgieron de las acciones y de las interacciones durante la investigación.
- Se usó transcripción textual de las entrevistas lo que permitió dar respaldo a los significados e interpretaciones presentadas en los resultados del presente estudio.
- Se consideraron los efectos de la presencia del investigador sobre la naturaleza de los datos.
- Discusión de los comportamientos y experiencias en relación con la experiencia de los informantes.
- Se discutieron las interpretaciones con dos expertos en análisis de contenido.
- Se mostró la trascripción de las entrevistas a 3 participantes, para verificar que lo trascrito fue lo que ellos verdaderamente quisieron decir.

3.4.2 Confirmabilidad

La confirmabilidad o auditabilidad, se refiere a la forma en la cual un investigador puede seguir la pista, o ruta, de lo que hizo otro. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que ese investigador tuvo en relación con el estudio. Esta estrategia permite examinar los datos y llegar a conclusiones iguales o similares, siempre y cuando se tengan perspectivas análogas.

Los siguientes aspectos se tuvieron en cuenta para cumplir con este criterio:

- Se describieron las características de los informantes y su proceso de selección.
- Se grabaron las entrevistas y se realizó codificación de las mismas.
- Se realizó trascripción fiel de las entrevistas a los informantes.
- Se describieron los contextos físicos, interpersonales y sociales en el informe.
- Se establecieron criterios claros para la participación de los familiares

En los abordajes cualitativos, si se tiene la misma perspectiva del investigador original, se siguen las mismas reglas para la recolección y el análisis de los datos, asumiendo que las condiciones del contexto son similares, otros investigadores deberían ser capaces de llegar a descripciones o explicaciones similares del fenómeno bajo estudio[90].

[90] Ibíd. p. 8.

3.4.3 Transferibilidad

La transferibilidad o aplicabilidad, da cuenta de la posibilidad de ampliar los resultados del estudio a otras poblaciones. Indica que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados a otro contexto[91].

Se determinaron el grado de transferibilidad de los resultados de esta investigación a través de:

- Los investigadores indicaron lo típico de las respuestas de los informantes.
- Se examinaron la representatividad de los datos como un todo.

3.5 Muestra

La muestra de esta investigación estuvo constituida por la información obtenida en las entrevistas semiestructurada realizada a los 12 participantes familiares de las personas que se encontraban hospitalizadas en la UCI FOSCAL Y HUS entre enero y mayo del 2014, adicionalmente se complementaron las entrevistas con las notas de campo captadas por la observación participante a cada uno de los familiares que participaron en este estudio. Para esta investigación la muestra fue teórica[92] específicamente de variación máxima la cual se inició con participantes voluntarios y posteriormente para la selección de los participantes se tuvieron en cuenta las necesidades de información detectadas en las dos primeras entrevistas, posteriormente se seleccionaron participantes con diversos puntos de vista y perspectivas con fin de brindar la oportunidad de que emergieran posibles impugnaciones a las ideas preconcebidas por parte del investigador. Independientemente de cuantos participantes, el esfuerzo del muestreo estuvo e encaminado con base en las necesidades de información detectadas en los primeros resultados. La muestra teórica es una oportunidad única para desarrollar la reflexividad y mejorar la calidad de los datos, en tanto es un proceso de autoconciencia y análisis reflexivo que involucra una continua evaluación de las respuestas subjetivas y las dinámicas intersubjetivas de la investigación[93]. Se consideró completa la muestra

[91] Ibíd.p.9.
[92] POLIT DENISE F y HUNGLER, Bernadette. Diseños de Muestreo. En: Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y métodos. 6 ed. México: Mac Graw-Hill Interamericana. 2000. p. 287.
[93] ARIAS VALENCIA, María y GIRALDO MORA, Clara. El rigor científico en la investigación cualitativa. En: Invest Educ Enfer, 2011, Vol.29 no. 3.

por el el criterio de saturación de la información, es decir hasta el punto en que ya no se obtuvo nueva información siendo redundante y donde las categorías se volvieron densas, para cumplir con la saturación teórica se tuvo en cuenta: a) que no habían datos nuevos, b) que las categorías estaban bien desarrolladas en términos de sus propiedades y dimensiones y c) que las relaciones se establecieron y validaron.

3.6 Criterios de inclusión

En la selección de los participantes se tuvieron en cuenta los siguientes criterios para la inclusión en el estudio:

1. Ser mayor de 18 años
2. Ser familiar de la persona hospitalizada en la UCIA de la Fundación Oftalmológica de Santander Clínica Carlos Ardila Lulle (FOSCAL) y Hospital Universitario de Santander (HUS) ubicadas en la ciudad de Floridablanca y Bucaramanga respectivamente.
3. No tener déficit cognitivo o enfermedad mental para responder las entrevistas.
4. No estar en el momento de la entrevista bajo efecto de medicamentos o sustancias que limiten su habilidad para comunicarse.
5. Tener más de 48 horas de hospitalizado el paciente en la UCI.

3.7 Recolección de la información

3.7.1 Inserción en el campo

La inserción en el campo se realiza con el fin de planear deliberadamente un ingreso adecuado al campo, en este caso la UCI, que permita al investigador optimizar el tiempo y recursos, conocer y comprender el entorno que envuelve la realidad de los sujetos de investigación, recolectar de manera apropiada los datos y validar ampliamente la pregunta[94].

En primer lugar se realizó la inserción en el campo 1 semana antes de realizada la entrevista esto permitió al investigador conocer patrones de conducta adoptados por los

[94]SOTO LESMES, Virginia y DURAN DE VILLALOBOS, María Mercedes. El trabajo de campo: Clave en la investigación cualitativa. En: RevAquichan. Diciembre, 2010, Vol.10 no.3, p. 253-267.

familiares en el momento de la visita; a partir de ello, se elaboró las preguntas de la entrevista semiestructurada.

3.7.2 Entrevista semiestructurada

Para la recolección de la información se utilizó la entrevista semiestructurada compuesta por 5 preguntas orientadoras en donde se indago como era la comunicación, adicionalmente se preguntó sobre como ellos querían que el personal de enfermería se comunicara con ellos, es importantes recalcar que algunas unidades de análisis que soportaron las categorías están relacionadas con esa pregunta (Anexo A). Esasí como esta entrevista permitió expresar a los participantes todo lo relacionado con las características de la comunicación con las enfermeras, sus experiencias, limitaciones y alcances. Adicionalmente se utilizó como estrategia complementaria la observación participante.

La observación participante tuvo en cuenta[95]:

Entorno físico. El entorno donde se desarrolló la entrevista, la interacción del participante con el entorno. Asimismo, se observó el entorno en donde los familiares pasaron la mayor parte del tiempo, así como los espacios donde se sentían más cómodos o excluidos. Además, de los espacios de estar, de espera, de información, de paso, de encuentro.

Participante. El nivel cultural, educativo, social; además, de los gestos, el tono de voz, ademanes, expresiones faciales, forma de expresarse antes, durante y después de terminada la entrevista. Como este interacciona con las demás personas, así como la interacción con el entrevistador. Por otro lado, la forma de vestir, de comunicarse con los demás.

Actividad e interacciones. Los movimientos, la postura, la relación con los demás, la forma de comunicarse con los demás, su papel en el grupo (rol de liderazgo).

[95] POLIT DENISE F y HUNGLER, Bernardette. Métodos Observacionales. En: Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y métodos. 6 ed. México: Mac Graw-Hill Interamericana. 2000. p. 352.

Frecuencia y duración. El tiempo de duración de la entrevista, la regularidad con la que se presentaron los eventos, sentimientos (amenaza, llanto, felicidad).

En todos los casos se complementó la entrevista y el análisis con anotaciones sobre lo captado en la observación participante, todas las anotaciones se llevaron en notas de campo las cuales se registraron de forma inmediata durante el mismo día de realizada la entrevista.

- Se realizaron dos entrevistas iníciales con el fin de adquirir habilidad y experticia en la técnica. Además, se obtuvo información importante sin pretender inducir respuestas en los participantes, y de esta forma se identificó las posturas que estos tenían sobre la comunicación. Por otro lado, esto permitió hacer ajustes a las preguntas orientadoras con el fin de mejorar riqueza de los datos.

- Se tomaron datos sociodemográficos de los participantes con el fin de caracterizarlos, mediante una encuesta sociodemográfica.

Para la captación de los participantes se tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

1. Se abordó al familiar del paciente que se encontraba hospitalizado en la UCI y se le preguntó si desea participar en la investigación.
2. Se explicó cuál era el objeto del estudio.
3. Se solicitó por escrito la autorización a través del consentimiento informado (Anexo B), para realizar las grabaciones y entrevistas en diferentes oportunidades, con trascripción textual de las entrevistas. Este consentimiento se le entregó al participante se le pidió lectura en voz alta en presencia del investigador con el fin de aclarar dudas e inquietudes que sugieran derivados del mismo.
4. Se mantuvo la información obtenida bajo confidencialidad y se le dejó claro la decisión de retirarse del estudio cuando así lo deseará.
5. Se le indicó que la información obtenida en las entrevistas no serían presentadas con sus nombres y se utilizarían únicamente con fines académicos para mejorar el cuidado de enfermería.
6. Para la realización de la entrevistas se llevó al familiar a espacio privado libre de

ruido el cual permitió en ellos la expresión de sentimientos libremente.

7. No se presentó desequilibrio emocional por parte de los participantes, no se suspendieron entrevistas ni se brindó ayuda emocional, ni apoyo psicológico por parte del personal de psicología de las instituciones mencionadas a ninguno de los participantes.

- La recolección de la información se inició posterior a la aprobación de los comités de ética de la Universidad Nacional de Colombia y de las instituciones donde se realizó la recogida de la muestra. El encuentro con el familiar se realizó antes o después de la hora de visita dependiendo de la disponibilidad de tiempo del mismo.

- Se explicó al familiar que la entrevista tendría una duración aproximada de 20 a 45 minutos y que si fuere necesario se cuadraría un segundo encuentro que tendría una duración aproximada de 30 minutos para aclaración de dudas que derivaran en la trascripción de las entrevistas por parte del investigador.

- El tiempo de duración aproximado de las entrevistas estuvo entre 10 y 25 minutos.

- Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas en su totalidad en el programa Microsoft Word, en donde se resaltaron en diferentes colores los segmentos de la información que eran significativos (unidades de análisis), se crearon tablas de frecuencias para determinar la regularidad con la que aparecen las unidades de análisis en la totalidad de las entrevistas.

- La transcripción de las entrevistas se realizó el mismo día de la entrevista y se almaceno y clasificó por número de participante y número de entrevista realizada, se siguió la secuencia participante 1, entrevista 1, 2. Se mostró la trascripción de las entrevistas a los participantes para verificar que lo transcrito fue lo que ellos quisieron expresar.

- El procedimiento para realizar el análisis de contenido, consistió en asignar a cada una de las entrevistas una codificación, en donde se grabó toda la información por entrevista de manera individual para su análisis, fragmentación y codificación. Luego

se procedió a identificar las oraciones con sentido completo (unidades de análisis) que tenían significado para el investigador, de acuerdo con lo expresado por los participantes, seguido de la reducción de los datos para la elaboración de subcategorías, los cuales fueron agrupados por relación en su semántica y así se crearon las categorías; por último, las representaciones gráficas de las relaciones establecidas entre las categorías y las subcategorías. Asimismo, se complementó las entrevistas y el análisis con las notas de campo correspondiente a las impresiones y reflexiones que realizó el investigador durante todo el proceso de recolección de los datos por medio de la observación participante.

- Cada entrevista se convirtió en una pieza clave del material, constituyéndose en una unidad muestreo que permitió recolectar la información, transcripción y observación para poder organizarlas y hacer inferencias o relaciones.

- Se procedió a identificar el material empírico, el cual estaba constituido por el corpus textual con el que se identificó palabras, frases, temas o conceptos inmersos en los datos, de manera que los patrones se pudieron identificar y analizar debidamente.Se inició con una lectura flotante, que consistió en establecer contacto con los documentos y analizar la coherencia del texto derivado de la trascripciones de las entrevistas. Después se organizó el material mediante la construcción del corpus textual que constituyen el grupo de documentos que fueron sometidos al análisis.

3.8 Aspectos éticos

El desarrollo de este estudio tuvo en cuenta la normatividad de ética en investigación propuesta en Colombia mediante la resolución 008430 de 1993, aprobada por el ministerio de salud, por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se aplicó lo dispuesto en el Artículo No. 6 que establece: “la investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a ciertos criterios, entre ellos: se debe ajustar a los principios científicos y éticos que la justifiquen, debe prevalecer la seguridad de los sujetos de investigación”[96], sin vulnerar ninguno de los tres principios universales: respeto por las personas,

[96]UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Sede Bogotá. Acuerdo 7. Acta 5 de 2004. Conformación y Reglamentación del Comité de Ética en Investigación.

beneficencia y justicia.

La proporción de riesgo es mínima, puesto que se respetó la integridad física y emocional de los sujetos de investigación. Se contó con el consentimiento informado de lo sujetos por escrito, sin "la intervención de ningún elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o sumisión u otra forma distinta de coacción o coerción"[97]. Se explicó a los participantes en el estudio (familiar del paciente hospitalizado en la UCI), en forma sencilla y comprensible el objeto de la entrevista, incluyendo los objetivos de la investigación y los beneficios que dan sus resultados. Se respondió las inquietudes y dudas que manifestaron los participantes. Se dejó explícito que se podían retirar del estudio, si así lo deseaban, y se suspendería la entrevista si se llegara a sentir cansado o con malestar. Durante todas las etapas del estudio se aplicó con rigurosidad el método científico, y se hizo evidente el respeto por las personas que participaron en esta investigación. Se aplicaron los medios necesarios para proteger los derechos y el bienestar de los sujetos de investigación, de acuerdo con la pauta 13 de CIOMS.

Además, se tuvo en cuenta el acuerdo 035/2003 del reglamento sobre propiedad intelectual de la Universidad Nacional de Colombia en su artículo 3 sobre propiedad intelectual que habla sobre los derechos de autor y los derechos conexos[98].

El estudio se sometió a revisión y evaluación de los Comités de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, la FOSCAL y HUS, los cuales aceptaron la realización del estudio (Anexo C , D y E); se dejó constancia que este estudio no tuvo otro beneficio para las autores diferente al interés académico y profesional, y se explicó a los participantes cómo los resultados contribuirán a complementar y o modificar el cuidado de enfermería basado en las necesidades de las familias en las Unidades de Cuidado Intensivo. A través de este trabajo se tuvo en cuenta los principios éticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia, justicia y privacidad. Con este fin:

- Se respetó el principio de autonomía al contar con el consentimiento informado de los

[97] Ibíd. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA.
[98] UNIVERSIDAD NACIOAL DE COLOMBIA. Sede Bogotá. Acuerdo 035/2003. Propiedad Intelectual en la Universidad Nacional de Colombia.

participantes por escrito, se dio copia a los a los mismos.

- Se respetó el principio de autonomía y beneficencia al explicar a los familiares que su participación en el estudio se hace de manera voluntaria, sin recibir ninguna retribución y que se le dio la explicación previa acerca de los fines y procedimiento a seguir en el estudio.

- Se respetó el principio de autonomía al retirarse o a suspender su participación cuando él así lo quisiera; fe de esto lo puede dar el documento de consentimiento informado que la persona firmó, y el esquema de la información que recibió por parte del entrevistador.

- Se respetó el principio de no maleficencia en aquellas personas que no participaron en la entrevista; se explicó que esto no afectaría la calidad de la atención ofrecida a sus familiares hospitalizados.

- Se respetó la confidencialidad de la información obtenida (transcripciones, grabaciones) y solo se utilizaron los datos para el estudio.

- Se explicó al familiar que los datos obtenidos en las entrevistas no incluían su nombre, por lo tanto se le asigno como identificación un código dado por el investigador, el cual fue el único conocedor de su procedencia.

- Los datos se divulgaran solo si el participante autoriza por escrito dicha divulgación; de lo contrario se mantendrán los datos en completo anonimato.

- Se explicó al familiar que puede acceder a la información y si esta es inexacta, puede rectificarla o cancelarla. Además puede oponerse a la utilización de los datos por parte de terceros.

- Se respetó el principio de justicia ya que el costo-beneficio se definió en términos del aporte que harían los resultados del estudio para mejorar la calidad del cuidado de enfermería que se brindará a los familiares del paciente hospitalizado en la UCI.

- Se respetó el principio de no maleficencia y beneficencia ya que esta investigación se consideró de mínimo riesgo para los sujetos de investigación, puesto que se respetó la integridad física y emocional de los mismos.

- No se presentó desequilibrio emocional por parte de los participantes, ni se suspendieron entrevistas, ni se brindó ayuda emocional ni apoyo psicológico por parte del personal de psicología de las instituciones mencionadas a ninguno de los participantes.

- Se respetó el principio de confidencialidad durante la investigación y en el informe final la privacidad de los sujetos que participaron en la investigación, por lo tanto los participantes del mismo permanecieron en el anonimato.

- Se tuvo en cuenta el principio ético de veracidad en la organización, presentación y análisis de los datos.

- Se respetaron las normas nacionales e internacionales de propiedad intelectual y se dio crédito a los autores citados para fundamentar el estudio.

- Se respetó el principio de confidencialidad al solicitar permiso y aprobación por parte de los directivos de institución FOSCAL y HUS con el compromiso de retroalimentar los resultados, sin quebrantar la privacidad de los participantes en la investigación.

- A través de todo el estudio se hizo evidente la honradez intelectual al dar reconocimiento a los autores citados.

- Se respetó el principio de justicia y veracidad en las trascripción de las entrevistas se mostraron a los participantes de la investigación con el fin de que ellos dieran su concepto de que lo escrito fue lo que verdaderamente ellos quisieron decir, además, se invitaron a la socialización de los resultados de la investigación.

- Los resultados de la presente investigación se socializaran en los grupos primarios; así como, al departamento de enfermería y Comité de ética de investigación de la

clínica la FOSCAL y HUS.

4. Resultados

Este capítulo contempla los hallazgos de esta investigación los cuales surgieron del análisis de la información obtenida en cada una de las entrevistas realizadas a los familiares de las personas hospitalizadas en la UCI FOSCAL y HUS , adicionalmente se complementó los resultados con las notas de campo que se obtuvieron a través de la observación participante.

4.1 Caracterización del familiar del paciente hospitalizado en la UCI

El estudio se realizó con familiares de pacientes hospitalizados en las UCI de la FOSCAL Y Hospital Universitario de Santander ubicados en las ciudades de Floridablanca y Bucaramanga respectivamente. La muestra se determinó utilizando muestreo teórico por saturación de datos, lo cual se alcanzó cuando los participantes coincidieron en sus apreciaciones y la información resultó repetitiva. Los informantes fueron en total 12 personas, conformados por 4 hombres, con edades comprendidas entre 35-45 años; 8 mujeres con edades comprendidas entre 35-75 años respectivamente. Grado de escolaridad: 1 bachilleres, 2 con primaria incompleta, 1 con primaria completa, 8 con formación universitaria. En cuanto al parentesco: 8 son hijos, 3 son esposas(os), 1 tío. La ocupación: la mayoría son profesionales y por último, en relación con la procedencia se puede observar que la mayoría de los entrevistados venían de otros lugares del país **(ver cuadro No. 1).**

Cuadro 01. Caracterización socio-demográfica de los participantes

Participante	Caracterización socio demográfica de los participantes					
	Genero	Edad	Parentesco	Procedencia	Ocupación	Escolaridad
Participante 1	Femenino	37	Hija	Santa Martha	Diseñadora gráfica	Universitario
Participante 2	Femenino	40	Hija	Bogotá	Docente	Universitario
Participante 3	Masculino	35	Hijo	Bucaramanga	Fisioterapeuta	Universitario
Participante 4	Femenino	74	Esposa	Bucaramanga	Ama de casa	Bachillerato
Participante 5	Masculino	37	Hijo	Barranquilla	Ing. desarrollo de Software	Universitario
Participante 6	Femenino	55	Esposa	Barrancabermeja	Docente	Universitario
Participante 7	Masculino	40	Hijo	Bogotá	Diseñador de interiores	Universitario
Participante 8	Masculino	37	Esposo	Zapatoca	Ebanista	Primaria
Participante 9	Femenino	32	Tía	Bucaramanga	Docente	Universitario
Participante 10	Femenino	62	Hija	Venezuela	Ama de casa	Primaria
Participante 11	Femenino	53	Hija	Piedecuesta	Ama de casa	Primaria
Participante 12	Femenino	41	Hija	Floridablanca	Trabajadora social.	Universitario

Al efectuar el análisis de las entrevistas realizadas a los participantes de esta investigación surgió un gran tema : caracterización de la comunicación compuesta por 5 categorías (para que comunicarse, como es la comunicación , facilitadores de la comunicación , barreras en la comunicación y resultados de la comunicación), asimismo aparecieron en total 16 subcategorías **(ver cuadro 2)** :

Cuadro 02. Categorías y subcategorías del tema comunicación de la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos adulto

Comunicación entre el personal de enfermería y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos adulto.			
CARACTERIZACIÓN DE LA COMUNICACIÓN	**CATEGORIA**	**SUBCATEGORIA**	**Frecuencia de aparición de unidades de análisis**
	Para que comunicarse	Necesidades sentidas de comunicación	**16**
	Como es la comunicación	Comunicación Humanizada	**38**
		Poco clara- poco entendible	**3**
		Credibilidad	**4**
		Influencia de la cultura en la comunicación.	**4**
	Facilitadores de la comunicación	Disposición positiva del personal de enfermería.	**7**
		Identificación del enfermero (a)	**7**
	Barreras en la comunicación.	Falta de identificación del personal de enfermería	**20**
		Disposición negativa del personal de enfermería	**4**
		Altiva- prepotente- agresiva.	**7**
		Falta de retroalimentación.	**6**
		Falta de tiempo y espacio adecuados.	**5**
		Forma inadecuado del uso de la palabra.	**5**
		Susto- miedo	**6**
	Resultados de la comunicación.	Mantenimiento de la esperanza y la fe.	**7**
		Tranquilidad -Conformidad- satisfecho.	**4**

A continuación se observaran las categorías y su respectivo significado según dadas por cada uno de los participantes con respecto a cómo es la comunicación con el personal de enfermería que labora en la UCI:

4.2 Caracterización de la comunicación

4.2.1 Categoría 1. Para que comunicarse

La comunicación para el familiar de la persona hospitalizada en la UCI está enmarcada por la vivencia de la hospitalización de su ser querido; ellos necesitan información sobre el estado o proceso de salud, necesidades físicas, materiales, emocionales y espirituales de su familiar o hay una doble intención en la necesidad de comunicación.

La comunicación en el entorno UCI entre el familiar y el personal de enfermería está enmarcado por:

1. La comunicación entre la enfermera y las familias en la UCI tiene como propósito la necesidad de información particularmente del pariente responsable. El familiar requiere actualización de los cambios en la situación clínica, incluso si no hay ningún cambio en la condición de los pacientes, la mayoría de las familias necesitan contar con información repetida debido a la ansiedad que puede limitar el procesamiento de información compleja o difícil

2. Por otro lado, la comunicación entre las partes (personal de enfermería -familia) está dada por necesidades físicas, materiales, emocionales y espirituales de la persona hospitalizada. Ellos desean escuchar por parte del enfermero (a) información relacionada con el diario vivir de su ser querido en la UCI como: sueño, dieta, baño, mediadas de confort, sentimientos, si siente dolor entre otros, información que no consideran de competencia del personal médico.

3. Por otro lado, para algunos familiares hay necesidad de informarse sobre el proceso o evolución clínica de la persona hospitalizada, pero se suma las relacionadas con las necesidades físicas, materiales, emocionales y espirituales de su ser querido, como una forma de saber o conocer el estado real en el que se encuentra su ser querido y si las necesidades de su familiar están siendo cubiertas por el personal de salud.

A continuación se describe la subcategoría identificada en ésta categoría y se presentan las unidades de análisis identificadas en las unidades de contexto derivadas

de cada una de las entrevistas realizadas a los participantes:

Cuadro 03. Categoría: Para que comunicarse. Subcategoría: Necesidades sentidas de comunicación.

Subcategoría: Necesidades sentidas de comunicación
Significado: Esta *subcategoría hace referencia a como el familiar experimenta la necesidad de saber o de informase sobre el proceso o estado de salud de la persona hospitalizada en la UCI, ellos buscan esta información con el profesional de enfermería sobre: estado clínico, evolución, complicaciones, necesidades físicas, materiales, emocionales y espirituales de la persona hospitalizada en la UCI(sueño , dieta , estados de ansiedad, comodidad, baño, aseo general, sentimientos, confort entre otros datos); información que ellos desean escuchar al momento en el que ingresan a la UCI. Además, es una forma de saber o conocer si las necesidades de su ser querido están siendo cubiertas por el personal de salud.*
Unidades de registro- codificación
"Pues acá en la UCI he notado que el 90% de los jefes de enfermería cuando yo he necesitado hacer una pregunta o voy a indagar sobre el proceso o estado de salud de mi esposo, el 90% de los jefes son muy cordiales, me han atendido en el momento que yo les hago la pregunta ***E6p2l8-11(...).***
"Se les ve el interés por responder lo que yo necesito preguntar… pues en la comunicación así me he sentido… me he sentido" ***E6p2l13-14 (...).***
"Ellas siempre están dispuestas a darme la información que yo requiero, les pregunto cómo esta... la evolución, si le hace falta, que no sé qué" ***E1p1l15-17 (…).***
"Si, inicialmente uno busca la información del estado médico, clínico del paciente, si hubo una complicación o si está a la mano, nos gustaría tenerla totalmente" ***E3p4l4-5 (…).***
"Pues lo que uno desea cuando uno llega acá pues que le den una información sobre el paciente" ***E8p1l13-15 (…).***

Cuadro 03 (Continuación).

"Me han dado la información que va evolucionando bien ya gracias a Dios la veo viva otras vez" ***E8p3l4-5 (...).***

"Ellos han estado muy pendientes de él y saben decirme de lo mínimo que maneja, ósea, se nota que el que le toca como jefe de mi esposo, lee, pregunta… mira qué proceso lleva desde donde está, hasta donde va…si me entiende, que ha mejorado que ha desmejorado…que es lo que uno como familiar necesita saber en el momento que llega" ***E6p4l7-10 (…).***

"ehhh... un informe muy sencillo, ósea, digamos no tanto dentro de la parte médica, entonces, es el decir como vieron a mi papá durante ese trascurso en el tiempo en el que ellas han tenido el turno, digamos, como una parte de un informe más sencillo" ***E2p5l20 (…).***

"Si no se… lo que yo te decía que no fuera solamente un informe clínico, sino de lo que el paciente está presentando en ese momento" ***E2p6l21-22 (…).***

"Uno quiere al menos como saber las sensaciones o sentimientos del paciente"***E3p3l26-27(…).***

.

"Esos datos que no percibe (familiar), sí estuvo en buen estado general, si estuvo inquieto, si estuvo ansioso, que experimenta el paciente a ellos, porque es otra comunicación que no se obtiene con el paciente" ***E3p3l29 (…).***

"Detalles con respecto al paciente, no con respecto a la enfermedad como tal sino ya a lo que le pasa en general a ella dentro de la unidad" ***E1p3l21-22 (…).***

Cuadro 03 (Continuación)

"Pues básicamente pues el estado en que se encuentra mi mami en el día, como ha evolucionado, si ha tenido alguna complicación, si de pronto necesita algo...que necesita que le traigamos algo por ejemplo pañales, que la crema, que nosotras preguntamos de todo que si la bañaron, si echaron las góticas en los ojos, que sí…no sé cualquier necesidad que ella tenga para nosotras estar pendiente"***E12p4l4-8(...)***. "Por ejemplo si le hace falta alguna cosa a ella, si todas la cosas a la niña a la mamá, todo eso me lo han ayudado… pues lo que uno desea cuando uno llega acá pues que le den una información sobre el paciente si… no"***E8p1l13-15 (...) .*** Pues esto…., toda la evolución, los problemas, todo lo que, todo lo que ha sucedido... ósea sino por lo menos en la noche estuvo tranquila, o que durmió bien, que se quejó de esto, que…, lo que… todo con detalle; a veces, no le dicen todo, si uno no pregunta, y pregunta… y pregunta... un informe detallado. ***E1p3l6-10(…).*** "o sea se presente como la forma de decir "buenos días, hoy me interesa este paciente, usted es el familiar , usted tiene tanto tiempo sin verlo en este cuarto de hora para verlo sepa por lo menos como amaneció, como paso la noche, como estuvo después del almuerzo, bueno si es para el turno de la tarde; esa partecita me gustaría que hubiese siempre alguien disponible, pues en ese caso que la enfermera esté dispuesta a dar ese informe, pues que ellas mismas en este caso le puedan decir a uno , es mejor que esto lo consulten con el médico" ***E2p96-13 (…).***

Fuente: Construcción del investigador 2014.

4.2.2 Categoría 2. Como es la comunicación.

Esta categoría describe como es la comunicación entre el familiar del paciente hospitalizado en la UCI y las personas encargadas de la labor asistencial.

Es importante recalcar que la comunicación en el ámbito hospitalario en especial en el entorno de UCI está enmarcada por las experiencias o vivencias que tienen cada uno de los participantes involucrados en este proceso. Para el familiar la comunicación en UCI se describe como esa relación que puede ser un indicativo de receptividad en cuanto a la atención proporcionada por el personal de enfermería que atiende a su ser querido. Dicha comunicación está dada por aspectos positivos o negativos que se generan en ese proceso.

Dentro de los aspectos positivos están los relacionados con expresiones que trasmiten conformidad, satisfacción, tranquilidad, disminución del temor frente a un tema desconocido como es la condición física y psicológica de la persona hospitalizada.

De otra parte, se encontraron como aspectos negativos que engloban la comunicación enfermero (a)-familia se observan sentimientos como: inquietud, inconformidad, tristeza, temor, insatisfacción frente a la atención entre otros.

Todos estos sentimientos positivos o negativos permiten que en esa interacción enfermero (a)- familiar se facilite o se entorpezca el proceso de comunicación.

A continuación se describen las 4 subcategorías identificadas en ésta categoría y se presentan las unidades de registro identificadas en las unidades de contexto derivadas de cada una de las entrevistas realizadas a los participantes:

Cuadro 04. Categoría: como es la comunicación. Subcategoría: Comunicación humanizada:

Subcategoría: Comunicación humanizada.
Significado: *La familia del paciente hospitalizado en la UCI reconoce que la comunicación con el personal de enfermería tiene dos realidades en cuanto al trato humanizado.* *Ellos expresan que la comunicación entre las partes es humanizada porque ésta soportada por el buen trato, el respeto, el apoyo de la red primaria y secundaria , la cordialidad, calidez, fluidez, honestidad, la realidad de lo observable, cuando se brinda información de una forma segura, sin mentira, franca y en un lenguaje entendible para el interlocutor, cuando se llama a la persona por su nombre y "ese calor humano como el de su casa" con la que el personal de enfermería trasmite el mensaje; además, el afecto, la atención oportuna a las preguntas, el carisma con el que atienden a su ser querido; adicionalmente, porque tienen presente "la parte humana, emocional tanto del paciente como de la familia". De esta forma se aprecia como positivo la humanidad en el trato, porque creen que le brinda mejoría en la esfera psicología a su ser querido; todo esto genera acercamiento entre las partes y permite que el acto comunicativo se dé de una forma más efectiva y eficaz.* *En contraste, la comunicación es poco humanizada porque el trato brindado por el personal de enfermería es duro, difícil, córtate y frio; además, ellos piensan que el trato poco humanizado con ellos, puede reflejarse de igual forma con su ser querido, esto entorpece el proceso de comunicación, genera aislamiento y se sienten maltratados por parte del personal asistencial.*
Unidades de registro- codificación
"Obviamente uno dice… espera que siempre al familiar de uno lo estén tratando… por así decirlo de ternurita y cosas así; pero, tampoco que se hable como si fuese casi un objeto por así decirlo… muchas veces suena mal, pero si incluso hasta cuando se habla la 21, es una manera muy diferente cuando el señor R o algo así; cuando lo mencionan por el nombre, es diferente" ***E2p4l3-11(…).***

Cuadro 04 (Continuación).

"Ustedes tienen que ponerse en la situación de uno; ustedes algún día van a tener algún familiar en... Dios quiera no, en una situación de estas le gustaría que lo trataran con humanidad"***E1p3l26-28(…).***
"Uno dice tratan a los pacientes como animales, entonces aquí el trato es muy humano, muy humano***"E1p4l3-4(…).***
"Sobre todo uno como familiar necesita ese apoyo humano, ese apoyo que llegue a entablar una conversa con una persona que necesita un apoyo del 50% de lo que es calor humano de su casa que lo encuentra en la UCI, sobre todo que uno sabe que ese trato, esa cordialidad, esa parte de servicio que es lo que es un enfermero irradia y necesite el enfermo para poder salir de su problema de salud que tenga" ***E6p2l28-30, E6p3l1-4(…).***
"Yo sé que ese apoyo humano, ese calor humano que manejan las personas que han estado al lado de él, le ha servido para mejorar esa parte psicológica que él necesita, que es el apoyo familiar que en ese momento este solito" ***E6p3l21-24(…).***
"Una comunicación muy cálida, muy cercana, pensando mucho en la parte humana, emocional de tanto el paciente como de los familiares" ***E12p3l6-8(…).***
.
"El otro 20% si como en todo imagino, nos hemos encontrado con personas más duras, más frías que uno dice dónde está la parte humana que se supone debe tener los servicios de salud" ***E12p3l3-5(…).***
"Bueno, de pronto ya lo dije antes, algo positivo que hay buena parte del personal que tiene una buena relaciones con el paciente como con la familia...excelente una calidad humana muy grande"***E12p4l13-15(…).***

Cuadro 04 (Continuación)

"Haber porque yo estoy como observando de que… por decir algo cuando fueron a quitarle el respirador de la boca ella me dijo la enfermera jefe "mira vamos a ver si le podemos quitar ya el respirador a ver como se porta como…como sigue la evolución de él"…ósea si, entonces uno sabe que no le pueden decir la mentira…tampoco que no me vayan asustar, entonces, ellas siempre me tratan…de que está evolucionando, que está muy lento, pero que ahí vamos" ***E4p5l12-13(…).***
"No que la comunicación sea franca…no que le digan a uno mentiras porque yo soy consciente y uno ve a la persona y uno la ve mal" ***E4p6l21-22(…).***
"Cuando una persona expresa con una seguridad y cuenta todo el proceso de lo que sabe hasta dónde va, uno sabe que lo están atendiendo con honestidad... si me entiende, esa es la parte que yo más valoro, que sean honestos con uno" ***E6p4l14-16 (…).***
"Primero que sean muy honestos con el proceso que el enfermo lleva….pero que tengan esa posibilidad de decirle al familiar "el enfermo está muy grave", tener como especie unas palabritas que le adornen ese mensaje que va a ser muy duro para el familiar" ***E6p8l11-15(…).***
"Eso es lo que uno espera que sean sinceras, que sean honestos con la información que le brinden a uno" ***E6p9l24-25(…).***
"sin embargo, todas estamos en comunicación con la jefe encargada del día y esta comunicación siempre ha sido muy directa de cómo es el estado de salud de mi mami" ***E12p2l8-20(…).***
"pero si como un poquito más suave para que uno lo asimile un poco mejor y también usan así... unos términos no tan directos porque a mí me paso ...eso genera en uno estrés también y desestabiliza a la familia, otras por el contrario han sido muy directos" ***E12p3l1-3(…).***

Cuadro 04 (Continuación)

"Bueno a mí y a todas mis hermanas nos gustaría que fuera una comunicación muy realista, para uno saber cómo familiar que atenerse al estado de salud de su familiar, no para ser fatalista, ni para sacar conclusiones...sino para saber en realidad cual es el estado real de la salud de mi mami" ***E12p3l19-23(…).***
"Ósea pues que…a veces a una le dicen una cosa y a la otra, otra cosa… pues que así duela le digan la verdad a uno ve… no su mamá esta grave… su mamá tal cosa, que su más no ya…ósea que en un momento a una, una cosa y a la otra, otra cosa y así no le un informe que sea coherente…. No una cosa hoy y mañana otra…así no más"***E6p9l25-27(…).***
"Pues eso es lo que uno no entiende que porque en un momento dicen una cosa por ejemplo a mí me dices ella no está sedada...pero ellos no saben porque está dormida o porque ella no responde; ellas (hermana) llegan y le preguntan no es que ella esta sedada y es por eso que ella no responde, ella está dormida y nada"***E11p3l20-24(…).***
"pues lo que uno espera, que siempre sean cosas buenas si…como familiar de un paciente le gustaría escuchar " oiga está mejorando…pero es como vaya el paciente… si son malas noticias, se las tiene que decir igual…sean buenas o sean malas" ***E7p3l19-22(…).***
"Que lo atendieran de una mejor manera, ósea que le hablaran a uno… las cosas que fueran más concretas" ***E9p4l3-4(…).***
"Que sea buena, que sea cómo…como a ver...lo uno con respeto porque uno alterado también preocupado…cualquier palabra lo puede ofender a uno" ***E4p6l18-20 (…).*** "Porque uno se tranquiliza más cuando le hablan sobre la paciente y que se lo dicen a uno de buena manera, de buena forma"***E8p3l5-7(…).***

Cuadro 04 (Continuación)

"Una enfermera hizo ese comentario, no todas las personas lo toman igual y menos pues familiares en una situación como estamos nosotras, pues es un comentario duro...digamos esto afecta...afecta bastante" ***E12p3l26-29(…).***
"Como le digo sabiéndosela decir (información) a uno…entendible" ***E4p6l25 (…).***
"Bueno para mí, que la comunicación siga siendo… cordial sobre todo que se entienda" ***E6p9l12-13(…).***
"Con el equipo de enfermería ha sido buena la comunicación, dentro de lo verbal y no verbal" ***E3p2l20-21(…).***
"con el personal de enfermería es mucho más efectiva y más agradable que con el personal médico, siento que debería realmente ser igual o mejor con el profesional médico" ***E3p5l13-15(…).***
"Que sea una comunicación muy respetuosa, que hasta ahora ha sido digamos que del 100% del personal, se dicen comentarios que de pronto que puedan ofender a los familiares que se dicen palabras o dichos como el que le mencione antes" ***E12p4l4-7(…).***
"Ósea, porque uno se tranquiliza más con la información que ella me da sí…si por la información, porque uno se tranquiliza más cuando le hablan sobre la paciente y que se lo dicen a uno de buena manera, de buena forma" ***E8p3l4-7(...).***
"Uno habla con la persona, le mira la cara... y yo he sentido que las cosas que me dicen las dicen con claridad, sin asustarme… porque él ha estado en realidad muy delicado" ***E4p3l12-15(…).***
""De esta visita, en particular no pues ha sido cordial, respetuosa, dan información que uno necesita, le explican, cosas que uno muchas veces valora" ***E5p2l23-26 (…).***

Cuadro 04 (Continuación)

"cuando yo he necesitado hacer una pregunta o voy a indagar sobre el proceso estado de salud de mi esposo, el 90% de los jefes son muy cordiales, me han atendido en el momento que yo les hago la pregunta" ***E6p2l8-11(…).***
"Por qué han sido asequibles, siempre que me ha tocado iniciar una comunicación, han estado cordiales, amables y de buena manera para responder a mis preguntas" ***E3p2l27-29(…).***
"De resto, han sido muy amables, atentas, muy tiernas con mi mama, y…y, presta siempre ha darle la explicación del caso"***E1p2l20-21(…).*** "Bueno para mí, que la comunicación siga siendo… cordial sobre todo que se entienda" ***E6p9l12-13(...).***
"La mayoría de la veces he sentido ese carisma que maneja todo trabajador de una UCI como es por lo menos atender cuando uno le está haciendo una pregunta, se identifican por su nombre, fueron muy cordiales en el momento en que llegue al necesitar el servicio de la UCI" ***E6p1l23-27(…)***.
"o pues, amabilidad porque hay partes en donde de pronto la enfermera le contesta a uno… no se de mala gana" ***E8p3l11-12(…).***
"pues bien… porque no se niegan para nada son un amor digo yo. porque están pendientes, del enfermo, están pendientes de la persona que viene a visitar… yo por eso digo que son un amor"***E10p2l18-21(…).***

Fuente: Construcción del investigador 2014.

Cuadro 05. Categoría: Como es la comunicación. Subcategoría: poco clara –poco entendible

Subcategoría: poco clara –poco entendible.
Significado: *la familia reconoce la comunicación con el personal de enfermería es poco entendible ya que estos (enfermero/a) utilizan términos o un leguaje no adaptado a su cultura, nivel educativo o de discapacidad, dando como resultado la no compresión de la información por parte del familiar. Ellos expresan que el mensaje solo es asimilado "información" de manera adecuada cuando es trasmitido en un lenguaje verbal y no verbal adecuado a su nivel cultural y educativo.*
Unidades de registro- codificación
"En ese proceso de comunicación debería ser lo más clara, la más adecuada de acuerdo al familiar del paciente o al mismo paciente, a su nivel educativo, a su nivel formativo, a su tipo de comunicación, algunos tenemos alguna dificultad al oír o una discapacidad visual, con toda la manera de comunicación gestual, verbal o escrita de la manera que sea más efectiva" ***E3p4l13-14 (…).***
Igual uno como familiar de un paciente, es a veces muy atrevido a preguntar cosas que antes no tiene por qué decirlas si…pero uno quisiera saber más y a veces uno no entiende ni lo que le dicen "los basales que no sé qué… pero lo que es como lo básico, está bien, está mejorando si…ósea, queda uno satisfecho con eso" ***E7p3l-11-15(…).***
"Como una información más detallada, ahí términos que ustedes usan que uno queda… pero son los términos que son" ***E7p4l7-9(…).***

Fuente: Construcción del investigador 2014.

Cuadro 06. Categoría: Como es la comunicación. Subcategoría: credibilidad

Subcategoría: credibilidad
Significado: *La comunicación enfermero(a) – familiar es creíble. El creer está influenciado por aspectos positivos o negativos que se dan en dicha interacción.* *El familiar considera la comunicación con el personal de enfermería es creíble porque éste estudia, conoce, indaga y habla con seguridad sobre el estado clínico de la persona hospitalizada.* *Por otro lado, el acto comunicativo es poco creíble, ya que el familiar observa que él enfermero(a) no tienen los conocimientos adecuados o la formación necesaria para brindar seguridad al momento de trasmitir el mensaje, esperan que éste sea real, verdadero y tranquilice; por tal motivo sienten la necesidad de reforzar la información con el personal que ellos consideran más idóneo para brindarlo (médico).*
Unidades de registro- codificación
"Ellos (enfermera-o) han estado muy pendientes de él y saben decirme de lo mínimo que maneja, ósea, se nota que el que le toca como jefe de mi esposo, lee, pregunta… mira qué proceso lleva desde donde está, hasta donde va…si me entiende, que ha mejorado, que ha desmejorado…que es lo que uno como familiar necesita saber en el momento que llega" ***E6p4l5-10(…).*** "Yo como primero le pregunto a ella y después voy donde el medico ya siento como seguridad…. De que sí…las cosas son así… de que van bien" ***E9p2l22-24(…).*** "Que me diga ósea, como va evolucionando, que me diga va bien, le vamos a quitar tal cosa, vamos a ver cómo reacciona… yo le pido la información a ellas (enfermero/a) sobre eso y hay si vengo y hablo con el médico para que me dé mejor la información" ***E9p3l7-10(...).*** "Ósea que me den más seguridad… en la seguridad en que como está el paciente cómo ha evolucionado, pues que le den a uno la seguridad" ***E9p4l11-14(…).***

Fuente: Construcción del investigador 201

Cuadro 07 Categoría: Como es la comunicación. Subcategoría: Influencia de la cultura en la comunicación: unidades de registro y codificación

Subcategoría: Influencia de la cultura en la comunicación.
Significado: *La comunicación enfermero –familiar está influenciado por razones culturales, costumbres o formas de ser del personal de enfermería. Esta influencia se da por factores personales como: la ciudad de origen del enfermero(a), disposición, estado de ánimo, la identidad cultural, el uso de lenguaje , la actitud no verbal y estrés del personal asistencial frente al proceso comunicativo y factores físicos como:, la ciudad donde se vive y el medio hospitalario donde se desempeñan. Todo lo anterior, puede favorecer o entorpecer la interacción entre las partes, que no se de la comunicación, o que se inicie pero no se culmine el procesocomunicativo.*
Unidades de registro- codificación
"me parece que ha sido fluida… también pienso que es muy diferente, yo acabo de tener otro paciente en Bogotá y es muy diferente el trato de la gente de Bogotá a la gente de acá; acá hay como más calidad humana, allá en Bogotá es como más… no sé, no se la palabra…pero es más tajante, la gente es más cortante en las respuestas, como toscos; mientras que acá, la gente es más receptiva, así como le responden a uno también se dejan preguntar cosas, así sean las preguntas que para ustedes son demasiados normales, para uno no…si, entonces uno acá viene… por ejemplo yo he tenido inquietudes con los aparatos, mire esto …. Y me lo han respondido, ella me dice "tal líquido, esto es esto, le vamos a quitar esto; mientras que en Bogotá, mire esesto y chao y váyase… no sé, si por la ciudad, por la clínica, no sé, o por la gente, me parece que acá hay como mejor trato con el familiar del paciente" ***E7p2l8-28(…).*** "No para mí acá en la UCI como le digo, para mí ha sido todo positivo acá, si ve… porque como te dije tuve otro paciente en la Santa Fe de un cambio de válvula mitral y era súper negado todo , la información… a gente muy cortante, como de mal genio a toda hora… uno decía una cosa y lo hacían sentir "usted tan bruto preguntando estas bobadas", para ellos eran muy lógicas para uno no… en cambio acá, pues lo que he necesitado que me digan…, me lo han dado con creces la respuesta la información que he necesitado… pues lo básico" ***E7p5l1-6(…).***

Cuadro 07 (Continuación)

"Yo digo que las personas que están en una UCI son diferentes, porque, yo en toda parte donde he estado, este… yo soy muy dada a saludar, porque, también soy docente y la parte costeña que aprendemos de los costeños, aunque… yo soy de Bucaramanga…somos muy dados a ser muy saludables, ósea, muy buenos días, con permiso...entonces aquí la características del Santandereano es que uno saluda y a veces no contestan" ***E6p7l10-16(…).***
"hay personas que se ofenden si lo tratan de tú, no sé qué… yo viví en la costa 9 años, entonces en la costa todo el mundo se trata de tú, aquí hay veces… ahí persona que eso les molestan en el interior entonces que hay irrespeto, a mí hábleme de tú, a mi hábleme de usted, no sé qué… a mí no… con tal de que me traten de una manera…. Suave, de una manera que me vayan explicando todo no… no me molesta que se dirijan hacia mí … de una manera… como le dijera… como confianza… que haya una confianza entre los familiares y el personal de enfermería o algo va decir algo y… como se frena… no se…es idiosincrasia… es esto costumbre de cada región" ***E1p4l17-26(…).***

Fuente: Construcción del investigador 2014.

4.2.3 Categoría 3. Factores mediadores de la comunicación.

Esta categoría hace referencia a aquellos factores que facilitan la comunicación entre el personal de enfermería –familia en el contexto de la UCI:

Los factores mediadores frente al proceso comunicativo están dados por comportamientos o formas de actuar del personal de enfermería como:

1. La comunicación no verbal del personal al momento de iniciar o mantener la comunicación entendiéndose esta por la forma de expresión sin emitir palabras incluyen: gestos, movimientos de manos, ojos, expresión facial, posturas, movimientos corporales, entre otros.

2. La comunicación verbal que engloba actos positivos. Dentro de estos comportamientos encontramos: la calidez, cordialidad, amabilidad, la disposición, el carisma y la vocación de ser enfermero (a).

3. La identificación del personal de enfermería permite al familiar del paciente hospitalizado diferenciar con quien puede establecer la comunicación dentro del contexto de la UCI, es importante resaltar que ellos expresan sentirse mejor el entablar la comunicación con el personal técnico de enfermería por sentirlo más cercano; por el contrario, con el profesional de enfermería la comunicación es distante y tajante pero es la que le brinda datos más confiables, seguros y validos por el conocimiento que tienen derivado de su formación universitaria.

Todos los comportamientos o formas de actuar o la identificación del enfermero (a) nombrados con anterioridad actúan como mediadores de la comunicación enfermero – familia permitiendo que se inicie, mantenga o finalice el proceso de una forma ideal, así como generan un camino propicio para que se dé una adecuada relación de ayuda entre la diada. A continuación se describen las 2 subcategorías identificadas en ésta categoría y se presentan las unidades de registro identificadas en las unidades de contexto derivadas de cada una de las entrevistas realizadas a los participantes.

Cuadro 08. Categoría: Factores mediadores de la comunicación. Subcategoría: Disposición positiva del personal de enfermería.

Subcategoría: Disposición positiva del personal de enfermería
Significado: *La comunicación entre las partes se da porque la enfermera (o) que labora en la UCI expresa interés y apoyo; ésta relación de ayuda se soporta en: responder las inquietudes de buena manera, en esforzarse por realizar el acto comunicativo, por la receptividad con que ésta brinda el mensaje y por la forma en que actúa e interactúa en momentos difíciles como el que representa la hospitalización de su ser querido en la UCI. Todo lo anterior genera acercamiento entre las partes, facilita que se inicie, mantenga o finalice la comunicación.*
Unidades de registro- codificación
"me parece que ha sido fluida… también pienso que es muy diferente, yo acabo de tener otro paciente en Bogotá y es muy diferente el trato de la gente de Bogotá a la gente de acá; acá hay como más calidad humana, allá en Bogotá es como más… no sé, no se la palabra…pero es más tajante, la gente es más cortante en las respuestas, como toscos; mientras que acá, la gente es más receptiva, así como le responden a uno también se dejan preguntar cosas, así sean las preguntas que para ustedes son demasiados normales, para uno no" ***E7p2l8-15 (…).***
"Pero se esfuerzan por explicarle a uno (información) ***"E7p4l13 (…).***
"me parece que son personas receptivas si… y que quieren hablar a uno con fluidez… no le ponen traba a uno con nada, le cuentan las cosas como son" ***E7p4l18-20(…).***
"Las características de los jefes de enfermeros que llegan acá a prestar sus servicios tienen ese carisma o esa vocación de enfermeros" **E6p2l16-19(…).**

Cuadro 08 (Continuación).

"Ellas siempre están dispuestas a darme la información que yo requiero, les pregunto cómo esta... la evolución"**E1p1l15-17 (…).**
"Mientras que ya cuando uno está acá y pues, es de día es diferente, habla uno frente a ustedes es diferente Igual la actitud también…no es una actitud pues de dejarlo hay a uno como quieto, sino, sino como… pues integrase más creo" **E7p32-5(…).**
"Ellos (enfermeros) siempre me han informado bien, con amor, no se niegan para nada, esta dispuestas siempre"**E10p2l14-15(…).**

Fuente: Construcción del investigador 2014.

Cuadro 9. Categoría: Factores mediadores de la comunicación Subcategoría: Identificación del profesional de enfermería

Categoría: Identificación del personal de enfermería
Significado: *La familia identifica al profesional de enfermería como la persona que se encuentra sentada en el escritorio, la que da órdenes y organiza el trabajo de las auxiliares dentro de la unidad, la que brinda los datos más seguros, confiables y válidos, además, consideran que la comunicación con ellas no es amable cordial ni cercana.*
Unidades de registro- codificación
"cuando uno ve a otros que se acercan y que a veces no le saludan a uno están vestidos todos también igual, o algo así, como que uno dice " Ah…tal vez es pues el mal llamado jefe de enfermero o enfermeras" y por eso como que no… poco hay esa comunicación e interacción con ellos" ***E2p3l11-13 (…).***
"Si las se diferenciar porque ellas… ehhh…las que están allá son la diferencia, las que

Cuadro 09 (Continuación).

están cerca de mi papa creo que son las más, y las que están por ahí observando los aparatos esas son las enfermeras. Me imagino que la que está sentada en la mesita es la jefe" ***E10p1l22-25 (...).***
"Si claro, porque la enfermera jefe es la que está más pendiente de todo para dar órdenes a la… enfermera, siempre que uno viene se dirige uno primero a la enfermera jefe que es la que le da los datos a uno más seguros, con más confianza… pues lasotras enfermeras también… pero es más valida la palabra de la enfermera jefe" ***E4p1l21-25 (...).***
"ahhh la jefe porque uno ve que se refieren a ella como jefe o se ve que organiza"***E5p1l22-23 (...)***
ehhh...digamos que ellos no tienen una... en su vestuario algo que las diferencie pues no lo he evidenciado, pero, de pronto si más por la familiaridad que hay, o entre el conocimiento que hay...llego saludo, miro en el tablero jefe tal y pues ya la he visto por los días que llevamos… ya uno las identifica, pero mas no porque tengan algo que las diferencie...hay algunas jefes que usan la toca... no, no. no" ***E12p1l25-30(...).***

Fuente: Construcción del investigador 2014.

Cuadro 10. Categoría: Factores mediadores de la comunicación. Subcategoría: identificación del Auxiliar de enfermería: unidades de registro y codificación

Categoría: Identificación del Auxiliar de enfermería
Significado: El *familiar identifica al auxiliar de enfermería como aquella persona que se encarga de las labores técnicas de la UCI como: observación de monitores, toma de muestras, desecho de drenajes, movilización de los pacientes entre otras actividades, además perciben que éstos son más amables a la hora de entablar, mantener o iniciar la comunicación.*
Unidades de registro- codificación
"No sé si sea por el cargo que tienen, pues a veces las que van a tomar digamos el registro de laboratorio, o la orina de esas cosas, con el paciente, suelen ser un poco más amables… siento que son los auxiliares" ***E2p3l8-10 (…).***
"Si las se diferenciar porque ellas… ehhh…las que están allá son la diferencia, las que están cerca de mi papa creo que son las más, y las que están por ahí observando los aparatos esas son las enfermeras"***E10p1l22-23 (…).***

Fuente: Construcción del investigador 2014.

4.2.4 Categoría 4. Barreras en la comunicación

Esta categoría hace referencia a las dificultades presentadas por el familiar del paciente hospitalizado en la UCI al momento de iniciar, mantener o finalizar el acto comunicativo.

Estos obstáculos presentados en la comunicación se dan por:

1. Presencia de barreras físicas u locativas como: edificaciones, las instalaciones propias de la UCI, ausencia de espacio y tiempo adecuado para proporcionar la información.

2. Las actitudinales hacen alusión a la forma de actuar o de conducta del personal de enfermería al establecer la comunicación: evasión al

momento de iniciar la comunicación, falta de identicación del personal de enfermería, la agresividad, altivez o arrogancia.

3. Las relacionadas con el acto comunicativo como tal: la falta de retroalimentación es considerada por ellos como una dificultad al momento de terminar la comunicación, ya que el personal de enfermería no verifica si lo expresado durante todo el proceso ha sido entendido por ellos, sino que dan por hecho que éste fue comprendido en su totalidad. Además, no brindan espacios para realizar preguntas ni aclarar las dudas generadas por el familiar, en otras palabras la comunicación se da de forma unidireccional.

Todas estas barreras hacen que se dificulte, afecte o no se dé el acto comunicativo entre las partes. Todo lo anterior, genera aislamiento, sensación de soledad, aumenta el estrés, ansiedad por no poder acceder a la información que necesita al momento en el que ellos se encuentran en la UCI.

A continuación se describen las 7 subcategorías identificadas en esta categoría y se presentan las unidades de registro identificadas en las unidades de contexto derivadas de cada una de las entrevistas realizadas a los participantes:

Cuadro 11. Categoría: Barreras en la comunicación. Subcategoría: Altiva- prepotente- agresiva.

Subcategoría: Altiva- prepotente- agresiva
Significado: *La comunicación entre el personal de enfermería- familiar está influenciado por comportamientos como orgullo, la prepotencia, la altivez y agresividad que reflejan éstos al momento de iniciar el acto comunicativo. Estas conductas ponen al familiar a la defensiva, lo aíslan, se previenen o no permite que se establezca el dialogo o interacción entre las partes involucradas en el proceso.*
Unidades de registro- codificación
"Llegó (la enfermera) con la cabeza muy en alto y con la voz alta, esa actitud, siempre lo pone a uno a la defensiva... la actitud demasiado altiva, los hombros, la cara, los gestos de los ojos" ***E1p5l10-14(…).***
"Me hablo fuerte… un poquito fuerte un poquito… altanera" ***E1p2l14-16 (…).***
"Tengo claro de dos enfermeras, con una de ellas la comunicación desde el inicio fue muy amable cuando me relacioné, me presente con la otra enfermera, no fue tan amable el arrancar para luego ya dar la información, o sea, lo que es la comunicación por lo que tu decías de las misma expresión corporal, la gesticulación que utilizan todos". ***E2p3l23-25(…).***
"No pues, amabilidad porque hay partes en donde de pronto la enfermera le contesta a uno… no se de mala gana"***E8p3l11-12 (…).***
"negado todo, la información… la gente muy cortante, como de mal genio a toda hora… uno decía una cosa y lo hacían sentir "usted tan bruto preguntando estas bobadas", para ellos eran muy lógicas para uno no" ***E7p5l1-5(…).***
"Ahhh… de que como ella si ella me trata de mala gana o no… porque más o menos cuando yo he preguntado pues me la dan normal, pero, cuando viene una hermana en la tarde le dicen yo ya le di la información a su hermana vaya y… ósea de mala gana se la dan, no le comunican por una pregunta se le hace que ella… como esta mi mamita o

Cuadro 11 (Continuación)

algo … no su mamá amaneció así, aunque me la hayan dado en la mañana porque ella vive a parte y yo aparte; ósea, no cuesta nada que la doctora le conteste , así de mala gana …pero a mi si cuando yo pregunto pues normal" ***E11p2l24-31(...).***   "No pues, amabilidad porque hay partes en donde de pronto la enfermera le contesta a uno… no se de mala gana, si pero aquí no he visto eso en general dentro de la unidad" ***E8p3l1-13(…).***

Fuente: Construcción del investigador 2014.

Cuadro 12. Categoría: Barreras de la comunicación. Subcategoría: Disposición negativa del personal de enfermería.

Subcategoría: Disposición negativa del personal de enfermería
Significado: *El familiar percibe que la comunicación con el personal de enfermería no se da porque éste no demuestra interés ni apoyo; la ausencia de relación e interacción está soportada por : el estrés del personal, el poco interés en ayudar al otro, por la falta de motivación para iniciar el acto comunicativo. Todo lo anterior genera aislamiento, entorpece el acto comunicativo o en su defecto no permite que se inicie dicha interacción.*
Unidades de registro- codificación
"Yo pienso que debido al grado de estrés dentro de la UCI hay ciertos momentos en donde no está dispuesta totalmente, por supuesto la comunicación no verbal, por sus gestos, por su grado de estrés que se refleja en la cara, en los ojos, en la frente"***E3p3l3-6 (…).***
"no… pues …pues la evolución del paciente que uno va a visitar , la evolución… que viniera a uno a veces, si uno no va hasta el puesto a preguntar no le dicen a uno nada" ***E1p2l25-27(…).***
"porque, las que he tenido han sido por buscarlas para hallar un informe del paciente, mas no por un trato a parte de una comunicación muy general que ya rompa el esquema, como cuando es la hora de visita o verla pasar para poder saludar, no.. no he tenido esa oportunidad" ***E2p4l27-29(…).***
"Como que como se acercaran a uno, usted es familiar… o cuando lo vean a uno o algo así y que le den la información a uno sobre él" ***E9p4l13-14 (…).***

Fuente: Construcción de la investigador 2014.

Cuadro 13. Categoría: Barreras en la comunicación. Subcategoría: Falta de identificación del personal de enfermería: unidades de registro y codificación

Subcategoría: Falta de reconocimiento del personal de enfermería.
***Significado**: La familia no reconoce a la enfermera profesional del servicio de UCI porque éstos no perciben algún distintivo, color de uniforme, saludo o presentación que la diferencie del resto del personal. La familia lo considera como un obstáculo que no les permite establecer el dialogo; por tal motivo, expresan sentimientos de inconformidad, porque al no identificarlos se sienten poco apoyados, se previenen de iniciar, mantener el dialogo o se corta el acto comunicativo.*
Unidades de registro- codificación
"Precisamente por eso digo que no los conocemos, bien es porque uno no se atreve a "disculpa usted es enfermera o es auxiliar" ***E2p2l23-24(…).***
"No a las enfermeras porque no sé quiénes son, pero ellas a veces o remiten a uno al médico, entonces de una se corta la comunicación" ***E2p7l17-18(...).***
"Bueno pues teniendo en cuenta no diferencio entre las enfermeras jefes y las auxiliares, sí, hay un poquito… como de prevención por así decirlo en la forma; pues en la comunicación con ellas" ***E2p2l9-12(…).***
"Hay momentos en los que uno llega, este es el caso de mi familiar es mi papá esta uno ahí, llega quizás auxiliares o no sé si enfermeras" ***E2p2l15-18(…).***
"No saber quién es la enfermera…en parte es eso***" E2p7l5 (…).***
"No, yo entiendo que hay una jefe, a lo que todos se refieren como jefe y hay enfermeros normales, hasta ahí llega mi comprensión del asunto" ***E5p1l20-22 (…).***
"usualmente no me presentan a la jefe, la identifico por que los demás le dicen jefe, he tenido contacto con enfermeras no por formalismos, si no que por intuición… nadie me dice ella es la jefe" ***E5p2l3-5(…).***

Cuadro 13 (Continuación).

"No, no sé solo que oigo que todo el mundo le dice jefe… hay uno sabe que es la enfermera jefe…pero de resto no" ***E7p1l22-23(…).***
"Las enfermeras jefes, primero porque las otras la llaman, si pero no se diferenciarlas bien" ***E8p1l23-24(…).***
"Pero desde esa parte de la presentación lo considero muy importante que no se sienta uno que va a visitar su familiar y no hay nadie, no hay nadie alrededor para poder saber cómo paso la noche, como amaneció"***E2p9l15-18(...).***
"Pero si fuera desde cuando uno llega, o sea la primera visita y le dicen cuando usted llegue, ese es el enfermero que está a cargo y se acerque y le digan mira yo soy julano de tal, soy enfermero anoche estuve o esta mañana estuve con él" ***E2p6l14-17(...).***
"Falta desde ese mismo punto incluso de algo tan básico como es eso, el presentarse; si se acercan a uno y se presentan o sea para uno como familiar es más difícil como preguntarles"***E2p2l19-22 (…).***
"Muy diferente si la enfermera se acerca y dice "mira yo soy quien tiene a cargo a su papá hoy o algo así", de esta manera, y de ahí ya empezaría a tenerse mejor comunicación"***E2p4l25-27(...).***
"Entonces por eso digo lo bueno que se presenten y vallan con eso uno está más tranquilo"***E2p10l3-4(…).***
"entonces yo digo, no siempre va a estar la misma con las 12 camas ni con los 12 pacientes; entonces suponiendo que hacia un área entraran dos familiares frente al 20 y el 21 y a esa le correspondió una de esas enfermeras por lo menos que se acerque a una de ellas al primer paciente que ella llego, suponiendo a la 20 , después cuando llegue al segundo paciente el del 21 y se presente, o sea se presente como la forma de decir usted viene a visitar a su familiar y yo me intereso por usted" ***E2p9l3-7(…).***

Cuadro 13 (Continuación)

"Lo que te decía desde el mismo saludo, mas esa parte como un poquito informal digámoslo así, dentro para que haya una mejor dialogo, que haya precisamente esa comunicación" ***E2p8l1-4(…).***
"cuando uno ve a otros que se acercan y que a veces no le saludan a uno están vestidos todos también igual, o algo así, como que uno dice " Ah…tal vez es pues el mal llamado jefe de enfermero o enfermeras" y por eso como que no… poco hay esa comunicación e interacción con ellos" ***E2p3l11-15(...).***
"Como que uno se previene de preguntar algo porque pues, si desde el saludo, sino se obtiene un saludo, mucho más difícil tratar de hallar***" E2p3l2-3(...).***
"Hay momentos en los que uno llega, este es el caso de mi familiar es mi papá esta uno ahí, llega quizás auxiliares o no sé si enfermeras, hay momentos en los que hay algunas de las personas que saludan, como otros que ni siquiera el saludo" ***E2p2l15-18(…).***
"sino uno espera la cordialidad más bien por así decirlo pues que uno se acerque y pregunta… lo que te decía desde el mismo saludo, mas esa parte como un poquito informal digámoslo así, dentro para que haya una mejor dialogo, que haya precisamente esa comunicación" ***E2p8l1-4 (…).***

Fuente: Construcción del investigador 2014.

Cuadro 14. Categoría: Barreras de la comunicación. Subcategoría: Falta de retroalimentación.

Subcategoría: Falta de retroalimentación.
Significado: *La familia manifiesta como una dificultad la ausencia de retroalimentación por parte del enfermero(a) al momento de establecer dicha interacción; lo cual se da porque el personal de enfermería no verifica si lo expresado durante todo el proceso ha sido entendido por el receptor; por el contrario, dan por sentado que el mensaje fue comprendido en su totalidad. Además, no brindan espacios para realizar preguntas ni aclarar dudas generadas durante o al finalizar el acto comunicativo. La familia considera necesario que la información suministrada por el enfermero (a) debe ser evaluada, sin omitir ningún dato importante "un informe detallado".*
Unidades de registro- codificación
"Con que lo salude y le pregunte el nombre y que hace usted, con que tome 3 pequeños detalles del emisor que le va a recibir en el momento, con eso ella se puede retroalimentar o él se puede retroalimentar para saber con quién se está hablando"***E3p4l28-30(…).***
"Que esa persona que está en frente mío pueda esperar a que yo entienda y como que confirme que yo entendí y pues yo pueda preguntarle y también ella espere a que uno pueda responder"***E2p8 l14-16(…).***
"De una vez da el informe, y viene el informe y ya se acaba la comunicación por así decirlo, como que es diferente que uno pueda preguntar y también esperar respuestas"***E2p8l7-9(…).***
"todo con detalle; a veces, no le dicen todo, si uno no pregunta, y pregunta… y pregunta... un informe detallado"***E1p3l8-10(…).***
"la verdad he acudido más a los médicos, y no a las enfermeras porque no sé quiénes son, solo tengo dos bien presentes y cuando esta alguna de ellas, pero ellas a veces o

Cuadro 14. (Continuación)

remiten a uno al médico. Entonces de una se corta la comunicación, o sea como que uno llega "buenos días y le responde mira soy el familiar yo quisiera saber por el paciente fulano de tal yo soy hija", así mira, ósea en una sola ocasión si me respondió la jefe" ***E2p7l14-21(…).***
"Entonces que espera uno que no sencillamente sea precisamente como que uno a veces se presenta y de una vez mira listo tú eres el familiar del paciente tal y de una vez da el informe, y viene el informe y ya se acaba la comunicación por así decirlo. Como que es diferente que uno pueda preguntar y también esperar respuestas, entonces como que le hacen el informe, si hay algo como que está en duda pues uno pregunta pero como que le dicen a uno listo , y a veces se van como corriendo ya entendió ese es el informe se van corriendo y queda uno" ***E2p8l5-12 (…).***

Fuente: Construcción del investigador 2014.

Cuadro 15. Categoría: Barreras en la comunicación. Subcategoría: falta de tiempo y espacio adecuados.

Subcategoría: Falta de tiempo y espacio adecuados.
Significado: *La familia considera como una dificultad para iniciar o mantener la comunicación que no exista dentro de la unidad un espacio adecuado, cómodo y privado que le permita a ellos la expresión de inquietudes, dudas, preguntas o sentimientos en relación con el estado de salud de su ser querido hospitalizado. Sumado a lo anterior, la falta de tiempo del personal asistencial no permite que se dé el acto comunicativo. Todo lo anterior conlleva a que no fluya de forma apropiada los canales de comunicación enfermero(a)-familia.*
Unidades de registro- codificación
"En el momento estuviera establecido un lapso para la información al paciente de manera explícita pues no tenga uno totalmente que estar como persiguiéndolos o buscando el momento exacto***" E3p3L8-10(…).***

Cuadro 15 (Continuación)

"En esta UCI en cuanto a la comunicación es lo que te decía no hay un momento específico donde se le dé la entrega de la información valiosa al familiar del paciente, sino es un momento que hay que perseguirlo, buscarlo y necesitarlo". ***E3p5l24-27(…).***
"Si claro, por supuesto, tengo no sé la oportunidad o la mala fortuna de haber estado en varias UCI en diferentes ciudades y varios países y un hecho negativo en esta UCI en cuanto a la comunicación es lo que te decía no hay un momento especifico donde se le dé la entrega de la información valiosa al familiar del paciente, sino es un momento que hay que perseguirlo, buscarlo y necesitarlo; casi no es un derecho obtener la información aquí, hay que pedirla, rogarla y eso es una experiencia que no es positiva para nosotros como familiares del paciente hospitalizado en la UCI" ***E3p5l22-30(…).***
"Ummm… no… pues…pues la evolución del paciente que uno va a visitar, la evolución… que viniera a uno a veces. Si uno no va hasta el puesto a preguntar no le dicen a uno nada" ***E1p2L25-27(…).***
"Pues lo positivo… así no estén alrededor del paciente, pues uno sabe que hay un lugar, un área donde están los computadores, se puede uno acercar a preguntar"***E2p9l22-25 (…).***

Fuente: Construcción del investigador 2014

Cuadro 16.Categoría: Barreras en la comunicación. Subcategoría: Susto- miedo.

Subcategoría: Susto-miedo
Significado: *La familia manifiesta dificultades al dirigirse al enfermero(a) al experimentar sentimientos de miedo debido al estado de gravedad en el que se encuentra la persona hospitalizada. Asimismo existe la creencia por parte del familiar que el personal asistencial debe trasmitir el mansaje de una forma comprensible, clara que diga la verdad, pero que no genere en ellos afán y susto como producto de la información suministrada.*
Unidades de registro- codificación
"En el caso mío yo si evito preguntar para no asustarme"***E4p5l22-23 (…).***
"Yo soy la que menos pregunto…no porque sepan que yo me vaya a asustar"***E4p4l22-23 (…).***
"para mí la comunicación buena como le digo… que no lo afanen a uno…desde que uno entra a la UCI uno esta afanado y que la comunicación que le tienen a uno consideración en la forma de hablarle***" E4p4l1-4 (…).***
"bien la comunicación… información completa, pero sin asustarme"***E4p4l9-10 (…).***
"no me gusta (Información) cómo...como le digo que de pronto me asuste…o que me diga algo… ósea la verdad….ellas le pueden decir a uno la verdad"***E4p5l16-18 (…).***
Uno habla con la persona, le mira la cara... y yo he sentido que las cosas que me dicen las dicen con claridad, sin asustarme… porque él ha estado en realidad muy delicado" ***E4p3l12-14 (…).***

Fuente: Construcción del investigador 2014.

Cuadro 17. **Categoría: Barreras en la comunicación. Subcategoría: forma inadecuada del uso de la palabra.**

Subcategoría: forma inadecuada del uso de la palabra
Significado: *el familiar considera que el personal de enfermería debe tener la capacidad de expresar el mensaje de una forma delicada, no tan dura ni hostil, que le permita a ellos asimilar de una forma más adecuada la condición clínica en la que se encuentra la persona hospitalizada; así como el utilizar un lenguaje más propicio según el grado de compresión del receptor, permitiéndole entender lo que su interlocutor le está comunicando, esto proporciona un espacio de reflexión entre la diada disminuyendo síntomas como el estrés, desasosiego entre otros y mejorando la satisfacción del familiar por los servicios ofrecidos.*
Unidades de registro -codificación
"En ese proceso de comunicación debería ser lo más clara, la más adecuada de acuerdo al familiar del paciente o al mismo paciente, a su nivel educativo, a su nivel formativo, a su tipo de comunicación, algunos tenemos alguna dificultad al oír o una discapacidad visual, con toda la manera de comunicación gestual, verbal o escrita de la manera que sea más efectiva" ***E3p4l13-15(…).***
"Tener como especie unas palabritas que le adornen ese mensaje que va a ser muy duro para el familiar"***E6p8l13-15(…).***
"Si hay que de pronto que el lenguaje sea un poquito más delicado más o menos duro para el familiar lo que se le vaya a decir" ***E6p8l22-24(…).***
"Igual uno como familiar de un paciente, es a veces muy atrevido a preguntar cosas que antes no tiene por qué decirlas si…pero uno quisiera saber más y a veces uno no entiende ni lo que le dicen "los basales que no sé qué… pero lo que es como lo básico, está bien, está mejorando si…ósea, queda uno satisfecho con eso" ***E7p3l-11-15(…).***
"Como una información más detallada,ahí términos que ustedes usan que uno queda… pero son los términos que son" ***E7p4l7-9(…)***

Fuente del investigador 2014.

4.2.5 Categoría 5. Resultados de la comunicación

Esta categoría hace referencia al producto final del acto comunicativo entre el personal de enfermería y el familiar del paciente hospitalizado en la UCI.

Dentro de los productos finales del acto comunicativo encontramos:

1. La experimentación por parte de los interlocutores de sentimientos como el miedo, la esperanza y la confianza, vinculados al estado de salud del ser querido, resultantes de la interacción entre las partes.

2. Expresiones positivas como: conformidad de las familias con la información suministrada por el personal de enfermería; quienes manifiestan estar satisfechos con el mensaje entregado durante todo el proceso comunicativo.

Cabe destacar, que durante el proceso comunicativo se espera que el mensaje trasmitido genere algún tipo de respuesta por parte de los involucrados, es por ello, que estos resultados son el reflejo continuo de la interacción entre la familia y el personal de enfermería que permiten evaluar de una forma subjetiva como fue la comunicación entre el enfermero(a) –familia en el contexto de la UCI.

A continuación se describen las 2 subcategorías identificadas en esta categoría y se presentan las unidades de registro identificadas en las unidades de contexto derivadas de cada una de las entrevistas realizadas a los participantes

Cuadro 18. Categoría: Resultados de la comunicación. Subcategoría: Mantenimiento de la esperanza y la fe.

Subcategoría: Mantenimiento de la esperanza la fe.
Significado: *La familia percibe la comunicación entra las partes como producto de la interacción, la fe o creencias espirituales que expresan estossobre su ser querido hospitalizado con respecto a tener el mejor de los resultados o recuperación. Para ellos es importante que el personal asistencial establezca la comunicación brindando el mensaje de una forma adecuada, no tan dura, evitando dar últimas palabras o hechos de la condición clínica de la persona hospitalizada. Esta fe esta soportada en ellos por el estado de gravedad en el que se encuentra el paciente y es un recurso que tienen para no entrar en depresión, ansiedad o estrés, actuando como estímulo que aporta tranquilidad.*
Unidades de registro- codificación
"Pues que de pronto no matar la esperanza así de una" ***E12p3l23 (…).***
"A eso ...lo que de pronto yo te decía que digan que no que ya no se va a recuperar... nos dieron a entender en un momento que ya no se iba a volver a levantar de ahí como estaba y uno obviamente guarda esa esperanza en que algún momento se recupera" ***E12p3l11-14(...).***
"los términos que usan, ósea de pronto, no dar últimas palabras que no va a pasar, de que no se va a recuperar porque pues lo último que uno pierde es la esperanza" ***E12p4l1-3(…).***
"al menos que le dijeran a uno…si una moral si… que ha bueno que su mamita ya se está recuperando; pero dicen no ya ella queda con ese ventilador, ya no hay nada que hacer el doctor me dijo "ella va a quedar postrada en cama"***E11p3l28-29(…).***

Cuadro 18 (Continuación)

"Hay no, a mí me gustaría que me dijeran no O está muy bien… está recuperándose bastante…ehhh me gustaría eso…pero como eso no es verdad, porque yo lo estoy mirando las cosas de que si le quitan algo o le ponen otra cosa más, no es porque este bien… es porque la cuestión va avanzando… me gustaría eso que me dijeran… pero no me lo pueden decir" ***E4p5l1-6 (…).***
"como que la fe que tengo que no se me vaya a perder… yo tengo fe de que el sale de ahí… yo tengo la fe " Dios mío él va a salir" ***E4p5l23-25 (…).***
"Pues uno siempre espera el mejor resultado pero nuestro paciente está muy delicado, ellos me han informado que su paciente, que está haciendo intubado, tiene sus tantas bacterias como esta mi papá y que ellos hacen todo lo posible, está ahí… pero el resto está en las manos de nuestro señor porque ellos están haciendo todo lo posible" ***E10p3l1-5(…).***

Fuente: Construcción del investigador 2014.

Cuadro 19. Categoría: Resultados de la comunicación. Subcategoría: Tranquilidad-Conformidad-satisfecho.

Subcategoría: Tranquilidad conformidad -satisfecho.
Significado: *La familia expresa sentirse complacida y contenta con el mensaje trasmitido por el personal de enfermería durante todo el proceso de comunicación como resultado de que éstos respondan inquietudes con información adicional a la que ellos esperan recibir; lo cual suele redundar en expresiones de agradecimiento, tranquilidad y satisfacción por los servicios ofrecidos a su ser querido.*
Unidades de registro- codificación
"Me he sentido bien, claro, no sé si ósea…como le digo conforme, ósea, con lo que ellas me dicen" ***E8p2l24-25(…).***
"Yo he quedado satisfecho, porque como le digo, ósea, todas las inquietudes que he tenido me las han llenado hasta con más cosas que uno no se imagina que le van a contar"***E72l24-27 (…).***
"Igual uno como familiar de un paciente, es a veces muy atrevido a preguntar cosas que antes no tiene por qué decirlas si…pero uno quisiera saber más y a veces uno no entiende ni lo que le dicen "los basales que no sé qué… pero lo que es como lo básico, está bien, está mejorando si…ósea, queda uno satisfecho con eso" ***E7p3l-11-15(…).***
"Ósea, porque uno se tranquiliza más con la información que ella me da sí…si por la información, porque uno se tranquiliza más cuando le hablan sobre la paciente y que se lo dicen a uno de buena manera, de buena forma"***E8p3l4-7 (...).***

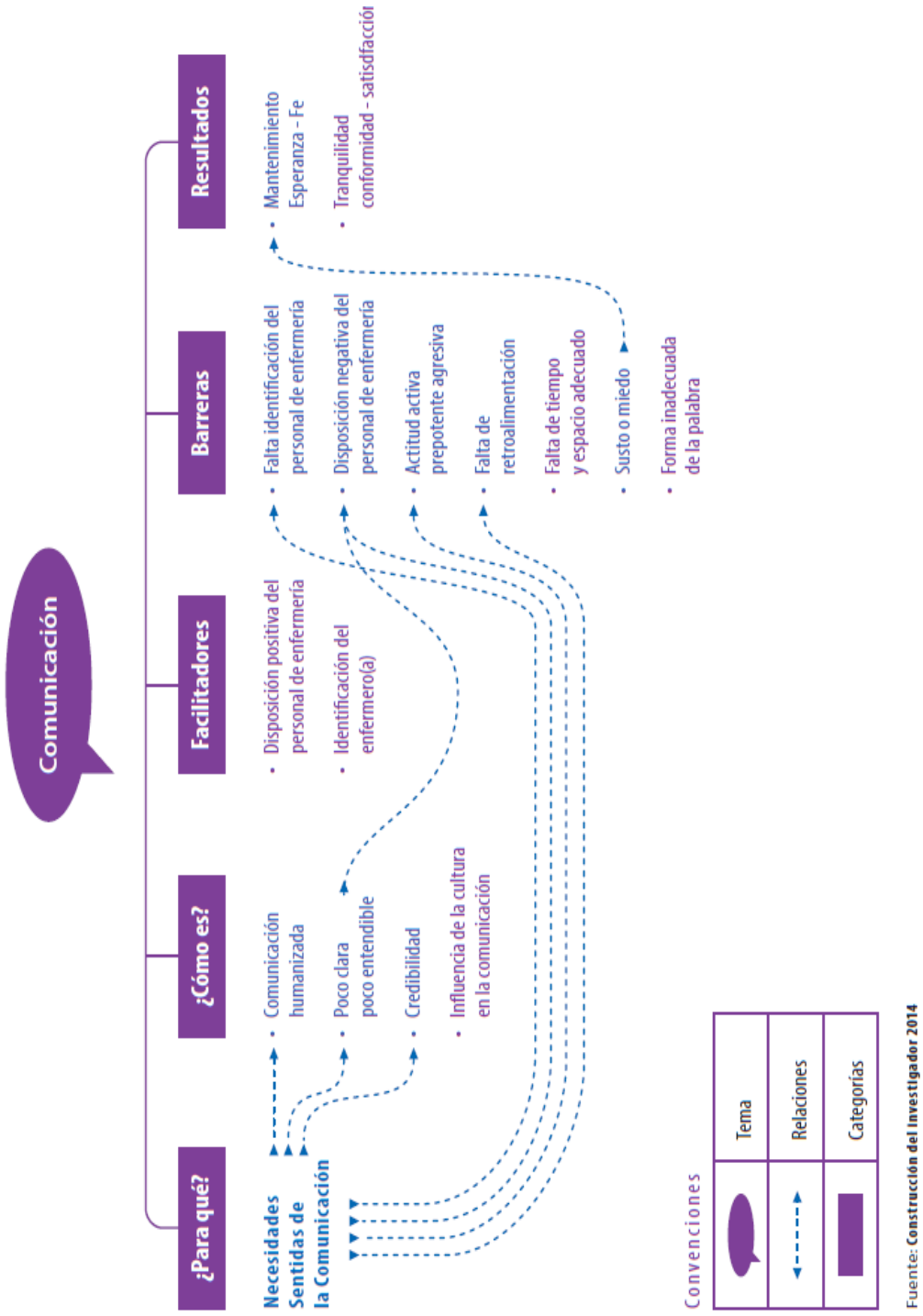
Fuente: Construcción del investigador 2014.

De las relaciones surgieron las siguientes proposiciones:

- La comunicación humanizada caracterizada por el buen trato, respeto, apoyo de la red primaria y secundaria, la cordialidad, calidez, fluidez, honestidad, la realidad de lo observable, cuando se brinda información de una forma segura, sin mentira, franca y en un lenguaje entendible para el interlocutor por parte de la enfermera en UCI permite identificar las necesidades sentidas de información por parte del familiar.
- La familia se siente tranquila, conforme y satisfecha con la comunicación cuando el personal de enfermería se encuentra dispuesto a realizar el acto comunicativo y permite la retroalimentación.
- La comunicación enfermera –familiar en el contexto de UCI se desarrolla en presencia de facilitadores y barreras que facilitan o entorpecen el acto comunicativo.
- Una comunicación poco clara – poco entendible por parte del personal de enfermería no permite aclarar dudas en relación con las necesidades sentidas por los familiares.
- La poca disposición del personal de enfermería para iniciar o mantener la comunicación con el familiar favorece un marco ideal para que en la familia no entienda o comprenda la información que se está suministrando.
- La ausencia o falta de retroalimentación en la comunicación enfermera –familia no permite que se culmine adecuadamente el acto comunicativo.

A continuación se presenta gráficamente los dos temas derivados del análisis con sus respectivas categorías, subcategorías y sus relaciones.

Diagrama 1. Tema Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos adultos.



5. Discusión

5.1 Tema1. Caracterización de la comunicación

5.1.1 Categoría 1. Para que comunicarse

En todo proceso comunicativo enfermero(a) –familia existe un objetivo *"necesidad de información", éste* se enfoca en saber cuáles son las condiciones de salud de la persona hospitalizada, las relacionadas con las necesidades físicas, emocionales y espirituales y otras personas indagan sobre todas las anteriores.

Es así como, el familiar al momento de comunicarse con el personal de enfermería tiene como propósito indagar, preguntar información en relación con las necesidades sentidas de la persona hospitalizada; ellos desean que esta comunicación sea entendible, coherente entre lo que se dice y se ve en la persona enferma, sincera, cordial, una comunicación humanizada. Lo anterior, genera un ambiente propicio para que se dé la relación de ayuda entre la diada generando un marco ideal para que se dé el proceso comunicativo de una forma adecuada, efectiva y eficaz; más aún, permitiendo al personal de enfermería ejercer un cuidado enfermero con calidad y calidez, esto produce en el familiar seguridad y confianza en que su ser querido está siendo bien atendido.

Es importante recalcar que la familia al momento de comunicarse con el personal de enfermería prima las necesidades de su ser querido (saber cómo esta, lo que necesita), por encima de sus propias necesidades, esto se refleja en cambios del rol familiar, en los patrones de descanso-sueño, alimentación, cambio de empleo, desplazamiento entre otros, generando estrés ansiedad impotencia, frustración, disconfort y miedo por los cambios a los que se ven sometidos. Por tanto, la familia considera el propósito como el enlace con el conocer o el saber acerca de la condición en la que se encuentra la

persona hospitalizada.

Es así que el profesional de enfermería al establecer la comunicación con el familiar, debe indagar cuál es el verdadero propósito de este proceso para ellos, tomarlo como referente para romper el hielo y así poco a poco generar un lazo afectivo y de confianza con este, permitiendo cumplir el objetivo de la misma.

El enunciado anterior tiene similitud, con lo expresado por Escartin[99], donde considera que en la relación de ayuda existe un propósito conocido y aceptado por ambas parte. También, Cerón[100], considera que el profesional de enfermería a diferencia de otros profesionales establecen una relación interpersonal más profunda con los familiares ya que son los que están más en contacto con el paciente, teniendo en cuenta que la comunicación, el contacto, la proximidad, la expresión de sentimientos, el acompañamiento, el estar con la familia son fundamentales para brindad cuidado con calidad basado en la humanización.

Dentro de esta relación, existen fases o etapas caracterizado por roles o funciones que tanto el familiar como la enfermera deben cumplir, aprender a trabajar en forma conjunta para resolver las dificultades o por lo menos tener una hospitalización menos traumática.

En la fase inicial se estable el primer contacto con el familiar, en busca de información que permita obtener datos acerca de la situación del paciente. Durante esta fase, se determina cómo será la relación durante el periodo de hospitalización, permitiendo solucionar los interrogantes que plantea el familiar dándole seguridad, confianza y apoyo.

Asimismo, Arnold [101] en su libro Relación Interpersonal considera que la comunicación entre el enfermero(a) y la familia tiene como objetivo la necesidad de información en particular la relacionada con la condición o cambio en la condición clínica de la persona hospitalizada De forma similar, Fernández destaca que en las organizaciones existen necesidades de comunicación, entre las cuales sobresale "*la información de carácter*

[99]ESCARTIN CAPARROS, María José. Influencia de las diferencias culturales en la relación de ayuda.[En línea] Disponible en internet: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5863/1/ALT_02_05.pdf.
[100]CERÓN.Óp.cit. p 33.
[101]ARNOLD Elizabeth y UNDERMAN BOGGS Kathleen. Interpersonal relationships professional communication skills for nurses. En: Communicating with families. 6ta ed. EstadosUnidos: Elsevier saunders, 2011: p. 266

personal" como esa necesidad que permite a los participantes en el acto comunicativo conocerse más e intercambiar ideas referentes a un tema en particular (condiciones de salud), así como humaniza las relaciones entre la diada (enfermero-familia), ya que las relaciones según el autor son un factor primordial en la comunicación[102].

Al contrario Bailey et al. encontraron que el brindar información al familiar sobre las condiciones de la persona mejora la satisfacción ya que es considerada por éste como una de las principales necesidades pero no influye en la ansiedad que experimenta la familia[103].

Por otro lado, Márquez[104] en su estudio *"experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la UCI"* encontró que la familia del paciente hospitalizado no busca información referente al estado clínico, sino información de competencia del personal de enfermería en relación con el diario vivir de la persona hospitalizada como: ciclo de sueño, dieta, baño, entre otros. Asimismo en el artículo de revisión de Pérez[105] considera información de competencia del profesional de enfermería "todas las actuaciones prestadas de las cuales somos responsables. (Dimensión independiente del cuidado). Sobre la que tenemos el conocimiento, la habilidad y la destreza para su desarrollo. Es decir en las intervenciones de Enfermería en las que somos competentes, y del resto de intervenciones interdependientes y dependientes, podemos orientar, que no es lo mismo que informar. Orientar, es aclaración de dudas, ofrecer recursos, derivar al profesional competente". En este mismo sentido los participantes de este estudio manifestaron como importantes a la hora de establecer la comunicación con el enfermero(a) las necesidades de la persona hospitalizada.

Por otro lado, en relación a la frecuencia de aparición de las unidades de registro en esta categoría se pudieron encontrar similitudes con lo hallado en diferentes estudios mencionados con anterioridad en donde la necesidad de información sobre el estado de salud sigue siendo por la familia como la más importante de satisfacer por el personal de enfermería en el contexto de la UCI.

[102]FERNANDEZ. Óp. Cit. p. 61.
[103] BAILEY. Óp. Cit. p.117.
[104]MÁRQUEZ. Óp. Cit. p. 82.
[105]PEREZ FERNANDEZ, Carmen, et al. Comunicación una necesidad para el paciente y la familia. Una competencia de enfermería.[En línea] Disponible en internet: http:revistas@enfermurg.com.

Para concluir se puede decir que, la experiencia comunicativa entre el enfermero(a) y el familiar está enmarcado por un propósito conocido por este, pero que el profesional de enfermería debe indagar, escudriñar con el fin de establecer una relación de empatía y confianza con el familiar para que este no se encuentre prevenido y decida callar su verdadera intención que es el de informarse en relación a la condición en la que se encuentra su ser amado; además, la enfermera debe buscar los medios o mecanismos para que el familiar se sienta a gusto iniciando el acto comunicativo, entienda lo que el personal de salud trasmite y lo más importante mitigue de una forma más humana la experiencia que están viviendo en el momento.

5.1.2 Categoría 2. La comunicación es

Esta categoría aporta a la construcción de conocimiento de manera importante al describir como es la comunicación que tiene el familiar con el personal de enfermería que labora en la UCI.

De esta forma el familiar considera la comunicación con el enfermero(a) como honesta, directa y real basada en la verdad, en la objetividad del mensaje que trasmite éste y lo que pueden ellos observar en la persona enferma. Al mismo tiempo, destacan que dicha interacción es respetuosa, segura, efectiva y agradable; todas estas cualidades que se dan en el acto comunicativo son consideradas por la familia como positivas generando en ellos disminución de la ansiedad, estrés y aumento de la satisfacción por el apoyo brindado por el personal de enfermería en situación de crisis; además, favorece que se establezca la comunicación entre la diada (personal de enfermería –familiar). Del mismo modo Cerón[106] describe que la comunicación de la verdad debe darse de una forma lenta, continuada y paulatina, respetando el ritmo y las condiciones personales del familiar, esto se produce a través de un proceso continuo de maduración. Aunque se diga la verdad no se debe quitar la esperanza, esto permite al familiar afrontar de una forma adecuada la verdadera condición en la que se encuentra la persona hospitalizada.

[106] CERON. Óp. Cit. p.37.

Por el contrario, la familia percibe el acto comunicativo en la UCI está enmarcado por la falta de comprensión de los mensajes trasmitidos por el personal de enfermería ya que utilizan un lenguaje no adaptado a su cultura, lugar de origen o nivel educativo; quizás porque estos no comprueban, indagan, preguntan o corroboran la información suministrada "***solo existe una comunicación unidireccional***", expresando el familiar que hay ausencia de retroalimentación. Es así como, la ausencia de retroalimentación en el acto comunicativo pone de relieve la falta de disposición e interés de la enfermera por mantener el proceso comunicativo, esto se refleja en el familiar en la no compresión de la información originando frustración, estrés, disconfort, insatisfacción y entorpeciendo la finalidad del proceso que es establecer una relación intersubjetiva entre la diada cumpliendo con un verdadero cuidado de enfermería basado en la humanización, el respeto y la reciprocidad. Por lo tanto la comunicación no puede ser un acto de trasmisión de mensajes en un solo sentido, se debe tener en cuenta que para que haya una comunicación real se debe trasmitir el mensaje de una forma bidireccional generando una respuesta en el receptor ; es por ello, que se debe mirar al familiar como un componente reducible en partes sencillas, con sus propias necesidades de información, particularidades y expectativas las cuales la enfermera que labora en UCI debe tener en cuenta y buscar los mecanismos propios para satisfacer esa necesidad y así cumplir con el propósito de la comunicación que es la compresión del mensaje, establecer y fortalecer la relación entre las partes. Lo anterior tiene similitud con lo expresado por Berger, Luckman y Watzlawich citado por Noreña[107] en donde la comunicación implica entender que, para resaltar la función comunicativa, hay que reconocer que cada individuo tiene un mundo interno subjetivo que está caracterizado por los conocimientos adquiridos, un estado de salud y una condición psicológica y mental específica. Estos condicionantes personales, finalmente determinan, la forma como se informa algo a otro individuo, quien también posee un mundo interno subjetivo diferente. Además, estos conceptos nos explican cómo el mensaje siempre se descodifica mediante un acto de interpretación. Por esta razón, es que el mensaje debe ser lo más explícito posible, porque, sabemos que no existe una realidad objetiva, igual para todos los seres humanos, cada persona tiene una representación propia de la realidad, lo que denominamos como realidad son construcciones cognitivas, que vienen determinadas por factores socioculturales, familiares y personales.

[107] NOREÑA. Óp. Cit. p. 119.

Asimismo este hallazgo tiene similitud con lo descrito por Escartín[108] en donde considera que la comunicación debe ser clara, en todo lo posible sin interferencia como una característica importante de la relación de ayuda. Del mismo modo, Ibáñez citado por Vanegas[109] afirma que los pacientes y sus familias en muchas ocasiones y principalmente los que se encuentran en la UCI, tienen deseo de conocer la verdad con respecto al diagnóstico y evolución; pero para que la información que recibe el paciente-familia sea efectiva , las explicaciones deben ser pausadas, ordenadas y se debe utilizar un lenguaje sencillo sin tecnicismos y adaptado al grado intelectual y cultural del paciente, todo esto ayuda a que el paciente-familia sepa que es lo que está pasando.

Otra cosa que la familia expresa con frecuencia es la necesidad de humanización en la comunicación, éstos tienen comentarios contradictorios en relación al tema. Por una parte ellos expresan que el personal de enfermería tiene una comunicación humanizada porque cubren sus necesidades de información, los tratan con respecto, cordialidad y amabilidad, sintiéndose apoyados; además, porque brindan el mensaje de forma cálida, no tan dura – ni hostil. Lo anterior genera un lazo afectivo que permite a la diada una fluidez en la trasmisión del mensaje y se da como resultado un acercamiento entre las partes. Por el contrario, la comunicación no es humanizada para ellos, porque el enfermero(a) somete a la persona hospitalizada, como a su familia a maltrato emocional ya sea por comentarios o actitudes a la hora de establecer la comunicación; esto genera aislamiento e impide que se dé la comunicación de una forma adecuada.

En este mismo sentido manifiesta Nóbrega Morais et al.[110] y Rocha[111] que la comunicación debe hacerse de una manera atenta y respetuosa, usando un lenguaje accesible, estableciendo así una comunicación genuina, empática, cordial, ofreciendo los elementos necesarios para satisfacer a los paciente- familia mediante la atención que les ayude a describir su experiencia, dando prioridad a lo que piensan y siente; así como todas estas cualidades permiten al profesional de enfermería acercase e

[108] ESCARTIN. Óp. Cit. p. 88.
[109]VANEGAS, Blanca Cecilia, et al. Experiencia de profesionales de enfermería en el cuidado psicoemocional de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos. En: Rev. Colombiana de enfermería. Agosto, 2008, vol. 3 no. 3, p. 24.
[110]NOBREGA MORAIS, et al. Communication as a basic instrument in providing humanized nursing care for the hospitalized patient. En: Acta Paul Enferm. 2009, vol. 22 no. 3, p. 323-7.
[111] ROCHA. Óp. Cit. p.81

interactuar con el paciente y la familia . Por lo tanto, la comunicación en la relación entre los profesionales de enfermería- familia es un instrumento básico para construir estrategias que tienen como objetivo una atención humanizada, tales como la utilización de un lenguaje accesible, la escucha atenta, una sonrisa o una expresión de confianza, una mirada que demuestre tranquilidad, un tacto afectivo que proporciona apoyo y consuelo o una palabra que anime y eleve los pacientes.

De la misma forma Canovas[112] considera que el cuidado humanizado es, ante todo respetar la dignidad de todo ser humano y relacionarnos unos con los otros de manera personalizada especialmente cuando nos encontramos en situaciones de vulnerabilidad y necesidad como es el caso de la enfermedad. Asimismo, Escartin[113] considera que en la relación de ayuda existen unas características que la definen dentro de las cuales se encuentra **"***la preocupación por los otros",* interpretada por el autor como esa actitud que refleja calor, apoyo e interés por el cliente, comunicándole un deseo real de ayudarle en su situación de vulnerabilidad.

La comunicación enfermero(a) –familia está influenciada por cultura en la que se desenvuelven y pertenecen los participantes (el estrés, las barreras físicas como la ciudad o el ambiente hospitalario), permitiendo que se establezca o no la comunicación. Lo anterior tiene relación con lo expresado por González[114] quien considera que la cultura proporciona un significado heterogéneo o pluralismo al lenguaje de cada persona y grupo social. El autor describe que la enfermera profesional debe poseer ciertas competencias comunicativas y no solo competencias lingüísticas. Es por ello que por medio de la cultura se enseñan a los individuos como comunicar a través del lenguaje, los gestos, los vestidos, la comida y la forma de utilizar el espacio. La enfermera no debe establecer la comunicación solo desde la perspectiva de la cultura propia; esto puede llevar a un choque cultural, podría aflorar emociones negativas, por lo que requiere del profesional un esfuerzo no solo por aproximarse a otras culturas, sino a

[112]CANOVAS, Tomas. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacionaren el ejercicio de la profesión. Trabajo de grado Tesis de Doctorado. Murcia: Universidad de Murcia. Departamento de teoría e historia de la educación, 2008, p. 99.
[113]ESCARTIN. Óp. Cit. p. 90.
[114]GONZALES JUAREZ, Liliana y NOREÑA PENA, Ana. Comunicación intercultural como medio para favorecer el cuidado culturalmente aceptable. En: Rev. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Enero, 2011, Vol. 8 no. 1, p.55.

la cultura propia. De forma similar García [115], considera que el profesional de enfermería en la relación terapéutica (enfermera –cliente) dentro de ella existen variables socioculturales que la influencian dentro de las cuales se destacan: la edad, el género, la etnia, el estatus o clase social, la situación política y la economía del país, todos estos factores positivos o negativos favorecen o entorpecen la relación.

Todos estos aspectos fueron evidenciados de forma clara en las unidades de análisis que soportaron cada una de las subcategorías y que dejaron ver que estas cualidades son necesarias para que el profesional de enfermería pueda establecer una comunicación eficaz basada en la humanización del cuidado.

Según lo expresado por los participantes y la unidades de registro que dieron soporte a esta subcategoría "la credibilidad" es una característica preponderante a la hora de establecer relación con el personal de enfermería; ya que por medio de esta ellos identifican si los datos suministrado son confiables y validos; sino es así, deciden dirigirse al personal que ellos consideran más idóneo para recibir la información que le brinde seguridad. De forma similar Cerón[116], en su estudio describe la importancia que tiene en la comunicación lo que se dice (no va significar mucho para la mente de la persona que escucha) a menos que una persona sea confiable y digna de ser creída, en conclusión no puede haber acción de comunicar donde no hay credibilidad, ni acuerdo. En el mismo sentido, considera que existe una relación directamente proporcional entre lo que se dice y lo que se ve, expresando en consecuencia que el grado de inconsistencia entre estos elementos son factores determinantes y decisivos para la credibilidad.

Márquez[117], Garcés[118] encontraron que el apoyo de la red primaria (familia- amigos) eran considerados el soporte que mitigaba el impacto que significaba la hospitalización de su ser querido en la UCI y éstos influían positivamente en la recuperación del paciente. De manera complementaria se evidencio en este estudio que la familia incluye también al personal de enfermería (apoyo red secundaria) como soporte, apoyo que le brinda

[115] GARCIA LOMBARDA, Ana y RODRIGUEZ RODRIGEZ, Carlos. Factores personales en la relación terapéutica. En: Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Diciembre, 2005, Vol.25 no 96, p. 29-36.
[116] CERON. Óp. Cit. p. 33.
[117] MÁRQUEZ. Óp. Cit. p. 77.
[118] GARCÉS CARRANZA, César. Trabajador social y la importancia de la comunicación con los familiares de pacientes admitidos a la unidad de cuidados intensivos. En: Portularia. Noviembre, 2009, vol. 9 no. 2, p. 155-161.

mejoría psicológica a la persona hospitalizada e influye positivamente en su recuperación.

5.1.3 Categoría 3. Facilitadores de la comunicación

Esta categoría hace referencia a algunos mediadores de la comunicación.; estos facilitadores involucran formas de proceder o actitudes del personal de enfermería en el acto comunicativo por medio de comportamientos, formas de actuar, expresiones o sentimientos. Estas conductas permiten que establezca apropiadamente los canales de comunicación ayudando a establecer la relación entre la diada. En este sentido se puede decir que la actitud positiva del profesional de enfermería se puede estudiar desde la perspectiva de la Metacomunicación ya que esta puede describir todos los factores conductuales que influencian como el mensaje es percibido. Es así como, a través de la comunicación verbal y no verbal (gestos, contacto visual, posturas corporales entre otras); el profesional de enfermería acepta, demuestra interés o respeto por su cliente, abriendo un camino ideal para que se dé la comunicación. De manera complementaria García[119] , describe que en la comunicación enfermera-familia existe la participación de mediadores culturales, no solo para traducir las palabras, sino que va más allá, abarcando todos los aspectos de la comunicación no verbal (olor, gestos, movimientos corporales, silencios etc.) que culturalmente son clave. La comunicación verbal, adquiere significados desde el origen cultural, la participación de estos mediadores pueden contribuir en la compresión de los cuidados y tratamientos recibidos tanto al paciente y familia, así como en todos los actos del cuidado enfermero[120].

En este estudio se encontró que actitudes como la agresividad, altivez versus la disposición frente al acto comunicativo generaban una ambivalencia de sentimientos en la familia provocando en ellos aumento del estrés, tristeza, ira, disconfort pero al cabo de un tiempo ellos sentían gratitud, satisfacción al poder establecer la comunicación con el personal de enfermería cuando se daba de una forma adecuada y asertiva. De forma similar Leonel[121] describe que existen diversas formas de comunicarse: expresión verbal, no verbal, visual, gestos y expresiones, así como postura y posición. A pesar de

[119] GARCIA. Óp. Cit. p. 35.
[120] Ibíd. p. 56.
[121] LEONEL, Adela Alba , FAJARDO ORTIZ, Guillermo, et al. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. En: EnfNeurol. 2012, vol. 11, no. 3, p. 138-141.

que la comunicación verbal es la que más se utiliza, la no verbal es el reflejo de lo que realmente queremos comunicar y se evidencia de distintas maneras: la forma en cómo comunicamos y si en verdad se muestra un interés en lo que se dice y lo que se hace, esto genera una respuesta positiva en las personas que permite que se dé la comunicación de una forma efectiva y haya credibilidad por lo dicho.

En el presente estudio fue posible identificar que, de acuerdo con lo expresado por los familiares, la disposición positiva o negativa actuaban como un facilitador o barrera al momento de establecer la comunicación, es así como, por medio de formas de actuar ante el proceso se puede facilitar o distanciar la relación entre la diada. Al respecto conviene decir que según lo expresado por Cánovas[122], quien enfatiza en que la actitud de ayuda del profesional de enfermería puede brindar compresión y apoyo durante la estancia hospitalaria, lo cual puede mejorar la interacción entre las partes. Por el contrario cuando existe una actitud de frialdad, desinterés y prejuicio esto descarta desde el principio cualquier posibilidad de comunicación.

Para concluir se puede decir que en relación con las unidades de registro en esta categoría la familia considera que en la comunicación entre las partes está modulada por conductas que involucran palabras, gestos, expresiones, posturas, movimientos de ojos o la ausencia como factores preponderantes en la interacción y que son el eje central para que no se dé una comunicación efectiva y se brinde por consiguiente un adecuado cuidado enfermero. En el mismo sentido Rocha[123] en su análisis cualitativo considera que en enfermería es necesaria la comunicación verbal y no verbal, siendo una competencia o habilidad que posibilita el reconocimiento de las necesidades individuales, el establecimiento de una relación interpersonal significativa y el cuidado de enfermería.

5.1.4 Categoría 4. Barreras en la comunicación

Esta categoría hace alusión a las dificultades presentadas por la familia a la hora de establecer la comunicación con el enfermero(a), es de resaltar que existen innumerables dificultades en ese proceso dentro de las cuales están las relacionadas con el espacio físico de la UCI. La falta de un espacio adecuado que les permita a ellos preguntar e

[122] CANNOVAS. Óp. Cit. p. 99.
[123] ROCHA. Óp. Cit. p. 77.

indagar sobre la condición clínica de su ser querido y aquellas relacionadas con la expresión de sentimientos derivadas de la vulnerabilidad emocional a los que están sometidos. Del mismo modo, Cerón[124] encontró como dificultad para la comunicación que no exista un espacio específico para intercambiar impresiones entre los familiares y los profesionales de la salud, incrementando la ansiedad y el sentimiento de impotencia de los miembros de la familia. De manera complementaria, Darmos y Colegas citado por Garcés[125] , en su estudio concluyó que la reunión con los familiares con una estructura específica y espacio adecuado les permite a los familiares expresar sus emociones y alcanzar resultados y expectativas realistas referentes al estado de salud de su ser querido.

En relación con las unidades de registro en esta categoría se encontró como dificultades para la comunicación las relacionadas con la ausencia de saludo, la falta de presentación y de identificación del personal de enfermería. Ellos consideran que estos tres tópicos nombrados con anterioridad no les permiten establecer una comunicación eficaz, a diferencia de lo encontrado por Navas [126] donde describió la percepción que tenía el familiar del trato digno; dentro de los cuales se encontraban el saludo y la presentación del personal de enfermería ante la familia y el paciente , ya que estos según el autor eran los que proporcionaban cuidados, establecían una relación de ayuda y utilizaban la comunicación como una herramienta que generaba seguridad y confianza dando como resultado el respeto y el trato digno. En el mismo sentido, las instituciones de salud consideran estos dos tópicos como importantes a la hora de evaluar el trato digno ofrecido por el profesional de enfermería, esto aumenta la satisfacción de los pacientes y familias por los servicios ofrecidos[127].

Por lo tanto, la falta de identificación del personal de enfermería (evidenciado por la ausencia de saludo, presentación e interés por iniciar la comunicación), no posibilita a que el familiar identifique, reconozca, con quien pueda establecer el proceso comunicativo. Todo lo anterior, no permitea estos cumplir con el propósito de la

[124] CERON. Óp. Cit. p.37.
[125] GARCÉS. Óp. Cit. p. 157.
[126]ROMERO GARCÍA, Martha.La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. [En línea] disponible en internet: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239912000922?via=sd&cc=y.
[127]NAVAS GALAN, María Guadalupe y ZAMORA RUIZ, Patricia. Percepción del trato digno de los familiares de los enfermos neurológicos en el instituto nacional de Neurología y Neurocirugía. En: Rev: Neurolol (mex). 2010, Vol.9 no.1, p.32-38.

comunicación que es conocer, indagar, escudriñar, proponer sobre el estado de salud de su ser querido; es así como, al identificarse el enfermero (a) actuaría como una puerta de entrada, se rompería el hielo generando empatía, confianza o contacto estableciendo de una forma más humana la relación entre la diada; además, propicia un marco ideal para que se dé la comunicación en dos sentidos y no de una forma unidireccional.

Por otro lado, la familia identifican ciertas características del enfermero (a) como: la persona que gestiona y organiza, la que tiene mayores conocimientos, la que brinda datos válidos, confiables y seguros con relación al estado de salud de la persona hospitalizada; asimismo, las conciben como aquellas personas distantes, no cordiales ni amables al momento de establecer el acto comunicativo, a pesar de reconocer ciertas cualidades del enfermero(a) estas no le permiten identificarlas de una forma inmediata; sino que la familia decide buscar por sus propios medios estrategias secundarias para identificarlos como: indagar que persona está atendiendo a su familiar, por escuchar al personal que labora en la UCI nombrar quien es la jefe entre otros; esto genera en ellos inseguridad, se previenen , asustan o deciden no iniciar la comunicación interfiriendo con la relación. En este mismo sentido Morales[128] en su estudio cualitativo percepción de la comunicación entre el paciente, enfermera en los servicio de hospitalización encontró que la familia distingue a la enfermera profesional por su toca con cinta negra y por sus actuaciones de poder, delegación de funciones, toma de decisiones, realización de procedimientos específicos, supervisión y en la asesoría que les brinda al personal auxiliar. Además porque le corresponde la responsabilidad de establecer el tejido comunicacional en sentido horizontal con el equipo de salud y en sentido vertical hacia el personal auxiliar, el paciente y la familia considerando la comunicación con el engranaje que permite desempeñar su rol en los servicios de hospitalización. Un grupo importante de los encuestados, no diferencian las actuaciones de la jefe, es más no la perciben.
En este mismo sentido Navas[129] concluye que dentro de las intervenciones de enfermería para brinda buen trato esta establecer una relación empática enfermera – paciente –familia, para que permita a ésta, conocer reacciones positivas o negativas para planear un cuidado con calidad, adecuado a las necesidades individuales. Asimismo,

[128] MORALES, Manuel José, et al. La comunicación entre el personal de enfermería, el paciente y la familia en algunos servicios hospitalarios médico quirúrgicos. Medellín, año 2000. [En línea] Disponible en internet: http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-43/enfermeria4301-comunicacion.
[129] NAVAS. Óp. Cit. p. 33.

Márquez[130] encontró que la familia identifica especialmente del enfermero(a) la necesidad de reconocimiento de sus sentimientos y percepciones, manifestadas en mayor empatía y cercanía en la atención y trato.

Por otro lado la falta de retroalimentación por parte del profesional de enfermería puede ser una forma de evadir o falta de interés por mantener el acto comunicativo. Lo anterior puede estar relacionado con el miedo que expresan estos por no saber que decir al momento en el que el familiar haga preguntas difíciles con respecto al estado de salud de su ser querido; o una forma de mantener el estatus dominante del profesional sanitario frente alfamiliar de la persona hospitalizada en la UCI , ambas posiciones actuarían como un mecanismo de defensa por parte del enfermero (a) entorpeciendo el proceso comunicativo generando en la familia aumento disconfort, ira, rabia, estrés e insatisfacción por los servicios prestados.

Lo anterior tiene relación con lo expresado por Canovas[131], Campos[132], Gonzalez[133] quienes describen que los profesionales de enfermería no dirigen la mirada al paciente o familia para no interaccionar con ellos. Esto genera una despersonalización del cuidado enfermero. En muchas ocasiones puede ser por falta de tiempo, pero en la mayoría de los casos se debe a la ansiedad que el profesional experimenta si el paciente o la familia le preguntan y no tienen una respuesta a dicha cuestión, o bien a dificultad para relacionarse. En palabras más coloquiales al miedo que tienen de “meter la pata” cuando se encuentran con el sufrimiento, la fragilidad, la vulnerabilidad de la persona que cuidan o su familia. De igual forma, en el presente estudio fue posible identificar que, de acuerdo con lo expresado por los familiares, el profesional de enfermería evade, huye, no tiene tiempo o habilidad para la comunicación con ellos, éstos se sienten insatisfechos, poco apoyados o aislados e impidiendo de alguna forma que se dé el acto comunicativo.

Cerón[134] describe que los estados de ansiedad, miedo, confusión, negación, ira entre otros que viven las familias, con lleva a estados de retraimiento, falta de interés, que son

[130] MARQUEZ. Óp. Cit. p 83.
[131] CANOVAS. Óp. Cit. p.99.
[132] CAMPO MARTINEZ, MC. y CORTINA GAMBOA, MJ. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. En: enfermería global. Octubre, 2011.[En línea] Disponible en internet: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24.
[133] GÓNZALEZ ORTEGA, Yariela. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. En: Aquichan. Octubre, 2007, Vol. 7 no.2, p. 135.
[134] CERON. Óp. Cit. p. 63.

una dificultad para acercarse e interactuar, causando de este modo, déficit en el proceso de comunicación. Del mismo modo, los participantes del presente estudio manifestaron que los sentimientos como miedo, susto, afán que se originaba al establecer o mantener el acto comunicativo con el profesional de enfermería, eran ocasionados por el desconocimiento o el oír malas noticias relacionadas con el estado de salud de su ser querido, esto provocaba estado de negación como mecanismo de defensa y no permitía que se diera de una forma efectiva el proceso de comunicación.

Llama la atención que el estado impositivo en la relación enfermera-paciente, la forma inadecuada de expresar el mensaje, o la manera inapropiada de hacerse comprender, generan en el familiar disconfort, insatisfacción, aumento de la ansiedad, estrés y se sentían ofendidos. En el mismo sentido Morales[135] describe que los comportamientos que hacen alusión a la falta de interés y paciencia generaban en el paciente y la familia insatisfacción y actitudes de falta de respeto entorpeciendo la interacción.

Para concluir se puede decir que todas las dificultades presentadas al establecer el acto comunicativo enfermero(a) –familia no permiten que se dé de una forma adecuada la relación de ayuda, por el contrario, estas entorpecen la interacción enfermero(a) – familia haciendo que la comunicación no sea eficaz y efectiva.

5.1.5 Categoría 5. Resultados de la comunicación

En esta categoría hace referencia a los resultados que se dan en dicha interacción, dentro de los cuales encontramos sentimientos como esperanza –fe y tranquilidad todo derivado del estado de salud en la que se encuentra la persona hospitalizada.
Del mismo modo, Campos[136] , Rocha[137] dentro de su análisis cualitativo como hallazgo importante encontraron que, las enfermeras consideraban la comunicación como ese instrumento que le permitía alcanzar el sentimiento de confianza y de vínculo con el paciente y familia. Lo anterior surge de la empatía entre profesional –familia producida desde el ofrecimiento a sus demandas, aclarando dudas y era una oportunidad que las enfermeras tenían para dar soporte y donde percibían que su ayuda era efectiva.

[135]MORALES, Manuel José, et al. La comunicación entre el personal de enfermería, el paciente y la familia en algunos servicios hospitalarios médico quirúrgicos. Medellín, año 2000. [En línea] Disponible en internet: http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-43/enfermeria4301-comunicacion.
[136] CAMPOS. Óp. Cit. p. 106-7.
[137] ROCHA. Óp. Cit. p. 81.

Los participantes estudio expresaron la esperanza como ese sentimiento que permite a ellos tener fortaleza en situación de crisis y que les ayuda afrontar de una forma más adecuada la experiencia que están viviendo. Esto es similar a lo descrito por Concha Zaforteza en su investigación relación entre las enfermeras de UCI – familiares: plantea como estrategia para mejorar la comunicación con las familias que se debe trasmitir la esperanza, describiendo esta como una expectativa de futuro positiva en relación a un deseo, del mismo modo, es importante que el profesional de enfermería evite dar falsas esperanzas al familiar ya que el descubrir estos la verdad, puede sumirlos en la soledad más profunda.

Además, para el familiar del paciente hospitalizado en la UCI expresa que al momento de comunicarse con el personal de enfermería existe una ambivalencia entre el saber la verdad y el miedo o susto de saber cuál es la condición en el estado de salud de su ser querido. Es así como utilizan la espiritualidad, el creer en un ser supremo actúa como mediador que le permite a ellos afrontar de una forma adecuada la situación de crisis que están viviendo, además como una estrategia que brinda tranquilidad y seguridad.

Para finalizar se puede decir que en la comunicación enfermero- familia se espera que en dicha interacción halla una respuesta al mensaje trasmitido, por medio de sentimientos, expresiones, actos entre otros, y que el mensaje trasmitido genere un impacto en la persona que lo recibe, entendiéndose esta como la comprensión en totalidad de lo que se está diciendo.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

- Con base en el análisis de la información suministrada por los participantes frente al fenómeno de la comunicación entre el Familiar y las enfermeras(os) en las UCI, es posible concluir sobre un tema general: la caracterización de la comunicación enfermera-familiar de la persona hospitalizada en la UCI, a partir de la cual surgieron 5 categorías que describen las características de la comunicación entre la diada y que dan respuesta a la pregunta y objetivo propuesto para esta investigación.

- El enfermero(a) no considera importante la comunicación como una herramienta terapéutica que favorece la interacción entre la diada y que es fundamental y/o constitutivo del cuidado al paciente y familia, según lo describen las personas participantes.

- El familiar de la persona hospitalizada en la UCI demanda de la enfermera profesional cualidades como: amabilidad, cordialidad, empatía, reconocimiento y un lenguaje entendible. Estas son importantes en la comunicación y están enfocadas en satisfacer la necesidad de información, requerimiento de una comunicación humanizada, apoyo en situación de vulnerabilidad y expresión de sentimientos, en procura de mejorar la relación de ayuda entre la diada. La presencia de estos elementos permite que se establezca adecuada comunicación; en su ausencia no se de el acto comunicativo.

- El proceso comunicativo familiar –enfermero(a) está enmarcado por la necesidad de información, manifestada por los familiares, sobre el estado de salud y las necesidades físicas, espirituales, emocionales de la persona hospitalizada Todos

estos aspectos deben ser tenidos en cuenta por el profesional de enfermería al satisfacer la necesidad de comunicación, como una forma de brindar apoyo generando un marco ideal para interactuar con las familias.

- La honestidad, cordialidad, asertividad, credibilidad, respeto que tiene el profesional de enfermería al momento de iniciar, mantener o finalizar el acto comunicativo, son aspectos constitutivos de la comunicación enfermero(a) – familiar. Estas cualidades generan un ambiente propicio para el intercambio de ideas, expresión de sentimientos positivos o negativos que se relacionan con el estado de labilidad emocional en el que se encuentra el familiar como producto de la hospitalización de su ser querido en la UCI.

- La comunicación entre las partes tiene como finalidad establecer una relación entre el profesional de enfermería y la familia, dado que a través del intercambio continuo de experiencias, sentimientos, conductas, actitudes positivas o negativas que son trasmitidas por medio de la comunicación verbal y no verbal se puede establecer un lazo afectivo que permite que se inicie, mantenga o finalice el acto comunicativo de una forma efectiva y eficaz.

- El personal de enfermería no considera importante la retroalimentación como una herramienta primordial en el acto comunicativo y que puede ayudar a la familia a comprender de una mejor manera que es lo que está pasando con su ser querido.

- Las barreras en el proceso comunicativo entre la enfermero(a) y el familiar, alteran la adecuada relación entre los interlocutores, entorpeciendo los canales de trasmisión del mensaje, lo que puede conllevar a comunicación inadecuada o negación a establecerla en el momento inicial.

- Dentro de las dificultades en la comunicación y que fueron hallazgos importantes en esta investigación se encontró que la falta de retroalimentación y deidentificación del personal profesional de enfermería aspectos claves en todo proceso comunicativo no permitían que se diera una comunicación efectiva y adecuada entre las partes (familia –enfermero), entorpeciendo los canales de

comunicación e impidiendo establecer de una forma adecuada la relación de ayuda. Por lo tanto , el profesional de enfermería debe tener en cuenta estos dos tópicos como importantes e imprescindibles al momento de establecer la comunicación con las familias en el contexto de UCI esto facilita todo el proceso, generando un lazo afectivo que trasciende el simple informar en un verdadero cuidado enfermero.

- En relación con los resultados de la comunicación enfermero(a) – familia, es posible afirmar que ésta engloba sentimientos como la esperanza y tranquilidad. Todo lo anterior en relación con las expectativas que tienen los familiares con respecto a la información suministrada por el profesional de enfermería, actuando en la familia como mecanismos protectores que le permiten a ellos afrontar de una forma más humana la realidad que viven en ese momento.

6.2 Recomendaciones

Los resultados de este estudio permiten indicar algunas recomendaciones tanto para la asistencia, como para la docencia, la investigación.

A continuación se enuncian las recomendaciones en cada área derivadas de los hallazgos.

Recomendaciones para la práctica:

- La enfermera de manera personal busque consolidar conocimientos y herramientas que permitan fortalecer la comunicación con la familia en el entorno de UCI como una forma de brindar un verdadero cuidado de enfermería.

- Facilitar las condiciones y los espacios que le permitan al núcleo familiar comunicarse con el personal de enfermería esto incluye: un espacio privado dentro de la UCI y tiempo adecuado para la expresión de sentimientos y las relacionadas con necesidades de información sobre el estado de salud y las necesidades de la persona hospitalizada.

- Generar estrategias personales y grupales para mejorar la comunicación con las familias como: la escucha activa, mejorar el lenguaje técnico a nivel cultural, educativo o de compresión del receptor, brindar espacios para atender las necesidades de información, la retroalimentación el cual engloba no solo el dar información, sino esperar preguntas y dar respuesta a las inquietudes derivadas de la comunicación establecida, propiciar espacios para la comunicación diferentes a la hora de visita entre otros.

- Fortalecer la esencia del cuidado a la familia esto incluye no solo el prestar atención aspectos biofísicos del paciente, sino incluir los relacionados con las necesidades espirituales, emocionales, materiales de la familia.

- Mejorar la actitud frente al proceso de comunicación por medio el lenguaje verbal y no verbal como una forma de demostrar compresión, interés y apoyo a la familia, en otras palabras el ponerse en el lugar del otro.

- Buscar estrategias que permitan al familiar identificar al profesional de enfermería y diferenciarlo del auxiliar como forma de facilitar el inicio de la comunicación entre las partes.

Para la institución:

- Desarrollar planes educativos que permita al personal de enfermería mejorar habilidades comunicativas, con el objetivo de establecer una relación de ayuda a la familia que le permita a ellos una mejor compresión de la vivencia y un adecuado afrontamiento de la situación que implica la hospitalización de un ser querido en la UCI.

- Fortalecer programas dirigidos al personal que labora en la UCI para mejorar la comunicación humanizada, orientado sus programas hacia: el buen trato, cordialidad, amabilidad, el uso adecuado del lenguaje, la atención oportuna a las dudas, manejo del estrés entre otros.

- Establecer un espacio privado, cómodo donde se pueda brindar al núcleo familiar información de competencia médica y de enfermería como una forma de permitir a ellos la expresión de sentimiento, aclarar dudas e inquietudes de una forma más humana.

- Normativizar un tiempo dentro de la visita para que el profesional de enfermería se siente con el familiar a aclarar dudas, inquietudes e inconformidades relacionadas con la información que es de su competencia.

Para la Docencia:

- Fortalecer los programas académicos de pregrado y postgrado enfocando sus currículos académicos no solo en la parte del saber técnico científico del cuidado enfermero. Sino incluir el cuidado enfermero en situaciones que comprometan la esfera psicológica, emocional y de trato humanizado al paciente, familia y comunidad.

- Fortalecer desde la academia habilidades comunicativas, y manejo de situaciones difíciles en el campo de la práctica profesional.

Para la Investigación:

- Se recomienda realizar investigaciones de intervención enfocadas a saber cómo mejorar desde el cuidado práctico la comunicación con las familias en el contexto de UCI.

- Se recomienda profundizar más en las subcategorías que surgieron como hallazgos de importancia dentro de ésta investigación como: la falta de retroalimentación e identificación del profesional de enfermería.

Para la generación de políticas

- Contemplar dentro de las políticas en educación que los currículos o pensum académicos de la Universidades tengan dentro de sus programas establecidos el

fortalecimiento de la comunicación y el desarrollo de habilidades comunicativas como una forma eficaz de atender a las personas, familias y comunidades en situaciones de vulnerabilidad.

Mecanismos de divulgación y socialización de la investigación

- El estudio será socializado al personal administrativo de enfermería, a los miembros del comité de ética FOSCAL y oficina de calidad del HUS. Así como, al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto, de igual forma se Invitara a los participantes de esta investigación para socializar los resultados definitivos de la investigación.
- A los participantes que no asistan a la socialización de los resultados se enviará por correo electrónico el artículo de estudio para cumplir con el principio ético de justicia.

- Se realizará publicación en una revista científica de los hallazgos de esta investigación

- Se enviaran solicitudes a congresos, ponencias nacionales e internacionales para socializar los resultados con la comunidad académica, con el objetivo de buscar estrategias que impliquen la comunicación con un cordón umbilical del cuidado enfermero.

6.3 Limitaciones

- El presente estudio tuvo como limitación la pobre compresión de las preguntas orientadoras por parte de algunos participantes, esto dificulto la expresión de sentimientos en relación con el tema de interés.

- Dificultad para la captación de los participantes asociado a negación para la participación por encontrarse en situación de labilidad emocional , por falta de tiempo o interés de los familiares por el tema.

- Dificultad para conseguir diversidad en la información obtenida ya que la mayoría de los familiares que asistían a las horas de visita de la personas hospitalizadas eran del sexo femenino.

A. Anexo: La entrevistasemiestructurada

Buenos días o tardes muchas gracias por participar en la investigación **"COMUNICACIÓN ENTRE LA ENFERMERA Y EL FAMILIAR DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS".**

Usted como familiar de un paciente hospitalizado en la UCI, ha estado en contacto con las enfermeras del servicio y se ha comunicado con ellas, ya sea en cualquier turno. Con base en esos momentos le solicitamos que recuerde y nos cuente cómo es fue la comunicación con estas personas.

Preguntas de la entrevista semiestructurada:

1. Durante el tiempo en que ha estado su familiar hospitalizado, ¿cómo describe la comunicación que ha tenido con las enfermeras profesionales del servicio?

2. Si ha mantenido comunicación con las enfermeras, ¿De qué manera se ha sentido durante la comunicación establecida?

3. ¿Qué tipo de información considera usted es importante que la enfermera le transmita durante el tiempo de la hospitalización en UCI?

4. ¿Cómo espera que sea la comunicación de las enfermeras que atienden a su familiar durante la hospitalización en UCI?

5. ¿Tiene alguna otro comentario o información sobre el tema de la entrevista que desee compartirnos?

B. Anexo: ConsentimientoInformado

FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER FOSCAL

NIT 890.205.361-4

Comité de Ética en Investigación CEI-FOSCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE ENFERMERIA
POSTGRADOS EN ENFERMERÍA

Consentimiento informado

No. _____

Yo _____ con C.C No._____ (familiar de la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidado Intensivo), he sido informado y acepto participar en la investigación **" COMUNICACIÓN ENTRE LA ENFERMERA Y EL FAMILIAR DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS"** que lidera la Universidad Nacional de Colombia a través del estudiante de Maestría en Enfermería con énfasis en Salud Cardiovascular, Gersson Andrés Ballesteros Pinzón.

Acepto participar en este estudio porque soy una persona adulta, tengo voluntad para dar información sobre la experiencia de la comunicación con las enfermeras de esta Unidad de Cuidados Intensivos.

Me han explicado que el estudio tiene como objetivo describir cuales son las características de la comunicación entre la enfermera profesional y el familiar de la persona hospitalizada en la UCI. Esto favorecerá a los profesionales de enfermería para

que cualifiquen el cuidado brindado a los familiares de las personas hospitalizadas en UCI.

Me han informado que la investigación comprende una entrevista que será grabada y posteriormente transcrita, estos datos serán analizados y custodiados por el investigador antes mencionado.

De igual forma se me ha informado que durante el estudio no tendré ningún riesgo. Tendré el derecho a no continuar en el estudio, si así lo decido y que cualquier decisión que tome no acarreara ninguna consecuencia para la atención de mi familiar hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto.

Acepto participar sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza, porque reconozco que mis aportes van a servir para ayudar a un mejor cuidado de los familiares de las personas hospitalizada en UCI y que los resultados del estudio me serán informados en las reuniones de socialización final que hará el investigador responsable del proyecto.

Finalmente, me han informado que los datos serán utilizados de manera confidencial y solo para fines académicos de esta investigación y que el mayor beneficio para mí será la satisfacción de haber participado en la contribución al desarrollo de la investigación en enfermería y el cuidado de las personas y familiares que tienen seres queridos hospitalizados en la UCI.

_____

Fecha

_____ ó _____

Firma y número de identificación del entrevistado Huella

_____ ó _____

Firma de testigo Huella

_____

Nombre y firma del investigador: Gersson Andrés Ballesteros Pinzón. Estudiante Maestría en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Noviembre del 2013. Directora de Tesis: Profesora Luz Patricia Díaz Heredia.

A continuación encuentra los datos del investigador y del presidente del comité de ética de la FOSCAL en caso de necesitar cualquier información adicional sobre la investigación: **"COMUNICACIÓN ENTRE LA ENFERMERA Y EL FAMILIAR DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS".**

Datos de contacto del investigador **GERSSON ANDRÉS BALLESTEROS PINZÓN:** Correo electrónico: gaballesterosp@unal.edu.co. Dirección: Calle 44 No. 45-67 Bloque B2, Posgrados en enfermería, Bogotá Colombia. Teléfono: 3013114796 y 6382828 ext. 5630.

Datos del presidente del CIE Clínica Carlos Ardila Lulle Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL) **Dr. CARLOS PAREDES GÓMEZ**. Dirección: Calle 155A #23 - 09 Torre Milton Salazar Piso 2, Urbanización El Bosque. Floridablanca, Colombia. Teléfono: 3164907331 PBX: 638 2828 - 638 6000 ext 4294.

C. Anexo: Aval comité ética Universidad Nacional de Colombia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

UGI-341-2013

Bogotá D.C. martes 10 de diciembre de 2013

Profesora
CLARA VIRGINIA CARO CASTILLO
Directora
Posgrados en Enfermería Disciplinares
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Referencia: Aval ético

Respetada Profesora:

De la manera más atenta, me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 2 de diciembre de 2013 Acta No. 20, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de investigación de Maestría en Enfermería titulado ***"Comunicación entre la enfermera y el familiar del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos"*** del estudiante Gersson Andrés Ballesteros Pinzón. Directora: Luz Patricia Díaz Heredia.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos

relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO POR)

YURIAN RUBIANO MESA
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

* Delegada por la Decana
Copia: Gersson Andrés Ballesteros Pinzón – **Estudiante Maestría**
Luz Patricia Díaz Heredia - **Directora Tesis**

D. Anexo: Aval comité de ética FOSCAL

FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER
FOSCAL
NIT 890 205 361-4
Comité de Ética en Investigación CEI-FOSCAL

Floridablanca, 10 de Diciembre de 2013

Doctor
GERSSON ANDRÉS BALLESTEROS PINZÓN
Investigador Principal

De nuestra consideración:

En Floridablanca, a los 10 días del mes de Diciembre de 2013, en virtud de lo dispuesto en el Manual de Procedimientos Operativos Estandarizados del Comité de Ética de la Investigación en el Numeral 6.1 Constitución del CEI-FOSCAL- Conformación: se expresa a continuación: "El CEI-FOSCAL estará integrado por mínimo siete miembros con capacidad y experiencia para evaluar los aspectos técnicos, científicas y éticos de las investigaciones propuestas. La composición del CEI-FOSCAL cumplirá los siguientes requisitos: Debe haber, al menos, dos miembros de cada sexo. Debe haber, al menos, dos miembros mayores de 50 años, debe haber, al menos un miembro, del área no médica, debe haber al menos, un médico experto en investigaciones biomédica, debe haber, al menos, un miembro que no este vinculado a la FOSCAL". "Estos criterios no son excluyentes, es decir, una misma persona puede contarse para cumplir con el requisito de no estar vinculado a la FOSCAL y el requisito de no pertenecer al área médica". Teniendo en cuenta de igual manera que el Manual de Procedimientos Operativos Estandarizados define el Quórum decisorio cuando se cumplan los siguientes criterios: Contar con mínimo cuatro miembros del Comité. Estar presente al menos, un miembro no vinculado laboralmente a la FOSCAL, un miembro no experto en el área biomédica, y un miembro con experiencia en investigación en salud.

Con asistencia de sus miembros permanentes: CARLOS PAREDES GOMEZ Médico Salubrista Presidente del Comité, ADRIANA GARCIA-HERREROS MANTILLA Enfermera, DAISY ALEJANDRA MENDEZ CLAVIJO Abogada, ISABEL EUGENIA JAUREGUI médico con experiencia en Investigación en Salud,GERMAN OLIVEROS VILLAMIZAR Miembro CEI-FOSCAL manifiestan no tener conflicto de interés, y en desarrollo de la sesión del 10 de Diciembre de 2013 habiendo revisado el **Estudio:** "Comunicación entre la enfermera y el familiar del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos" Investigador Principal Dr. Gersson Andrés Ballesteros Pinzón, Universidad Nacional de Colombia, se desarrolla en la Foscal con la siguiente documentación;

- Protocolo
- Consentimiento Informado
- Presupuesto
- Entrevista
- Cronograma
- Hoja de Vida Gersson Andrés Ballesteros Pinzón

Consideró el CEI-FOSCAL que analizada la documentación mantiene un nivel de calidad técnica y científica del proyecto, de sus aspectos reglamentarios, y sus aspectos éticos, lo cual permite otorgar la aprobación según Acta No. 35 del 10 Diciembre de 2013, del **Estudio:** "Comunicación entre la enfermera y el familiar del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos" Investigador Principal Dr. Gersson Andrés Ballesteros Pinzón, Universidad Nacional de Colombia, se desarrolla en la Foscal con la siguiente documentación; Protocolo, Consentimiento Informado,Presupuesto, Entrevista,Cronograma,Hoja de Vida Gersson Andrés Ballesteros Pinzón.

Atentamente,

CARLOS PAREDES GOMEZ
Presidente CEI FOSCAL

E. Anexo: Aval oficina de calidad HUS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

104-OC-0441-2014

Bucaramanga, Abril 3 de 2014

Doctor
GERSON ANDRES BALLESTEROS
Investigador Principal
Universidad Nacional de Colombia

ASUNTO: Respuesta a Solicitud de Autorización para entrevistas a familiares de usuarios

Conforme al asunto de la referencia me permito informar que revisados los soportes solicitados del proyecto de investigación "COMUNICACIÓN ENTRE LA ENFERMERA Y EL FAMILIAR DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UCI-A " la oficina asesora de Calidad otorga el aval para la realización de las entrevistas a Familiares de pacientes de esta Unidad.

Atentamente,

TERESA BRICEÑO PINEDA
Jefe Oficina Asesora de Calidad
ESE HUS
Tel. 6350112
tebriceño@yahoo.com

CC: Dr. Efraín Valenzuela – Coordinador UCI A ESE HUS
Enfermeras - UCI A ESE Hospital Universitario de Santander

F. Anexo: Presupuesto

Presupuesto

FASES DE LA INVESTIGACIÓN	DESCRIPCIÓN DE ELEMENTOS	VALOR
FASE I: Formulación de la propuesta de Investigación	Papelería y material requerido	$100.000
	Transporte	$ 3.500.000
	Horas Asesoría Docente (60 horas)	$ 1.928.000
	Tiempo investigador	$ 2.000.000
	SUBTOTAL	**$ 7.528.000**
FASE II: Recolección de la muestra	Papelería y material didáctico	$ 1.000.000
	Transporte	$ 600.000
	Grabadora	$ 100.000
	Programa Atlas Ti	$ 50.000
	Capacitación Programa Atlas Ti	$ 200.000
	Horas Asesoría Docente (60 horas)	$ 1.928.000
	Tiempo Investigador	$ 2.000.000
	SUBTOTAL	**$ 5.878.000**
FASE III: Interpretación y análisis de los datos	Papelería	$ 1.400.000
	Transporte	$ 600.000
	Horas Asesoría Docente (60 Horas)	$ 1.928.000
	Tiempo Investigador	$ 2.000.000
	SUBTOTAL	**$ 5.928.000**
FASE IV: Entrega de propuesta y presentación de Informe final	Papelería	$ 1.000.000
	Arreglo de informe según Técnicas Vancouver	$ 400.000
	Trascripción Oficial en ingles de Abstract del artículo de Investigación	$ 100.000
	Presentación informe Final	$ 200.000
	Horas Asesoría Docente (60 horas)	$ 1.928.000
	Tiempo Investigador	$ 2.000.000
	SUBTOTAL	**$ 5..628..000**
	COSTO TOTAL DE LA INVESTIGACIÓN	**$ 24.962.000**

FUENTE DE FINANCIACIÓN
Los recursos para la presente investigación serán recursos propios del investigador.

Bibliografía

AGUILAR VILLALBA, Rosa. La comunicación en enfermería: EL canal hacia la satisfacción profesional. Estudio comparativo entre dos hospitales. Trabajo presentado para optar el título de Magister en Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería. Barcelona: Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona. Escuela de Enfermería, 2004.

ÁLVAREZ Y. Unidad de Cuidados Intensivos: Un campo Inexplorado por el psicólogo en Chile, 2002. [En línea] Disponible en internet: http://csociales.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/unidad_cuidados-intensivos.pdf.

ANDREU ABELA, Jaime. Las técnicas de análisis de contenido: Una revisión actualizada. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces, 2002: p. 25.

ARIAS VALENCIA, María y GIRALDO MORA, Clara. El rigor científico en la investigación cualitativa. En: InvestEducEnferm, 2011, Vol.29 no.3, p. 506.

ARIAS VALENCIA, María y GIRALDO MORA, Clara. El rigor científico en la investigación cualitativa. En: Invest EducEnfer, 2011, Vol.29 no. 3.

ARNOLD Elizabeth y UNDERMAN BOGGS Kathleen. Interpersonal relationships professional communication skills for nurses. En: Communicating with families. 6ta ed. EstadosUnidos: Elsevier saunders, 2011: p. 266

BAILEY, Joanna J. et al. Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. En: Intensive and Critical Care Nursing, 2010, Vol. 26, p. 117.

BARDIN, Laurence. Analise de Conteudo. En: Descricao Analítica. 4ta ed. Lisboa: Edicoes 70, LDA, 2010: p. 38.

BERNATD BERNATD, R. Necesidades de la familia del paciente en estado crítico: Revisión Bibliográfica. En: Nurs, Noviembre, 2008, Vol. 26 no.9, p. 59-63.

CABALLERO MUÑOZ, Erika y FERNÁNDEZ DÍAZ, Patricia. La familia en el entorno de cuidados críticos [En línea]. Disponible en internet: http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164/capitulo164.htm

CAMPO MARTINEZ, MC. y CORTINA GAMBOA, MJ. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. En: enfermería global. Octubre, 2011. [En línea] Disponible en internet: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24.

CERÓN POLANCO, Yolanda. Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la unidad de cuidados intensivos. Trabajo de grado Especialización Cuidado crítico. Bogotá D.C.: Universidad Pontificia Javeriana. Facultad de Enfermería, 2008, p. 130.

CANOVAS, Tomas. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Trabajo de grado Tesis de Doctorado. Murcia: Universidad de Murcia. Departamento de teoría e historia de la educación, 2008, p. 99.

COLOMBIA, Constitución Política de 1991 [En Línea] En: Pagina Web Secretaria de Senado. Disponible en Internet: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/cp/constitucion_politica_1991.html.

CONCHA ZARFOTEZA LALLEMAND, S, et al. Mejorando el cuidado de los familiares del paciente crítico: Estrategias consensuadas. En: Enferm Intensiva, julio, 2009, Vol. 20 no.4, p. 1-9.

CONCHA ZARFOTEZA, DG. et al. Relación entre enfermeras de unidades de cuidado intensivo y familiares: Indicios para el cambio. En: Nure Investigación, Marzo, 2004, Vol.3, no. 3, p.10-16.

DUARTE PARRA, Lina, USECHE DURAN, Cristina. Participación familiar en los cuidados básicos del paciente en la UCI adultos polivalente de la FOSCAL. Trabajo de grado Especialización Cuidado Critico. Bogotá D.C.: Universidad de la Sabana. Facultad de Enfermería, 2011.

DENNIS RJ. et al. Factores Asociados con la mortalidad hospitalaria en pacientes admitidos en UCI en Colombia. En: ArchBronconeumol, 2002, Vol.38 no.3, p.117-22.

DURAN DE VILLALOBOS, Maria Mercedes. Marco epistemológico de enfermería. En: Rev. Aquichan. [En línea]. Disponible en: Internet:http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34.

ESCARTIN CAPARROS, María José. Influencia de las diferencias culturales en la relación de ayuda. [En línea] Disponible en internet: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5863/1/ALT_02_05.pdf.

FERNANDEZ COLLADO, Carlos. La comunicación en las organizaciones. En: La comunicación interpersonal en la organización.1 ed. México: Trillas, 2003: p. 60-1.

GARCÉS CARRANZA, César. Trabajador social y la importancia de la comunicación con los familiares de pacientes admitidos a la unidad de cuidados intensivos. En: Portularia. Noviembre, 2009, vol. 9 no. 2, p. 155-161.

GARCÍA AGUILAR, JF. Comunicación e información a los familiares en las Unidades de Cuidados Intensivos. En: Enfermería Clínica, julio 1995, Vol. 5 no. 3, p. 99-104.

GARCIA LOMBARDA, Ana y RODRIGUEZ RODRIGUEZ, Carlos. Factores personales en la relación terapéutica. En: Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Diciembre, 2005, Vol.25 no 96, p. 29-36.

GÓMEZ LONDOÑO, Elizabeth. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética. [En línea] Disponible en internet: http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/966/1307.

GÓMEZ CARRETERO P, MONSALVE J. Ingreso en la unidad de cuidado intensivo: La repercusión en el familiar del paciente. En: boletín Psicología, 2006, Vol. 87, p. 61-68.

GÓMEZ PALENCIA, Ingrith. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con Diabetes Mellitus Tesis Maestría en enfermería. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá. Facultad de Enfermería, 2010.

GONZALES JUAREZ, Liliana y NOREÑA PENA, Ana. Comunicación intercultural como medio para favorecer el cuidado culturalmente aceptable. En: Rev. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Enero, 2011, Vol. 8 no. 1, p.55.

GÓNZALEZ ORTEGA, Yariela. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. En: Aquichan. Octubre, 2007, Vol. 7 no.2, p. 135.

GUTIERREZ, Blanca, et al. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. En revista electrónica: Enfermería Global, 2008. [En línea] Disponible en internet: www.um.es/eglobal/.

HINKLE, JL , FITZPATRICK, E, REZA OSKROCHI G. Identifying the perception of needs of family members visiting and nurses working in the intensive care unit. En: J NeurocisNurs, Abril, 2009, Vol. 41 no.2, p. 85-91.

HUGHES F, BRYAN K, IAN R. Experiencia de los familiares en UCI. En: Nursing in Critical Care, 2005, Vol. 10 no.1, p. 23-32.

LAURO BERNAL, Isabel; JIMENEZ CANGAS, Leonor y SILVA AYZAGUER, Luis C. Proyectos de Intervención en Salud Familiar: una Propuesta Método. Rev. Cubana Salud Pública [online]. 2000, vol.26, n.1, p. 12-16.

LEONEL, Adela Alba Leonel, FAJARDO ORTIZ, Guillermo, et al. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. En: EnfNeurol. 2012, vol. 11, no. 3, p. 138-141.

MÁRQUEZ HERRERA, Marisela. Experiencias del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. Trabajo de grado Tesis de Maestría en enfermería. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá. Facultad de Enfermería, 2012, p. 118.

MARRINER TOMEY, A y RAILE ALLIGOOD, M. Modelos y Teorías de enfermería. En: Teoría de Incertidumbre Frente a la enfermedad. 6ta ed. Madrid: ElservierMosby, 2000: p. 629.

MEDELLIN MEDRANO, Irma. Calidad de la atención de enfermería al paciente en estado crítico. Trabajo de grado Tesis de Maestría. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería, 1995, p. 21.

MENDOCA D, WARREN NA. *Perceived unmet needs of critical care family members.*En: CritCareNursQuaterly, Julio, 1998, Vol. 21 no. 1, p. 58-67.

MORALES, Manuel José, et al. La comunicación entre el personal de enfermería, el paciente y la familia en algunos servicios hospitalarios médico quirúrgicos. Medellín, año 2000. [En línea] Disponible en internet: http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-43/enfermeria4301-comunicacion.

NAGL –CUPAL M y SCHAEPP W. Family members in the intensive care unit: Effects and mastering the situation. En: review of qualitative studies pflege, Abril 2009, Vol.23 no.6, p. 16-20.

NAVAS GALAN, María Guadalupe y ZAMORA RUIZ, Patricia. Percepción del trato digno de los familiares de los enfermos neurológicos en el instituto nacional de Neurología y Neurocirugía. En: Rev: Neurolol (mex). 2010, Vol.9 no.1, p.32-38.

NOBREGA MORAIS, et al. Communication as a basic instrument in providing humanized nursing care for the hospitalized patient. En: Acta Paul Enferm. 2009, vol. 22 no. 3, p. 323-7.

PEREZ FERNANDEZ, Carmen, et al. Comunicación una necesidad para el paciente y la familia. Una competencia de enfermería. [En línea] Disponible en internet: http:revistas@enfermurg.com.

POLIT DENISE F y HUNGLER, Bernardete. Métodos Observacionales. En: Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y métodos. 6 ed. México: Mac Graw-Hill Interamericana. 2000. p. 352.

POLIT DENISE F y HUNGLER, Bernardete. Diseños de Muestreo. En: Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y métodos. 6 ed. México: Mac Graw-Hill Interamericana. 2000. p. 287.

RAMÓN GARCÍA, Raquel et al. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación entrada en el familiar. En: RevEspComun Salud. Febrero, 2012, Vol. 3 no. 1, p. 49-61

Referencia POS/G. Género, salud y desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2005. Washington D.C, 2005.

ROCHA OLIVERA, Thalía y FARIA SIMOES, Sonia Mara. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Trevelbee. En: revista enfermería global. Abril, 2013. [En línea]. Disponible en Internet: http://www.um.es/eglobal.

ROMERO GARCÍA, Martha. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. [En línea] disponible en internet: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239912000922?via=sd&cc=y.

SALAZAR MAYA, Ángela y MARTINEZ ACOSTA, Carmen. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. En: Av. Enferm. Septiembre, 2008, vol. 26 no. 2, p. 107-115.

SOTO LESMES, Virginia y DURAN DE VILLALOBOS, María Mercedes. El trabajo de campo: Clave en la investigación cualitativa. En: Rev Aquichan. Diciembre, 2010, Vol.10 no.3, p. 253-267.

TAHOITS PA. Conceptual Methodological and theoretical problems in studying social support as buffer against life stress. En: Journal of health and social behavior, Junio, 1982, Vol. 23, p. 145-159.

Informe del Servicio de Atención al Usuario, grado de satisfacción y bien informado para servicio UCI A FOSCAL. Año 2012.

TORRES ROS R, TORRES E. Impacto de los familiares del paciente crítico ante la acogida protocolizada. En: Enferm Intensiva, Marzo, 2003, Vol. 14 no.2, p. 49-60.

TORRES L, MORALES JM. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. En: Tempos Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico, 2004, Vol. 4 no.1, p. 18-21.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Sede Bogotá. Acuerdo 7. Acta 5 de 2004. Conformación y Reglamentación del Comité de Ética en Investigación.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Sede Bogotá. Acuerdo 035/2003. Propiedad Intelectual en la Universidad Nacional de Colombia.

VANEGAS, Blanca Cecilia, et al. Experiencia de profesionales de enfermería en el cuidado psicoemocional de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos. En: Rev. Colombiana de enfermería. Agosto, 2008, vol. 3 no. 3, p. 24.

VARGAS, Ingrid. Familia y Ciclo Vital Familiar. [En línea]. Disponible en internet: http://psiquiatria.facmed.unam.mx/doctos/descargas/4.1%20CICLO%20VITAL%20DE%20LA%20FAMILIA.pdf.

VERHAEGHE, ST y VAN ZUREN JF. et al. How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit. En: J ClinNurs, August, 2007, Vol. 16 no. 8.