



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Características de la relación interpersonal enfermera(o)-familia en UCI desde las necesidades relacionales de enfermería

Jaime Alberto Ramírez Niño

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2022

Características de la relación interpersonal enfermera(o)-familia en UCI desde las necesidades relacionales de enfermería

Jaime Alberto Ramírez Niño

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Doctor en Enfermería

Directora:

Doctora. Olga Janneth Gómez Ramírez

Línea de Investigación:

Cuidado y práctica de enfermería.

Grupo de Investigación:

Cuidado y práctica en enfermería, salud familiar, enfermería familiar y medición en salud.

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2022

A Carolina, mi esposa, mi gran apoyo en la vida y mi gran colega.

A mis padres y hermanos, quienes fueron inspiración para culminar avanzar en este proceso.

A Tito, quién estuvo siempre a mi lado en cada fase de la realización de este trabajo.

“Hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor, la electricidad y la energía atómica: La voluntad”.

Albert Einstein

Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.



Jaime Alberto Ramírez Niño

Fecha 16/02/2022

Agradecimientos

Manifiesto mis agradecimientos en primera medida a la Universidad Nacional de Colombia y su Facultad de Enfermería, por brindarme la oportunidad de formarme desde el pregrado y por orientarme en este proceso de formación postgraduada. Gracias a las aptitudes y actitudes que desarrollé con su acompañamiento puedo asegurar que soy un profesional íntegro que cuenta con las capacidades suficientes para aportar al desarrollo de la disciplina y del país desde la investigación.

Agradezco a la profesora Virginia Inés Soto Lesmes, quién fue impulsadora y orientadora en el desarrollo de mi Tesis Doctoral. A mi directora de Tesis, Olga Janneth Gómez Ramírez, quien también me orientó y apoyó en todo este proceso con mucha dedicación.

Doy gracias a la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC), a la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI), Universidad de Antioquia, Universidad del Valle, Universidad de Boyacá, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Universidad de Caldas, Uninorte, Universidad Simón Bolívar y Universidad Nacional de Colombia, por su colaboración en la divulgación de la invitación a los profesionales de enfermería para participar de este proceso investigativo.

A la Organización Colegial de Enfermería, quienes a través de un convenio de cooperación académica apoyaron arduamente el proceso de invitar a los profesionales de enfermería a participar de este proceso investigativo.

Finalmente, quiero agradecer a cada uno de los profesionales de enfermería de Unidades de Cuidado Intensivo, que de manera voluntaria quisieron participar en esta investigación, la cual no hubiese sido posible sin ellos.

Resumen

Características de la Relación Interpersonal Enfermera(o)-Familia en UCI desde las Necesidades Relacionales de Enfermería.

Objetivo: Diseñar y validar un instrumento de medición de la relación Interpersonal entre enfermera(o) y familia en la UCI desde las necesidades relacionales de la enfermera(o).

Metodología: Estudio mixto (Cualitativo-Cuantitativo) exploratorio secuencial derivativo de 3 etapas. Primera etapa: Revisión integrativa de literatura (Fase 1) y diseño narrativo a través de análisis de contenido de entrevistas semiestructuradas a 21 profesionales de enfermería en UCI (Fase 2); Segunda etapa: Operacionalización de datos cualitativos a través de la estructuración de una red nomológica y redacción de ítems; Tercera etapa: Validez de contenido (con panel de evaluadores académicos) y estimación del índice de validez de contenido, validez facial con pilotajes cuantitativo/cualitativo, validez de constructo por medio de un análisis factorial exploratorio y confiabilidad a través del Alpha de Cronbach y test-retest. Para el panel de evaluadores se contó con la participación de 8 investigadores; en los pilotajes de validez facial participaron 20 enfermeros de UCI para cada pilotaje; para el análisis factorial exploratorio y estimación de Alpha de Cronbach participaron 218 enfermeros de UCI; y para el test-retest se tuvo la participación de 20 enfermeros en dos momentos de aplicación del instrumento con un intervalo de 7 días.

Resultados y conclusiones: A partir de la revisión integrativa de literatura y del análisis de contenido de las entrevistas semiestructuradas se construyó una red nomológica que permitió el diseño de un instrumento de medición con 45 ítems. La validez de contenido permitió la reducción de 45 ítems a 23 ítems, con un IVC global de 0,9. En el pilotaje cualitativo de la validez facial se obtuvo un índice de V de Aiken superior a 0,9 para cada uno de los criterios evaluados y en el pilotaje cuantitativo se obtuvo un índice de correlación entre ítems originales y espejo superior a 0,6 además de un Alpha de Cronbach

parcial de 0,899. El análisis factorial permitió la extracción de 3 factores con explicación de más del 60% de la varianza total y los análisis de confiabilidad permitieron la obtención de un Alpha de Cronbach de 0,898 y un índice de correlación intraclase para el test-retest de 0,986. Lo anterior indica que el instrumento cuenta con validez de contenido, facial, constructo y confiabilidad suficientes para ser utilizado.

Palabras clave: *Relación interpersonal, enfermería, familia, cuidados críticos, evaluación de necesidades y psicometría.*

Abstract

Characteristics of the Nurse-Family Interpersonal Relationship in the ICU from the Relational Needs of Nursing.

Objective: Design and validate an instrument for measuring the interpersonal relationship between nurses and families in the ICU from the nurse's relational needs.

Methodology: Mixed (Qualitative-Quantitative) exploratory sequential derivative study of 3 stages. First stage: Integrative literature review (Phase 1) and narrative design through content analysis of semi-structured interviews with 21 nursing professionals in the ICU (Phase 2); Second stage: Operationalization of qualitative data through the structuring of a nomological network and item writing; Third stage: Content validity (with a panel of academic evaluators) and estimation of the content validity index, face validity with quantitative/qualitative tests, construct validity through an exploratory factor analysis and reliability through Cronbach's Alpha and test -retest For the panel of evaluators, 8 researchers participated; 20 ICU nurses participated in the facial validity tests for each test; For the exploratory factorial analysis and estimation of Cronbach's Alpha, 218 ICU patients participated; and for the test-retest, 20 nurses participated in two moments of application of the instrument with an interval of 7 days.

Results and conclusions: Based on the integrative review of the literature and the content analysis of the semi-structured interviews, a nomological network was built that allowed the design of a measurement instrument with 45 items. The content validity allowed the reduction of 45 articles to 23 articles, with a global CVI of 0.9. In the qualitative test of facial validity, an Aiken's V index greater than 0.9 was obtained for each of the criteria evaluated, and in the quantitative test, a connection index between original elements and the mirror was obtained greater than 0.8. from a partial Cronbach's Alpha of 0.899. The factorial

analysis allowed the extraction of 3 factors with an explanation of more than 60% of the total variance and the reliability analyzes allowed obtaining a Cronbach's Alpha of 0.898 and an intraclass achievement index for the test-retest of 0.986. This indicates that the instrument has content, facial, construct validity and sufficient reliability to be used.

Keywords: Interpersonal relationship, nursing, family, critical care, needs assessment and psychometrics.

Contenido

	<u>Pág.</u>
Resumen	IX
Lista de figuras.....	XVI
Lista de tablas	XVII
Lista de Símbolos y abreviaturas.....	XVIII
Introducción	1
1. Capítulo 1 Marco de Referencia	3
1.1 Relevancia Social.....	4
1.1.1 Demanda de cuidados de enfermería en el mundo.....	4
1.1.2 Repercusiones de los conflictos derivados de relaciones interpersonales entre profesionales de enfermería y familiares de pacientes en UCI	5
1.1.3 Las relaciones interpersonales entre profesionales de enfermería y familiares de pacientes en UCI en el marco de los derechos y deberes del usuario de servicios de salud	7
1.1.4 Conclusión de la relevancia social	7
1.2 Relevancia Teórica.....	8
1.2.1 Principio de reciprocidad de las relaciones interpersonales	9
1.2.2 La relación interpersonal como catalizador del cuidado de enfermería – Aspectos desde el interaccionismo simbólico.....	10
1.2.3 El abordaje investigativo de la relación interpersonal entre enfermera y familia	11
1.2.4 Conclusiones de la relevancia teórica.....	13
1.3 Relevancia Disciplinar	14
1.3.1 Las relaciones interpersonales en la práctica de enfermería.....	14
1.3.2 Relevancia de las relaciones interpersonales desde la teoría de enfermería ..	15
1.3.3 Conclusiones de la relevancia disciplinar	16
1.4 Planteamiento del problema.....	17
1.4.1 Preguntas de investigación	18
1.4.2 Objetivo general.....	18
1.4.3 Objetivos específicos	18
1.4.4 Alcance.....	19
1.4.5 Definición de conceptos.....	19
2. Capítulo 2 Marco Teórico.....	23
2.1 Planteamientos teóricos disciplinares de las relaciones interpersonales	23
2.1.1 Planteamientos desde la teoría de Hildegard Peplau.....	23

2.1.2	Teorías de enfermería complementarias	27
2.2	Planteamientos teóricos de las relaciones interpersonales desde las ciencias sociales	28
2.3	Planteamientos teóricos en el diseño y validación de instrumentos de medición	30
2.3.1	Instrumentos/escalas de medición.....	31
2.3.2	Diseño de instrumentos de medición.....	32
2.3.3	Validación desde la teoría clásica de los test	33
3.	Capítulo 3 Marco Metodológico	41
3.1	Tipo de estudio y diseño	41
3.2	Etapa 1 – Revisión de literatura y análisis cualitativo	42
3.2.1	Fase 1: Revisión integrativa de Literatura.....	42
3.2.2	Fase 2: Diseño narrativo	44
3.3	Etapa 2: Operacionalización de datos cualitativos	49
3.4	Etapa 3: Componente cuantitativo	51
3.4.1	Fase 1: Evidencia de validez de contenido.....	51
3.4.2	Fase 2: Evidencia de validez facial.....	53
3.4.3	Fase 3: Análisis factorial exploratorio	55
3.4.4	Fase 4: Análisis de confiabilidad	57
3.4.5	Fase 5: Baremación del instrumento	58
3.5	Aspectos éticos de la investigación.....	59
4.	Capítulo 4 Resultados	63
4.1	Hallazgos Etapa 1 - Fase 1: Revisión integrativa de literatura científica.....	63
4.1.1	Resultados del proceso de búsqueda y selección	63
4.1.2	Resultados del análisis de los artículos seleccionados.....	73
4.2	Hallazgos Etapa 1 – Fase 2 Cualitativa: Diseño Narrativo	81
4.2.1	Caracterización de los participantes de las entrevistas semiestructuradas....	82
4.2.2	Codificación abierta y axial de entrevistas.....	85
4.2.3	Puntos de encuentro entre los temas y categorías resultantes del proceso cualitativo con los componentes principales definidos en la revisión de la literatura.	95
4.3	Hallazgos Etapa 2 – Operacionalización de los datos cualitativos	115
4.3.1	Definiciones de los componentes de la red nomológica	119
4.3.2	Ítems iniciales propuestos para la validez facial y la validez de contenido..	121
4.4	Hallazgos Etapa 3 Cuantitativa Fase 1 – Evidencia de validez de contenido ..	125
4.4.1	Caracterización de jueces en la evaluación de ítems	126
4.4.2	Evaluación de los ítems propuestos para el instrumento de medición	126
4.5	Hallazgos Etapa 3 Cuantitativa Fase 2 – Evidencia de validez facial	134
4.5.1	Pilotaje 1 Cualitativo.....	135
4.5.2	Pilotaje 2 Cuantitativo.....	136
4.6	Hallazgos Etapa 3 Cuantitativa Fase 3 – Evidencia de validez de constructo .	142
4.6.1	Análisis Factorial exploratorio - Caracterización de participantes	142
4.6.2	Análisis factorial exploratorio – Evaluación de ítems	143
4.6.3	Pruebas finales de confiabilidad	148
4.6.4	Baremación del instrumento	150
5.	Discusión, conclusiones, limitaciones y recomendaciones.....	155
5.1	Discusión	155
5.1.1	Aportes de la revisión integrativa y del diseño narrativo	155

5.1.2 Aportes de las evidencias de validez y confiabilidad.....	157
5.1.3 Puntos de encuentro y divergencias con estudios similares o relacionados.	162
5.1.4 Articulación del estudio con el Modelo Conceptual-Teórico-Empírico C-T-E	165
5.1.5 Discusión filosófica	167
5.2 Conclusiones.....	169
5.3 Limitaciones	173
5.4 Recomendaciones.....	174
Anexo 1: Aval Comité de Ética	179
Anexo 2: Consentimiento informado Etapa 1- Fase 2	180
Anexo 3: Consentimiento informado Etapa 3.....	183
Anexo 4: Solicitud y aprobación para uso de instrumento para juicio de expertos/validez de contenido	186
Anexo 5: Guion de entrevistas semiestructuradas.....	187
Anexo 6: Convenio de cooperación OCE	190
Anexo 7: Correos de solicitud de apoyo de divulgación en organizaciones de enfermería y Universidades a nivel nacional.....	195
Anexo 8: Formato de invitación (Físico) y confirmación para evaluadores en validez de contenido (Google Forms).....	205
Anexo 9: Formato Excel para la evaluación de ítems por los evaluadores académicos.....	210
Anexo 10: Instrumento para pilotaje cualitativo – Validez Facial	212
Anexo 11: Instrumento para pilotaje cuantitativo – Validez Facial	212
Anexo 12: Instrumento para pilotaje de Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y confiabilidad	212
Anexo 13: Libro de códigos resultante del proceso de codificación abierta.....	213
Anexo 14: Instrumento NERF-UCI formato final	223
Bibliografía	225

Lista de figuras

Figura 2-1: Fases de la relación interpersonal desde la teoría de Hildegard Peplau.	24
Figura 2-2: Esquema del análisis factorial exploratorio.	39
Figura 2-3: Esquema del análisis factorial confirmatorio.	39
Figura 4-1. Georreferenciación de artículos analizados por continente.	69
Figura 4-2. Georreferenciación de artículos analizados por país.	69
Figura 4-3. Distribución de artículos según tipo de abordaje investigativo.	69
Figura 4-4. Proceso de selección de artículos.	70
Figura 4-5. Proceso de aplicación de técnicas de codificación abierta y axial de Corbin y Strauss.	81
Figura 4-6. Descripción de productos esperados mediante el proceso de codificación abierta y axial de Corbin y Strauss.	82
Figura 4-7. Codificación abierta con ajustes semánticos.	91
Figura 4-8. Triangulación de los datos obtenidos de la codificación abierta y axial con el marco teórico resultante de la revisión integrativa de literatura.	116
Figura 4-9: Red nomológica construida a partir de la etapa 1.	118
Figura 4-10: Gráfico de sedimentación.	145
Figura 5-1. Comparativo de red nomológica antes y después de análisis factorial exploratorio.	160
Figura 5-2: Diagrama C-T-E para generar teoría desde el trabajo de investigación presentado.	166
Figura 5-3: Diagrama C-T-E para probar teoría.	167

Lista de tablas

Tabla 2-1: Valores mínimos de IVC de acuerdo con el modelo de Lawshe.....	35
Tabla 4-1. Matriz de artículos analizados.....	64
Tabla 4-2. Cumplimiento de criterios establecidos por Joanna Briggs Institute.	71
Tabla 4-3. Contribución de cada uno de los artículos a la extracción de temas y subtemas.....	74
Tabla 4-4. Caracterización de los participantes en la fase de diseño narrativo.....	83
Tabla 4-5. Hallazgos durante el proceso de codificación abierta.....	85
Tabla 4-6. Temas extraídos y categorías que los representan.	92
Tabla 4-7: Índices de validez de contenido con respecto al criterio de suficiencia de los ítems para cada una de las dimensiones que representan.	127
Tabla 4-8: Índices de contenido en los criterios de evaluación de claridad, coherencia y relevancia.....	128
Tabla 4-9: Índices de validez de contenido globales (IVC) por cada criterio evaluado y en general después de eliminar ítems “no esenciales”.	132
Tabla 4-10: Coeficientes de V de Aiken para evaluar nivel de acuerdo entre evaluadores frente a los criterios de claridad, comprensibilidad y pertinencia de los ítems.	135
Tabla 4-11: Ítems espejo diseñados.	137
Tabla 4-12. Pruebas de normalidad para definir tipo de correlación.....	140
Tabla 4-13: Correlaciones entre ítems originales e ítems espejo.	140
Tabla 4-14: Confiabilidad a través de Alfa de Cronbach inicial.....	141
Tabla 4-15: Distribución de la procedencia de los participantes.....	142
Tabla 4-16: Distribución de la formación académica de los participantes.....	143
Tabla 4-17: Análisis de prueba de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett.	144
Tabla 4-18: Varianza total explicada AFE.	144
Tabla 4-19: Matriz del factor rotado.	146
Tabla 4-20. Confiabilidad del instrumento por Alpha de Cronbach.....	149
Tabla 4-21. Análisis de estabilidad test-retest.	149

Lista de Símbolos y abreviaturas

Símbolos

Símbolo	Término	Definición
n	Muestra	Tamaño de muestra
N	Total, de Expertos	Número total de expertos
ne	Expertos	Expertos que consideran esencial el ítem
S	Significancia	Significancia estadística
J	Juez	Número de juez que hizo la observación

Abreviaturas

Símbolo	Término
UCI	Unidad de cuidados intensivos
RI	Relación(es) Interpersonal(es)
IVC	Índice de validez de contenido
AFE	Análisis factorial exploratorio
AFC	Análisis factorial confirmatorio
TCT	Teoría clásica de los test
TRI	Teoría de respuesta al ítem
KMO	Kaiser Mayer Olkin

Introducción

La relación interpersonal es un componente esencial del cuidado de enfermería, entre la enfermera(o) y el sujeto de cuidado que interactúan haciendo uso de sus conocimientos y habilidades para relacionarse a través de la comunicación, los sentimientos y las emociones (1,2). La familia, como un sujeto de cuidado, demanda a enfermería relaciones interpersonales adecuadas para su bienestar (3–6); sin embargo, la persistencia de modelos biologicistas induce a concentrar el cuidado de manera exclusiva al paciente, y en particular a su dolencia física, aspecto que genera un alejamiento sustancial de la familia en el acto de cuidar (7–9).

En el escenario del Cuidado Crítico hospitalario, existe una exclusión de la familia dentro del proceso de cuidado, sobre todo, en ambientes como la UCI (10–13). Las barreras comunicativas y emocionales entre la familia y la enfermera(o), generan tensiones en la relación interpersonal, desencadenando en ocasiones, conflictos y aumento de síntomas emocionales tanto en la familia como en la enfermera(o) (14–17). El panorama de la UCI se enfoca en preservar la vida del ser humano y muy frecuentemente el contacto con el sujeto de cuidado (paciente/familia), queda relegado (18,19). Todo esto se traduce en relaciones inestables o inexistentes, direccionadas por los conflictos (20), que pueden invisibilizar los derechos de manera mutua (21), y se pueden acentuar en contextos abruptos y caóticos como la actual pandemia por COVID-19, representando una amenaza a las relaciones interpersonales (22–24).

De otra parte, los contextos que son potencialmente incisivos en las relaciones interpersonales, también se configuran como oportunidades, que no sólo invitan a una reflexión profunda, sino también a la acción tácita, con el fin de establecer mecanismos adaptativos que propicien relaciones interpersonales sanas y benéficas tanto para la enfermera(o) como para la familia del paciente en UCI, que finalmente impactarán en la atención del paciente crítico en UCI (22–24).

En este sentido, la relación interpersonal, no está condicionada exclusivamente por las necesidades ni la percepción de la familia, también está definida por las necesidades y la percepción de la enfermera(o) (1,2), constituyendo una mirada recíproca que aporta a una valoración integral de la relación, permitiendo orientar intervenciones que propendan a mejorar esta situación (25). Esta noción connota un vacío con respecto al reconocimiento de la enfermera(o) como el otro sujeto dentro del proceso de relación interpersonal con la familia y de cuáles serían los componentes o dimensiones que constituirían la percepción de la enfermera(o) frente a la relación interpersonal con la familia en la UCI, a partir de necesidades relacionales.

Diversos trabajos investigativos han podido establecer las necesidades relacionales de la familia dentro del contexto de la UCI (26,27), lo que induce a reflexionar acerca de si estas necesidades de la familia son las mismas necesidades relacionales de la enfermera(o), generando hipótesis investigativas que nutren el presente trabajo. Autores como Guski 1992 (28), Kauffman 1996 (29) y Cofer 1997 (30), exponen claramente la relevancia que tienen las necesidades en la construcción de la percepción, acorde también a los planteamientos aristotélicos que definen la necesidad como aquello que no puede ser de otra manera, expresando la realidad de cada sujeto (28–30).

La tesis se orientó al conocimiento de las necesidades relacionales desde el punto de vista de la enfermera(o) para con la familia, construyendo de esta manera su percepción y aportar un insumo investigativo para orientar a futuro la toma de decisiones e implementación de intervenciones frente a este fenómeno. De otra parte, la ampliación teórica, a través de la operacionalización del concepto de relaciones interpersonales enfermera(o)-familia en UCI, representa un avance en lo que respecta a desarrollo de conocimiento de enfermería.

1. Capítulo 1 Marco de Referencia

En este capítulo se describe la relevancia de la presente investigación desde el ámbito social, teórico y disciplinar, partiendo de algunos supuestos específicos sustentados en la evidencia científica actualmente disponible, permitiendo esclarecer los vacíos de conocimiento que fundamentan este trabajo y plantear la problemática de manera clara y concisa.

Para consolidar el marco de referencia, se realizó una búsqueda de literatura científica; para ello se utilizó la siguiente ecuación de búsqueda: [(interpersonal relations) OR (social interaction) NO (professional-patient relations) AND (ICU) AND (family) AND (NO (family relations) AND (nursing))] Esta ecuación fue cargada en diferentes motores de búsqueda: Ovid, Pubmed, EBSCO, BVS y SCOPUS, obteniendo un primer filtro que no discriminó ningún criterio. Se realizó una revisión de títulos y resúmenes para realizar un segundo filtro, en donde se seleccionaron los artículos que aportaron a la delimitación del área temática e identificación del problema de investigación.

De otro lado se realizó la extracción de las proposiciones y se establecieron de manera puntual los enlaces al área temática y los vacíos de conocimiento, estableciendo así la relevancia de este trabajo desde lo social, lo teórico y lo disciplinar. Según Fawcett (31), el desarrollo del conocimiento está enmarcado en significancias desde el punto de vista social y teórico (31). Estas representan el valor social a partir de la incidencia del fenómeno en el contexto que lo rodea y el impacto científico a partir del abordaje de un vacío de conocimiento (31). De otra parte, la significancia disciplinar, articula de manera armónica la ciencia con la práctica, dando coherencia ontológica y epistémica a una disciplina (32).

1.1 Relevancia Social

Existen diferentes aspectos sociales que giran en torno a las relaciones interpersonales entre enfermera y familia en el contexto de la UCI. A continuación, se describen aquellos que se consideraron más relevantes, que a su vez resaltan la importancia de abordar el área temática y fenómeno de investigación.

1.1.1 Demanda de cuidados de enfermería en el mundo

En el mundo hay aproximadamente 20 millones de enfermeras(os) (33,34) para 7500 millones de habitantes (35). En Suramérica existen alrededor de 67,5 enfermeras(os) por cada 10000 habitantes (36) y en Colombia 11,4 enfermeras por cada 10000 habitantes (36,37). Teniendo en cuenta que cada acto de cuidado de enfermería requiere del establecimiento de relaciones interpersonales armónicas, la demanda de éstas para la enfermera es muy alta, reconociendo además la gran densidad de familias que acompañan a cada paciente que también requieren de cuidado y, por ende, de buenas relaciones con la enfermera.

En países Latinoamericanos, y especialmente en Colombia, en áreas específicas como las UCI la demanda para enfermería es alta y compleja, partiendo de indicadores como la razón enfermera/paciente de 1:8, lo que induce demandas de relaciones interpersonales con los familiares del paciente en UCI que sobrepasan su capacidad de respuesta, reconociendo que el sólo cuidado al paciente crítico podría ocupar más del 90% de su tiempo y concentración, incitando a toma de decisiones extremas como la exclusión o distanciamiento de los familiares, lo que genera conflictos innecesarios e impactos negativos tanto para la familia como para el paciente y los profesionales de enfermería (38,39).

De otro lado, la demanda del talento humano de enfermería en UCI se desborda cuando la ocupación de éstas se ve influida por condiciones de salud complejas como la pandemia por COVID-19 (22–24). Sin embargo, se aclara que este planteamiento no es parte del foco para el presente estudio, se presenta aquí solo como una reflexión de la importancia

que tiene el profesional de enfermería en todo momento y cómo la demanda y la disponibilidad de talento humano se convierte en un asunto importante para el cuidado.

1.1.2 Repercusiones de los conflictos derivados de relaciones interpersonales entre profesionales de enfermería y familiares de pacientes en UCI

El reconocimiento de la familia dentro del cuidado de enfermería es imprescindible para la recuperación del paciente (40–42), además, es de suma importancia para mantener o proporcionar el bienestar propio de la familia y el de la enfermera (43–46). Dentro del contexto hospitalario existen factores adversos que inciden directamente en el bienestar de la familia y del profesional de enfermería tales como: el alejamiento físico, los ambientes estresantes y la complejidad de condición clínica del paciente (40–42,47–49). Estos factores pueden ser potenciados o mitigados por la calidad de las relaciones interpersonales que se puedan desarrollar entre profesionales de enfermería y sujetos de cuidado (12,21,50–52).

En ambientes complejos como las unidades de cuidados intensivos los conflictos mediados por relaciones interpersonales distorsionadas crecen de manera exponencial, impactando en la salud física y emocional de la familia, los profesionales de enfermería y los pacientes, alterando sus dinámicas y forzando a conflictos de interés y poder (51–58). Uno de los factores que desencadena esta situación, es la falta de reconocimiento de las necesidades de cada uno de los actores (profesional de enfermería y familia) dentro del proceso relacional, es decir, lo que cada uno de ellos necesita del otro para que la relación pueda ser armoniosa: “Reciprocidad” (4,59–63).

Autores como Shelton y cols. (64), Svenningsen y cols. (65), Johnson y cols. (66) y Moss y cols. (67), demostraron la disminución de síntomas emocionales de la familia, duraciones de estadía y costos hospitalarios a través de una intervención de apoyo familiar en la UCI, utilizando como eje central el componente de comunicación y buenas relaciones interpersonales entre este y la enfermera(o), lo que es coherente con hallazgos en otros estudios similares (68,69). De otra parte, Gil-Monte describe que entre las principales fuentes de burnout en la enfermera(o) se encuentran los conflictos relacionales con el

“cliente”, y específicamente en la falta de reciprocidad dentro de la misma sobre todo en contextos complejos como la UCI (70), similar a lo hallado por Menor y cols. (71) y Lopes y Ferraz (72).

Los abordajes investigativos han permitido identificar las necesidades relacionales de los familiares respecto a la relación con la enfermera(o) en UCI tales como: información, orientación, trato digno, cuidado participativo y empatía, permitiendo la construcción de instrumentos que permiten actualmente valorarlas a partir de su percepción (26,27), sin embargo, las necesidades relacionales de la enfermera aún no han sido identificadas claramente, aspecto que es relevante frente al principio de reciprocidad y al cuidado mismo (25,73,74).

Algunos aspectos como la sobrecarga laboral, la falta de formación, la violencia contra las enfermeras en UCI, la designación exclusiva del profesional médico como orientador familiar, las políticas restrictivas de la UCI para con el familiar y los cambios en la atención en salud inciden de manera directa en las relaciones interpersonales entre enfermera y familia (36,56,71,75). Lo anterior sugiere que la enfermera necesita de aspectos muy puntuales como formación, condiciones laborales adecuadas, respeto, reconocimiento, entre otros, que desde su percepción pueden fomentar relaciones armoniosas con la familia en el contexto de UCI.

Estas barreras o limitantes pueden influir en los conflictos relacionales, sin embargo, dilucidan la importancia de reconocer qué tanto la familia como la enfermera tienen necesidades muy particulares para con sus relaciones interpersonales, reconociendo la reciprocidad como único mecanismo de mediación armónica y asertiva, dando voz a cada uno de los actores y consolidando una visión integral del problema (62,63,70). Una visión parcializada en dónde sólo se contemplan las necesidades relacionales de la familia, perpetúa los conflictos relacionales entre esta y la enfermera, ya que se está analizando el problema desde un solo ángulo, desconociendo que la reciprocidad se manifiesta en doble vía (62,63,70).

1.1.3 Las relaciones interpersonales entre profesionales de enfermería y familiares de pacientes en UCI en el marco de los derechos y deberes del usuario de servicios de salud

En los sistemas de salud a nivel mundial, se han establecido pautas que regulan las relaciones humanas entre el personal sanitario y los pacientes y sus familias (76,77). Esta regulación responde a lineamientos supremos como la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU) y la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (OEA).

En Colombia, el Ministerio de Salud, ha establecido ciertos parámetros que normalizan la relación entre personal sanitario y los pacientes y sus familiares a través de la Carta de Derechos y Deberes en los Servicios de Salud (76). Allí se mencionan aspectos fundamentales dentro del proceso de relación interpersonal, como la información, el trato digno, el apoyo espiritual y moral y el respeto. Estos componentes son contemplados de manera bidireccional (excepto el apoyo espiritual y moral), de manera que se transforman en derecho y deber para cada uno de los actores del sistema (76).

Enfermería, como profesional sanitario, asume un rol fundamental dentro de este marco normativo por una razón primordial: mayor tiempo de contacto directo con el paciente hospitalizado. Esto representa un nivel de interacción que demanda necesidades tanto del familiar como de la enfermera enmarcada en derechos y deberes que cada uno deberá cumplir a cabalidad para no generar conflictos (53,55).

1.1.4 Conclusión de la relevancia social

La alta demanda de cuidado y por ende de relaciones interpersonales de la familia del paciente en UCI es un factor que propicia el desarrollo de conflictos que pueden impactar en el bienestar del paciente, la familia y los profesionales de enfermería, aspecto que lo hace de interés y relevancia desde el abordaje investigativo. De otra parte, las serias repercusiones de los conflictos relacionales alertan a reconocer y redimensionar esta problemática otorgándole la importancia que merece para el buen desarrollo de la práctica y conocimiento de enfermería.

El reconocimiento de las dinámicas relacionales entre profesionales de enfermería y familiares de pacientes en UCI como recíprocas, es de vital importancia para mitigar los conflictos derivados de estas. Tanto las necesidades que la familia demanda a los profesionales de enfermería como lo que requieren los profesionales de enfermería para que dichas relaciones se den de la mejor forma, son igualmente relevantes y de importancia para ser abordadas desde la investigación. Una visión parcializada del problema incitaría el desarrollo de intervenciones también parcializadas que no podrían ofrecer una solución eficaz.

Reconocer el principio de reciprocidad de las relaciones interpersonales es relevante cuando se requiere una alineación coherente con políticas como la de derechos y deberes del usuario de servicios de salud, aspecto que solo puede ser posible a través de la identificación de lo que necesita el profesional de enfermería y la familia del paciente en UCI de manera simultánea.

Desde el componente social, el vacío se enfoca en la necesidad de estudiar las características de la relación interpersonal enfermera-familia en UCI desde las necesidades relacionales de la enfermera(o), permitiendo un diagnóstico más acertado que permita orientar intervenciones de enfermería basadas en evidencia, que mitiguen los desenlaces derivados de los conflictos relacionales entre la enfermera(o) y la familia en el contexto de la UCI para ambos. En complemento, la evidencia que se puede obtener a partir del abordaje de este fenómeno puede contribuir a la política en salud impulsando cambios institucionales que permitan las buenas relaciones interpersonales entre la enfermera(o) y la familia del paciente en contextos tan restringidos como la UCI, tales como redistribución y asignación adecuada de cargas laborales, reconocimiento y valoración del rol del profesional de enfermería en UCI, reconocimiento del familiar como un sujeto de cuidado en el contexto del modelo de atención al paciente y su familia, promoción y seguimiento de políticas centradas en derechos y deberes del usuario y la asignación de recursos temporales, espaciales y formativos suficientes a los profesionales de UCI para el abordaje de la familia del paciente.

1.2 Relevancia Teórica

En este apartado, se presenta una ampliación teórica que fundamenta el presente estudio. La orientación de un fenómeno de investigación está dada por los planteamientos teóricos y por la identificación de los roles de enfermería enfocados a la solución de un problema claro y bien definido (78). El identificar aquellos aspectos teóricos contribuyen a explicar en gran parte los vacíos de conocimiento de un área temática (78).

1.2.1 Principio de reciprocidad de las relaciones interpersonales

Cuando el beneficio de las relaciones se orienta solamente a uno de los actores y además ocasionan daño al otro, se denomina una relación unidireccional tal y como se plantea en conceptos biológicos como el comensalismo, amensalismo y parasitismo (79); sin embargo, y dado que las relaciones interpersonales constituyen un fin social orientado a un bien común por encima del particular, estas son consideradas como bidireccionales o recíprocas (80–83). El hecho de contemplar exclusivamente las necesidades relacionales de la familia en UCI para mitigar los conflictos relacionales entre esta y la enfermera, genera una visión unidireccional, que se aparta de la realidad del problema y puede generar aún más conflictos que afectan el bienestar de uno solo o de ambos (62,63,70).

August Comte afirma que la sociedad adquiere valor a través de su dinámica, que es derivada de las interacciones entre los sujetos que la componen, connotando un principio en donde las relaciones interpersonales responden a una intencionalidad compartida, estable y estructurada, en una búsqueda consciente y activa del bien común, opuesto a la visión unidireccional (82,83). En este sentido, el cuidado de enfermería adquiere valor cuando las relaciones interpersonales permiten reconocer la experiencia de salud del ser humano, desde las necesidades relacionales de la enfermera y de la familia (2,84,85).

Emile Durkheim plantea a través del hecho social que cada manera de vivir y sentir del ser humano orienta su conducta a través de un poder coercitivo, de esta manera los elementos culturales interiorizados condicionan su comportamiento y su pensamiento incluyendo mecanismos relacionales (82,86). De cierto modo, el abordaje de las relaciones interpersonales entre la enfermera y la familia en UCI ha consolidado un paradigma centrado en el bienestar y necesidades del sujeto de cuidado (en este caso la familia), condicionando el cuidado exclusivamente a las necesidades relacionales de la familia y

desconociendo las de la enfermera, afectando el bienestar de ambos y evitando que exista armonía y asertividad al momento de relacionarse (2,87).

Desde el interaccionismo simbólico, se adjudica la interacción entre seres humanos a partir de símbolos y la interpretación y comprensión de las formas de actuar (88–91). El principal postulado desde esta postura es la reciprocidad, en dónde cada acción o relación entre dos o más sujetos deriva en una influencia en doble vía (88–91). En este sentido, para que la relación interpersonal entre enfermera y familia en UCI sea armónica y asertiva, se debe comprender la forma de actuar de ambos a partir de sus necesidades (92).

Para que las relaciones interpersonales logren los objetivos propuestos desde el interaccionismo simbólico se requiere: describir e interpretar los sentidos elaborados por los actores implicados en la relación; estudiar cómo se desarrollan los significados y necesidades; y analizar como los actores tienen expectativas frente al otro dentro del proceso relacional (93,94).

1.2.2 La relación interpersonal como catalizador del cuidado de enfermería – Aspectos desde el interaccionismo simbólico

Enfermería ha acogido algunos supuestos del interaccionismo simbólico, conformando una escuela dentro de la disciplina denominada “Escuela de la Interacción”, la cual emergió a finales de los años cincuenta (94). Es allí en donde se sustenta que el cuidado de enfermería de naturaleza es una relación humana y social y, por ende, representa un crecimiento personal mutuo y significativo (2,94). El primer supuesto acogido es en el que se plantea que las conductas de los individuos otorgan el significado de su mundo; en este caso el cuidado de enfermería es el mundo o realidad de la enfermera y la familia, por ende, la conducta de cada uno definirá el significado para ambos de su proceso relacional (2,94).

Otro de los supuestos que fortalecen este puente conceptual es aquel en dónde se afirma que el significado de la interacción entre los individuos será el pilar de la construcción de la experiencia social; para este postulado la experiencia de cuidado será única y útil tanto para la enfermera como para la familia siempre y cuando el significado de esta se enfoque

en resolver las necesidades de ambos (2,90,94). Finalmente, y tal vez el más representativo de los supuestos, es aquel en donde se plantea que a partir de las interacciones o relaciones interpersonales se entienden las experiencias propias y la de los demás, permitiendo un intercambio de información, ideas, sentimientos y emociones que finalmente posibilita el acercamiento hacia el otro, conociendo sus necesidades y preocupaciones (2,90,94).

Desde los años 70 Campbell y cols. pudieron determinar que las relaciones interpersonales son transversales en todos los aspectos de la vida, en este caso, el cuidado de enfermería sería imposible en ausencia de estas (95,96). Diversos estudios desde la psicología han podido señalar consistentemente la importancia de las relaciones interpersonales positivas en la salud humana (97,98), que en el caso de enfermería se evidencia determinantemente en las alteraciones físicas y emocionales derivadas de los conflictos entre familia y enfermera en contextos como la UCI (99).

En enfermería los estudios han sido enfocados a determinar las necesidades relacionales de pacientes y familiares enmarcadas en aspectos comunicativos y actitudes empáticas, además de respeto, cuidado participativo y sentimientos (99–105). Esto ha posibilitado el desarrollo de indicadores empíricos que permiten valorar la relación interpersonal desde la percepción del paciente (Escala de evaluación de empatía de La Monica-1981) (106), (Escala de relación de Forchuck-1995) (107), (Escala de empatía de Reynolds) (108); y también desde la percepción de la familia (26,27).

1.2.3 El abordaje investigativo de la relación interpersonal entre enfermera y familia

La investigación disciplinar ha abordado las relaciones interpersonales de la tríada enfermera, paciente y familia. En mayor proporción se ha estudiado este fenómeno entre la enfermera y el paciente, teniendo una gran diferencia con el volumen de trabajos que abordan la relación entre la enfermera y la familia (26,27,109,110).

De una parte, se ha podido identificar y describir la experiencia de los familiares de los pacientes en UCI y su influencia directa en el desarrollo de síntomas emocionales tales

como el estrés, la ansiedad y la depresión, siendo este altamente influenciado por factores ambientales propios de la UCI y por la naturaleza propia de tener a un ser querido en condiciones críticas de salud(100–102,111).

Otros estudios han logrado determinar que ese contexto de UCI adquiere propiedades como el de restringido, poco compasivo y agresivo con los familiares, características que son muy particulares de este ambiente y, por ende, que generan necesidades muy distintivas en los familiares del paciente crítico (110,112–115). En este orden de ideas, la comunicación, entendida como el intercambio de información resulta ser una de las necesidades más sentidas de los familiares de los pacientes que se encuentran en UCI, íntimamente ligada a características de la información como la frecuencia, claridad, calidad, confiabilidad y suficiencia (116–119).

Otras necesidades que se han logrado identificar en los familiares del paciente en UCI son las necesidades de empatía, respeto, humanización y el hecho de participar del cuidado de su ser querido, aspectos altamente demandados a los profesionales de enfermería, pero a su vez, aspectos que los familiares consideran vulnerados en muchas ocasiones (118–124).

Otros estudios se han enfocado a operacionalizar las necesidades relacionales identificadas en los familiares con el fin de evaluar las relaciones interpersonales entre estos y los profesionales de enfermería y de esta forma poder orientar intervenciones que disminuyan o mitiguen los conflictos (27). Algunos autores afirman que la enfermera puede llegar a tener una percepción equívoca acerca de la necesidad de tener al familiar “controlado” y/o “alejado” a través de normas, esto con el fin de salvaguardar su integridad física y emocional; lo anterior se traduce en que la enfermera tiene necesidades que no son claramente identificadas o reconocidas por ella misma, pero aparentemente tiene temor de sentirse afectada por la relación con la familia lo que podría sugerir que implícitamente se perciben aspectos negativos relacionados con el trato humano, respeto y empatía de la familia hacia la enfermera (73,74,105,125–128).

Algunos otros estudios mencionan que existen profesionales de enfermería que aceptan y normalizan tratos inadecuados, irrespeto, irracionalidad, incompreensión y antipatía de parte de familiares de pacientes en UCI, atribuyéndolos como inherentes al cuidado de

enfermería y que, por ende, no son relevantes, se deben soportar y son parte natural del proceso de afrontamiento de los familiares (129–133), otras investigaciones que han esbozado algunas posibles necesidades de los profesionales de enfermería relacionadas con condiciones laborales para que las relaciones con los familiares del paciente crítico sean armónicas (134–136).

1.2.4 Conclusiones de la relevancia teórica

A manera de conclusión de este apartado, se reconoce que la relación interpersonal esta mediada por intereses o necesidades de cada una de las partes que la constituyen, aspecto que compone el principio de reciprocidad. El cuidado de enfermería es por naturaleza una relación interpersonal, por ende, deben ser reconocidas las necesidades tanto del sujeto de cuidado como del profesional de enfermería, con el fin de viabilizar relaciones armónicas, y que contribuyan al crecimiento personal de los seres humanos implicados, en este caso, paciente, familia y enfermera.

El abordaje científico del fenómeno de las relaciones interpersonales se ha enfocado en las perspectivas, experiencias y necesidades del paciente y su familia, sin embargo, la perspectiva de los profesionales de enfermería ha sido escasamente abordada. En este sentido, esta ha sido abordada desde aspectos como el Burnout, violencia y experiencias en UCI de manera general, sin puntualizar en sus necesidades y específicamente en sus necesidades para relacionarse armónicamente con la familia.

Frente a los supuestos del interaccionismo simbólico se puede asegurar que de la interacción entre la familia del paciente en UCI y el profesional de enfermería se deriva una experiencia compartida que debe reconocer la particularidad de cada uno, buscando la satisfacción de necesidades y posibilitando un acercamiento sin conflictos que agredan su integridad como seres humanos. El significado de esta experiencia relacional podrá ser tangible, relevante y positiva cuando la experiencia relacional busque un bienestar común entre familia y enfermera que incluso trascienda al paciente.

Desde el componente teórico, el vacío se enfoca a complementar el desarrollo teórico de la relación interpersonal entre la enfermera(o) y la familia en la UCI a partir de la

experiencia de la enfermera(o), ya que, desde el principio de reciprocidad, es imposible contar con una visión integral de este fenómeno sin contemplar el punto de vista tanto de la familia como de la enfermera(o). Un análisis sesgado desde el punto de vista o percepción familiar orientaría intervenciones enfocadas solo a sus necesidades, lo que estaría mitigando tan solo una parte de la problemática real. De otra parte, el vacío se complementa con la importancia del desarrollo de indicadores empíricos, como herramienta de prueba, refutación, reformulación o creación de teorías propias para la disciplina.

1.3 Relevancia Disciplinar

En el desarrollo del conocimiento disciplinar es necesario reflexionar acerca de cómo la generación, comprobación o refutación de teoría existente puede tener impacto directo o indirecto en la práctica (98,137). A continuación, se presentan dichas argumentaciones, posibilitando la identificación de vacíos y orientar su abordaje desde la investigación.

1.3.1 Las relaciones interpersonales en la práctica de enfermería

La práctica de enfermería a través de la relación interpersonal permite establecer un vínculo entre la enfermera y la familia que aproxima a la comprensión de las experiencias particulares de cada uno en la UCI (138). Cuando la práctica de enfermería permite estas conexiones deja de ser un contexto exclusivo de aplicación de teoría y adquiere una connotación de generación teórica (138). Peplau, plantea la relación interpersonal como el contexto para transformar la práctica profesional, es decir que cuando la relación interpersonal es armónica y recíproca, esta se transforma en un medio para crear y probar teoría a partir de dos experiencias con percepciones diferentes dentro de una unidad a partir de sus protagonistas, que en este caso son: la enfermera y la familia del paciente en UCI (138–140).

En este sentido, si las relaciones interpersonales entre la enfermera y la familia trascienden a una relación terapéutica, esta misma permitirá generar el conocimiento suficiente para

orientar asertivamente la misma práctica de enfermería para mitigar los conflictos, teniendo en cuenta que ambos actores tienen necesidades únicas (138–140). Newman afirma que el núcleo de la disciplina se encuentra entre los conceptos de salud y cuidado (84), destacando una naturaleza ontológicamente relacional entre estos dos conceptos, pero además una naturaleza relacional entre el sujeto y el objeto de cuidado, lo que plantea el cuestionamiento filosófico: “¿Cuál es la calidad de las relaciones que hacen posible a la enfermera(o) y al sujeto de cuidado (familia) conectarse de manera transformativa?”.

El reconocimiento de estas necesidades relacionales, permite un desarrollo teórico relevante para sustentar la práctica de enfermería, en este caso, a través del diseño y validación de un indicador empírico que permite una aproximación a la realidad de la relación entre la enfermera(o) y la familia en la UCI (141–143), reconociendo que está construida desde la percepción de ambos sujetos y no de uno solo, a partir de una experiencia particular constituida por necesidades y manifestadas a través de su percepción (1,2).

Algunas investigaciones han reportado que las enfermeras(os) identifican necesidades muy puntuales para relacionarse con los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI; por ejemplo, el desarrollar habilidades para abordar a la familia (75,144–150), o la necesidad de ser respetada, apoyada y reconocida como un miembro importante dentro del equipo de salud en la UCI (147,150–154); De esta manera las enfermeras(os) expresan que es necesario abordar a la familia dentro del contexto de la UCI, sin embargo, reconocen barreras como la sobrecarga laboral, que impiden la creación de espacios de relación con la familia (127,128,155,156). Este panorama genera en la enfermera(o) percepciones equívocas, en las que el “control” y “alejamiento” hacia la familia es la mejor opción para evitar conflictos, situación que por el contrario los refuerza (127,128,155,156).

1.3.2 Relevancia de las relaciones interpersonales desde la teoría de enfermería

Algunas teorías reconocen el concepto de relación interpersonal como factor indispensable para la existencia del cuidado de enfermería. Por una parte, Peplau, construye una

definición operativa de la relación interpersonal, y la reconoce como la interacción entre persona a persona a través de un intercambio de conocimientos, sentimientos y emociones (1,2,157). Otra de las afirmaciones de Peplau que contextualiza aún más el concepto, es que plantea la relación interpersonal como recíproca, por lo que implica transacciones en doble vía y cuyo propósito es el crecimiento personal para la diada (1,2,157,158). Otras teorías como la teoría de Relaciones entre seres humanos de Travelbee (1966), Teoría del Proceso de Enfermería de Orlando (1958), y la Teoría de Consecución de objetivos de King (1981), confluyen en que la relación interpersonal está mediada por una interacción de múltiples realidades tanto del sujeto de cuidado, como de la enfermera (78).

En estas teorías el concepto de enfermería se contempla como un proceso interpersonal; la persona es vista desde el sujeto de cuidado y la enfermera como actores de una diada; la salud es analizada como un proceso humano cambiante y el entorno es contemplado como múltiples realidades que afectan el equilibrio (78,159,160). La variación entre estas teorías se encuentra principalmente en el enfoque. Por ejemplo, Peplau identifica las fases de la relación interpersonal; Orlando se enfoca a la satisfacción de necesidades; Travelbee menciona conceptos como el dolor y el sufrimiento; y King se enfoca al alcance de metas y objetivos (78,159,160). Lo anterior representa una operacionalización más tácita del cuidado de enfermería desde el concepto de relación interpersonal.

En este sentido el cuidado de Enfermería como relación humana, contempla el ejercicio profesional, pedagógico e investigativo (1,2,157,158). El cuidado de la experiencia de la salud humana se constituye como el metaparadigma de Enfermería y el sujeto de cuidado es un concepto transversal dentro del mismo, contemplando al ser humano como individuo, familia y grupos comunitarios (161). Por lo anterior es relevante resaltar que el cuidado debe dirigirse a cada uno de estos sujetos de cuidado, centrándose en una mirada holística e integral (162).

1.3.3 Conclusiones de la relevancia disciplinar

Desde el componente disciplinar, se puede evidenciar que el conocimiento con respecto al fenómeno de las relaciones interpersonales requiere de mayor desarrollo y consolidación, para viabilizar la construcción de indicadores (como instrumentos de

medición) que aporten una aproximación más objetiva a la realidad, y permitan orientar toma de decisiones de manera asertiva en el futuro. Desde el componente ontológico, la relación interpersonal conforma la esencia del cuidado de enfermería y desde el componente epistemológico, representa el mecanismo o la vía para construir teoría que oriente la práctica.

La relación interpersonal como marco de desarrollo de conocimiento y práctica disciplinar cumple entonces con una misión tanto intelectual como social. Desde lo intelectual se concentra en aportar un desarrollo teórico que constituya un indicador empírico en forma de instrumento de medición, que permita valorar la relación interpersonal enfermera(o)-familia desde la perspectiva de la enfermera(o), aspecto que orientará integralmente su práctica; de otra parte, la misión social se enfoca en fortalecer y encaminar relaciones interpersonales sanas, con beneficios mutuos que armonicen la díada enfermera(o)-familia en UCI.

1.4 Planteamiento del problema

Este apartado se enfoca en estructurar de una manera clara y concisa el problema de investigación, centrado en las relaciones interpersonales entre la enfermera(o) y la familia en la UCI. La revisión crítica de literatura que aborda las relaciones interpersonales entre enfermera(o) y familia en el contexto de UCI, refleja un desarrollo significativo con respecto a la identificación de necesidades relacionales de la familia y el paciente y su consolidación en indicadores empíricos (instrumentos de medición) que pretenden valorarlas, sin embargo, teniendo en cuenta el atributo de reciprocidad de la relación interpersonal desde sus fundamentos teóricos se deduce que una valoración integral no puede excluir la percepción de alguno de sus actores, en este caso de la enfermera(o).

Es así como a partir del diseño de un indicador empírico enfocado a las necesidades y percepción de la enfermera(o) permite una valoración integral que se aproxima a la comprensión de una realidad compartida y orienta las intervenciones necesarias para mejorar el cuidado basándose en una buena relación que resulte terapéutica para ambos sujetos.

Por lo anterior el problema de esta investigación se enfoca en la necesidad de conocer las ***características de la relación interpersonal enfermera(o)-familia en UCI desde las necesidades relacionales de Enfermería.***

1.4.1 Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son las necesidades de la enfermera(o) con respecto a la relación interpersonal con la familia en el contexto de la UCI?
2. ¿Cómo valorar la percepción de la enfermera(o) con respecto a sus relaciones interpersonales con la familia desde sus necesidades relacionales en la UCI?

1.4.2 Objetivo general

Diseñar y validar un instrumento de medición de la relación Interpersonal entre enfermera(o) y familia en la UCI desde las necesidades relacionales de la enfermera(o).

1.4.3 Objetivos específicos

1. Describir las “Necesidades relacionales de la enfermera(o)” a partir de su experiencia en UCI.
2. Definir las dimensiones y/o subdimensiones que operacionalizan el constructo de “Relación Interpersonal Enfermera(o)-familia en la UCI” a partir de las necesidades relacionales de la enfermera(o).
3. Construir un instrumento que valore la relación interpersonal enfermera(o)-familia en la UCI a partir de las dimensiones derivadas de las necesidades relacionales de la enfermera(o).
4. Establecer las evidencias de validez y confiabilidad del instrumento construido.

1.4.4 Alcance

El alcance de esta investigación fue **exploratorio**, debido a que el fenómeno ha sido abordado escasamente y sugería una profundización en la explicación de este. Por otra parte, también fue **descriptivo**, ya que se enfocó en describir las necesidades de los profesionales de enfermería para que sus relaciones interpersonales con la familia fueran armónicas; y finalmente **instrumental**, con el fin de operacionalizar dichas necesidades en un instrumento de medición que permita medir el fenómeno y tener una aproximación objetiva de este.

1.4.5 Definición de conceptos

A continuación, se exponen los conceptos centrales del fenómeno de estudio, representando cada una de las variables dentro de la propuesta investigativa que serán de gran importancia para su desarrollo.

- **Relación interpersonal:** La relación interpersonal es la que se da entre un individuo con necesidad de cuidado y un profesional de enfermería, con el fin de generar un intercambio de conocimientos, sentimientos y emociones; generando crecimiento personal mutuo (1,2,158). De otra parte, la relación interpersonal es contemplada como un proceso terapéutico significativo estimulando el desarrollo de la madurez que busca orientar procesos hacia la resolución de conflictos evidenciando percepciones y pensamientos inmediatos para el sujeto de cuidado y la enfermera(1,2,158,159).
- **Necesidades relacionales:** Las necesidades relacionales son descritas como las necesidades propias del contacto interpersonal siendo factores cruciales que hacen de una relación interpersonal, una relación significativa (163,164). Un vínculo “seguro” surge de la reciprocidad en la satisfacción de aquellas necesidades primordiales en los procesos relacionales tales como la validación, compañía, contar con alguien con mayores conocimientos o de influenciar en ciertos comportamientos autolesivos, siendo elementos

psicológicos esenciales para el mejoramiento de la calidad de vida y para el desarrollo positivo de una relación (165,166).

- **Percepción:** La percepción puede considerarse como la aprehensión de una realidad objetiva, siendo este un acto cognitivo, suponiendo una acción de apertura de sí mismo, lo que la hace única, e influenciada por las necesidades de cada ser (28–30). La percepción revela a través de los sentidos la vida cotidiana en sí, por ende, es la aproximación que mejor podríamos tener con el mundo real (167). Es así, como la percepción es el resultado de procesos de selección, interpretación y ajuste de necesidades y experiencias (28–30,167).

- **Familia:** Es el conjunto de individuos que se relacionan entre sí, que comparten una historia en común y se constituye más por sus vínculos de afinidad (solidaridad, fraternidad, apoyo, cariño, amor), que por sus lazos de consanguinidad (168,169). Para el presente trabajo, el concepto de familia se determinó como el actor del otro lado de la enfermera(o) que acompaña al paciente durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos.

- **Enfermería:** Proceso terapéutico e interpersonal que alcanza sus objetivos mediante la interacción con el sujeto de cuidado en un proceso mutuo y de cooperación que se enfoca en solventar necesidades puntuales, lo que constituye la verdadera utilidad del cuidado (1,157,158).

- **Relación interpersonal enfermera(o)-familia en UCI:** Percepción del familiar y/o acompañante del paciente para evaluar la relación que recibió de la enfermera(o) cuando su paciente estuvo hospitalizado en la UCI, además de la percepción de la enfermera(o) de la relación que tuvo con la familia (170).

Instrumento de medición: Un instrumento de medición es una herramienta que registra los datos observables de un constructo frente a un fenómeno de investigación (171). El objetivo de este es establecer una correlación entre lo observable y lo teórico-conceptual, respondiendo de manera simultánea a las hipótesis investigativas, y robusteciendo el cuerpo de conocimientos de una disciplina (171).

Instrumento de medición en salud: El cuidado de la salud de los seres humanos ha sido orientado siempre por la medición, siendo esta al principio poco precisa, llevando a resultados poco deseables como, por ejemplo: Altas tasas de morbi-mortalidad (172). La toma de decisiones en salud debe estar sustentada en evidencia actual y de calidad, y para que esto sea posible, los eventos que son de interés deben estar medidos con el menor error posible (172). Para la salud, y en especial para enfermería, la medición constituye la consolidación de datos relevantes que representan un evento y lo exponen en sus rasgos más objetivos, constituyendo un indicador para la toma de decisiones basadas en evidencia de calidad (172).

2. Capítulo 2 Marco Teórico

En este capítulo se abordaron los sustentos teóricos disciplinares y de otras disciplinas que fundamentan el fenómeno de estudio. En complemento, se argumentan también los supuestos teóricos desde la psicometría clásica, que fundamenta el desarrollo de esta tesis.

2.1 Planteamientos teóricos disciplinares de las relaciones interpersonales

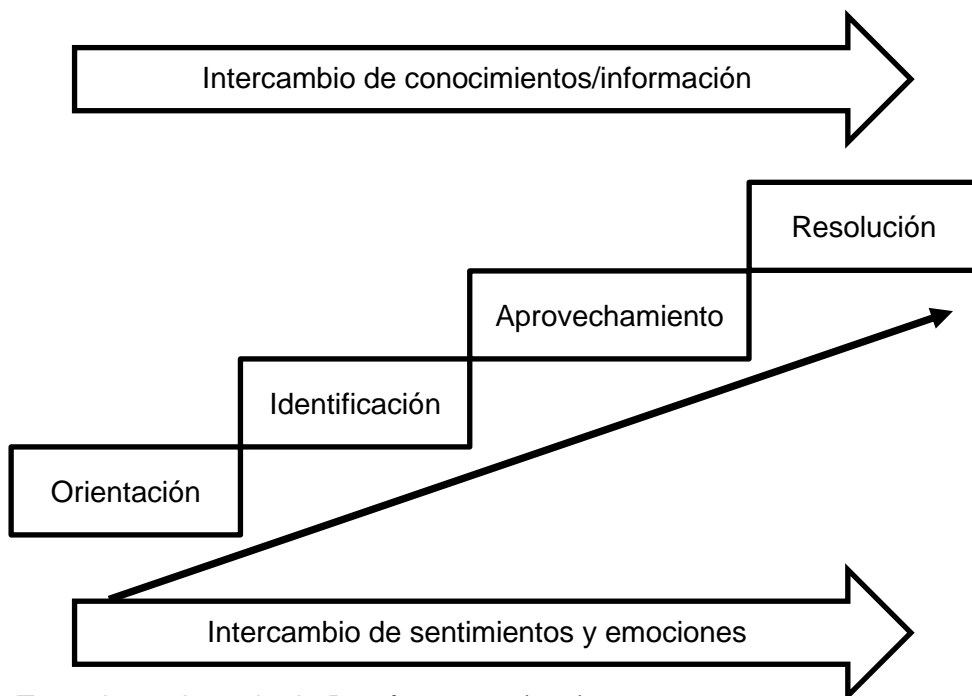
2.1.1 Planteamientos desde la teoría de Hildegard Peplau

La teoría de relaciones interpersonales de Hildegard Peplau tiene fuentes desde la psicodinámica, necesidades humanas, desarrollo personal y del psicoanálisis, componentes que confluyen y articulan el concepto de relación terapéutica, entendido como un proceso dinámico de estímulos y respuestas humanas que se dan de manera recíproca y en dónde existe una satisfacción de necesidades tanto para el sujeto de cuidado como para la enfermera(o) (1,2,158).

Esta teoría se aborda dentro de una visión interactiva-integrativa (31) en dónde la interacción se configura como la naturaleza del acto de cuidar y en dónde el sujeto de cuidado (en este caso la familia) y la enfermera se integran en una misma realidad cuya meta se enfoca en un crecimiento personal mutuo, contemplando las realidades contextuales y particulares de cada uno de ellos (1,2,158). Dentro de los planteamientos de Peplau se afirma que en los procesos de interacción e intercambio existen factores tangibles como la información y conocimientos y otros intangibles como los sentimientos y las emociones (1,2,158).

Para Peplau, este proceso relacional de intercambio tiene 4 fases: Una fase de orientación para reconocer algunas necesidades; una fase de identificación, en dónde a través de la exploración se identifican puntualmente las necesidades; otra fase de aprovechamiento, en la cual se maximizan los beneficios a través de la reflexión de dichas necesidades; y finalmente una fase de resolución, en la que se logra la adaptación a las necesidades identificadas y abordadas (1,158,173–175)(Figura 2-1).

Figura 2-1: Fases de la relación interpersonal desde la teoría de Hildegard Peplau.



Fuente: Tomado y adaptado de Ramírez 2018 (174).

Dentro de los supuestos que expone Peplau en su teoría, se destacan los siguientes:

- El cuidado de enfermería es un proceso psicodinámico posibilitado y mediado por las relaciones interpersonales, por ende, su estudio y comprensión se constituye en una prioridad disciplinar orientado a dar utilidad en la práctica y en la generación de nuevo conocimiento (1,158,173–175).
- Las relaciones interpersonales entre sujeto de cuidado (paciente, familia o comunidad) representan beneficio cuando ambos progresan y crecen

personalmente reconociendo sus propias necesidades a través de la experiencia de salud humana (1,158,173–175).

- El crecimiento personal mutuo dentro de una relación interpersonal confluye no solo en aspectos como la información o conocimientos, también abarca aspectos como sentimientos y emociones propios de una relación humana (1,158,173–175).
- Las experiencias resultantes de las relaciones interpersonales armónicas entre sujetos de cuidado y enfermeras(os) son enriquecedoras para ambos, lo que aporta elementos a cada uno para afrontar nuevas experiencias de salud (1,158,173–175).
- Las percepciones y aprendizajes dentro de una relación interpersonal entre sujeto de cuidado y enfermera(o), son diferentes y están permeados por principios y necesidades distintas que, sin embargo, buscan un bien común (1,158,173–175).
- La consciencia del rol que desempeña tanto el sujeto de cuidado como la enfermera(o) dentro de las relaciones interpersonales es fundamental para lograr una verdadera utilidad y propósito de esta (1,158,173–175).

Para el desarrollo de esta teoría, Peplau propuso el ciclo de indagación, que consistió en la búsqueda de información a través de la escucha activa de la voz de los sujetos de cuidado y de las enfermeras(os), destacando la interacción entre éstos como ciencia y arte anclados a la práctica de enfermería (1,2,85,157). Fue a través de su ciclo de indagación que logró conectar las interacciones entre enfermera(o) y sujeto de cuidado con el desarrollo teórico, planteando que a través de este proceso interpersonal es que se logra desarrollar y probar explicaciones de un fenómeno de investigación (1,2,85,157). Desde esta postura se permite deducir que la relación interpersonal es también un componente fundamental para el conocimiento y la práctica de enfermería (177,178).

Los conceptos meta paradigmáticos dentro de la teoría de Peplau se configuran entonces de la siguiente manera: Enfermería, adquiere una connotación de proceso relacional y terapéutico cuyo fin es alcanzar el bienestar de los seres humanos involucrados en este;

El ser humano son todos aquellos seres involucrados en el proceso relacional que se esfuerzan por identificar y satisfacer sus necesidades para que dicho proceso sea armónico y útil para todos; La salud es el resultado de todos los procesos humanos que a través de las interacciones buscan un estilo de vida íntegro; y el entorno es considerado como todas las fuerzas existentes que rodean a los seres humanos que interactúan dentro de la experiencia de salud humana (1,2,85,157).

La relación interpersonal es entonces considerada una *relación de encuentro*, en donde aspectos no comunicativos como emociones y sentimientos también son mediadores, configurándose como una interacción, que además de basarse en la comunicación (entendida como emisión, transmisión y recepción de información), profundiza en elementos que enriquecen o construyen personalidad (1,2,157).

Reed, en sus postulados destaca que la práctica de enfermería es el eje del desarrollo del conocimiento, planteando una tesis denominada “teoría basada en la práctica” (85,139,140). Las experiencias de la enfermera(o) con el sujeto de cuidado son fuente de teoría, y la conjunción de estas experiencias es mediada por la relación interpersonal (85,139,140). Es entonces la relación interpersonal un componente ontológico y epistémico de la disciplina, considerándola como naturaleza en el acto de cuidar, y naturaleza en acto de investigar (85,139,140).

La teoría de Peplau ha permitido argumentar el concepto de relaciones interpersonales a través de necesidades identificadas en el sujeto de cuidado (31). Parrado y cols. (26), y Soto y cols. (170) lograron identificar que las necesidades de orientación, información, trato digno/respetuoso y empatía son indispensables en las relaciones interpersonales entre el sujeto de cuidado (paciente y/o familia) y las enfermeras(os) en UCI. Lo anterior permitiría valorar dichas relaciones desde la percepción del sujeto de cuidado, permitiendo orientar acciones para garantizar la armonía de estas y disminuir o mitigar los conflictos y sus impactos en todos los actores involucrados (26,170).

2.1.2 Teorías de enfermería complementarias

Algunas teorías de enfermería acogen el concepto de relación interpersonal como factor complementario pero necesario para la existencia del cuidado de enfermería (78). Teorías como la teoría de Relaciones entre Seres Humanos de Travelbee (1966), Teoría del Proceso de Enfermería de Orlando (1958), y la Teoría de Consecución de Objetivos de King (1981), confluyen en que la relación interpersonal está mediada por una interacción de múltiples realidades tanto del sujeto de cuidado, como de la enfermera(o) (78). Aunque el desarrollo teórico ha contribuido de manera sustancial al cuerpo de conocimientos de enfermería y a la explicación de fenómenos propios de la disciplina, los indicadores empíricos construidos hasta el momento se han centrado en la percepción del familiar o del paciente aspecto que requiere ser complementado desde el punto de vista de la enfermera(o).

En estas teorías el concepto de enfermería se contempla como un proceso interpersonal; la persona es vista como una díada (enfermera(o)-sujeto de cuidado); la salud es analizada como un proceso humano cambiante y el entorno es contemplado como múltiples realidades que afectan el equilibrio (78,159,160). Peplau (1952), construye una definición operativa de la relación interpersonal, y la reconoce como la interacción entre persona a persona a través de un intercambio de conocimientos, sentimientos y emociones, pero, además, que su propósito es el crecimiento personal mutuo, aspecto coherente con el principio de reciprocidad (1,2,85,157).

Desde un análisis interpretativo del componente teórico disciplinar se puede afirmar que las relaciones interpersonales son transversales desde lo más abstracto (modelos conceptuales), hasta las teorías, partiendo del principio de que para que pueda existir un cuidado de enfermería se requiere de interactuar y establecer vínculos humanos más allá de lo técnico y procedimental. De otra parte, los indicadores empíricos bien sean instrumentos o escalas de medición que permiten aproximarse al fenómeno de las relaciones interpersonales requieren también de la interacción entre enfermera y sujeto de cuidado.

El modelo de cuidado HANC, (Humanismo, ayuda al paciente/familia, necesidades satisfechas y calidad del cuidado de enfermería), fue propuesto por el grupo de investigación de cuidado crítico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y acoge diversos fundamentos teóricos disciplinares que apoyan y confirman la relevancia de las relaciones interpersonales entre enfermeras(os) y sujetos de cuidado en el contexto de situaciones agudas y críticas, a través del reconocimiento de necesidades reales y potenciales y fundamentados en la comunicación efectiva con el único objetivo de minimizar riesgos para el paciente y su familia en contextos como la UCI (179). Dentro de este modelo, la relación interpersonal se define como la habilidad de establecer interacciones positivas que representen crecimiento personal mutuo impactando de la mejor manera en el bienestar del paciente, su familia y la enfermera(o) (179).

2.2 Planteamientos teóricos de las relaciones interpersonales desde las ciencias sociales

El concepto de relación interpersonal tiene su origen en la corriente de pensamiento del interaccionismo simbólico, que se configura como un sustento teórico y filosófico de la sociología y las ciencias humanas (88,89,180). En este sentido la interacción entre seres humanos está mediada por aspectos como el uso de símbolos, interpretación y comprensión de diversos significados de las formas de actuar del otro u otros (90,91). Es aquí en donde emanan los primeros conceptos relevantes del interaccionismo simbólico que nutren el concepto de relación interpersonal, como el lenguaje verbal y el no verbal que se constituyen como catalizadores de la comunicación entre seres humanos (88,89,91,92).

Lo más relevante de estos postulados radica en el requisito indispensable de reciprocidad de este proceso, lo que es compatible con la definición pura de interacción, en donde cada acción o relación entre dos o más sujetos deriva en una influencia recíproca (88,89,91,92). La acogida del interaccionismo simbólico se ha enfocado hacia áreas específicas de las ciencias sociales partiendo de la premisa de que es a través de la comunicación que se establece la sociedad (69).

Los supuestos de esta corriente de pensamiento giran en torno a tres objetivos: describir e interpretar las percepciones elaboradas por las personas en el proceso de su relación mutua; estudia cómo las personas forman las percepciones y significados sociales y como los transforman; y analiza cómo los individuos tienen expectativas respecto al comportamiento de otros y cómo reaccionan ante estas expectativas (93,181,182). Disciplinas como la psicología (desde el estudio del comportamiento humano), antropología (desde el estudio de las manifestaciones sociales y culturales humanas), trabajo social (desde la promoción al cambio y desarrollo social), entre otras, han adoptado como uno de sus fundamentos el interaccionismo simbólico (93,181,182).

Otro planteamiento teórico de las ciencias sociales que orienta este trabajo es la Teoría de Motivación Humana o Teoría de Necesidades de Abraham Maslow, en donde a través de una jerarquía de distintos tipos de necesidades de acuerdo con su importancia, se definen como posibilitadoras o no de supervivencia y capacidad de motivación (183–185). De acuerdo con este planteamiento a medida que se satisfacen las necesidades más básicas del ser humano, este desarrolla otras necesidades más elevadas que finalmente permitirán o no alcanzar un nivel superior que se denomina de “autorrealización”, en donde se encuentra un sentido válido a la vida (183–185). En el contexto de esta investigación esta teoría podría adoptarse en dos sentidos:

1. Cuando los profesionales de enfermería reconocen necesidades muy puntuales que posibilitarían unas relaciones interpersonales sanas o armónicas con las familias del paciente en UCI. Partiendo de las necesidades de seguridad orientadas a su bienestar físico y psicológico como profesional y ser humano, además de contar con los recursos necesarios para ello; luego las necesidades de afiliación, en donde pertenecer a un grupo social (en este caso el contexto de UCI con la institución de salud, equipo de trabajo, paciente y su familia), representan un deseo de ambiente libre de conflictos y relaciones sanas; luego las necesidades de reconocimiento en este caso del rol de enfermería en UCI, permeado por confianza y respeto no solo de la familia sino también de las instituciones de salud y equipos de trabajo, lo que impacta de manera directa en su autorreconocimiento como profesional de enfermería en UCI sintiéndose valioso para la sociedad; finalmente la autorrealización, en donde se desarrolla su máximo potencial como profesional de enfermería, ofreciendo un cuidado integral y de calidad.

2. Cuando se reconoce que las relaciones interpersonales sanas, armónicas, libres de conflicto son una necesidad relevante para el profesional de enfermería en UCI, que posibilita no solo su desarrollo profesional y humano, sino que también impactaría en el bienestar del paciente y su familia, y en los modelos de atención en salud institucionales.

2.3 Planteamientos teóricos en el diseño y validación de instrumentos de medición

La validez de instrumentos de medición se desarrolla principalmente por dos posturas desde la psicometría: la teoría clásica (TC) y la teoría de respuesta al ítem (TRI) (186). En la primera, la teoría clásica, las evidencias de validez (facial, contenido, constructo, criterio) además de la confiabilidad determinan que el instrumento representa adecuadamente su constructo, y que esa medida es consistente o estable (171,187–189). Sin embargo, este proceso se ha derivado de pruebas matemáticas lineales, es decir, sólo mide el rendimiento del test sin tener en cuenta la población objeto al cuál va dirigido (171,187–189).

En la segunda, denominada la teoría de respuesta al ítem, representa la evolución en la psicometría, que intenta complementar la limitación de la teoría clásica, partiendo de un modelo matemático probabilístico, determinando la probabilidad de que el test sea desarrollado adecuadamente a partir de la medición de los ítems y de las personas en un mismo plano, estableciendo que si los atributos que tienen las personas se ajustan al desarrollo adecuado del test, y si los ítems se acomodan a los atributos de las personas, se pueden determinar nuevos indicadores de validez como los grados de dificultad de los ítems y los grados de discriminación entre ítems y opciones de respuesta (171,187–191). Para poder hacer uso de la TRI deberán tenerse en cuenta el cumplimiento de supuestos como la unidimensionalidad del instrumento (es decir que la prueba mida un solo rasgo latente), la existencia de variable no observada latente y la independencia local.

2.3.1 Instrumentos/escalas de medición

La medición en los procesos investigativos se enfoca en cuantificar los aspectos de interés científico, asignando valores numéricos a variables (188,189,192,193). La medición en investigación requiere de algunas fases que son de gran importancia: En la primera fase es necesario que exista un acuerdo acerca de la definición del aspecto que se pretende medir, posterior a ello se requiere seleccionar los indicadores sensibles del aspecto o concepto que se pretende medir y finalmente la asignación de valores numéricos a cada indicador de acuerdo con el propósito de la medición (188,189,192,193).

Los instrumentos o escalas de medición en los procesos investigativos han sido una herramienta fundamental al momento de abordar fenómenos de forma cuantitativa (188,189,192,193). Estas herramientas posibilitan el registro de datos observables/cuantificables para posteriormente ser analizados estadísticamente, representando de manera objetiva los propósitos e intencionalidades de cada investigador. De esta manera se contrastan los planteamientos teóricos/conceptuales con la realidad sustancial, probando o rechazando hipótesis que finalmente permitirán una consolidación de un cuerpo de conocimientos disciplinares de manera válida y confiable (188,189,192,193).

Toda investigación cuantitativa contiene variables que requieren ser medidas o cuantificadas para proporcionar evidencia empírica, por lo que es necesario contar con instrumentos o escalas de medición que garanticen una medición efectiva en donde las variables estén representadas con el mínimo error posible y de esta manera tener una aproximación más fiel a la realidad que se pretende abordar (188,189,192,193).

Dentro de las propiedades con las que debe contar un instrumento o escala de medición en investigación, están la validez y la confiabilidad (188,189,192,193). El que un instrumento sea válido se fundamenta en que este mida la(s) variable(s) que realmente pretende medir, aspecto que subyace en las nociones de sensibilidad y especificidad, sin embargo, en muchas ocasiones un instrumento de medición excede su propósito o intención original permitiendo la extracción de inferencias valiosas que no necesariamente representan las variables que mide directamente, como cuando a partir de un instrumento

que permite estimar el nivel de inteligencia de la población infantil, que a su vez podría ser un insumo conveniente de indicadores como cobertura de educación y situación socioeconómica (188,189,192,193). Por esta razón el concepto de validez debe trascender a establecer el rango de interpretaciones lógicas que se pueden asociar apropiadamente a la puntuación de la medición (188,189,192,193).

De otra parte, la confiabilidad está íntimamente ligada a la consistencia y coherencia de los datos obtenidos a través del instrumento, es decir, la estabilidad de la medida en el tiempo, sujetos de prueba y observadores (188,189,192,193). Las discrepancias que puedan observarse al momento de calcular la confiabilidad de un instrumento de medición están ligadas al error de medida de éste (188,189,192,193). Es entonces la confiabilidad un parámetro que determina la cantidad de error que pueda tener una medición tanto aleatorio como sistemático (188,189,192,193). Es de reconocer que los errores de medición no se pueden eliminar dentro del proceso de medición, sólo se pueden minimizar y controlar (188,189,192,193).

2.3.2 Diseño de instrumentos de medición

Los avances en el desarrollo de las técnicas en el diseño de instrumentos de medición en investigación han permitido a su vez generar nuevos métodos investigativos que respondan a esa necesidad de probar la teoría y complementarla o refutarla por completo (188,189,192–194). Los estudios mixtos pueden recopilar la información suficiente desde lo cualitativo para desarrollar teóricamente un concepto y desde lo cuantitativo para operacionalizarlo y ponerlo a prueba (195).

Paul Meehl y Lee Cronbach (196), propusieron la red nomológica como uno de los resultados necesarios del proceso de diseño de instrumentos de medición, definiéndola como la estructura del constructo con sus dimensiones y subdimensiones ilustrando las relaciones entre éstos. Este aspecto es la relación íntima entre diseño y validez-confiabilidad, ya que permitirá poner a prueba dicha estructura teórica a través de la aplicación de ítems derivados de la red nomológica con diferentes pruebas estadísticas (196,197).

Todo instrumento de medición debe partir de un insumo teórico que viabiliza la operacionalización de conceptos (171,188,189,194). Estas fuentes teóricas pueden ser preexistentes, en cuyo caso, la revisión rigurosa de literatura en dónde se identifiquen de manera clara o parcial aquellos conceptos orientaría su operacionalización. De otra parte, si la fuente teórica es parcial o inexistente, la investigación cualitativa permitiría identificar y describir aquellos rasgos que merecen operacionalizarse y medirse a futuro (171,188,189,194).

2.3.3 Validación desde la teoría clásica de los test

La teoría clásica de los test se ampara en el modelo matemático de regresión lineal planteado por Spearman, en donde la puntuación real de una persona en un test está dada por la puntuación verdadera y el error de medición (187,198). Dentro de la teoría clásica de los test existen diferentes evidencias de validez que permiten determinar hasta qué punto un test mide con el menor grado de error, un rasgo o concepto teórico (187,198). Dentro de estas evidencias se encuentran la validez de contenido, la validez facial, la validez de constructo, y la validez de criterio (188,189,198).

Validez de contenido: Asegurarse de que la escala o instrumento cuente con los elementos necesarios y suficientes que representen adecuadamente el dominio o concepto a medir representa el significado de la validez de contenido (188,189,199). En este sentido la relevancia y cobertura del contenido del instrumento son el argumento necesario para reconocer cada ítem y su intencionalidad o propósito (199–201). Aquellos ítems que no estén relacionados con el constructo que representa el instrumento son ítems que inducirán errores de medición (199–201). De igual manera, cuando un constructo está representado por dimensiones, los ítems de cada dimensión deberán alinearse a estas y al constructo general además de facilitar la discriminación o diferenciación entre dimensiones (171,199–201).

En este sentido la validez de contenido se aplica a un instrumento de medición como un todo, a pesar de que esté conformado por dimensiones o subdimensiones (171,199–201). El grado de exposición de un constructo y la verificación del contenido de una escala

depende de algunas características muy concretas que permitirán establecer si hay o no una validez de contenido (202). Dentro de estas características se encuentran:

- Suficiencia: Correspondiente al grado en el que los ítems de una misma dimensión o subdimensión bastan para medirla de manera representativa (202).
- Claridad: Este aspecto se relaciona directamente con la sintaxis y semántica de la redacción de cada ítem haciendo que este sea comprensible (202).
- Coherencia: Cuando un ítem se relaciona de manera lógica con la dimensión y/o subdimensión que representa este será coherente y por ende será un indicador sensible para su medición (202).
- Relevancia: Esta característica se asocia con el nivel de importancia y/o esencialidad del ítem con respecto a su dimensión o subdimensión (202).

La validez de contenido puede determinarse a partir de un juicio emitido por evaluadores académicos cuyas observaciones u opiniones permitirán establecer una cualificación objetiva del contenido del instrumento o escala evaluada (202). Aspectos como la experticia o trayectoria frente a la temática, la experiencia en realización de evaluaciones de evidencia científica, nivel de formación académica, volumen de producción científica, reconocimientos, distinción en la comunidad científica, disponibilidad e imparcialidad, son características indispensables para tener en cuenta al momento de seleccionar los evaluadores (203–205).

El índice de validez de contenido (IVC) es el estadístico que podrá demostrar si hay consenso en las evaluaciones realizadas y si estas son satisfactorias para definir si un ítem debe eliminarse, permanecer o ajustarse (199). El IVC es calculado de la siguiente manera:

$$IVC = \frac{ne - N/2}{N/2}$$

En donde n representa el número de expertos que consideran esencial el ítem y N representa el número total de evaluadores que participaron. El IVC oscila entre valores de -1 a +1, siendo los valores más cercanos a +1 considerados como adecuados índices de validez de contenido (199). De acuerdo con el modelo de Lawshe, entre tres y siete evaluadores se requiere de un consenso unánime para poder aceptar un ítem, es decir un IVC de +1 (199). Para los casos en donde se cuente con ocho o nueve evaluadores, se permite que tan solo uno de los evaluadores esté en desacuerdo, es decir IVC de 0,75 y 0,78 respectivamente (Tabla 2-1) (199,206).

Tabla 2-1: Valores mínimos de IVC de acuerdo con el modelo de Lawshe.

Evaluadores	# de acuerdos	# de desacuerdos	χ^2	IVC
3	3	0	3,000	1
4	4	0	4,000	1
5	5	0	5,000	1
6	6	0	6,000	1
7	7	0	7,000	1
8	7	1	4,500	0,75
9	8	1	5,444	0,78

Fuente: Adaptado de Tristán-López (206).

Validez facial: La validez facial o aparente es una evidencia que con frecuencia se confunde y se omite dentro del proceso de validación de instrumentos o escalas de medición. Este tipo de validación se centra en la evaluación de los ítems de parte de la población objeto al cuál va dirigido el instrumento (194,207–209). Es pertinente diferenciar los conceptos de “juez” y “experto”, ya que el “juez” es quien emite una evaluación desde su amplia formación académica, distinción investigativa y conocimiento sobre el fenómeno que se pretende operacionalizar o medir, es decir, es quién participaría en el proceso de validación de contenido, mientras que el “experto” es aquel sujeto que ha experimentado el fenómeno que se pretende medir, ya que desde su vivencia ha logrado consolidar una experiencia única e incomparable que permitiría contar con una percepción más aproximada a la realidad (194,207–209).

La importancia de la validez facial radica en que el sometimiento a evaluación de los instrumentos de medición debe contemplar la opinión no solo de la comunidad académica y científica, sino que también deberá reconocer la opinión de las poblaciones objeto de cada instrumento o escala ya que son ellos los que finalmente aportarán los datos e información necesaria para contar con una medición con el mínimo error posible (194,207–209). Dentro de las ventajas más importantes de aplicar la validez facial o aparente se encuentran el aumento de la motivación y la cooperación de la población objeto del instrumento, la atracción de candidatos potenciales, la reducción en la insatisfacción de parte de los participantes, mayor probabilidad de aceptación de resultados y el mejoramiento de las relaciones entre la población y las políticas públicas (194,207–209).

Dentro de la validez facial o aparente se identifican tres criterios fundamentales para que puedan ser evaluados por la población objeto del instrumento (194,207–209):

- **Comprensión:** Este criterio se enfoca a la propiedad de entendimiento de cada uno de los ítems evaluados según la percepción de la población objeto a la que va dirigida el instrumento de medición (194,207–209).
- **Claridad:** La capacidad que un ítem tiene de permitirle al sujeto distinguir apropiadamente una idea (194,207–209).
- **Pertinencia:** La pertinencia está relacionada directamente con la certeza que tiene un ítem para medir determinada variable, es decir, si la intención del ítem es evidente (194,207–209).

Dado que la validez facial implica un nivel de acuerdo entre las personas que evalúan el instrumento se requieren de coeficientes o índices de acuerdo entre evaluadores, para determinar el nivel de validez tales como índices de concordancia de Kappa y Kendall, V de Aiken, comparación de medias muestrales, entre otras (194,207–209).

De otra parte, también es válido realizar un pilotaje cuantitativo, enfocado a una medición de confiabilidad inicial. Otro de los métodos del pilotaje cuantitativo es el uso de ítems espejo, que son ítems redactados en sentido inverso al ítem original permitiendo establecer

si la población objeto del instrumento está comprendiendo adecuadamente los ítems y, por ende, si se está obteniendo una medición válida y confiable (194). Por ejemplo, se tiene el ítem original: "Me *agrada recibir visitas*"; un ítem espejo podría ser: "*Me molesta recibir visitas*"; en este sentido, la persona que contesta el ítem original dentro de una escala de frecuencia (nada, algunas veces, siempre) con la opción "siempre", debería contestar de manera contraria el ítem espejo debido a que la orientación de cada ítem es en sentido opuesto. Esto aportaría evidencias de que el ítem original en efecto es válido y confiable (194).

Validez de Constructo: Todo instrumento de medición se diseña con el fin de representar un rasgo de alguna construcción hipotética, es decir, que tienen como propósito final explicarla de la manera más parsimoniosa posible con los datos que pueda recolectar (210–214). La validez de constructo está relacionada directamente con la definición conceptual del constructo o tema que fundamenta el instrumento de medición, por ende, esta validez representa en gran parte la relevancia de operacionalizar y medir un concepto (210–214).

Someter a prueba hipótesis derivadas de la teoría es un paso fundamental dentro del proceso de validación de un instrumento o escala de medición (210–214). Este proceso es continuo, de manera que un constructo siempre estará a prueba dentro del proceso de validación de instrumentos, incluso, cuando se asegura que ha superado dicho proceso (210–214).

Un componente fundamental dentro de la validez de constructo es la red nomológica (199). Que de manera hipotética deberá representar de manera clara, concisa y objetiva cada uno de los componentes teórico/conceptuales del instrumento y sus relaciones (210–214). Esta organización esquemática recoge desde lo más abstracto (fuente teórica, conceptos teóricos) hasta lo más operativo (Constructo, dimensiones, subdimensiones), permitiendo poner a prueba la teoría y su medición de manera simultánea (199,211–214).

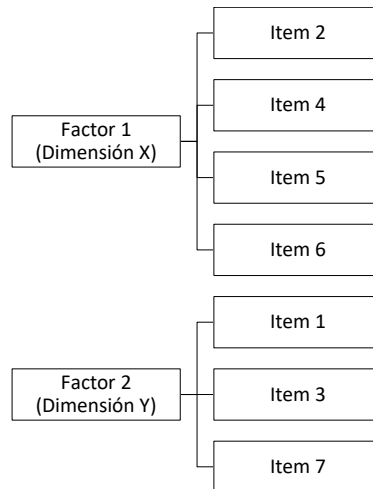
En este sentido, desde el componente de validez de constructo se habla indiscutiblemente de una evidencia correlacional con la capacidad de discriminar diferentes grupos operativos dentro de la medición de un aspecto teórico/conceptual (210–214). Dentro de los métodos más destacados para establecer la validez de constructo está el análisis

factorial, la cual utiliza un patrón de inter-correlaciones entre las respuestas de los ítems formulados del instrumento, formando grupos o factores que aparentemente miden algo en común y que además son distintos a los demás (210–214).

El análisis factorial también puede determinar si existen factores que son pertinentes puntuar de manera separa además de ser puntuados en la totalidad del instrumento, permitiendo análisis específicos y más completos al momento de abordar un fenómeno o problema de investigación (210–214). Para llevar a cabo un análisis factorial existen dos componentes a tener en cuenta: el modelo estructural en donde se postulan los constructos, y los aspectos subyacentes (red nomológica); y el modelo de medición que puede realizarse a través de un modelo exploratorio y/o confirmatorio (210–214).

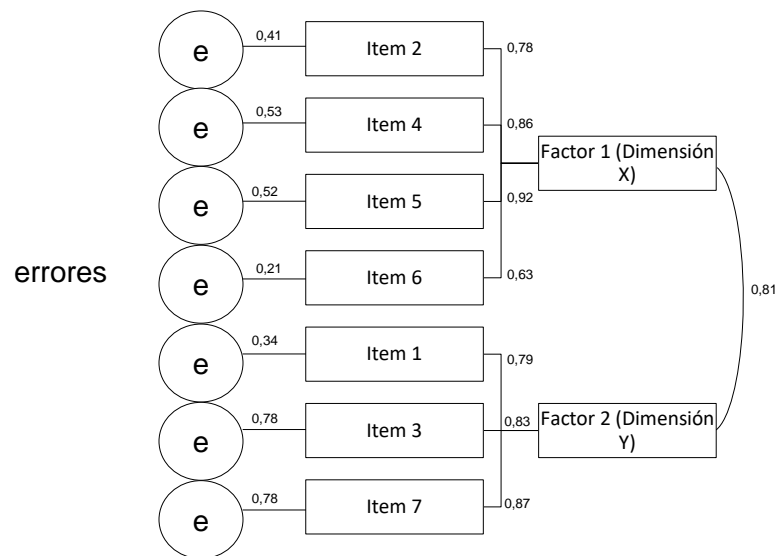
El análisis factorial exploratorio permite evidenciar la forma en la que se agrupan los ítems para representar una construcción subyacente (dimensión o subdimensión) (210–214) (Figura 2-2), mientras que el análisis factorial confirmatorio prueba las hipótesis de correlación entre ítems (215–217)(Figura 2-3). En este orden de ideas se puede hablar de una validez convergente (cuando los rasgos que hipotéticamente se relacionan se agrupan y forman un factor) y discriminante (cuando las agrupaciones de ítems se diferencian de las demás agrupaciones) (215–217).

Figura 2-2: Esquema del análisis factorial exploratorio.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 2-3: Esquema del análisis factorial confirmatorio.



Fuente: Elaboración propia.

Es así como la teoría clásica reviste de gran relevancia para la validación de instrumentos de medición, aportando elementos necesarios y suficientes para determinar si un instrumento está listo para usarse en procesos investigativos.

3. Capítulo 3 Marco Metodológico

En este capítulo se expone la estructuración metodológica que permitió obtener las respuestas a las preguntas de investigación controlando y reduciendo los errores en el análisis de los datos. Este componente del proceso investigativo apunta a validar de manera interna y externa la coherencia entre el marco de referencia, el marco teórico y el planteamiento del problema, a través de un esquema o guía procedimental (218,219).

3.1 Tipo de estudio y diseño

El diseño de indicadores empíricos está sujeto al nivel de desarrollo teórico del concepto que se desee operacionalizar (171,194,195). Lo anterior indica que, si existe un desarrollo teórico adecuado, el desarrollo del indicador empírico tendrá un punto de partida claro y definido, diferente si este desarrollo es parcial o no existe, en cuyo caso, el diseño del indicador implicará un desarrollo teórico per se, a través de la exploración del concepto que se desea operacionalizar (171,194,195). En este sentido, y para poder ofrecer el desarrollo teórico suficiente que viabilizara el desarrollo de un indicador empírico, fue necesario recurrir a un abordaje de tipo mixto (cualitativo-cuantitativo), primero con el objetivo de comprender teóricamente el concepto (que incluye el componente cualitativo y de revisión integrativa) y luego poder operacionalizarlo (cuantitativo) (171,194,195).

La metodología mixta ha sido definida como la combinación de al menos un enfoque cuantitativo y uno cualitativo en un mismo estudio (220,221). Según la clasificación propuesta por Sampieri (222) y Creswell (220), este estudio se clasifica como un *Diseño Exploratorio Secuencial Derivativo*, debido a que el componente cualitativo deriva el componente cuantitativo. También se puede afirmar que posee algunos componentes del *Diseño Transformativo Secuencial*, ya que implica una transformación de datos cualitativos

a cuantitativos (operacionalización de un concepto y designación de escala de medición) (220,222).

Para esta tesis el diseño mixto se justifica en el sentido de que el fenómeno de la relación interpersonal enfermera(o)-familia del paciente en UCI desde las necesidades relacionales de enfermería es complejo e implica comprender sus características fundamentales con el abordaje cualitativo y validar la certeza de las construcciones empíricas a través del componente cuantitativo. La investigación mixta también llamada multimétodo, combina las fortalezas del método cualitativo para describir las múltiples realidades y percepciones que se pueden caracterizar del fenómeno con el componente de la medición (220,222). De la misma manera, a través del componente cuantitativo, se avanza para validar y completar los resultados a partir de mediciones proporcionadas en la prueba deductiva de la fase cuantitativa (220,222). Al final, la prueba empírica de todo el proceso de validez de contenido, facial, y de constructo, se entrega como producto un instrumento validado para su posterior uso.

El diseño mixto aportó en esta tesis, un proceso de investigación más completo y robusto con la valiosa oportunidad de aplicar metodologías psicométricas en áreas del conocimiento poco exploradas. La riqueza de los dos enfoques: cualitativo y cuantitativo produjo datos valiosos para armonizar los hallazgos en un conocimiento más profundo del fenómeno.

3.2 Etapa 1 – Revisión de literatura y análisis cualitativo

El objetivo de esta etapa se orientó en puntualizar el fundamento teórico de la relación interpersonal enfermera(o)-familia en UCI y a partir de las necesidades relacionales de la enfermera(o).

3.2.1 Fase 1: Revisión integrativa de Literatura

Se realizó una revisión integrativa de estudios que abordaron el concepto de necesidades relacionales de la enfermera(o) en el contexto de la UCI, lo que permitió sintetizar e integrar

evidencias locales e internacionales acerca del fenómeno de interés (223). Las etapas acogidas para este proceso fueron las planteadas por Wihittemore y Knafl (223):

- a) **Identificación del escenario problema para la revisión:** El problema para el presente trabajo de investigación desde la revisión integrativa, se constituyó en buscar los elementos necesarios que permitieran complementar teóricamente las necesidades relacionales de la enfermera(o) a partir de la literatura científica existente, además de reunir y sintetizar la evidencia disponible. Para ello, se plantearon las siguientes variables de interés: Población objeto/Profesionales de enfermería en el mundo; Relaciones interpersonales enfermera(o) y familia en UCI, excluyendo las relaciones entre enfermera(o) paciente o enfermera(o) con otros profesionales de salud u otras fuera del contexto de UCI. La revisión se condujo bajo la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las características de la relación interpersonal enfermera (o) en UCI desde las necesidades de la enfermera(o) que se encuentran en la literatura científica?

- b) **Búsqueda de literatura:** Se definieron los términos clave para la búsqueda de la información: Enfermera(o): Nurse (Decs-Mesh); Relación interpersonal: Relationship (Decs-Mesh); Unidad de cuidados intensivos: Intensive Care Unit (Decs-Mesh); Familia: Family (Decs-Mesh); Necesidades relacionales: Relational Needs; También se consideró el uso de sinónimos avalados por Mesh o Decs. De otra parte, se contemplaron diferentes bases de datos y revistas indexadas, así mismo, otros documentos como tesis y disertaciones. Los criterios de inclusión y exclusión giraron en torno a los siguientes componentes: Población: Estudios que abordaban enfermeras(os) y familia en UCI; Temporalidad: Estudios de los últimos 10 años (debido a que el volumen de producción científica frente al fenómeno aumento considerablemente a principios del siglo XX), sin restringir estudios fuera de este rango cuyo valor teórico justifique su inclusión; Metodología: Cualitativa sin restricción de diseños; Idiomas: inglés, portugués o español; Disponibilidad de resumen: Artículos que tenían disponible su resumen; Coherencia temática: Artículos cuyo título o resumen se relacionaban con el problema de investigación.

- c) **Evaluación de datos:** En esta etapa se realizó la organización, codificación y clasificación de los artículos seleccionados en una base de datos.

- d) Análisis y Extracción de datos:** En esta etapa se proyectó una visualización y comparación de datos para extraer conclusiones. Los resultados se extrajeron consolidando una matriz documental de todos los hallazgos.
- e) Presentación de resultados:** En esta etapa se reflejaron las conclusiones y se detalló la metodología usada para la revisión. Estos resultados permitieron definir los ejes temáticos de la fase 2 que orientaron las preguntas para las entrevistas y predefinieron algunas categorías.
- f) Estrategias de rigor metodológico:** En la revisión integrativa se tuvo en cuenta dos aspectos relevantes: Crítica de literatura científica a través de estándares internacionales y contrastando los hallazgos de la revisión con el desarrollo teórico disciplinar (223–225).
- g) Consideraciones éticas para la revisión:** Se reconoció la propiedad intelectual de cada una de las piezas de literatura científica revisada y se garantizó el rigor metodológico (226,227). Los documentos fueron consultados a través de los recursos electrónicos proporcionados por el Sistema de Bibliotecas de la Universidad Nacional de Colombia, en cumplimiento de los principios éticos y procedimientos para la correcta citación de autores.

3.2.2 Fase 2: Diseño narrativo

A partir de la técnica de análisis de contenido se describieron las necesidades relacionales de la enfermera para con la familia en la UCI, lo que permitió formular inferencias y poder aportar teóricamente al diseño del instrumento de medición que complementa el abordaje integral del fenómeno (228–230). En este sentido, el análisis de contenido buscó formular inferencias válidas a partir de la interpretación del sentido oculto de textos derivados de entrevistas semiestructuradas a las enfermeras en UCI (228–230).

Cáceres (231) propone algunos pasos para realizar el análisis de contenido, siendo coherente con los planteamientos de Bardín:

-
- a) Diseño de entrevistas semiestructuradas:** El guión para las entrevistas semiestructuradas se derivó de los resultados obtenidos en la fase 1 (revisión integrativa), partiendo de los hallazgos relevantes directamente relacionados con las necesidades relacionales de la enfermera (Anexo 5).
- b) Aplicación de entrevistas:** Al contar con un guión que orientara las entrevistas, éste se aplicó de manera individual a cada enfermera(o) que participó en el estudio.
- c) Preanálisis:** Cada entrevista se grabó en audio y video, y posterior a ello se realizó la transcripción de cada una a texto siguiendo las pautas de Cáceres (231). Se recolectaron los documentos para iniciar con la lectura y relectura detallada que permitió identificar los temas relacionados con las necesidades relacionales de la enfermera para con la familia en el contexto de UCI.
- d) Definición de unidades de análisis:** Se definieron los fragmentos del contenido de los textos que representaban las necesidades relacionales de la enfermera, categorizándolos, relacionándolos y construyendo inferencias a partir de estos, retomando aspectos derivados en la revisión integrativa.
- e) Elaboración de reglas de análisis:** Se agruparon los contenidos que guardaban relación, considerándolos similares para posteriormente formar códigos de clasificación.
- f) Definición de categorías:** Las categorías que representaban el ordenamiento y la clasificación definitiva del contenido de las entrevistas, permitieron la generación de interpretaciones y relaciones teóricas que esclarecían cuáles eran las necesidades relacionales de la enfermera. Aquí se reflejaron dos vías que nutrían la técnica del análisis de contenido. De una parte, se encontró una vía deductiva, que se conectaba con las categorías preestablecidas en la revisión integrativa, y de otra parte una vía inductiva, que permitió reconocer nuevas categorías a partir del contenido de las entrevistas (231). Este proceso fue posible a través de las codificaciones abierta (en dónde se generaron códigos a partir de dos fuentes: pre-codificación, resultante de la revisión integrativa; y códigos in vivo, a través de las expresiones de los participantes en las entrevistas) y axial (en dónde se

identificaron las relaciones entre los códigos derivados en la codificación abierta, estableciendo categorías y temas) (232).

- g) Integración de hallazgos:** Se constituyó una síntesis que permitiera evidenciar las relaciones, comparaciones, propiedades y demás aspectos que eran primordiales para puntualizar las necesidades relacionales de la enfermera. En este paso fue indispensable el ejercicio crítico y reflexivo del investigador, con el fin de garantizar la validez del estudio.

Población: La población estuvo constituida por enfermeras(os) profesionales de UCI de diferentes instituciones hospitalarias de Colombia.

Invitación de participantes: La captación se realizó de manera intencional en bola de nieve, a través de invitaciones por medio de los cuerpos colegiados de enfermería a nivel nacional Organización Colegial de Enfermería - OCE (A través de un convenio de cooperación – Anexo 6); Asociación Nacional de Enfermeras(os) de Colombia – ANEC (Vía E-mail – Anexo 7), Asociación : de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo – AMCI (Vía E-mail – Anexo 7) y Universidades desde sus oficinas de egresados o del departamento que estuviera a cargo de este aspecto (Universidad de Antioquia, Universidad del Valle, Universidad de Boyacá, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Universidad de Caldas, Uninorte, Universidad Simón Bolívar y Universidad Nacional de Colombia) (Vía E-mail – Anexo 7).

Criterios de inclusión: Enfermera(o) colombiana (o), mayor de edad, con actual vinculación laboral en una institución de salud de alto nivel de complejidad y que labore actualmente en la UCI; Enfermera(o) con mínimo 5 años de experiencia en UCI adultos en instituciones de salud privadas o del estado. Aspectos como la vinculación laboral vigente en UCI y la experiencia mínima de 5 años garantizó la continuidad en el ejercicio clínico de la enfermería en el contexto particular de UCI y por ende la consistencia de la información con respecto a las necesidades relacionales (233).

Criterios de Exclusión: Enfermeras(os) que laboraban en parte administrativa en UCI; Enfermeras(os) que no tenían contacto con familiares en la UCI; Enfermeras(os) con cualquier problema de salud que dificultara o imposibilitara su participación. El hecho de

no tener posibilidad alguna de contacto o interacción con la familia en UCI imposibilitaba la recolección de datos que permitan inferir las necesidades relacionales de la enfermera, de otra parte, cualquier problema de salud representaba una carga física y emocional en la enfermera que debía ser priorizado en ese momento y que también podría alterar la información que se pudiera suministrar (234).

Recolección de información: La Inmersión en el campo se constituye un elemento integrador del proceso investigativo, que permite obtener una primera visión al investigador para planear adecuadamente y optimizar recursos (235). Se realizaron algunas entrevistas previas que permitieron obtener esta primera visión y afinamiento del método de entrevista, de esta manera tomar decisiones frente al desarrollo posterior.

Entrevistas semiestructuradas: Estas permitieron la expresión de la enfermera(o) acerca de su experiencia con respecto a las relaciones interpersonales con la familia a través de algunas preguntas orientadoras deducidas a través de la inmersión del campo.

Medio para recolección de datos: Se realizaron entrevistas virtuales (videollamada) a través de plataforma Google Meet las cuales fueron grabadas previa autorización voluntaria de los participantes a través del consentimiento informado.

Resultados esperados: Categorías representativas de las características o necesidades relacionales de la enfermera(o) para con la familia en el contexto de UCI, que permitieran operacionalizar el concepto.

Análisis y consolidación de resultados fase 1 y 2 de la etapa 1: Las transcripciones de las entrevistas se realizaron a través del software Nvivo, y la codificación y categorización de las entrevistas semiestructuradas se realizó a través del software Atlas.Ti.8. A partir de la revisión integrativa de literatura y de los resultados obtenidos desde el enfoque cualitativo se realizó la construcción de una red nomológica, en donde se ilustraba el constructo principal con las dimensiones o subdimensiones que lo constituían (196). A través de esta representación conceptual se construyeron los ítems del instrumento de medición, que fueron sometidos a pruebas de validez y confiabilidad en la siguiente etapa del estudio.

Estrategias para mantener rigor metodológico: Basado en los criterios de rigor metodológico en investigación cualitativa (236), se planteó lo siguiente:

Para garantizar la auditabilidad se realizó:

- Uso de plataformas de grabación confiables que garanticen buena calidad de audio y video, además de garantizar privacidad, protección de datos y cifrado (Plataforma Google Meet cumple con los más altos estándares de calidad).
- Descripción fiel de la información aportada por los participantes (transcripciones claras y textuales de entrevistas).
- Discusión del contexto físico, interpersonal y social que permearon las entrevistas.

Para garantizar la credibilidad se realizó:

- Reconocimiento de la información recolectada por los propios participantes (Confirmación de la información con los participantes en un segundo momento después de la entrevista, retroalimentando los puntos claves).
- Contrarrestar perspectiva de investigador (En este componente se retomará el ejercicio del “extrañamiento”, permitiendo definir lo que es normal para el investigador que pueda influir en la investigación; y el ejercicio de discusión frente a preconcepciones).
- Triangulación teórica: A través del contraste con los desarrollos teóricos existentes (Teoría de relaciones interpersonales de H. Peplau - Reciprocidad – Necesidades relacionales).
- Triangulación de datos: A través del contraste entre los hallazgos de la revisión de literatura y el diseño narrativo.

Para garantizar la transferibilidad-aplicabilidad se realizó:

- Desde la representatividad de los datos: a través de la examinación de lo típico en las respuestas de los participantes y la posibilidad de extender los resultados a otras poblaciones (Para este componente se contó con población diversa teniendo en cuenta diferentes regiones de Colombia y diferentes contextos hospitalarios: público y privado).

Para garantizar la confiabilidad y validez se realizó:

- Coherencia metodológica: A través de la clarificación y alineamiento estratégico de este estudio.
- Muestreo apropiado: Justificando criterios de inclusión y exclusión.
- Concurrencia de datos: Recolectando y analizando los datos de manera concurrente.
- Saturación de información: Recolectar datos hasta obtener redundancia en estos.

Consideraciones éticas: Para esta fase los cuidados éticos se centraron en brindar la información clara y suficiente a los participantes con respecto al proceso investigativo, obtener el consentimiento informado de su participación, asegurar la confidencialidad de su participación en esta fase, brindar acompañamiento durante y después de la recolección de la información, priorizar el uso de tecnologías de información y comunicación (TIC) para prevenir contagio por COVID-19 y facilitar participación remota (237–239).

3.3 Etapa 2: Operacionalización de datos cualitativos

En los estudios mixtos, se contempla un factor fundamental que se orienta a transformar los datos obtenidos de un método al lenguaje del otro. En este caso, se tradujo a un lenguaje medible cada uno de los componentes identificados en la etapa cualitativa, y de esta forma viabilizar las variables necesarias que permitieran medir el constructo a través de ítems.

La construcción de la red nomológica constituyó un primer paso de la transformación de los datos obtenidos desde el componente cualitativo a dimensiones y/o subdimensiones que representaran el concepto de necesidades relacionales y al constructo de relaciones interpersonales enfermera(o)-familia en UCI (196). En esta construcción se tuvo en cuenta el peso teórico de cada uno de los componentes de manera jerárquica, pero, además, se evidenciaron las relaciones que existían entre cada uno de ellos, de una manera lógica, siendo esto una representación teórica que evidenciara los resultados de la etapa cualitativa y de revisión integrativa (196). La organización de esta construcción tuvo en cuenta:

- **Constructo principal:** Relación interpersonal enfermera(o)-familia en UCI.
- **Concepto secundario:** Necesidades relacionales de la enfermera(o).
- **Dimensiones y subdimensiones:** De acuerdo con los hallazgos en la etapa 1.

A partir de este componente, se procedió a crear cada uno de los ítems, respondiendo a los criterios de precisión de lenguaje, estructura sintáctica, longitud adecuada; lo que a su vez representaba los criterios de comprensibilidad, claridad y pertinencia (240). Cada ítem estuvo constituido por un tronco (enunciado), escala de respuesta más adecuada (Likert) e instrucción para ser desarrollado (240).

Para la construcción de los ítems se contó con la participación de dos filólogos expertos. Antes de la construcción de cada ítem se definieron algunos criterios según lo planteado por Osterlind (240):

Tipología de los ítems: Enunciados afirmativos que representen una condición experiencial en el tiempo.

Opción de respuesta: Escala Likert de frecuencia dado que la tipología requiere que cada ítem se evalúe según el grado de repetición en el tiempo (Nunca, pocas veces, a veces, frecuentemente, siempre).

Estructura semántica: Cada ítem debía contener los siguientes rasgos semánticos en su construcción: (Familiar del paciente en UCI + Profesional de enfermería en UCI + condición experiencial en el tiempo de acuerdo con la red nomológica).

Instrucciones: “De acuerdo con su experiencia como profesional de enfermería en la UCI, defina que tan frecuente ha experimentado las siguientes situaciones:”

Una vez se definieron los criterios se procedió a la construcción de un banco de posibles ítems por cada dimensión y subdimensión del instrumento. Posterior a ello, se realizaron lecturas individuales por cada persona que participó en la construcción de los ítems, permitiendo sugerir ajustes de manera individual, y finalmente se refinaron los ítems con la participación de todos de manera simultánea.

Estrategias para mantener rigor metodológico: En esta fase fue importante ilustrar coherentemente los hallazgos de la etapa 1 en componentes tangibles y verificables que pudieran viabilizar la medición. Se estableció de manera clara y minuciosa las relaciones de los conceptos, dimensiones y subdimensiones emergentes garantizando que cada rasgo observable se pudiera medir y posteriormente validar.

Consideraciones éticas: Se mantuvo el rigor metodológico para garantizar resultados fiables que permitieran continuar con el proceso investigativo. El reconocimiento de la propiedad intelectual también se aplicó a esta etapa del proyecto (226,227,238,239).

3.4 Etapa 3: Componente cuantitativo

Una vez se obtuvieron los posibles ítems del instrumento de medición, se procedió a establecer las siguientes evidencias de validez:

3.4.1 Fase 1: Evidencia de validez de contenido

La validez de contenido es el grado en el que un instrumento de medición expone un dominio particular y de interés disciplinar; esto se evidencia a través la confirmación de que el contenido del instrumento corresponde con los criterios teóricos y conceptuales que explican el fenómeno de investigación (171,199–201,241). Este proceso se realizó a través de un panel de evaluadores académicos y se expresó a través del índice de validez de contenido (IVC).

Población blanco: Profesionales del área de la salud y lingüística.

Población asequible: Profesionales del área de la salud y lingüística en Colombia con amplia formación académica y experiencia investigativa relacionada con el fenómeno de relaciones interpersonales.

Muestra: 7 expertos del área de Enfermería y 1 de Lingüística con amplia formación académica y experiencia investigativa. Lo anterior es acorde a lo planteado por García y

Fernández (242) y Escurra (243), quienes afirman que en un grupo de 8 expertos por lo menos 7 de ellos deben estar en concordancia para que el ítem sea válido a un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$, asumiendo un valor de índice de concordancia mayor a 0,75. Con respecto a la cantidad de evaluadores no existe aún un consenso ni un método estadístico definido para calcularla, por lo que para este caso se adoptaron los planteamientos de Grant & Davis (244), quienes recomiendan no menos de 3 y no más de 10 evaluadores.

Selección de muestra: Con respecto a los criterios de inclusión y exclusión en la fase de validez de contenido, autores como Skjong y Wentworht (203) y McGartland y cols. (245), plantean en general 4 ejes para la selección de los expertos que giran en torno al nivel de formación académica, experiencia en emitir juicios, experticia en el fenómeno de interés y reconocimiento científico. Para ello se enviaron invitaciones a varios investigadores nacionales a los correos electrónicos de sus respectivas filiaciones institucionales y un formato de confirmación de la participación en Google Forms (Anexo 8). Una vez se contó con la aceptación de cada evaluador, se envió de manera confidencial la guía para la evaluación de contenido, basada en la propuesta de Escobar y Cuervo para Evaluación por Jueces, con las adaptaciones correspondientes a esta investigación. Este formato fue enviado en formato Excel con limitaciones de edición exclusiva en los campos habilitados para la evaluación de los ítems y datos personales de cada evaluador. Se solicitó que cada evaluación se enviara en formato pdf al correo institucional del investigador principal para mantener la seguridad de la información suministrada.

Criterios de inclusión: Formación mínima de maestría; Participación previa en juicio de expertos o en toma de decisiones basadas en evidencia; Al menos 1 producción científica relacionada con el fenómeno publicada en revistas indexadas en los últimos 5 años y/o textos académicos con registro ISBN en los últimos 10 años; Participación en eventos científicos nacionales o internacionales en los últimos 5 años; Medio para verificación: Hoja de vida CvLAC de Colciencias. Estos criterios garantizaron que los juicios frente a cada uno de los ítems fueran significativos, válidos y confiables (203,243).

Criterios de exclusión: Disponibilidad y motivación en participación (Cualquier barrera que afectara el juicio del evaluador participante incidía directamente en la calidad del mismo) (203,243); Cualquier vínculo cercano con el investigador o proceso investigativo a

desarrollar (Las preconcepciones frente al proceso investigativo derivadas de la cercanía del experto con el investigador pueden generar conflictos de interés que podían alterar la calidad del proceso investigativo) (203,243); Nacionalidad externa a la colombiana (Debido a que la investigación se realizó en el contexto colombiano, fue necesario que los expertos que participaron estén dentro del mismo contexto, lo que evitó confusiones frente a particularidades regionales frente al fenómeno de investigación) (203,243); Cualquier problema de salud que dificultara o imposibilitara su participación (cualquier problema de salud representa una carga física y emocional que debe ser priorizado en ese momento y que también podría alterar la información que se pudiera suministrar) (234).

Medio para recolección de datos: La recolección de datos se realizó virtualmente, a través de un formato en Excel protegido basado en el instrumento propuesto por Escobar y Cuervo (202) para ser diligenciado y entregado en un plazo máximo de 1 semana (Anexo 9). Se utilizó el método de agregados individuales (evaluación individual por cada evaluador) y técnica grupal (grupos de evaluadores de las mismas instituciones) (202).

Análisis estadístico: Para el análisis de datos cuantitativos se usó el cálculo del índice de validez de contenido a través de una herramienta propia diseñada en el software Excel (199,202). Los datos cualitativos se analizaron de manera individual considerando las recomendaciones que superen la mitad más uno de los jueces en un solo ítem (199,202).

3.4.2 Fase 2: Evidencia de validez facial

La validez facial o aparente se enfoca a tres características importantes con respecto al instrumento de medición: Comprensión, claridad y pertinencia (194,208,209). Estos tres aspectos deberán representar la adecuación de la prueba en la población a la cual está dirigida (194,208,209). Es importante hacer una clara diferenciación entre experto y juez, ya que un experto no necesariamente es un científico, sino quien ha tenido mayor experiencia con el fenómeno de interés desde su vivencia (194,208,209). El juez, por el contrario, puede emitir un juicio desde una formación y experiencia científica, siendo esta evaluación de contenido y no de apariencia desde una visión teórica y conceptual (194,208,209). Por ello, es importante someter a prueba el instrumento a la población a la

cuál va dirigido, ya que finalmente son ellos los que en un futuro brindarán la información a través del instrumento.

Para esta fase se realizaron dos pilotajes, un pilotaje “cualitativo” y un pilotaje “cuantitativo” (194). El pilotaje cuantitativo consistió en solicitar a los expertos una evaluación de las cualidades de claridad, comprensibilidad y pertinencia del instrumento de medición (194). De otra parte, en el pilotaje cuantitativo se diseñaron ítems “espejo” para cada uno de los ítems diseñados originalmente con el objetivo de comparar las mediciones y falsearlos además de calcular un índice de confiabilidad por Alpha de Cronbach (194).

Población blanco: Enfermeras(os) profesionales de UCI de Colombia.

Población asequible: Enfermeras(os) profesionales UCI de diferentes instituciones de salud en Colombia.

Muestra (por pilotaje): 20 Enfermeras(os) profesionales en UCI de instituciones de salud de Colombia. Esta medición connota la naturaleza de una prueba piloto, por ende, el cálculo de la muestra fue no probabilístico correspondiendo a un muestreo según criterio del investigador o discrecional (171,246).

Criterios de inclusión: Enfermera(o) colombiana (o), mayor de edad, con actual vinculación laboral en una institución de salud de alto nivel de complejidad y que labore actualmente en la UCI; Enfermera(o) con mínimo 5 años de experiencia en UCI adultos en instituciones de salud privadas o del estado. Aspectos como la vinculación laboral vigente en UCI y la experiencia mínima de 5 años garantizó la continuidad en ejercicio clínico de la enfermería en el contexto particular de UCI y por ende la consistencia de la información con respecto a las necesidades relacionales (247).

Criterios de Exclusión: Enfermeras(os) que laboraran en parte administrativa en UCI; Enfermeras(os) que no tuvieran contacto con familiares en la UCI; Enfermeras(os) con cualquier problema de salud que dificultara o imposibilitara su participación. El hecho de no tener posibilidad alguna de contacto o interacción con la familia en UCI imposibilitaba la recolección de datos que permitían inferir las necesidades relacionales de la enfermera, de otra parte, cualquier problema de salud representaba una carga física y emocional en

la enfermera que debía ser priorizado en ese momento y que también podía alterar la información que pudiera suministrar (234).

Instrumento para validez facial: Instrumento piloto derivado de la fase cualitativa con los criterios a evaluar: (claridad, comprensibilidad y pertinencia) (Anexo 10) y con opciones abiertas para manifestar la no comprensión o cualquier dificultad para responder el ítem (Pilotaje cualitativo). Instrumento piloto con ítems espejo (sentido contrario) (Pilotaje cuantitativo) (Anexo 11).

Medio para recolección de datos: Los profesionales de enfermería que participaron en esta etapa se contactaron a través de convocatoria abierta divulgada por universidades públicas y privadas y organizaciones de enfermería y de cuidado intensivo de Colombia, en sus canales de comunicación oficiales, compartiendo inicialmente el consentimiento para la participación, y posteriormente el link de acceso al instrumento con las características a evaluar a cada participante que aceptaba la participación a su correo electrónico registrado. La recolección de datos se realizará virtualmente, a través de la plataforma My Forms App. Se abrió un grupo a través de WhatsApp, para hacer seguimiento en tiempo real de las aplicaciones a los formularios, con el fin de resolver inquietudes al respecto.

Análisis estadístico: Este se realizó a través del índice de acuerdo V de Aiken para el pilotaje cualitativo a través de una herramienta propia diseñada en el software Excel, y con correlaciones ítem por ítem y general para el pilotaje cuantitativo en el software SPSS, realizando pruebas de normalidad de datos para definir el tipo de correlación utilizar (239,243).

3.4.3 Fase 3: Análisis factorial exploratorio

El análisis factorial exploratorio (AFE) permite determinar la coherencia del diseño del instrumento con la red nomológica construida a través de la identificación de factores o ejes principales que explican la varianza del constructo (210).

Población blanco: Enfermeras(os) profesionales de UCI de Colombia.

Población asequible: Enfermeras(os) profesionales UCI de diferentes instituciones de salud en Colombia.

Muestra: 5 a 10 enfermeras(os) por cada ítem diseñado. Este tamaño muestral es coherente con los planteamientos de Paniagua (249), Osterlind (240), McDowell (188), (189) y Streiner (189).

Criterios de inclusión: Enfermera(o) colombiana (o), mayor de edad, con actual vinculación laboral en una institución de salud de alto nivel de complejidad y que laborara en la UCI; Enfermera(o) con mínimo 5 años de experiencia en UCI adultos en instituciones de salud privadas o del estado. Aspectos como la vinculación laboral vigente en UCI y la experiencia mínima de 5 años garantizaba la continuidad en ejercicio clínico de la enfermería en el contexto particular de UCI y por ende la consistencia de la información con respecto a las necesidades relacionales (247).

Criterios de Exclusión: Enfermeras(os) que laboraran en parte administrativa en UCI; Enfermeras(os) que no tuvieran contacto con familiares en la UCI; Enfermeras(os) con cualquier problema de salud que dificultara o imposibilitara su participación. El hecho de que no tuvieran contacto o interacción con la familia en UCI imposibilitaba la recolección de datos que permitiría inferir las necesidades relacionales de la enfermera, de otra parte, cualquier problema de salud representaba una carga física y emocional en la enfermera que debía ser priorizado en ese momento y que también podía alterar la información que pudiera suministrar (234).

Instrumento para AFE: Instrumento piloto derivado de la fase cualitativa y con evidencia de validez facial y de contenido.

Medio para recolección de datos: : Los profesionales de enfermería que participaron en esta etapa se contactaron a través de convocatoria abierta divulgada por universidades públicas y privadas y organizaciones de enfermería y de cuidado intensivo de Colombia, en sus canales de comunicación oficiales, compartiendo inicialmente el consentimiento

para la participación, y posteriormente el link de acceso al instrumento con las características a evaluar a cada participante que aceptaba la participación a su correo electrónico registrado. La recolección de datos se realizaron virtualmente, a través de la plataforma My Forms App (Anexo 12).

Análisis estadístico: Análisis factorial exploratorio con factorización de ejes principales con rotación tipo VARIMAX, a través del software SPSS (126-128).

3.4.4 Fase 4: Análisis de confiabilidad

Para los análisis de confiabilidad del instrumento de medición se llevaron a cabo las pruebas de Alpha de Cronbach y test-retest. Para determinar el Alpha de Cronbach se utilizó la misma muestra del pilotaje para el AFE (5-10 por cada ítem, tamaño muestral que es coherente con los planteamientos de Paniagua (249), Osterlind (240), McDowell (188), (189) y Streiner (189). De otra parte, para el análisis de estabilidad test-retest se realizó con el 10% de la muestra del pilotaje del AFE (20 sujetos), que estuvieron dispuestos a aplicar dos veces el instrumento con un intervalo de 7 días entre aplicación, de acuerdo con los planteamientos de Streiner (189) y McDowell (188). Para determinar la correlación entre test y retest se utilizó el estadístico de correlación intraclass en el software SPSS.

3.4.5 Fase 5: Baremación del instrumento

Para determinar las puntuaciones del instrumento con el fin de interpretar los hallazgos a futuro, se utilizaron los estadísticos descriptivos de máximos y mínimos y percentiles 25, 50 y 75. Con esto se permitió establecer rangos de puntajes por cada dimensión y en general para todo el instrumento en categorías de satisfacción de necesidades (Bajo, mediano, moderado y excelente nivel de satisfacción de necesidades). Este análisis se realizó con el software SPSS.

Estrategias para mantener el rigor metodológico de la etapa cuantitativa:

- a) **Validez Interna:** Para garantizar que el instrumento midiera realmente el atributo que pretendía medir, fue sometido a las pruebas estadísticas de cada una de las evidencias de validez facial, de contenido y de constructo, con los tamaños de muestras adecuados. (171,194,195).

- b) **Validez externa:** Este componente fue viabilizado con la exploración teórica que validaba el desarrollo del instrumento. Los desarrollos teóricos de la disciplina de enfermería y a la evidencia científica consolidada respaldaron este tipo de validez (171,194,195).

Cuidados éticos etapa cuantitativa: Para esta etapa final, los cuidados éticos se centraron en brindar la información clara y suficiente a los participantes con respecto al proceso investigativo, obtener el consentimiento informado de su participación, asegurar la confidencialidad de su participación en esta fase, brindar acompañamiento durante y después de la recolección de la información, priorizar el uso de tecnologías de información y comunicación (TIC) para prevenir contagio por COVID-19 y facilitar participación remota (234,237,238).

3.5 Aspectos éticos de la investigación

Esta investigación ha sido diseñada y desarrollada teniendo en cuenta los principios éticos de la Declaración de Helsinki, el informe de Belmont y la OPS, a partir del respeto, el derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones informadas (consentimiento informado), además de la evaluación de riesgos y beneficios, la revisión ética y supervisión del comité y el respeto por la propiedad intelectual (239,250,251). Lo anterior se vio reflejado en un protocolo cualitativo y cuantitativo en donde aspectos como el saludo, la presentación del investigador, la retroalimentación de los derechos del participante, la exposición de los aspectos generales de la investigación y el acompañamiento permanente fueron pilares fundamentales que garantizaron estos principios. Finalmente, según la resolución 008430 del Ministerio de Salud de Colombia, se clasificó esta investigación como “sin riesgo”, ya que aplica como estudio con método de investigación documental y no se realizó ningún tipo de intervención con variables biológicas, fisiológicas o psicológicas (234,237,238,251).

Las enfermeras en UCI constituyen una población vulnerable debido a su alta demanda de cuidados complejos y específicamente por su alta demanda de parte de la familia, además de su alta prevalencia en síndromes como el burnout derivado de sus conflictos con usuarios como la familia. Este aspecto hizo necesario involucrarlas en el proceso investigativo, ya que al reconocer sus necesidades para poder tener relaciones armoniosas con la familia se podría mitigar las complicaciones derivadas de esta.

De otra parte, este trabajo se configuró para responder a garantías éticas mayores en el actual contexto de pandemia, determinando como primordial la prevención del contagio por COVID-19, a través del uso de tecnologías de la información y comunicación (234,237,238). Teniendo en cuenta que los participantes de la investigación son población vulnerable en el contexto de pandemia, cualquier problema de salud vigente que dificultara o imposibilitara su participación fue motivo de exclusión de la investigación, respondiendo al principio de cuidado y autocuidado, además de las implicaciones físicas y emocionales que esto hubiese podido representar, respetando así su derecho a confrontar la

enfermedad de manera tranquila y responsable (234,237,238), sin embargo, fue necesaria su participación debido a que la indagación de este proyecto está orientado a sus necesidades relacionales, las cuales solo podrían ser definidas a través de su percepción.

Para garantizar las anteriores consideraciones éticas se planteó lo siguiente:

- La participación de los sujetos fue voluntaria, y no representó ningún motivo para afectar su calidad de vida y su vida laboral. Además, la selección de los sujetos se realizó a través de mecanismos justos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, con el fin de ser equitativos.
- Estar cursando por cualquier problema de salud, fue un factor excluyente en la participación, con el único fin de fomentar el autocuidado y no generar sobrecargas en el proceso de tratamiento y recuperación del participante con la participación en la investigación.
- En complemento a lo anterior, se utilizó el consentimiento informado con el fin de informar los objetivos y principales aspectos de la investigación que permitiera tomar la decisión de participar o no en la misma, y así mismo brindar la oportunidad de retiro en cualquier momento. Además de esto, se expusieron los beneficios y/o perjuicios que se podían derivar de la investigación de manera clara y objetiva.
- Toda la información y datos personales se manejaron estrictamente de manera anónima y confidencial, sin mencionar en ningún momento ni por ningún medio sus datos personales.
- Debido a que la investigación se centró en el uso de tecnologías de la información y comunicación, se tomaron las medidas necesarias para evitar la infiltración de personas ajenas al proceso investigativo, a través de la definición de filtros de seguridad para el acceso a las plataformas con usuario y contraseña autorizadas y el almacenamiento de la información en dispositivos con seguridad de usuario y contraseña, sin estar expuesta en ningún momento a la red pública.

-
- El acceso a los resultados de la investigación fue de manera libre, y se respetó la confidencialidad de los participantes.
 - En cada etapa del desarrollo del presente proyecto se respetaron los derechos de autor, referenciando adecuadamente a cada uno de estos referentes, en cada uno de los productos derivados de la misma. Además de esto, se garantizó una crítica y análisis profundas en cada una de las piezas de referencia utilizadas.
 - Las entrevistas se realizaron de manera individual y en ambientes externos al ámbito laboral, garantizando tranquilidad, intimidad y confidencialidad, además de haber brindado el tiempo suficiente para el desarrollo de esta. Las sesiones fueron previamente concertadas con cada participante, respetando así su disponibilidad y tranquilidad.
 - Las metodologías tanto cualitativas como cuantitativas dentro del componente mixto, representaron una coherencia para el desarrollo del estudio, y por ende garantizaron la fiabilidad de los resultados.
 - Finalmente, se garantizó la ejecución presupuestal de manera transparente a través de los soportes de gastos e inversiones, además del cumplimiento de cronogramas y compromisos derivados del presente proyecto con cualquier organización o institución involucrada.
 - En esta investigación no hubo incentivo económico y en especie alguno para los participantes.
 - La intimidad se garantizó con sesiones individualizadas y con la decisión opcional de grabar video o solo audio en las entrevistas.
 - La propiedad intelectual fue abordada desde la referenciación y auto referenciación, además de reconocer la participación de cada uno de los actores en la investigación.

4. Capítulo 4 Resultados

En este capítulo se presentan detalladamente los resultados del proceso investigativo, señalando los hallazgos en cada una de las etapas y fases que aportaron a la definición y operacionalización de lo que necesita el profesional de enfermería para relacionarse armónicamente con la familia en el contexto de UCI (necesidades relacionales).

4.1 Hallazgos Etapa 1 - Fase 1: Revisión integrativa de literatura científica

4.1.1 Resultados del proceso de búsqueda y selección

En cumplimiento del objetivo que se enfoca a describir las necesidades relacionales de la enfermera(o) a partir de su experiencia en la UCI, se realizó inicialmente una revisión integrativa de literatura basado en los lineamientos teóricos de Whittemore y Knafl (223), en donde se extrajeron datos predeterminados y relevantes de cada uno de los artículos revisados denominados “proposiciones significativas”. A través de un proceso de comparación reiterativa se realiza una agrupación de acuerdo con similitudes o conexiones teóricas, logrando una reducción de los datos y obteniendo así temas o subtemas representativos que contribuyen al cumplimiento del objetivo definido para esta fase. El proceso estuvo enmarcado de manera continua en la lectura crítica.

Los hallazgos en este componente corresponden al análisis de 26 artículos científicos procedentes de 22 revistas de diferentes países (Tabla 4-1). La mayor densidad de artículos estuvo en la revista “Enfermería Intensiva-España” con 5 artículos. Las revistas de donde procedían cada uno de los artículos se encontraban clasificadas en el Scimago Journal Rank (SJR), con más del 40% de estas dentro del cuartil Q1. El proceso de georreferenciación evidencia que más del 40% de los estudios analizados procedían del continente europeo, con una alta prevalencia del país de España (Figura 4-1 y 4-2). La

distribución de los tipos de abordaje en los estudios analizados fue variada, encontrando predominancia de abordajes cualitativos (>60%), seguido por estudios de revisión, mixtos y cuantitativos respectivamente (Figura 4-3). El proceso de selección de los artículos que fueron analizados partió de una muestra de n=991 y finalizó con una muestra de n=26 artículos a través del proceso de cribación (Figura 4-4).

Tabla 4-1. Matriz de artículos analizados.

Artículo	Autores	Revista de origen/Clasificación Scimago
1. A Theoretical Lens Through Which to View the Facilitators and Disruptors of Nurse-Promoted Engagement With Families in the ICU	Natalie S. McAndrew; Rachel Schiffman; Jane Leske	J Fam Nurs/Q1
2. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, Revisión Sistemática	María Isabel Serrano Vicente; María Teresa Fernández Rodrigo; Pedro José Satústegui Dordá; Fernando Urcola Pardo	Rev. Esp. Salud Publica/Q3
3. Barriers to families' regaining control in ICU: Disconnectedness	Pauline Wong; Pranee Liamputtong; Susan Koch; Helen Rawson	Nurs Crit Care/Q1
4. Critical care nurse's communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study	Hye Jin Yoo, Oak Bun Lim, Jae Lan Shim	PLoS One/Q1
5. Delivering compassionate care in intensive care units: nurses'	Jenny Jones, Sarah Winch, Petra Strube, Marion	J Adv Nurs/Q1

perceptions of enablers and barriers	Mitchell, Amanda Henderson	
6. Elementos facilitadores y limitadores del cambio en la atención a los familiares del paciente crítico	C. Zaforteza Lallemanda, García Mozob, S.M. Amorós Cerdá, Pérez Juan, M. Maqueda Palau y J. Delgado Mesquida	Enfermería Intensiva/Q3
7. Examining perception of job satisfaction and intention to leave among ICU nurses in China	Hong Tao, Carol H. Ellenbecker, Yuefeng Wang, Ying Li	International Journal of Nursing Sciences/Q2
8. Experience of Violence from the Clients and Coping Methods Among Intensive Care Unit Nurses Working in a Hospital in South Korea	Hye Jin Yoo, Eunyoung E. Suh, Soon Haeng Lee, Jin Hee Hwang, Ji Hye Kwon	Asian Nursing Research/Q2
9. Factors limiting and facilitating changes in caring for the intensive care unit patients' relatives	Concha Zaforteza, Ana García-Mozo, Sylvia M Amorós, Eva Pérez, Mónica Maqueda and Joaquina Delgado	Nursing in Critical Care/Q1
10. Family members' involvement in the care of critically ill patients in two intensive care units in an acute hospital in Bahrain: The experiences and perspectives of family members' and nurses' - A qualitative study	Eman Ebrahim Fateel, Catherine Sarah O'Neill	Clinical Nursing Studies/Q3
11. Healthcare Provider Perceptions of Causes and Consequences of ICU Capacity Strain in a Large	Sean M. Bagshaw, Dawn Opgenorth, Melissa Potestio, Stephanie E.	Crit Care Med/Q1

Publicly Funded Integrated Health Region: A Qualitative Study	Hastings, Shelanne L. Hepp, Elaine Gilfoyle, David McKinlay, Paul Boucher, Michael Meier, Jeanna Parsons- Leigh, Noel Gibney, David A. Zygun, Henry T. Stelfox.	
12. How do intensive care nurses perceive families in intensive care? Insights from the United Kingdom and Australia	Susanne Kean and Marion Mitchell	J Clin Nurs/Q1
13. Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos	C. Zafortezaa, C. Sánchez y P. Lastra	Enfermería Intensiva/Q3
14. Nurses' roles with families: Perceptions of ICU nurses	Maher M. El-Masri, Susan M. Fox- Wasylyshyn	Intensive Crit Care Nurs/Q1
15. Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units	Maité Garrouste- Orgeas, Vincent Willems, Jean- François Timsit, Frédérique Diaw, Sandie Brochon, Aurelien Vesin, François Philippart, Alexis Tabah, Isaline Coquet, Cédric Bruel, Marie-Luce Moulard, Jean	Journal of Critical Care/Q1

	Carlet, Benoit Misset	
16. Perception of ICU Nurses toward Family Engagement in Patients' Care	Mona Saad Abd El Wareth, Nermine M. Elcokany	International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing/Q3
17. Perception of nursing workers humanization under intensive therapy	Vanessa Cecilia de Azevedo Michelin, Wilza Carla Spiril	Revista Brasileira de Enfermagem/Q3
18. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico?	Concha Zaforteza Lallemand ¹ Joan E. de Pedro Gómez, Denise Gastaldo, Pedro Lastra Cubel, Pilar Sánchez-Cuenca López	Enfermería Intensiva/Q3
19. Relación enfermera-familia. Más allá de la apertura de puertas y horarios	C. Duque-Ortiz, M.M. Arias-Valencia	Enfermería Intensiva/Q3
20. Relationships among Climate of Care, Nursing Family Care and Family Well-being in ICUs	Natalie S McAndrew, Rachel Schiffman, Jane Leske	Nurs Ethics/Q1
21. The experiences of health care professionals, patients, and families of the process of referral and admission to intensive care: A systematic literature review	Sophie Rees, Frances Griffiths, Christopher Bassford, Mike Brooke, Zoe Fritz, Huayi Huang, Karen Rees, Jake Turner and Anne-Marie Slowther	J Soc de cuidados intensivos/Q3

22. The process of giving information to families of critically ill patients: a field of tension	Concha Zaforteza, Denise Gastaldo, Joan E. de Pedro, Pilar Sánchez-Cuenca, Pedro Lastra	International Journal of Nursing Studies/Q1
23. Transforming a conservative clinical setting: ICU nurses' strategies to improve care for patients' relatives through a participatory action research	Concha Zaforteza, a Denise Gastaldo, Cristina Moreno, Andreu Bover, Rosa Miro and Margalida Miró	Nurs Inq/Q1
24. Violence Against Nurses in Critical Units at Governmental Hospitals in Jordan	Yousef S. Abu Wardeh, Salman Al-Saqri, Ahmmad Al-Theban, Mohammad Abuwardeh	Journal of Health, Medicine and Nursing/Q2
25. Workplace Violence Suffered and Witnessed by Nursing Professionals in the Intensive Care Unit	Walace Souza de Araujo, Diogo Iannhes, Adriana Aparecida de Faria Lima	O Mundo da Saúde/Q3
26. Percepción del mobbing entre el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos	K.J. Ruíz-González, L.A. Pacheco-Pérez, M.I. García-Bencomo, M.C. Gutiérrez Díez y M.C. Guevara-Valtier	Enfermería Intensiva/Q3

Fuente: Elaboración propia.

Figura 4-1. Georreferenciación de artículos analizados por continente.

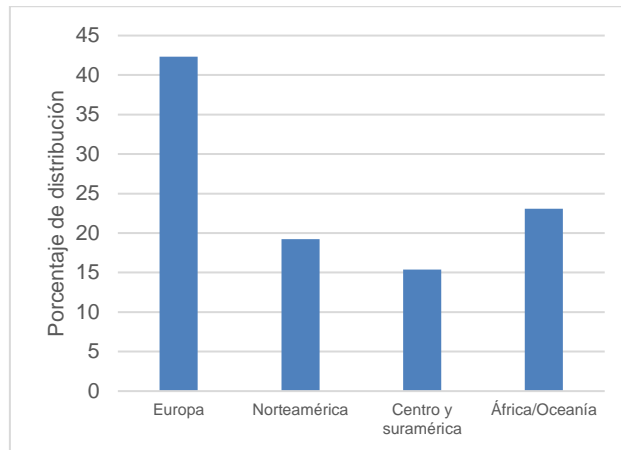
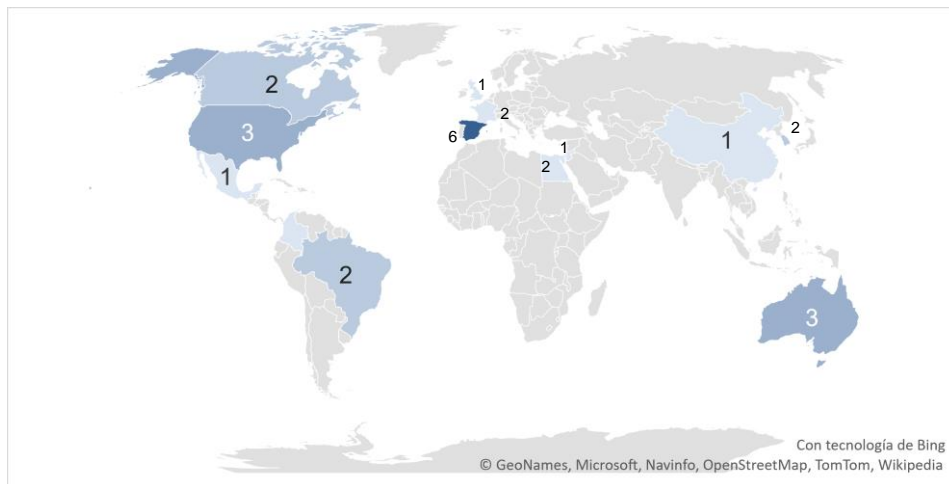
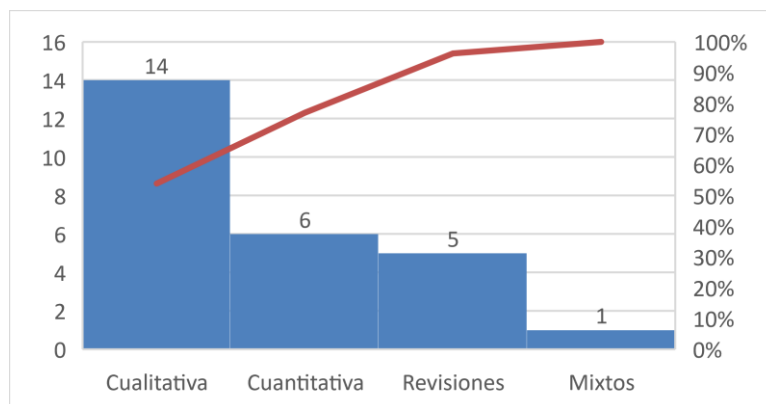


Figura 4-2. Georreferenciación de artículos analizados por país.



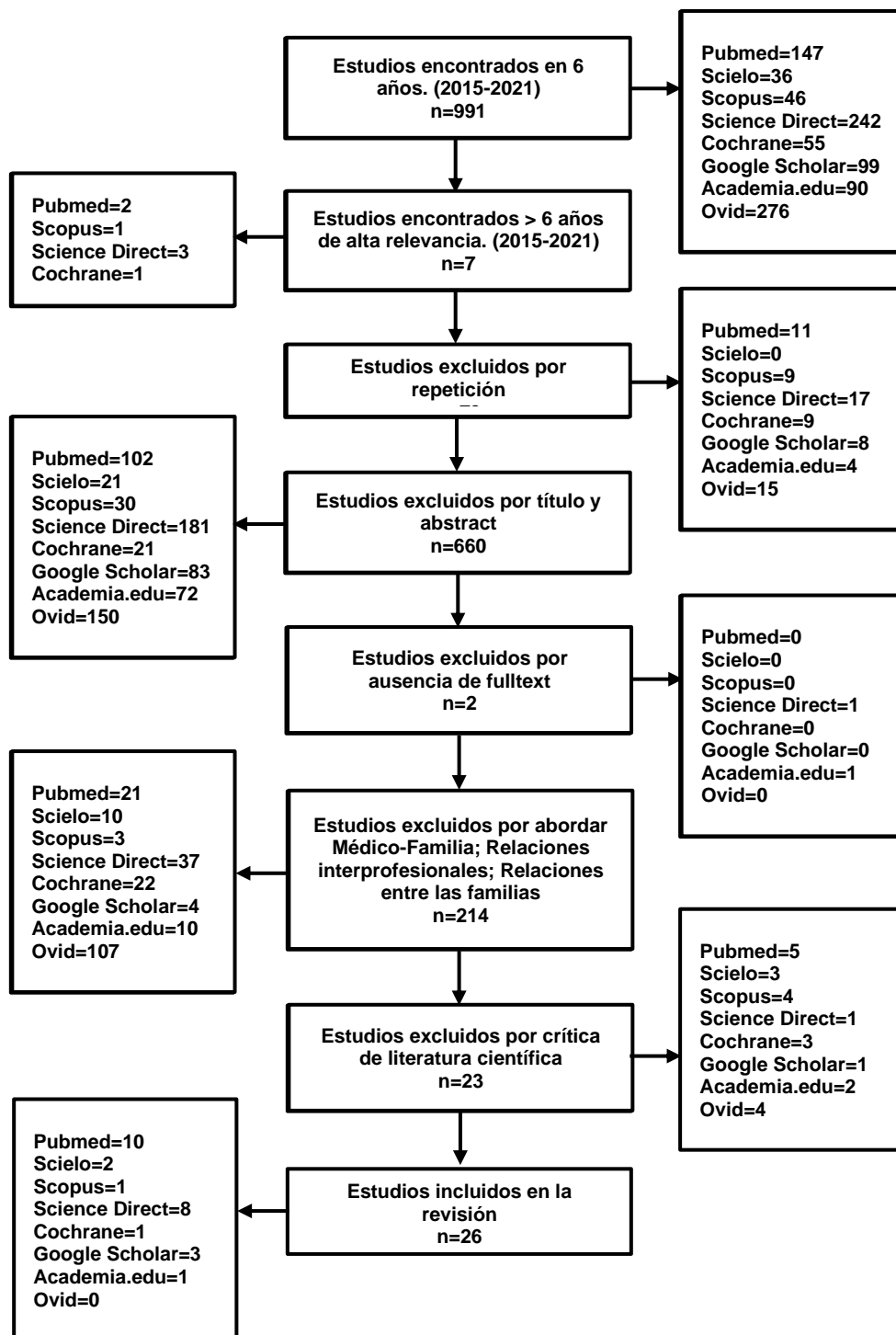
Fuente: Elaboración propia.

Figura 4-3. Distribución de artículos según tipo de abordaje investigativo.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 4-4. Proceso de selección de artículos.



Fuente: Elaboración propia basado en el esquema prisma para revisiones sistemáticas (252).

Frente al proceso de crítica de literatura científica a través de las herramientas de evaluación y crítica del Joanna Briggs Institute, tuvo en cuenta aspectos relacionados con la claridad del problema de investigación, objetivo, justificación, metodología, resultados y conclusiones; además de contemplar aspectos como la pertinencia, alcance, coherencia y cohesión de cada uno de los estudios (Tabla 4-2).

Tabla 4-2. Cumplimiento de criterios establecidos por Joanna Briggs Institute.

Artículo	Criterios cumplidos según Joanna Briggs
1. A Theoretical Lens Through Which to View the Facilitators and Disruptors of Nurse-Promoted Engagement with Families in the ICU	9/10
2. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, Revisión Sistemática	9/11
3. Barriers to families' regaining control in ICU: Disconnectedness	10/10
4. Critical care nurse's communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study	9/10
5. Delivering compassionate care in intensive care units: nurses' perceptions of enablers and barriers	8/10
6. Elementos facilitadores y limitadores del cambio en la atención a los familiares del paciente crítico	8/10
7. Examining perception of job satisfaction and intention to leave among ICU nurses in China	8/10
8. Experience of Violence from the Clients and Coping Methods Among Intensive Care Unit Nurses Working in a Hospital in South Korea	9/10
9. Factors limiting and facilitating changes in caring for the intensive care unit patients' relatives	9/10
10. Family members' involvement in the care of critically ill patients in two intensive care units in an acute hospital in Bahrain: The experiences and perspectives of family members' and nurses' - A qualitative study	8/10

11. Healthcare Provider Perceptions of Causes and Consequences of ICU Capacity Strain in a Large Publicly Funded Integrated Health Region: A Qualitative Study	10/10
12. How do intensive care nurses perceive families in intensive care? Insights from the United Kingdom and Australia	10/10
13. Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos	10/10
14. Nurses' roles with families: Perceptions of ICU nurses	6/8
15. Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units	8/8
16. Perception of ICU Nurses toward Family Engagement in Patients' Care	7/8
17. Perception of nursing workers humanization under intensive therapy	9/10
18. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico?	8/10
19. Relación enfermera-familia. Más allá de la apertura de puertas y horarios	8/11
20. Relationships among Climate of Care, Nursing Family Care and Family Well-being in ICUs	6/8
21. The experiences of health care professionals, patients, and families of the process of referral and admission to intensive care: A systematic literature review	11/11
22. The process of giving information to families of critically ill patients: a field of tension	9/10
23. Transforming a conservative clinical setting: ICU nurses' strategies to improve care for patients' relatives through a participatory action research	9/10
24. Violence Against Nurses in Critical Units at Governmental Hospitals in Jordan	8/8
25. Workplace Violence Suffered and Witnessed by Nursing Professionals in the Intensive Care Unit	6/8

26. Percepción del mobbing entre el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos	7/10
--	------

Fuente: Elaboración propia.

4.1.2 Resultados del análisis de los artículos seleccionados

La identificación de los temas centrales de cada uno de los artículos se llevó a cabo partiendo de los supuestos de reciprocidad y crecimiento personal mutuo de la teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau (2,157,173). El proceso de lectura y relectura también permitió identificar algunos conceptos latentes que tienen una alta relación con los planteamientos que sustentan la teoría.

Se identificaron 2 temas y 7 subtemas que responden a las necesidades de los profesionales de enfermería para tener una relación armónica con las familias de los pacientes internados en UCI:

Tema 1: Lo que necesita el profesional de enfermería de su entorno laboral para relacionarse armónicamente con la familia del paciente en UCI.

Subtemas: Necesidad de que se le proporcionen los recursos suficientes, necesidad de colegaje de parte de todo el equipo de trabajo de UCI y necesidad de ser reconocida como profesional y no como subalterno del profesional médico.

Tema 2: Lo que necesita el profesional de enfermería de la familia del paciente en UCI para que su relación sea armónica.

Subtemas: Necesidad de trato digno, necesidad de que confíen y valoren su trabajo, necesidad de ser informada acerca de lo que necesita la familia, necesidad de que la familia participe del cuidado del paciente en UCI, necesidad de ser comprendida por parte de la familia del paciente en UCI acerca de la complejidad de su rol.

En la tabla 4-3, se evidencia el aporte de cada uno de los artículos a cada uno de los temas y subtemas relacionados con las necesidades del profesional de enfermería para

tener una relación interpersonal armónica con las familias de los pacientes críticos en UCI.

Tabla 4-3. Contribución de cada uno de los artículos a la extracción de temas y subtemas.

Artículo	Contribución
A Theoretical Lens Through Which to View the Facilitators and Disruptors of Nurse-Promoted Engagement with Families in the ICU	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (información, participación, respeto). • Necesidades ante el entorno. (Recursos suficientes (tiempo, espacio, capacitación), reconocimiento)
Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, Revisión Sistemática	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (respeto).
Barriers to families' regaining control in ICU: Disconnectedness	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (respeto, confianza, información) • Necesidades ante el entorno (Capacitación)
Critical care nurse's communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (Comprensión, confianza, respeto) • Necesidades del entorno (recursos (tiempos, espacio, capacitación)
Delivering compassionate care in intensive care units: nurses' perceptions of enablers and barriers	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (respeto, confianza) • Necesidades ante el entorno (colegaje, reconocimiento, recursos (tiempo, espacio, capacitación).
Elementos facilitadores y limitadores del cambio en la atención a los familiares del paciente crítico	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (respeto), • Necesidades ante el entorno (Colegaje, reconocimiento, recursos (capacitación, espacio, tiempo))
Examining perception of job satisfaction and intention to leave among ICU nurses in China	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (Comprensión, respeto, confianza)

	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante el entorno (Reconocimiento, recursos (tiempo, capacitación))
Experience of Violence from the Clients and Coping Methods Among Intensive Care Unit Nurses Working in a Hospital in South Korea	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante familia (respeto, información) • Necesidades ante el entorno (recursos (tiempo, capacitación))
Factors limiting and facilitating changes in caring for the intensive care unit patients' relatives	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (Confianza, participación, información) • Necesidades ante el entorno (Reconocimiento, colegaje, recursos (tiempo, espacio, capacitación))
Family members' involvement in the care of critically ill patients in two intensive care units in an acute hospital in Bahrain: The experiences and perspectives of family members' and nurses' - A qualitative study	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (información, respeto, confianza, participación, comprensión) • Necesidades ante el entorno (Recursos (tiempo, espacio, capacitación), colegaje, reconocimiento)
Healthcare Provider Perceptions of Causes and Consequences of ICU Capacity Strain in a Large Publicly Funded Integrated Health Region: A Qualitative Study	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante el entorno (Recursos (tiempo, espacio, capacitación))
How do intensive care nurses perceive families in intensive care? Insights from the United Kingdom and Australia	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (confianza, respeto, participación, comprensión) • Necesidades ante el entorno (recursos (tiempo, espacio, capacitación))
Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (respeto) • Necesidades ante el entorno (recursos (tiempo, espacio,

	capacitación), reconocimiento, colegaje)
Nurses' roles with families: Perceptions of ICU nurses	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (respeto, confianza) • Necesidad ante el entorno (recursos (tiempo, espacio), reconocimiento)
Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (confianza, participación, respeto) • Necesidades ante el entorno (recursos(capacitación))
Perception of ICU Nurses toward Family Engagement in Patients' Care	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (Participación, respeto, confianza) • Necesidades ante el entorno (Recursos(capacitación))
Perception of nursing workers humanization under intensive therapy	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (Respeto, confianza, comprensión) • Necesidades ante el entorno (Reconocimiento, colegaje, recursos (tiempo, espacio, capacitación))
¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico?	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (Confianza, comprensión, respeto) • Necesidades ante el entorno (Reconocimiento)
Relación enfermera-familia. Más allá de la apertura de puertas y horarios	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (Participación) • Necesidades ante el entorno (Recursos (tiempo, espacio))
Relationships among Climate of Care, Nursing Family Care and Family Well-being in ICUs	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (Respeto, información, participación, confianza) • Necesidades ante el entorno (reconocimiento, recursos (tiempo, espacio, capacitación), colegaje).
The experiences of health care professionals, patients, and families of the process of referral and admission to	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (Comprensión)

intensive care: A systematic literature review	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante el entorno (reconocimiento, recursos (espacio, tiempo))
The process of giving information to families of critically ill patients: a field of tension	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (Participación) • Necesidades ante el entorno (reconocimiento, recursos (espacio, tiempo, capacitación), colegaje)
Transforming a conservative clinical setting: ICU nurses' strategies to improve care for patients' relatives through a participatory action research	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (confianza, respeto, comprensión) • Necesidades ante el entorno (Recursos (capacitación), reconocimiento)
Violence Against Nurses in Critical Units at Governmental Hospitals in Jordan	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (Respeto, comprensión, confianza, participación) • Necesidades ante el entorno (Recursos (capacitación), reconocimiento)
Workplace Violence Suffered and Witnessed by Nursing Professionals in the Intensive Care Unit	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (Respeto, confianza) • Necesidades ante el entorno (Recursos (capacitación), reconocimiento)
Percepción del mobbing entre el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades ante la familia (respeto, comprensión, confianza, participación, información) • Necesidades ante el entorno (Recursos (tiempo, espacio, capacitación), reconocimiento, colegaje)

Fuente: Elaboración propia.

Descripción Tema 1: Lo que necesita el profesional de enfermería de su entorno laboral para que su relación con la familia del paciente en UCI sea armónica.

Este primer tema resulta de la manifestación explícita de los profesionales de enfermería acerca de algunos aspectos que deben ser garantizados por las instituciones de salud, que a su vez tienen impacto directo en sus relaciones con la familia del paciente en UCI. Dentro de estos aspectos se encuentran:

- **Recursos suficientes:** este componente representa la necesidad de que se le proporcionen los recursos suficientes a los profesionales de enfermería en UCI. Los recursos que componen este aspecto son: recursos temporales, que corresponden al tiempo mínimo suficiente para poder establecer relaciones interpersonales de calidad con los familiares del paciente en UCI; recursos formativos, que se relaciona con la necesidad de estar capacitado para abordar a la familia y orientar relaciones interpersonales asertivas y menos conflictivas; recursos espaciales, que contemplan la necesidad de contar con espacios físicos adecuados (cómodos, tranquilos, confortables) para poder relacionarse con la familia del paciente en UCI.
- **Reconocimiento como profesional y no como subalterno del profesional médico:** Este componente se relaciona directamente con la necesidad de reconocer que el ejercicio del profesional de enfermería no depende del ejercicio médico, y que, si bien existen puntos de encuentro como equipo de trabajo, existe una independencia ontológica de cada profesión. Ser visto como subalterno del profesional médico es un aspecto que se encontró frecuentemente en la literatura revisada y fue reconocido como factor que genera discordia y percepciones equívocas acerca del ejercicio enfermero de parte de la familia de los pacientes en UCI, potenciando por una parte las limitaciones impuestas al profesional de enfermería y conflictos entre el equipo de trabajo, y, por otra parte, conflictos con la familia del paciente.
- **Colegaje de parte de todo el equipo de trabajo:** las relaciones asertivas entre cada uno de los profesionales que componen el equipo de trabajo de la UCI se reconocen como un factor indispensable para que las relaciones entre profesionales de enfermería y familiares de pacientes, dado que componentes como el apoyo, respeto y solidaridad posibilitan en mayor proporción que las relaciones interpersonales con las familias del paciente sean armónicas.

Descripción tema 2: Lo que necesita el profesional de enfermería de la familia del paciente en UCI para que su relación sea armónica.

De la misma forma en el que el profesional de enfermería identifica aspectos que deben ser garantizados por las instituciones de salud o entorno laboral, también identifica aspectos que deben ser proporcionados por los familiares del paciente en UCI. Dentro de estos aspectos reconocidos por los profesionales de enfermería se encuentran:

- **Trato digno:** La frecuencia en la que suceden agresiones o malos tratos hacia el profesional de enfermería en la UCI de parte de familiares de pacientes, es más alta de lo que se supone, aspecto que está permeado en gran parte por la normalización de estos comportamientos de parte de los mismos profesionales de enfermería. Este fenómeno en donde se considera “normal” que los familiares maltraten debido a la compleja situación que están atravesando es común evidenciarla en la literatura científica, sin embargo, este mismo hecho hace que muchas veces no se reconozca como un problema real que debe ser abordado.
- **Confianza y valoración del trabajo:** La desconfianza e inseguridad por parte de los familiares del paciente en UCI percibida por los profesionales de enfermería son factores que distorsionan las creencias de que estos actuarán de manera adecuada frente a la situación crítica del paciente, lo que genera dudas y refuerza la generación de conflictos. Este componente está asociado mayormente al desconocimiento del rol profesional de enfermería, lo que genera falsas expectativas en los familiares de pacientes críticos acerca de lo que hace o debe hacer el profesional de enfermería en el contexto de UCI. Las manifestaciones tácitas de la desconfianza e inseguridad por parte de los familiares del paciente son reportadas en verbalizaciones en donde se afirma que prefieren ser informados o tratar directamente con el profesional médico, reconociendo al profesional de enfermería como un subalterno sujeto al cumplimiento de órdenes. Este mismo panorama, refuerza la subvaloración o no valoración de la práctica de enfermería en el contexto de UCI, generando brechas en las relaciones interpersonales y distanciamientos que imposibilitan el reconocimiento de necesidades.
- **Información de parte de la familia:** Los profesionales de enfermería en la UCI reconocen que es de vital importancia contar con información suficiente, clara y

concisa de parte de los familiares del paciente, destacando que no solo se requiere información relevante del paciente (como antecedentes, cuidados especiales, conciliación medicamentosa, etc.), sino también, información correspondiente al estado de los familiares (preocupaciones, temores, dudas, sentimientos, emociones). De esta manera, se crea un puente que inicia la consolidación de una relación interpersonal armónica, evitando tensiones innecesarias por la represión de esta información por parte de la familia, y reforzando positivamente la dinámica relacional. Los profesionales de enfermería reconocen que cuando existe este fenómeno de represión de parte de los familiares de los pacientes en UCI, los niveles de incertidumbre aumentan y se descargan después de un tiempo en formas como la agresividad o violencia, aspecto que genera distanciamiento y evasión por parte de enfermería.

- **Participación en el cuidado:** La participación de la familia en los cuidados básicos del paciente en UCI, ha sido reconocido por los profesionales de enfermería como un aspecto que puede mejorar las relaciones interpersonales entre ambos. Los argumentos que se evidencian giran en torno a 3 factores: el primero, relacionado con la disminución de la incertidumbre de los familiares al estar cerca al paciente y tener contacto físico; el segundo, está relacionado con la proximidad de la familia a la enfermera en tiempo real, siendo esto una oportunidad para reconocer la labor de enfermería y su complejidad, además de contar con más espacios para compartir información; el tercero, relacionado con los beneficios del paciente que se reflejan en aspectos como la disminución de estancias hospitalarias y recuperación satisfactoria, aspectos que de una parte proporcionan bienestar emocional a la familia y satisfacción al profesional de enfermería. Si bien, la participación en el cuidado del paciente en UCI por parte de la familia es un aspecto reconocido como beneficioso para fortalecer las relaciones interpersonales con los profesionales de enfermería, este componente debe estar articulado a cargas laborales proporcionales que permitan educar a los familiares frente a los cuidados básicos y contar con espacios de interacción con calidad.
- **Comprensión:** La complejidad de la labor de enfermería en el contexto de UCI es densa y es una realidad. Aspectos como los múltiples roles de enfermería (administrativo, clínico, logístico, educativo, entre otros), no son reconocidos por parte de los familiares de los pacientes en UCI, aspecto que refuerza falsas

expectativas y el desconocimiento del que hacer de enfermería y de su complejidad, generando demandas que desbordan la capacidad de respuesta de enfermería o que no corresponden a la naturaleza del cuidado, potenciando tensiones y conflictos que generan la preferencia en los profesionales de enfermería de apartar, alejar o evitar a la familia la mayor parte del tiempo, aumentando las barreras en sus relaciones interpersonales.

Los resultados obtenidos en esta fase permitieron identificar 2 tipos de necesidades relacionales del profesional de enfermería en UCI: Necesidades demandadas a la familia y necesidades demandadas al entorno laboral, ambas reconocidas como fundamentales para que las relaciones interpersonales entre profesionales de enfermería y familiares del paciente en UCI se den de manera armónica.

4.2 Hallazgos Etapa 1 – Fase 2 Cualitativa: Diseño Narrativo

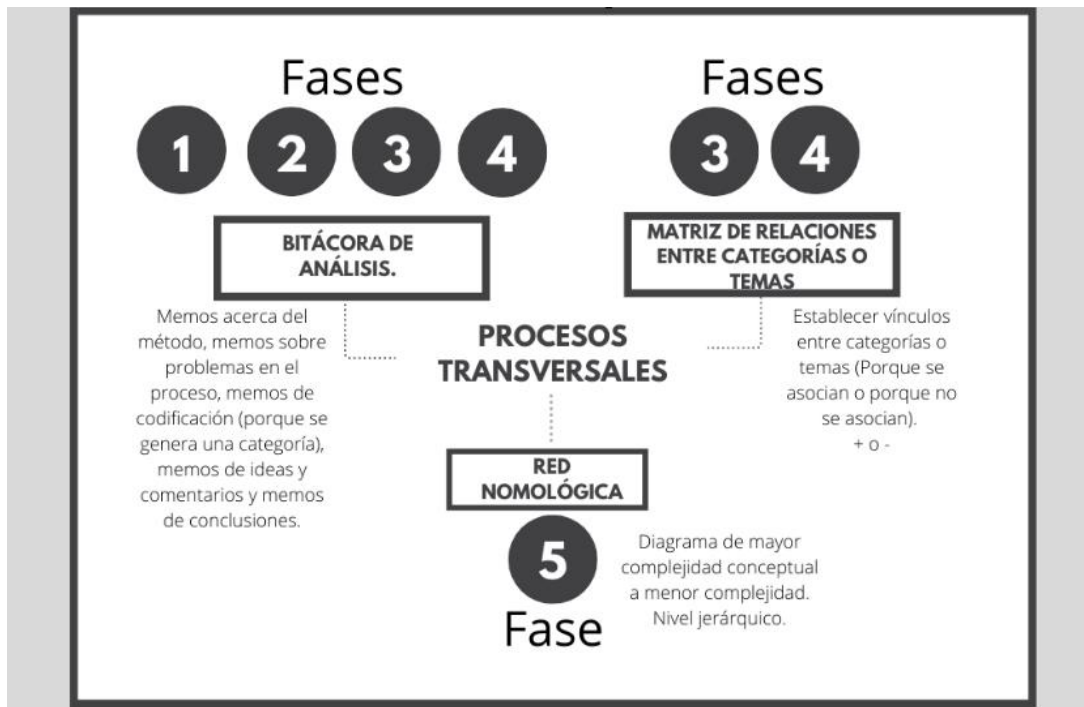
Dando continuidad al cumplimiento del objetivo enfocado a describir las necesidades relacionales de la enfermera(o) a partir de su experiencia en la UCI, se realizó un análisis de contenido de entrevistas semiestructuradas realizadas a profesionales de enfermería de UCI, construidas a partir de los hallazgos de la revisión integrativa de literatura. Este proceso fue realizado a través de las técnicas de “Codificación abierta”, en donde se localizaron las unidades de análisis representativas, reconociendo las cuestiones relevantes que dan respuesta al objetivo planteado y configurando categorías; y “Codificación axial”, logrando una reducción de categorías, agrupando en temas orientados al objetivo propuesto en esta fase. Ambas técnicas fueron adoptadas desde los planteamientos de Corbin y Strauss (232), sin llegar a materializarse esta fase como una teoría fundamentada en sí (Figura 4-5 y 4-6). Para este proceso se utilizaron las herramientas NVivo Transcription (para transcripción) y Atlas Ti v.8 (análisis de texto).

Figura 4-5. Proceso de aplicación de técnicas de codificación abierta y axial de Corbin y Strauss.



Fuente: Elaboración propia basado en Corbin y Strauss (233).

Figura 4-6. Descripción de productos esperados mediante el proceso de codificación abierta y axial de Corbin y Strauss.



Fuente: Elaboración propia.

4.2.1 Caracterización de los participantes de las entrevistas semiestructuradas

Esta fase se llevó a cabo con la participación de 21 profesionales de enfermería, de los cuales 12 pertenecían al género femenino y 9 al masculino. Se contó con representación

de diferentes regiones de Colombia, incluyendo Tunja-Boyacá (2 participantes), Bucaramanga-Santander (2 participantes), Barranquilla-Atlántico (3 participantes), Bogotá-Cundinamarca (4 participantes), Cali-Valle (3 participantes), Medellín-Antioquia (3 participantes), Pasto-Nariño (2 participantes) y Villavicencio-Meta (2 participantes) (Tabla 4-4).

La edad de los participantes tuvo una media de 32 años, con una mínima de 24 y una máxima de 42. La proporción de participantes que se encontraban vinculados a instituciones prestadoras de salud de naturaleza privada y pública fue del 51.7% y 48.3% respectivamente. El número de años de experiencia en UCI de los participantes tuvo una media de 7.5 años, con una mínima de 5 años y una máxima de 15. La formación postgraduada de los participantes estuvo presente en el 80.9% (Tabla 4-4).

Tabla 4-4. Caracterización de los participantes en la fase de diseño narrativo.

Participante	Género	Edad años	Región	Tipo de IPS donde labora	Años de experiencia en UCI	Cuenta con formación postgraduada
P1	Masculino	39	Tunja-Boyacá	Privada	5	si
P2	Femenino	27	Bucaramanga-Santander	Privada	5	si
P3	Femenino	33	Barranquilla-Atlántico	Pública	5	si
P4	Masculino	28	Bogotá-Cundinamarca	Privada	6	si
P5	Femenino	33	Bogotá-Cundinamarca	Pública	8	si
P6	Femenino	25	Barranquilla-Atlántico	Pública	5	si
P7	Masculino	29	Cali-Valle del Cauca	Pública	9	si

P8	Masculino	24	Medellín-Antioquia	Privada	6	si
P9	Masculino	26	Medellín-Antioquia	Pública	5	no
P10	Femenino	29	Pasto-Nariño	Pública	5	si
P11	Femenino	37	Cali-Valle del Cauca	Privada	14	si
P12	Femenino	31	Barranquilla-Atlántico	Privada	5	no
P13	Femenino	35	Bogotá-Cundinamarca	Pública	6	si
P14	Masculino	30	Medellín-Antioquia	Pública	8	si
P15	Masculino	34	Tunja-Boyacá	Privada	10	si
P16	Femenino	34	Villavicencio-Meta	Pública	8	si
P17	Femenino	42	Bogotá-Cundinamarca	Privada	9	si
P18	Masculino	30	Pasto-Nariño	Privada	6	si
P19	Femenino	40	Bucaramanga-Santander	Pública	15	no
P20	Femenino	42	Cali-Valle del Cauca	Privada	12	si
P21	Masculino	31	Villavicencio-Meta	Privada	7	no

Fuente: Elaboración propia.

4.2.2 Codificación abierta y axial de entrevistas

Una vez se realizó el proceso de codificación abierta de cada una de las entrevistas analizadas, se obtuvo un total de 109 códigos iniciales, a los cuáles se les asignaron memos de codificación y comentarios, permitiendo hacer una reducción de redundancias y conformar así 39 categorías (Tabla 4-5).

Tabla 4-5. Hallazgos durante el proceso de codificación abierta.

Códigos abiertos iniciales	Categorías/reducción de redundancias
Abordaje inicial a la familia	Orientación previa al ingreso a UCI a los familiares del paciente crítico
Abordaje previo a familiares de UCI	
Comprensión del funcionamiento de la UCI	
Estar bien informado	
Familiar aprensivo desestabiliza	
Familiar receptivo posibilita buena relación	
Adaptación a políticas institucionales	Adaptación de la familia del paciente en UCI a políticas institucionales
Amabilidad hacia la enfermera	Amabilidad de la familia del paciente en UCI hacia la enfermera
Cordialidad de parte y parte	
Cordialidad en el trato de la enfermera	
Transmitir calidez en la relación con la enfermera	
Señalamiento y culpa de enfermería	
Gratitud al recibir información	
Familiares toscos con enfermería	
Armonía dentro de la UCI para estar bien con la familia	Armonía dentro de la UCI para estar bien con la familia
Trabajo en equipo en la UCI para mejorar relación con familia	
Buen trato a enfermería	Buen trato de parte de la familia del paciente en UCI hacia la enfermería
Educación para reconocer como ser humano	
El buen trato a pesar de la situación difícil	
Trato digno para la enfermera	

Buena comunicación entre familiares	Buena comunicación entre familiares del paciente en UCI
Capacitación para el abordaje del familiar	Capacitación para el abordaje del familiar del paciente en UCI
La capacitación da luz de cómo comportarse con el familiar	
Orientación a los enfermeros para abordar al familiar	
Como enfermera necesito comprensión	Comprensión de la complejidad del trabajo de la enfermera en UCI
Comprensión a la enfermera	
Comprensión de la complejidad del trabajo	
Comprensión de que no se le puede brindar más información	Comprensión de que no se le puede brindar más información
Compromiso con el paciente	Compromiso de la familia con el paciente en UCI
Es bueno que el familiar esté allí	
Lo positivo de tener al familiar en la UCI	
Tener al familiar en la UCI ayuda al paciente	
Confianza de la institución en la enfermera	Confianza de la institución en la enfermera
familiares aprensivos	
Generar confianza en la familia	
Se debe visibilizar la enfermera a la familia	
Confianza de la familia por el enfermero	Cuando la familia del paciente en UCI confía en el enfermero todo fluye
Creer en el trabajo de la enfermera	
Cuando hay confianza todo fluye	
Falta de confianza del familiar	
Pérdida de confianza en enfermería	
Si no hay confianza empiezan los conflictos	
Tener un ambiente agradable de confianza	Desconocimiento de la enfermera como profesional de parte de los familiares del paciente en UCI
Desconocimiento de enfermera como profesional	
Que la familia sea consciente del trabajo de enfermería	
Reconocer el trabajo de enfermería	
Se debe valorar el trabajo de enfermería	

Disposición a colaborar	Disposición del familiar a colaborar en el cuidado del paciente en UCI
Disposición a recibir información	Disposición del familiar a recibir información de enfermería
Falta de colegaje	El colegaje entre los miembros del equipo de UCI impacta en las relaciones con los familiares del paciente
El médico es el único que puede informar a la familia	El personal médico de la UCI es el único que puede informar a la familia
El médico es superior a la enfermera	El personal médico es considerado superior a la enfermera
Enfermera menos que el médico	
Es más visible el médico y el auxiliar para la familia	
Como enfermera necesito respeto	El respeto da dirección a la relación con la familia del paciente en UCI
Falta de respeto del familiar	
Respeto	
Respeto da dirección a relación	
Si hay empatía hay respeto y hay confianza	
Respeto mutuo para una buena relación	El respeto de la familia hacia la enfermera en UCI es un derecho
Derecho a recibir respeto	
Deber del familiar a respetar	El respeto hacia la enfermera en UCI es un deber del familiar
Agresiones de familia a enfermera	En una relación armónica no existe maltrato
En una relación armónica no existe maltrato	
Hostilidad con la enfermera	
Lo malo de que le familiar esté en la UCI	
Maltrato a la enfermera	
Tener al familiar en la UCI es traumático	Es necesario que la familia participe activamente en el cuidado del paciente en UCI
Es necesario que la familia participe en el cuidado	
Familiar aprensivo desestabiliza	

Familiar en la UCI puede ver lo que hace enfermería	
Tener al familiar en la UCI puede mejorar relación	
Familiar requirente que abruma	Familiar requirente que abruma a la enfermera en UCI
Los familiares son muy demandantes	
Tolerancia de la familia hacia la enfermera	
La familia debe ser paciente	La familia del paciente en UCI debe ser paciente
Cuando llegan con información incorrecta	La familia del paciente en UCI no debería llegar con información incorrecta de fuentes dudosas
Normalización de aspectos negativos de la familia	Las enfermeras normalizan los aspectos negativos de la familia del paciente en UCI
El irrespeto es normalizado por los enfermeros	
Lo tachan a uno de inhumano	Los familiares de pacientes en UCI lo tachan a uno de inhumano
Poder reconocer a las personas realmente cercanas (Familia)	Poder reconocer a las personas realmente cercanas (Familia)
Preferencia hacia el médico	Preferencia de la familia del paciente en UCI hacia el médico
Comunicar las necesidades de la familia	Que la familia del paciente en UCI nos comunique sus necesidades
Disposición a transmitir información	
Es necesario recibir información de la familia	
Información valiosa de la familia	
La sinceridad de la familia es muy importante	
Reconocer el trabajo de enfermería	Que la familia del paciente en UCI reconozca el trabajo de enfermería
Colocarse en nuestros zapatos	Que la familia se ponga en nuestros zapatos
Empatía	
Empatía por el enfermero	
Ponerse en los zapatos de los enfermeros	

Reconocimiento de autonomía de enfermería	Que las instituciones reconozcan la autonomía de enfermería en UCI
Enfermera como amiga no como enemiga	Reconocer a la enfermera como amiga y no como enemiga de parte de la familia del paciente en UCI
Humanización del enfermero	Si hay humanización al usuario debe haber humanización del enfermero en UCI
Demasiada carga que no deja tiempo	Tener tiempo para la familia del paciente en UCI es fundamental
El tiempo es corto para la familia	
Equilibrar cargas de los enfermeros	
Es necesario contar con más enfermeras en UCI	
Falta de tiempo para la familia	
Molestia de la familia por falta de tiempo	
Poco tiempo para todo lo que hay que hacer	
Tener tiempo para la familia es fundamental	
Tiempo	
Todos tienen un espacio menos enfermería	
Trabajo coordinado entre enfermeras	Trabajo coordinado entre enfermeras de UCI
Espacio adecuado para la familia	Un lugar tranquilo para la relación entre enfermera y la familia del paciente en UCI
Espacio inadecuado para la familia	
Espacio para interactuar con la familia	
No hay un espacio apropiado para la familia	
Un lugar tranquilo para la enfermera y la familia	

Fuente: Elaboración propia.

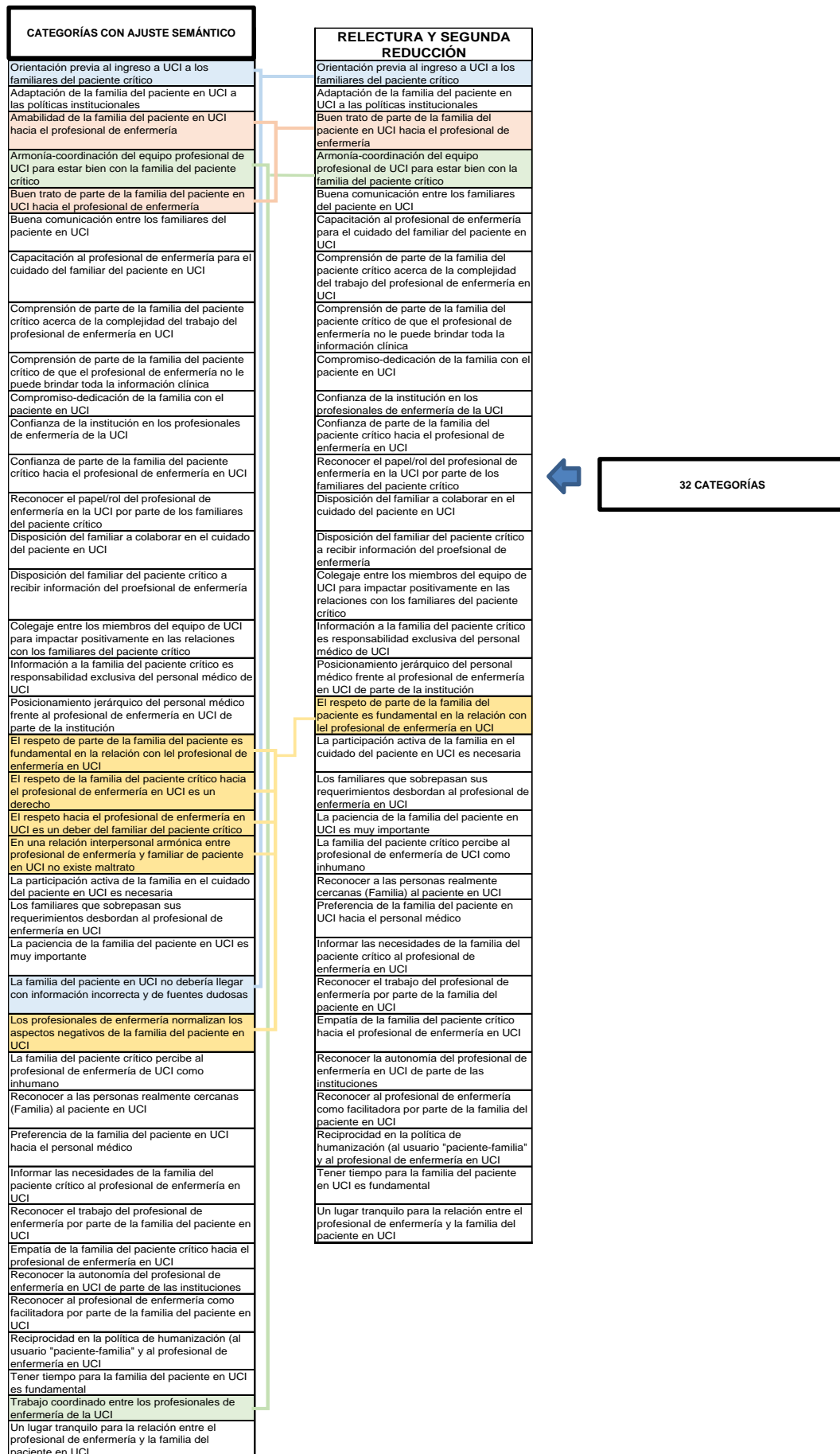
La taxonomía empleada para representar cada una de las unidades de análisis identificadas en las entrevistas transcritas fue la siguiente:

Número de entrevista (E#) + Número de unidad de análisis (UA#)

Ejemplo: Para la quinta unidad de análisis identificada en la entrevista número 1, se identificaría como: E1UA5: *“Creo que para que la relación con la familia sea buena debe haber sobre todo respeto mutuo y mucha comprensión, porque a veces los familiares nos ven como máquinas y no como seres humanos, y así mismo nos tratan, no entienden todo lo que hay detrás de lo que hacemos y de lo complejo que es, eh, y no son conscientes del esfuerzo que hay detrás de la UCI, y que por eso muchas veces no podemos centrarnos en ellos como se debiera”*.

Posterior a esta primera codificación se realizó un ajuste semántico posibilitando una reducción en segunda instancia de algunas redundancias definiendo finalmente 32 categorías (Figura 4-7). El proceso de codificación abierta culminó con la elaboración del libro de códigos, asignando a cada uno de estos una definición completa y una descripción derivados de la interpretación de cada una de las unidades de análisis de origen (Anexo 13).

Figura 4-7. Codificación abierta con ajustes semánticos.



Fuente: Elaboración propia.

A través del proceso de codificación axial, se obtuvo un total de 13 temas, representados por las 32 categorías definidas, que a su vez se encuentran dentro de los dos componentes que fueron preestablecidos en la fase 1 de revisión integrativa de literatura: Lo que necesita la enfermera de su entorno laboral para relacionarse armónicamente con la familia del paciente en UCI y lo que necesita la enfermera de la familia del paciente en UCI para que su relación sea armónica (Tabla 4-6).

Tabla 4-6. Temas extraídos y categorías que los representan.

Temas emergentes	Categorías que lo conforman
Como profesional de enfermería necesito estar capacitada para abordar a los familiares del paciente en la UCI y de esta manera nuestra relación sea armónica	Capacitación al profesional de enfermería para el cuidado del familiar del paciente en UCI
Como profesional de enfermería necesito empatía por parte de los familiares del paciente en UCI para que nuestra relación sea armónica	Comprensión de parte de la familia del paciente crítico acerca de la complejidad del trabajo del profesional de enfermería en UCI
	Comprensión de parte de la familia del paciente crítico de que el profesional de enfermería no le puede brindar toda la información clínica
	Empatía de la familia del paciente crítico hacia el profesional de enfermería en UCI
	La paciencia de la familia del paciente en UCI es muy importante
Como profesional de enfermería necesito de un verdadero trabajo en equipo con los demás profesionales de UCI para que la relación con la familia del paciente sea armónica	Los familiares que sobrepasan sus requerimientos desbordan al profesional de enfermería en UCI
	Armonía-coordinación del equipo profesional de UCI para estar bien con la familia del paciente crítico
	Colegaje entre los miembros del equipo de UCI para impactar positivamente en las

	relaciones con los familiares del paciente crítico
Como profesional de enfermería de UCI necesito que la familia del paciente confíe en lo que hago para que nuestra relación sea armónica	Confianza de parte de la familia del paciente crítico hacia el profesional de enfermería en UCI
	Disposición del familiar del paciente crítico a recibir información del profesional de enfermería
	Reconocer al profesional de enfermería como facilitadora por parte de la familia del paciente en UCI
Como profesional de enfermería necesito que la familia del paciente en UCI me brinde información suficiente y veraz tanto del estado del paciente como de sí misma para que nuestra relación sea armónica	Informar las necesidades de la familia del paciente crítico al profesional de enfermería en UCI
	Reconocer a las personas realmente cercanas (Familia) al paciente en UCI
Como profesional de enfermería de UCI necesito que la familia participe del cuidado del paciente para que nuestra relación sea armónica	Compromiso-dedicación de la familia con el paciente en UCI
	Disposición del familiar a colaborar en el cuidado del paciente en UCI
	La participación activa de la familia en el cuidado del paciente en UCI es necesaria
Como profesional de enfermería necesito que la institución me proporcione tiempo para que la relación con la familia del paciente en UCI sea armónica	Tener tiempo para la familia del paciente en UCI es fundamental
Como profesional de enfermería necesito que la institución me proporcione un espacio (físico) adecuado para poder relacionarme armónicamente con la familia del paciente en UCI	Un lugar tranquilo para la relación entre el profesional de enfermería y la familia del paciente en UCI
Como profesional de enfermería necesito que la institución me	Confianza de la institución en los profesionales de enfermería de la UCI

reconozca como profesional independiente al ejercicio médico para que la relación con la familia del paciente en UCI sea armónica	Información a la familia del paciente crítico es responsabilidad exclusiva del personal médico de UCI
	Posicionamiento jerárquico del personal médico frente al profesional de enfermería en UCI de parte de la institución
	Reconocer el papel/rol del profesional de enfermería en la UCI por parte de los familiares del paciente crítico
	Reconocer la autonomía del profesional de enfermería en UCI de parte de las instituciones
Como profesional de enfermería necesito que los familiares del paciente en UCI me reconozcan como un profesional independiente del ejercicio médico para que nuestra relación sea armónica	Posicionamiento jerárquico del personal médico frente al profesional de enfermería en UCI de parte de la institución
	Reconocer el papel/rol del profesional de enfermería en la UCI por parte de los familiares del paciente crítico
	Preferencia de la familia del paciente en UCI hacia el personal médico
	Reconocer el trabajo del profesional de enfermería por parte de la familia del paciente en UCI
Como profesional de enfermería necesito que los familiares del paciente en UCI se comuniquen asertivamente entre ellos para que nuestra relación sea armónica	Buena comunicación entre familiares del paciente en UCI
Como profesional de enfermería necesito que los familiares del paciente tengan una abordaje previo e integral al ingreso de UCI para que nuestra relación sea armónica	Adaptación de la familia del paciente en UCI a las políticas institucionales
	Orientación previa al ingreso a UCI a los familiares del paciente crítico
Como profesional de enfermería necesito un trato digno de parte de los	Buen trato de parte de la familia del paciente en UCI hacia el profesional de enfermería

familiares del paciente en UCI para que nuestra relación sea armónica	El respeto de parte de la familia del paciente es fundamental en la relación con el profesional de enfermería en UCI
	La familia del paciente crítico percibe al profesional de enfermería de UCI como inhumano
	Reciprocidad en la política de humanización (al usuario "paciente-familia" y al profesional de enfermería en UCI)

Fuente: Elaboración propia.

4.2.3 Puntos de encuentro entre los temas y categorías resultantes del proceso cualitativo con los componentes principales definidos en la revisión de la literatura.

A continuación se evidencia la articulación entre los componentes definidos desde la revisión de la literatura (*“Lo que necesita el profesional de enfermería de su entorno laboral para que sus relaciones interpersonales con la familia del paciente en uci sean armónicas”/ “Lo que necesita el profesional de enfermería la familia del paciente para que sus relaciones interpersonales sean armónicas”*), con cada uno de los temas resultantes del análisis cualitativo de las entrevistas semiestructuradas realizadas.

COMPONENTE 1 RESULTADO DE LA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LITERATURA: “LO QUE NECESITA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE SU ENTORNO LABORAL PARA QUE SUS RELACIONES INTERPERSONALES CON LA FAMILIA DEL PACIENTE EN UCI SEAN ARMÓNICAS”

El análisis e interpretación de las 21 entrevistas semiestructuradas permitió identificar 5 categorías que se asociaron al componente: “Lo que necesita el profesional de enfermería de su entorno laboral para que sus relaciones interpersonales con la familia del paciente en UCI sean armónicas” descrito en la revisión integrativa de literatura.

Tema 1 (Derivada del análisis cualitativo): “Como profesional de enfermería necesito estar capacitado para abordar a los familiares del paciente en la UCI y de esta manera nuestra relación sea armónica”.

Este primer grupo de categorías se fundamenta en la necesidad de los profesionales de enfermería de contar con un proceso de formación o educación por parte de las instituciones prestadoras de salud, que se enfoque a componentes muy precisos con respecto al abordaje de enfermería al familiar del paciente en UCI. Aspectos como comunicación asertiva, inteligencia emocional, resolución de conflictos, comunicación terapéutica entre otros, son considerados fundamentales al momento de viabilizar una relación interpersonal con el familiar. Lo anterior es respaldado por manifestaciones de los participantes tales como:

E1UA39: “Es básico que seamos dirigidos y orientados. ¿Por qué?, porque no sabemos todo, porque muchas veces pensamos que estamos haciendo, eh, haciendo las cosas bien. Uno a veces no sabe cómo llegarle adecuadamente al familiar o darle una noticia, y eso ellos lo notan y pues ahí vuelve y juega, no confían en uno, o lo ven a uno inseguro y ya como que se rompe ese contacto.”

E3UA15: “Las instituciones deberían trabajar mucho más en las necesidades de los familiares, que nos enseñen a comunicarnos con los familiares, que enseñen a escuchar, comunicarse de manera asertiva con el familiar.”

E9UA19: “Entonces, creo que estar capacitados o formados para abordar a la familia en la uci es de suma importancia y algo que debiera ser constante.”

E10UA18: “No estaría de más que de parte de las instituciones se hicieran como ayudas externas, cursos, talleres que... que fortalezcan la comunicación eficaz con los familiares en uci. Esa parte de humanización, del trabajo colaborativo con los familiares, como esas situaciones o expresión de emociones que permitieran como desarrollar esa competencia del ser.”

E20UA6: “Creo que es necesario insistir mucho en la formación, precisamente que nosotros necesitamos para sobre todo abordar situaciones difíciles con la familia, que ese es el escenario en el que estamos en las unidades de cuidados intensivos. Son situaciones complejas y difíciles de manejar y creo que es necesario pues que nosotros tengamos también una formación para manejar eso, como para manejar esas malas noticias o ese mal momento o ese momento de crisis.”

En total fueron 41 unidades de análisis que representan este grupo de categorías. Partiendo de los aspectos revelados por los profesionales de enfermería entrevistados, se interpreta que la “capacitación/formación/educación” es una necesidad que demandan a su entorno laboral con el fin de armonizar las relaciones interpersonales con los familiares de los pacientes en UCI.

Tema 2 (Derivada del análisis cualitativo): “Como profesional de enfermería necesito de un verdadero trabajo en equipo con los demás profesionales de UCI para que la relación con la familia del paciente sea armónica”.

Otro de los aspectos mencionados por los entrevistados como factor determinante dentro de la calidad de sus relaciones interpersonales con la familia del paciente en UCI, se asocia al componente de trabajo en equipo en la UCI. Un ambiente laboral negativo dentro de la UCI puede generar, por una parte, falta de ayuda y colaboración para poder disponer de tiempo para interactuar con la familia, y, de otra parte, conflictos emocionales intrapersonales en los profesionales de enfermería que pueden llegar a reflejarse en las relaciones con la familia y por ende generar conflictos o la preferencia de distanciamiento. Esta interpretación está respaldada por manifestaciones como:

E1UA38: “Cuando se hace ese tipo de alusiones al trabajo delante del familiar, porque eso pasa mucho, es que usted no hizo o es que usted porque lo dijo o no le explicó, y entonces el familiar ve esas cosas y empiezan como esos roces entre enfermeras y familiares.”

E7UA15: “He visto como entre colegas tratan de hacer ver al otro como el malo, como el que no sabe, y eso afecta obviamente la relación con la familia.”

E11UA27: “Cuando hay peleas con los médicos, terapeutas o auxiliares, el ambiente se pone muy pesado y eso lo afecta a uno, y pues esas cosas lo indisponen y hace que uno esté muy a la defensiva con todo el mundo, incluso con los familiares de los pacientes, llegando hasta a preferir tenerlos de lejitos.”

E14UA13: “Ahora muchas veces que uno pide apoyo a los colegas, pues mientras informa al familiar y lo educa, se molestan o sencillamente dicen que no, a veces teniendo tiempo, sí?, entonces como que tampoco hay ese apoyo de los compañeros para poder estar así sea 15 minuticos con el familiar, eso es otra realidad en enfermería,

la falta de colegaje y pues afecta mucho la relación interpersonal con la familia, porque además ellos se dan cuenta de eso y empiezan a ver esos conflictos y pues empiezan como a dudar p como tener preconcepciones de que las cosas no están bien en la uci, y pues eso genera desconfianza.”

E19UA8: “Siento que sin duda alguna los conflictos entre el equipo de trabajo de la UCI son percibidos por el familiar y pues, la familia sin duda alguna se da cuenta y tendrá inconformidades, o empieza a tener dudas de la idoneidad del equipo.”

En total fueron 37 unidades de análisis representativas para este grupo de categorías que, partiendo de las narraciones de los entrevistados, permiten interpretar que un ambiente laboral positivo enfocado en un verdadero trabajo en equipo con los demás profesionales que componen la UCI impacta de manera significativa en las relaciones interpersonales entre los profesionales de enfermería y los familiares de los pacientes.

Tema 3 (Derivada del análisis cualitativo): “Como profesional de enfermería necesito que la institución me proporcione tiempo para que la relación con la familia del paciente en UCI sea armónica”.

El tiempo es reconocido como otro de los factores indispensables para que los profesionales de enfermería puedan tener relaciones interpersonales armónicas con los familiares de los pacientes en UCI. En este sentido, si no se cuenta con el tiempo suficiente para poder interactuar con las familias, realmente las relaciones serán monótonas o incluso inexistentes, generando percepciones equívocas por parte de la familia. Factores como la carga excesiva de actividades clínicas, administrativas y logísticas en la UCI evitan contar con tiempo suficiente, exclusivo y de calidad para las familias, generando distanciamientos y la falsa percepción de que los profesionales de enfermería no desean cuidar de las familias o ponerles atención. Frente a este panorama encontramos manifestaciones de parte de los entrevistados tales como:

E1UA22: “Creo que debemos tener un espacio de comunicación nuestro, porque, eh, pues dentro de la unidad lo que yo miro es eso. El especialista informa la patología, así como el médico. Los auxiliares le piden las cosas básicas del paciente para el cuidado. Pero nosotros nos quedamos ahí, como en el centro, aunque ni patología ni las cosas de confort, entonces es algo que nosotros tenemos que rescatar, porque nosotros somos los que estamos encargados de día a día.”

E2UA19: “Pues digamos que el tiempo es muy corto, porque pues uno como enfermero tiene bastante carga administrativa también, entonces eso hace que si usted quiere ir hablando con la familia tiene que ir haciendo alguna otra cosa, ¿entonces sí?, eso no lo ve con buenos ojos la familia, porque uno como que, si está, pero no.”

E5UA19: “Yo creo que todos deberíamos tener por lo menos entre 15 y 20 minutos para interactuar con cada familiar. El punto es que la sobrecarga laboral es muy tenaz y realmente no deja tiempo para eso, eso sí se sale de las manos.”

E9UA9: “Yo creo que las instituciones también deben pensar en la familia, no solo promulgar la humanización en uci de puertas abiertas, sino equilibrar las cargas de los enfermeros para que esto pueda ser una realidad.”

E14UA12: “En la uci es terrible, a uno le toca hacer mil cosas y no alcanza el tiempo para todo, por eso uno como que no alcanza a compartir con los familiares, y no es porque no se quiera sino porque no se puede, y eso también lo tienen que ver las instituciones de salud”

E21UA8: “Esos modelos de atención centrados al paciente y su familia, realmente no existen, y pues con esa sobrecarga que tenemos, escasamente los saludamos y recogemos información muy básica y ya.”

En este grupo de categorías se pudieron reconocer 67 unidades de análisis enfocadas al factor del tiempo, interpretado como una necesidad insatisfecha por parte de las instituciones de salud. Lo anterior permite interpretar que contar con tiempo suficiente y de calidad para la familia puede definir la calidad misma de las relaciones interpersonales entre los profesionales de enfermería y el familiar del paciente en UCI.

Tema 4 (Derivada del análisis cualitativo): “Como profesional de enfermería necesito que la institución me proporcione un espacio (físico) adecuado para poder relacionarme armónicamente con la familia del paciente en UCI”.

La descripción de la UCI como un lugar caótico, frío, ruidoso, estresante, entre otros calificativos, ha hecho que los profesionales de enfermería lo reconozcan como un lugar inapropiado para poder interactuar con los familiares del paciente en UCI. Debido a la

carga emocional derivada de tener un familiar internado en una UCI, proporcionar un espacio cómodo para interactuar es indispensable, tanto para el bienestar del familiar como para el del profesional de enfermería. Contar con un contexto en el que ambos puedan estar enfocados en compartir e interactuar con el otro, puede reducir los conflictos que se pueden ver potenciados por interrupciones o por el mismo caos proporcionado por UCI. Algunas de las declaraciones que respaldan lo anterior son:

E1UA21: “Hablar con la familia dentro de la UCI, es terrible porque es físicamente, ¿eh? el familiar no está acostumbrado a ver, ya sabes que el que las unidades están divididas por segmentos de vidrio, entonces, aparte que yo estoy viendo mi familiar que está con tubos, que está con drenes, que está con mil bombas, ¿eh? Ver diez más alrededor. Entonces eso sí es bastante complejo, no se concentra uno ni el familiar, y que decir de las salas de espera, con sillas incómodas, viendo como sufren los demás familiares.”

E8UA18: “A veces es mucho más fácil conversar con la familia, digamos, como en ese espacio, mucho más cálido, tranquilo y cómodo, ellos se sienten como queridos, apreciados, y eso sí que mejora la relación.”

E10UA20: “Realmente el espacio que se tiene es dentro del cubículo del paciente eh, donde se habla con la familia, pero hay familiares que obviamente no pueden expresar o decirnos ciertas cosas ni nosotros a ellos.”

E11UA23: “Para aclarar dudas con el familiar, un lugar físico no lo hay siempre, pues son en los cubículos de los pacientes. Muchas veces en el pasillo, en la puerta de la unidad. Pero no hay un espacio de privacidad donde el familiar pueda sentarse, sentirse cómodo y preguntar.”

E13UA10: “Brindar tranquilidad y confort, genera un ambiente como de Eh, armonía, es como cuando estás conociendo a alguien por primera vez, si estás en un sitio con mucho ruido, sin luz, pequeño, de pie, pues no vas a poder como concentrarte en conocer al otro, sino que vas a estar más pendiente de ese ambiente tan feo... creo yo que pasaría lo mismo en la uci y con los familiares.”

E17UA7: “El confort no es solamente para el paciente, el confort también es para la familia. Si yo le doy confort a la familia, la familia va a sentir menos dolor del que ya está sintiendo en el momento, ¿no? O sea, esa incertidumbre de que su familiar entró a la

UCI y no saben si regrese con ellos, si ya no va a regresar más, porque todo el mundo cuando le dicen vamos para la UCI se imaginan lo peor. Además, una como enfermera también debería estar cómoda al momento de estar con el familiar, creo que eso puede marcar una gran diferencia.”

El contar con un espacio cómodo y agradable tanto para la familia como para los profesionales de enfermería de la UCI, es reconocido como una necesidad relevante si se quieren consolidar relaciones interpersonales armónicas. Este aspecto estuvo presente en 45 unidades de análisis que representan este grupo de categorías y permite interpretar que el espacio físico o ambiente en el que se den las relaciones interpersonales define de manera importante la orientación y el resultado de estas.

Tema 5 (Derivada del análisis cualitativo): “Como profesional de enfermería necesito que la institución me reconozca como profesional independiente al ejercicio médico para que la relación con la familia del paciente en UCI sea armónica”.

El ser reconocido por las instituciones de salud como profesional no dependiente del ejercicio médico ha sido considerado por los profesionales de enfermería como otro aspecto de suma importancia para armonizar las relaciones interpersonales con los familiares de los pacientes en UCI. El hecho de perpetuar una falsa jerarquización inferior al profesional médico y además, limitar su rol al cumplimiento de sus indicaciones, puede transmitirse fácilmente a la familia del paciente en UCI, construyéndose una imagen errada del rol de los profesionales de enfermería y de esta manera reforzar conductas como: Subestimar el rol de enfermería, preferir la comunicación exclusiva con el personal médico y atribuir funciones que no corresponden al profesional de enfermería, distorsionando su naturaleza disciplinar y práctica.

Cuando las instituciones de salud refuerzan una imagen en donde el profesional de enfermería es supeditado al profesional médico, se desconocen la formación y capacidades de liderazgo, generando malestar y propiciando conflictos con los familiares derivados de una proyección equívoca del rol de los profesionales de enfermería. Lo anterior se sustenta en algunas de las respuestas de las entrevistas realizadas tales como:

E3UA17: *“También creo que es muy importante que se reconozca la autonomía del profesional de enfermería. He estado en instituciones en las que la enfermera no participa en toma de decisiones, o, en donde la información que la enfermera puede ofrecer es catalogada como contraproducente. Entonces creo que eso hace parte de lo que las instituciones de salud deben o podrían seguir trabajando.”*

E11UA19: *“También creo que nos deberían visibilizar más ante la familia, no como el que da medicamentos o el que cambia pañales, sino como el profesional que está a cargo del paciente y de ellos mismos, eh, que también tuvo una formación académica al igual que el médico.”*

E11UA28: *“Muchas veces los familiares miran como nos trata el médico o los especialistas, y se dan cuenta que como que uno es inferior a ellos. Eso puede contribuir a que se generen conflictos por la falta de confianza en uno como enfermero y es maluco que lo vean a uno así, y esas cosas deben cambiarse desde la misma filosofía institucional en donde uno este.”*

E12UA14: *“A veces las políticas de la institución son limitantes, porque a veces por políticas, enfermería no, no está como capacitado o no es apto para algunas cosas, y entonces por ejemplo eso se ve cuando no es permitido que uno de información. Entonces muchas veces ante la familia uno queda como que no sabe, pero resulta que uno sabe y podría dar un buen aporte.”*

E13UA14: *“Los familiares ven eso también muchas veces, como que enfermería es oficios varios, cambios de pañal, cambios de posición, bañar pacientes y eso, pero como que no nos reconocen como lo que realmente somos, ¿sí?, eh, profesionales con conocimientos clínicos, científicos, que también son conscientes de las condiciones clínicas del paciente, ¿sí?, no solo como confort y ya, y eso también es transmitido por esa imagen errónea a nivel institucional.”*

E20UA11: *“Siento que en muchas instituciones ese reconocimiento del papel que nosotros tenemos como enfermeros sigue estando o sigue siendo desconocido, o solamente se reconocen ciertas situaciones o en ciertos momentos, y eso lo ve la familia del paciente.”*

En las entrevistas realizadas se encontraron 67 unidades de análisis correspondientes a este grupo de categorías. A través de la interpretación de estas manifestaciones, es claro que el profesional de enfermería declara que es necesario que las instituciones de salud reconozcan la autonomía, naturaleza e importancia del rol enfermero en las UCI, y de esta manera proyectar una imagen más acertada a la familia, situación que evitaría distorsionar las relaciones interpersonales entre estos.

**COMPONENTE 2 RESULTADO DE LA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LITERATURA:
“LO QUE NECESITA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA LA FAMILIA DEL
PACIENTE PARA QUE SUS RELACIONES INTERPERSONALES SEAN
ARMÓNICAS”**

A través de 7 categorías que emergieron del análisis e interpretación de las 21 entrevistas semiestructuradas se pudo establecer relación con el componente derivado de la revisión integrativa de literatura: “Lo que necesita el profesional de enfermería de la familia del paciente para que sus relaciones interpersonales sean armónicas”. A continuación, se describen las categorías y su interpretación.

Tema 6 (Derivada del análisis cualitativo): “Como profesional de enfermería necesito empatía por parte de los familiares del paciente en UCI para que nuestra relación sea armónica”.

Aspectos como la comprensión de la complejidad de la labor y limitaciones del profesional de enfermería en UCI se asocian de manera directa al componente de empatía de parte de la familia del paciente en UCI. Cuando no se tiene la capacidad de percibir ese contexto en el que viven los demás es muy difícil reconocer al otro como ser humano, situación que desarticula por completo las relaciones interpersonales entre los profesionales de enfermería y la familia del paciente en UCI.

Lo anterior es fácilmente reflejado en aspectos muy tangibles como el exceso de demandas o requerimientos por parte de la familia que desbordan la capacidad de respuesta de enfermería o la impaciencia e intolerancia frente a aspectos como la falta de oportunidad y constancia en brindar información de parte de enfermería, aspecto que muchas veces está asociado a la carga y complejidad de su labor y no a la falta de voluntad. Este grupo de categorías está representado por las siguientes narraciones de parte de las personas entrevistadas:

E1UA5: “Creo que para que la relación sea buena debe haber sobre todo respeto mutuo y mucha comprensión, porque a veces los familiares nos ven como máquinas y no como seres humanos, y así mismo nos tratan, no entienden todo lo que hay detrás de lo que hacemos y de lo complejo que es, eh, y no son conscientes del esfuerzo que hay detrás de la UCI, y que por eso muchas veces no podemos centrarnos en ellos como se debiera.”

E3UA8: “Sería necesario que, que, las personas pudieran comprender eh, Que uno tiene más, que tiene otros pacientes, no decir otras actividades, sino otras necesidades de otras personas.”

E3UA11: “Que la gente entienda que, que, comprenda que no solamente infortunadamente estamos para dar asistencia en la unidad de cuidado intensivos, sino que también tenemos funciones administrativas. Hay que registrar, hay que ir a la revista, hay que ir a ciertas funciones administrativas que también debemos hacer y que a veces lo ven a uno sentado en un computador es porque estás haciendo el registro, porque estás haciendo la solicitud de dispositivos médico-quirúrgicos, hay medicamentos, entonces, dicen, pero es que se la pasa es sentada.”

E10UA12: “Pues en realidad ellos no ven la cantidad de cosas que uno hace en la uci, sobre todo por sus pacientes.”

E11UA13: “Si nos gustaría que el familiar fuera mucho más comprensivo, que no es capricho de uno, que nosotros como trabajadores debemos cumplir con muchas cosas, y que de pronto el familiar se coloque en nuestros zapatos.”

E15UA4: “Muchas veces ellos no entienden que tú tienes asignado tres pacientes o dos pacientes o cinco pacientes dependiendo de la distribución en cada institución. Entonces hay pacientes que te requieren un mayor, una mayor atención por su complejidad.”

E1UA16: “También creo que el trato debiera ser como con empatía, eh, como ponerse en los zapatos de uno, porque esto no es fácil, y a veces uno no pueda darles más tiempo a ellos, no porque uno no quiera, sino porque uno tiene muchas cosas que hacer.”

Comprender la complejidad del rol enfermero en UCI por parte de la familia se interpreta como una necesidad de parte de los profesionales de enfermería para armonizar las relaciones interpersonales con la familia, que en este caso se refleja en 62 unidades de análisis. Cuando la familia del paciente en UCI es consciente de la realidad tan densa y compleja que vive enfermería será capaz de reconocerlos como seres humanos que también experimentan sentimientos, pensamientos y emociones y que son estos aspectos los que muchas veces pueden interferir con la dinámica relacional y no, la falta de voluntad o disposición de los profesionales de enfermería.

Tema 7 (Derivada del análisis cualitativo): “Como profesional de enfermería de UCI necesito que la familia del paciente confíe en lo que hago para que nuestra relación sea armónica”.

Cuando la familia del paciente en UCI cree en las capacidades del profesional de enfermería se genera un ambiente ideal para iniciar y consolidar relaciones interpersonales armónicas. De una parte, el familiar tendrá tranquilidad frente a la manera de actuar o proceder de enfermería en el cuidado de su paciente, disminuyendo así tensiones o sentimientos de incertidumbre; de otra parte, el profesional de enfermería podrá eliminar las barreras relacionales reforzadas por las actitudes de desconfianza del familiar, y de esta manera tomar la iniciativa de impulsar relaciones interpersonales sanas o armónicas. Este aspecto se puede reflejar en algunas de las manifestaciones de los profesionales de enfermería entrevistados como:

E1UA10: “A veces no confían en lo que se les dice o en lo que uno hace, entonces uno queda como, uh, em, ¿sí?, como indignado, pues porque uno también estudia, se prepara, tú me entiendes.”

E5UA5: “La confianza también es otro factor que debe estar presente en esa relación, porque de qué sirve todo el esfuerzo y trabajo en la UCI, si al final de cuentas uno es el que no hace o hace mal, y ni siquiera lo ven a uno, entonces eso si es fundamental.”

E10UA29: “Si no hay confianza, pues entonces, la relación también se ve afectada, porque empiezan los conflictos, las dudas, y tú sabes que eso daña una relación, así como cuando uno tiene una relación amorosa.”

E11UA6: “Otra cosa que me molesta es que no confíen en uno, ¿sí? Ellos como que piensan que como uno no es el médico, entonces, uno no sabe y eso sí que es molesto, entonces ¿sí?”

E13UA17: “Si el familiar confía en uno como enfermero, y no como de servicios varios, eso podría mejorar la relación en el sentido que enfermería podría preferir tener más cerca a los familiares en vez de alejarlos por eso.”

El nivel de confianza que tenga el familiar en los profesionales de enfermería en UCI impacta de manera directa en aspectos como la disposición a entablar relaciones interpersonales armónicas y en el reconocimiento del profesional de enfermería como un facilitador. La confianza es un común denominador en toda interacción social, y es a través de esta que se pueden viabilizar o no. Este factor ha sido reconocido en 54 unidades de análisis de las entrevistas realizadas, por lo que se considera un factor necesario para que estas relaciones interpersonales sean armónicas.

Tema 8 (Derivada del análisis cualitativo): “Como profesional de enfermería necesito que la familia del paciente en UCI me brinde información suficiente y veraz tanto del estado del paciente como de sí misma para que nuestra relación sea armónica”.

Los profesionales de enfermería en la UCI consideran relevante el hecho de que la familia transmitan de manera clara y abierta sus necesidades como familia, y no solamente aquella información del paciente que consideren relevante. Cuando la familia no expresa o expresa vagamente sus necesidades físicas y emocionales, es muy difícil para los profesionales de enfermería orientar un cuidado eficiente, por ende, las relaciones interpersonales también podrían distorsionarse. La comunicación asertiva deberá ser un componente que se emplee tanto del profesional de enfermería hacia la familia como en el sentido contrario, por lo que saber escuchar y transmitir información es de vital importancia a la hora de establecer relaciones interpersonales incluso cuando existan barreras comunicativas. Frente a este componente, las personas entrevistadas manifiestan:

E1UA6: “Cuando uno interactúa bien con la familia recibe información valiosa, que le permite a uno intervenir en ciertas situaciones tanto de la familia como del paciente, eh, eso es importante.”

E1UA11: “Yo pienso que la sinceridad, la sinceridad, es muy importante porque a veces ocultan muchísimas cosas, entonces, y, además, pues sí, con la experiencia y todo lo que uno se ha dado cuenta que no les gusta, como decir mucho, y pues eso no deja que uno se relacione bien con ellos.”

E5UA9: “Ellos tampoco a veces le dicen a uno, ven es que me siento como enfadado o triste o deprimido, como para que uno pueda hacer algo, entonces se lo guardan y después estallan con uno.”

E7UA1: “Es importante el enlace que tiene el familiar con uno, pues si nos cuenta todo de acerca de su salud física y emocional, todo eso juega un papel importante para que se puedan tener relaciones interpersonales armónicas.”

E11UA2: “Cuando uno piensa en armonía, es como que todo está en equilibrio, y para que esto pase creo que también tienen que ser sinceros con uno y no guardarse las cosas, ¿porque uno no puede adivinar lo que necesitan cierto? ¿Y pues si no se lo dicen a uno, pues peor no?”

E14UA6: “También es importante que te brinden información porque a veces no le cuentan a uno como se sienten o qué necesitan, y por más bobo que parezca, de pronto dejar llorar, un abrazo, una palabra de aliento sería suficiente, pero ellos también tienen que abrirse a eso.”

La represión de información por parte de la familia del paciente en UCI puede generar conflictos emocionales internos que podrían manifestarse en comportamientos de ira, aprehensión, agresividad o distanciamiento, los cuales impedirían el inicio y desarrollo de relaciones interpersonales armónicas con los profesionales de enfermería. Esta interpretación se logra a través de 22 unidades de análisis identificadas en las entrevistas realizadas.

Tema 9 (Derivada del análisis cualitativo): “Como profesional de enfermería de UCI necesito que la familia participe del cuidado del paciente para que nuestra relación sea armónica”.

Involucrar a la familia en los cuidados básicos del paciente en UCI, no solo es visto como un beneficio para el paciente y su familia, sino también, como una oportunidad para entablar y fortalecer las relaciones entre la familia y los profesionales de enfermería. En este sentido los profesionales de enfermería reconocen dos aspectos que pueden fortalecer las relaciones: El primero, está relacionado con la cercanía del familiar al contexto real de enfermería, permitiéndole ver directamente la naturaleza de su rol dentro de la UCI, fortaleciendo aspectos como la confianza y el valorar la labor de enfermería; el segundo aspecto se enfoca a la cercanía y facilidad de contacto que puede llegar a tener el profesional de enfermería con la familia, ya que de estar con mayor frecuencia y participando de los cuidados básicos del paciente estos podrán entablar relaciones interpersonales, sin las barreras que se pueden observar al restringir esta participación de la familia. Este aspecto se refleja en 50 unidad de análisis algunas de las cuáles son:

E1UA34: “Creo que la participación de la familia en el cuidado del paciente ayudaría a mejorar también las relaciones con la enfermera y los familiares, porque podría haber cómo, eh, mucha más colaboración, más proximidad y como que uno podría conocer mucho mejor a la familia y ellos a uno.”

E2UA26: “Si la familia está ahí cuidando del paciente podría darse cuenta de que uno le dedica el tiempo, de que están pendientes de él, de que, si lo están atendiendo bien, y eso pues genera mayor confianza de ellos hacia uno.”

E4UA30: “El hecho de que la familia participe del cuidado del paciente, eso como que afianza las relaciones porque uno tiene más confianza para, para explicarle a ciertas personas de pronto con los que uno está más familiarizado, que van más a la UCI, y uno conoce cómo se llaman, a que se dedican, cosas como más en confianza.”

E7UA17: “Si existieran las condiciones como lo que le contaba de la carga laboral, en donde uno tuviera más tiempo, y un espacio agradable, creo que esa participación de la familia mejoraría mucho las relaciones con nosotros y no solo eso, creo que eso impactaría en la recuperación del paciente, porque si el familiar se siente bien, el paciente también y pues nosotros también.”

E14UA20: “Esa cercanía podría favorecer mejores relaciones además que el familiar podría observar y ser testigo de todo lo que hacemos los enfermeros, lo que podría cambiar esa imagen y generar más confianza, respeto y empatía”.

E18UA12: “Esa participación puede aportar un cien por ciento en la mejoría en la relación, ¿Por qué?, Porque entonces ya las familias no van a sentir que uno está generando prohibiciones, ya no, no es uno como el que impone, como el que no deja, sino como el que genera la posibilidad de una comunicación y participación del cuidado más abierta. Donde uno no está siendo rígido ante esa relación, porque ya se van a sentir un poco más libres. Entonces yo pienso que estas políticas, o sea, ayudan cien por ciento a generar mayor confianza en la relación enfermera familia.”

E20UA15: “Aquellos que van a estar participando en las actividades, eh, ese mismo contacto permanente genera que haya también una relación de confianza que empiece a generar simpatía, que de verdad empieza a haber una participación de parte de la familia en el cuidado. Porque pues ya a medida que ellos van viendo cómo se van haciendo las cosas o que yo también y que yo también les voy enseñando, creo que nos acercaría muchísimo.”

Si bien, la participación de la familia en los cuidados básicos del paciente es reconocido como un factor positivo para que las relaciones interpersonales con los profesionales de enfermería sean armónicas, es indispensable que aspectos como el disponer de tiempo para educar a la familia, el contar con una carga laboral apropiada, el compromiso y la disposición de parte de la familia, estén coherentemente articulados, dado que de no ser así, esta participación por parte de la familia en los cuidados básicos del paciente será reconocida por los profesionales de enfermería como una carga más, reforzando así comportamientos como distanciar o tratar de evitar a la familia, distorsionando directamente las relaciones interpersonales.

Tema 10 (Derivada del análisis cualitativo): “Como profesional de enfermería necesito que los familiares del paciente en UCI me reconozcan como un profesional independiente del ejercicio médico para que nuestra relación sea armónica”.

Así como los profesionales de enfermería necesitan que las instituciones de salud los reconozcan como profesionales que no dependen del actuar médico, también necesitan

que los familiares los reconozcan igual. Si bien, esto depende en gran parte de la imagen y la filosofía que proyecte la institución al respecto, es necesario que los familiares lo asimilen y de esta forma evitar conflictos bien sea por subestimar la labor de enfermería o por sobreestimar la labor médica. Este componente se hace evidente en comportamientos como la preferencia de los familiares a consultar exclusivamente con el profesional médico. Esta situación se refleja en 100 unidades de análisis expresadas en algunas como:

E1UA14: “Creo que deben reconocer y valorar el trabajo que hacemos, no es fácil estar en la UCI y cumplir con todo, entonces, a veces no ven lo que uno hace tras bambalinas y eso genera también desconfianza y como que no lo reconozcan a uno como un profesional sino como un auxiliar o algo así.”

E5UA11: “Ese desconocimiento del rol del enfermero por parte de los familiares a veces es desgastante y le genera una frustración, sobre todo cuando hay agresión verbal y lo subvaloran a uno.”

E8UA19: “A veces se siente como que lo ven a uno como el malo, como el que restringe, como el que no permite que, ¿sí? Entonces, acuden al médico, como que es la imagen de autoridad.”

E10UA15: “Lo otro es que lo vean a uno como un profesional no como alguien de servicios u oficios varios, sin ofender, pero pues uno estudia, se especializa y tiene experiencia como para que lo rebajen y no reconozcan nuestro verdadero papel.”

E14UA18: “Los familiares identifica como al médico como el superior, como el jefe de las enfermeras, entonces uno queda como por debajado, y pues uno no vale mucho para ellos. A veces le dicen a uno, yo necesito es al médico no a una simple enfermera y eso es terrible para uno.”

E20UA5: “Uno puede estarles dando la misma información que le da el equipo médico o la misma información que le está dando el médico, pero de uno lo reciben de manera no se...como sin relevancia, pero el médico le dice exactamente lo mismo y lo toman totalmente diferente porque es el médico. Entonces creo que no sé si es parte de desconocer el papel que nosotros tenemos, ¿eh?”

E21UA10: “Entonces yo pienso que, si en algún momento el familiar debe sentir también como que nosotros somos un número más, un valor, una estadística, pero no un ser humano y sobre todo un profesional independiente al médico.”

En este sentido, el profesional de enfermería declara que es común que familiares reconozcan la labor del personal médico, pero no la labor de enfermería, aspecto que refuerza la preferencia hacia este y el desconocimiento del rol de enfermería dentro de la UCI, aspecto que genera distanciamiento y por ende relaciones interpersonales distantes o inestables.

Tema 11 (Derivada del análisis cualitativo): “Como profesional de enfermería necesito que los familiares del paciente en UCI se comuniquen asertivamente entre ellos para que nuestra relación sea armónica”.

La comunicación asertiva entre los miembros de la familia del paciente en UCI es considerada como otro de los factores que pueden llegar a definir la relación interpersonal con los profesionales de enfermería como armónica o no. La claridad con la que la información que se les ha proporcionado se distribuya entre los allegados del paciente puede generar interpretaciones erradas que finalmente pueden desencadenar conflictos con los profesionales de enfermería o una falsa acusación sobre la validez de la información proporcionada, llegando a poner en duda la idoneidad, profesionalismo y ética. Este aspecto lo podemos reconocer en fragmentos de entrevistas como:

E4UA7: “A veces entre ellos como que no se saben comunicar. Entonces eh, entra un familiar a visitar a su paciente y se le brinda la información, y se le brinda una información muy completa, muy detallada, y digamos, entra otra persona a visitarlo y dice ¡ah no! pero es que la otra persona no me supo decir, la otra persona no, no, no me supo explicar qué era o que como era que estaba y uno queda como el malo.”

E8UA4: “Probablemente la familia está predispuesta porque o no le han dado información o no saben nada o tienen una brecha familiar que no les permite tener una comunicación asertiva entre ellos mismos.”

E12UA5: “Cuando llegan con mala información, entonces muchas veces llegan con una mala información, ya sea porque el familiar que recibió la información se la dio mal al otro, entonces llegan con una mala actitud.”

E12UA11: “Necesito también que entre ellos haya una buena comunicación para que, de esa manera, pues digamos que la información se transmita y no haya una cadena rota.”

E16UA26: “En un turno de 12 horas perfectamente, tú puedes tener cuatro o cinco familiares de un mismo paciente, todos haciéndote miles de preguntas, las mismas preguntas que ya le expliqué al otro familiar y eso es un desgaste.”

El profesional de enfermería declara que considera necesario que los familiares del paciente crítico se transmitan la información de manera coherente, clara y concisa, para evitar reiteraciones de este proceso que podría desgastar a la enfermera y a su vez potenciar una falsa necesidad de tener a los familiares alejados, lo que afectaría directamente las relaciones interpersonales. De otra parte, la distorsión de información entre los miembros de la familia del paciente puede generar prejuicios frente a la manera de actuar de la enfermera.

Tema 12 (Derivada del análisis cualitativo): “Como profesional de enfermería necesito que los familiares del paciente tengan una abordaje previo e integral al ingreso de UCI para que nuestra relación sea armónica”.

La preparación y orientación a los familiares de manera previa al ingreso de UCI se reconoce como otro aspecto necesario para que las relaciones entre estos y los profesionales de enfermería se puedan desarrollar de la mejor manera. Un abordaje previo que permita preparar a la familia, además de despojar de prejuicios, formación errada y preconcepciones negativas ofrece una aproximación tangible y objetiva a dicho contexto, aliviando cargas que podría favorecer conflictos. Esta interpretación puede extraerse de algunos fragmentos como:

E8UA23: “A mí me encantaría que las instituciones dieran un abordaje previo a los familiares; me gustaría que uno pudiese como preparar a la familia antes de, ¿sí?”

E12UA29: “... la otra cosa que de pronto sería bueno es que les den una buena información al momento de llegar a la unidad de cuidado intensivo, que les den una buena inducción, que sepan donde pueden dejar las cosas, que sepan qué cosas y que qué cosas se pueden hacer y que otras no”

E12UA28: “...entonces no se dan cuenta de que hay ciertas reglas, normas que se deben tener en la unidad, el uso de los... de celulares, el no uso de accesorios, de chaquetas, de entrar maletas o alimentos a la habitación. Todo eso a veces genera molestia... porque le reclaman a uno ¿Porque me tiene que llamar la atención o porque yo no puedo hacer esto?”

E15UA7: “...pues las políticas institucionales deben ser adoptadas por los familiares, ¿cierto?, y uno no tiene muchas veces que luchar con los familiares por las condiciones que ellos exigen, pero a veces ellos no se adaptan y creen que son imposiciones y allí empiezan los conflictos”

Tema 13 (Derivada del análisis cualitativo): “Como profesional de enfermería necesito un trato digno de parte de los familiares del paciente en UCI para que nuestra relación sea armónica”.

El trato digno de los familiares de los pacientes en UCI hacia los profesionales de enfermería es el último de los aspectos más destacados como factor indispensable para que las relaciones interpersonales entre estos sean armónicas. El respeto y el buen trato en general ha sido reconocido como “puerta de entrada” a relaciones interpersonales sanas y no conflictivas. Esta interpretación puede reflejarse en fragmentos como:

E1UA4: “Creo que para que en una relación buena debe haber sobre todo respeto mutuo y mucha comprensión, porque a veces los familiares nos ven como máquinas y no como seres humanos, y así mismo nos tratan.”

E2UA23: “Pues yo pienso que más que cualquier otra cosa es cuestión de respeto y cordialidad, o sea, el hecho de que estemos como trabajadores y prestando un servicio nos da derecho a recibir respeto.”

E3UA13: “Yo pienso que debe ser, como toda relación, un trato basado en el respeto. Respeto de parte de ellos como respeto de parte del profesional.”

E5UA14: “Yo creo que necesito que la familia me trate bien, como un ser humano con derechos también y no solo deberes como profesional de salud.”

E7UA7: “Pues creo que principalmente sería el valor del respeto, que, si el respeto no es recíproco y si un familiar, digamos, llega ya creando barreras, esas barreras influyen en todo el proceso.”

E9UA6: “Lo que considero yo es que debe haber un equilibrio en el respeto y los derechos y deberes del familiar, pero también de los derechos del personal de salud. Hay casos donde en el personal termina agredido y, por ejemplo, casi que esa persona tiene que pedirles disculpas a los familiares.”

E11UA5: “A veces son groseros y lo tratan mal a uno, y no valoran, eh, si me entiendes?, ¿cierto? Eso como que lo deja a uno mal, y uno no sabe cómo reaccionar y entonces empiezan los problemas, porque uno también es humano y pues se hace respetar, ¿sí?”

E16UA30: “Eso es lo más importante, un trato humano, un trato digno e basado en el respeto y en la buena comunicación para que todo el tratamiento sea exitoso. Pienso que eso es lo fundamental.”

E17UA3: “El trato debe de ser, pues siempre con respeto, siempre ese trato debe ser como eh, como la comunicación entre humano, la forma como se le trata cualquier profesional del área de la salud, no cierto, o sea, no solamente este trato debe ser o sea cordial y de cercanía con el médico, también debe ser con el enfermero.”

El trato digno hace referencia a la dignidad humana como principio elemental dentro de una sociedad, independientemente del posicionamiento que se tenga dentro de esta. El balance entre los derechos del paciente y su familia y los derechos de los profesionales de salud es considerado indispensable para que las relaciones interpersonales se puedan dar en los mejores términos, además de generar valor social especial que refuerza el actuar de enfermería.

Es así como cada uno de estos aspectos reconocidos e interpretados a través del diseño cualitativo permite decantar las necesidades más sentidas por los profesionales de enfermería de las UCI para que sus relaciones con los familiares de los pacientes se puedan dar de manera armónica o en los mejores términos, representando un beneficio y crecimiento mutuo.

4.3 Hallazgos Etapa 2 – Operacionalización de los datos cualitativos

Una vez se culminó con el proceso de codificación abierta y axial, se procedió a realizar la triangulación de estos hallazgos con los datos obtenidos de la revisión integrativa de literatura científica, con el fin de validarlos. Este proceso se orientó al cumplimiento del objetivo enfocado a definir las dimensiones y/o subdimensiones que operacionalizan el constructo de “Relación Interpersonal Enfermera(o)-Familia en la UCI” a partir de las necesidades relacionales de la enfermera(o). Inicialmente se clasificaron cada uno de los temas y categorías emergentes de la codificación abierta y axial del componente cualitativo en el marco teórico resultante de la revisión de literatura (Figura 4-8).

Figura 4-8. Triangulación de los datos obtenidos de la codificación abierta y axial con el marco teórico resultante de la revisión integrativa de literatura.

NECESIDADES DE LA ENFERMERA PARA RELACIONARSE ARMÓNICAMENTE CON EL FAMILIAR DEL PACIENTE EN UCI													RESULTADOS DE REVISIÓN DE LITERATURA
Lo que necesita la enfermera de su entorno laboral para relacionarse armónicamente con la familia del paciente en UCI.					Lo que necesita la enfermera de la familia del paciente en UCI para que su relación sea armónica.								
Necesidad de que se proporcionen los recursos suficientes			Necesidad de colegaje de parte de todo su equipo de trabajo		Necesidad de ser reconocida como profesional y no como subalterno	Necesidad de ser tratada dignamente	Necesidad de que confíen y valoren su trabajo		Necesidad de ser informada de lo que necesita la familia	Necesidad de que la familia participe en el cuidado del paciente		Necesidad de ser comprendida por la familia por su rol complejo	
Como profesional de enfermería necesito estar capacitada para abordar a los familiares del paciente en la UCI y de esta manera nuestra relación sea armónica	Como profesional de enfermería necesito que la institución me proporcione tiempo para que la relación con la familia del paciente en UCI sea armónica	Como profesional de enfermería necesito que la institución me proporcione un espacio (físico) adecuado para poder relacionarme armónicamente con la familia del paciente en UCI	Como profesional de enfermería necesito de un verdadero trabajo en equipo con los demás profesionales de UCI para que la relación con la familia del paciente sea armónica	Como profesional de enfermería necesito que los familiares del paciente tengan una abordaje previo a integral al ingreso de UCI para que nuestra relación sea armónica	Como profesional de enfermería necesito que la intuición me reconozca como profesional independiente al ejercicio médico para que la relación con la familia del paciente en UCI sea armónica	Como profesional de enfermería necesito un trato digno de parte de los familiares del paciente en UCI para que nuestra relación sea armónica	Como profesional de enfermería necesito que los familiares del paciente en UCI me reconozcan como un profesional independiente del ejercicio médico para que nuestra relación sea armónica	Como profesional de enfermería de UCI necesito que la familia del paciente confíe en lo que hago para que nuestra relación sea armónica	Como profesional de enfermería necesito que la familia del paciente en UCI me brinde información suficiente y veraz tanto del estado del paciente como de sí misma para que nuestra relación sea armónica	Como profesional de enfermería de UCI necesito que la familia participe del cuidado del paciente para que nuestra relación sea armónica	Como profesional de enfermería necesito que los familiares del paciente en UCI se comuniquen asertivamente entre ellos para que nuestra relación sea armónica	Como profesional de enfermería necesito empatía por parte de los familiares del paciente en UCI para que nuestra relación sea armónica	TEMAS DERIVADOS EN CODIFICACIÓN AXIAL DE ETAPA CUALITATIVA
Capacitación al profesional de enfermería para el cuidado del familiar del paciente en UCI	Tener tiempo para la familia del paciente en UCI es fundamental	Un lugar tranquilo para la relación entre el profesional de enfermería y la familia del paciente en UCI	Armonización del equipo profesional de UCI para estar bien con la familia del paciente crítico	Adaptación de la familia del paciente en UCI a las políticas institucionales	Confianza de la institución en los profesionales de enfermería de la UCI	Buen trato de parte de la familia del paciente en UCI hacia el profesional de enfermería	Posicionamiento jerárquico del personal médico frente al profesional de enfermería en UCI de parte de la institución	Confianza de parte de la familia del paciente crítico hacia el profesional de enfermería en UCI	Informar las necesidades de la familia del paciente crítico al profesional de enfermería en UCI	Compromiso-dedicación de la familia con el paciente en UCI	Buena comunicación entre familiares del paciente en UCI	Comprensión de parte de la familia del paciente crítico acerca de la complejidad del trabajo del profesional de enfermería en UCI	
			Colegaje entre los miembros del equipo de UCI para impactar positivamente en las relaciones con los familiares del paciente crítico	Orientación previa al ingreso a UCI a los familiares del paciente crítico	Información a la familia del paciente crítico es responsabilidad exclusiva del personal médico de UCI	El respeto de parte de la familia del paciente es fundamental en la relación con el profesional de enfermería en UCI	Reconocer el papel/rol del profesional de enfermería en la UCI por parte de los familiares del paciente crítico	Disposición del familiar del paciente crítico a recibir información del profesional de enfermería	Reconocer a las personas realmente cercanas (Familia) al paciente en UCI	Disposición del familiar a colaborar en el cuidado del paciente en UCI		Comprensión de parte de la familia del paciente crítico de que el profesional de enfermería no le puede brindar toda la información clínica	
					Posicionamiento jerárquico del personal médico frente al profesional de enfermería en UCI de parte de la institución	La familia del paciente crítico percibe al profesional de enfermería de UCI como inhumano	Preferencia de la familia del paciente en UCI hacia el personal médico	Reconocer al profesional de enfermería como facilitadora por parte de la familia del paciente en UCI		La participación activa de la familia en el cuidado del paciente en UCI es necesaria		Empatía de la familia del paciente crítico hacia el profesional de enfermería en UCI	
					Reconocer el papel/rol del profesional de enfermería en la UCI por parte de los familiares del paciente crítico	Reciprocidad en la política de humanización (al usuario "paciente-familia" y al profesional de enfermería en UCI)	Reconocer el trabajo del profesional de enfermería por parte de la familia del paciente en UCI					La paciencia de la familia del paciente en UCI es muy importante	
					Reconocer la autonomía del profesional de enfermería en UCI de parte de las instituciones							Los familiares que sobrepasan sus requerimientos desbordan al profesional de enfermería en UCI	

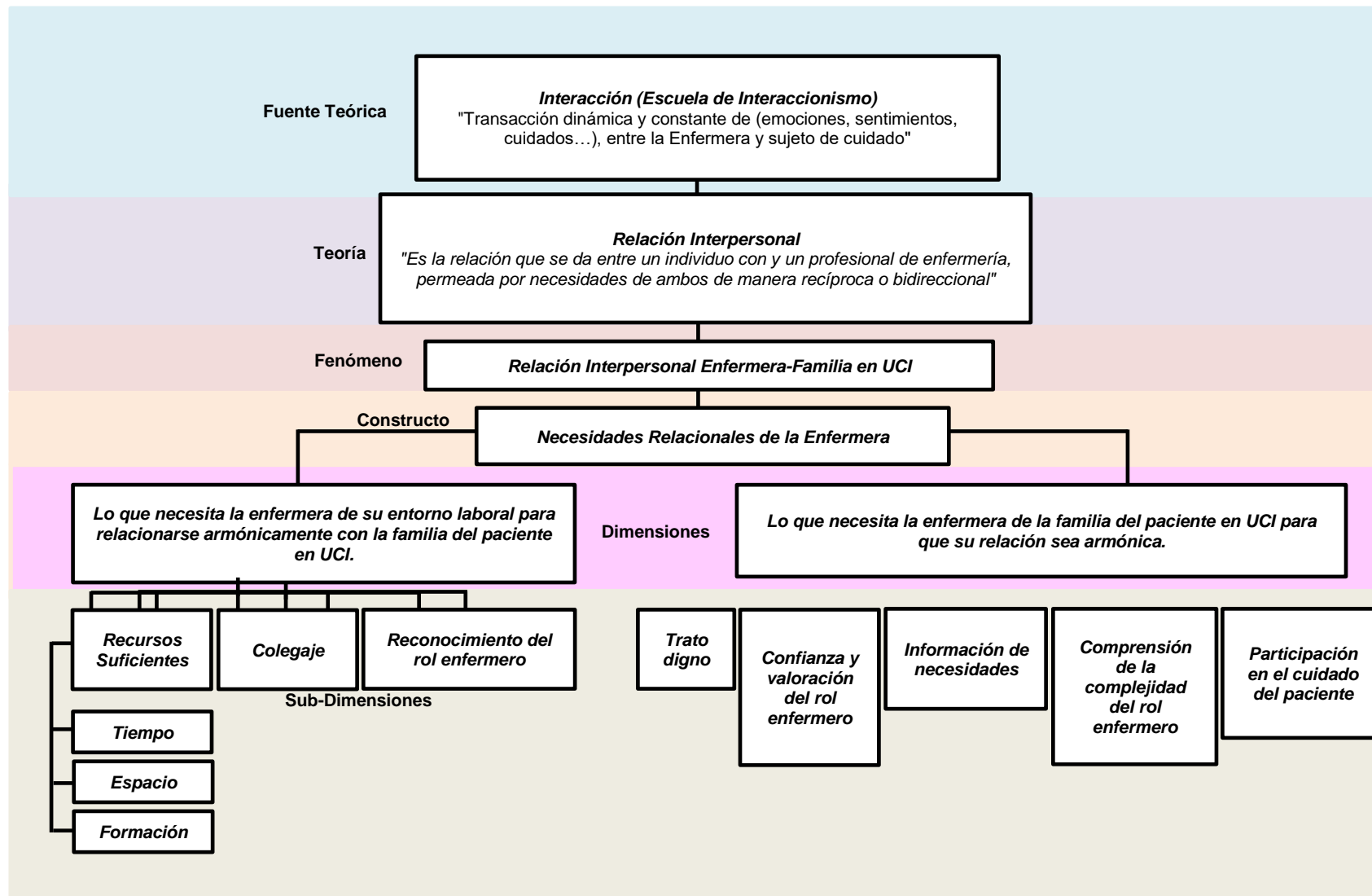
Fuente: Elaboración propia.

Para poder clasificar y relacionar cada uno de los temas y categorías dentro del marco emergente de la revisión integrativa de literatura, se tuvo en cuenta la compatibilidad, similitud o equivalencias entre las definiciones y descripciones de cada uno de los componentes comparados y relacionados. Esto permitió definir una estructura inicial aproximada a la red nomológica que permitiría la operacionalización de los datos obtenidos en las fases 1 y 2 de la etapa 1.

Partiendo de los resultados de la triangulación de los datos cualitativos y de la revisión integrativa de literatura, se construyó la red nomológica final, otorgando jerarquía y organización sistemática a cada uno de los componentes resultantes que viabilizarían la construcción de ítems que permitan medirlos de manera objetiva (Figura 4-9). En esta red nomológica se integraron los siguientes aspectos:

- Fuente teórica: Componente abstracto dentro de los planteamientos filosóficos de la disciplina de enfermería que deriva el marco teórico puntual de donde se fundamenta el proceso investigativo (78).
- Teoría: Conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar o predecir el fenómeno de interés para la disciplina (78).
- Fenómeno: Aspecto que representa un alto interés para la práctica de enfermería (78).
- Constructo: Propiedad/variable subyacente e hipotética que no puede medirse de manera directa (196).
- Dimensiones y subdimensiones: Detallan el comportamiento del constructo. Se pueden catalogar como subvariables y son medibles de manera directa (196).

Figura 4-9: Red nomológica construida a partir de la etapa 1.



Fuente: Elaboración propia.

4.3.1 Definiciones de los componentes de la red nomológica

- *Relación interpersonal enfermera-familia en UCI*: Percepción de la enfermera frente a las múltiples interacciones con el familiar o acompañante del paciente en UCI (170).
- *Necesidades relacionales de la enfermera*: Aspectos que se consideran necesarios e indispensables para viabilizar una relación interpersonal armónica con la familia o acompañante del paciente en UCI (basado en 163–165).
- *Lo que necesita la enfermera de su entorno laboral para relacionarse armónicamente con la familia del paciente en UCI*: Cada uno de los aspectos que los profesionales de enfermería consideran indispensables para que las relaciones interpersonales con la familia del paciente sean armónicas, y deben ser satisfechas por las instituciones de salud.
- *Lo que necesita la enfermera de la familia del paciente en UCI para que su relación sea armónica*: Cada uno de los aspectos que los profesionales de enfermería consideran indispensables para que las relaciones interpersonales con la familia del paciente sean armónicas, y deben ser satisfechas de parte de la familia del paciente.
- *Recursos suficientes*: Medios que los profesionales de enfermería necesitan para tener relaciones interpersonales armónicas con la familia del paciente en UCI.
 - *Tiempo*: Cantidad de minutos u horas que disponen los profesionales de enfermería a relacionarse con la familia del paciente en UCI.
 - *Espacio*: Lugar físico y adecuado para el encuentro entre profesionales de enfermería y familiares del paciente en UCI.

- *Formación:* Procesos de educación dirigida a los profesionales de enfermería, frente a los mecanismos de abordaje y cuidado de la familia de los pacientes internados en UCI.
- *Colegaje:* Comprende todas aquellas relaciones armónicas con los demás integrantes del equipo de trabajo de la UCI.
- *Reconocimiento del rol enfermero:* Comprende el reconocimiento del profesional de enfermería como parte indispensable y autónoma del equipo de trabajo de UCI y no como un subalterno del profesional médico u otros, de parte de las instituciones de salud y equipo de trabajo.
- *Trato digno:* Comprende cada uno de los actos y comportamientos de parte de la familia que se fundamentan en el respeto hacia el profesional de enfermería.
- *Confianza y valoración del rol enfermero:* Reconocimiento de parte de los familiares del profesional de enfermería como parte indispensable y autónoma del equipo de trabajo de UCI y no como un subalterno del profesional médico u otros.
- *Información de necesidades:* Capacidad de los familiares del paciente en UCI para transmitir abiertamente y a tiempo a los profesionales de enfermería sus necesidades. Estas necesidades no son las necesidades del paciente.
- *Comprensión de la complejidad del rol enfermero:* Capacidad de las familias de los pacientes en UCI de reconocer y tolerar las múltiples responsabilidades del profesional de enfermería dentro de la UCI, y de cómo estas pueden reducir los espacios de interacción con enfermería.
- *Participación en el cuidado del paciente:* Decisión y capacidad de las familias de los pacientes en UCI de participar en algunos aspectos básicos del cuidado del paciente, previa educación por parte de los profesionales de enfermería.

4.3.2 Ítems iniciales propuestos para la validez facial y la validez de contenido.

De acuerdo con cada uno de los componentes que integran la red nomológica, se diseñaron varios ítems que se consideró representaban cada una de sus dimensiones y subdimensiones. En total se diseñaron 42 ítems tanto en sentido positivo como en sentido negativo, estableciendo como escala de respuesta una escala tipo Likert de frecuencia con las opciones (nunca, pocas veces, a veces, frecuentemente, siempre). De acuerdo con la orientación de cada ítem (positivo o negativo) se estableció la puntuación de la escala de la siguiente manera: Ítem en sentido positivo - Siempre=5, Frecuentemente=4, A veces=3, Pocas veces=2, Nunca=1, dado que una mayor frecuencia en este ítem significa que la situación planteada es buena; Ítem en sentido negativo - Siempre=1, Frecuentemente=2, A veces=3, Pocas veces=4, Nunca=5, dado que una mayor frecuencia en este ítem representaría que la situación planteada es mala. Esto permite también dar una orientación a la puntuación total de la escala estableciendo que a mayor puntuación las necesidades relacionales de los profesionales de enfermería estarán mayormente satisfechas.

ÍTEMES DE LA DIMENSIÓN: NECESIDADES DEMANDADAS POR LA ENFERMERA A SU ENTORNO LABORAL:

Subdimensión recursos suficientes:

1. La institución me proporciona una franja de tiempo para interactuar con el familiar del paciente en UCI (Ítem en sentido positivo).
2. La carga de mis actividades me permite contar con tiempo suficiente para interactuar con el familiar del paciente en UCI (Ítem en sentido positivo)
3. Cuento con un lugar aislado del ruido para interactuar con el familiar del paciente en la UCI (Ítem en sentido positivo)
4. Dispongo de un espacio con buena iluminación para interactuar con el familiar del paciente en UCI (Ítem en sentido positivo)
5. Existe un lugar cómodo para interactuar con el familiar del paciente en la UCI o fuera de ella (Ítem en sentido positivo)

6. Los procesos de capacitación por parte de la institución se enfocan exclusivamente a aspectos técnicos clínicos (Ítem en sentido negativo)
7. Recibo capacitación para mejorar mi relación con la familia del paciente en UCI en situaciones difíciles (Ítem en sentido positivo)

Subdimensión colegaje:

8. El trabajo con los miembros del equipo dentro de la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas) es coordinado (Ítem en sentido positivo)
9. Existe respeto entre los miembros del equipo de trabajo en la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas) (Ítem en sentido positivo)
10. Existe continuidad en el trabajo de los profesionales de enfermería al momento del cambio de turno (Ítem en sentido positivo)
11. Existen conflictos con los profesionales del equipo de trabajo de la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas) (Ítem en sentido negativo)
12. La comunicación entre los profesionales de enfermería de la UCI es asertiva (Ítem en sentido positivo).
13. Hay disposición del equipo de trabajo de la UCI para solucionar problemas o conflictos (Ítem en sentido positivo).
14. El apoyo del equipo de trabajo de la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas) me facilita la relación con la familia del paciente (Ítem en sentido positivo).

Subdimensión reconocimiento del rol enfermero:

15. La institución donde trabajo considera mi labor en la UCI como menos importante que la del profesional médico (Ítem en sentido negativo).
16. La institución donde trabajo limita mi labor en la UCI al cumplimiento de indicaciones médicas (Ítem en sentido negativo).
17. Tengo permitido interactuar con el familiar del paciente en UCI por parte de la institución donde trabajo (Ítem en sentido positivo).
18. Soy autónomo en la toma de decisiones frente a los aspectos del cuidado de enfermería a la familia del paciente en UCI (Ítem en sentido positivo).
19. En mi institución está definida la información que debe ser brindada por el personal médico y aquella que puede suministrar el profesional de enfermería (Ítem en sentido positivo).
20. Siento que la institución donde trabajo confía en mi labor como profesional de enfermería en UCI (Ítem en sentido positivo).
21. La institución donde trabajo destaca la importancia de mi labor de igual manera que reconoce la labor del profesional médico (Ítem en sentido positivo).

ÍTEMS DE LA DIMENSIÓN: NECESIDADES DEMANDADAS POR LA ENFERMERA A SU ENTORNO LABORAL:***Subdimensión trato digno:***

22. Recibo maltrato (verbal, físico o emocional) por parte de la familia del paciente en UCI (Ítem en sentido negativo).
23. La familia del paciente en UCI es amable al momento de entablar relaciones conmigo (Ítem en sentido positivo).
24. La familia del paciente en UCI me expresa su agradecimiento (Ítem en sentido positivo).

Subdimensión confianza y valoración del rol enfermero

25. Mi rol como profesional de enfermería dentro de la UCI no es reconocido claramente por los familiares del paciente (Ítem en sentido negativo).
26. La familia del paciente en UCI confía en el cuidado que brindo como profesional de enfermería (Ítem en sentido positivo).
27. La familia del paciente en UCI valora mis cuidados hacia ellos (Ítem en sentido positivo).
28. Para recibir información, la familia del paciente en UCI prefiere acudir al profesional médico en vez del profesional de enfermería (Ítem en sentido negativo).

Subdimensión información de necesidades:

29. La familia del paciente en UCI me comunica abiertamente sus necesidades (Ítem en sentido positivo).
30. La familia del paciente en UCI acude a mí en busca de apoyo emocional (Ítem en sentido positivo).
31. La información suministrada por los familiares del paciente en UCI es insuficiente para planear mis cuidados de enfermería hacia ellos (Ítem en sentido negativo).
32. La familia del paciente en UCI me brinda información veraz de sí misma (Ítem en sentido positivo).

Subdimensión comprensión de la complejidad del rol enfermero

33. La familia del paciente en UCI reconoce la complejidad de las actividades que realizo en la unidad de cuidados intensivos (Ítem en sentido positivo).
34. La familia del paciente en UCI comprende que no puede recibir información clínica de mi parte (Ítem en sentido positivo).
35. Percibo empatía por parte de la familia del paciente en UCI (Ítem en sentido positivo).
36. La familia del paciente en UCI comprende las limitaciones que pueden existir en nuestras relaciones interpersonales como la falta de tiempo por alta carga de actividades (Ítem en sentido positivo).

37. Las solicitudes de los familiares del paciente en UCI sobrepasan mi capacidad de respuesta (Ítem en sentido negativo).

Subdimensión participación en el cuidado del paciente

38. Los familiares están dispuestos a participar en el cuidado básico del paciente en UCI (Ítem en sentido positivo).
39. Los familiares se muestran desinteresados en aprender acerca del cuidado básico del paciente en UCI (Ítem en sentido negativo).
40. Los familiares están comprometidos en participar de los cuidados básicos del paciente en UCI (Ítem en sentido positivo).
41. Existe una pésima comunicación entre los que componen la familia del paciente en UCI (Ítem en sentido negativo).
42. Los familiares del paciente en UCI participan en los cuidados básicos que se requieren (Ítem en sentido positivo).

Para el diseño de los ítems se tuvo en cuenta que indujera una toma de decisión frente a una situación real que estuviese relacionada con cada uno de los aspectos definidos desde las fases anteriores. De otra parte, aspectos como la sintaxis y la semántica también fueron aspectos que derivaron la estructura de cada uno de los ítems atribuyendo coherencia y cohesión. Una vez creado el banco de ítems se procedió a evaluar su validez y confiabilidad.

Nota: Los ítems fueron redactados con la orientación de un filólogo contratado para ello.

4.4 Hallazgos Etapa 3 Cuantitativa Fase 1 – Evidencia de validez de contenido

8 jueces con amplia formación académica y experiencia investigativa participaron en la evaluación de cada uno de los ítems propuestos para el instrumento de medición,

considerando los criterios de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia. Se definió un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$ para que un ítem sea válido, asumiendo un valor de índice de concordancia mayor o igual a 0,75 equivalente a que por lo menos 7 jueces de los 8 estuvieran de acuerdo en cada criterio evaluado por cada uno de los ítems.

4.4.1 Caracterización de jueces en la evaluación de ítems

Se invitó a 13 jueces de diferentes partes de Colombia, recibiendo respuesta de aceptación de 8 jueces. Esta fase se desarrolló con la participación de 7 jueces profesionales en enfermería y 1 profesional del área de lingüística de los cuáles 5 pertenecían al género femenino y 3 al género masculino. Los 8 jueces se desempeñan como docentes universitarios y el 75% cuentan con formación máxima académica de maestría, el restante 25% cuentan con formación doctoral. El 100% de los jueces cuentan con experiencia mínima de en proceso investigativos de 5 años, tienen experiencia previa en toma de decisiones basadas en evidencia científica y han realizado publicaciones científicas o han participado en eventos académicos nacionales o internacionales en los últimos 5 años relacionadas con el fenómeno de investigación.

De los 8 jueces, 1 era procedente de Santander-Bucaramanga, 1 de Antioquia-Medellín, 1 de Cesar-Valledupar, 1 de Caldas-Manizales, 2 de Boyacá-Tunja, 2 de Bogotá-Cundinamarca. Ninguno de los jueces tenía vínculos cercanos con el investigador o declaró estar impedido para participar en esta fase de la investigación.

4.4.2 Evaluación de los ítems propuestos para el instrumento de medición

Frente a la evaluación de los 42 ítems propuestos se obtuvo que: En el criterio de suficiencia la totalidad de los ítems fueron considerados como suficientes para representar las dimensiones establecidas con un índice de validez de contenido global de 0,88 (Tabla 4-7); En el criterio de claridad 11 ítems no cumplieron con el criterio; en el criterio de coherencia 19 ítems no cumplieron con el criterio; y en el criterio de relevancia 19 ítems

no cumplieron con el criterio. Con respecto a lo anterior se eliminaron 19 ítems de acuerdo con el IVC, quedando en total 23 ítems que cumplían con los criterios según la evaluación por jueces (Tabla 4-8)

Tabla 4-7: Índices de validez de contenido con respecto al criterio de suficiencia de los ítems para cada una de las dimensiones que representan.

Dimensión	Ítem #	IVC Suficiencia	Concepto
<i>DIMENSIÓN 1:</i> Necesidades del profesional de enfermería ante su entorno laboral para que la relación interpersonal con la familia del paciente en UCI sea armónica	1-21	1	Los ítems son suficientes para representar la dimensión 1

Dimensión	Ítem #	IVC Suficiencia	Concepto
<i>DIMENSIÓN 2:</i> Necesidades del profesional de enfermería ante la familia del paciente en UCI para que sus relaciones interpersonales sean armónicas	22-42	0,75	Los ítems son suficientes para representar la dimensión 2
		IVC(Global)	0,88

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4-8: Índices de contenido en los criterios de evaluación de claridad, coherencia y relevancia.

Ítem #	IVC Claridad	Concepto	IVC Coherencia	Concepto	IVC Relevancia	Concepto	Decisión Final
1	0,75	Esencial	1,00	Esencial	1,00	Esencial	
2	0,75	Esencial	1,00	Esencial	1,00	Esencial	
3	0,50	No esencial	0,50	No esencial	0,50	No esencial	Se elimina ítem
4	0,50	No esencial	0,50	No esencial	0,25	No esencial	Se elimina ítem
5	1,00	Esencial	1,00	Esencial	1,00	Esencial	
6	0,75	Esencial	0,50	No esencial	0,25	No esencial	Se elimina ítem
7	0,75	Esencial	1,00	Esencial	1,00	Esencial	
8	0,75	Esencial	1,00	Esencial	1,00	Esencial	
9	0,75	Esencial	1,00	Esencial	1,00	Esencial	
10	0,50	No esencial	0,25	No esencial	0,25	No esencial	Se elimina ítem
11	0,75	Esencial	1,00	Esencial	0,75	Esencial	
12	1,00	Esencial	0,50	No esencial	0,50	No esencial	Se elimina ítem
13	1,00	Esencial	0,50	No esencial	0,50	No esencial	Se elimina ítem
14	0,75	Esencial	1,00	Esencial	0,75	Esencial	
15	0,75	Esencial	1,00	Esencial	0,75	Esencial	
16	1,00	Esencial	1,00	Esencial	1,00	Esencial	
17	0,75	Esencial	0,50	No esencial	0,50	No esencial	Se elimina ítem
18	0,75	Esencial	1,00	Esencial	1,00	Esencial	
19	1,00	Esencial	0,50	No esencial	0,50	No esencial	Se elimina ítem
20	0,75	Esencial	0,50	No esencial	0,50	No esencial	Se elimina ítem
21	0,75	Esencial	0,50	No esencial	0,50	No esencial	Se elimina ítem
22	0,75	Esencial	0,75	Esencial	0,75	Esencial	
23	1,00	Esencial	1,00	Esencial	1,00	Esencial	
24	0,75	Esencial	0,25	No esencial	0,25	No esencial	Se elimina ítem
25	0,75	Esencial	1,00	Esencial	1,00	Esencial	
26	-0,25	No esencial	0,25	No esencial	0,00	No esencial	Se elimina ítem
27	1,00	Esencial	1,00	Esencial	1,00	Esencial	
28	1,00	Esencial	0,75	Esencial	1,00	Esencial	

29	1,00	Esencial	1,00	Esencial	1,00	Esencial	
30	1,00	Esencial	1,00	Esencial	1,00	Esencial	
31	0,25	No esencial	0,50	No esencial	0,25	No esencial	Se elimina ítem
32	0,50	No esencial	0,25	No esencial	0,00	No esencial	Se elimina ítem
33	0,75	Esencial	1,00	Esencial	1,00	Esencial	
34	0,75	Esencial	1,00	Esencial	0,75	Esencial	
35	0,50	No esencial	-0,25	No esencial	-0,25	No esencial	Se elimina ítem
36	-0,25	No esencial	0,00	No esencial	-0,25	No esencial	Se elimina ítem
37	0,75	Esencial	0,75	Esencial	0,75	Esencial	
38	1,00	Esencial	1,00	Esencial	0,75	Esencial	
39	1,00	Esencial	1,00	Esencial	0,75	Esencial	
40	0,75	Esencial	0,50	No esencial	0,50	No esencial	Se elimina ítem
41	0,50	No esencial	0,50	No esencial	0,50	No esencial	Se elimina ítem
42	0,50	No esencial	0,50	No esencial	0,50	No esencial	Se elimina ítem

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a las observaciones o evaluación cualitativa de los jueces se obtuvo lo siguiente:

# Ítem	Observación	Jueces que emitieron observación	Decisión final
1-La institución me proporciona tiempo exclusivo para interactuar con el familiar del paciente en UCI	“Es confusa la palabra exclusivo”	(J1, J3, J4, J6, J7)	1-La institución me proporciona una franja de tiempo para interactuar con el familiar del paciente en UCI
2-La carga de mis actividades definida por la institución, me	“Retirar definida por la institución”	(J1, J2, J3, J4, J6)	2-La carga de mis actividades me permite contar con tiempo suficiente para

permite contar con tiempo suficiente para interactuar con el familiar del paciente en UCI			interactuar con el familiar del paciente en UCI
5-Existe un lugar cómodo para interactuar con el familiar del paciente en la UCI o fuera de ella	“Cambiar (existe) por (Cuento con)”	(J1, J3, J4, J6, J7)	5-Cuento con un lugar cómodo para interactuar con los familiares del paciente en UCI en la UCI o fuera de ella
6-Recibo capacitación constante para mejorar la interacción con la familia del paciente en UCI en situaciones difíciles	“Retirar (Constante)”	(J1, J3, J4, J6, J7)	6- Recibo capacitación para mejorar mi relación con los familiares del paciente en UCI
8,9,11,14	“Aclarar quiénes componen el equipo de trabajo de la UCI”	(J1, J3, J4, J6, J7)	8,9,11,14 “Médicos, enfermeros, auxiliares, terapeutas y especialistas”
15-La institución donde trabajo estima mi labor en la UCI como inferior a la del profesional médico	“Cambiar (estima) por (considera)” “Cambiar (inferior) por (menos	(J1, J2, J4, J5, J8)	15-La institución donde trabajo considera mi labor en la UCI como menos importante que la del profesional médico

	importante que la del)”		
16-La institución donde trabajo limita mi labor en la UCI al cumplimiento de órdenes médicas	“Cambiar (órdenes médicas) por (indicaciones médicas)”	(J1, J3, J4) (No cumple con el mínimo de 5 en acuerdo, pero es muy relevante la sugerencia)	16-La institución donde trabajo limita mi labor en la UCI al cumplimiento de indicaciones médicas
22-Recibo un trato irrespetuoso por parte de la familia del paciente en UCI	“Cambiar (irrespeto) por (maltrato) e incluir tipos de maltrato	(J3, J4, J5, J6, J8)	22-Recibo maltrato (verbal, físico o emocional) por parte de los familiares del paciente en UCI
33-La familia del paciente en UCI reconoce la complejidad de las actividades que realizo en la UCI	Colocar “unidad de cuidados intensivos” al final para evitar redundancia	Lingüista	33-Los familiares del paciente en UCI reconocen la complejidad de las actividades que realizo en la unidad de cuidados intensivos
En general	Estandarizar lenguaje a “familiares del paciente en UCI” en todo el instrumento	(J3, J4, J5, J6, J8)	Todo el instrumento estandarizado
En general	Fusionar dimensión de trato digno con confianza y	(J1, J2, J3, J7, J8)	La confianza y la valoración del rol enfermero es parte de un trato digno hacia este.

	valoración del rol enfermero		
--	------------------------------	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Una vez se eliminaron los ítems que no cumplieron con el IVC mínimo y ajustaron los ítems según recomendaciones de los jueces, se establecieron los ítems “definitivos” y se calcularon los IVC globales por cada uno de los criterios y el global en general (Tabla 4-9).

Tabla 4-9: Índices de validez de contenido globales (IVC) por cada criterio evaluado y en general después de eliminar ítems “no esenciales”.

IVC global – Suficiencia	IVC global – Claridad	IVC global – Coherencia	IVC global – Relevancia	IVC global general
0,88	0,85	0,97	0,91	0,90

Fuente: Elaboración propia.

Después del proceso de evaluación de los ítems por jueces, los ítems finales quedaron distribuidos de la siguiente manera:

Dimensión 1 - Necesidades de la enfermera ante el entorno laboral			Dimensión 2 - Necesidades de la enfermera ante la familia del paciente en UCI			
Sub-dimensión Recursos suficientes	Sub-dimensión Trabajo en equipo	Sub-dimensión <i>Reconocimiento de su rol de parte de la institución de salud</i>	Sub-dimensión Tratamiento digno	Sub-dimensión Comprensión de la complejidad de su rol enfermero	Sub-dimensión Información de necesidades	Sub-dimensión Participación en el cuidado del paciente
4 ítems	4 ítems	3 ítems	5 ítems	3 ítems	2 ítems	2 ítems
1-4	5-8	9-11	12-16	17-19	20-21	22-23
Total, de 11 ítems			Total, de 12 ítems			
Total, de 23 ítems						

Fuente: Elaboración propia.

Listado de ítems resultantes de la validez de contenido:

Ítems resultantes
1. La institución me proporciona una franja de tiempo para relacionarme con los familiares del paciente en UCI
2. La carga de mis actividades me permite contar con tiempo suficiente para interactuar con los familiares del paciente en UCI
3. Cuento con un lugar cómodo para interactuar con los familiares del paciente en la UCI o fuera de ella
4. Recibo capacitación para mejorar mi relación con los familiares del paciente en UCI
5. El trabajo con los miembros del equipo dentro de la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas) es coordinado
6. Existe respeto entre los miembros del equipo de trabajo de la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas)
7. Existen conflictos con los profesionales del equipo de trabajo de la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas)
8. El apoyo del equipo de trabajo de la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas) me facilita la relación con los familiares del paciente
9. La institución donde trabajo considera mi labor en la UCI como menos importante que la del profesional médico
10. La institución donde trabajo limita mi labor en la UCI al cumplimiento de indicaciones médicas
11. Soy autónomo en la toma de decisiones frente a los aspectos del cuidado de enfermería a los familiares del paciente en UCI
12. Recibo maltrato (verbal, físico o emocional) por parte de los familiares del paciente en UCI
13. Los familiares del paciente en UCI son amables al momento de entablar relaciones conmigo

14. Mi rol como profesional de enfermería dentro de la UCI no es reconocido claramente por los familiares del paciente
15. Los familiares del paciente en UCI valoran mis cuidados hacia ellos
16. Para recibir información, los familiares del paciente en UCI prefieren acudir al profesional médico en vez del profesional de enfermería
17. Los familiares del paciente en UCI me comunican abiertamente sus necesidades
18. Los familiares del paciente en UCI acuden a mí en busca de apoyo emocional
19. Los familiares del paciente en UCI reconocen la complejidad de las actividades que realizo en la unidad de cuidados intensivos
20. Los familiares del paciente en UCI comprenden que no pueden recibir información clínica de mi parte
21. Las solicitudes de los familiares del paciente en UCI sobrepasan mi capacidad de respuesta
22. Los familiares están dispuestos a participar en el cuidado básico del paciente en UCI
23. Los familiares se muestran desinteresados en aprender acerca del cuidado básico del paciente en UCI

Fuente: Elaboración propia.

4.5 Hallazgos Etapa 3 Cuantitativa Fase 2 – Evidencia de validez facial

En la fase de evidencia de validez facial se realizaron 2 pilotajes con 20 enfermeros de UCI cada uno. El primer pilotaje consistió en un pilotaje cualitativo, en donde se solicitó a los participantes evaluar los ítems en los criterios de claridad, comprensibilidad y pertinencia, calculando el nivel de acuerdo de los expertos a través del estadístico V de Aiken. En el segundo pilotaje denominado cuantitativo los participantes respondieron cada ítem con las opciones de respuestas definidas para estos además de los ítems espejo, permitiendo calcular una confiabilidad inicial del instrumento a través de correlaciones entre los ítems originales y los espejo y determinando el Alpha de Cronbach.

4.5.1 Pilotaje 1 Cualitativo

Caracterización de participantes

Participaron 20 enfermeros profesionales con una edad media de 31,1 años que tenían una experiencia en el área de cuidados intensivos de 7,5 años en promedio. 8 participantes eran de la ciudad de Bogotá, 3 de Medellín, 2 de Boyacá, 2 Santander, 2 Barranquilla, 2 Cali y 1 Bucaramanga. El 80% era de género femenino. Con respecto a la formación académica, el 30% habían culminado exclusivamente el pregrado y los participantes restantes se encontraban con especialización y/o maestrías culminadas. El 50% de los participantes laboraban en instituciones privadas y el 50% restante en instituciones públicas.

Evaluación de los ítems

Los 23 ítems fueron evaluados por los 20 participantes y se obtuvo que frente al criterio de claridad hubo un nivel de acuerdo con una V de Aiken global de 0,98; frente al criterio de comprensibilidad se obtuvo 0,97 y con respecto al criterio de pertinencia se obtuvo 0,97. Lo anterior indica que el nivel de acuerdo entre los expertos que evaluaron los ítems del instrumento es muy bueno (Tabla 4-10).

Tabla 4-10: Coeficientes de V de Aiken para evaluar nivel de acuerdo entre evaluadores frente a los criterios de claridad, comprensibilidad y pertinencia de los ítems.

Ítem	V de Aiken-Claridad	V de Aiken-Comprensibilidad	V de Aiken-Pertinencia
1	1	0,95	0,95
2	1	0,95	1
3	1	0,95	1
4	1	0,95	1
5	1	0,95	1
6	0,95	1	1

7	1	1	1
8	1	1	1
9	1	0,95	0,9
10	0,95	0,95	0,95
11	1	1	1
12	1	0,95	0,95
13	1	1	1
14	0,9	0,95	1
15	1	1	0,95
16	0,95	0,95	0,95
17	1	1	1
18	1	1	1
19	1	1	0,95
20	0,95	1	1
21	0,9	0,95	0,95
22	1	1	1
23	1	0,95	0,95
Generales	0,98	0,97	0,98

Fuente: Elaboración propia.

4.5.2 Pilotaje 2 Cuantitativo

Caracterización de participantes

Participaron 20 enfermeros profesionales con una edad media de 33,45 años que tenían una experiencia mínima en el área de cuidados intensivos de 5 años y una máxima de 15. Alrededor del 80% de la población pertenecía a la ciudad de Bogotá y era de género femenino. Con respecto a la formación académica, el 30% habían culminado exclusivamente el pregrado y los participantes restantes se encontraban con especialización y/o maestrías culminadas. La mayoría de los participantes laboraban en instituciones privadas (85%) y desempeñaban sus actividades en el turno de la mañana o tarde (70%).

Evaluación de ítems

Los ítems espejo fueron redactados en orientación contraria a los ítems originales (Tabla 4-11), de esta manera se pudo validar ítem por ítem a través de la correlación de las respuestas del ítem original y el ítem espejo. Para determinar el tipo de correlación a utilizar según la distribución de los datos, se realizó la prueba de normalidad Shapiro Wilk, ya que la muestra fue menor a 50. Se tuvo en cuenta que la H_0 correspondía a que la variable tiene distribución normal y la H_1 correspondía a que la variable es distinta a una distribución normal. Dado que la significancia de la prueba de normalidad fue mayor a 0,05, se acepta la hipótesis nula, es decir que los datos corresponden a una distribución normal (Tabla 4-12). Debido a la distribución normal de los datos obtenidos se procedió a establecer correlaciones de tipo Pearson. Las correlaciones entre los ítems originales y los ítems espejo presentaron coeficientes de correlación superiores de 0,6 indicando que las respuestas de los ítems originales concuerdan con las respuestas de los ítems espejo de manera moderada a fuerte (Tabla 4-13).

Tabla 4-11: Ítems espejo diseñados.

Ítems originales	Ítems espejo
La institución me proporciona una franja de tiempo para relacionarme con los familiares del paciente en UCI	Las políticas institucionales en donde trabajo me impiden contar con tiempo para interactuar con los familiares del paciente en UCI
La carga de mis actividades me permite contar con tiempo suficiente para interactuar con los familiares del paciente en UCI	La carga de mis actividades me impide contar con tiempo suficiente para interactuar con los familiares del paciente en UCI
Cuento con un lugar cómodo para interactuar con los familiares del paciente en la UCI o fuera de ella	En la institución donde trabajo los espacios adecuados para relacionarme con los familiares del paciente en UCI son inexistentes
Recibo capacitación para mejorar mi relación con los familiares del paciente en UCI	En la institución donde trabajo las capacitaciones para mejorar mis

	relaciones interpersonales con los familiares del paciente en UCI son escasas
El trabajo con los miembros del equipo dentro de la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas) es coordinado	En la UCI hay descoordinación entre el equipo de trabajo (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas)
Existe respeto entre los miembros del equipo de trabajo de la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas)	El trato entre los miembros del equipo de trabajo en la UCI (Enfermeros, médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas) es irrespetuoso
Existen conflictos con los profesionales del equipo de trabajo de la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas)	En el equipo de trabajo de la UCI (Enfermeros, médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas) se genera un ambiente libre de conflictos
El apoyo del equipo de trabajo de la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas) me facilita la relación con los familiares del paciente	La falta de apoyo de parte del equipo de trabajo en UCI (Enfermeros, médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas) dificulta mis relaciones interpersonales con los familiares del paciente en UCI
La institución donde trabajo considera mi labor en la UCI como menos importante que la del profesional médico	En la institución donde trabajo se considera mi labor en la UCI como igual de importante a la labor del profesional médico
La institución donde trabajo limita mi labor en la UCI al cumplimiento de indicaciones médicas	En la institución donde trabajo las indicaciones médicas son definidas por todo el equipo de trabajo de la UCI
Soy autónomo en la toma de decisiones frente a los aspectos del cuidado de enfermería a los familiares del paciente en UCI	En la institución donde trabajo el cuidado a los familiares del paciente en UCI depende exclusivamente de psicología y trabajo social -
Recibo maltrato (verbal, físico o emocional) por parte de los familiares del paciente en UCI	El trato que recibo de parte de los familiares del paciente en UCI es respetuoso

Los familiares del paciente en UCI son amables al momento de entablar relaciones conmigo	Al momento de entablar relaciones con los familiares del paciente en UCI, estos se muestran agresivos
Mi rol como profesional de enfermería dentro de la UCI no es reconocido claramente por los familiares del paciente	Los familiares del paciente en UCI confunden fácilmente mi rol como profesional de enfermería
Los familiares del paciente en UCI valoran mis cuidados hacia ellos	Los familiares del paciente en UCI menosprecian mis cuidados hacia ellos
Para recibir información, los familiares del paciente en UCI prefieren acudir al profesional médico en vez del profesional de enfermería	Los familiares del paciente en UCI prefieren que los profesionales de enfermería les brindemos la información en vez del profesional médico – 16
Los familiares del paciente en UCI me comunican abiertamente sus necesidades	Los familiares del paciente en UCI ocultan sus necesidades a los profesionales de enfermería
Los familiares del paciente en UCI acuden a mí en busca de apoyo emocional	Los familiares del paciente en UCI evitan acudir a mi cuando requieren de apoyo emocional
Los familiares del paciente en UCI reconocen la complejidad de las actividades que realizo en la unidad de cuidados intensivos	Los familiares del paciente en UCI subestiman la complejidad de mis actividades
Los familiares del paciente en UCI comprenden que no pueden recibir información clínica de mi parte	Los familiares del paciente en UCI comprenden que la información clínica solo puede ser suministrada por el profesional médico
Las solicitudes de los familiares del paciente en UCI sobrepasan mi capacidad de respuesta	Puedo atender a todas las solicitudes de los familiares del paciente en UCI sin problema
Los familiares están dispuestos a participar en el cuidado básico del paciente en UCI	Los familiares del paciente en UCI se muestran desinteresados en participar del cuidado básico del paciente

Los familiares se muestran desinteresados en aprender acerca del cuidado básico del paciente en UCI	Los familiares del paciente en UCI demuestran interés en aprender acerca del cuidado básico del paciente
---	--

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4-12. Pruebas de normalidad para definir tipo de correlación.

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Total_item_original	,967	20	,683
Total_item_espejo	,936	20	,202

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4-13: Correlaciones entre ítems originales e ítems espejo.

Ítem original	Ítem Espejo	Coefficiente de correlación Spearman
1	1	,889
2	2	,936
3	3	,819
4	4	,869
5	5	,856
6	6	,920
7	7	,920
8	8	,667
9	9	,866
10	10	,647
11	11	,733
12	12	,810
13	13	,673
14	14	,762
15	15	,746

16	16	,671
17	17	,711
18	18	,908
19	19	,932
20	20	,812
21	21	,715
22	22	,921
23	23	,885
	Correlación total entre ítems originales y espejo	,961 / sig. ,000

Fuente: Elaboración propia.

A través del cálculo del Alpha de Cronbach se pudo determinar una confiabilidad inicial del instrumento muy buena (Tabla 4-14).

Tabla 4-14: Confiabilidad a través de Alfa de Cronbach inicial.

Alfa de Cronbach	Alpha de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,899	,909	23

Fuente: Elaboración propia.

4.6 Hallazgos Etapa 3 Cuantitativa Fase 3 – Evidencia de validez de constructo

4.6.1 Análisis Factorial exploratorio - Caracterización de participantes

Participaron 218 profesionales de enfermería con una edad media de 35 años que tenían una experiencia en UCI de 8 años en promedio. El 61,5% de los participantes eran procedentes de la ciudad de Bogotá, el restante procedía de diferentes partes del país (Tabla 4-15). Con respecto al género de los participantes el 78% se clasificó dentro del género femenino. El 42,7% de los profesionales de enfermería de UCI contaban con formación académica máxima de pregrado, el restante contaba con formaciones desde especializaciones hasta doctorado (Tabla 4-16). La naturaleza de las instituciones de salud donde laboraban los participantes se distribuyó en un 62,8% en instituciones privadas, seguida de un 33% en instituciones públicas y un 3,2% en otro tipo de instituciones. La jornada laboral prevalente fue la noche y la jornada rotativa con 30,3% respectivamente.

Tabla 4-15: Distribución de la procedencia de los participantes.

Departamento /Ciudad	Frecuencia	Porcentaje
Bogotá	134	61,5
Cundinamarca	14	6,4
Antioquia	13	6,0
Tolima	3	1,4
Nariño	3	1,4
Bolívar	7	3,2
Huila	2	0,9
Santander	11	5,0
Valle	9	4,1
Atlántico	2	0,9
Boyacá	8	3,7
Cesár	1	,5

Caldas	4	1,8
Sucre	1	0,5
Chocó	2	0,9
Risaralda	1	0,5
Quindío	1	0,5
Magdalena	1	0,5
Casanare	1	0,5
Total	218	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4-16: Distribución de la formación académica de los participantes.

Nivel de formación	Frecuencia	Porcentaje
Pregrado	93	42,7
Especialización	80	36,7
Maestría	40	18,3
Doctorado	5	2,3
Total	218	100,0

Fuente: Elaboración propia.

4.6.2 Análisis factorial exploratorio – Evaluación de ítems

Para determinar la afinidad del instrumento de medición con la red nomológica planteada, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio. Antes de realizar el análisis se procedió a realizar la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que relaciona los coeficientes de correlación observados entre las variables e implica que si existe una relación alta (valores cercanos a 1), es viable la realización del análisis factorial exploratorio (AFE). Para esta investigación el índice de KMO fue de 0,918, indicando que existe una notable correlación entre las variables analizadas y que, por ende, es viable el AFE. De otra parte, se realizó la prueba de esfericidad de Bartlett que también evalúa la aplicabilidad del análisis. Valores de significancia con valores de $p < 0,05$ indica que se puede aplicar la prueba. En este caso

se obtuvo una significancia de 0,000, por lo que se confirma la viabilidad del AFE (Tabla 4-17).

Tabla 4-17: Análisis de prueba de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,918
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	4032,050
	gl	253
	Sig.	,000

Fuente: Elaboración propia.

Para la ejecución del análisis factorial exploratorio se seleccionó la técnica de "Factorización de ejes principales", debido a que a través de esta técnica por medio de procesos de iteración de datos extrae los factores que explican la mayor parte de la varianza del instrumento, además de que está indicado cuando hay pocas variables o ítems, que en este caso son 23. De otra parte, se utilizó una rotación tipo (VARIMAX) que minimiza el número de variables que saturan un factor. El AFE en este trabajo pudo extraer 3 factores con cargas factoriales de 7,831 para el factor 1; 4,591 para el factor 2 y 1,742 para el factor 3 (Tabla 4-18).

Tabla 4-18: Varianza total explicada AFE.

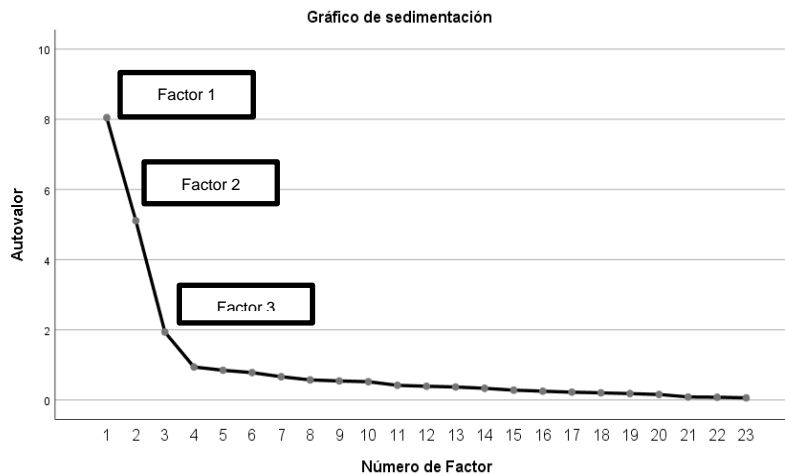
Factor	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	8,048	34,990	34,990	7,831	34,048	34,048	6,321	27,484	27,484
2	5,112	22,226	57,216	4,591	19,959	54,007	4,687	20,377	47,861
3	1,936	8,418	65,635	1,742	7,575	61,582	3,156	13,720	61,582
4	,941	4,090	69,725						
5	,848	3,689	73,414						
6	,781	3,396	76,809						
7	,663	2,884	79,694						

8	,572	2,488	82,182						
9	,542	2,355	84,537						
10	,522	2,268	86,804						
11	,418	1,818	88,622						
12	,391	1,700	90,322						
13	,371	1,613	91,936						
14	,333	1,448	93,384						
15	,281	1,221	94,605						
16	,250	1,088	95,693						
17	,223	,970	96,663						
18	,203	,883	97,546						
19	,182	,791	98,337						
20	,158	,685	99,023						
21	,086	,376	99,398						
22	,078	,341	99,739						
23	,060	,261	100,000						
Método de extracción: factorización de eje principal.									

Fuente: Elaboración propia.

Se pueden evidenciar a través de estos resultados que existen 3 factores que explican la mayor parte de la varianza total del instrumento. Estos 3 factores suponen más del 60% de la varianza total (Figura 4-10).

Figura 4-10: Gráfico de sedimentación.



Fuente: Elaboración propia.

La matriz del factor rotado evidenció que los ítems del 5 al 11, se agrupan en el primer factor, los ítems del 12 al 23 en el segundo factor y los ítems del 1 al 4 en el tercer factor. Desde la red nomológica planteada en las fases anteriores se tuvo que la dimensión 1 “Necesidades demandadas por el profesional de enfermería a su entorno laboral” está representada por los ítems del 1 al 11 y la dimensión 2 “Necesidades demandadas por el profesional de enfermería a la familia del paciente en UCI” está representada por los ítems del 12 al 23. En este sentido, los ítems 1, 2, 3 y 4 se agruparon a parte conformando una dimensión diferente y el ítem 17 no se agrupó en el factor 2 correspondiente a la dimensión 2 de la red nomológica como estaba planteado (Tabla 4-19). Cabe resaltar que los ítems 1-4, pertenecen a la misma subdimensión de recursos suficientes en la red nomológica, por lo que hay coherencia con lo obtenido en el análisis factorial exploratorio.

Tabla 4-19: Matriz del factor rotado.

Matriz de factor rotado^a			
	Factor		
	1	2	3
Ítem8	,947	,015	,208
Ítem9	,920	,039	,174
Ítem5	,908	-,019	,189
Ítem10	,854	-,059	,181
Ítem7	,850	-,017	,237
Ítem6	,830	-,097	,141
Ítem11	,815	,126	,249
Ítem17	.696	,188	,276
Ítem12	,048	,799	,044
Ítem21	,058	,775	-,029
Ítem14	,073	,726	,058
Ítem13	,065	,645	,091
Ítem23	,058	,644	,030

Ítem16	,098	,643	,119
Ítem15	,027	,627	,020
Ítem18	-,063	,572	,007
Ítem19	-,067	,564	,059
Ítem22	-,030	,560	,069
Ítem20	-,047	,481	-,037
Ítem1	,330	,072	,915
Ítem3	,335	,106	,847
Ítem4	,340	,066	,807
Ítem2	,297	,077	,744
Método de extracción: factorización de eje principal.			
Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.			
a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.			

Fuente elaboración propia.

De acuerdo con los resultados del AFE, y teniendo en cuenta la acomodación incoherente del ítem número 17, se procede a eliminar este ítem para los siguientes análisis. El instrumento refinado queda distribuido de la siguiente manera:

Dimensión	#Ítem	Ítem
Recursos necesarios	1	La institución me proporciona una franja de tiempo para relacionarme con los familiares del paciente en UCI
	2	La carga de mis actividades me permite contar con tiempo suficiente para interactuar con los familiares del paciente en UCI
	3	Cuento con un lugar cómodo para interactuar con los familiares del paciente en la UCI o fuera de ella
	4	Recibo capacitación para mejorar mi relación con los familiares del paciente en UCI
Necesidades que demanda al entorno laboral	5	El trabajo con los miembros del equipo dentro de la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas) es coordinado
	6	Existe respeto entre los miembros del equipo de trabajo de la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas)
	7	Existen conflictos con los profesionales del equipo de trabajo de la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas)

	8	El apoyo del equipo de trabajo de la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas) me facilita la relación con los familiares del paciente
	9	La institución donde trabajo considera mi labor en la UCI como menos importante que la del profesional médico
	10	La institución donde trabajo limita mi labor en la UCI al cumplimiento de indicaciones médicas
	11	Soy autónomo en la toma de decisiones frente a los aspectos del cuidado de enfermería a los familiares del paciente en UCI
Dimensión	#Ítem	Ítem
Necesidades que demanda a la familia del paciente en UCI	12	La institución me proporciona una franja de tiempo para relacionarme con los familiares del paciente en UCI
	13	La carga de mis actividades me permite contar con tiempo suficiente para interactuar con los familiares del paciente en UCI
	14	Cuento con un lugar cómodo para interactuar con los familiares del paciente en la UCI o fuera de ella
	15	Recibo capacitación para mejorar mi relación con los familiares del paciente en UCI
	16	Para recibir información, los familiares del paciente en UCI prefieren acudir al profesional médico en vez del profesional de enfermería
	17	Los familiares del paciente en UCI me comunican abiertamente sus necesidades
	18	Los familiares del paciente en UCI acuden a mí en busca de apoyo emocional
	19	Los familiares del paciente en UCI reconocen la complejidad de las actividades que realizo en la unidad de cuidados intensivos
	20	Los familiares del paciente en UCI comprenden que no pueden recibir información clínica de mi parte
	21	Las solicitudes de los familiares del paciente en UCI sobrepasan mi capacidad de respuesta
	22	Los familiares están dispuestos a participar en el cuidado básico del paciente en UCI

Fuente: Elaboración propia.

Debido a la multidimensionalidad del instrumento a través del AFE, no es posible realizar un análisis desde la TRI y específicamente desde el modelo de Rasch, dado que se incumpliría uno de los supuestos necesarios para ello.

4.6.3 Pruebas finales de confiabilidad

Para determinar la confiabilidad del instrumento de medición se definió el análisis a través del Alpha de Cronbach y el test-retest. Con respecto al cálculo del Alpha de Cronbach se

obtuvo un índice de 0,898 representando una muy buena confiabilidad del instrumento en general (Tabla 4-20).

Tabla 4-20. Confiabilidad del instrumento por Alpha de Cronbach.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,898	23

Fuente: Elaboración propia.

De otra parte, y como criterio de rigor se analizó la confiabilidad a través de la prueba test-retest. En este sentido, se aplicó en dos ocasiones el mismo a test a un grupo que representó el 20% de la muestra total del pilotaje utilizado para el AFE, con el fin de analizar la estabilidad del test en el tiempo. El intervalo establecido para la realización del retest fue de una semana después de la aplicación del test. A través de un análisis correlacional con el coeficiente de correlación intraclase, se obtuvo un índice de correlación de 0,986 entre el test y el retest, indicando una adecuada estabilidad del instrumento (Tabla 4-21).

Tabla 4-21. Análisis de estabilidad test-retest.

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas únicas	,973 ^a	,930	,989	81,567	19	19	,000
Medidas promedio	,986	,964	,995	81,567	19	19	,000
Modelo de efectos aleatorio de dos factores donde tanto los efectos de personas como los efectos de medidas son aleatorios.							
a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.							
b. Coeficientes de correlación intraclase de tipo A que utilizan una definición de acuerdo absoluto.							

Fuente: Elaboración propia.

4.6.4 Baremación del instrumento

Para determinar las puntuaciones del instrumento de medición con el fin de interpretar las mediciones, se procedió a determinar puntajes independientes para cada una de las dimensiones extraídas a través del AFE y para el instrumento en general. Este proceso se llevó a cabo por medio del establecimiento de percentiles con respecto a las puntuaciones obtenidas en el pilotaje mayor de la siguiente manera:

Dimensión 1: Recursos que necesita el profesional de enfermería para relacionarse armónicamente con la familia del paciente en UCI: 4 ítems. (Del ítem 1 al 4).

Direccionalidad: Todos los ítems positivos = (1=Nunca, 2= Pocas veces, 3= A veces, 4= Frecuentemente, 5= Siempre)

Puntaje máximo dimensión: 20

Puntaje mínimo dimensión: 4

Análisis de percentiles:

total_dim_recursos		
N	Válidos	218
	Perdidos	0
Percentiles	25	7,0000
	50	12,5000
	75	17,0000

Fuente: Elaboración propia

- **4 a 7 puntos=** Bajo nivel de satisfacción de necesidades frente a recursos necesarios para que la relación interpersonal con la familia del paciente en UCI sea armónica.
- **8 a 12 puntos=** Mediano nivel de satisfacción de necesidades frente a recursos necesarios para que la relación interpersonal con la familia del paciente en UCI sea armónica.

- **13 a 17 puntos=** Moderado nivel de satisfacción de necesidades frente a recursos necesarios para que la relación interpersonal con la familia del paciente en UCI sea armónica.
- **Mayor a 17 puntos=** Excelente nivel de satisfacción de necesidades frente a recursos necesarios para que la relación interpersonal con la familia del paciente en UCI sea armónica.

Dimensión 2: Necesidades que demanda el profesional de enfermería a su entorno laboral para relacionarse armónicamente con la familia del paciente en UCI: 7 ítems (Del ítem 5 al 11).

Direccionalidad: Ítems positivos “5,6,8,11” = (1=Nunca, 2= Pocas veces, 3= A veces, 4= Frecuentemente, 5= Siempre)

Ítems negativos “7,9,10” = (1= Siempre, 2= Frecuentemente, 3= A veces, 4= Pocas veces, 5= Nunca)

Puntaje máximo dimensión: 35

Puntaje mínimo dimensión: 7

Análisis de percentiles:

total_dim_laboral		
N	Válidos	218
	Perdidos	0
Percentiles	25	14,0000
	50	22,0000
	75	30,0000

Fuente: Elaboración propia

- **7 a 14 puntos=** Bajo nivel de satisfacción de necesidades frente a las necesidades que demanda al entorno laboral.

- **15 a 22 puntos=** Mediano nivel de satisfacción de necesidades frente a las necesidades que demanda al entorno laboral.
- **23 a 30 puntos=** Moderado nivel de satisfacción de necesidades frente a las necesidades que demanda al entorno laboral.
- **Mayor a 30 puntos=** Excelente nivel de satisfacción de necesidades frente a las necesidades que demanda al entorno laboral.

Dimensión 3: Necesidades que demanda a la familia del paciente en UCI para que sus relaciones interpersonales sean armónicas: 11 ítems (Del ítem 12 al 22).

Direccionalidad: Ítems positivos “13,14,15,17,18,19,20,22” = (1=Nunca, 2= Pocas veces, 3= A veces, 4= Frecuentemente, 5= Siempre)

Ítems negativos “12,16,21,23” = (1= Siempre, 2= Frecuentemente, 3= A veces, 4= Pocas veces, 5= Nunca)

Puntaje máximo dimensión: 55

Puntaje mínimo dimensión: 11

Análisis de percentiles:

total_dim_familia		
N	Válidos	218
	Perdidos	0
Percentiles	25	30,7500
	50	41,0000
	75	44,0000

Fuente: Elaboración propia

- **11 a 30 puntos=** Bajo nivel de satisfacción de necesidades frente a las necesidades que demanda a la familia.

- **31 a 41 puntos=** Mediano nivel de satisfacción de necesidades frente a las necesidades que demanda a la familia.
- **42 a 44 puntos=** Moderado nivel de satisfacción de necesidades frente a las necesidades que demanda a la familia.
- **Mayor a 44 puntos=** Excelente nivel de satisfacción de necesidades frente a las necesidades que demanda a la familia.

Puntuación total del instrumento:

Total, de ítems: 22

Puntaje máximo= 110

Puntaje mínimo= 22

Análisis de percentiles:

total_instrumento		
N	Válidos	218
	Perdidos	0
Percentiles	25	62,0000
	50	71,0000
	75	84,0000

Fuente: Elaboración propia

- **22 a 62 puntos=** Bajo nivel de satisfacción de necesidades en general.
- **63 a 71 puntos=** Mediano nivel de satisfacción de necesidades en general.
- **72 a 84 puntos=** Moderado nivel de satisfacción de necesidades en general.

Mayor a 84 puntos= Excelente nivel de satisfacción de necesidades en general.

5. Discusión, conclusiones, limitaciones y recomendaciones

5.1 Discusión

Los ejes de la discusión estarán enfocados a 4 aspectos: Aportes de la revisión integrativa y del diseño narrativo, aportes de las evidencias de validez y confiabilidad, comparación de resultados con estudios similares, articulación del estudio con el modelo Conceptual-Teórico-Empírico de la disciplina de enfermería y una discusión filosófica.

5.1.1 Aportes de la revisión integrativa y del diseño narrativo

El principal objetivo de esta investigación se centró en el diseño y validación de un instrumento de medición que permitiera evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería para que sus relaciones interpersonales con los familiares del paciente en UCI sean armónicas o se puedan desarrollar de la mejor manera. El insumo teórico utilizado para este fin fue la Teoría de Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau (157,158,174), centralizado en el supuesto que una relación terapéutica entre enfermera y sujeto de cuidado es de naturaleza recíproca o bidireccional, en dónde las necesidades de ambos deberán estar satisfechas para lograr los mejores resultados de cuidado (2,157,253)

Los abordajes frente al fenómeno de las relaciones interpersonales entre profesionales de enfermería y familiares de pacientes en UCI han sido escasos, y en su mayoría han estado enfocados a describir situaciones conflictivas que afectan tanto a los familiares como a las enfermeras, logrando algunas aproximaciones a puntualizar las necesidades más sentidas de los familiares (26,27,176). Lo anterior a centralizado los abordajes del fenómeno a las

necesidades de los familiares, otorgando un sentido unidireccional de la relación interpersonal al desconocer las necesidades de la enfermera y, por ende, el principio de reciprocidad.

Hasta donde es conocido, se ha desarrollado solamente un instrumento de medición que permite evaluar las necesidades de los familiares en UCI, para que las relaciones interpersonales con las enfermeras sean viables y mejores, reconociendo que los familiares demandan a las enfermeras de manera puntual aspectos como información, orientación, trato digno, empatía y cuidado participativo; por ende, este sería el primer estudio en reconocer y operacionalizar aquellas necesidades de los profesionales de enfermería para que las relaciones con la familia en UCI sean armónicas o con el mínimo de conflictos posible (26,27,176).

Debido a que existía un desarrollo teórico parcial para orientar el desarrollo de esta investigación se debió recurrir a una metodología de naturaleza mixta, retomando en un primer momento los aspectos claves de la literatura científica existente e integrándolo con los aspectos identificados en entrevistas semiestructuradas a profesionales de enfermería desde un abordaje cualitativo tal y como lo plantean autores como Supó (194), Creswell (195), Hernández (171), Streiner y cols. (189) y McDowell (188). De esta manera se consiguió una “formalización” teórica viabilizando la operacionalización a través de dimensiones y subdimensiones para evaluar las necesidades que demandan los profesionales de enfermería en UCI.

Debido a que los estudios realizados frente al fenómeno de las relaciones interpersonales enfermera-familia en UCI eran escasos y además se centraban en las necesidades de la familia del paciente en UCI, fue necesario recurrir a estudios que indirectamente abordaran el fenómeno desde la perspectiva de la enfermera, fue así como estudios de burnout y cualitativos descriptivos de experiencias de los profesionales de enfermería en UCI, permitieron dilucidar aspectos iniciales y fundamentales para aproximarse a las necesidades. La revisión integradora de literatura posibilitó este proceso dado que proporciona una comprensión más completa del fenómeno integrando diversas evidencias, tal y como lo plantean Whitemore y Knafl (223). Este proceso es evidente en investigaciones disciplinares como las de Yáñez y Zárate (254), Parrado y cols. (26), González (255) y Roig y cols. (256).

De otra parte, las entrevistas semiestructuradas enfocadas a indagar cuáles eran las necesidades de los enfermeros en UCI para relacionarse adecuadamente con la familia del paciente, permitieron contrastar las aproximaciones de la literatura científica ya descrita y puntualizarlas desde las experiencias directas de los profesionales de enfermería. El uso del abordaje cualitativo como fuente teórica para la elaboración de instrumentos de medición es evidente en estudios disciplinares como los de Navas y cols. (257), Bosch y cols. (258) y otros no disciplinares como los de Canece y cols. (259) y Alarcón y Muñoz (260). Además de lo descrito somera o profundamente en literatura científica es necesario contrastar y comprender el contexto en donde se desarrolla el fenómeno y de esta manera indagar condiciones subjetivas per relevantes que contribuyen a probar, refutar o complementar cuerpos teóricos existentes (260), en este caso, permitió la construcción de ítems para conformar un indicador empírico que contribuyera a la medición del fenómeno.

5.1.2 Aportes de las evidencias de validez y confiabilidad

Evidencia de Validez de contenido

Una vez se construyeron los ítems, a través del Índice de Validez de Contenido (IVC), se logró determinar la evidencia de validez de contenido, determinando el nivel de acuerdo entre los evaluadores. Este proceso permitió hacer un primer refinamiento de ítems contando con 8 jueces académicos/investigadores con amplia experiencia y experticia orientando la selección de los ítems con mayor consistencia y la eliminación de aquellos irrelevantes, además de mejorar algunos que presentaban problemas de claridad e incluso la fusión de subdimensiones por compatibilidad de conceptos, tal y como lo plantean Lawshe (199), Hernández y cols. (171), Streiner y cols. (189), McDowell (188); Tristán (241) y Escobar y Cuervo (202). En este caso tuvieron que ser eliminados 19 ítems que no cumplieron con el IVC y modificarse 12 ítems desde la semántica y sintaxis, además se acogió la sugerencia de fusionar las subdimensiones de “Trato digno” y “Confianza/valoración del rol enfermero”, dado que conceptualmente la última se encontraba implícita dentro de la primera.

Algunos autores como Anastasi y Urbina (261), consideran que la validez de contenido es pertinente en pruebas de rendimiento, desestimando su uso en pruebas de que miden rasgos de personalidad, contrario a lo que plantea Cronbach-Meehl (196) que consideran necesario establecer esta evidencia de validez en todo tipo de instrumento, aspecto que se consideró para el desarrollo de este estudio. A pesar de que la evidencia de validez de contenido es necesaria, no es suficiente para evaluar el rendimiento de un test, por lo que se hace ineludible complementar con otras evidencias de validez (187).

Evidencia de Validez facial

Con respecto a la validez facial, se aporta la importancia de esta evidencia desde dos puntos de vista: El primero, relacionado con que la evaluación por pares académicos (validez de contenido) no garantiza la idoneidad del instrumento para la población objeto de este, por ende, es necesario que el instrumento sea evaluado también por la población objeto; lo segundo y no menos importante, es que la validez facial en ningún momento debe confundirse con la validez de contenido de acuerdo con lo anteriormente planteado. Esta afirmación guarda coherencia con los planteamientos de Supó (194), Escurra (243) y Nevo (208,209), quienes afirman que es muy parcial contar con un ítem que es comprendido y que le representa utilidad a un par evaluador académico cuando no es comprendido ni le representa utilidad a la población objeto de este.

En el pilotaje “cualitativo”, cuyo nombre no se refiere al abordaje cualitativo de investigación sino a que se enfoca en la evaluación de cualidades específicas del instrumento, se hizo uso del estadístico V de Aiken. El uso de este estadístico se definió ya que este permite cuantificar la relevancia de los ítems respecto a diferentes cualidades (Comprensibilidad, Claridad, Pertinencia) con determinado número de expertos (población objeto). Además, representa una facilidad de cálculo estadístico sin significar mayores errores de medida (243).

De otra parte, y con respecto al pilotaje cuantitativo, se reconoce que las preguntas o ítems espejo son poco utilizadas, pero son de gran importancia en el proceso de validación de un instrumento (194). En este caso se evalúa cada ítem con un ítem opuesto esperando que se evidencie el contraste en las opciones de respuesta y de esta manera definir la consistencia de cada uno de los ítems o validez interna (194). En este caso se tuvo la

oportunidad de diseñar ítems “espejo”, cumpliendo también con aspectos de semántica y sintaxis pudiendo contar con una técnica extra en la evidencia de validez facial. La correlación entre los ítems originales y los “espejo”, demostró una consistencia considerable de los ítems al momento de ser aplicado directamente en la población objeto.

Evidencia de Validez de constructo

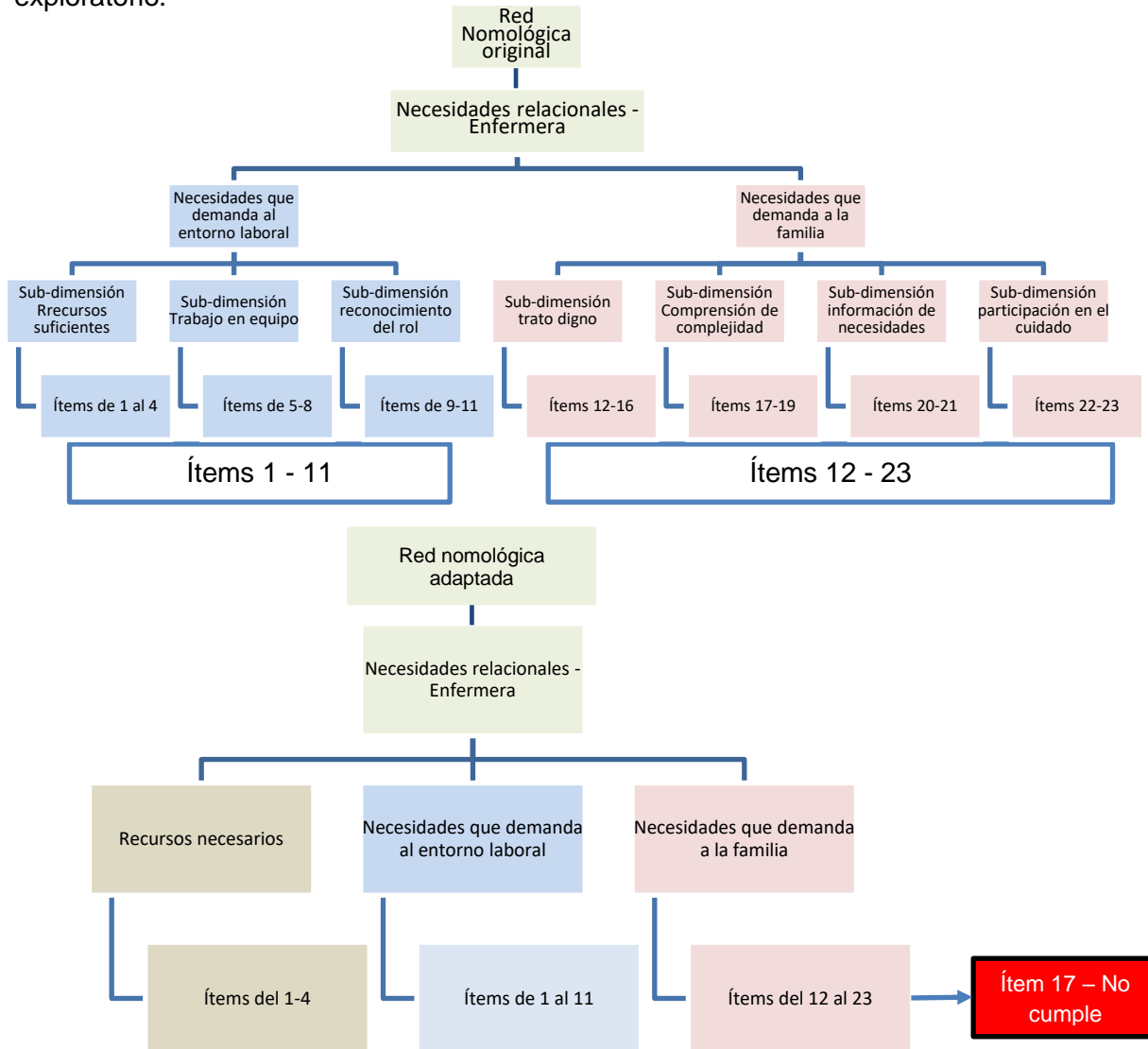
El análisis factorial exploratorio permitió examinar la estructura subyacente de los 23 ítems del instrumento. La muestra total fue de 218 profesionales de enfermería de UCI que cumplían los criterios de selección y aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio. El análisis permitió extraer tres factores que representaban más del 60% de la varianza total explicada. La agrupación de los ítems evidencia la coherencia de la estructuración teórica del instrumento a excepción del ítem número 17 que no se agrupó adecuadamente. En la técnica de AFE no se han definido valores absolutos con respecto a la varianza total necesaria para aceptar o rechazar los factores extraídos; por ejemplo, Hair y cols. (192), asegura que debe haber un mínimo del 60% incluso menos de varianza explicada para poder extraer los factores, pero no menos del 50%, aspecto que fue acogido para la interpretación de los resultados en este trabajo.

De otra parte, el instrumento no podría considerarse como unidimensional, debido a que para poder determinar esta característica un solo factor debería explicar por lo menos el 50% de la varianza, aspecto que no es evidente en este caso. En consecuencia, Field (262), afirma que es prudente interpretar solo aquellas cargas factoriales cercanas a 0,4 o que rondan el 16% de la explicación de la varianza, planteamiento que también oriento la interpretación del AFE en este trabajo, permitiendo retener los 3 factores extraídos. Lo anterior guarda coherencia con la afirmaciones de Zwick y cols. (263) quienes aseguran que es preferible retener el mayor número de factores ya que se pueden eliminar factores potencialmente necesarios y perder datos de suma importancia para el instrumento de medición.

De acuerdo con la distribución de los ítems en la matriz de factor rotado, fue necesario reestructurar la red nomológica de acuerdo con los resultados. Los ítems 1, 2, 3 y 4 se agruparon en un factor, lo que es coherente con la red nomológica planteada, ya que estos 4 ítems se refieren a la subdimensión de recursos necesarios para que la enfermera pueda

relacionarse adecuadamente con la familia. Los ítems del 5 al 11, se agruparon en un segundo factor, aspecto que también se refleja en la red nomológica, ya que estos 7 ítems hacen parte de la dimensión de las necesidades que demanda la enfermera al entorno laboral para que sus relaciones con la familia del paciente en UCI sean adecuadas. Finalmente se tiene la agrupación de los ítems del 12 al 23, que corresponden a las dimensión de las necesidades que demanda la enfermera a los familiares del paciente en UCI, lo que es lógicamente congruente. El único ítem que no se agrupó adecuadamente fue el ítem 17 que se posicionó en el factor 1, siendo este perteneciente a la dimensión 2 de la red nomológica, por ende, se eliminó (Figura 15).

Figura 5-1. Comparativo de red nomológica antes y después de análisis factorial exploratorio.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis de Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento a través del Alpha de Cronbach fue de 0,898. De otra parte, el test-retest se realizó a través de la aplicación del mismo instrumento en dos momentos diferentes (la aplicación inicial y a los 7 días) al mismo grupo de personas (10% de la muestra total), que fueron 20 sujetos. Este procedimiento demostró consistencia en las respuestas entre las dos aplicaciones con una correlación de 0,986 y una significancia estadística de 0,000, lo cual indica una excelente estabilidad del test en función del tiempo.

Con respecto a la interpretación de la confiabilidad por Alpha de Cronbach de un instrumento de medición, autores como Welch y Comer (264), afirman que este indicador permite inferir si los ítems de un instrumento miden un solo constructo y si están correlacionados entre sí. De otra parte, autores como Cronbach y Meehl (196) consideran que se debe tener extrema precaución con coeficientes muy altos, ya que pueden estar determinadas por errores de diseño y validación más no porque realmente sea confiable el instrumento. En este caso el Alpha de Cronbach no es tan alto, pero tampoco representa una baja confiabilidad del instrumento, además que se tiene en cuenta el adecuado rendimiento del instrumento en las diferentes evidencias de validez. Con respecto al test-retest, se afirma que permite la detección de errores sistemáticos de un instrumento de medición, por ende, una correlación intraclass significativa indica estabilidad de este (265).

TRI - Modelo de Rasch

Debido a que el análisis factorial exploratorio demostró que el instrumento está explicado por 3 dimensiones, no fue posible realizar el análisis del instrumento a través de la TRI y específicamente desde el análisis de Rasch, dado que una de las principales condiciones para poder llevarlo a cabo es el principio de Unidimensionalidad. De acuerdo con los planteamientos de Attorressi y cols. (266) el análisis de instrumentos multidimensionales a través de la TRI es complejo, a pesar del desarrollo de modelos que pretenden hacerlo, lo que puede representar que estos desarrollos aún son incipientes y sumamente complicados para el investigador.

5.1.3 Puntos de encuentro y divergencias con estudios similares o relacionados

Los estudios enfocados a diseño y validación de instrumentos cada vez son más frecuentes en el contexto disciplinar de enfermería, situación que ha sido derivada de la necesidad de contar con indicadores empíricos específicos para los fenómenos que se enmarcan en el metaparadigma y teoría propia. En los últimos 5 años estudios internacionales como los realizados por Conway y cols. (267) Lin y cols. (268), Lucas y cols. (269), Belinxton y cols. (270), Nilson y cols. (271), Govina y cols. (272) y Numminem y cols. (273), han adoptado la teoría clásica de los test para validar instrumentos de medición propios de enfermería, aportando de manera puntual al desarrollo del conocimiento disciplinar.

Otros como Milliken y cols. (274), Song y cols. (275) y Ghiyasvandian y cols. (276), han adoptado los abordajes mixtos para diseñar instrumentos además de adoptar la teoría de respuesta al ítem para validarlos, sin embargo, todos estos estudios internacionales tienen en común que cuentan con una o máximo dos evidencias de validez, aspecto que puede reducir la idoneidad de los instrumentos, aspecto que invita a continuar evaluando el rendimiento de estos, dado que un principio de la psicometría moderna es que el proceso de validación y confiabilidad de un test no termina con un solo análisis o aplicación (187,198). En este trabajo se realizó el esfuerzo de recolectar 6 evidencias (Validez de contenido, Validez facial cualitativa, Validez facial cuantitativa, Validez de constructo y confiabilidad) para un mismo instrumento, desarrollando de manera robusta el componente psicométrico a nivel disciplinar.

En el contexto hispano, también se han desarrollado instrumentos a partir de la teoría clásica tal y como lo evidencian estudios como los de Cuevas y cols. (277), Antonio y cols. (278), Rodríguez y cols. (279); Hernández y cols. (280), Lobo y cols. (281) y Caycho y cols. (282), en donde persiste el uso de algunas evidencias de validez desde la teoría clásica de los test. En estos estudios sigue predominando el uso de la validez de contenido y algunos con AFE o confirmatorio.

Las adaptaciones culturales, seguidas de la validez de contenido, constructo y criterio (en este orden) han sido los abordajes investigativos más predominantes en la validación de instrumentos de medición en enfermería, además de que poco se utilizan de manera simultánea (283). Esto puede deberse al excesivo gasto de recursos financieros y de tiempo para poder llevar a cabo un estudio robusto con todas las evidencias de validez disponibles, sin embargo, la preocupación por contar con instrumentos válidos y confiables en enfermería y especialmente en cada contexto en particular ha despertado el interés por adoptar la psicometría de una forma más visible y gradualmente más profunda (283).

En estudios que abordan fenómenos como el de Burnout en enfermeras de UCI, como el de Ramírez y cols. (284), se evidencia que las necesidades de los profesionales de enfermería que no son satisfechas de manera adecuada se convierten en factores predisponentes para el desarrollo de síntomas físicos y emocionales, lo que implica a su vez el desarrollo de mecanismos de afrontamiento anómalos que refuerzan los conflictos tanto con los demás profesionales de la UCI, como con usuarios como el paciente y su familia. De otra parte, la percepción de los profesionales de enfermería frente al burnout es definida como el desequilibrio entre sus necesidades, valores y el trabajo que realizan, representando esto pérdida de energía, agotamiento y cansancio, que también es reforzada por las altas demandas de pacientes y familiares y conflictos que se puedan generar con ellos (284). Lo anterior permite validar los hallazgos en los apartados de revisión integrativa y el diseño narrativo de este estudio, resaltando que las necesidades de los profesionales de enfermería definen la calidad de relaciones interpersonales con la familia del paciente en UCI.

En esta misma línea de discusión, estudios como el de Alzailai y cols. (285), reconocen que, además que las condiciones laborales pésimas en UCI son un factor para el desarrollo de Burnout, se convierten en una barrera para que el profesional de enfermería desempeñe su rol adecuadamente, limitando su tiempo para intervenciones con el paciente y su familia. De otra parte, se asegura que cuando no se tiene una organización y estructuración adecuada de la UCI, se favorecen aspectos como la incertidumbre, temor, estrés y ansiedad en la familia del paciente, que finalmente se exteriorizan a través de comportamientos agresivos, descontrolados o de demanda excesiva hacia el profesional de enfermería, generando aún más sobrecarga y favoreciendo el desarrollo del síndrome de Burnout (285). Estos planteamientos son equiparables a las manifestaciones de los

profesionales de enfermería que participaron en este estudio, cuando refieren que las cargas laborales, imposiciones jerárquicas, falta de espacios, desconocimiento de su rol, entre otros factores desajustados en UCI, generan conflictos relacionales que afectan física y emocionalmente a enfermeros, familias y pacientes.

Otros estudios que permiten un análisis de este estudio desde otras perspectivas son los estudios que abordan la violencia en UCI, específicamente hacia los profesionales de enfermería. De una parte, la violencia laboral derivada de modelos jerárquicos, en donde figuras “superiores” dirigen el rol de enfermería con autoritarismo y en muchas ocasiones con agresiones emocionales, verbales, incluso físicas y sexuales, que favorecen conflictos emocionales internos en las enfermeras, y que finalmente impactan el cuidado del paciente y su familia (286). De otra parte, la violencia (emocional, verbal o física y sexual) que proviene de los “clientes”, bien sea paciente o familia, que de igual manera afecta el rol de enfermería y lo distorsiona reforzando los conflictos intra e interpersonales (286). Esto guarda coherencia con las necesidades identificadas en este estudio, como las de trato digno y reconocimiento del rol de enfermería, además de sugerirlas como prioritarias no solo en el fenómeno de las relaciones interpersonales, sino también, en el mantenimiento de la integridad de los profesionales de enfermería.

Díaz y Ballesteros (287), a través de un estudio micro-etnográfico enfocado a describir las características de la comunicación entre enfermeros y familiares de la UCI, reconocen que existen aspectos de parte de la familia y de la enfermera que son necesarios para una comunicación asertiva, siendo este uno de los pocos estudios que empiezan a reconocer este componente de manera tácita y directa. Dentro de las categorías derivadas del estudio, se menciona: “La comunicación no fluye si no hay tiempo, disposición y condiciones para entablar la relación”, que se orienta desde la postura de la enfermera y del familiar, guardando coherencia con las necesidades identificadas en este estudio; otra categoría relevante que se asocia a este estudio es: “La comunicación: una relación entre seres humanos honesta, directa y real”, en donde se destaca la reciprocidad en aspectos como la calidez, el respeto y la honestidad (287), otro gran componente de los resultados obtenidos.

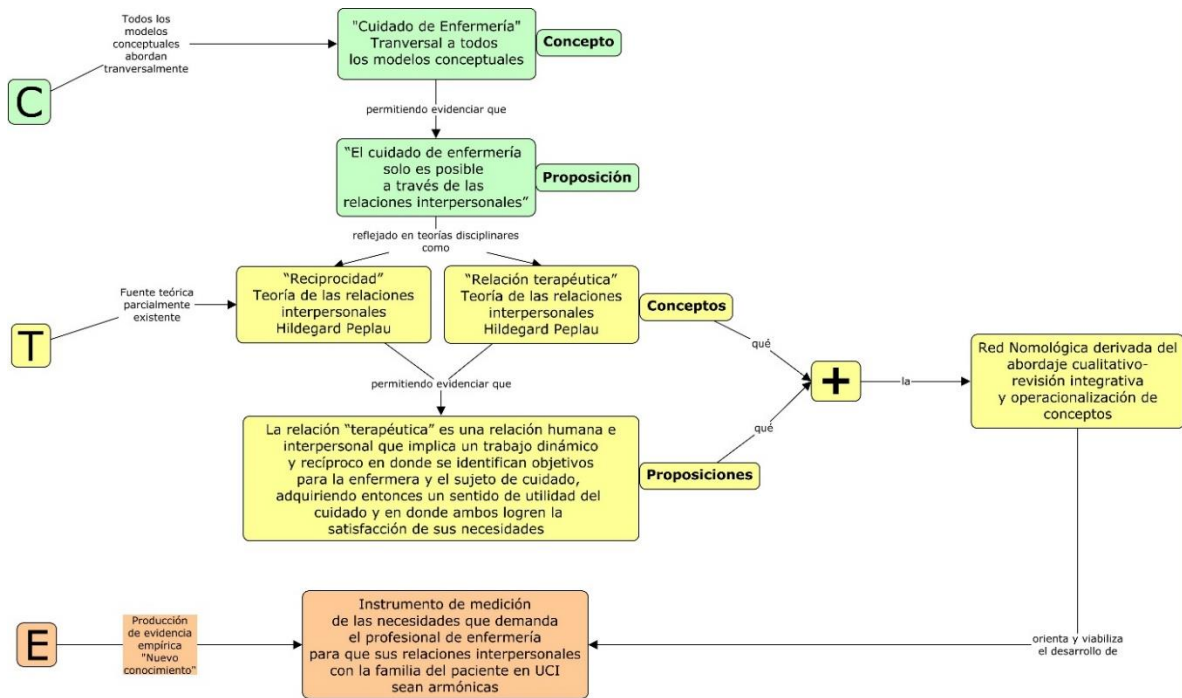
5.1.4 Articulación del estudio con el Modelo Conceptual-Teórico-Empírico C-T-E

Partiendo del modelo conceptual-teórico-empírico propuesto por Fawcett (31), se logró articular cada uno de los componentes resultantes de esta investigación a este modelo de organización de conocimiento de enfermería (Figura 5-2). Para la construcción del C-T-E, se tuvieron las pautas descritas por Fawcett (31): Identificación de conceptos refiriéndose a la categorización estructural del fenómeno a partir de los conceptos que lo componen desde los más abstractos (modelo conceptual), hasta los menos abstractos (teoría de rango medio); Clasificación de conceptos: Una vez de hallan identificado, se procede a clasificarlos según corresponda. Este proceso se puede realizar por observación del concepto o por medición del concepto; Identificación y clasificación de proposiciones: En esta fase se extraen las proposiciones relacionales y no relacionales de cada concepto y se construyen las hipótesis a que dé lugar dentro del fenómeno explorado; Organización jerárquica de proposiciones: Esta se refiere a la organización según niveles de abstracción justificando la existencia del fenómeno explorado; Construcción de diagramas: Esta fase concluye el proceso de la construcción del C-T-E, y finalmente es la representación final del mismo.

Con respecto a la identificación de conceptos, se reconoció un concepto abstracto desde los modelos conceptuales que fue el “cuidado de enfermería” cuya proposición principal y articulada con el fenómeno de investigación de este trabajo fue: “El cuidado de enfermería solo es posible a través de las relaciones interpersonales”. El concepto desde lo teórico fue la “reciprocidad” y “Relación terapéutica”, derivados de la teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau, cuya proposición principal fue: “La relación “terapéutica” es una relación humana e interpersonal que implica un trabajo dinámico y recíproco en donde se identifican objetivos para la enfermera y el sujeto de cuidado, adquiriendo entonces un sentido de utilidad del cuidado y en donde ambos logren la satisfacción de sus necesidades”. Finalmente, para construcción del diagrama se tuvo en cuenta que este trabajo se situó en las dos vías del C-T-E: Generar teoría, a partir del componente cualitativo que permitió esclarecer y definir el insumo teórico para el diseño del instrumento de medición; y para probar teoría, a través del proceso de validación del

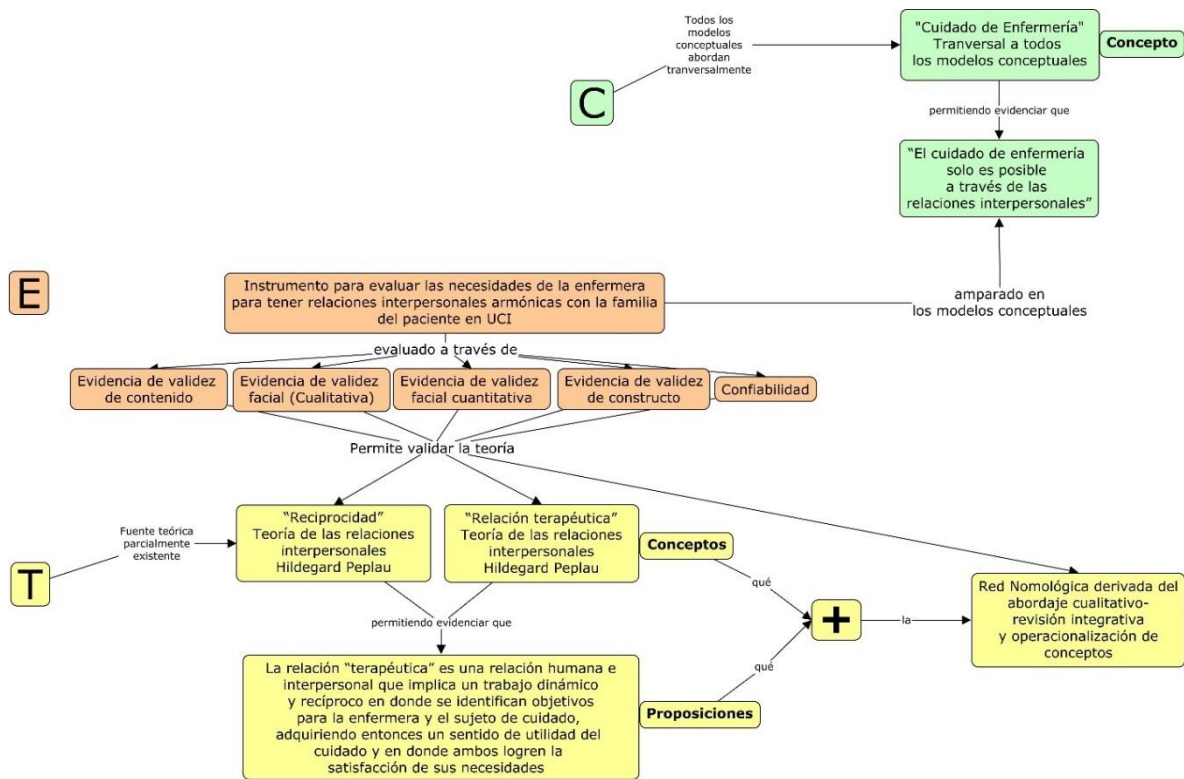
instrumento a través de las evidencias de validez, con el fin de probar que lo planteado teóricamente es tangible en el instrumento de medición (Figura 5-2 y 5-3).

Figura 5-2: Diagrama C-T-E para generar teoría desde el trabajo de investigación presentado.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 5-3: Diagrama C-T-E para probar teoría.



Fuente: Elaboración propia.

En este sentido este trabajo permitió organizar el conocimiento a través de la generación de conocimiento (insumo teórico derivado de la revisión de literatura y del componente cualitativo), para luego validar la misma teoría, aspecto muy enriquecedor para el cuerpo de conocimientos disciplinar.

5.1.5 Discusión filosófica

Con el presente trabajo investigativo desde el metaparadigma de enfermería se reconoce como unidad de argumentación del conocimiento propio las relaciones interpersonales entre enfermera y familia del paciente en UCI, configurando de esta manera un marco para el desarrollo disciplinar, dando cumplimiento a la misión intelectual de desarrollo de

conocimiento a través de la creación de indicadores empíricos en forma de instrumentos de medición y de otra parte, da cumplimiento a la misión social desde la valoración de las necesidades demandadas por los profesionales de enfermería en UCI para el fortalecimiento y mejoramiento de las relaciones con los familiares de los pacientes . En consecuencia, se valida el consenso disciplinar de que las relaciones interpersonales son el eje fundamental del cuidado de enfermería desde lo teórico y práctico (177,288,289).

Desde los conceptos meta paradigmáticos el ser humano se consolida como la díada enfermera-familia, dado que, desde el principio de reciprocidad, la calidad de las relaciones interpersonales depende directamente de las necesidades tanto de la enfermera como de la familia. El concepto de salud gira entorno a los resultados de los procesos relacionales sanos entre ambos actores de cuidado, mediado por relaciones sanas y representando un beneficio mutuo. El medio ambiente adquiere valor al reconocer el contexto complejo de la UCI y también el contexto colombiano, debido a las particularidades locales que afectan directamente el fenómeno relacional. Por último, el concepto de enfermería se dilucida como el puente para reconocer la reciprocidad de las relaciones interpersonales a través de la investigación científica. Lo anterior recoge lo que es enfermería, de lo que se trata enfermería y el por qué enfermería hace lo que hace, desde el abordaje del fenómeno a partir de las necesidades relacionales de la enfermera (177,288,289).

Partiendo de que el metaparadigma de enfermería gira entorno a la experiencia de la salud humana en este trabajo se evidencia que la experiencia está presente en las relaciones interpersonales de manera recíproca y en este caso en las necesidades de la enfermera de UCI. Lo anterior cumple la función de orientar las acciones de enfermería hacia el ser humano (díada enfermera-familia en UCI), impactando de manera directa la práctica, la investigación y la teoría validando la jurisdicción disciplinar a través del puente entre estos tres componentes (31,177,288,289).

La visión filosófica en este estudio se aborda desde una visión interactiva-integrativa, en dónde se reconoce la realidad abstracta desde la reciprocidad, reflejando las pretensiones disciplinares desde lo ontológico (en donde la relación interpersonal es el eje del cuidado de enfermería) y desde lo epistemológico (en donde la relación interpersonal es fuente y prueba de conocimiento). Lo anterior es coherente con la visión cuando se permite dimensionar las formas de acercamiento al ser humano guiando el comportamiento de la

disciplina desde el componente relacional. La interacción entre enfermera-familia se integra cuando el cuidado trasciende y representa un beneficio mutuo sin perjudicar a ninguno de los que estén inmersos en él (177,288,289). Desde lo metodológico se presentan las pruebas empíricas que añaden a este ejercicio de desarrollo del conocimiento un andamiaje riguroso para su posterior prueba y reprueba, ya que este trabajo no termina en la aplicación de dichas validaciones, sino en la forma como se pueden encontrar nuevas pruebas para el análisis de este constructo.

Finalmente, a partir de los hallazgos y el análisis robusto que se presentó, se entrega a la comunidad académica y científica de enfermería un instrumento que contiene en sí mismo las pruebas psicométricas que le otorgan su calidad, y se abre un espectro de desarrollo del conocimiento posterior que puede incorporarse en diferentes campos y líneas de trabajo teórico e investigativo.

5.2 Conclusiones

Al concluir la presente tesis doctoral se desarrolló el cumplimiento completo de los objetivos propuestos y la argumentación que posiciona el valor de comprender las características de la relación interpersonal enfermera (o)-familia en UCI desde las necesidades relacionales de enfermería, como aporte al desarrollo del conocimiento disciplinar y el reconocimiento del rol del profesional de enfermería en la UCI.

Con respecto al primer objetivo: Describir las “Necesidades relacionales de la enfermera(o)” a partir de su experiencia en UCI, se logró identificar las necesidades relacionales de la enfermera” se obtuvo que: De una parte, las necesidades que demanda la enfermera a su entorno laboral para relacionarse adecuadamente con la familia, que a su vez abarca aspectos referentes a las necesidades de tiempo suficiente, espacio adecuado, y capacitación suficiente para relacionarse con la familia del paciente en UCI. También se reconoce que el trabajo en equipo (con el equipo de UCI) y el reconocimiento del rol de enfermería por parte de las instituciones de salud, también son fundamentales para que dichas relaciones se den adecuadamente De otra parte, las necesidades que demanda la enfermera a los familiares del paciente en UCI para que sus relaciones interpersonales sean adecuadas abarcan aspectos muy sentidos con respecto al trato

digno, confianza, valoración y comprensión de la complejidad del rol enfermero de parte de los familiares de los pacientes en UCI, además de que estos participen de manera más activa en el cuidado de este.

De acuerdo con el segundo objetivo: Definir las dimensiones y/o subdimensiones que operacionalizan el constructo de “Relación Interpersonal Enfermera(o)-Familia en la UCI a partir de las necesidades relacionales de la enfermera(o) se obtuvo la operacionalización de los conceptos derivados del análisis por revisión de literatura y del diseño narrativo a través de una red nomológica, organizando de manera jerárquica los conceptos más abstractos hasta los más operacionalizables.

El tercer objetivo que consistía en construir un instrumento que valorará la relación interpersonal enfermera(o)-familia en la UCI a partir de las dimensiones derivadas de las necesidades relacionales de la enfermera(o), se alcanzó a través de la construcción de 42 ítems iniciales que representaban hipotéticamente la realidad del constructo teórico, además de ser revisados por una experto en el área de lingüística antes de ser sometidos al proceso de validación.

En lo que concierne al cuarto objetivo: Establecer las evidencias de validez y confiabilidad del instrumento construido se concluye lo siguiente:

- Desde la evidencia de validez de contenido se concluye que la evaluación de los ítems permitió refinar el instrumento inicial, eliminando ítems que carecían de claridad, coherencia, relevancia o suficiencia, por ende, adjudicando mayor calidad de medición a este. El IVC indica que los ítems que superaron la primera prueba exponen el dominio de interés en esta investigación confirmando que el contenido del instrumento corresponde a criterios teóricos y conceptuales de manera adecuada de acuerdo con el juicio de cada par evaluador, por ende, el instrumento cuenta con validez de contenido.
- En lo referente a la evidencia de validez facial se tuvo que los ítems del instrumento cumplieron con los criterios de comprensibilidad, claridad y pertinencia a través del pilotaje “cualitativo”, dado que el nivel de acuerdo entre los expertos (población

objeto del instrumento de medición-enfermeros de UCI), fue significativo para cada criterio evaluado, por ende, el instrumento cuenta con validez facial. De otra parte, desde el pilotaje cuantitativo se obtuvo, por una parte, que el instrumento cuenta con consistencia interna ya que las respuestas de los ítems originales y las respuestas de los ítems “espejo” tuvieron una alta correlación, aspecto que indica que los ítems son estables en la medida; de otra parte, se obtuvo una confiabilidad inicial de 0,899, catalogando el instrumento como válido desde la evidencia facial.

- De acuerdo con los hallazgos de la evidencia de validez de constructo, se permite concluir que empíricamente se logran identificar las dimensiones de la red nomológica planteada, lo que es suficiente para explicar en el constructo del instrumento de medición. La organización de los ítems también es coherente con el supuesto teórico, lo que sugiere que el instrumento cuenta con validez de constructo parcial, sin embargo, al ser este un análisis factorial exploratorio es necesario confirmar la estructura interna del instrumento con otros análisis más robustos y de mayor tamaño muestral.
- Con respecto a los hallazgos del análisis de confiabilidad se concluye que el instrumento es confiable y su medición es estable.

El diseño y la validación de este instrumento representa un aporte importante para la disciplina, por una parte, al complementar una construcción teórica que posibilitaba una operacionalización de un concepto, y por otra, porque posibilitará la medición objetiva de un fenómeno poco abordado, pero de gran relevancia para la práctica de enfermería.

La operacionalización del constructo de las relaciones interpersonales permite ofrecer a la comunidad académica y científica de enfermería una visión más integral del fenómeno, y con ello identificar los factores cruciales para intervenir, en este caso desde las necesidades de los profesionales de enfermería en UCI, y de esta forma mitigar las consecuencias tan recurrentes e impactantes de los conflictos relacionales, tanto para la enfermera, como para la familia y el paciente en UCI.

Este trabajo aporta significativamente a políticas en salud como la atención centrada al paciente y su familia, dado que si bien la familia también constituye un eje central en el

cuidado de enfermería, también se deben atender los requerimientos de los profesionales para que sea una política viable y sostenible; de otra parte, también aporta a la política de los derechos y deberes de los usuarios en salud, ya que se demuestra una polarización en los esfuerzos por respetar los derechos del usuario, pero no en exigir el cumplimiento de los deberes; estos aspectos en los que impacta este estudio están inmersos dentro de las políticas de calidad en atención en salud, por ende, el aporte de este trabajo también se dirige en el sentido de que la calidad de salud no solo depende de las percepciones del usuario, sino que también están permeadas por las percepciones y necesidades de los profesionales en salud.

Es de importancia recalcar que los procesos de validación de instrumentos de medición son constantes, y nunca deberán estar sujetos a una sola prueba inicial de validez, dado que los contextos actualmente son cambiantes y las circunstancias muy variables. De otra parte, es importante contar con la mayor cantidad de evidencias disponibles para de esta manera imprimir mayor rigor metodológico y por ende mayor calidad de los instrumentos de medición.

Este trabajo representa una orientación práctica para el diseño y validación de instrumentos de medición para cualquier investigador de la disciplina de enfermería que desee iniciar un estudio similar. Lo anterior esboza pautas de rigor metodológico claras y de fácil aplicación al momento de abordar la psicometría desde la enfermería.

Los estudios de abordaje mixto representan una gran oportunidad para el abordaje de fenómenos de interés en enfermería, ya que rescatan el componente subjetivo desde lo cualitativo y el componente objetivo (Independientemente del diseño de cada uno e indiferentemente de cual precede al otro), permitiendo abordar una realidad de manera holística e integral rescatando todas las dimensiones del ser humano sin reducirlo exclusivamente a la medición, aspecto que se articula coherentemente con los planteamientos filosóficos disciplinares.

Se concluye también que es necesario reforzar e impulsar el diseño y la validación de instrumentos de medición propios de nuestros fenómenos disciplinares y que respondan a las necesidades contextuales particulares de cada región.

Este trabajo refleja los direccionamientos dispuestos en la ley 911 de 2004 de Colombia, en su Título V, Capítulo I, Artículo 42, en donde se plantea claramente que dentro del ejercicio profesional de enfermería, estos deben ser tratados dignamente, reconociendo su integralidad humana, aspecto evidente en las necesidades que demanda el profesional de enfermería tanto a las instituciones de salud como a los familiares del paciente en UCI como usuarios en salud, para que su bienestar y el bienestar del usuarios no se vean vulnerados en ningún momento por relaciones interpersonales insanas o conflictivas, argumento que guarda total coherencia con el principio de reciprocidad o bidireccionalidad de las RI.

5.3 Limitaciones

Una de las principales limitaciones de este estudio se relacionó con la imposibilidad de aleatorización de la muestra dado que esta fue de diferentes instituciones de salud y de diferentes partes del país.

La falta de control de la deseabilidad social es otro factor limitante del estudio, dado que por el contexto de pandemia no fue posible acompañar directamente la aplicación del instrumento, a pesar de que se abrió un canal virtual (grupo de WhatsApp), para acompañar la aplicación del instrumento de manera remota.

Debido a la unidimensionalidad del instrumento no fue posible realizar el análisis a través de la TRI y específicamente del modelo de Rasch, aspecto que hubiera complementado de manera importante este trabajo, sin embargo, se aclara que este modelo es complementario y no afectó el cumplimiento de los objetivos propuestos en esta tesis ni tampoco el rigor metodológico y/o sus resultados.

A pesar de que el tamaño muestral cumple con los estándares establecidos desde la psicometría, este pudo haber sido mayor. La falta de interés en participar de procesos investigativos de parte de profesionales de enfermería es una gran barrera para este tipo de investigaciones especialmente en donde estos son el sujeto o población objeto de estudio.

5.4 Recomendaciones

Para la disciplina:

El desarrollo de conocimientos de una disciplina está sujeto al nivel y profundidad del abordaje de sus fenómenos y de su aplicación práctica. El puente entre teoría, investigación y práctica se logra cuando el conocimiento se desarrolla, se consolida y reviste de utilidad, ajustándose constantemente a las dinámicas cambiantes de cada disciplina y del contexto social. En este sentido, es importante que se continúe con los esfuerzos para incentivar la investigación disciplinar, y de esta forma orientar la práctica con evidencia sólida y de calidad.

De otra parte, es importante que se reconozcan las necesidades de los profesionales de enfermería para brindar cuidado, ya que centralizar en satisfacer las necesidades del sujeto de cuidado puede perpetuar el desconocimiento de los aspectos que requiere enfermería para poder llevarlo a cabo, forzando en muchas ocasiones a que se sobrecargue y que finalmente los resultados esperados no sean los óptimos y/o de calidad.

Para la docencia:

Para el campo de la docencia en enfermería, se recomienda profundizar en el campo de la psicometría, además de los abordajes mixtos en investigación, generando una cultura de abordar fenómenos de maneras diferentes pero válidas.

Se hace necesario retomar la importancia de las relaciones interpersonales desde la docencia en enfermería, y, sobre todo, hacer énfasis en que este proceso es recíproco o bidireccional, reconociendo al profesional de enfermería y al sujeto de cuidado como seres humanos con necesidades diferentes, con el único objetivo de mejorar la calidad del cuidado.

Para la práctica:

Se recomienda el abordaje de políticas en salud como las políticas de calidad teniendo en cuenta lo que los profesionales de enfermería necesitan para garantizarla, debido a que se encuentra con frecuencia que indicadores sensibles se enfocan a la percepción del usuario, sin reconocer que hay factores trascendentales que afectan dicha percepción y que están asociados directamente con necesidades, como las condiciones laborales adecuadas.

Otro aspecto recomendable es propiciar los espacios adecuados en UCI para la interacción entre enfermería y familiares del paciente crítico, garantizando un ambiente agradable, cómodo y tranquilo que evite conflictos derivados del caos que generalmente se desarrolla en esos contextos.

De otra parte, se recomienda que en las UCI los profesionales de enfermería cuenten con distribuciones de carga laboral propicias que posibiliten el abordaje a las familias de los pacientes, sin traumatizar los procesos que allí se generen. Esto se puede lograr a través de una redistribución de cargas de acuerdo con la complejidad del paciente y asignando un tiempo específico para el cuidado de la familia.

Continuar trabajando en el empoderamiento de los profesionales de enfermería y reconocer su verdadero rol e importancia dentro del equipo de UCI se hace sumamente necesario, con ello, se impulsa el empoderamiento, liderazgo, pero sobre todo el que los sujetos de cuidado también la reconozcan como un profesional idóneo y con capacidades de brindar cuidado con calidad.

Si se desea implementar algún tipo de intervención para mejorar la calidad de las relaciones interpersonales entre enfermera y familia en UCI, se recomienda primero diagnosticar la situación a través de la satisfacción de necesidades relacionales tanto de la familia como de la enfermera, y de esta forma tomar decisiones acertadas y argumentadas desde la investigación.

Para la investigación:

Es recomendable que en estudios de tipo psicométrico se sigan las pautas de mayor rigor metodológico, con el fin de obtener instrumentos de medición de calidad que midan con el mínimo error el fenómeno que se desea abordar. De otra parte, se recomienda continuar con el proceso de validación de este instrumento, realizando los ajustes necesarios y sometiendo a otras pruebas como el análisis factorial confirmatorio con mayores tamaños muestrales.

Es de suma importancia que se realice una inmersión más profunda en la teoría de respuesta al ítem para el diseño y validación de instrumentos de medición, y sobre todo en modelos que se ajusten a la multidimensionalidad de los instrumentos de medición, contribuyendo al refinamiento de estos para su aplicación en investigación psicométrica.

Anexo 1: Aval Comité de Ética

Dirección de Extensión e Investigación
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá



Bogotá D.C., 25 de mayo de 2021

[AVAL 014-21]

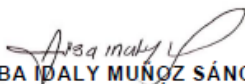
Profesora
VIVIANA MARYCEL CESPEDES CUEVAS
Directora
Posgrados Área Curricular de Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora,
Reciba un atento saludo.

De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería, en sesión virtual ordinaria sincrónica del 24 de mayo de 2021, Acta 04, se permite dar aval desde los aspectos éticos al proyecto de investigación titulado "Características de la relación interpersonal enfermera(o)-familia en UCI desde las necesidades relacionales de enfermería", del estudiante de Doctorado en Enfermería Jaime Alberto Ramírez Niño.

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.

Cordialmente,


ALBA IDALY MUÑOZ SÁNCHEZ
Presidenta Comité de Ética
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
*delegada por la Decana

Anexo 2: Consentimiento informado

Etapa 1- Fase 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO
INVESTIGACIÓN: CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN INTERPERSONAL
ENFERMERA(O)-FAMILIA EN LA UCI A PARTIR DE LAS NECESIDADES
RELACIONALES DE LA ENFERMERA(O).**

Consecutivo número: _____

Estimada(o) colega:

A través de este documento la(o) invito a participar en esta investigación cuyos objetivos se enfocan en ampliar el constructo de “Relación interpersonal enfermera(o)-familia en UCI” desde las necesidades relacionales de la enfermera(o) y a partir de esto, diseñar y validar un instrumento de medición de la relación Interpersonal entre enfermera(o) y familia en la UCI. Esta investigación se encuentra liderada por Jaime Alberto Ramírez Niño, estudiante del programa de Doctorado en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

El presente trabajo se encuentra estructurado en 3 etapas:

- La primera etapa, consiste en identificar y describir el concepto “Necesidades relacionales de la enfermera(o)” a partir de su experiencia como enfermera(o) en UCI. Esto, a través de una entrevista virtual que será grabada solamente en audio desde la tranquilidad de su hogar y respetando su comodidad, tranquilidad y disponibilidad.
- La segunda etapa, consiste en operacionalizar los hallazgos conceptuales de la entrevista en dimensiones y subdimensiones que viabilicen la medición de estos en el contexto de la UCI a través de ítems (enunciados o preguntas concretas).
- La tercera etapa, consiste en someter el instrumento resultante a pruebas de validez y confiabilidad que verifiquen su adecuación a la medición o valoración de las relaciones interpersonales entre la enfermera(o) y la familia en la UCI.

Tenga en cuenta que usted tiene total libertad de participar o no en este estudio y que además puede solicitar las aclaraciones necesarias en el momento que lo considere. Es importante que tenga presente que en cualquier momento podrá detener, suspender o abandonar su participación, sin que esto represente algún inconveniente para su ejercicio profesional o para su relación con el investigador o la institución que este representa.

Usted ha sido seleccionada(o) para esta investigación porque cumple con los criterios establecidos para la misma, como lo son su profesión como enfermera(o), ser mayor de edad, ser colombiana(o), su ejercicio actual en UCI y su experiencia mínima de 5 años.

Su participación en este caso (si acepta), será exclusivamente en la etapa 1 de la investigación, por ende, será entrevistada(o) frente al componente experiencial de las

relaciones interpersonales con las familias en la UCI. Esta entrevista se realizará de manera virtual, y solamente se realizará grabación de audio.

Garantías para su participación:

- Su identificación y toda la información suministrada será de carácter confidencial y serán utilizados exclusivamente para la investigación.
- Su participación no representará alguna retribución económica, social, política o laboral y esta será totalmente voluntaria, teniendo derecho a detener o suspender por completo su participación en cualquier momento sin algún tipo de represaria.
- El riesgo de participar en esta investigación está clasificado como mínimo, sin embargo, durante la entrevista podría experimentar algún conflicto emocional, para lo que se brindará el apoyo necesario.
- Los beneficios de su participación se centran en el reconocimiento de sus necesidades como enfermera(o) dentro de la relación con los familiares en la UCI y de esta forma valorar de manera integral estas relaciones y poder orientar acciones de mejora que logren abarcar tanto las necesidades de las familias como sus necesidades dentro del contexto de UCI.
- Una vez finalizada la investigación, usted podrá conocer los resultados de esta a través de un código que se le asignará para respetar la confidencialidad de sus datos.
- Esta investigación cuenta con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

NOTA IMPORTANTE: EN CASO DE ESTAR CURSANDO POR ALGÚN PROBLEMA DE SALUD, SE RESPETARÁ SU ESTADO DE CONVALECENCIA Y NO PODRÁ PARTICIPAR EN EL ESTUDIO. LO ANTERIOR RESPONDE A QUE SU ESTADO DE SALUD Y PROCESO DE RECUPERACIÓN ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS, Y NO DESEAMOS SOBRECARGARLO NI ABRUMARLO CON EL PROCESO INVESTIGATIVO.

SI ESTÁ DE ACUERDO CON LO ANTERIOR, DILIGENCIE EL SIGUIENTE FORMULARIO:

Fecha: ____/____/____

Yo, _____, manifiesto que he leído y comprendido la información contemplada en este documento, que han sido resueltas todas las dudas o preguntas relacionadas con este y de que puedo rehusar mi participación en cualquier momento. De manera voluntaria, manifiesto expresamente mi autorización para participar en el estudio: "CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN INTERPERSONAL ENFERMERA(O)-FAMILIA EN LA UCI A PARTIR DE LAS NECESIDADES RELACIONALES DE LA ENFERMERA(O)".

Firma del participante

Documento de identificación

Nota: Para aclarar cualquier duda o inquietud relacionada con la investigación usted podrá contactar al enfermero Jaime Alberto Ramírez Niño, al número celular 3203486517 o al correo electrónico jaramirezn@unal.edu.co.

Esta investigación ha recibido aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia mediante el aval número _____. Cualquier inquietud frente al componente ético de esta investigación podrá comunicarse a: Carrera 30 No. 45-03, Edificio 228 Facultad de Enfermería, oficina 402 – tel. 3165000 ext. 17089.

Anexo 3: Consentimiento informado Etapa 3

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO
INVESTIGACIÓN: CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN INTERPERSONAL
ENFERMERA(O)-FAMILIA EN LA UCI A PARTIR DE LAS NECESIDADES
RELACIONALES DE LA ENFERMERA(O).**

Consecutivo número: _____

Estimada(o) colega:

A través de este documento la(o) invito a participar en esta investigación cuyos objetivos se enfocan en ampliar el constructo de “Relación interpersonal enfermera(o)-familia en UCI” desde las necesidades relacionales de la enfermera(o) y a partir de esto, diseñar y validar un instrumento de medición de la relación Interpersonal entre enfermera(o) y familia en la UCI. Esta investigación se encuentra liderada por Jaime Alberto Ramírez Niño, estudiante del programa de Doctorado en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

El presente trabajo se encuentra estructurado en 3 etapas:

- La primera etapa, consiste en identificar y describir el concepto “Necesidades relacionales de la enfermera(o)” a partir de su experiencia como enfermera(o) en UCI. Esto, a través de una entrevista virtual que será grabada solamente en audio desde la tranquilidad de su hogar y respetando su comodidad, tranquilidad y disponibilidad.
- La segunda etapa, consiste en operacionalizar los hallazgos conceptuales de la entrevista en dimensiones y subdimensiones que viabilicen la medición de estos en el contexto de la UCI a través de ítems (enunciados o preguntas concretas).
- La tercera etapa, consiste en someter el instrumento resultante a pruebas de validez y confiabilidad que verifiquen su adecuación a la medición o valoración de las relaciones interpersonales entre la enfermera(o) y la familia en la UCI.

Tenga en cuenta que usted tiene total libertad de participar o no en este estudio y que además puede solicitar las aclaraciones necesarias en el momento que lo considere. Es importante que tenga presente que en cualquier momento podrá detener, suspender o abandonar su participación, sin que esto represente algún inconveniente para su ejercicio profesional o para su relación con el investigador o la institución que este representa.

Usted ha sido seleccionada(o) para esta investigación porque cumple con los criterios establecidos para la misma, como lo son su profesión como enfermera(o), ser mayor de edad, ser colombiana(o), su ejercicio actual en UCI y su experiencia mínima de 5 años.

Su participación en este caso (si acepta), será exclusivamente en la etapa 3 de la investigación, por ende, se enfocará en la aplicación del instrumento de medición derivado de las etapas 1 y 2, contestando de manera virtual cada uno de los ítems que la componen de acuerdo a su experiencia en la UCI.

Garantías para su participación:

- Su identificación y toda la información suministrada será de carácter confidencial y serán utilizados exclusivamente para la investigación.
- Su participación no representará alguna retribución económica, social, política o laboral y esta será totalmente voluntaria, teniendo derecho a detener o suspender por completo su participación en cualquier momento sin algún tipo de represaria.
- El riesgo de participar en esta investigación está clasificado como mínimo y su participación se centra en responder cada uno de los ítems del instrumento de medición derivado de las etapas 1 y 2.
- Los beneficios de su participación se centran en el reconocimiento de sus necesidades como enfermera(o) dentro de la relación con los familiares en la UCI y de esta forma valorar de manera integral estas relaciones y poder orientar acciones de mejora que logren abarcar tanto las necesidades de las familias como sus necesidades dentro del contexto de UCI.
- Una vez finalizada la investigación, usted podrá conocer los resultados de esta a través de un código que se le asignará para respetar la confidencialidad de sus datos.
- Esta investigación cuenta con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

NOTA IMPORTANTE: EN CASO DE ESTAR CURSANDO POR ALGÚN PROBLEMA DE SALUD, SE RESPETARÁ SU ESTADO DE CONVALECENCIA Y NO PODRÁ PARTICIPAR EN EL ESTUDIO. LO ANTERIOR RESPONDE A QUE SU ESTADO DE SALUD Y PROCESO DE RECUPERACIÓN ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS, Y NO DESEAMOS SOBRECARGARLO NI ABRUMARLO CON EL PROCESO INVESTIGATIVO.

SI ESTÁ DE ACUERDO CON LO ANTERIOR, DILIGENCIE EL SIGUIENTE FORMULARIO:

Fecha: ____/____/____

Yo, _____, manifiesto que he leído y comprendido la información contemplada en este documento, que han sido resueltas todas las dudas o preguntas relacionadas con este y de que puedo rehusar mi participación en cualquier momento. De manera voluntaria, manifiesto expresamente mi autorización para participar en el estudio: "CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN INTERPERSONAL ENFERMERA(O)-FAMILIA EN LA UCI A PARTIR DE LAS NECESIDADES RELACIONALES DE LA ENFERMERA(O)".

Firma del participante**Documento de identificación**

Nota: Para aclarar cualquier duda o inquietud relacionada con la investigación usted podrá contactar al enfermero Jaime Alberto Ramírez Niño, al número celular 3203486517 o al correo electrónico jaramirezn@unal.edu.co.

Esta investigación ha recibido aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia mediante el aval número_____. Cualquier inquietud frente al componente ético de esta investigación podrá comunicarse a: Carrera 30 No. 45-03, Edificio 228 Facultad de Enfermería, oficina 402 – tel. 3165000 ext. 17089.

Anexo 4: Solicitud y aprobación para uso de instrumento para juicio de expertos/validez de contenido

Solicitud para uso de guía de juicio de expertos ▶ Recibidos x



Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirez@unal.edu.co>

lun., 31 ago. 15:21 (hace 2 días)



para Jazmine, cuervoangle ▾

Buena tarde,

De manera atenta solicito su autorización para el uso de la guía propuesta por ustedes para la realización del juicio de expertos: "http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf", en el desarrollo del proyecto de tesis titulado: "Características de la relación interpersonal enfermera-familia en la UCI a partir de las necesidades relacionales de la enfermera". Este proyecto de investigación pretende diseñar un instrumento de medición para valorar la relación interpersonal entre la enfermera y la familia en las unidades de cuidados intensivos a partir de una teorización de las necesidades relacionales de la enfermera. Agradezco su atención.

Cordialmente,

Jaime Alberto Ramirez Niño
Enfermero, Esp. Cuidado crítico y Gerencia de la salud.
MsC. Enfermería.
Estudiante de Doctorado en Enfermería
Universidad Nacional de Colombia



Angela Cuervo Martinez

lun., 31 ago. 15:27 (hace 2 días)



para mi ▾

Cordial saludo si autorizo su utilización, manteniendo la referencia y derechos de autor
Éxitos en su investigación



Jazmine Escobar Perez <jaescobarpe@unal.edu.co>

lun., 31 ago. 17:27 (hace 2 días)



para mi ▾

Buenas tardes,

Con mucho gusto. Puede utilizar lo que necesite del artículo. Por otra parte, este semestre, desde el Laboratorio de Psicometría de la Universidad Nacional, realizaremos algunas sesiones de seminario y talleres sobre construcción y análisis de instrumentos. Si le interesa, en el momento que los llevemos a cabo le puedo compartir los links. Éxitos en la investigación.

Feliz tarde,

Jazmine Escobar Pérez

Anexo 5: Guion de entrevistas semiestructuradas

GUIÓN DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Autor: Jaime Alberto Ramírez Niño
Candidato a Doctor en Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Objetivo: Indagar acerca de las necesidades que tiene la enfermera para relacionarse de manera armónica y asertiva con la familia en el contexto de UCI.

PROTOCOLO:

Lugar: Entrevista virtual plataforma Google Meet. Se recomendará que sea un lugar tranquilo, libre de distracciones.

Inicio de grabación: Audio o video, según la decisión del participante.

Establecimiento de contacto: Buen día (tarde), mi nombre es Jaime Alberto Ramírez Niño, soy enfermero profesional, especialista en cuidado crítico y en gerencia de salud, magíster en enfermería con perfil investigativo y en este momento soy estudiante de Doctorado en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, de la ciudad de Bogotá. Inicialmente quiero agradecer su interés en participar de esta investigación de manera voluntaria. Esta investigación se enfocará en identificar cuáles son sus necesidades como enfermera de UCI para poder llevar una relación adecuada con la familia y de esta formar mejorar o fortalecerlas para el bienestar tanto de la familia como del suyo.

Probablemente habrá leído o escuchado que la familia tiene necesidades muy particulares para poder relacionarse con usted como enfermera.... Pues ahora queremos indagar acerca de lo que usted necesita como enfermera para relacionarse con la familia.

Lectura y firma del consentimiento informado (virtualmente a través de plataforma Google Forms y orientado por Google Meet).

Inicio de entrevista:

Antes de iniciar, quiero aclarar que su experiencia en UCI con los familiares del paciente crítico se enfocará a lo vivido antes de la pandemia por COVID-19, debido a que este contexto ha cambiado y/o desdibujado en gran parte la relación entre enfermera y familia, incluso entre paciente y familia.

Preguntas guía (Sin embargo, pueden ser reformuladas o replicadas).

1. ¿Qué significa para usted tener una relación interpersonal armónica/apropiada/adecuada/beneficiosa/provechosa con la familia o cuidador del paciente en UCI?
2. ¿Qué aspectos positivos ha podido percibir/observar/reconocer de su relación interpersonal con las familias o cuidadores del paciente en UCI?
3. ¿Qué aspectos negativos ha podido percibir/observar/reconocer de su relación interpersonal con las familias o cuidadores en UCI?
4. ¿Desde su experiencia como enfermera en UCI qué considera que necesita de la familia o cuidador del paciente para que esa relación interpersonal sea armoniosa/apropiada/adecuada/beneficiosa/provechosa para ambos?
 - a. ¿Cómo cree que la familia o cuidador debiera tratarlo desde su rol de enfermero(a) en cuidado crítico para que la relación interpersonal sea armónica/apropiada/adecuada/beneficiosa/provechosa.
5. ¿Desde su experiencia como enfermera en UCI qué considera que necesita de una institución de salud para que las relaciones interpersonales con la familia o cuidadores del paciente en UCI sean armoniosas/apropiadas/adecuadas/beneficiosas/provechosas?
 - a. Que considera que las instituciones de salud debieran facilitarles a los enfermeros para que las relaciones interpersonales con la familia o cuidadores del paciente en UCI sean armoniosas/apropiadas/adecuadas/beneficiosas/provechosas?
6. ¿Cómo describiría el ambiente físico/espacio físico/área/lugar de la UCI en dónde normalmente se relacionarse con la familia o cuidador?
 - a. ¿Cómo cree que este aspecto impacta en la relación interpersonal con la familia o cuidador?
7. ¿Cómo podría catalogar/calificar/considerar/describir el tiempo que cuenta para ofrecer cuidado a las familias o cuidadores de pacientes en UCI?
 - a. ¿Qué aspectos considera que pueden afectar el tiempo que cuenta para relacionarse con la familia o cuidador?
 - b. ¿Cómo cree que este aspecto impacta en la relación interpersonal con la familia o cuidador?
8. ¿Cómo podría describir su relación con los demás profesionales de la UCI/personal médico?
 - a. ¿Cómo percibe que es visto/reconocido/aceptado por el médico(s) de su equipo de trabajo?
 - b. ¿Cómo se siente frente a ese tipo de relación?

- c. ¿Cómo cree que esto pudiera afectar/impactar/ su relación con la familia o cuidador?
9. ¿Cómo percibe que la reconocen/ven/sienten/identifican los familiares o cuidadores desde su rol como enfermera en UCI?
10. ¿Qué tanto participa la familia o cuidador en el cuidado del paciente en UCI?
- a. ¿Qué tipo de participación de gustaría que la familia o cuidador tuviera en el cuidado del paciente en UCI?
11. ¿Cómo percibe la confianza que tienen los familiares o cuidadores hacia usted en la UCI?
- a. ¿Cómo cree que esto pudiera afectar/impactar su relación con la familia o cuidador?
12. ¿Cómo podría describir/calificar/estimar/evaluar sus habilidades y conocimientos para poder entablar una relación interpersonal armónica con la familia o cuidador en la UCI?
- a. ¿Cómo cree que las habilidades y conocimientos de un enfermero pudiera impactar/afectar la relación interpersonal con la familia o cuidador?
13. ¿Quisiera agregar o expresar algún otro aspecto que considere necesario frente a su relación interpersonal con la familia o cuidador del paciente en UCI?

Cierre de entrevista:

Con esto daríamos fin a esta entrevista, agradezco nuevamente su participación y colaboración en esta investigación. Estaremos en contacto para poder revisar algunos aspectos de esta entrevista y poder compartir los hallazgos de manera personal. Mil gracias y hasta pronto.

Se recuerdan los contactos con el investigador e institución; Se finaliza grabación y conexión virtual.

Bibliografía:

1. Troncoso C, Amaya A. Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. Rev. Fac. Med. 2017 vol. 65 No. 2: 329. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>
2. Salles M. Cuadernos Metodológicos. Entrevistas cualitativas. Capítulos I, II, III. Centro de Investigaciones Sociológicas – CIS. Madrid-España. 2007.
3. Hammer D, Wildavsky A. La entrevista semi-estructurada de final abierto. Aproximación a una guía operativa. Historia y Fuente Oral, 1990, No. 4, Entrevistar... ¿Para Qué? (1990), pp. 23-61. Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/27753290>

Anexo 6: Convenio de cooperación OCE

020



CONVENIO DE COOPERACION ACADEMICA

Entre los suscritos, a saber: **BLANCA CECILIA VARGAS GONZALEZ**, mayor de edad, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 41.556.749 de Bogotá D.C., quien actúa en calidad de Representante Legal de la ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERIA - OCE, entidad privada, sin ánimo de lucro, debidamente constituida bajo las leyes de la Republica de Colombia, identificada con NIT 900061259-6, inscrita ante la Cámara de Comercio de Bogotá D.C., con el numero 00092900 del Libro I, de las entidades sin ánimo de lucro, en adelante "La OCE", que para los efectos del presente acuerdo se denominará La OCE, y de otra parte, **JAIME ALBERTO RAMIREZ NIÑO** (*Afiliado OCE*), que para efectos del presente acuerdo se denominará El "ESTUDIANTE INVESTIGADOR", y responsable de la misma; se acuerda suscribir el presente Convenio de Cooperación Académica, conforme a las siguientes

CLÁUSULAS:

PRIMERA – OBJETO. Realizar un Convenio de Cooperación Académica entre "La OCE" y **JAIME ALBERTO RAMIREZ NIÑO**, en su condición de "ESTUDIANTE INVESTIGADOR", y responsable de la misma, para efectos de propender por la participación de los Afiliados de la OCE en el diligenciamiento del formulario virtual: Escala NERF-UCI "Valoración de las necesidades del profesional de enfermería dentro del proceso relacional e interpersonal con la familia del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos - UCI" cuya investigación esta aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en sesión del día 25 de mayo de 2021, con número de AVAL 014-21.

SEGUNDA – OBLIGACIONES DE LAS PARTES:

POR PARTE DE LA OCE:

1. Brindará apoyo Logístico, Tecnológico y Administrativo al ESTUDIANTE INVESTIGADOR y/o las personas que ellos designen o le acompañen en el desarrollo del trabajo investigativo, que permita las acciones acordadas en el marco del presente Convenio.
2. Invitará a sus Afiliados a través de las distintas plataformas virtuales de comunicación que posee, para que voluntariamente accedan al diligenciamiento del formulario virtual: Escala NERF-UCI "Valoración de las necesidades del profesional de enfermería dentro del proceso relacional e interpersonal con la familia del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos - UCI", quienes deberán otorgar la autorización Legal para el efecto, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1581 de 2012 -protección de datos personales-; y una vez obtenida la información, la remitirá al INVESTIGADOR para el procesamiento y análisis.



3. Realizará recordatorios a los participantes cada semana, durante el termino de vigencia del presente Acuerdo.

POR PARTE Del Estudiante Investigador, y responsable de la misma:

1. Realizará informes de avances cada semana de los datos obtenidos para las dos partes y reuniones entre EL investigador y los miembros de la OCE cada 20 días.

2. Velará por la finalización del proyecto de investigación, la presentación de un informe del proyecto, la difusión de los resultados (*artículo científico y/o evento científico*).

3. Tanto en el informe como en la difusión de resultados se realizará el reconocimiento del apoyo de la OCE en la recolección de los datos en la Investigación.

TERCERA – RECURSOS: Para el desarrollo de las actividades derivadas del presente Convenio de Cooperación Académica, las partes aportarán su capacidad institucional, logística, administrativa y humana que les permita alcanzar el cumplimiento de los objetivos.

CUARTA. – SUPERVISIÓN: La OCE ejercerá la supervisión del cumplimiento del presente Convenio a través de la Dirección Administrativa o quien se designe para el efecto por parte de la Representante Legal, y por la otra parte, a través del ESTUDIANTE INVESTIGADOR o quien designe para el efecto.

QUINTA – PLAZO DE EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES: Las actividades descritas en el presente Convenio de Cooperación Académica se desarrollarán en el periodo comprendido entre el dieciséis (16) de Noviembre de Dos mil Veintiuno (2021) y hasta el Treinta (30) de Junio de Dos mil Veintidós (2022). El periodo de ejecución podrá tener prórrogas, que en todo caso deberán constar por escrito y estará sujeto a los avances presentados y debidamente sustentados del proyecto de investigación.

SEXTA – NO VINCULACIÓN LABORAL: Las partes manifiestan expresamente que la celebración del presente Convenio de Cooperación Académica no supone la creación de ningún vinculo laboral entre la OCE y el ESTUDIANTE INVESTIGADOR y/o las personas que ella designe o le acompañen en el desarrollo del trabajo investigativo.

SEPTIMA. – PROPIEDAD INTELECTUAL Y DERECHOS DE AUTOR: El ESTUDIANTE INVESTIGADOR y/o las personas que ella designe o le acompañen en el desarrollo del trabajo investigativo son los autores y conservarán ese derecho en un 100%, respecto de todos los productos obtenidos en el marco del presente Acuerdo.



OCTAVA. – CRÉDITO INSTITUCIONAL, USO DE NOMBRES, IMAGEN CORPORATIVA Y LOS LOGOS DE LAS PARTES: En los documentos, publicaciones y comunicaciones que generen en conjunto las partes referidas en el presente acuerdo, se debe hacer alusión a la existencia del presente Convenio. El uso de logos u otros elementos de identidad corporativa solo serán usados bajo autorización expresa de la OCE, siempre y cuando se cumpla con los lineamientos establecidos en la Política de Comunicaciones de la OCE y el Manual de Imagen Corporativa de la OCE. Si El *ESTUDIANTE INVESTIGADOR* y/o las personas que se designe o le acompañen en el desarrollo del trabajo investigativo tienen logo, se autoriza a la OCE para hacer uso de éste de manera responsable y para los fines establecidos en este documento, siempre que haya autorización previa de los mismos.

NOVENA. – PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES: La información que se suministre de las personas naturales o jurídicas que intervengan en la ejecución de este convenio será utilizada solo en desarrollo de las actividades aquí definidas, las cuales en ningún momento pueden ir en contra de los intereses que a cada una le asiste en este convenio, en razón de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y demás normas complementarias, debiéndose respetar y aplicar en su integridad todos los principios y parámetros establecidos en la referida normativa.

DÉCIMA – NO EXCLUSIVIDAD. Ambas partes del presente Convenio conservarán la facultad autónoma de celebrar convenios similares al mismo tiempo con otras instituciones, de acuerdo con sus intereses particulares.

DÉCIMA PRIMERA – AUTONOMÍA. El presente Convenio no genera entre las partes ningún tipo de relación de dependencia o subordinación. Así mismo, no genera ningún tipo de vinculación societaria ni genera responsabilidad solidaria entre las partes respecto de las obligaciones adquiridas por cada una de ellas en desarrollo de su objeto asociativo, cometidos fundacionales o actividades propias de su naturaleza.

DECIMA SEGUNDA – PROHIBICIÓN DE CESIÓN. Ninguna de las partes podrá ceder su posición contractual en el presente Convenio sin la previa autorización expresada por escrito de la contraparte.

DÉCIMA TERCERA. – MODIFICACIONES, ADICIONES Y/O ACLARACIONES: Las partes declaran expresamente que el presente acuerdo o cualquiera de sus cláusulas podrán ser modificadas, adicionadas y aclaradas por escrito, siempre y cuando ello no implique modificación del objeto, y haya previo acuerdo entre las partes.



DÉCIMA CUARTA. – CAUSALES DE TERMINACIÓN: Serán causales de terminación del presente Convenio, la ocurrencia de uno de cualquiera de los siguientes eventos.

1. Por expiración del plazo pactado.
2. Cuando se cumpla el objeto del Convenio en su totalidad.
3. Por acuerdo mutuo expresado en un documento y firmado por ambas partes.
4. Por la ocurrencia de circunstancia de caso fortuito o fuerza mayor que impidan la continuidad de la ejecución del Convenio.
5. Por incumplimiento de las cláusulas del Convenio por alguna de las partes.
6. Por la imposibilidad técnica, administrativa o legal para continuar con la ejecución del Convenio.
7. Las partes podrán dar por terminado el presente Convenio en cualquier tiempo, avisando por escrito con una antelación no inferior a quince (15) días sin que ello genere indemnización o incumplimiento.
8. Sin embargo, independientemente del motivo de terminación, las actividades que se estén realizando en ese momento, continuarán hasta la fecha programada y aprobada para su conclusión.
9. La terminación del Convenio no afectará de manera futura la relación entre las partes.

DÉCIMA QUINTA. – SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS: En caso de presentarse alguna controversia durante el desarrollo del presente acuerdo, las partes acudirán al arreglo directo. En caso de no llegar a una solución directa se podrá recurrir a los mecanismos de resolución de conflictos establecidos en la Legislación Colombiana.

DÉCIMA SEXTA. – REGLAS DEL CONVENIO: En el marco del presente acuerdo, cada una de las partes responde exclusivamente por las obligaciones definidas en el mismo, de acuerdo a los reglamentos generales del desarrollo de un proyecto investigativo y la normatividad que rige a la OCE.



DÉCIMA SEPTIMA – INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: Al suscribir el presente documento, las partes indican que no se encuentran incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad o dentro de las prohibiciones para suscribir contratos o convenios, contempladas en la Legislación Colombiana y de acuerdo al sector que representan.

DÉCIMA OCTAVA –DOMICILIO. Para todos los efectos legales el domicilio del presente Convenio es la ciudad de Bogotá D.C.

DECIMA NOVENA – NOTIFICACIONES. Cada una de las partes recibirá notificaciones en las siguientes direcciones:

La OCE en la Transversal 28 No. A No. 37 – 75, Barrio la Soledad de Bogotá D.C., y Correo Electrónico para NOTIFICACION: oce@oceinfo.org.co

El ESTUDIANTE INVESTIGADOR, en la carrera 38 A # 9 sur – 59 Barrio Ciudad Montes Bogotá D.C., y Correo Electrónico para NOTIFICACION: jaramirez@unal.edu.co

En constancia de lo acordado y en señal de conformidad, se firma el presente documento en Dos (2) ejemplares de igual valor y tenor, en Bogotá D.C., a los dieciséis (16) días del mes de noviembre del año Dos mil Veintiuno (2021).

Por La OCE,

BLANCA CECILIA VARGAS GONZALEZ
Representante Legal

Por el INVESTIGADOR,

JAIME ALBERTO RAMIREZ NIÑO
C.C. No. 1.070.943.880

Anexo 7: Correos de solicitud de apoyo de divulgación en organizaciones de enfermería y Universidades a nivel nacional

4/2/22 13:34

Correo de Universidad Nacional de Colombia - SOLICITUD DIVULGACIÓN



Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirezn@unal.edu.co>

SOLICITUD DIVULGACIÓN

1 mensaje

Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirezn@unal.edu.co>

2 de noviembre de 2021, 9:59

Para: administracion@amci.org.co

Cc: Yulieth Maria Zabaleta Polo <yzabaleta@unal.edu.co>

Cordial saludo,

De manera atenta solicito su apoyo en la divulgación (a través de sus canales de comunicación oficiales) de una invitación para profesionales de enfermería de unidades de cuidado intensivo con el fin de que participen en una investigación a nivel nacional. La participación consistirá en responder una pequeña encuesta enfocada a evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería para que sus relaciones interpersonales con los familiares de los pacientes en UCI se den de la mejor manera, con el fin de establecer sus niveles de validez y confiabilidad. Agradezco su atención y quedará atento a cualquier inquietud.

INVITACIÓN A DIVULGAR (ENTRE COMILLAS):

"Cordial saludo,

De manera atenta lo invitamos a participar de la investigación titulada: "Características de la relación interpersonal enfermera(o)-familia en UCI desde las necesidades relacionales de la Enfermera(o)". Esta investigación tiene como objetivo diseñar y validar una escala de medición que permita evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería en UCI para poder relacionarse de manera armónica con los familiares del paciente. La participación en esta fase consiste en responder los enunciados de la escala de acuerdo a su experiencia en la UCI. Esta participación es totalmente virtual y no le tomará más de 10 minutos.

Su contribución definirá el nivel de validez y de confiabilidad de la escala, lo que permitirá a futuro reconocer lo que necesitan los profesionales de enfermería para que sus relaciones con los familiares del paciente en UCI se den de la mejor forma.

Para poder participar deberá acceder al siguiente link y responder cada uno de los ítems que allí encontrará. Cabe resaltar que esta investigación cuenta con Aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería número 014-21, y su participación es totalmente voluntaria. Cualquier duda o inquietud podrá comunicarse directamente a la persona encargada de la investigación o al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería (Ver datos de contacto abajo).

LINK DE PARTICIPACIÓN: <https://my.forms.app/form/8164c3ca13e541045c9d2723>

Agradezco su atención, participación y contribución en el estudio.

Atentamente,

Jaime Alberto Ramírez Niño

E-mail: jaramirezn@unal.edu.co - Celular: 3203486517

Enfermero - Universidad Nacional de Colombia

Especialista en Gerencia de Servicios de Salud - FUCS

Diplomado en Cuidado Crítico - U. Rosario

Magíster en Enfermería - Universidad Nacional de Colombia

PhD(c). Enfermería - Universidad Nacional de Colombia

Docente Universidad Nacional de Colombia

Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería - Sigma Theta Tau

Miembro de la Junta Directiva - Comité Académico - Sigma Theta Tau

Contacto Comité de Ética Facultad de Enfermería: ugi_febog@unal.edu.co o al teléfono 3165000 ext. 17089 "

4/2/22 13:36

Correo de Universidad Nacional de Colombia - SOLICITUD DE DIVULGACIÓN



Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirezn@unal.edu.co>

SOLICITUD DE DIVULGACIÓN

1 mensaje

Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirezn@unal.edu.co>
Para: anecnal@anec.org.co

2 de noviembre de 2021, 10:00

Cordial saludo,

De manera atenta solicito su apoyo en la divulgación (a través de sus canales de comunicación oficiales) de una invitación para profesionales de enfermería de unidades de cuidado intensivo con el fin de que participen en una investigación a nivel nacional. La participación consistirá en responder una pequeña encuesta enfocada a evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería para que sus relaciones interpersonales con los familiares de los pacientes en UCI se den de la mejor manera, con el fin de establecer sus niveles de validez y confiabilidad. Agradezco su atención y quedará atento a cualquier inquietud.

INVITACIÓN A DIVULGAR (ENTRE COMILLAS):

*Cordial saludo,

De manera atenta lo invitamos a participar de la investigación titulada: "Características de la relación interpersonal enfermera(o)-familia en UCI desde las necesidades relacionales de la Enfermera(o)". Esta investigación tiene como objetivo diseñar y validar una escala de medición que permita evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería en UCI para poder relacionarse de manera armónica con los familiares del paciente. La participación en esta fase consiste en responder los enunciados de la escala de acuerdo a su experiencia en la UCI. Esta participación es totalmente virtual y no le tomará más de 10 minutos.

Su contribución definirá el nivel de validez y de confiabilidad de la escala, lo que permitirá a futuro reconocer lo que necesitan los profesionales de enfermería para que sus relaciones con los familiares del paciente en UCI se den de la mejor forma.

Para poder participar deberá acceder al siguiente link y responder cada uno de los ítems que allí encontrará. Cabe resaltar que esta investigación cuenta con Aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería número 014-21, y su participación es totalmente voluntaria. Cualquier duda o inquietud podrá comunicarse directamente a la persona encargada de la investigación o al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería (Ver datos de contacto abajo).

LINK DE PARTICIPACIÓN: <https://my.forms.app/form/6164c3ca13e541045c9d2723>

Agradezco su atención, participación y contribución en el estudio.

Atentamente,

Jaime Alberto Ramírez Niño

E-mail: jaramirezn@unal.edu.co - Celular: 3203486517

Enfermero - Universidad Nacional de Colombia

Especialista en Gerencia de Servicios de Salud - FUCS

Diplomado en Cuidado Crítico - U. Rosario

Magíster en Enfermería - Universidad Nacional de Colombia

PhD(c). Enfermería - Universidad Nacional de Colombia

Docente Universidad Nacional de Colombia

Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería - Sigma Theta Tau

Miembro de la Junta Directiva - Comité Académico - Sigma Theta Tau

Contacto Comité de Ética Facultad de Enfermería: ugi_febog@unal.edu.co o al teléfono 3165000 ext. 17089 *

4/2/22 13:39

Correo de Universidad Nacional de Colombia - SOLICITUD DE APOYO EN DIVULGACIÓN



Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirezn@unal.edu.co>

SOLICITUD DE APOYO EN DIVULGACIÓN

2 mensajes

Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirezn@unal.edu.co>
Para: decaenfermeria@udea.edu.co, posgradosenfermeria@udea.edu.co

2 de noviembre de 2021, 10:02

Cordial saludo,

De manera atenta solicito su apoyo en la divulgación (a través de sus canales de comunicación oficiales) de una invitación para profesionales de enfermería de unidades de cuidado intensivo con el fin de que participen en una investigación a nivel nacional. La participación consistirá en responder una pequeña encuesta enfocada a evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería para que sus relaciones interpersonales con los familiares de los pacientes en UCI se den de la mejor manera, con el fin de establecer sus niveles de validez y confiabilidad. Agradezco su atención y quedará atento a cualquier inquietud.

INVITACIÓN A DIVULGAR (ENTRE COMILLAS):

"Cordial saludo,

De manera atenta lo invitamos a participar de la investigación titulada: "Características de la relación interpersonal enfermera(o)-familia en UCI desde las necesidades relacionales de la Enfermera(o)". Esta investigación tiene como objetivo diseñar y validar una escala de medición que permita evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería en UCI para poder relacionarse de manera armónica con los familiares del paciente. La participación en esta fase consiste en responder los enunciados de la escala de acuerdo a su experiencia en la UCI. Esta participación es totalmente virtual y no le tomará más de 10 minutos.

Su contribución definirá el nivel de validez y de confiabilidad de la escala, lo que permitirá a futuro reconocer lo que necesitan los profesionales de enfermería para que sus relaciones con los familiares del paciente en UCI se den de la mejor forma.

Para poder participar deberá acceder al siguiente link y responder cada uno de los ítems que allí encontrará. Cabe resaltar que esta investigación cuenta con Aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería número 014-21, y su participación es totalmente voluntaria. Cualquier duda o inquietud podrá comunicarse directamente a la persona encargada de la investigación o al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería (Ver datos de contacto abajo).

LINK DE PARTICIPACIÓN: <https://my.forms.app/form/6164c3ca13e641045c9d2723>

Agradezco su atención, participación y contribución en el estudio.

Atentamente,

Jaime Alberto Ramírez Niño

E-mail: jaramirezn@unal.edu.co - Celular: 3203486517

Enfermero - Universidad Nacional de Colombia

Especialista en Gerencia de Servicios de Salud - FUCS

Diplomado en Cuidado Crítico - U. Rosario

Magíster en Enfermería - Universidad Nacional de Colombia

PhD(c). Enfermería - Universidad Nacional de Colombia

Docente Universidad Nacional de Colombia

Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería - Sigma Theta Tau

Miembro de la Junta Directiva - Comité Académico - Sigma Theta Tau

Contacto Comité de Ética Facultad de Enfermería: ugi_febog@unal.edu.co o al teléfono 3165000 ext. 17089 "

4/2/22 13:41

Correo de Universidad Nacional de Colombia - SOLICITUD DE APOYO EN DIVULGACIÓN



Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirez@unal.edu.co>

SOLICITUD DE APOYO EN DIVULGACIÓN

2 mensajes

Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirez@unal.edu.co>
Para: enfermeria@correounivalle.edu.co

2 de noviembre de 2021, 10:02

Cordial saludo,

De manera atenta solicito su apoyo en la divulgación (a través de sus canales de comunicación oficiales) de una invitación para profesionales de enfermería de unidades de cuidado intensivo con el fin de que participen en una investigación a nivel nacional. La participación consistirá en responder una pequeña encuesta enfocada a evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería para que sus relaciones interpersonales con los familiares de los pacientes en UCI se den de la mejor manera, con el fin de establecer sus niveles de validez y confiabilidad. Agradezco su atención y quedará atento a cualquier inquietud.

INVITACIÓN A DIVULGAR (ENTRE COMILLAS):

"Cordial saludo,

De manera atenta lo invitamos a participar de la investigación titulada: "Características de la relación interpersonal enfermera(o)-familia en UCI desde las necesidades relacionales de la Enfermera(o)". Esta investigación tiene como objetivo diseñar y validar una escala de medición que permita evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería en UCI para poder relacionarse de manera armónica con los familiares del paciente. La participación en esta fase consiste en responder los enunciados de la escala de acuerdo a su experiencia en la UCI. Esta participación es totalmente virtual y no le tomará más de 10 minutos.

Su contribución definirá el nivel de validez y de confiabilidad de la escala, lo que permitirá a futuro reconocer lo que necesitan los profesionales de enfermería para que sus relaciones con los familiares del paciente en UCI se den de la mejor forma.

Para poder participar deberá acceder al siguiente link y responder cada uno de los ítems que allí encontrará. Cabe resaltar que esta investigación cuenta con Aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería número 014-21, y su participación es totalmente voluntaria. Cualquier duda o inquietud podrá comunicarse directamente a la persona encargada de la investigación o al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería (Ver datos de contacto abajo).

LINK DE PARTICIPACIÓN: <https://my.forms.app/form/6164c3ca13e541045c9d2723>

Agradezco su atención, participación y contribución en el estudio.

Atentamente,

Jaime Alberto Ramírez Niño

E-mail: jaramirez@unal.edu.co - Celular: 3203486517

Enfermero - Universidad Nacional de Colombia

Especialista en Gerencia de Servicios de Salud - FUCS

Diplomado en Cuidado Crítico - U. Rosario

Magíster en Enfermería - Universidad Nacional de Colombia

PhD(c). Enfermería - Universidad Nacional de Colombia

Docente Universidad Nacional de Colombia

Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería - Sigma Theta Tau

Miembro de la Junta Directiva - Comité Académico - Sigma Theta Tau

Contacto Comité de Ética Facultad de Enfermería: ugi_febog@unal.edu.co o al teléfono 3165000 ext. 17089 *



Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirez@unal.edu.co>

SOLICITUD DE APOYO EN DIVULGACIÓN

2 mensajes

Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirez@unal.edu.co>
Para: enfermeriagrupo@uniboyaca.edu.co

2 de noviembre de 2021, 10:03

Cordial saludo,

De manera atenta solicito su apoyo en la divulgación (a través de sus canales de comunicación oficiales) de una invitación para profesionales de enfermería de unidades de cuidado intensivo con el fin de que participen en una investigación a nivel nacional. La participación consistirá en responder una pequeña encuesta enfocada a evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería para que sus relaciones interpersonales con los familiares de los pacientes en UCI se den de la mejor manera, con el fin de establecer sus niveles de validez y confiabilidad. Agradezco su atención y quedaré atento a cualquier inquietud.

INVITACIÓN A DIVULGAR (ENTRE COMILLAS):

"Cordial saludo,

De manera atenta lo invitamos a participar de la investigación titulada: "Características de la relación interpersonal enfermera(o)-familia en UCI desde las necesidades relacionales de la Enfermera(o)". Esta investigación tiene como objetivo diseñar y validar una escala de medición que permita evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería en UCI para poder relacionarse de manera armónica con los familiares del paciente. La participación en esta fase consiste en responder los enunciados de la escala de acuerdo a su experiencia en la UCI. Esta participación es totalmente virtual y no le tomará más de 10 minutos.

Su contribución definirá el nivel de validez y de confiabilidad de la escala, lo que permitirá a futuro reconocer lo que necesitan los profesionales de enfermería para que sus relaciones con los familiares del paciente en UCI se den de la mejor forma.

Para poder participar deberá acceder al siguiente link y responder cada uno de los ítems que allí encontrará. Cabe resaltar que esta investigación cuenta con Aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería número 014-21, y su participación es totalmente voluntaria. Cualquier duda o inquietud podrá comunicarse directamente a la persona encargada de la investigación o al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería (Ver datos de contacto abajo).

LINK DE PARTICIPACIÓN: <https://my.forms.app/form/6164c3ca13e541045c9d2723>

Agradezco su atención, participación y contribución en el estudio.

Atentamente,

Jaime Alberto Ramírez Niño

E-mail: jaramirez@unal.edu.co - Celular: 3203486517

Enfermero - Universidad Nacional de Colombia

Especialista en Gerencia de Servicios de Salud - FUCS

Diplomado en Cuidado Crítico - U. Rosario

Magíster en Enfermería - Universidad Nacional de Colombia

PhD(c). Enfermería - Universidad Nacional de Colombia

Docente Universidad Nacional de Colombia

Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería - Sigma Theta Tau

Miembro de la Junta Directiva - Comité Académico - Sigma Theta Tau

Contacto Comité de Ética Facultad de Enfermería: ugi_febog@unal.edu.co o al teléfono 3165000 ext. 17089 "



Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirezn@unal.edu.co>

SOLICITUD DE APOYO EN DIVULGACIÓN

2 mensajes

Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirezn@unal.edu.co>
Para: enfermeria@uptc.edu.co

2 de noviembre de 2021, 10:04

Cordial saludo,

De manera atenta solicito su apoyo en la divulgación (a través de sus canales de comunicación oficiales) de una invitación para profesionales de enfermería de unidades de cuidado intensivo con el fin de que participen en una investigación a nivel nacional. La participación consistirá en responder una pequeña encuesta enfocada a evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería para que sus relaciones interpersonales con los familiares de los pacientes en UCI se den de la mejor manera, con el fin de establecer sus niveles de validez y confiabilidad. Agradezco su atención y quedaré atento a cualquier inquietud.

INVITACIÓN A DIVULGAR (ENTRE COMILLAS):

"Cordial saludo,

De manera atenta lo invitamos a participar de la investigación titulada: "Características de la relación interpersonal enfermera(o)-familia en UCI desde las necesidades relacionales de la Enfermera(o)". Esta investigación tiene como objetivo diseñar y validar una escala de medición que permita evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería en UCI para poder relacionarse de manera armónica con los familiares del paciente. La participación en esta fase consiste en responder los enunciados de la escala de acuerdo a su experiencia en la UCI. Esta participación es totalmente virtual y no le tomará más de 10 minutos.

Su contribución definirá el nivel de validez y de confiabilidad de la escala, lo que permitirá a futuro reconocer lo que necesitan los profesionales de enfermería para que sus relaciones con los familiares del paciente en UCI se den de la mejor forma.

Para poder participar deberá acceder al siguiente link y responder cada uno de los ítems que allí encontrará. Cabe resaltar que esta investigación cuenta con Aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería número 014-21, y su participación es totalmente voluntaria. Cualquier duda o inquietud podrá comunicarse directamente a la persona encargada de la investigación o al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería (Ver datos de contacto abajo).

LINK DE PARTICIPACIÓN: <https://my.forms.app/form/6164c3ca13e541045c9d2723>

Agradezco su atención, participación y contribución en el estudio.

Atentamente,

Jaime Alberto Ramírez Niño

E-mail: jaramirezn@unal.edu.co - Celular: 3203486517

Enfermero - Universidad Nacional de Colombia

Especialista en Gerencia de Servicios de Salud - FUCS

Diplomado en Cuidado Crítico - U. Rosario

Magíster en Enfermería - Universidad Nacional de Colombia

PhD(c). Enfermería - Universidad Nacional de Colombia

Docente Universidad Nacional de Colombia

Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería - Sigma Theta Tau

Miembro de la Junta Directiva - Comité Académico - Sigma Theta Tau

Contacto Comité de Ética Facultad de Enfermería: ugi_febog@unal.edu.co o al teléfono 3165000 ext. 17089 "



Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirezn@unal.edu.co>

SOLICITUD DE APOYO EN DIVULGACIÓN

2 mensajes

Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirezn@unal.edu.co>
Para: enfermeria@ucaldas.edu.co

2 de noviembre de 2021, 10:05

Cordial saludo,

De manera atenta solicito su apoyo en la divulgación (a través de sus canales de comunicación oficiales) de una invitación para profesionales de enfermería de unidades de cuidado intensivo con el fin de que participen en una investigación a nivel nacional. La participación consistirá en responder una pequeña encuesta enfocada a evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería para que sus relaciones interpersonales con los familiares de los pacientes en UCI se den de la mejor manera, con el fin de establecer sus niveles de validez y confiabilidad. Agradezco su atención y quedará atento a cualquier inquietud.

INVITACIÓN A DIVULGAR (ENTRE COMILLAS):

"Cordial saludo,

De manera atenta lo invitamos a participar de la investigación titulada: "Características de la relación interpersonal enfermera(o)-familia en UCI desde las necesidades relacionales de la Enfermera(o)". Esta investigación tiene como objetivo diseñar y validar una escala de medición que permita evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería en UCI para poder relacionarse de manera armónica con los familiares del paciente. La participación en esta fase consiste en responder los enunciados de la escala de acuerdo a su experiencia en la UCI. Esta participación es totalmente virtual y no le tomará más de 10 minutos.

Su contribución definirá el nivel de validez y de confiabilidad de la escala, lo que permitirá a futuro reconocer lo que necesitan los profesionales de enfermería para que sus relaciones con los familiares del paciente en UCI se den de la mejor forma.

Para poder participar deberá acceder al siguiente link y responder cada uno de los ítems que allí encontrará. Cabe resaltar que esta investigación cuenta con Aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería número 014-21, y su participación es totalmente voluntaria. Cualquier duda o inquietud podrá comunicarse directamente a la persona encargada de la investigación o al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería (Ver datos de contacto abajo).

LINK DE PARTICIPACIÓN: <https://my.forms.app/form/8164c3ca13e541045c9d2723>

Agradezco su atención, participación y contribución en el estudio.

Atentamente,

Jaime Alberto Ramírez Niño
E-mail: jaramirezn@unal.edu.co - Celular: 3203486517
Enfermero - Universidad Nacional de Colombia
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud - FUCS
Diplomado en Cuidado Crítico - U. Rosario
Magíster en Enfermería - Universidad Nacional de Colombia
PhD(c). Enfermería - Universidad Nacional de Colombia
Docente Universidad Nacional de Colombia
Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería - Sigma Theta Tau
Miembro de la Junta Directiva - Comité Académico - Sigma Theta Tau
Contacto Comité de Ética Facultad de Enfermería: ugj_febog@unal.edu.co o al teléfono 3165000 ext. 17089 "



Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirez@unal.edu.co>

SOLICITUD DE APOYO EN DIVULGACIÓN

2 mensajes

Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirez@unal.edu.co>
Para: jborja@uninorte.edu.co, merinod@uninorte.edu.co

2 de noviembre de 2021, 10:08

Cordial saludo,

De manera atenta solicito su apoyo en la divulgación (a través de sus canales de comunicación oficiales) de una invitación para profesionales de enfermería de unidades de cuidado intensivo con el fin de que participen en una investigación a nivel nacional. La participación consistirá en responder una pequeña encuesta enfocada a evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería para que sus relaciones interpersonales con los familiares de los pacientes en UCI se den de la mejor manera, con el fin de establecer sus niveles de validez y confiabilidad. Agradezco su atención y quedará atento a cualquier inquietud.

INVITACIÓN A DIVULGAR (ENTRE COMILLAS):

"Cordial saludo,

De manera atenta lo invitamos a participar de la investigación titulada: "Características de la relación interpersonal enfermera(o)-familia en UCI desde las necesidades relacionales de la Enfermera(o)". Esta investigación tiene como objetivo diseñar y validar una escala de medición que permita evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería en UCI para poder relacionarse de manera armónica con los familiares del paciente. La participación en esta fase consiste en responder los enunciados de la escala de acuerdo a su experiencia en la UCI. Esta participación es totalmente virtual y no le tomará más de 10 minutos.

Su contribución definirá el nivel de validez y de confiabilidad de la escala, lo que permitirá a futuro reconocer lo que necesitan los profesionales de enfermería para que sus relaciones con los familiares del paciente en UCI se den de la mejor forma.

Para poder participar deberá acceder al siguiente link y responder cada uno de los ítems que allí encontrará. Cabe resaltar que esta investigación cuenta con Aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería número 014-21, y su participación es totalmente voluntaria. Cualquier duda o inquietud podrá comunicarse directamente a la persona encargada de la investigación o al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería (Ver datos de contacto abajo).

LINK DE PARTICIPACIÓN: <https://my.forms.app/form/6164c3ca13e541045c9d2723>

Agradezco su atención, participación y contribución en el estudio.

Atentamente,

Jaime Alberto Ramírez Niño

E-mail: jaramirez@unal.edu.co - Celular: 3203486517

Enfermero - Universidad Nacional de Colombia

Especialista en Gerencia de Servicios de Salud - FUCS

Diplomado en Cuidado Crítico - U. Rosario

Magíster en Enfermería - Universidad Nacional de Colombia

PhD(c). Enfermería - Universidad Nacional de Colombia

Docente Universidad Nacional de Colombia

Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería - Sigma Theta Tau

Miembro de la Junta Directiva - Comité Académico - Sigma Theta Tau

Contacto Comité de Ética Facultad de Enfermería: ugi_febog@unal.edu.co o al teléfono 3165000 ext. 17089 "

4/2/22 13:51

Correo de Universidad Nacional de Colombia - SOLICITUD DE APOYO EN DIVULGACIÓN



Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirezn@unal.edu.co>

SOLICITUD DE APOYO EN DIVULGACIÓN

2 mensajes

Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirezn@unal.edu.co>

2 de noviembre de 2021, 10:07

Para: penfermeria@unisimonbolivar.edu.co, morostegui1@unisimonbolivar.edu.co

Cordial saludo,

De manera atenta solicito su apoyo en la divulgación (a través de sus canales de comunicación oficiales) de una invitación para profesionales de enfermería de unidades de cuidado intensivo con el fin de que participen en una investigación a nivel nacional. La participación consistirá en responder una pequeña encuesta enfocada a evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería para que sus relaciones interpersonales con los familiares de los pacientes en UCI se den de la mejor manera, con el fin de establecer sus niveles de validez y confiabilidad. Agradezco su atención y quedará atento a cualquier inquietud.

INVITACIÓN A DIVULGAR (ENTRE COMILLAS):

"Cordial saludo,

De manera atenta lo invitamos a participar de la investigación titulada: "Características de la relación interpersonal enfermera(o)-familia en UCI desde las necesidades relacionales de la Enfermera(o)". Esta investigación tiene como objetivo diseñar y validar una escala de medición que permita evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería en UCI para poder relacionarse de manera armónica con los familiares del paciente. La participación en esta fase consiste en responder los enunciados de la escala de acuerdo a su experiencia en la UCI. Esta participación es totalmente virtual y no le tomará más de 10 minutos.

Su contribución definirá el nivel de validez y de confiabilidad de la escala, lo que permitirá a futuro reconocer lo que necesitan los profesionales de enfermería para que sus relaciones con los familiares del paciente en UCI se den de la mejor forma.

Para poder participar deberá acceder al siguiente link y responder cada uno de los ítems que allí encontrará. Cabe resaltar que esta investigación cuenta con Aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería número 014-21, y su participación es totalmente voluntaria. Cualquier duda o inquietud podrá comunicarse directamente a la persona encargada de la investigación o al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería (Ver datos de contacto abajo).

LINK DE PARTICIPACIÓN: <https://my.forms.app/form/6164c3ca13e541045c9d2723>

Agradezco su atención, participación y contribución en el estudio.

Atentamente,

Jaime Alberto Ramírez Niño

E-mail: jaramirezn@unal.edu.co - Celular: 3203486517

Enfermero - Universidad Nacional de Colombia

Especialista en Gerencia de Servicios de Salud - FUCS

Diplomado en Cuidado Crítico - U. Rosario

Magíster en Enfermería - Universidad Nacional de Colombia

PhD(c). Enfermería - Universidad Nacional de Colombia

Docente Universidad Nacional de Colombia

Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería - Sigma Theta Tau

Miembro de la Junta Directiva - Comité Académico - Sigma Theta Tau

Contacto Comité de Ética Facultad de Enfermería: ugi_febog@unal.edu.co o al teléfono 3165000 ext. 17089 *

4/2/22 14:02

Correo de Universidad Nacional de Colombia - Solicitud especial



Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirezn@unal.edu.co>

Solicitud especial

7 mensajes

Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirezn@unal.edu.co>

21 de octubre de 2021, 12:36


Para: Egresados Facultad de Enfermería - Bogota <egresados_febog@unal.edu.co>

Cordial saludo.

De manera atenta remito a ustedes una solicitud especial (Ver carta anexa). De otra parte quisiera conocer el proceso para solicitar la divulgación de una invitación a participar de una investigación a todos los egresados de la Facultad. Agradezco su atención y quedará atento a su respuesta.

--

Jaime Alberto Ramírez Niño
Enfermero - Universidad Nacional de Colombia
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud - FUCS
Diplomado en Cuidado Crítico - U. Rosario
Magíster en Enfermería - Universidad Nacional de Colombia
PhD(c). Enfermería - Universidad Nacional de Colombia
Docente Universidad Nacional de Colombia
Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería - Sigma Theta Tau
Miembro de la Junta Directiva - Comité Académico - Sigma Theta Tau

 Carta egresados unal.pdf
50K

Egresados Facultad de Enfermería - Bogota <egresados_febog@unal.edu.co>

27 de octubre de 2021, 9:15

Para: Jaime Alberto Ramirez Nino <jaramirezn@unal.edu.co>



Programa Egresados- Facultad de Enfermería

Buenos días Jaime,
Gracias por comunicarte con nosotros.

Debido a políticas de protección de datos de la universidad, no podemos compartir las bases de datos con las que contamos. Sin embargo, sí podemos hacer varias cosas para apoyar la divulgación de tu investigación:

- Compartirla en nuestras redes sociales: Para ellos nos puedes enviar la redacción que nos sugieres usar y nosotros la difundiremos por Twitter y LinkedIn
- Podemos divulgar tu investigación en la sección Noticias -de egresados de la página Web de la facultad. (Puedes enviarnos unos tres párrafos y los links para participar, incluyendo fechas límite y toda otra información que consideres relevante).
- Desde esta cuenta podemos enviarte la invitación a egresados de la especialización de enfermería en cardio y a los egresados que en la actualización de datos nos refirieron que trabajan en uci (y ponerte en copia de esa comunicación) para que se dirijan a ti en caso de cualquier pregunta.

Un saludo y seguimos en contacto,

Cordialmente,

Anexo 8: Formato de invitación (Físico) y confirmación para evaluadores en validez de contenido (Google Forms)

Bogotá de 2021

Dr.

Docente e investigador

Universidad

Asunto: Invitación a participar de la evaluación por jueces del instrumento en proceso de validación NERF-UCI.

Cordial saludo:

De manera atenta quisiéramos invitarle a participar de la evaluación por jueces del instrumento NERF-UCI que pretende valorar las necesidades que tiene el profesional de enfermería para poder relacionarse armónicamente con los familiares de pacientes en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Debido a que las relaciones interpersonales entre profesionales de enfermería y familiares del paciente crítico han sido ampliamente descritas como predominantemente conflictivas, reducidas o inexistentes, es necesario abordar las causas que intervienen en esta situación.

Un abordaje previo a esta investigación pudo determinar que la familia del paciente en UCI necesita aspectos muy puntuales del profesional de enfermería para que sus relaciones sean armónicas. Dentro de estas necesidades se identificaron: información, orientación, trato digno, empatía y participación del cuidado del paciente; permitiendo operacionalizarlas en una escala que ya cuenta con validez y confiabilidad: "VRIEF-UCI".

Debido a que el proceso relacional es bidireccional y recíproco, contar con una medición de las necesidades exclusivamente de la familia no permite abordar el problema de manera integral y orientaría intervenciones parcializadas al momento de mejorar o reforzar la calidad de las relaciones entre profesionales de enfermería y familiares de paciente en UCI. Por lo anterior, fue necesario identificar las necesidades de los profesionales de enfermería para que dichas relaciones sean armónicas y no representen conflictos, aspecto que también permitió operacionalizarlas en el instrumento de medición que se pretende validar en este proceso investigativo con su participación.

Las necesidades identificadas en los profesionales de enfermería fueron productos de dos abordajes investigativos diferentes: Una revisión integrativa de literatura científica y un estudio cualitativo con diseño narrativo. De acuerdo a los resultados obtenidos, lo que necesitan los profesionales de enfermería para que sus relaciones con los familiares del paciente en UCI sean armónicas se distribuyeron en dos grandes componentes: Lo que necesita de su entorno laboral, identificando necesidades como tiempo, espacio físico, capacitación, trabajo en equipo y reconocimiento del rol enfermero; y de otra parte lo que necesita de la familia del paciente en UCI, identificando necesidades como trato digno, confianza/valoración, información de lo que necesita la familia, comprensión de la complejidad de su trabajo en UCI y participación más activa de la familia en los cuidados básicos del paciente en UCI.

El presente trabajo investigativo hace parte de la Tesis Doctoral: "Características de la relación interpersonal Enfermera(o)-Familia en UCI desde las Necesidades Relacionales de Enfermería", a cargo del Candidato a Doctor Jaime Alberto Ramírez Niño, que cuenta con aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia con número de aval 014-21.

Su participación en esta fase de la investigación se enfoca en evaluar los ítems diseñados para el instrumento desde los criterios de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia, a través de un formato Excel que le será enviado una vez acepte participar en este proceso. Es importante recalcar que su participación es totalmente voluntaria, y que no habrá retribución monetaria o en especie alguna. Se garantiza además la confidencialidad de sus datos personales.

Si desea participar de este proceso investigativo, lo invitamos a diligenciar el siguiente formulario de datos personales:

<https://forms.gle/mL4qDrFsDtFuRDeXA>

Una vez se haya diligenciado el formulario, se enviará a su correo el formato de evaluación con las indicaciones precisas.

Agradecemos su atención y esperamos contar con su valiosa participación.

Atentamente,



Jaime Alberto Ramírez Niño
Enfermero - Unal.
Especialista en Gerencia de Salud - FUCS.
MsC. Enfermería - Unal.
PhD (c). Enfermería - Unal.
E-mail: jaramirezn@unal.edu.co
Contacto: 3203486517

PD: Si tiene alguna duda o inquietud usted podrá contactar también al Comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional a través del correo electrónico: uqi_feboq@unal.edu.co o al teléfono 3165000 ext. 17089.

EVALUACIÓN POR JUECES-VALIDEZ DE CONTENIDO INSTRUMENTO NERF-UCI

"Valoración de las necesidades del profesional de enfermería dentro del proceso relacional e interpersonal con la familia del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos - UCI"

***Obligatorio**

Respetado juez:

Usted ha sido invitado a evaluar el instrumento NERF-UCI que se enfoca en evaluar las necesidades del profesional de enfermería para poder tener una relación interpersonal armónica con la familia del paciente en UCI. La evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de éstos sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa de la disciplina en Enfermería como a sus aplicaciones. Este protocolo está basado en la propuesta de Escobar J & Cuervo E, 2018 y toda la información registrada aquí se manejará bajo los principios éticos del proceso investigativo y será de uso exclusivo para este propósito. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Nombres y Apellidos completos *

2. Correo electrónico de contacto *

3. Número telefónico de contacto (Celular/teléfono móvil) *

4. Institución en dónde labora actualmente *

5. Máximo nivel de formación académica *

Marca solo un óvalo.

- Especialización
- Maestría
- Doctorado

6. Área de experiencia profesional *

Marca solo un óvalo.

- Ciencias de la Salud "Enfermería"
- Ciencias de la Salud "Medicina"
- Ciencias de la Salud "Otras"
- Lingüística

7. Años de experiencia en procesos investigativos *

Marca solo un óvalo.

- 1 a 3 años
- 4 a 6 años
- Más de 6 años

8. ¿Ha participado anteriormente en toma de decisiones basadas en evidencia como: Elaboración de protocolos, guías, mallas curriculares; Evaluación por pares académicos; Evaluación de trabajos de investigación; Consultorías y/o asesorías investigativas; Juicio de expertos? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

9. Rol laboral actual *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Enfermero(a) Clínico(a)
- Docente Universitario
- Investigador(a)
- Docente universitario e investigador
- Otro

Objetivo de la Investigación:

El objetivo de esta investigación se enfoca en diseñar y validar un instrumento de medición que permita evaluar el nivel de satisfacción de las necesidades que tienen los profesionales de enfermería para que sus relaciones interpersonales con los familiares de los pacientes en UCI sean armónicas o benéficas para ambos.

Objetivo del juicio de expertos:

El objetivo del juicio de expertos se enfoca en evaluar cada uno de los ítems propuestos dentro de cada dimensión del instrumento de medición NE-RIEF-UCI en las categorías de SUFICIENCIA, CLARIDAD, COHERENCIA Y RELEVANCIA. Cabe resaltar que los ítems propuestos han sido el resultado de dos procesos investigativos previos: Una revisión integrativa de literatura científica y un estudio cualitativo con un diseño narrativo a través de entrevistas semiestructuradas a profesionales de enfermería en el contexto de UCI.

Objetivo del instrumento NE-RIEF-UCI

El objetivo del instrumento NE-RIEF-UCI es evaluar el nivel de satisfacción de las necesidades identificadas de los profesionales de enfermería para que sus relaciones interpersonales con los familiares de los pacientes en UCI se puedan dar de manera armónica o benéfica para ambos. De esta manera, se podrá tener un diagnóstico situacional desde la perspectiva de los profesionales de enfermería para enfocar a futuro intervenciones que refuercen los aspectos positivos y mejoren los aspectos negativos de estas relaciones.

Indicaciones

Una vez haya completado los datos de este formulario, se enviará a su correo un archivo en formato Excel para proceder con su evaluación de ítems. Allí encontrará las indicaciones precisas.

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formulario

Anexo 9: Formato Excel para la evaluación de ítems por los evaluadores académicos

EVALUACIÓN POR JUECES-VALIDEZ DE CONTENIDO INSTRUMENTO NERF-UCI
"Valoración de las necesidades del profesional de enfermería dentro del proceso relacional e interpersonal con la familia del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos - UCI"

Nombre de juez evaluador: _____

Criterios de evaluación de ítems:		No cumple	Cumple levemente	Cumple moderadamente	Cumple totalmente
SUFICIENCIA	El ítem pertenece a esa dimensión y basta para obtener la medición de esta.	1	2	3	4
CLARIDAD	El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.				
COHERENCIA	El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está				
RELEVANCIA	El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.				

A continuación encontrará cada uno de los ítems clasificados en cada dimensión que compone el instrumento para ser evaluados según los criterios anteriormente expuestos. Deberá asignar la puntuación que considere en las casillas para cada criterio evaluado. Para realizar algún comentario con respecto a la redacción, ortografía, sintaxis o en general del ítem, favor realizarlo en el espacio de "observaciones" ubicado en la columna final.

Dimensión	Sub-dimensión primaria	Sub-dimensión secundaria	Ítem	Evaluación del ítem (Califique de acuerdo a la escala anterior de 1 a 4)				Observaciones
				Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	
Lo que necesita el profesional de enfermería de su entorno laboral para que la relación interpersonal con la familia del paciente en UCI sea armónica	Recursos suficientes	Tiempo	La Institución me proporciona tiempo exclusivo para interactuar con el familiar del paciente en UCI					
			La carga de mis actividades definida por la Institución, me permite contar con tiempo suficiente para interactuar con el familiar del paciente en UCI					
		Espacio	Cuento con un lugar aislado del ruido para interactuar con el familiar del paciente en la UCI					
			Dispongo de un espacio con buena iluminación para interactuar con el familiar del paciente en UCI					
		Capacitación	Existe un lugar cómodo para interactuar con el familiar del paciente en UCI					
			Los procesos de capacitación por parte de la Institución se enfocan exclusivamente a aspectos técnicos clínicos					
	Trabajo en equipo	Trabajo en equipo	Recibo capacitación constante para mejorar la interacción con la familia del paciente en UCI en situaciones difíciles					
			El trabajo con los miembros del equipo dentro de la UCI es coordinado					
			Existe respeto entre los profesionales del equipo de trabajo en la UCI					
			Existe continuidad en el trabajo de los profesionales de enfermería al momento del cambio de turno					
			Existen conflictos con los profesionales del equipo de trabajo de la UCI					
			La comunicación entre los que componen el equipo de enfermería de la UCI es fluida					
Reconocimiento de su rol de parte de la institución de	Reconocimiento de su rol de parte de la institución de	Hay disposición del equipo de trabajo de la UCI para solucionar problemas o conflictos						
		El apoyo entre el equipo de trabajo de la UCI facilita la interacción con la familia del paciente						
		La Institución donde trabajo estima mi labor en la UCI como inferior a la del profesional médico						
		La Institución donde trabajo limita mi labor en la UCI al cumplimiento de órdenes médicas						
		Tengo permitido interactuar con el familiar del paciente en UCI por parte de la Institución donde trabajo						
		Soy autónomo en la toma de decisiones frente a los aspectos de cuidado de enfermería de la familia						

	salud	salud	El profesional médico de la UCI es el único que tiene potestad para comunicarse con la familia del paciente Siento que la institución donde trabajo confía en mi labor como profesional de enfermería en UCI La institución donde trabajo destaca la importancia de mi labor de igual manera que reconoce la labor del profesional médico					
Lo que necesita el profesional de enfermería de parte de la familia del paciente en UCI para que sus relaciones interpersonales sean armónicas	Trato digno	Trato digno	Recibo un trato irrespetuoso por parte de la familia del paciente en UCI La familia del paciente en UCI es amable al momento de entablar relaciones conmigo La familia del paciente en UCI me expresa su agradecimiento					
	Confianza y valoración del rol enfermero	Confianza y valoración del rol enfermero	Mi rol como profesional de enfermería dentro de la UCI no es reconocido claramente por los familiares del paciente La familia del paciente en UCI confía en el cuidado que brindo como profesional de enfermería La familia del paciente en UCI valora mis cuidados hacia ellos Para recibir información, la familia del paciente en UCI prefiere acudir al profesional médico					
	Ser informada(o) de las necesidades de la familia	Ser informada(o) de las necesidades de la familia	La familia del paciente en UCI me comunica abiertamente sus necesidades La familia del paciente en UCI acude a mí en busca de apoyo emocional La información suministrada por los familiares del paciente en UCI es insuficiente para planear mis cuidados de enfermería hacia ellos La familia del paciente en UCI me brinda información veraz de sí misma					
	Comprensión de la complejidad de su rol en UCI	Comprensión de la complejidad de su rol en UCI	La familia del paciente en UCI reconoce la complejidad de las actividades que realizo en la UCI La familia en UCI comprende que no puede recibir información clínica de mi parte Percebo empatía de parte de la familia del paciente en UCI La familia del paciente en UCI comprende las limitaciones que pueden existir en nuestras relaciones interpersonales Las solicitudes de los familiares del paciente en UCI sobrepasan mi capacidad de respuesta					
	Participación de la familia en el cuidado del paciente	Participación de la familia en el cuidado del paciente	Los familiares están dispuestos a participar en el cuidado básico del paciente en UCI Los familiares se muestran desinteresados en aprender acerca del cuidado básico del paciente en UCI Los familiares están comprometidos en participar de los cuidados básicos del paciente en UCI Existe una pésima comunicación entre los que componen la familia del paciente en UCI Los familiares del paciente en UCI participan en los cuidados básicos que se requieren					

Anexo 10: Instrumento para pilotaje cualitativo – Validez Facial

<https://my.forms.app/form/6153551d2f6a6e3fadfac6b3>

Anexo 11: Instrumento para pilotaje cuantitativo – Validez Facial

<https://my.forms.app/form/614ced7e77eede3a84ca8e4e>

Anexo 12: Instrumento para pilotaje de Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y confiabilidad

<https://my.forms.app/form/6164c3ca13e541045c9d2723>

Anexo 13: Libro de códigos resultante del proceso de codificación abierta

Códigos reducidos y refinados	Definición completa	Descripción	Cuando usar	Cuando no usar
<i>Orientación previa al ingreso a UCI a los familiares del paciente crítico</i>	Corresponde a la necesidad de que la familia del paciente crítico sea abordada de manera integral antes del ingreso del paciente a la UCI con el fin de despojar prejuicios, información errada y preconcepciones que predispongan una relación interpersonal conflictiva con la enfermera.	El profesional de enfermería declara que considera necesario que los familiares del paciente crítico tengan un abordaje previo al ingreso de la unidad de cuidados intensivos, ya que deben contar con una aproximación tangible y objetiva de la realidad por la que se está atravesando.	Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario que la familia deba tener un abordaje previo o inicial al ingreso de la UCI.	No utilizar este código como referencia a abordaje de pacientes o cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.
<i>Adaptación de la familia del paciente en UCI a las políticas institucionales</i>	Corresponde a la necesidad de que la familia del paciente crítico asimile y reconozca las políticas institucionales con respecto al funcionamiento de la UCI, sin atribuirles a imposiciones de parte del personal de enfermería.	El profesional de enfermería declara que considera necesario que los familiares del paciente crítico además de recibir la información con respecto a las políticas institucionales, las asimile, acepte y reconozca como parte de la organización institucional y específicamente de la UCI, y que están debidamente justificadas o argumentadas en pro del bienestar del paciente y la familia y no por conveniencia de los profesionales de enfermería.	Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario que la familia asimile, acepte y/o reconozca las políticas institucionales.	No utilizar este código como referencia a adaptación a las políticas de parte del paciente o cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.
<i>Buen trato de parte de la familia del paciente en UCI hacia el profesional de enfermería</i>	Corresponde a la necesidad de que la familia del paciente crítico tenga un buen trato hacia la enfermera reconociéndola como ser humano además de como profesional de salud.	El profesional de enfermería declara que considera necesario que los familiares del paciente crítico la reconozcan como un ser humano que también tiene derecho a ser bien tratada, independientemente de la situación de incertidumbre que atraviesa la familia.	Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario que la familia deba tratar bien a las enfermeras de UCI.	No utilizar este código como referencia a buen trato de parte de pacientes o colegas de la enfermera o cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.

<p>Armonía-coordinación del equipo profesional de UCI para estar bien con la familia del paciente crítico</p>	<p>Corresponde a la necesidad de que el equipo de trabajo de la UCI (incluyendo otras enfermeras, terapeutas, médicos y auxiliares) mantengan una relación armónica.</p>	<p>El profesional de enfermería declara que considera necesario que el equipo de trabajo de la UCI mantenga relaciones armónicas para proyectar este mismo componente en la familia, y de esta manera promover relaciones sin conflictos con los familiares del paciente crítico. Cuando hay tensiones en el equipo de trabajo de UCI estas pueden ser visibilizadas por la familia, prefiriendo alejarse o en ocasiones manifestar inconformidad con ellos, generando también tensiones entre la enfermera y la familia.</p>	<p>Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesaria una armonía entre el equipo de trabajo en la UCI.</p>	<p>No utilizar este código como referencia a armonía con pacientes o familiares, o cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.</p>
<p>Buena comunicación entre los familiares del paciente en UCI</p>	<p>Corresponde a la necesidad de que la familia del paciente crítico tenga entre sus integrantes una buena comunicación.</p>	<p>El profesional de enfermería declara que considera necesario que los familiares del paciente crítico se transmitan la información de manera coherente, clara y concisa, para evitar reiteraciones de este proceso que podría desgastar a la enfermera y a su vez potenciar una falsa necesidad de tener a los familiares alejados, lo que afectaría directamente las relaciones interpersonales.</p>	<p>Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario que la familia tenga una buena comunicación entre sus integrantes.</p>	<p>No utilizar este código como referencia a buena comunicación entre familia-paciente, familia-enfermera, familia-médico, familia-otro profesional de salud o cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.</p>
<p>Capacitación al profesional de enfermería para el cuidado del familiar del paciente en UCI</p>	<p>Corresponde a la necesidad de que la enfermera reciba capacitación o formación para abordar a la familia del paciente en UCI</p>	<p>El profesional de enfermería declara que considera necesario que las instituciones de salud ofrezcan capacitación y formación suficiente para realizar un abordaje idóneo y asertivo a las familias de los pacientes en UCI, y de esta manera evitar conflictos que se puedan derivar de desconocimiento a la hora de abordar a la familia.</p>	<p>Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario que los profesionales de enfermería deban recibir capacitación, formación u orientación frente al abordaje de la familia en UCI.</p>	<p>No utilizar este código como referencia a abordaje de pacientes o cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.</p>
<p>Comprensión de parte de la familia del paciente crítico acerca de la complejidad del trabajo del profesional de enfermería en UCI</p>	<p>Corresponde a la necesidad de que la familia del paciente crítico comprenda que la complejidad de la práctica profesional de enfermería en las UCI es muy densa, que incluye aspectos clínicos, administrativos y operativos que no son visibilizados claramente.</p>	<p>El profesional de enfermería declara que considera necesario que los familiares del paciente crítico comprendan la complejidad de su trabajo, y de esta manera reconozcan limitaciones ajenas a la voluntad de enfermería para poder cuidar de ellos. En el momento en el que la familia del paciente crítico considera que enfermería no cuida de ellos porque no quiere o porque genera molestia, se generan conflictos que permean su relación.</p>	<p>Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario que la familia comprenda la complejidad del trabajo de enfermería en UCI.</p>	<p>No utilizar este código como referencia a comprensión de parte de pacientes o cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.</p>

Comprensión de parte de la familia del paciente crítico de que el profesional de enfermería no le puede brindar toda la información clínica	Corresponde a la necesidad de que la familia del paciente crítico comprenda que hay información que no puede ser brindada por enfermería y que es de competencia del profesional médico.	El profesional de enfermería declara que considera necesario que los familiares del paciente crítico comprendan que existe información susceptible que no puede ser brindada por este además de ser competencia del profesional médico. Reconocer esta situación ayudaría a que la familia evite conflictos fundamentados en pensamientos infundados acerca de que enfermería no quiere o no sabe brindar cierta información, lo que impacta de manera directa en sus relaciones interpersonales.	Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario que la familia comprenda que no se le puede brindar cierta información desde enfermería.	No utilizar este código como referencia a comprensión de parte de pacientes o cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.
Compromiso-dedicación de la familia con el paciente en UCI	Corresponde a la necesidad de que la familia del paciente crítico esté constantemente al tanto de su evolución y de cada uno de los cuidados de enfermería que se le han proporcionado, además de proporcionar los insumos necesarios para su cuidado.	El profesional de enfermería declara que considera que un familiar que está comprometido con su paciente está constantemente al tanto de su evolución, de cada uno de los cuidados de enfermería que se le han proporcionado, y de los insumos que necesita para su cuidado diario, evitaría generar falsas acusaciones o prejuicios frente al actuar enfermero y viabilizara relaciones más armónicas.	Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario que la familia esté comprometida con el paciente en UCI.	No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.
Confianza de la institución en los profesionales de enfermería de la UCI	Corresponde a la necesidad de que las instituciones de salud confíen en el profesionalismo y capacidades de las enfermeras en aspectos como brindar información clínica a los pacientes, y liderar los equipos de trabajo en unidades de cuidado intensivo, sin ser esto exclusivo del personal médico.	El profesional de enfermería declara que considera que es necesario que las instituciones confíen en el criterio y jurisdicción de enfermería, para que así mismo la familia reconozca que son profesionales y no subalternos o subordinados del equipo médico, disolviendo falsas preconcepciones frente a este aspecto que viabilicen conflictos entre enfermera y familia.	Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario que las instituciones de salud confíen en el profesional de enfermería o cuando se especifique que no hay confianza o falta confianza en las enfermeras de parte de las instituciones de salud.	No utilizar este código cuando se refiera a confianza de parte de familia, paciente o equipo de trabajo de UCI hacia la enfermera o cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.
Confianza de parte de la familia del paciente crítico hacia el profesional de enfermería en UCI	Corresponde a la necesidad de que la familia del paciente crítico crea firmemente en la capacidad del enfermero de UCI para actuar de la manera más adecuada, en consecuencia, a los principios éticos y profesionales de la enfermería.	El profesional de enfermería declara que considera que un familiar que confía en actuar enfermero permite que una relación fluya adecuadamente, simplificando y reforzando las interacciones sociales.	Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario que la familia confíe en la enfermera o en actuar enfermero.	No utilizar este código cuando la confianza tenga direccionamiento de enfermera hacia familia o paciente o cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.

<p>Reconocer el papel/rol del profesional de enfermería en la UCI por parte de los familiares del paciente crítico</p>	<p>Corresponde a la necesidad de que la familia reconozca a la enfermera como un profesional calificado para su cuidado y el de su paciente, que no depende del personal médico o que sea jerárquicamente inferior o subordinado.</p>	<p>El profesional de enfermería declara que reconocer a la enfermera como alguien inferior al médico o no tener claro su rol en la UCI influye directamente en el trato y reconocimiento de los familiares hacia ella, aspecto que crea tensiones y afecta las relaciones interpersonales.</p>	<p>Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario que la familia reconozca a la enfermera de la UCI como un profesional al igual que el personal médico.</p>	<p>No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.</p>
<p>Disposición del familiar a colaborar en el cuidado del paciente en UCI</p>	<p>Corresponde a la necesidad de que la familia tenga el ánimo y la intención de trabajar juntamente con enfermería en el cuidado del paciente en UCI.</p>	<p>El profesional de enfermería declara que la disposición a colaborar en el cuidado del paciente permite una cercanía entre el familiar y la enfermera, que podría fortalecer vínculos y viabilizar relaciones más armónicas.</p>	<p>Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario que la familia esté dispuesta a colaborar en cuidado del paciente en UCI.</p>	<p>No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas o cuando se refiere a disposición a colaborar de parte del paciente.</p>
<p>Disposición del familiar del paciente crítico a recibir información del profesional de enfermería</p>	<p>Corresponde a la necesidad de que la familia tenga el ánimo y la intención de escuchar y comprender la información suministrada por enfermería.</p>	<p>El profesional de enfermería declara que la disposición a recibir información por parte de la familia es un aspecto fundamental que rompe barreras de comunicación, orientando relaciones interpersonales más armoniosas.</p>	<p>Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario que la familia esté dispuesta a recibir información de enfermería.</p>	<p>No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas o cuando se refiere a disposición de recibir información de parte de la enfermera.</p>
<p>Colegaje entre los miembros del equipo de UCI para impactar positivamente en las relaciones con los familiares del paciente crítico</p>	<p>Corresponde a la necesidad de colaboración o ayuda mutua entre profesionales de enfermería y otros profesionales del equipo de trabajo en UCI.</p>	<p>El profesional de enfermería declara que al momento de generar un ambiente agradable entre los integrantes del equipo de trabajo de la UCI permeado por la colaboración y ayuda, puede influenciar en establecer buenas relaciones con los familiares. De otra parte, si existe colaboración, se puede organizar el servicio y proporcionar tiempos adecuados para la familia.</p>	<p>Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario el colegaje para armonizar las relaciones interpersonales con la familia del paciente en UCI.</p>	<p>No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.</p>

Información a la familia del paciente crítico es responsabilidad exclusiva del personal médico de UCI	Corresponde al hecho de que las instituciones de salud prohíban o restrinjan el proceso de información a la familia de parte de enfermería.	El profesional de enfermería declara que el hecho que brindar información a la familia sea una actividad exclusiva del profesional médico invisibiliza a enfermería y refuerza falsas expectativas frente a la superioridad del personal médico sobre enfermería, generando desconfianza en la familia y obstaculizando las relaciones interpersonales armónicas.	Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que el personal médico es el único que brinda información a la familia del paciente en UCI y que es esto afecte las relaciones entre enfermera y familia.	No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.
Posicionamiento jerárquico del personal médico frente al profesional de enfermería en UCI de parte de la institución	Corresponde a la percepción de la enfermera frente a la imagen errada del rol de enfermería en la UCI con respecto al médico.	El profesional de enfermería declara que la errada imagen de enfermería como subordinada o inferior al médico proyectada desde instituciones de salud hacia los usuarios, crea un ambiente en donde opiniones y conceptos del personal médico son relevantes más no los de enfermería, generando distanciamiento y desconfianza en la familia.	Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que el médico es considerado como superior a la enfermera o que la enfermera sea inferior o subordinada del médico.	No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.
El respeto de parte de la familia del paciente es fundamental en la relación con el profesional de enfermería en UCI	Corresponde a la circunstancia en donde la enfermera reconoce el respeto de la familia hacia ella como un aspecto fundamental e indispensable para que las relaciones interpersonales con estos se den de la mejor manera.	El profesional de enfermería declara que la valoración de este como un ser humano que siente, además de ser reconocido como un profesional de salud, genera un valor social especial, que lo motiva cada vez más en su actuar profesional. Esto refuerza los vínculos entre enfermero y familia, posibilitando relaciones más estrechas y sólidas en donde se reconocen y aceptan ambos como seres humanos dispuestos a aportar en a la recuperación de un paciente crítico.	Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera fundamental o indispensable el respeto para la construcción de relaciones interpersonales armónicas con la familia del paciente en UCI.	No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas o cuando la direccionalidad del respeto sea exclusiva de la enfermera hacia el paciente o familia.
La participación activa de la familia en el cuidado del paciente en UCI es necesaria	Corresponde a la necesidad de que la familia actúe junto con enfermería en los cuidados básicos del paciente en UCI que no revistan peligro o complicaciones para el paciente, previa educación y orientación.	Las enfermeras manifiestan que la participación de los familiares del paciente en UCI en ciertos cuidados básicos, con previa educación y orientación, no solo fortalece la relación de este y su paciente, sino que también permite acercarse al contexto de la enfermera y comprenderlo, aspecto que permitiría fortalecer las relaciones.	Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario que la familia participe activamente en el cuidado del paciente y que esto sea beneficioso para la relación interpersonal con la enfermera.	No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.

<p>Los familiares que sobrepasan sus requerimientos desbordan al profesional de enfermería en UCI</p>	<p>Corresponde a la circunstancia en donde la familia solicita excesivamente servicios, sobrepasando la capacidad de respuesta de enfermería.</p>	<p>El profesional de enfermería declara que la condición de "requerente" en los familiares de pacientes en UCI, genera un discomfort en enfermería, ocasionando una falsa necesidad de alejarlos o mantenerlos a distancia para poder cumplir sus funciones a cabalidad sin interrupciones "innecesarias".</p>	<p>Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera a los familiares como requirentes o demandantes en exceso.</p>	<p>No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas o cuando la condición de requerente sea asociada exclusivamente al paciente.</p>
<p>La paciencia de la familia del paciente en UCI es muy importante</p>	<p>Corresponde a la circunstancia en donde se considera necesario que la familia soporte los contratiempos y dificultades de manera positiva.</p>	<p>El profesional de enfermería declara que cuando los familiares son pacientes afrontan de mejor manera las situaciones adversas (con el apoyo suficiente y adecuado de enfermería), posibilitando mejores formas de dirigirse y relacionarse con enfermería.</p>	<p>Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario que los familiares sean pacientes y/o tolerantes para favorecer las relaciones interpersonales con enfermería.</p>	<p>No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas o cuando se refiera a ser "paciente" como la condición de estar internado en una institución de salud o quién recibe servicios de salud directamente.</p>
<p>La familia del paciente crítico percibe al profesional de enfermería de UCI como inhumano</p>	<p>Corresponde a la circunstancia en donde la enfermera afirma que la familia la cualifica como inhumana, o con escasa capacidad de sentir afecto, comprensión y solidaridad con ellos o sus pacientes.</p>	<p>El profesional de enfermería declara que la cualificación como "inhumana" se debe en gran parte al desconocimiento de las políticas y funcionamiento de una UCI (restricción de visitas, número de visitantes, reglamento interno, etc.), lo que puede generar falsas acusaciones y puede ser visto como agresivo de parte de los familiares. Esto puede generar conflictos que afectan las relaciones interpersonales.</p>	<p>Aplicar este código a todas las referencias en donde se afirme que la familia de pacientes en UCI cualifica a las enfermeras como inhumanas o carentes de afecto, comprensión o solidaridad, y que esto impacte en las relaciones interpersonales.</p>	<p>No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas o cuando la cualificación de "inhumano" se de en dirección enfermera a familia.</p>
<p>Reconocer a las personas realmente cercanas (Familia) al paciente en UCI</p>	<p>Corresponde a la necesidad de distinguir o identificar claramente a aquellas personas que son realmente cercanas al paciente y son consideradas como "familia".</p>	<p>El profesional de enfermería declara que en diversas situaciones no se tiene claro quién o quiénes son realmente las personas más allegadas al paciente, y esto podría generar confusiones con respecto a la pertinencia en brindar información o apoyo familiar. Esta situación es evidencia de la falta de comunicación entre familia y enfermera, aspecto que puede impactar negativamente en las relaciones interpersonales.</p>	<p>Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario o indispensable reconocer, identificar o distinguir a las personas más allegadas al paciente que son considerados parte de la familia y que este aspecto sea relevante para armonizar las relaciones interpersonales.</p>	<p>No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.</p>

Preferencia de la familia del paciente en UCI hacia el personal médico	Corresponde a la circunstancia en donde la enfermera percibe una inclinación o predilección favorable hacia el personal médico al momento de buscar información o apoyo o al momento de dar un reconocimiento.	El profesional de enfermería declara que aspectos como el desconocimiento de la naturaleza del rol de enfermería en UCI (que muchas veces es reforzada por las instituciones de salud), genera desconfianza y la falta de receptividad de los familiares hacia enfermería, generando una preferencia exclusiva al médico a aspectos como información y orientación, creando barreras relacionales.	Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera que los familiares tienen una gran preferencia hacia el personal médico y desconocimiento del rol de enfermería y que esto afecta la relación interpersonal.	No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.
Informar las necesidades de la familia del paciente crítico al profesional de enfermería en UCI	Corresponde a la circunstancia en donde la enfermera considera relevante que la familia de los pacientes que se encuentran en UCI transmita clara y abiertamente sus necesidades a enfermería.	El profesional de enfermería declara que es necesario e indispensable que la familia comunique o exprese sus necesidades además de las del paciente, ya que reprimirlas puede generar conflictos emocionales que finalmente se descarguen más adelante contra el personal de enfermería, afectando las relaciones interpersonales.	Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario o indispensable que los familiares de los pacientes en UCI transmitan, comuniquen, expresen o compartan abierta y claramente sus necesidades (físicas, emocionales, espirituales, etc.) al profesional de enfermería, y que este aspecto sea relevante para armonizar sus relaciones interpersonales.	No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.
Reconocer el trabajo del profesional de enfermería por parte de la familia del paciente en UCI	Corresponde a la circunstancia en donde la familia no visibiliza el actuar propio de enfermería, sus alcances, su relevancia e importancia para el paciente y la misma familia, atribuyendo de manera exclusiva los aspectos positivos al personal médico.	El profesional de enfermería declara que es común que familiares reconozcan la labor del personal médico, pero no la labor de enfermería, aspecto que refuerza la preferencia hacia este y el desconocimiento del rol de enfermería dentro de la UCI, aspecto que genera distanciamiento y por ende relaciones interpersonales distantes o inestables.	Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario que la familia reconozca la labor de enfermería al igual que la labor del médico.	No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.
Empatía de la familia del paciente crítico hacia el profesional de	Corresponde a la necesidad de que la familia del paciente crítico perciba sentimientos, emociones y pensamientos de la enfermera reconociéndola como ser humano igual a ellos.	El profesional de enfermería declara que considera necesario que los familiares del paciente crítico perciban lo que siente y lo que piensa para poder visualizar su realidad y evitar crear prejuicios sobre lo que es y hace. De esta manera se pueden fomentar relaciones interpersonales armónicas.	Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario que la familia deba percibir los sentimientos y emociones de la	No utilizar este código como referencia a empatía de parte de pacientes o cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.

enfermería en UCI			enfermera o que deba existir empatía.	
Reconocer la autonomía del profesional de enfermería en UCI de parte de las instituciones	Corresponde a la circunstancia en donde las instituciones refuerzan la imagen de enfermería como supeditada al profesional médico, otorgando funciones de manera exclusiva a este, desconociendo las capacidades y formación del profesional de enfermería para el apoyo o liderazgo de estas.	El profesional de enfermería declara que es necesario que las instituciones de salud reconozcan la autonomía de los profesionales de enfermería y no refuerzan la imagen errada de que estos dependen o cumplen estrictamente las consideraciones médicas. Este aspecto comúnmente se proyecta a los familiares, quienes también perciben esa falsa jerarquía, distorsionando el trato o reconocimiento de estos y por ende afectando sus relaciones interpersonales.	Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario que las instituciones de salud reconozcan la autonomía e independencia de los profesionales de enfermería al actuar médico, para armonizar las relaciones interpersonales con la familia.	No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas o cuando el reconocimiento de la autonomía se demande de otros ajenos a instituciones de salud.
Reconocer al profesional de enfermería como facilitador por parte de la familia del paciente en UCI	Corresponde a la necesidad de que la familia reconozca a la enfermera como alguien cercano y de confianza, que es más un facilitador y no quien restringe o prohíbe.	El profesional de enfermería declara que reconocer a la enfermera como alguien que facilita más no que obstaculiza, es un factor importante para impulsar relaciones interpersonales armónicas.	Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considera necesario que la familia reconozca a la enfermera como alguien cercano o como facilitador y no como alguien que obstaculiza, prohíbe o imposibilita.	No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.
Reciprocidad en la política de humanización (al usuario "paciente-familia" y al profesional de enfermería en UCI	Corresponde a la circunstancia en donde enfermería reconoce que también debe ser humanizado destacando sus cualidades humanas además de sus cualidades como profesional o empleado que está allí solo para ofrecer un servicio.	El profesional de enfermería declara que debe ser reconocido como ser humano más allá de ser "mano de obra", por las instituciones de salud, facilitando que los familiares también lo reconozcan de esa forma, aspecto que puede crear un ambiente propicio para generar una relación interpersonal armónica.	Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considere necesaria la humanización de los profesionales de enfermería para favorecer las relaciones interpersonales armónicas con la familia del paciente en UCI.	No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas o cuando se atribuya la humanización al usuario (paciente o familia).

<p><i>Tener tiempo para la familia del paciente en UCI es fundamental</i></p>	<p>Corresponde al reconocimiento por parte de la enfermera de UCI, que contar con un tiempo suficiente y de calidad para el cuidado de la familia del paciente crítico es fundamental para fortalecer sus relaciones.</p>	<p>El profesional de enfermería declara que existen diversos factores que impiden contar con el tiempo suficiente y de calidad para cuidar de la familia del paciente crítico como la carga de pacientes, carga de actividades clínicas, carga de actividades administrativas y otras cargas que imposibilitan contar con un tiempo exclusivo destinado al cuidado de la familia, aspecto que genera distanciamiento y percepciones equívocas de parte de la familia enfocadas a que enfermería no desea ponerles atención y/o cuidar de ellos. Otro factor importante, es que en muchas instituciones de salud es inexistente la política de que enfermería tenga un tiempo exclusivo para cuidar de la familia, aspecto que también dificulta este componente y que afecta directamente la calidad de las relaciones interpersonales.</p>	<p>Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considere necesario contar con un tiempo específico y de calidad para el cuidado de la familia del paciente en UCI, y que esto se considere un factor que afecte las relaciones interpersonales.</p>	<p>No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas.</p>
<p><i>Un lugar tranquilo para la relación entre el profesional de enfermería y la familia del paciente en UCI</i></p>	<p>Corresponde a la circunstancia en donde enfermería reconoce que es necesario un espacio físico adecuado para realizar un abordaje integral a la familia, que proporcione comodidad, tranquilidad y que permita una interacción libre de interrupciones.</p>	<p>El profesional de enfermería declara que contar con un espacio físico agradable, cómodo y tranquilo para relacionarse con la familia del paciente crítico, puede generar vínculos más estables y sólidos.</p>	<p>Aplicar este código a todas las referencias en donde se indique que se considere necesario un espacio físico exclusivo para el cuidado de la familia del paciente crítico, y que esto sea relevante para armonizar las relaciones interpersonales.</p>	<p>No utilizar este código cuando no se especifique como consideración de necesario o relevante por parte de enfermería para que las relaciones con las familias sean armónicas o cuando se atribuya el término de "espacio" a la variable de tiempo.</p>

Anexo 14: Instrumento NERF-UCI formato final

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS NECESIDADES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA QUE LAS RELACIONES INTERPERSONALES CON LA FAMILIA DEL PACIENTE EN UCI SEAN ARMÓNICAS

NERF-UCI v.01

Este instrumento se enfoca a evaluar las necesidades de los profesionales de enfermería para que las relaciones interpersonales con la familia del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se den de la mejor manera a partir de los siguientes componentes: Recursos necesarios, necesidades que demanda el profesional de enfermería a su entorno laboral y necesidades que demanda el profesional de enfermería a la familia del paciente en UCI.

Este instrumento deberá ser aplicado a profesionales de enfermería de UCI de manera auto aplicada o dirigida.

Fecha de diligenciamiento: Año Mes Día Código Interno:

Instrucciones: De acuerdo con su experiencia como profesional de enfermería en la UCI, defina que tan frecuente ha experimentado las siguientes situaciones: Marque con una "X" la casilla que corresponda.

1. La institución me proporciona una franja de tiempo para relacionarme con los familiares del paciente en UCI:

Nunca Pocas A Frecuente- Siempre
veces veces veces mente

2. La carga de mis actividades me permite contar con tiempo suficiente para interactuar con los familiares del paciente en UCI:

Nunca Pocas A Frecuente- Siempre
veces veces veces mente

3. Cuento con un lugar cómodo para interactuar con los familiares del paciente en la UCI o fuera de ella:

Nunca Pocas A Frecuente- Siempre
veces veces veces mente

4. Recibo capacitación para mejorar mi relación con los familiares del paciente en UCI:

Nunca Pocas A Frecuente- Siempre
veces veces veces mente

5. El trabajo con los miembros del equipo dentro de la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas) es coordinado:

Nunca Pocas A Frecuente- Siempre
veces veces veces mente

6. Existe respeto entre los miembros del equipo de trabajo de la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas):

Nunca Pocas A Frecuente- Siempre
veces veces veces mente

7. Existen conflictos con los profesionales del equipo de trabajo de la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas):

Nunca Pocas A Frecuente- Siempre
veces veces veces mente

8. El apoyo del equipo de trabajo de la UCI (Médicos, auxiliares, terapeutas y especialistas) me facilita la relación con los familiares del paciente:

Nunca Pocas A Frecuente- Siempre
veces veces veces mente

9. La institución donde trabajo considera mi labor en la UCI como menos importante que la del profesional médico:

Nunca Pocas A Frecuente- Siempre
veces veces veces mente

10. La institución donde trabajo limita mi labor en la UCI al cumplimiento de indicaciones médicas:

Nunca Pocas A Frecuente- Siempre
veces veces veces mente

<p>11. Soy autónomo en la toma de decisiones frente a los aspectos del cuidado de enfermería a los familiares del paciente en UCI:</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Siempre</p> <p>12. Recibo maltrato (verbal, físico o emocional) por parte de los familiares del paciente en UCI:</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Siempre</p> <p>13. Los familiares del paciente en UCI son amables al momento de entablar relaciones conmigo:</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Siempre</p> <p>14. Mi rol como profesional de enfermería dentro de la UCI no es reconocido claramente por los familiares del paciente:</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Siempre</p> <p>15. Los familiares del paciente en UCI valoran mis cuidados hacia ellos:</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Siempre</p> <p>16. Para recibir información, los familiares del paciente en UCI prefieren acudir al profesional médico en vez del profesional de enfermería:</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Siempre</p> <p>17. Los familiares del paciente en UCI acuden a mí en busca de apoyo emocional:</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Siempre</p>	<p>18. Los familiares del paciente en UCI reconocen la complejidad de las actividades que realizo en la unidad de cuidados intensivos:</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Siempre</p> <p>19. Los familiares del paciente en UCI comprenden que no pueden recibir información clínica de mi parte:</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Siempre</p> <p>20. Las solicitudes de los familiares del paciente en UCI sobrepasan mi capacidad de respuesta:</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Siempre</p> <p>21. Los familiares están dispuestos a participar en el cuidado básico del paciente en UCI:</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Siempre</p> <p>22. Los familiares se muestran desinteresados en aprender acerca del cuidado básico del paciente en UCI:</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Siempre</p>
<p>Agradecemos su participación y contribución en esta investigación.</p> <p>Nota: El presente instrumento es derivado de la tesis doctoral: "Características de la relación interpersonal enfermera(o)-familia en UCI desde las necesidades relacionales de enfermería".</p>	

Bibliografía

1. Peplau H. Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 1991. 10–25 p.
2. Peplau H. Relaciones interpersonales en enfermería. 1st ed. Salvat Editorial, editor. Barcelona(España); 1990. 13–29 p.
3. Jones BG. Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses, 2nd Edition. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 1996;34(5).
4. Keller ML, Arnold E, Boggs K. Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses. The American Journal of Nursing. 1989;89(4).
5. Lor M, Crooks N, Tluczek A. A proposed model of person-, family-, and culture-centered nursing care. Nursing Outlook. 2016;64(4).
6. Registered Nurses Association of Ontario. Cuidados centrados en la persona y familia. Guías de buenas prácticas clínicas. Investén-isciii [Internet]. 2015; Available from: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/Person_Family_Ctrd_Care_-_2015_-_CUIDADOS_CENTRADOS.pdf
7. Noome M, Dijkstra BM, van Leeuwen E, Vloet LCM. Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study. Intensive and Critical Care Nursing. 2016;33.
8. Coyne I. Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: Hidden expectations and unclear roles. Health Expectations. 2015;18(5).
9. Deek H, Hamilton S, Brown N, Inglis SC, Digiacomio M, Newton PJ, et al. Family-centred approaches to healthcare interventions in chronic diseases in adults: A quantitative systematic review. Vol. 72, Journal of Advanced Nursing. 2016.

10. Bernal D, Horta S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enfermería Universitaria*. 2014;11(4):154–63.
11. Kean S, Mitchell M. How do intensive care nurses perceive families in intensive care? Insights from the United Kingdom and Australia. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23(5–6):663–72.
12. Wong P, Liamputtong P, Kochc S, Rawsond H. Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2015;31:51–63.
13. Kourti M, Christofilou E, Kallergis G. Anxiety and depression symptoms in family members of icu patients en familiares de. *Av Enferm*. 2015;33(1):47–54.
14. Burgos P, Ruiz T, Queipo D, Rescalvo F, Martínez MM, del Amo P, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores sanitarios. *Med Segur Trab*. 2012;58(226):27–34.
15. Bailey J, Sabbagh M, Loiselle C, Boileau J, McVey L. Supporting families in the ICU: a descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive Crit Care Nurs*. 2010;26(2):114–22.
16. Alfheim HB, Rosseland LA, Hofso K, Småstuen MC, Rustøen T. Multiple Symptoms in Family Caregivers of Intensive Care Unit Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018;55(2):387–94.
17. McAdam J, Puntillo K. Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. *Am J CritCare*. 2009;18(3):200–9.
18. Jimenez VF, Zapata LS. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan*. 2013;13(2):159–72.
19. Gómez P, Monsalve V, Soriano J, de Andrés J. El ingreso en la unidad de cuidados intensivos la repercusión en el familiar del paciente. *Boletín de Psicología*. 2006;87:61–87.
20. Wilkinson P. A qualitative study to establish the self-perceived needs of family members of patients in a general intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 1995;11(2):77–86.
21. Schubart J, Wojnar M, Price J, Meczowski E, Louise M, Blackall G, et al. ICU family communication and health care professionals: A qualitative analysis of perspectives. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2015;31:315–21.

22. Martínez F, García I, López L. Manejo de la COVID-19 en cuidados intensivos. Desafíos y recomendaciones. *Medicina Respiratoria* [Internet]. 2020;13(2):57–69. Available from: <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R13/R132-7.pdf>
23. Macaya P, Aranda F. Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. *Rev Chil Anest.* 2020;49(3):356–62.
24. Buheji M, Buhaid N. Nursing human factor during COVID-19 pandemic. *International Journal of Nursing Science.* 2020;10(1):12–24.
25. Maristany M. Diagnóstico y evaluación de las relaciones interpersonales y sus perturbaciones. *Revista Argentina de Clínica Psicológica.* 2008;17(1):19–36.
26. Parrado Y, Sáenz X, Soto V, Guáqueta S, Amaya P, Caro C, et al. Validez de dos instrumentos para medir la relación interpersonal de la enfermera con el paciente y su familia en la unidad de cuidado intensivo. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2016;18(1):115–28.
27. Ramírez Niño JA, Soto Lesmes VI. Validación de la escala "Valoración de relaciones interpersonales enfermera-familia en UCI-VRIFE-UCI". *Avances en Enfermería.* 2021;39(1):40–51.
28. Guski R. La percepción. *Diseño psicológico de la información humana.* 2nd ed. Herder, editor. Barcelona(España); 1992. 43–84 p.
29. Kaufmann FD. *Psicología general. Elementos para una introducción.* 1st ed. Editorial de Belgrano, editor. Buenos Aires; 1996. 36–59 p.
30. Cofer C. *Motivación y emoción.* 2nd ed. Noriega L, editor. México D.F.; 1997. 12–27 p.
31. Fawcett J. *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories.* 2nd ed. Company FAD, editor. Philadelphia; 2005. 51–59 p.
32. Céspedes V. Editorial - Investigar en el Doctorado: Tendencias. *Av Enferm.* 2017;35(1):5–6.
33. Organización Mundial de la Salud. Repositorio de datos del Observatorio Mundial en Salud. [Internet]. Personal Sanitario - Personal de enfermería y partería. 2019. Available from: http://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP_0040?lang=en
34. Consejo Internacional de Enfermería. Informe Anual 2018. [Internet]. Nursing's voice and value. 2018. Available from: <https://www.icn.ch/es/quienes-somos/informes-anuales-del-cie>

35. Banco Mundial BIRF-AIF. Datos e indicadores. [Internet]. Población total. 2017. Available from: <https://datos.bancomundial.org/indicador/sp.pop.totl>
36. de Bortoli S, Hoyos M, Carvalho M, Sives K, Menezes F. Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:1–10.
37. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos. [Internet]. Recursos Humanos por 10.000 habitantes-enfermeras. 2018. Available from: http://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=515:indicadoresviz&Itemid=347
38. Arango G, Peña B, Vega Y. Relación de la asignación de personal de enfermería con indicadores de resultado de la calidad de la atención en unidades de cuidados intensivos de adultos. *Aquichan*. 2015;15(1):90–104.
39. Ministerio de Salud de la República de Colombia. Estudios sectoriales [Internet]. Caracterización Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)-IPS. 2016. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/caracterizacion-registro-especial-prestadores-reps.pdf>
40. Gruenberg D, Shelton W, Rose S, Rutter A, Socaris S, McGee G. Factors influencing length of stay in the intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2006;15(5):502–9.
41. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med*. 2000;28(8):3044–9.
42. Berge KH, Maiers DR, Schreiner DP, Jewell SM, Bechtle PS, Schroeder DR, et al. Resource utilization and outcome in gravely ill intensive care unit patients with predicted in-hospital mortality rates of 95% or higher by APACHE III scores: the relationship with physician and family expectations. *Mayo Clin Proc*. 2005;80(2):166–73.
43. De-La-Cueva-Ariza L, Delgado-Hito P, Martínez-Estalella G, Via-Clavero G, Lluch-Canut T, Romero-García M. Implementation of the evidence for the improvement of nursing care to the critical patient's family: A Participatory Action Research. *BMC Health Services Research*. 2018;18(1).
44. Rippin AS, Zimring C, Samuels O, Denham ME. Finding a middle ground: Exploring the impact of patient- and family-centered design on nurse–family interactions in the neuro ICU. *Health Environments Research and Design Journal*. 2015;9(1).
45. Naef R, Massarotto P, Petry H. Family and health professional experience with a nurse-led family support intervention in ICU: A qualitative evaluation study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2020;61.

46. Garrouste-Orgeas M, Max A, Lerin T, Grégoire C, Ruckly S, Kloeckner M, et al. Impact of proactive nurse participation in ICU family conferences: A mixed-method study. *Critical Care Medicine*. 2016;44(6).
47. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Jourdain M, Bornstain C, Wernet A. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicenter, prospective, randomized, controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;165(4):438–42.
48. Bandari R, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Mirmohammadkhani M, Vaismoradi M, Snelgrove S. Information and support needs of adult family members of patients in intensive care units: An Iranian perspective. *Journal of Research in Nursing*. 2015;20(5):401–22.
49. Padilla C, Rojas N. Families on adult intensive care units: Are they really satisfied? A literature review. *Aust Crit Care*. 2018;31(5):318–24.
50. Wu H, Ren D, Zinsmeister GR, Zewe GE, Tuite PK. Implementation of a nurse-led family meeting in a neuroscience intensive care unit. In: *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2016.
51. Mitchell ML, Coyer F, Kean S, Stone R, Murfield J, Dwan T. Patient, family-centred care interventions within the adult ICU setting: An integrative review. Vol. 29, *Australian Critical Care*. 2016.
52. Coats H, Bourget E, Starks H, Lindhorst T, Saiki-Craighill S, Curtis JR, et al. Nurses' reflections on benefits and challenges of implementing familycentered care in pediatric intensive care units. *American Journal of Critical Care*. 2018;27(1).
53. Wujtewicz M, Wujtewicz MA, Owczuk R. Conflicts in the intensive care unit. *Anaesthesiology Intensive Therapy*. 2015;47(4).
54. Shorofi S, Jannati Y, Moghaddam H, Yazdani-Charati J. Psychosocial needs of families of intensive care patients: Perceptions of nurses and families. *Nigerian Medical Journal*. 2016;57(1).
55. Kayser JB, Kaplan LJ. Conflict Management in the ICU. *Critical Care Medicine*. 2020.
56. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. Vol. 13, *Current Opinion in Critical Care*. 2007.
57. Mahran GhadaSK, Taher AsmaaAM, Saleh NadiaMA. Challenges and work crisis facing critical care nurses. *Egyptian Nursing Journal*. 2017;14(3).

58. Grant M. Resolving communication challenges in the intensive care unit. *AACN Advanced Critical Care*. 2015;26(2).
59. Dessner SH. Interpersonal Relationships.' *Professional Communication Skills for Nurses*. *The Journal of Cardiovascular Nursing*. 1990;4(3).
60. Kornhaber R, Walsh K, Duff J, Walker K. Enhancing adult therapeutic interpersonal relationships in the acute health care setting: An integrative review. Vol. 9, *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2016.
61. Yin X, Zeng L. A study on the psychological needs of nurses caring for patients with coronavirus disease 2019 from the perspective of the existence, relatedness, and growth theory. *International Journal of Nursing Sciences*. 2020;7(2).
62. Marino, MG. Therapeutic Reciprocity: A Concept Synthesis. *International Journal of Human Caring*. 2017;21(2).
63. Sandhu S, Arcidiacono E, Aguglia E, Priebe S. Reciprocity in therapeutic relationships: A conceptual review. Vol. 24, *International Journal of Mental Health Nursing*. 2015.
64. Shelton W, Moore C, Socaris S, Gao J, Dowling J. The effect of a family support intervention on family satisfaction, length-of-stay, and cost of care in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2010;38(5):1315–20.
65. Svenningsen H, Langhorn L, Ågård AS, Dreyer P. Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: an integrative review. *Nursing in Critical Care*. 2017;22(4).
66. Johnson CC, Suchyta MR, Darowski ES, Collar EM, Kiehl AL, Van J, et al. Psychological sequelae in family caregivers of critically ill intensive care unit patients a systematic review. Vol. 16, *Annals of the American Thoracic Society*. 2019.
67. Moss SJ, Wollny K, Poulin TG, Cook DJ, Stelfox HT, Ordons AR des, et al. Bereavement interventions to support informal caregivers in the intensive care unit: a systematic review. *BMC Palliative Care*. 2021;20(1).
68. Lederer MA, Goode T, Dowling J. Origins and development: The Critical Care Family Assistance Program. *Chest*. 2005;128(3):65–75.
69. Dowling J, Wang B. Impact on family satisfaction: The Critical Care Family Assistance Program. *Chest*. 2005;128(3):76–80.
70. Gil-Monte P. Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada* [Internet].

- 2001;11(1):21–31. Available from:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=159347>
71. Menor M, Díaz R, Fernández L. Factores estresores y síndrome de Burnout en enfermeras de cuidados intensivos en dos hospitales de EsSalud nivel III-2Lima Metropolitana. *Cuid salud*. 2015;2(1):137–47.
72. Lopes F, Ferraz E. Estrés de los enfermeros de uci en Brasil. *Enfermería Global* [Internet]. 2011;10(22):1–9. Available from:
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/clinica3.pdf>
73. Zaforteza C, de Pedro J, Gastaldo D, Lastra P, Sánchez P. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? *Enferm Intensiva*. 2003;14(3):109–19.
74. Zaforteza Lallemand C, Sánchez C, Lastra P. Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: Es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2008;19(2):61–70. Available from:
[http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399\(08\)72746-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399(08)72746-9)
75. Adams A, Mannix T, Harrington A. Nurses' communication with families in the intensive care unit – A literature review. *Nurs Crit Care*. 2017;22(2):70–80.
76. Ministerio de salud de Colombia - MinSalud. Carta de derechos y deberes del usuario en salud. Supersalud-Defensoría del pueblo Colombia: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProteccionUsuario/Carta%20de%20Derechos%20y%20Deberes/Cartilla%20Derechos%20y%20Deberes%20web.pdf>; Feb 2, 2022 p. 1–12.
77. European Consultation on the Rights of Patients. A declaration on the promotion of the patient's rights in Europe. World Health Organization, ICP/HLE 121 Amsterdam: https://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf; Mar 30, 1994 p. 1–15.
78. Fawcett J. *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories*. Philadelphia: F.A Davis; 2012. 812 p.
79. Romero R. Generalidades sobre ecología. In: Panamericana, editor. *Microbiología y parasitología humana Bases etiológicas de las enfermedades infecciosas y parasitarias*. 3rd ed. México D.F.; 2007.
80. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Relaciones interpersonales. [Internet]. Generalidades. Available from:
<http://www.ehu.eus/xabier.zupiria/liburuak/relacion/1.pdf>
81. Heider F. Benefit and Harm. In: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, editor. *The psychology of interpersonal relations*. 3rd ed. New Jersey; 1958.

82. Mendieta L. Tres ensayos sociológicos: Augusto Comte, Amilio Durkheim y Manuel Gamio. 1st ed. UNAM, editor. México D.F.; 1979. 1–92 p.
83. Riezu J. La concepción moral en el sistema de Augusto Comte. 2nd ed. Editorial San Esteban, editor. Madrid(España); 2007.
84. Newman M, Sime A, Corcoran S. The focus of the discipline of nursing. *Adv Nurs Sci* [Internet]. 1991;14(1):1–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1819254>
85. Reed P, Crawford N. Nursing Knowledge and theory innovation. *Advancing the science of practice*. 1st ed. Springer Publishing Company, editor. New York; 2011. 59–75 p.
86. Durkheim É. “Las reglas del método sociológico y otros escritos sobre filosofía de las Ciencias Sociales.” 1st ed. editores A, editor. Madrid(España); 2000. 1–115 p.
87. González R. ¿Quién cuida a las enfermeras que cuidan en las unidades de alta complejidad? *Avances en enfermería* [Internet]. 1999;17(1 y 2):40–4. Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/20226/1/16329-50896-1-PB.pdf>
88. Alsina R. Teorías de la comunicación: Ámbitos, métodos y perspectivas. 1st ed. Publicacions de la Universitat Jaume I. Universitat Pompeu Fabra, editor. Valencia; 2001. 48–170 p.
89. Ibañez T, Botella M, Domenech M, Feliu J, Martínez L, Pallí C, et al. Introducción a la psicología social. 1st ed. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya, editor. Catalunya; 2004. 78–295 p.
90. Blumer H. El Interaccionismo simbólico, perspectiva y método. 1st ed. Barcelona Hora D.L., editor. Barcelona(España); 1982. 2–32 p.
91. Mead G. Espíritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del conductismo social. 1st ed. Editorial Paidós, editor. Buenos Aires; 1972. 49–114 p.
92. Benoliel J. The interaction between theory and research. *Nurs Outlook*. 2012;60(5):272–7.
93. Heiss J. Family roles and interaction: An anthology. 1st ed. Rand-McNally, editor. Chicago; 1976. 12–46 p.
94. Salazar A, Martínez C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Av Enferm* [Internet]. 2008;26(2):107–15. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12945/13664>
95. Dwyer D. Interpersonal relationships. *Social psychology*. 1st ed. Routledge-Taylor & Francis Group, editor. New Fetter Line (London); 2000. 1–43 p.

96. de León G. The therapeutic community: Theory, model and method. 1st ed. Springer Publishing, editor. New York; 2000. 1–37 p.
97. Moos R. The mystery of human context and coping: An unraveling of clues. *American Journal of Community Psychology*. 2002;30(1):67–88.
98. Durán de Villalobos MM. Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo. [Internet]. 1st ed. Universidad Nacional de Colombia Proyecto INNOVAR, editor. Bogotá (Colombia); 1998. 39–53 p. Available from: <http://www.uneditorial.net/uflip/Enfermeria-Desarrollo-Teorico-e-Investigativo/pubData/source/Enfermeria-desarrollo-teorico-e-investigativo.pdf>
99. Vidal R. Adamuz J. Feliu P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enferm Glob* [Internet]. 2009;17:1–8. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300021&lng=es
100. Müggenburg M, Riveros A. Interacción enfermera paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario, Parte I. *Enferm Universitaria* [Internet]. 2012;9(1):36–44. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100005
101. Azevedo AP, Campos EC. No Title Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011;64(4):692–7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a10v64n4.pdf>
102. Arredondo CP, Siles-González J. Tecnología y humanización de los cuidados, una mirada desde la Teoría de las relaciones interpersonales. *Index Enferm* [Internet]. 2009;18(1):32–6. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007
103. Beltrán OA. Factores que Influyen en la interacción humana del cuidado de enfermería. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2006;24(2):144–50. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215402015.pdf>
104. Naranjo IC, Ricarte GP. La comunicación con los pacientes. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2006;24(1):94–8. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072006000100010&script=sci_abstract&lng=es
105. Zaforteza C, Prieto S, Canet TP, Díaz Y, Molina M, Moreno C. Mejorando el cuidado de los familiares del paciente crítico: Estrategias consensuadas. *Enferm Intensiva*. 2009;20(4):1–9.

106. Monica ELL. Construct validity of an empathy instrument. *Research in Nursing & Health*. 1981;4(4).
107. Forchuk C, Brown B. Establishing a nurse-client relationship. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1989;27(2).
108. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. Vol. 52, *British Journal of General Practice*. 2002.
109. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*. 2015;12(3).
110. Lapeña-Moñux YR, Cibanal-Juan L, Pedraz-Marcos A, Macía-Soler ML. Interpersonal relationships among hospital nurses and the use of communication skills. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2014;23(3).
111. Vidal R, Adamuz T, Feliu Baute P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enferm Glob* [Internet]. 2009;8(3):1–9. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n17/17f02.pdf>
112. al Barraij MM, Fawaz M, Badr LK. Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurses and family perceptions. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2019;9(9).
113. Jakimowicz S, Perry L, Lewis J. An integrative review of supports, facilitators and barriers to patient-centred nursing in the intensive care unit. Vol. 26, *Journal of Clinical Nursing*. 2017.
114. Imanipour M, Kiwanuka F, Akhavan Rad S, Masaba R, Alemayehu YH. Family members' experiences in adult intensive care units: a systematic review. Vol. 33, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2019.
115. Ferns T. Factors that influence aggressive behaviour in acute care settings. Vol. 21, *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*. 2007.
116. Jamerson PA, Scheibmeir M, Bott MJ, Crighton F, Hinton RH, Cobb AK. The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*. 1996;25(6).
117. McKiernan M, McCarthy G. Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2010;26(5).
118. Verhaeghe S, Defloor T, van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: A review of the literature. Vol. 14, *Journal of Clinical Nursing*. 2005.
119. Alsharari AF. The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient Preference and Adherence*. 2019;13.

120. Khalaila R. Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(5).
121. Al-Mutair AS, Plummer V, O'Brien A, Clerehan R. Family needs and involvement in the intensive care unit: A literature review. Vol. 22, *Journal of Clinical Nursing*. 2013.
122. Scott P, Thomson P, Shepherd A. Families of patients in ICU: A Scoping review of their needs and satisfaction with care. Vol. 6, *Nursing Open*. 2019.
123. Most important needs of family members of critical patients in light of the critical care family needs inventory. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2014;32(2).
124. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, le Gall JR, et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: A multicenter study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2001;163(1).
125. Zaforteza C, Gastaldo D, Sánchez P, de Pedro J, Lastra P. Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *Nure Investigación* [Internet]. 2004;3(1):1–7. Available from: www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/133/119
126. Zaforteza C, Gastaldo D, Moreno C, Bover A, Miró R, Miró M. Transforming a conservative clinical setting: ICU nurses' strategies to improve care for patients' relatives through a participatory action research. *Nursing Inquiry*. 2015;22(4):336–47.
127. Jover C, Romero M, Delgado P, de la Cueva L, Solà N, Acosta B, et al. Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2015;26(1):3–14.
128. Aǵard A, Terkildsen H. Interacting with relatives in intensive care unit. Nurses' perceptions of a challenging task. *Nursing in Critical Care*. 2009;14(5):264–72.
129. Söderström IM, Saveman BI, Benzein E. Interactions between family members and staff in intensive care units-An observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43(6).
130. Dafny HA, Beccaria G. I do not even tell my partner: Nurses' perceptions of verbal and physical violence against nurses working in a regional hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 2020;29(17–18).
131. Timmins F, Timmins B. An integrative review of waiting time, queuing, and design as contributory factors to emergency department violence. Vol. 14, *Journal of Evidence-Based Medicine*. 2021.

132. Kibunja BK, Musembi HM, Kimani RW, Gatimu SM. Prevalence and Effect of Workplace Violence against Emergency Nurses at a Tertiary Hospital in Kenya: A Cross-Sectional Study. *Safety and Health at Work*. 2021;12(2).
133. Jacob A, McCann D, Buykx P, Thomas B, Spelten E, Schultz R, et al. The “disease” of violence against health-care workers is a wicked problem. Managing and preventing violence in health-care. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*. 2021;
134. Achury Saldaña DM, Achury Beltrán LF, Rodríguez Colmenares SM, Alvarado Romero HR, Cavallo E, Ulloa AC, et al. Professional profile and work conditions of nurses working in intensive care units: A multicentre study. *Journal of Clinical Nursing*. 2021;
135. Dilig-Ruiz A, MacDonald I, Demery Varin M, Vandyk A, Graham ID, Squires JE. Job satisfaction among critical care nurses: A systematic review. Vol. 88, *International Journal of Nursing Studies*. 2018.
136. Stone PW, Mooney-Kane C, Larson EL, Pastor DK, Zwanziger J, Dick AW. Nurse working conditions, organizational climate, and intent to leave in ICUs: An instrumental variable approach. *Health Services Research*. 2007;42(3 I).
137. Durán de Villalobos MM. Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichán [Internet]*. 2002;2(1):7–18. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16575997200200010003&lng=en&nrm=iso
138. Reed P, Crawford N. *Nursing Knowledge and theory innovation. Advancing the science of practice*. 1st ed. Springer Publishing Company, editor. New York; 2011. 75–84 p.
139. Reed PG. The Epistemic Dignity of Knowledge Developed Through Nursing Practice. *Nursing Science Quarterly*. 2021;34(1).
140. Reed PG. Intermodernism: A Philosophical Perspective for Development of Scientific Nursing Theory. *Advances in Nursing Science*. 2019;42(1).
141. Fawcett J. Approaches to knowledge development in nursing. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres*. 1991;23(4).
142. Marrs JA, Lowry LW. *Nursing theory and practice: Connecting the dots*. Vol. 19, *Nursing Science Quarterly*. 2006.
143. Decker VB, Hamilton RM. The Nursing Knowledge Pyramid: A Theory of the Structure of Nursing Knowledge. *Advances in Nursing Science*. 2018;41(3).

144. O'connell E. Therapeutic relationships in critical care nursing: A reflection on practice. *Nursing in Critical Care*. 2008;13(3).
145. Boyle DK, Kochinda C. Enhancing Collaborative Communication of Nurse and Physician Leadership in Two Intensive Care Units. *Journal of Nursing Administration*. 2004;34(2).
146. Wesson JS. Meeting the informational, psychosocial and emotional needs of each ICU patient and family. *Intensive and Critical Care Nursing*. 1997;13(2).
147. Holden J, Harrison L, Johnson M. Families, nurses and intensive care patients: A review of the literature. Vol. 11, *Journal of Clinical Nursing*. 2002.
148. Boada Quijano LC, Guáqueta Parada SR. Elementos para abordar la necesidad de información de las familias en una unidad de cuidados intensivos. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2019;21(2).
149. Ayuso-Murillo D, Colomer-Sánchez A, Herrera-Peco I. Habilidades de comunicación en enfermeras de UCI y de hospitalización de adultos. *Enfermería Intensiva*. 2017;28(3).
150. Camelo SHH. Professional competences of nurse to work in Intensive Care Units: an integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012;20(1).
151. Adams AMN, Chamberlain D, Giles TM. The perceived and experienced role of the nurse unit manager in supporting the wellbeing of intensive care unit nurses: An integrative literature review. Vol. 32, *Australian Critical Care*. 2019.
152. Farrell ME, Joseph DH, Schwartz-Barcott D. Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs. Vol. 40, *Nursing forum*. 2005.
153. Cypress BS. The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2011;27(5).
154. Fox S, Jeffrey J. The role of the nurse with families of patients in ICU: the nurses' perspective. Vol. 8, *Canadian journal of cardiovascular nursing = Journal canadien en soins infirmiers cardio-vasculaires*. 1997.
155. Jones J, Winch S, Strube P, Mitchell M, Henderson A. Delivering compassionate care in intensive care units: nurses' perceptions of enablers and barriers. *Journal of Advanced Nursing*. 2016;72(12):3137–46.
156. Bell SK, Roche SD, Mueller A, Dente E, O'Reilly K, Sarnoff Lee B, et al. Speaking up about care concerns in the ICU: Patient and family experiences, attitudes and perceived barriers. *BMJ Quality and Safety*. 2018;27(11).

157. Peplau H. Relaciones interpersonales en enfermería. 1st ed. Salvat Editorial, editor. Barcelona(España); 1990. 42–57 p.
158. Forchuk C, Dorsay JP. Hildegard Peplau meets family systems nursing: innovation in theory-based practice. *Journal of Advanced Nursing*. 1995;21(1).
159. Alligood MR, Rodríguez Monforte M. Modelos y teorías en enfermería. Modelos y teorías en enfermería, 2018, ISBN 978-84-9113-339-1, págs 323-338. 2018;
160. Raile M, Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería. Modelos y teorías en enfermería. 2011.
161. Pérez-Giraldo B. La familia como sujeto de cuidado. *Aquichan*. 2013;13(1).
162. Watson J. Nursing: human science and human care. A theory of nursing. NLN Publ. 1988;(15–2236).
163. Erskine R. Supervision of psychotherapy: Models of professional development. *Transactional Analysis Journal*. 1982;12(4):314–21.
164. Erskine R. Script cure: Behavioral, intrapsychic and physiological. *Transactional Analysis Journal*. 1980;10(2):102–6.
165. ATTACHMENT, RELATIONAL-NEEDS, AND PSYCHOTHERAPEUTIC PRESENCE. *International Journal of Integrative Psychotherapy*. 2011;2(1).
166. Pascual ÁM, Santamaría JL. Proceso de duelo en familiares y cuidadores. Vol. 44, *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*. 2009.
167. Merleau-Ponty M. The world of perception. *The World of Perception*. 2004.
168. Frías A. Enfermería comunitaria. 1st ed. MASSON S.A., editor. Barcelona(España); 2000. 231–256 p.
169. Arévalo N. El concepto de familia en el siglo XXI [Internet]. 2014. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/6>.
170. Soto V, Guaqueta S, Parrado Y, Sáenz X, Amaya Rey P, Parra M, et al. Programa de fortalecimiento del cuidado y la práctica de Enfermería para personas en situaciones agudas y críticas de Salud y su familia, usuarias de la red de hospitales universitarios. Bogotá (Colombia): Universidad Nacional de Colombia-Facultad de Enfermería; 2014. p. 1–22.
171. Hernández R, Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6th ed. Mc Graw Hill, editor. México D.F.; 2014. 196–267 p.
172. Alarcón M AM, Muñoz N S. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. Vol. 136, *Revista Medica de Chile*. 2008.

173. Gonzalo A. Hildegard Peplau: Interpersonal Relations Theory - Nurseslabs. Nurseslabs. 2019.
174. Gonzalo BA. Hildegard Peplau : Interpersonal Relations Theory. Nursing Theories Guide. 2019;
175. Santos SS, da Nóbrega MM. The Peplau theory of interpersonal relations in nursing: analysis and development. Vol. 49, Revista brasileira de enfermagem. 1996.
176. Ramírez J. Propiedades psicométricas del instrumento VRIEF-UCI “Valoración de la relación interpersonal entre enfermera y familiares de pacientes en la UCI”. [Internet]. 2019. Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/72214/>
177. Fawcett J, Downs F. The relationship of theory and research. 1st ed. Pensilvany Statal University, editor. Pensilvany; 1986. 121–143 p.
178. Neuman WL. Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches. 5th ed. Pearson, editor. New York; 2002. 1–57 p.
179. Parra M, Guáqueta R, Triana M. Perspectivas del cuidado de enfermería en UCI - Una visión desde el modelo de cuidado HANC. 1st ed. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia - Facultad de Enfermería;
180. Aguado J. Introduccion a las teorías de la informacion y la comunicacion. Revista española de la opinión pública. 2004;(9).
181. Pérez-Montoro Gutiérrez M. SAPERAS, Enric. Manual básico de Teoría de la Comunicación. Anàlisi: quaderns de comunicació i cultura. 1999;(23).
182. Backman CW, Heiss J. The Social Psychology of Interaction. Contemporary Sociology. 1982;11(1).
183. Feigenbaum KD, Smith RA. Historical narratives: Abraham maslow and blackfoot interpretations. Humanistic Psychologist. 2020;48(3).
184. Yuliana A. Teori Abraham Maslow dalam Analisa Kebutuhan Pemustaka. Libraria. 2018;6(2).
185. Castro-Molina FJ. Abraham Maslow, las necesidades humanas y su relación con los cuidadores profesionales. Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades. 2018;(52).
186. Raykov T, Marcoulides GA. Introduction to Psychometric theory. Introduction to Psychometric Theory. 2011.
187. Abad F, Garrido J, Olea J, Ponsoda V. Introducción a la psicometría. Teoría clásica de los tests y teoría de la respuesta al ítem. [Internet]. 1st ed. Universidad Autónoma

- de Madrid-Facultad de Psicología, editor. Madrid(España); 2006. 1–148 p. Available from:
http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/investigacion/file.php/39/ARCHIVOS_2010/PDF/IntPsicometria_aristidesvara_1_.pdf
188. Mc Dowell I. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. 3rd ed. Oxford University Press, editor. New York; 2006. 1–45 p.
 189. Streiner D, Norman G, Cairney J. *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use*. 5th ed. Oxford University Press, editor. New York; 2015. 1–175 p.
 190. Tristán A. *Análisis de Rasch para todos* [Internet]. 2nd ed. Instituto de Evaluación e Ingeniería Avanzada, editor. San Luis Potosí, México; 2013. 143 p. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Wendel_Dos_Santos3/post/How_to_compare_frequency_of_yes_responses_on_a_multi-item_survey/attachment/59d6590c79197b80779aeb4e/AS%3A540895440064512%401505970930169/download/LibroRaschXTodos.pdf
 191. Tristán A. *Análisis de Rasch para todos. Una guía simplificada para evaluadores educativos*. 1st ed. Instituto de Evaluación e Ingeniería Avanzada, editor. México D.F.; 2013. 5–116 p.
 192. Hair JF, L.D.S. Gabriel M, da Silva D, Braga Junior S. Development and validation of attitudes measurement scales: fundamental and practical aspects. *RAUSP Management Journal*. 2019;54(4).
 193. Panagiotakos D. *Health Measurement Scales: Methodological Issues*. *The Open Cardiovascular Medicine Journal*. 2009;3(1).
 194. Supó J. *Cómo Validar un Instrumento. La guía para validar un instrumento en 10 pasos*. 1st ed. Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú, editor. Lima; 2013.
 195. Creswell J, Plano V. *Designing and conducting mixed methods research*. 3rd ed. SAGE publications Inc, editor. London; 2018. 1–78 p.
 196. Cronbach L, Meehl P. Construct Validity in Psychological Tests. *Psychological Bulletin*. 1955;52(4):281–302.
 197. Leary MR, Kelly KM, Cottrell CA, Schreindorfer LS. Construct validity of the need to belong scale: Mapping the nomological network. *Journal of Personality Assessment*. 2013;95(6).
 198. Muñoz J. *Las teorías de los tests: Teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems*. *Papeles del Psicólogo*. 2010;

199. LAWSHE CH. A QUANTITATIVE APPROACH TO CONTENT VALIDITY. *Personnel Psychology*. 1975;
200. Sireci SG. The construct of content validity. *Social Indicators Research*. 1998;45(1–3).
201. Content validity and its estimation. *Journal of Medical Education*. 2003;3(1).
202. Escobar J, Cuervo A. Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en medición [Internet]*. 2008;6(1):27–36. Available from: http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf
203. Skjong R, Wentworth B. Expert Judgement and Risk Perception. *Det Norske Veritas*. 2000;
204. Rubio DM, Berg-weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying Content Validity: In *Social Work Research*. *Social Work Research*. 2003;
205. Summers B, Williamson T, Read D. Does method of acquisition affect the quality of expert judgment? A comparison of education with on-the-job learning. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 2004;77(2).
206. Tristán A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en medición*. 2008;
207. Mosier CI. A critical examination of the concepts of face validity. *Educational and Psychological Measurement*. 1947;7(2).
208. NEVO B. FACE VALIDITY REVISITED. *Journal of Educational Measurement*. 1985;22(4).
209. Secolsky C. On the Direct Measurement of Face Validity: A Comment on Nevo. *Journal of Educational Measurement*. 1987;
210. Morales P. El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios [Internet]. Madrid(España): Universidad Pontificia Comillas, Madrid; 2013. p. 3–41. Available from: <https://web.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/AnalisisFactorial.pdf>
211. Decoster J, Hall GP. Overview of Factor Analysis. In *Practice*. 1998;37(2).
212. Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research and Evaluation*. 2005;10(7).

213. Conway JM, Huffcutt AI. A Review and Evaluation of Exploratory Factor Analysis Practices in Organizational Research. Vol. 6, Organizational Research Methods. 2003.
214. Mavrou I. Análisis factorial exploratorio: cuestiones conceptuales y metodológicas. *Revista Nebrija de Lingüística Aplicada a la Enseñanza de las Lenguas*. 2015;19.
215. Lewis TF. Evidence regarding the internal structure: Confirmatory factor analysis. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2017;50(4).
216. Faller H, Kohlmann T, Zwingmann C, Maurischat C. Exploratory and confirmatory factor analysis. *Rehabilitation*. 2006;45(4).
217. Batista-Foguet JM, Coenders G, Alonso J. Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*. 2004;122(SUPPL. 1).
218. Sousa V, Driessnack M, Costa I. Revisión de diseños de investigación resaltantes para Enfermería.: Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Rev Lat-Am Enferm*. 2007;15(3):502–7.
219. Sánchez K, Méndez N. Breve revisión de los diseños de investigación observacionales. *Revista de Investigación Médica [Internet]*. 2008;15(3):219–24. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2008/ms083h.pdf>
220. Creswell J, Plano V. *Designing and conducting mixed methods research*. 3rd ed. SAGE publications Inc, editor. London; 2018. 1–78 p.
221. Tashakkori A, Teddlie C. Issues and dilemmas in teaching research methods courses in social and behavioural sciences: US perspective. Vol. 6, *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*. 2003.
222. Hernández R, Collado C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. 6th ed. Mc Graw Hill, editor. México D.F.; 2014. 196–267 p.
223. Whitemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546–53.
224. Souza MT de, Silva MD da, Carvalho R de. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)*. 2010;8(1).
225. Torraco RJ. Writing Integrative Reviews of the Literature. *International Journal of Adult Vocational Education and Technology*. 2016;7(3).
226. Roy DrA, Rana DrL. *Ethics in Research & Publication*. Ethics in Research & Publication. 2020.

227. Handbook of Research Ethics and Scientific Integrity. Handbook of Research Ethics and Scientific Integrity. 2020.
228. Manimozhi G, Srinivasan P. A Meta Synthesis of Content Analysis Approaches. *Revista Americana de Investigación Educativa*. 2018;6(6):632–7.
229. Bardin L. Organización del Análisis. In: Akal Ediciones, editor. *Análisis de Contenido*. 5th ed. Madrid(España); 2009. p. 71–113.
230. Krippendorff K. Metodología de Análisis de contenido. Teoría y práctica. 2nd ed. Paidós Comunicación, editor. Barcelona(España); 1990. 70–172 p.
231. Caceres P. Análisis Cualitativo de Contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas. Revista de la Escuela de Psicología*. 2003;2(1):53–82.
232. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. 1st ed. de Antioquia U, editor. Medellín(Colombia); 2002. 110–156 p.
233. Patton M. How to use qualitative methods in evaluation. 2nd ed. SAGE Publications Inc, editor. Vol. 4. California; 1987. 44–70 p.
234. dos Santos C. Autonomía, consentimiento y vulnerabilidad del participante de investigación clínica. *Revista Bioética*. 2017;25(1):19–29.
235. Soto V, Durán de Villalobos MM. El trabajo de campo: Clave en la Investigación Cualitativa. *Aquichan* [Internet]. 2010;10(3):253–66. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v10n3/v10n3a07.pdf>
236. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica* [Internet]. 2003;34(3):164–7. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309%0D>
237. Programa Regional de Bioética. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Orientación ética sobre cuestiones planteadas por la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19). 2020. p. 1–9. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/orientacion-etica-sobre-cuestiones-planteadas-por-pandemia-nuevo-coronavirus-covid-19>
238. McGuire A, Aulisio M, Davis F, Erwin C, Harter T, Jagsi R, et al. Ethical Challenges Arising in the COVID-19 Pandemic: An Overview from the Association of Bioethics Program Directors (ABPD) Task Force. *The American Journal of Bioethics*. 2020;20(7):15–27.

239. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical, Research B. The Belmont Report-Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research [Internet]. 1979. p. 1–10. Available from: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>
240. Osterlind S. Constructing Test Items: Multiple-Choice, Constructed-Response, Performance, and Other Formats. 2nd ed. Kluwer Academic Publishers, editor. New York; 2002. 17–54 p.
241. Tristan A. Modificación Al Modelo de Lawshe Para El Dictamen De validez De Contenido De Un Instrumento objetivo. Avances en medición [Internet]. 2008;6(1):37–48. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/4017/81bbf691f0c15965fcf667e98a48e4899165.pdf?_ga=2.7410482.1671798238.1599510671-650628344.1599510671
242. García L, Fernández S. Procedimiento de aplicación del trabajo creativo en grupo de expertos. Ingeniería energética [Internet]. 2008;19(2):46, 50. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=329127758006>
243. Escurra L. Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. Revista de Psicología [Internet]. 1988;6(1–2):103–11. Available from: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555/4534>
244. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. Research in Nursing & Health. 1997;
245. McGartland D, Berg M, Tebb S, Lee E, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. Social Work Research. 2003;21(2):94–104.
246. Eugenio Paniagua Suárez. Metodología para La Evaluación de una Escala o Instrumento de Medida. Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública. 2015;
247. Ros-Garrido A. Concepciones de planificación en la formación profesional para el empleo: la importancia de la experiencia profesional. Revistes Catalanes amb Accés Obert. 2021;57(1):65–80.
248. Robles BF. Índice de validez de contenido: Coeficiente V de Aiken. Pueblo continente. 2018;29(1).
249. Eugenio Paniagua Suárez. Metodología para La Evaluación de una Escala o Instrumento de Medida. Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública. 2015;

250. Organización Panamericana de la Salud, Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas que deben regir las investigaciones con seres humanos [Internet]. 4th ed. Organización Panamericana de la Salud, editor. Ginebra; 2016. 1–97 p. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34457/9789290360902-spa.pdf?sequence=5&ua=1&ua=1>
251. Salud MDE. Republica de colombia ministerio de salud. Normas De Calidad Y Guia De Analisis. 2002;(1609).
252. Urrutia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: Una propuesta para mejorar la publicaciones de revisiones sistemáticas y metaanálisis [Internet]. Vol. 135, Medicina Clínica. 2010. p. 507–11. Available from: http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/PRISMA_Spanish.pdf
253. Peplau HE. Interpersonal Relations: A Theoretical Framework for Application in Nursing Practice. Nursing Science Quarterly. 1992;5(1).
254. Yáñez-Corral AM, Zárate-Grajales RA. Diseño de un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno de enfermería. Enfermería Universitaria. 2016;13(2).
255. González Ortega Y. Diseño, validez y confiabilidad del instrumento de observación “indicadores de pericia de la enfermera”. Enfermería Universitaria. 2018;8(1).
256. Roig Ester H, Quesada-Pallarès C, Pineda-Herrero P. Diseño y pilotaje del METEnf: Modelo de Evaluación de los factores de Transferencia de la formación de los nuevos profesionales en Enfermería. Educación Médica. 2021;22.
257. Navas Roman JI, Sellan Reinoso GN, Mullo Espinoza PA. DISEÑO Y VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO 0-6 LME PARA DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO DE LA INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. Más Vita. 2020;2(3 Extraord).
258. Bosch-Alcaraz A, Jordan-García I, Alcolea-Monge S, Fernández-Lorenzo R, Carrasquer-Feixa E, Ferrer-Orona M, et al. Validez de contenido de una escala de confort crítico pediátrico mediante una metodología mixta. Enfermería Intensiva. 2018;29(1).
259. Canese M, Estigarribia R, Ibarra G. Aplicabilidad del diseño exploratorio secuencial para la medición de habilidades cognitivas: una experiencia en la universidad nacional de Asuncion, Paraguay . XIX Colóqui internacional de Gestao Universitária. 2019;53(9).

260. Alarcón A, Muñoz S. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. Some methodological issues about measurements in health. *Revista Médica de Chile*. 2008;136(1).
261. Anastasi A, Urbina S. *Psychological Testing*. 7th ed. Prentice Hall, editor. Michigan: Universidad de Michigan; 1997. 47–270 p.
262. Field A. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Vol. 58, *Statistics*. 2013.
263. Zwick WR, Velicer WF. Comparison of Five Rules for Determining the Number of Components to Retain. *Psychological Bulletin*. 1986;99(3).
264. Winer M, Welch S, Comer JC. Quantitative Methods for Public Administration: Techniques and Applications. *Journal of Policy Analysis and Management*. 1983;2(4).
265. Yen M, Lo LH. Examining test-retest reliability: An intra-class correlation approach. *Nursing Research*. 2002;51(1).
266. Attorresi HF, Lozzia GS, Abal FJP, Galibert MS, Aguerri ME. Teoría de respuesta al ítem: Conceptos básicos y aplicaciones para la medición de constructos psicológicos. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*. 2009;18(2).
267. Conway A, Chang K, Kamboj N, Sutherland J. Development and validation of the nursing confidence in managing sedation complications scale. *Nursing Open*. 2021;8(3).
268. Lin MH, Chang TH, Lee YH, Wang PY, Lin LH, Hsu HC. Developing and validating the nursing cultural competence scale in Taiwan. *PLoS ONE*. 2019;14(8).
269. Lucas P, Jesus E, Almeida S, Araújo B. Validation of the psychometric properties of the practice environment scale of nursing work index in primary health care in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(12).
270. Belintxon M, Carvajal A, Pumar-Méndez MJ, Rayon-Valpuesta E, Velasco TR, Belintxon U, et al. A valid and reliable scale to assess cultural sensibility in nursing. *Nurse Education Today*. 2021;106.
271. Nilsson J, Johansson S, Nordström G, Wilde-Larsson B. Development and Validation of the Ambulance Nurse Competence Scale. *Journal of Emergency Nursing*. 2020;46(1).
272. Govina O, Polikandrioti M, Vasilopoulos G, Adamakidou T, Plakas S, Kalemikerakis I, et al. Validation with nursing students of the greek version of the multidimensional attitudes scale (Mas) towards people with disabilities. *Archives of Hellenic Medicine*. 2020;37(4).

273. Numminen O, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Development and validation of Nurses' Moral Courage Scale. *Nursing Ethics*. 2019;26(7–8).
274. Milliken A, Ludlow L, DeSanto-Madeya S, Grace P. The development and psychometric validation of the Ethical Awareness Scale. *Journal of Advanced Nursing*. 2018;74(8).
275. Song R, Ahn S, Jang T, Oh J, Sohn MK. Development and Validation of the Stroke Symptom Cluster Scale Among Korean Stroke Survivors: Mixed-Methods Design. *Rehabil Nurs*. 2021;46(6).
276. Ghiyasvandian S, Abdolrahimi M, Zakerimoghadam M, Ebadi A. Development and validation of a therapeutic communication questionnaire for nursing students. *Contemporary Nurse*. 2020;56(1).
277. Cuevas Budhart MÁ, González Martínez BR, Álvarez Bolaños E, Barrera García MJ, Almeida Souza A de, Gómez del Pulgar García M, et al. Diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*. 2019;22(2).
278. Antonio G, Montes J, Ramírez N, Landeros E. Validación del instrumento de vocación de servicio al cuidado humano en estudiantes de enfermería. *Index de Enfermería*. 2021;30(3):1–10.
279. Rodríguez A, Izquierdo R, Garcés R, Salmon F, Blanco N. Validación de encuesta a pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en cuidados paliativos para el trabajo de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 2021;37(3):e4130.
280. Hernández-Corral S, Müggenburg-Rodríguez Vigil MC, Olvera-Arreola SS. La técnica Delphi para el rediseño y validación de un instrumento que mide la comunicación enfermera-paciente. *Enfermería Universitaria*. 2019;16(4).
281. Lobo C, Pedraz A, Gadea C, Medina M, Moro M, García A. Diseño y validación de una escala para medir riesgo de caídas en pacientes mayores de 65 años. *Conocimiento Enfermero*. 2019;2(4):1–8.
282. Caycho-Rodríguez T, Ventura-León J, Barboza-Palomino M. Diseño y validación de una escala para medir la preocupación por el contagio de la COVID-19 (PRE-COVID-19). *Enfermería Clínica*. 2021;31(3).
283. de Oliveira F, Kuznier TP, de Souza CC, Chianca TCM. Theoretical and methodological aspects for the cultural adaptation and validation of instruments in nursing. Vol. 27, *Texto e Contexto Enfermagem*. 2018.
284. Ramírez-Elvira S, Romero-Béjar JL, Suleiman-Martos N, Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes C, Cañadas-De la Fuente GA, et al. Prevalence, risk factors and

- burnout levels in intensive care unit nurses: A systematic review and meta-analysis. Vol. 18, International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021.
285. Alzailai N, Barriball L, Xyrichis A. Burnout and job satisfaction among critical care nurses in Saudi Arabia and their contributing factors: A scoping review. Vol. 8, Nursing Open. 2021.
286. Enríquez-Hernández CB, Ortiz-Vargas I, Petrovich IS, Martínez-Jiménez L, Méndez-Cordero E, Fernández-Sánchez H. VIOLENCIA HACIA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: UNA ETNOGRAFÍA FOCALIZADA. Ciencia y Enfermería. 2021;27.
287. Díaz Heredia LP, Ballesteros Pinzón GA. Comunicación entre la enfermera y el familiar: una relación entre seres humanos honesta, directa y real. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2021;23.
288. Groove S, Burns N, Gray J. The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence. 7th ed. Saunders, editor. ELSEVIER; 2012. 21–145 p.
289. Burns N, Groove S, Gray J. Understanding nursing. Research: Conduct, critique and utilization. 6th ed. ELSEVIER, editor. St. Louis, Missouri: Book Aid International; 2015. 3–28 p.