

**ASPECTOS PRESENTES EN LA COMUNICACIÓN DE LA ENFERMERA, LA
FAMILIA Y LA INSTITUCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO**



YOLANDA MARCELA CERÓN POLANCO

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN CUIDADO CRÍTICO
BOGOTÁ D.C.
ABRIL DE 2008**

**ASPECTOS PRESENTES EN LA COMUNICACIÓN DE LA ENFERMERA, LA
FAMILIA Y LA INSTITUCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO**



YOLANDA MARCELA CERÓN POLANCO

**Proyecto de grado para optar a título de especialista en enfermería en
cuidado crítico**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN CUIDADO CRÍTICO
BOGOTÁ D.C.
ABRIL DE 2008**

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	5
2. JUSTIFICACIÓN	10
3. PROBLEMA	16
4. OBJETIVOS	17
4.1. GENERAL	17
4.2. ESPECÍFICOS	17
5. PROPÓSITOS	18
6. MARCO TEORICO	19
6.1. SITUACIÓN DE LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO.	19
6.2. EFECTO DE LA ENFERMEDAD Y LA HOSPITALIZACIÓN EN LA FAMILIA.	23
6.3. NECESIDADES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA EN UCI.	26
6.4. DEFINICIÓN DE FAMILIA.	29
6.5. LA COMUNICACIÓN.	30
6.5.1 Importancia de la comunicación enfermera familia en la UCI.	32
6.5.2 Principios para una comunicación eficaz con los familiares.	34
6.5.3 Habilidades de Comunicación.	34
6.5.4 Comunicación de malas noticias.	37
6.6. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO.	39
6.6.1 Enfermería en la unidad de cuidado intensivo.	39
6.6.2 Perfil y funciones de enfermería en la UCI.	40
6.6.3 Área de función asistencial.	40
6.6.4 Área Funcional Administrativa.	41
6.6.5 Área funcional Investigativa.	41
6.6.6 Área de función docente.	42
6.7. CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA FAMILIA	42
6.7.1 Cuidado de enfermería a la familia del paciente en estado crítico.	44
6.7.2 Participación del familiar en el cuidado del paciente crítico.	46
7. DESARROLLO METODOLÓGICO	49
7.1. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS.	49
7.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS.	50
7.3. ANÁLISIS DE DOCUMENTOS.	50
7.3.1 Tabla No.1. CARACTERÍSTICAS DE DOCUMENTOS SELECCIONADOS	52
8. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	54
8.1. ASPECTOS PRESENTES EN LA COMUNICACIÓN CON RELACIÓN A LA ENFERMERA	54
8.1.1 Tabla No. 2. ASPECTOS PRESENTES EN LA COMUNICACIÓN CON RELACIÓN A LA ENFERMERA	55

**8.2. Tabla No. 3. ASPECTOS PRESENTES EN LA COMUNICACIÓN CON
RELACION A LA FAMILIA 61**

**8.3. Tabla No. 4. ASPECTOS PRESENTES EN LA COMUNICACIÓN CON
RESPECTO A LA INSTITUCIÓN..... 65**

9. CONCLUSIONES 70

10. BIBLIOGRAFIA 72

ANEXOS..... 74

1. INTRODUCCIÓN

El ingreso de una persona en una UCI implica un cambio brusco y radical a nivel de independencia, acompañado de una situación de vida agresiva e inusual que genera una pérdida de autonomía casi absoluta del ser humano, dependiendo casi en su totalidad de un equipo de salud para cubrir la mayoría de sus necesidades.

Es por ello, que Las UCI son escenarios frecuentes de sufrimiento, donde los pacientes debido a los restringidos horarios de visita y a la gravedad en su estado de salud, son aislados de sus familiares; ya que ésta, la mayoría de las veces es considerada como un obstáculo para los profesionales de la salud. Esta problemática no solo ocurre en el interior de las UCI colombianas, si no que se presenta en diversas partes del mundo, ya que hay varios artículos y bibliografía reciente, producida por enfermeras y médicos de países Sur Americanos y Europeos, donde se plasma esta problemática haciendo relevante énfasis, en la pérdida de comunicación y contacto que tiene el profesional de enfermería con el familiar del paciente internado en la unidad de cuidado intensivo; debido a diversos aspectos que influyen en dicho proceso de comunicación entre la enfermera y los familiares de los pacientes de las unidades de cuidado intensivo, dentro de los cuales se han encontrado, con respecto a la enfermera, el alto nivel de estrés que manejan, a las múltiples funciones y responsabilidades que poseen, a las largas jornadas de trabajo que llevan al agotamiento físico y mental y a la rutinización de la labor del profesional de enfermería. Por todos estos aspectos mencionados entre otros, el enfermero se olvida de interaccionar y comunicarse con las familias, siendo éste un grupo clave para la recuperación del paciente. Por ello, se originan muchas quejas, insatisfacción y frustraciones por parte de los familiares, pidiendo a gritos sordos que se les tenga en cuenta y se les permita

conocer cada detalle del estado de salud de sus pacientes, sus dudas y sus temores. Causando en los familiares, aspectos influyentes en la comunicación tales como sentimientos de incertidumbre, ansiedad, soledad, temor, desconocimiento, agresividad hacia el personal de enfermería de manera involuntaria, debido a la nueva situación de estrés que están viviendo a causa del ingreso de su querido en una unidad de cuidado intensivo.

Por otro lado, es de vital importancia en la investigación, involucrar a las instituciones de salud, en dicho proceso de comunicación, ya que de ellas dependen la mayoría de normas y reglas que se imponen en las unidades de cuidado intensivo, las cuales pueden ser aspectos influyentes en la comunicación entre la enfermera y la familia de los pacientes de la UCI, tales como los horarios de información y de visitas cortos, lugares inadecuados para atender a los familiares a la hora de informarlos, entre otros aspectos que se mencionan y analizan en el transcurso de la investigación.

Por lo mencionado anteriormente, surge la idea de realizar una investigación con el objetivo de determinar los aspectos presentes en la comunicación, que se dan en relación a la enfermera, la familia y las instituciones de salud en la unidad de cuidado intensivo.

Todo esto, con el fin de producir un espacio de reflexión en el profesional de enfermería y demás miembros del equipo de salud, con el ánimo de modificar y repensar estrategias para adecuar y optimizar el proceso de comunicación entre enfermeras y familias en las unidades de cuidado intensivo. Ya que hay gran cantidad de investigaciones sobre familiares del paciente crítico que se caracterizan por ser aisladas, dispersas, voluntaristas y en su mayoría descriptivas. Es el momento de completar y establecer estrategias que en un futuro con gran esfuerzo y dedicación puedan establecerse a nivel nacional uniendo los esfuerzos de todos los enfermeros interesados en modificar la práctica

restrictiva actual hacia los familiares. Por otro lado, el enfermero de hoy día debe trabajar para desarrollar una capacidad crítica de reflexión sobre su práctica y modificarla para que el mundo que lo rodea sea mas humano.

Para el desarrollo de esta investigación se realizó un estudio tipo revisión documental, para lo cual se hizo una revisión bibliográfica sobre dicha temática, tomando como referencia artículos de los últimos 10 años. Posteriormente se realizó la selección y análisis correspondiente, los datos fueron plasmados en una ficha descriptiva la cual sirvió de ayuda en la organización de los datos y facilitó la interpretación y análisis de los resultados obtenidos.

Los profesionales de enfermería, son pieza clave para proporcionar información que ayude a amortiguar el impacto del entorno de las UCI sobre familiares y pacientes, para ayudarles a transitar por esa experiencia apabullante y dolorosa que produce el tener un ser querido en una UCI. Siendo el enfermero quien conoce información importante del paciente, por lo cual habrá que diseñar estrategias encaminadas a proporcionar información a los familiares de manera oportuna y eficaz favoreciendo de este modo que haya una mejor comunicación entre la enfermera y el familiar del paciente de la unidad de cuidado intensivo.

Como conclusiones relevantes con respecto a la enfermera, se encontró que los aspectos presentes que influyen en la comunicación con las familias, son la sobrecarga laboral, el hecho de no haber recibido ningún tipo de formación de base sobre la manera de afrontar el sufrimiento de las familias y la muerte de los pacientes, y el no tener los conocimientos y habilidades necesarias para satisfacer las necesidades psicosociales y emocionales de los familiares; todo ello hace que la enfermera de manera involuntaria, como mecanismo de defensa ante su parte psicológico se comporte de forma fría, distante e inhumana con las familias. Por lo cual, es urgente que desde la academia, las facultades de enfermería revalúen su pensum y propongan una asignatura donde se trabaje y se profundice en el área psicológica del estudiante de enfermería, contemplando técnicas de afrontamiento

y resolución de problemas, que día tras día se ve enfrentada la enfermera en su ejercicio profesional.

Con respecto a la familia, se encontró que uno de los aspectos presentes que influyen en la comunicación con la enfermera, es que los sentimientos y actitudes de angustia, desesperación, frustración, miedo, impotencia, agresividad y depresión que emiten los familiares de los pacientes de las unidades de cuidado intensivo, son la mayoría de las veces causados por la inconformidad que les produce la información que se les ha otorgado sobre sus pacientes. Por lo cual, se debe velar para que la información que se le brinda al familiar sea clara, precisa y entendida en su totalidad, ya que si se tiene un familiar conforme y satisfecho, la comunicación será mas fluida y enriquecedora, colaborando y comprendiendo mucho más la labor de la enfermera, dando como resultado un familiar tranquilo dispuesto a colaborar y un enfermero con un cambio de mentalidad con respecto a la idea errada de que el familiar es un potente estresor en la unidad, por la idea de que es un ser humano sensible, vulnerable, que puede ser de gran ayuda en el proceso de recuperación del paciente.

Por último, con respecto a la institución como aspectos relevantes, se encontró que los estrictos y cortos horarios tanto en las visitas como en el horario de brindar información a las familias, la falta de privacidad de los lugares donde se da la información, la resistencia a la centralidad de los médicos en el proceso de información, entre otros, son aspectos influyentes en el proceso de comunicación.

Por lo cual, es urgente que las instituciones flexibilicen sus normas en las Unidades de Cuidado intensivo, ampliando los horarios de visitas, los horarios de información, de tal forma que sea la institución la que trate de amoldarse al familiar y no el familiar a la institución, esto con el fin de facilitarle un poco la nueva situación al familiar, que desea ansiosamente llegar a saludar a su paciente enfermo, o a recibir información sobre su estado de salud. Pero que por causas

ajenas a su voluntad (horario de trabajo, cuidado a sus hijos que están en casa) no pueden llegar oportunamente, recibiendo un “se acabaron las visitas” o “llegas tarde” el tiempo de información ya pasó. Causando en el familiar angustia, culpa y frustración por no poder estar en esos momentos tan importantes.

2. JUSTIFICACIÓN

El ingreso de un paciente en una unidad de cuidados intensivos somete a los miembros de su familia a una situación difícil (1) que provoca ansiedad y preocupación; siendo La familia un grupo cuyos miembros se interrelacionan, que está sujeto a la influencia del entorno y por tanto, la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis.

Existe coincidencia en la valoración que realizan varios investigadores (3,4), que señalan como necesidades principales de los familiares de pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos, aquellas relacionadas con la comunicación y la seguridad. Aunque la comunicación es sentida por los familiares como necesidad, puede ser más bien un procedimiento para cubrir determinadas necesidades como la seguridad psicológica.

Frecuentemente se concibe y se habla de la familia como de un ente molesto y en ocasiones puede tenderse a la evitación.(5) Probablemente, por el déficit en la capacidad de relación y comunicación por parte del personal sanitario. Todas las personas tienen los mismos elementos en el proceso de comunicación: en el caso específico *relación enfermera-familia* se requiere de competitividad profesional y de multihabilidades para una relación armónica; por tanto, es muy importante tomar en cuenta que a diario transmite un impacto personal mediante su comunicación; cuerpos, (con formas y figuras que se mueven); valores (conceptos que representan el estilo personal para sobrevivir); expectativas del momento, (mismas que brotan de las experiencias pasadas); órganos de los sentidos (ojos, oídos, nariz, boca y piel, los cuales permiten ver, escuchar, oler, gustar, tocar y ser tocados); capacidad para hablar, y cerebro el cual mediante la función de alma-

cenamiento del conocimiento que incluyen lo que se ha aprendido, leído y asimilado, deja registrado el aprendizaje en los dos hemisferios cerebrales.

La comunicación interpersonal es como una cámara de película equipada con sonido, gestos y ademanes, forma de vestir y aspecto, así como tono de voz que se utiliza; por ello, es preciso desarrollar las habilidades de la comunicación interpersonal en diferentes ámbitos. El laboral durante entrevistas, reuniones de trabajo, acuerdos, sesiones, atención al público y a las personas que requieren de servicios de salud. El privado, reuniones familiares, grupos religiosos, asociación, fiestas, llamadas por teléfono, eventos deportivos, conversaciones entre padres e hijos, acuerdos familiares...

La enfermera no puede hacer a un lado la problemática generada por los diversos roles que tiene en la vida, pero tampoco puede perder de vista lo importante de su función en lo concerniente al lado humanístico. ¡Ése que espera la familia!; por tanto, no olvidar que, a veces, de *tanto trabajo, estrés, rutinización de su labor, se le olvida mirarlo a los ojos, escucharlo y alentarlo.*

Hoy en día, con sólo observar a los familiares es posible darse cuenta que —en muchas ocasiones— la unidad de cuidado intensivo resulta un lugar hostil, en donde se encuentran solos, asustados, con miedo, necesitan de manera imperante comunicarse con los demás. En este sentido, la enfermera es un punto fundamental en ese proceso doloroso que padecen las familias, por lo cual el apoyo de la enfermera hace que las familias se sientan más confiados, puedan colaborar más efectivamente en la recuperación de su ser querido.

Por otro lado, en la práctica diaria, se llevan a cabo multitud de tareas en relación con los familiares de los pacientes ingresados en UCI; algunas positivas y otras que van en perjuicio de ellos y del enfermero. Estas acciones no suelen surgir de un análisis de una situación concreta y una evaluación particular de una serie de

necesidades detectadas ni se incluyen en los planes de cuidados de los enfermeros. La mayoría de las veces se aplica “lo que siempre se hace”.

Habitualmente, se concibe que la información hace referencia exclusivamente al diagnóstico, pronóstico y tratamiento por lo que se sostiene que la labor de informar es una tarea de los médicos y no de enfermería. Son frecuentes las referencias de algunos autores (5) y del propio colectivo enfermero (6) al papel relevante de enfermería en cuanto a la atención a familiares por la continua permanencia junto a los pacientes. Dentro de un marco multidisciplinar de atención, se hace imprescindible la existencia de una adecuada coordinación de la misma y conocimiento de la información que transmite cada miembro del equipo, para mantener una uniformidad que no cree mayor incertidumbre en los familiares de los pacientes de las UCI.

Aunque el enfoque biomédico tradicional esté orientado al paciente y a la enfermedad que padece, además de motivos éticos y profesionales (código deontológico), existe una obligación legal de prestar asistencia y cuidados a los familiares de los pacientes ingresados en las unidades, según se recoge en la declaración de derechos del paciente crítico. La prestación de cuidados a los familiares supone además una oferta de servicios según la tendencia actual de usar modelos en los que los pacientes no sean meros espectadores de las actuaciones que sobre ellos realizan los profesionales sanitarios dando entrada en los sistemas de salud a las capacidades del individuo y de su familia.

En 1999, el Hospital Costa del Sol fue acreditado por la JCAHCO (Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organizations). Organización que exige unos elevados estándares de calidad y considera fundamental un abordaje multidisciplinar de la investigación en el ámbito familiar para promover un desarrollo de medidas de garantía, de calidad, permitiendo evaluar la satisfacción

de los familiares en cuanto a las intervenciones de las enfermeras e identificar necesidades en las unidades de cuidados intensivos.(7)

Existen experiencias de individualización en la atención a los familiares. Una adecuada planificación de esta atención redundaría en una mayor eficacia de gestión de recursos. Un adecuado abordaje de las necesidades de los familiares en el caso de pacientes irrecuperables ayuda en la toma de decisiones relativas a la retirada del soporte vital disminuyendo costes y aumentando el grado de satisfacción de los usuarios. (8,9) Por otro lado se observa que las unidades de Cuidado Intensivo, por lo general son espacios cerrados y regulados por los profesionales de la salud, en particular por las enfermeras. Esto significa que los que se encuentran adentro, profesionales de la salud y pacientes, tienen poco contacto físico, emocional y de comunicación con sus familiares y allegados y que éstos no tienen facilidad para acceder al interior de la unidad. Esto se restringe por los horarios de visitas tan cortos, la severidad del estado de salud del paciente y el tiempo en que se da la información sobre el estado de salud del paciente es insuficiente y en la mayoría de los casos no es clara la información brindada.

Cuando nacieron las primeras unidades de cuidado intensivo la familia era considerada como un componente poco relevante del entorno del paciente, actualmente se considera una parte importante de ese entorno, entendiéndose que los familiares pueden contribuir de forma significativa en la consecución de una buena evolución del proceso de enfermedad (Torrents et al. 2003) de modo que reducir los niveles de estrés de los familiares puede incidir en una mejora de los resultados del paciente. (Hughes et al; 2005).

El familiar del paciente que se encuentra en una unidad de cuidado intensivo experimenta un constante sufrimiento, estrés, ansiedad, desorganización, sentimiento de desamparo, confusión, preocupación, irritabilidad, culpa, frustración, depresión, incertidumbre. Siendo las necesidades básicas

manifestadas por los mismos el mantenimiento de la esperanza, la confianza, la existencia de unos horarios de visita flexibles que permitan permanecer el tiempo suficiente con el paciente, la existencia de apoyo psicológico y la necesidad considerada como la mas importante, es la información que se le brinda a la familia, la cual debe ser adecuada, honesta, y al mismo tiempo carente de inconsistencias o contradicciones por parte de diferentes miembros del equipo de salud de la UCI. Pero surge una gran duda,¿ cómo brindar una adecuada información si la comunicación existente entre la enfermera y la familia es insuficiente, con falta de calidez y de tiempo para brindarla?. Con respecto a este importante punto vemos que la enfermera de cuidado intensivo tradicionalmente ha centrado su atención en el paciente, siendo la familia siempre un elemento sujeto a la discrecionalidad de la institución, encontrándose, de forma sostenida con el tiempo, amplios márgenes de variabilidad en cuanto al papel otorgado a ésta. Pese a todo ello, en la literatura existen estudios concernientes a este tema, señal de que es un área de notable interés, aunque no haya trascendido a la práctica en la medida deseada.

Como se puede analizar, la enfermera adquiere un papel determinante en la dinamización de la comunicación con la familia del paciente de la UCI, pero surgen numerosos interrogantes a la hora de reorientar las políticas de relaciones con los familiares de pacientes críticos. En primer lugar, no constituye una simple intervención más, sino que conlleva todo un cambio de filosofía en el equipo asistencial, no siempre fácil de conseguir por los modelos de práctica profesional fuertemente arraigados en los que no existe un enfoque holístico de la atención.

De hecho las normas de visita de las UCI suelen estar justificadas en argumentos no probados por la investigación, más sometidos a creencias o rutinas de los profesionales que a otras cuestiones.

Por lo mencionado anteriormente surge la idea de realizar una investigación con el objeto de describir los aspectos presentes en la comunicación, con respecto a la enfermera, a la familia y a la institución en la unidad de cuidado intensivo. Todo esto con el ánimo de producir en los profesionales de enfermería y demás miembros del equipo médico, una actitud reflexiva en el replanteamiento y formación de estrategias que puedan mejorar la comunicación en las unidades de cuidado intensivo.

Esta investigación es importante para el profesional de enfermería, ya que en cierta medida busca un espacio de reflexión para sensibilizar y humanizar su rol en cuanto a la relación y comunicación que debe ofrecer de manera efectiva a las familias de los pacientes de las unidades de cuidado intensivo.

Con esta investigación, se satisface la línea de investigación de conceptualización y práctica de enfermería, ya que la temática a estudio en cierta medida pretende un cambio positivo en la imagen de las enfermeras (os), para prestar un servicio con calidad que involucre al individuo, la familia y el profesional de enfermería.

3. PROBLEMA

¿Cuales son los aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en las unidades de cuidado intensivo?

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

Describir los aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la UCI.

4.2. ESPECÍFICOS

- Identificar los aspectos presentes en la comunicación del profesional de enfermería.
- Identificar los aspectos presentes en la comunicación de la familia y de las instituciones, que influyen en el proceso de comunicación entre la enfermera y la familia

5. PROPÓSITOS

Producir un espacio de reflexión para el profesional de enfermería y demás miembros del equipo de salud, con el ánimo de repensar y modificar estrategias que favorezcan el proceso de comunicación con los familiares de los pacientes de las unidades de cuidado intensivo, para que los profesionales de enfermería se animen a realizar investigaciones sobre esta temática, que puedan ponerse en práctica en el interior de las unidades de cuidado intensivo.

6. MARCO TEORICO

6.1. SITUACIÓN DE LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO.

Las UCI están destinadas al cuidado del paciente crítico y se caracterizan por el uso de la tecnología médica más avanzada y una atención especializada permanente. Los cuidados básicos son prácticamente los mismos para todos los pacientes. Pero cuando un enfermo presenta un estado crítico, cuando sus funciones vitales son tan inestables que puede empeorar súbitamente, precisa servicios integrales de atención médica y de enfermería de forma permanente y constante, además de equipos e instrumental que aseguren el adecuado control de diagnóstico y tratamiento del paciente.

Cuando una persona presenta un estado crítico, ya sea actual o potencial, requiere la totalidad de conocimientos médicos y de enfermería: observación estricta, atención y control total y preciso, y capacidad de tomar decisiones irreversibles de forma rápida y correcta, para su supervivencia. Cada detalle es crucial. Los pacientes críticos, aunque pueden presentar multitud de problemas físicos como respiratorios, cardiovasculares, gastrointestinales y neurológicos (no siendo excluyentes entre ellos), pueden requerir unos cuidados esencialmente diferentes.

A parte del seguimiento médico, se brinda un cuidado integral de la persona que conlleva un abanico muy amplio en cuanto a necesidades básicas relacionadas con la fisiología (respirar con normalidad, comer y beber, eliminar desechos, movimiento y mantenimiento de la postura adecuada, descansar y dormir, mantener una temperatura corporal adecuada), la seguridad (higiene corporal y evitar peligros del entorno), la autoestima (comunicarse, expresar emociones, necesidades, miedos), con la pertenencia grupal (culto a una religión) y con la auto-actualización (trabajar, recrearse y satisfacer su curiosidad). Estas necesidades que son básicas de todo ser humano, debido al problema de salud no pueden satisfacerse. Particularmente en pacientes críticos los cuales muestran gran o total dependencia, cuando el personal de enfermería actúa para que todas ellas estén cubiertas.

Especialmente en las en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), el paciente está expuesto continuamente a un ambiente de urgencia, con una sobrecarga sensorial debida a estímulos externos como la luz, la soledad, la pérdida de identidad, la multitud de ruidos que produce todo el aparataje durante las 24 horas del día, a parte de la actividad diaria y frecuentemente frenética de la unidad.

A estos aspectos se une una alteración del estado emocional, derivado de la amenaza de dolor o lesión corporal y la sensación de pérdida de control sobre uno mismo. Esta situación genera una alteración tanto física como emocional que puede desencadenar un estado de angustia o estrés, respuesta fisiológica y conductual del individuo, que intenta adaptarse a la situación. Comúnmente se acompaña de dificultad por conciliar el sueño, alteraciones en sus signos vitales, como taquicardia e hipertensión, mareos, náuseas y aumento de dolor.

La luz, que suele permanecer encendida las 24 horas, puede hacer perder la sensación del día y de la noche. También puede perderse la noción del tiempo, del ciclo del sueño y de la rutina de las comidas. Los pacientes en la UCI rara vez cumplen su ciclo de sueño debido a las constantes interrupciones, ruido y luces.

Algunos estudios señalan que esta privación del sueño es parte responsable de las respuestas delirantes, una respuesta global frente al entorno y a la enfermedad. La sedación resulta básica y fundamental en estos pacientes, sobre todo en aquellos con ventilación mecánica, tanto por el compromiso pulmonar en pacientes postoperados como en los que presentan fallo respiratorio agudo. Aunque es difícil asegurar que una adecuada sedación influye en la morbilidad, hay estudios que concluyen que sí interviene sobre la comodidad del paciente y la estancia hospitalaria. Existe la opinión generalizada desde el sector sanitario que los pacientes permanecen con dosis más insuficientes de analgésicos y sedantes de lo que cabría esperar, aunque una excesiva sedación podría prolongar la estancia.

Por eso, la familia es un elemento crucial en el proceso de salud-enfermedad de todos sus integrantes. Cualquier proceso de enfermedad que afecte a uno de sus miembros altera su equilibrio. El ingreso de un paciente con alto grado de aislamiento, como son las UCI, supone una barrera física y emocional para todos sus integrantes. Por consiguiente, tiene repercusiones que no solo afectan al binomio paciente-familia, sino también al sistema de salud. En estudios recientes se manifiesta que la familia presenta un estado de ansiedad elevado durante toda la estancia, relacionado con la evolución del proceso y con la falta de contacto con el paciente.

La necesidad de contar con un régimen de visitas más abierto ya fue descrito por primera vez en 1979, y desde entonces ha suscitado controversias en la mayoría de las UCI. Las necesidades de los familiares han sido largamente estudiadas. En una revisión de la literatura se encuentra una coincidencia en la priorización de estas necesidades, desde un aumento de la calidad y cantidad de la información hasta de disponer de un régimen de visitas más abierto y poder participar en los cuidados que se le prestan al paciente, como la asistencia en la alimentación y la higiene.

En España, la mayoría de unidades de este tipo tiene un régimen restrictivo de visitas, en las que entran uno o dos familiares, siendo imposible que se impliquen en el proceso de cuidados del enfermo. En la práctica diaria se llevan a cabo multitud de tareas de relación con los familiares de los pacientes ingresados en UCI, aunque mayoritariamente se basa en la información exclusiva del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Este es el enfoque biomédico tradicional, orientado al paciente y a su enfermedad, aunque según el código deontológico existe una obligación legal de prestar asistencia y cuidados a los familiares de los pacientes ingresados, según se recoge en la declaración de derechos del paciente crítico.

Estudios llevados a cabo en este tipo de unidades con sistema de visitas abiertas y publicados en *American Journal Critical Care* y *Journal of Advanced Nursing* muestran que permitir el contacto de forma continua influye positivamente tanto en el aspecto emocional como en su recuperación. Una investigación publicado en *Herat&Lung* concluye que las visitas no producen efectos adversos, ya que la posible desestabilización hemodinámica (alteración en la tensión arterial, frecuencia cardíaca y presión intracraneal) se normaliza pasados 10-15 minutos.

Las nuevas tendencias abogan por prestar asistencia a los familiares a la vez que al propio paciente en relación al soporte, confort, información, proximidad y seguridad, sobretudo en el caso de pacientes terminales. La liberación del régimen de visitas tiene un efecto más positivo para pacientes y familiares que para el funcionamiento de la unidad en sí. Básicamente, depende de la opinión de los profesionales y de las cargas de trabajo de la unidad.

Cuidar a la familia es uno de los principales centros de interés de la enfermería. En el pasado, las enfermeras prestaban cuidados a las personas en los hogares de éstas, en el contexto de la familia amplia, característicamente integrada por varias generaciones que vivían bajo un mismo techo. A medida que la familia se fue reduciendo y los cuidados se especializaron y se centraron más en los

hospitales, se dedicó menos atención a la familia. Con la vuelta a los cuidados a domicilio y basados en la comunidad, y al mejorar nuestra comprensión de la importancia de las relaciones familiares en la salud y en la enfermedad, los cuidados centrados en la familia vuelven de nuevo al primer plano.

6.2. EFECTO DE LA ENFERMEDAD Y LA HOSPITALIZACIÓN EN LA FAMILIA.

La enfermedad es inherente al ser humano, desde el principio de la vida se toma como algo opuesto a la salud y representa para éste algo no deseable pero tampoco controlable, que genera incertidumbre y en ocasiones impotencia, pues nadie escapa a la experiencia de enfermarse y no hay que olvidar que muchas de las enfermedades culminan con la muerte.

Algunos conceptos de enfermedad que se han considerado son:

- El concepto mágico de la enfermedad, basado en la aceptación de la hechicería, y en que los padecimientos se atribuyen a manipulaciones de magos, hechiceros, .brujos o cualquier sujeto con poderes sobrenaturales que obran directamente sobre su víctima.
- El concepto religioso de la enfermedad supone que la enfermedad es resultado de una violación de un tabú o regla divina; el paciente ha violado una prohibición y la enfermedad es el castigo correspondiente. El tratamiento efectivo de esta enfermedad es generalmente la confesión y la penitencia.

- En junio de 1968, F.M. Burnet, en un artículo llamado "Las bases modernas de la patología" y publicado en la revista británica The Lancet, señalaba que, en términos generales, es posible concebir a las enfermedades en dos grupos: las ambientales o externas y las constitucionales o internas. Las primeras resultan de la interacción del hombre con su medio ambiente y las segundas son consecuencia de la forma como está hecho el hombre. ¹

Es fundamental considerar que la enfermedad a pesar de los diferentes conceptos, tiene impacto; no solo en la persona que sufre el evento, si no que afecta significativamente a su núcleo familiar, debido a que la enfermedad de uno de sus miembros, hace que cambie su estructura, colocándolos en una situación de alarma (S. B Robert 1976)²

La familia en respuesta a la enfermedad puede adoptar diferentes conductas desde aislarse del enfermo hasta representar para esta fuente de apoyo emocional, demostrando afecto y acompañamiento.

Fygley y Mac Cubbin (1999) describen las características de eventos no normativos que pueden determinar el efecto de la enfermedad sobre la familia:

Cantidad de tiempo que la familia a tenido para prepararse para el evento.

- Experiencia previa de la familia con relación a la enfermedad.
- Disponibilidad de recursos de la familia para manejar la enfermedad.
- Prevalencia del evento.
- Extensión de pérdida asociada con la enfermedad.
- Cantidad de interrupciones o número de cambios causados por el evento.

¹ <http://www.elementos.buap.mx/num35/htm/43.htm>

² ROBERT, SB. Cuidados a familiares de pacientes críticos. Enfermería científica 1997:184-185:26-30

Además refiere que el impacto que la enfermedad genera, también depende de: la naturaleza de la enfermedad, la duración, las consecuencias posteriores, el significado de la enfermedad para la familia, el factor económico y el grado de dependencia que puede crear.³

De otra parte, autores como Rollan (1988) exponen 5 labores que las familias deben cumplir, durante las fases de crisis en la enfermedad:

- Crear un significado.
- Soportar la pérdida de la identidad familiar.
- Adoptar una posición de aceptación y cambio, mientras se mantiene un sentido de continuidad entre el pasado y el futuro.
- Unirse para sobrellevar la reorganización familiar.
- Desarrollar una flexibilidad familiar⁴

Por otro lado, también se debe tener en cuenta que cada familia vive y afronta de manera diferente este tipo de crisis que es no normativa; lo importante es que es la familia es la célula estructural del ser humano y se convierte en la fuente de apoyo principal ante este tipo de eventos.

³ Vaca Alejandra. Enfermería familiar en ambientes medico quirúrgicos. Traducciones proyecto innovar siglo XXI. Post grado Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogota.

⁴ Vacca. Op, cit

6.3. NECESIDADES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA EN UCI.

La familia es la primera red de apoyo con la que cuenta el ser humano a lo largo de todo su ciclo vital, por lo tanto ejerce una función de protección en los momentos de enfermedad.

Cuando la enfermedad afecta a un miembro de la familia en forma grave, requiere en muchos casos la hospitalización para recibir tratamiento adecuado, caso en el que el individuo tiene que enfrentarse no solo a la pérdida de su bienestar, sino a la separación de su familia, repercutiendo en ésta última, como lo menciona Albístur, Maria C.et al, "el impacto emocional en ellos, comienza en el momento en que el paciente ingresa al hospital, desarraigándose de su hogar y se profundiza cuando el enfermo ingresa a la UCI".⁵

El ingreso de un paciente a la UCI, crea una barrera física y psicológica entre la unidad-familia-paciente; Virginia Henderson afirma que "el enfermo no es un ente aislado, sino que forma parte de una unidad que es la familia", es así como el distanciamiento en la familia puede provocar un estado crisis, angustia y preocupación.

Varios autores como Spatt.et al (1986), citado por Gaw-Ens. (1994) dice que ellos experimentan una reacción de aflicción, caracterizada por choque, incredulidad, desorganización y ansiedad.

A su vez Soller P, habla que "la hospitalización, especialmente en la UCI, tiene el potencial de llevar a una crisis incluso dentro del sistema familiar mas estable, la enfermedad crítica, fija demandas físicas y psicológicas tanto en el individuo enfermo como en la familia". Furukawa afirma que "la admisión en una UCI, es a

⁵ ALBISTUR, Maria C.et al. La familia del paciente internado en unidad de cuidado intensivo

menudo imprevista y no planeada, teniendo la familia que enfrentar una variedad de presiones, incluyendo el miedo a la muerte, desenlaces inciertos, toma de decisiones, interrupción de rutinas inhabilidad para estar con sus pacientes, debido a lo estricto de las políticas de visitas y un medio ambiente desconocido para la familia.⁶

Por otra parte Myriam Parra, afirma que la familia durante este proceso, presenta problemas relacionados con:

- Ruptura de las relaciones familiares.
- Cambio de roles.
- Restricción de las visitas.
- Desinformación total o parcial.
- Fallas en la comunicación.
- Rutinas en la unidad de cuidado intensivo.
- Invasión de su familiar por aparatos.
- Altos costos de hospitalización.
- Temor a la muerte.
- Discapacidad e incertidumbre frente al pronóstico y diagnóstico.⁷

La estancia de una persona en la UCI, hace que la familia vivencie una serie de sentimientos como: culpabilidad, nerviosismo, miedo, soledad, impotencia, estados de confusión y desesperanza que se manifiestan en reacciones de ira y hostilidad, que algunos autores como, Pérez C MD et al, han identificado que muchas veces “estos sentimientos se ven exacerbados por el alto grado de

⁶ JAIMES valencia, Mary Luz. Necesidades sentidas por las familias de los pacientes expresados en el postoperatorio tardío de cirugía cardiovascular Clínica Shaio, Santa fe de Bogota, 1999. Pag 24

⁷ PARRA vargas, Myriam. Conceptualización y caracterización de la persona en estado crítico: dos claves para pensar en indicadores de cuidado. Grupo académico de urgencias y cuidado crítico

complejidad técnica que los rodea y la poca comunicación con el personal de salud”.⁸

Al enfrentar la familia dichos cambios y sentimientos, según la revisión de algunas investigaciones, diversos autores han abordado el tema de las necesidades familiares en cuidado crítico, entre los que se citan: a Hampe(1973), Molter (1979), Rodger (1983), Bouman(1984), Mendoza(1998) Leske(1986), Shigoda M y cols(1991), quienes han identificado la importancia de la familia en la recuperación del paciente crítico hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo.

A continuación se da a conocer la percepción de los diferentes autores acerca de las necesidades de los familiares de pacientes críticos:

Hampe, condujo un estudio acerca de las necesidades de la familia de los pacientes oncológicos en hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo logrando identificar ocho necesidades principales: Estar y ser ayuda para el paciente moribundo, ser informados de la condición del paciente, poder expresar sus emociones, recibir ayuda y respaldo de los demás miembros de la familia, ser aceptados, ayudados y respaldados por el personal de salud, asegurarse de la comodidad del paciente, ser avisados de la muerte inminente.

Molter, durante su investigación; hizo un inventario de las necesidades de las familias del paciente en estado crítico, expresadas como importantes: sentir que hay esperanza, sentir que el personal de salud se preocupa por el paciente y por la familia, estar cerca del paciente, conocer el pronóstico, mejorar la relación enfermera- familia, recibir información del paciente todos los días, y que las explicaciones acerca del estado de salud de su familiar sean claras.⁹

⁸ PEREZ C,MD et al. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidado intensivo. Revista Medica Intensiva, Madrid España. Volumen 28,N 5 (2004); pag 238

⁹ MOLTER N,Needs of critically ill patients. A descriptive study. Haert & Lung, Vol 8(1979) 332-339

Investigaciones realizadas han apuntado a que la Enfermera aun no reconoce a la familia como agentes de cuidados en la unidades de cuidado intensivo a pesar que desde 1855 Florence Nigthingale consideraba “que todo lo que constituye el entorno del paciente es un elemento nuclear en la disciplina de enfermería y por tanto la familia se considera parte de ese entorno inmediato y necesario.”¹⁰

Por otro lado, es importante conocer la definición de familia que se tendrá en cuenta en la investigación.

6.4. DEFINICIÓN DE FAMILIA.

La familia tiene estructuras y funciones diversas que difieren en los distintos países y culturas. Esta rica variedad de las estructuras familiares es consecuencia de opciones individuales y de valores sociales. Para ser eficaces, las enfermeras deben entender los conceptos y las funciones de la familia.

Las estructuras y funciones familiares cambian y se adaptan constantemente a las tendencias sociales y del ambiente exterior. Sin embargo, cualesquiera que sean los cambios, el concepto de familia sobrevive como unidad social importante en casi todas las sociedades.

La enfermería de familia tiene por objetivo trabajar con todo tipo de familias y con los miembros individuales de éstas, para promover la salud, prevenir la enfermedad y dispensar servicios de curación, atención y rehabilitación. Las enfermeras trabajan con las familias:

¹⁰ BERNAT B R. LOPEZ R J. FONSECA RJ. Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la unidad de cuidado intensivo. Revista de Enfermería, Vol. 10 (1999), Pág. 19-32

Para reducir los aspectos perjudiciales para la salud. Para fomentar la buena salud y el bienestar. Para fortalecer las capacidades de cuidar de sí y de hacer frente a la adversidad.

Hablar de familia es algo muy amplio y complejo ya que cada ser humano, dependiendo de su experiencia cultural, social, económica, política, educativa y del lugar donde viven construirán su propio concepto de familia.

A pesar de ello, a continuación se hará mención a la conceptualización de familia por la OPS (1987) es una unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y unión estable que viven en el mismo lugar”.

Para Bodino, la sociedad esta basada en la familia, fundada inevitablemente en la asociación de un hombre y una mujer y que implicaba también hijos, propiedad y autoridad legal... Según su opinión, la familia es la primera y única forma natural de la sociedad; el estado, una asociación de familias que admiten un poder soberano.¹¹

Las anteriores definiciones resaltan la importancia de la familia y permiten tener un punto de partida conceptual sobre ésta para así poder brindar cuidado de enfermería a esta en cualquier escenario, no olvidemos que la familia es símbolo de las plenitudes humanas y es un emblema de amor y justicia.

6.5. LA COMUNICACIÓN.

Para comprender mejor a los familiares y pacientes la enfermera tiene que dar más atención a lo que hace que no lo que dice; son tan importantes las conductas que

¹¹ <http://www.monografias.com/trabajos18/estudios-de-familia/estudios-de-familia.shtml>

parecen ser inconscientes, como aquellas que dependen del pensamiento reflexivo. Las primeras, muestran más las verdaderas motivaciones profundas de las actitudes de las personas, por tanto, para una comunicación efectiva es necesario tratar de comprender más este tipo de lenguaje, que el verbal.

Lo que se comunica es fundamental para el éxito de la relación interpersonal. No importa lo que se diga (no va a significar mucho para la mente de la persona que escucha) a menos que una persona sea confiable y digna de ser creída. No puede haber acción donde no hay credibilidad ni acuerdo.

Una conclusión de un estudio sobre la relación entre elementos verbales (palabras que decimos), vocales (entonación, proyección y resonancia de la voz) y visuales (lo que el oyente observa en la cara y cuerpo de quien envía el mensaje) determinó que el grado de inconsistencia entre estos tres elementos es el factor decisivo para la credibilidad. Los resultados arrojaron que 7% lo constituye el elemento *verbal*; 38% el *vocal* y 55% el *visual*.

La emoción y el entusiasmo de la voz trabajan junto con la energía y el movimiento de la cara y el cuerpo, para reflejar la confianza y la convicción de lo que se dice. Si se está nervioso, torpe o bajo presión, se tiene la tendencia a bloquear la mente y lo que se transmite es un mensaje inconsistente. Por ejemplo, alguien que trata en forma automática sin voltear a ver al paciente y dijera: *estoy muy interesada en hacer bien mi labor ¡a ver quien se lo cree!* No habría duda de que no se le creerá.

El personal de enfermería que cuida a enfermos graves o terminales se enfrenta día a día a una realidad difícil refiere

- Por un lado, el acercarse al paciente, y encontrar un punto de equilibrio, entre acercarse y sobreimplicarse.

- Por otro, el distanciarse en exceso, posición en la cual, la relación enfermera-paciente pierde la eficacia y parte del sentido de la profesión.

En el proceso formativo se le da importancia a los conocimientos técnicos y se deja de lado los conocimientos y habilidades para establecer una buena comunicación con los pacientes y familiares, o se deja en un plano secundario.

En el quehacer diario del trabajo de enfermería se encuentra una serie de situaciones en la relación interpersonal con los enfermos y familiares que suelen dar lugar a un aumento del estrés:

- Desconocimiento del grado de información del paciente y familia.
- Demanda constante de información.
- Soportar las tensiones de los familiares que exigen soluciones rápidas a las enfermeras en medio de una importante sobrecarga de trabajo.

Esto sucede porque entre los médicos y enfermeras, lejos de conformar un equipo terapéutico con objetivos comunes, mantienen, generalmente, posturas paralelas. Así la manera de afrontarlo es la evitación, se tiende a evitar hablar del tema, se desvían las cuestiones a otros profesionales y se limitan a atender al paciente en sus necesidades físicas y a marcar distancias, lo que favorece a la aparición, por parte de personal de enfermería de un sentimiento de impotencia y de insatisfacción.

Esto se afrontaría desarrollando unas habilidades que permitan el acercamiento al paciente desde otra posición más gratificante, y la apertura de vías de comunicación entre el equipo, paciente y familia.

6.5.1 Importancia de la comunicación enfermera familia en la UCI. En la relación enfermera-familia el proceso de comunicación es el elemento fundamental para brindar cuidado, Cherry (en King), definió la comunicación como un proceso

dinámico fundamental para la existencia, el crecimiento, el cambio y la conducta de todos los seres vivos, ya sean individuos u organizaciones.¹²

De acuerdo con Sanz Ortiz ,”la comunicación es una herramienta terapéutica esencial que da acceso a la autonomía, a la confianza mutua, la seguridad e información que es imprescindible para coordinar entre el equipo de salud, la familia y el paciente”¹³.Al establecer contacto con la familia, la enfermera puede utilizar los dos sistemas básicos de comunicación (la comunicación verbal y la no verbal), que pueden hacer de este proceso algo sencillo o complicado para ambos, mas aún si no se tiene un conocimiento mínimo de la cultura, la personalidad de la familia y el tipo de comunicación que es particular en ésta, adicionalmente el contexto y las circunstancias propias del ambiente de la UCI.

En el marco del ambiente de la UCI, el paciente y su familia están rodeados como se mencionó, de procesos altamente tecnificados, en donde por lo general la Enfermera subestima el contacto físico como forma de comunicación, por lo tanto es primordial que enfermería de a conocer la calidad del cuidado que brinda, analizando e interpretando los tipos de comunicación que utiliza tanto de forma consciente e inconsciente, ya que ésta última puede ejercer un efecto negativo en la manera en que la familia recibe la información.

Finalmente dentro de la UCI, los profesionales de enfermería deben hacer uso por igual de todos los canales de comunicación con la familia de manera que se pueda establecer una buena relación comunicativa ya que se encuentran en una situación generalmente difícil y en la que es muy importante la forma en que la enfermera interactúa con ellos.¹⁴

¹² LLUCH, Maria T. Técnicas relacionales en enfermería: En Novel, Gloria. Enfermería psicosocial II. Barcelona

¹³ FLOREZ Lozano, J A. La comunicación verbal y no verbal. Barcelona, España. 2002 Pág. 110

¹⁴ LALLEMAND, Zaforteza Concha. Relación entre enfermeras de unidades de cuidados intensivos y familiares: indicios para el cambio. Enfermería Intensiva 2003;14(3) 239-240.p 27-31

6.5.2 Principios para una comunicación eficaz con los familiares. La autora Concha Zaforteza, en su investigación Relación entre enfermeras de cuidado intensivo y familiares, plantea los siguientes aspectos:

- **Perder el miedo a hablar a nivel emocional.**
- **El familiar lleva la iniciativa:** Solo el familiar puede indicar lo que puede o quiere saber en las distintas etapas de la enfermedad de su paciente.
- **Respetar los derechos del familiar:** Hay que procurar congruencia informativa, es decir, se tiene derecho a saber la verdad y también a no saberla si no se quiere o puede. Las necesidades de cada familiar deben ser la medida de cuanta información proporcionar en cada momento.
- **Transmitir siempre esperanza:** Una expectativa de futuro positiva en relación a un deseo. Cuando el paciente se encuentra en fase terminal se le puede ayudar al familiar a percibir otro tipo de esperanza más a corto plazo. Del mismo modo, es importante evitar, también, las falsas esperanzas, ya que un engaño puede sumir al enfermo y al familiar en la soledad más profunda.
- **No negar o desoír la expresión de emociones y su impacto:** Cada persona va a expresar sus necesidades de forma diferente, en función de sus mecanismos de defensa frente a situaciones que se perciben amenazantes: unos a través del silencio, otros con conductas exigentes, aunque el punto más común es que se den pistas o señales para que el personal las capte.

6.5.3 Habilidades de Comunicación.

- a. **Escucha Activa:** La escucha es una de las habilidades más útiles que tienen las personas para ayudarse. Escuchar no solo consiste en captar

y comprender las palabras que se dicen, si no prestar atención a los sentimientos, por lo tanto, es un comportamiento activo. En el ámbito sanitario es fundamental seguir el ritmo de las necesidades del familiar, escuchar sus mensajes a través del lenguaje verbal y no verbal (sus silencios, sus gestos, su mirada), ya que nos dan pistas de determinados estados emocionales. La escucha activa implica no interrumpir, mirar a los ojos, tener actitud y postura de disponibilidad, sin sensación de tener prisa, sentarse a su lado, dar señales de que se está escuchando, no juzgar no hacer gestos de valoración, aunque las manifestaciones sean de irritabilidad o indiquen una crítica.

- b. **Empatizar:** Hay que dar señales de que uno se pone en el lugar del familiar y se comprenden sus sentimientos. Aunque a veces el familiar se muestre agresivo, irritado, nervioso o se encierre en sí mismo. Detrás de su comportamiento siempre hay una razón, un miedo, una frustración, una dificultad. Es fundamental preguntar los motivos que existen detrás de estos comportamientos. La empatía es la forma de comenzar una buena comunicación.
- c. **Ser creíble:** No se debe prometer lo que no se puede cumplir.
- d. **Prestar atención a lo que se dice y como se dice:** El tono, la cercanía, la delicadeza, la mirada horizontal, la naturalidad. Todo esto da significado a lo que se dice.
- e. **Elegir el lugar donde se habla:** Debe ser un lugar acogedor, tranquilo, evitando pasillos y salas de espera.
- f. **Evitar mensajes impositivos:** La imposición genera actitudes contrarias a las que se persiguen (Tiene que..., Debe de...). Se deben plantear las distintas opciones para que la familia pueda tomar parte activa en las decisiones que tienen que ver con su paciente, en cuanto a su tratamiento, ya que esto facilita su nivel de cumplimiento.
- g. **Ser fiable y decir la verdad:** La verdad expresada de un modo gradual facilita su asimilación, y la mentira inhibe la capacidad de adaptación del

individuo y esta autoridad y veracidad al profesional que la práctica. La relación enfermera-familia se fundamente en la confianza y respeto mutuo.

- h. **Facilitar un clima adecuado para la expresión de las emociones:** A veces los familiares no desean hablar cuando el profesional sanitario tiene tiempo, por lo que habrá que estar dispuesto a escuchar en cualquier momento.
- i. **Utilizar el mismo código que la familia:** la intervención tiene que ser individual. La comunicación se ha de adecuar a la edad, cultura, valores y recursos de la familia del enfermo.

Hay que tener en cuenta y tener siempre presente que la comunicación, sobre todo, en el ámbito sanitario, es una herramienta terapéutica esencial que da acceso al principio de autonomía, al consentimiento informado, a la confianza mutua, a la seguridad y a la información que el familiar necesita.

También permite la coordinación entre el equipo cuidador, la familia y el paciente. Una buena comunicación en el equipo sanitario reduce el estrés generado en la actividad diaria.

La comunicación de la verdad debe darse de una forma lenta, continuada y paulatina, respetando el ritmo y las condiciones personales del familiar. Se produce a través de un proceso continuo de maduración. Aunque se diga la verdad no se debe quitar la esperanza. Una de las quejas más frecuentes de los familiares de pacientes hospitalizados es la falta de comunicación con el personal sanitario. Esta situación es vivida con ansiedad y al no recibir información, el familiar va tomando trozos de las conversaciones de los pasillos, del personal sanitario y de otros elementos, interpretando gestos, miradas y palabras, de las que extraen sus propias conclusiones, muchas veces erróneas.

Con frecuencia, los familiares no son tenidos en cuenta por los profesionales y su participación en la toma de decisiones terapéuticas, en muchas ocasiones es evitada. Para los familiares informarse a través de médicos o enfermeras puede ser difícil, ya que los perciben como muy ocupados y temen molestarlos. Tampoco suele existir un lugar específico para intercambiar impresiones entre familiares y profesionales del equipo terapéutico, aumentando de este modo la ansiedad y el sentimiento de impotencia de los miembros de la familia.

La información que se recibe ha de ser:

- a. **Individualizada:** Para cada familia y conjunta con sus pacientes.
- b. **Confidente:** No delante de otras personas, si no como ya se ha dicho, en un lugar tranquilo y acogedor.
- c. **Actualizada y constante.**
- d. **Preventiva:** Para procurar que el impacto de la información sea menor.
- e. **Comprensible:** Tanto para el paciente como para la familia

6.5.4 Comunicación de malas noticias. Establecer una comunicación abierta con el familiar de pacientes en situación terminal es difícil para los profesionales, ya que la muerte y el proceso de morir evocan en los cuidadores reacciones psicológicas que conducen a evitar la comunicación con el paciente y con la familia.

Las malas noticias, son las noticias que alteran las expectativas de futuro de la persona. El grado de “maldad” de la enfermedad viene definido por la distancia que separa las expectativas de futuro de la realidad de la situación. La comunicación de malas noticias provoca en la familia una mezcla de reacciones que dependerán de la forma habitual que tiene cada uno de ellos para afrontar los problemas serios. Las reacciones que ayudan al familiar a resolver sus problemas

se denominan Reacciones de Adaptación y por el contrario las que agravan la situación se llaman Reacciones de Inadaptación.

Dentro de las reacciones de adaptación se puede encontrar:

- Humor
- Negación
- Cólera contra la enfermedad
- Llanto
- Miedo
- Realización de una ambición
- Esperanza realista
- Regateo

Dentro de las reacciones de inadaptación se mencionan:

- Culpabilidad
- Negación patológica
- Rabia prolongada
- Cólera contra las personas
- Crisis de llanto violentas
- Angustia
- Peticiones imposibles
- Esperanza quimérica
- Desesperación

Cuando se comunican malas noticias el mensaje debe ser firme, pero a la vez con un delicado equilibrio entre prudencia y esperanza.

La comunicación es muy importante por lo tanto, el equipo de enfermería debe tener habilidades de comunicación, debe saber escuchar y apoyar a las familias.

Una buena comunicación es la base de una asistencia integral, por lo tanto, el personal de enfermería acogerá a la familia a través de la escucha activa, con la mirada, el contacto, la proximidad física y los silencios. Debe hablarle con un tono agradable y natural, evitando la ansiedad, la superficialidad, la impaciencia (con estos pacientes no se debe tener prisa), los consejos fáciles, el juzgar, el sermonear y el paternalismo.

6.6. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO.

Las unidades de cuidado intensivo son áreas especializadas dentro de una institución hospitalaria en donde son llevados los pacientes que presentan mayor grado de complejidad y por ende necesitan de cuidado con el máximo de vigilancia, pues la patología que presentan compromete la estabilidad hemodinámica y la vida del paciente; por lo anterior allí se manejan sistemas de monitoreo y soporte vital en forma continua.

6.6.1 Enfermería en la unidad de cuidado intensivo. El ingreso a una UCI presupone muchos aspectos dentro de los que se encuentran: Alta complejidad de los pacientes, manejo de equipos de soporte vital y monitoreo continuo que por lo tanto con llevan a que el personal que labora en ella sea altamente calificado y especializado, por esto la UCI es un área restringida, en donde se manejan grados de estrés altos que no solo afectan al personal de salud, si no también al paciente y su familia.

La AACN (American Association Of Critical Care Nourse) define al profesional de enfermería que se dedica al cuidado de pacientes críticos, independientemente del diagnostico o cuadro clínico, mediante un abordaje que asegura el reconocimiento y apreciación total, la integralidad y la relación con el medio.¹⁵ Es así que el profesional de enfermería que trabaja en la UCI debe tener ciertas características que le permitan brindar un cuidado especial con calidad, donde se involucre a la familia del paciente y a los demás miembros del equipo de salud.

¹⁵ Moyar Martha. Diseño de un programa de entrenamiento par enfermeros en la unidad de cuidado intensivo. Hospital militar central. Bogota. DC 2003

6.6.2 Perfil y funciones de enfermería en la UCI. Para garantizar un buen desempeño del profesional de enfermería dentro de una unidad de cuidado intensivo es necesario, tener claro un perfil sobre las funciones de enfermería que va a desarrollar, para así brindar una atención de enfermería de calidad.

Algunos autores como Maria E Gómez plantean un perfil y algunas funciones que debe cumplir un profesional de enfermería en UCI, a partir de las siguientes características:

- Conocimientos básicos de enfermería: Experiencia clínica y entrenamiento básico en UCI.
- Iniciativa y creatividad: persona dinámica y analítica.
- Habilidad y destreza para el manejo de equipos y situaciones de estrés.
- Liderazgo: Persona capaz de dirigir liderar coordinar y supervisar.
- Motivación para estar a la vanguardia de los avances científicos.
- Equilibrio emocional.
- Responsabilidad.
- Humanidad: Debe ser una persona que además de manejar la parte técnica y científica tenga capacidad de diálogo.
- Ética¹⁶

Según María E. Gómez las funciones que desempeña el profesional de enfermería dentro de la UCI se han dividido en 4 áreas así:

6.6.3 Área de función asistencial. Va encaminada a apoyar al individuo en la conservación de la salud, se desarrolla dentro de la UCI basándose en la satisfacción de necesidades del paciente y la familia, está sustentada en brindar cuidado con la aplicación del proceso de enfermería.

¹⁶ Torres de Rubio Margota, Servicio calidad y enfermería. Revista avances en enfermería. Vol XI N.2 1992 pag 26 a 28.

A su vez representa, la totalidad de vigilancia de cuidados, tratamiento y control de ciertas técnicas especiales a la que debe ser sometido el paciente.

Ésta comprende 6 funciones básicas:

- Control de monitorización.
- Sistemática terapéutica: Conjunto de actividades para dar soporte terapéutico y farmacológico al paciente.
- Asistencia y control clínico: Prestación directa y continua en situaciones, en donde necesita tener el conocimiento adecuado sobre la situación clínica del paciente.
- Cuidado basado en modelos de enfermería para el paciente en estado crítico.
- Interacción adecuada con el paciente y la familia.
- Proporcionar medidas de bienestar al paciente crítico.

6.6.4 Área Funcional Administrativa. Con esta función se quiere que el trabajo efectuado sea realizado con el menor gasto de tiempo posible, energía y dinero; siempre compatible con la calidad el trabajo previamente acordada.

En esta área las funciones son:

- Desarrollo del proceso administrativo en la UCI.
- Desarrollo de procedimientos administrativos para la atención al paciente.
- Establecimientos de mecanismos de vigilancia y control de los recursos materiales y tecnológicos utilizados en la UCI.

6.6.5 Área funcional Investigativa. Son todas aquellas acciones encaminadas en fomentar los avances a través de investigaciones en el área de enfermería.

Las funciones que desarrolla son:

- Desarrollar proyectos de investigación en UCI y en el hospital.
- Dirigir proyectos de investigación en la UCI y en el hospital.

6.6.6 Área de función docente. Enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos propios que es necesario transmitirlos. El profesional de enfermería debe tener en cuenta la importancia de la capacitación constante para si mismo y para su personal.

Esta área se divide en 3 funciones:

- Actualización al personal de enfermería.
- Capacitación y entrenamiento sobre el manejo tecnológico en la UCI.
- Educar al paciente y a su familia¹⁷

Como se puede observar la labor de la enfermera dentro de la UCI es muy importante y compleja se le exige tener, una preparación técnica científica actualizada, con el fin de brindar un cuidado de calidad teniendo en cuenta la complejidad de los pacientes; haciendo relevante énfasis en la parte humana y la gran importancia que juega el papel del la familia como parte del entorno natural de los pacientes.

6.7. CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA FAMILIA

Cuidar a las personas, a la familia y a la comunidad, es el elemento esencial de enfermería, entendiendo por cuidado un juicio critico sobre la vida-salud-entorno,

¹⁷ IBID torres de rubio

dado a partir de la intercomunicación del sujeto de cuidado (individual y colectivo) y el profesional de enfermería, cuyo fin es la protección, el incremento, la preservación de la vida y de la dignidad humana¹⁸

El cuidado exige de los profesionales de Enfermería cualidades como la capacidad de razonar, sentir, dedicación, valores humanos, conocimiento y empatía hacia el paciente y su familia. Los avances tecnológicos y las funciones administrativas han contribuido a desplazar el significado del cuidado, ya que se han dejado de lado algunas dimensiones del ser humano (física, social, emocional y espiritual), que vivencia una situación de enfermedad centrándose únicamente en el aspecto biológico.

Como se observa el sentido del cuidado, no es solo el empleo de conocimientos técnicos, ya que es un proceso que debe desarrollarse a partir de las interacciones entre estas, las habilidades y cualidades del profesional de enfermería, así como la relación enfermera-familia-paciente, que les permite responder adecuadamente a los procesos de salud-enfermedad y a los interrogantes ¿Cómo cuidar?, Cuidar ¿para que?, ¿cuidar a quien?

Autores como Marques, afirman que el cuidado incluye acciones como:

- Realizar algo por alguien que no puede desempeñar sus actividades básicas.
- Explicar algo desconocido relacionado con la salud y la adaptación a la enfermedad, disminuyendo miedos y fomentando el auto cuidado.
- Permitir la expresión de sentimientos y emociones.
- Intención de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar, es decir, fomentando la independencia y la autonomía.¹⁹

¹⁸ MARQUES, S Cuidar con cuidado. Enfermería clínica, Vol 5 (1999) Pág. 266-268

Además es necesario tener en cuenta que enfermería, como lo menciona MARIA M DURAN , “es una profesión que en sus raíces filosóficas mas profundas y por su mandato social han mantenido en sus principios fundamentales aspectos como la reafirmación de la integridad del ser humano, y del proceso de cuidar como algo significativo y humanitario que contribuye a la preservación del hombre”.²⁰

De otra parte es importante recordar que la persona sujeto de cuidado, como ser global está en una interacción constante con todo aquello que lo rodea, dentro de los que se resalta la necesidad de ampliar el cuidado al sistema familiar, mas aún en situación de enfermedad, en donde se ve afectada en su totalidad.

Wright y Leahey , definen que el cuidado familiar “puede ser conceptualizado en dos direcciones; en la primera está el enfoque del individuo en el contexto de la familia, donde aquel es la figura y ésta es el fundamento, y en la segunda que enfoca a ambos, el individuo y la familia, los sistemas de cuidado familiar pueden ser definidos como un enfoque sobre la familia completa como la unidad de cuidado²¹ .

6.7.1 Cuidado de enfermería a la familia del paciente en estado crítico. El cuidado de enfermería a la familia del paciente críticamente enfermo, está delimitado por la relación interpersonal específica, que se establece desde el momento del ingreso del paciente a la UCI. Dicha relación esta compuesta por características y fases propias, que determinan el establecimiento de un proceso terapéutico eficaz entre la enfermera y la familia, además constituye un medio

¹⁹ MARQUES, S .Cuidar con cuidado , Enfermería clínica, Vol 5 (1999), Pág. 266-268

²⁰ DURAN V, Maria M. El cuidado: Pilar fundamental de enfermería. Revista de avances de enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogota D.C Vol. XII N 1 (1994),Pág. 17

²¹ DURAN V, Maria M. El cuidado: Pilar fundamental de enfermería. Revista de avances de enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C Vol. XII N 1 (1994),Pág. 17

para intercambiar información, crear una comunicación adecuada y participar activamente en el cuidado del paciente.

Las fases de la relación enfermera-familia-paciente han sido reconocidas y estudiadas por diferentes autores, entre los que se encuentran Flórez , J A , quien describe las fases discernibles en las relaciones enfermera-familia adaptándolas a la obra de H. Peplau

Los profesionales de enfermería a diferencia de otros profesionales de la salud establecen una relación interpersonal más profunda con los familiares, teniendo en cuenta que la comunicación, el contacto, la proximidad, la expresión de sentimientos, el acompañamiento, el estar con la familia, son fundamentales para brindar cuidado con calidad y calidez.

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

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

La fase intermedia o de trabajo se centra en el significado de la enfermedad generando conductas positivas para el familiar con la ayuda de la enfermera.

Teniendo en cuenta estas dos etapas y con relación a los familiares de los pacientes ingresados en la UCI, Thorne y Robinson (1988), analizaron las

relaciones entre éstas y el personal de salud, desde la perspectiva de los miembros de la familia, encontrando que las relaciones se llevan a cabo en tres etapas; que refleja cambios en la confianza hacia los profesionales. Denominaron a la primera etapa como Confianza Inocente, en donde los familiares confían en que el equipo de salud tiene la misma perspectiva sobre el cuidado de su familiar al igual que ellos. Sin embargo con el tiempo los familiares comprendieron que tanto su experiencia y su inclusión con respecto al cuidado eran muchas veces olvidadas.

La segunda etapa, llamada desencantamiento, se caracterizó por la insatisfacción de la familia con el cuidado, frustración, dificultad para obtener información, hostilidad en la relación enfermera-familia.

La última etapa fue llamada alianza protegida, las familias reencontraron la confianza en los profesionales de enfermería, buscando mayor información y entendiendo las diferentes perspectivas.²²

6.7.2. Participación del familiar en el cuidado del paciente crítico. Se define participación del familiar en el cuidado del paciente crítico (propriadamente dicho), al proceso por el que uno o varios miembros significativos de la familia se involucran de forma voluntaria, gradual y guiada por la enfermera responsable del paciente, en el cuidado del ser querido en función de sus posibilidades y la situación de este.

Se diferencia de la visita en que no ocurre en forma ocasional y no es sujeta a normas generales de la institución; si no que responde a un continuo desarrollo establecido por un acuerdo entre el paciente, el equipo asistencial y el familiar, individualizado a cada situación, cuya intencionalidad trasciende del mero acompañamiento y pretende la maximización de los posibles beneficios derivados

²² TRYGAR, Artinian, Nancy .Family Nurse Practice.

de la interacción directa, entre seres queridos, sustentándose en el establecimiento de relación terapéutica y relación de ayuda .

La familia posee recursos que pueden favorecer el bienestar de la persona críticamente enferma, dentro de los cuales están:

- Conocimiento sobre el proceso y la vivencia esperada de la situación.
- Conocimiento de las intervenciones generales que se realizan, para adquirir.
- Capacidad de anticipación.
- Mecanismos de afrontamiento en sus dos vértices: cognitiva y emocional.
- Sentimiento de ayuda al ser querido.

Los grados de participación pueden escalonarse de forma ascendente así:

- **Motivación.** Toma de conciencia de la posibilidad de ayuda al ser querido mediante la participación en el cuidado.
- **Participación básica.** Inicio de la contribución al cuidado, en los aspectos de menos demanda cognitiva y emocional le supongan al cuidador principal. Siempre se individualizaran de acuerdo a las características del paciente y el cuidador.²³
- **Participación avanzada.** Desarrollo de acciones de ayuda más complejas que requieren una actividad educativa específica.

Es de notar que la participación del familiar en cuidado del paciente crítico depende de muchos aspectos y es de vital importancia que la enfermera se

²³ Torres Perez I, Morales Ascencio JM. Participación del familiar en cuidado del paciente crítico. Revista Internacional para el cuidado del paciente crítico. Málaga. España. 2004

involucre de manera directa en este proceso para poder brindar integralidad en el cuidado de enfermería y de esta forma ser profesionales más humanos.

7. DESARROLLO METODOLÓGICO

7.1. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS.

Para el desarrollo de esta investigación, se realizó un estudio tipo revisión documental, el cual es una investigación que permite realizar un análisis crítico del tema y obtener una visión comprensiva del mismo. En este caso, se revisaron artículos relacionados con los aspectos existentes y que estuviesen presentes en la comunicación de la enfermera, de la familia y de la institución en la unidad de cuidado intensivo.

Los criterios que se tuvieron en cuenta, para la búsqueda de los documentos, estuvieron encaminados como primera medida a satisfacer la problemática y los objetivos que fueron planteados en la investigación. Se enfocó a estudios realizados en los últimos 10 años, tanto en América como en Europa, en idiomas tales como español, inglés y portugués. La búsqueda de documentos se realizó en las bases de datos LILACS, PROQUEST, MEDLINE, SCIELO. Inicialmente se encontraron 48 artículos con las siguientes palabras clave:

- Enfermera: Nurse
- Familia: Family
- comunicación: Communication
- unidad de cuidado intensivo: Intensive Care Unit
- paciente: patient
- Estrategias: Strategies
- Barreras de comunicación: Communication barriers
- Relación enfermera-familia: Nurse-family relationship

- Estrategias de comunicación-Uci: Communication strategies
- Necesidades familia-UCI: Family needs
- Comunicación- enfermera- familia: Nurse-family communication

7.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS.

De los 48 artículos encontrados, se escogieron 16 artículos en total, realizados en los últimos 10 años con los últimos planteamientos en la temática.

Entre los criterios de selección se tuvieron en cuenta que fueran investigaciones de enfoque cualitativo tipo descriptivos o estudios de caso, que se ubiquen como mínimo en un tercer nivel en la interpretación de los resultados, lo cual quiere decir que en los artículos seleccionados se describan los hallazgos, se identifiquen las relaciones entre variables, y por último se realice la formulación de relaciones tentativas entre estas.

Las características de los artículos seleccionados se muestran en la tabla No.1

7.3. ANÁLISIS DE DOCUMENTOS.

Para el análisis de los artículos se utilizó una ficha descriptiva, (anexo) que tiene 3 partes:

- a. Datos de identificación
 - Título
 - Autor
 - Año

- Lugar
 - Idioma
 - Medio de publicación
- b. Información metodológica
- Tipo de diseño
 - Tamaño de la muestra
 - Manejo de datos
- c. Herramientas de reflexión
- Juzgamiento metodológico
 - Aportes de contenido

Para el análisis de los artículos, se tuvieron en cuenta los niveles de interpretación, los cuales vale la pena recordar:

1. Descripción de los hallazgos
2. Identificación de relaciones entre variables
3. Formulación de relaciones tentativas
4. Revisión en busca de evidencias
5. Formulación de explicaciones al fenómeno
6. Identificación de esquemas teóricos más amplios.

7.3.1 Tabla No.1. CARACTERÍSTICAS DE DOCUMENTOS SELECCIONADOS

N.Art	Título	Año	Autor	País	Idioma	Med.Public
1	Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario.	1999	Más, R, Escribá, V, Cádenas,M	España	Español	Arch prev Riesgos labor 2 (4): 159-167
2	El proceso de integración familiar en la UCI	1999	Judithe. Hupcey EDD, RN, CRNP	Pennlylv ania	Inglés	Journal of critical nursing 8: 257-262
3	Visitas de familiares a pacientes ingresados en la UCI, opinión de todos los implicados	2000	Burgos Naranjo, Rosa M, Cano peregrina, M Ángeles, García Córdoba.	España	Español	Enfermería en cardiología N. 20/2 cuatrimestre 2000
4	Creencias y actitudes de las enfermeras de la UCI sobre el efecto que produce la visita abierta en familia, paciente y enfermera	2000	L. Marco Landa, L. Bermejillo Equia, N.Gara y Alde Fernández de Pinedo	España	Inglés	Rev Enferm. Intensiva 11(3): 107-117
5	La familia del paciente internado en la UCI	2000	Sic. María Cristina de Albistur, Dr Juan Carlos Bacigalupo, Dr Jorge Gerez	Brasil	Portugués	Rev. Med Uruguay 16: 243-256
6	Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión	2001	P.Delgado Hito, A Sola Prado, I. Mirabete Rodríguez	España	Español	Rev. Enferm intensiva 12 (3) 110-126
7	Como valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una UCI	2003	M.D Bernat. Tejedor López, J. Sanchis Munoz	España	Español	Rev. Enferm intensiva 15(5) 116-117
8	Ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos	2004	Agustina Díaz Sánchez, Nuria Díaz Sánchez	España	Español	Revista Nure investigación N.10
9	Relación entre enfermeras de las UCI y familiares. Indicios para el cambio.	2004	Concha Zaforteza, Denise Gastaldo, Pilar Sánchez Cuenca, Juan E de Pedro, Pedro Lastra	España	Español	Revista Nure investigación N. 3
10	El paciente crítico: La comunicación y visión sobre la adaptación para el equipo de enfermería y la familia	2004	Luciana Inabasai; María Julia Paes de Silva, Sandra Cristina Ribeiro telles	Brasil	Portugués	Index.enferm.V 19 N. 69
11	Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en las Uci	2004	MD Pérez Cárdenas M, Rodríguez Gómez Al	España	Español	Rev medicina intensiva Vol 28- N.05p. 237- 249

			Fernández, Herranz M Catalán Gongález			
12	Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la UCI	2006	Leandro Barbosa de Pinbo, Silvia María Acevedo Santos	Brasil	Portugués	Index enferm V15. N.54
13	Enfermería, paciente y relación familiar: Los aspectos de conducta asociados a la calidad de la ayuda	2006	Amanda Batista Siqueira, Rosangela Filipina, María la Belén Salazar Lata	Brasil	Portugués	Index Enferm. V 17 N. 62
14	Necesidades de los familiares de pacientes de cuidado intensivo: Percepciones de los familiares y del profesional	2007	L. Santana Cabrera, M Sánchez Palacios, E Hernández Medina, M García Martul	España	Inglés	Rev med intensiva 31(6): 273-80
15	Necesidades de los familiares de pacientes en UCI: Hospital público y privado	2007	Kátia Santana Freitas, Miako Kimura, Karine Azevedo Sao Lao Ferreira	Brasil	Español	Rev Latino-Amenfermage n 15 (1) www.eerp.usp.br/rlae

8. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para dar respuesta a cada uno de los objetivos de la investigación, se establecieron categorías que permitieron agrupar la información en una forma ordenada, facilitando su comprensión.

8.1. ASPECTOS PRESENTES EN LA COMUNICACIÓN CON RELACIÓN A LA ENFERMERA

En la gran mayoría de las investigaciones consultadas, se resalta la importancia que la familia atribuye a la comunicación, como la necesidad más sentida para ellos, durante el proceso de estancia en la unidad de cuidado intensivo de sus pacientes. Los autores destacan y coinciden en muchos de los aspectos encontrados que afectan el proceso de comunicación entre las enfermeras y los familiares de la UCI:

Con respecto a los profesionales de enfermería, los estudios apuntan a aspectos tales como la sobrecarga de trabajo, la falta de personal, la imposición de labores administrativas que les absorbe gran parte de su tiempo. (Tabla 2) Esto se sustenta, con una investigación del autor Más, R, Escribá, V, Cádenas, M donde los familiares perciben que hay escaso personal en la UCI, hay sobrecarga de trabajo en las enfermeras y prefieren no molestarlas con sus preguntas y esto impide que se desarrolle el proceso de comunicación. Se encontró lo siguiente, los familiares intentando encontrar información sobre el problema de su paciente y el enfermero intentando rentabilizar al máximo su tiempo, de tal forma que se generan fuentes potenciales de tensión y fallos en la comunicación. Con respecto al excesivo rol delegado a la enfermera, se encontró que ha sido criticado por las participantes.

8.1.1 Tabla No. 2. ASPECTOS PRESENTES EN LA COMUNICACIÓN CON RELACIÓN A LA ENFERMERA

N. artículo	El médico lidera la información	Estresores laborales: sobrecarga de trabajo, falta de personal, tareas administrativas	No tener formación de base para afrontar el sufrimiento de las familias	La familia fuente de estrés en la unidad	Actitud fría, dura e inhumana. Mecanismo de defensa	No se identifican	Desconocen la información médica	Visión de la familia: buenos, no exigentes, no molestar, no preguntar	Lenguaje técnico, complicado	Actitudes negativas frente a la pobreza, fealdad, vejez.	Posición de poder
5	++	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	-	++	+++	++	++	-	-	-	-	-	-
7	++	-	-	-	++	-	-	-	-	-	-
16	++	-	-	-	++	++	-	-	-	-	-
6	++	+++	-	-	-	-	++	-	-	-	-
1	-	+++	++	-	++	-	-	++	++	++	++
2	++	-	-	-	-	-	-	-	++	-	-
9	++	-	-	++	-	-	++	-	-	-	-
10	-	-	-	++	++	-	-	-	-	-	-
12	-	-	-	++	-	-	-	-	-	-	-
13	-	-	-	++	++	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	++	-	-	-	-	-	-	-
15	-	++	-	++	-	++	-	-	-	-	-
4	-	-	++	++	-	-	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	++	++	-	-	++	-	-
14											

Convenciones

+++	Aspecto Muy Relevante
++	Aspecto Relevante
+	Aspecto Poco Relevante
-	Aspecto No Mencionado

del estudio afirmando que el médico, les delega aspectos de su práctica porque cree en sus capacidades para realizarlo, esto les quita tiempo que podrían emplearlo para relacionarse e interactuar con las familias y por otro lado cabe anotar el riesgo que corren las enfermeras comportándose como pseudomédicos, es te aspecto es mencionado por el autor P.Delgado Hito, A Sola Prado, I. Mirabete Rodríguez, en su investigación Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión.

Otro aspecto que se resalta en las investigaciones, es el liderazgo y la responsabilidad que han otorgado estrictamente a los médicos en el proceso de informar y comunicar a las familias sobre el estado de salud de los pacientes. Este aspecto, es de vital importancia abordarlo ya que es una situación que se presenta diariamente en el interior de las unidades de cuidado intensivo en muchas partes del mundo y que atrofia profundamente el proceso de comunicación, ya que no existe claridad en el enfermero en lo que puede o debe informar, creándoles de este modo un sentimiento de impotencia, frustración, inseguridad y limitación, cuando el familiar le pide que le informe o le explique sobre el estado de salud de su paciente. Este aspecto, se ve reflejado claramente en los resultados de la investigación del autor P.Delgado Hito, donde las enfermeras afirmaban que al no saber qué información había recibido la familia del médico (el médico informa en una sala) algunas veces se encontraban en una situación difícil y preferían evadir la comunicación con las familias que deseaban información de parte de ellas. Las participantes de un estudio refieren: Yo debería conocer la información que da el médico, pero es que yo no la conozco, ellos tienen su despacho para informar y nosotros no entramos en la información, y a mí me gustaría estar cuando informan a la familia.... Después eres tú quien habla con la familia, eres tú quien está allí adelante, porque muchas veces los médicos no están cuando entra la familia a la visita. ¡Hombre a mí me gustaría estar en el momento que hablan los médicos con los familiares, porque tu ahí tienes mucho que decir! Este aspecto lo sustenta el autor Concha Zaforteza en la investigación. Relación entre enfermeras de las UCI y familiares. Indicios para el cambio.

Sería muy bueno que se trabajara este aspecto desde los tribunales de ética, y realizar estudios serios sobre ésta temática, para formalizarla y poder integrar y dar mayor participación a la enfermera en este proceso de comunicar, ya que es ella quien permanece 24 horas con el paciente y conoce paso a paso cada detalle, cada cuidado, cada síntoma de mejoría o por el contrario de deterioro del

paciente. Cada aporte que hace la enfermera sobre el estado de salud del paciente es vital para la toma de decisiones con respecto a la vida del paciente.

Por otro lado, otro de los aspectos importantes de mencionar que deteriora dicho proceso de comunicación, es el hecho de no haber recibido ningún tipo de formación de base, sobre la manera de afrontar el sufrimiento de las familias y la muerte de los pacientes. Este punto tan importante, es argumentado en los resultados de la investigación, donde las enfermeras encuestadas refieren no tener los conocimientos y habilidades necesarias para satisfacer las necesidades psicosociales y emocionales de los familiares, aspecto referido por el autor L. Marco Landa. Comprobándose nuevamente esta situación en el estudio del autor Concha Zaforteza , donde las enfermeras muestran que no se sienten formadas, para afrontar situaciones de estrés emocional, como por ejemplo el control de la ansiedad de los allegados de los pacientes críticos o el dar malas noticias, y se sienten afectadas por ello. En otra de las investigaciones, también se encontró como aspecto importante a resaltar, las continuas referencias de las enfermeras a los sentimientos de frustración y estrés relacionados con las habilidades sociales, siendo precisamente la problemática de las relaciones personales, una de las áreas más frustrantes de la vida cotidiana de la UCI, como lo muestra en su investigación la autora Agustina Díaz Sánchez. Por lo anterior, la enfermera involuntariamente, como mecanismo de defensa ante su parte psicológica, se distancia de las familias con una actitud fría e inhumana. Este aspecto es fundamental, ya que el enfermero al igual que el paciente y la familia, es un ser humano que debe ser cuidado en toda su dimensión, es importante, que desde la academia se tomara en cuenta este aspecto, para que se maneje la parte psicológica y técnicas de afrontamiento y resolución de problemas que día tras día se ve enfrentado el enfermero en su ejercicio profesional.

Existe otro aspecto que toca la autora Agustina Díaz y es el mantenimiento de poder en la interacción con los familiares, al que de ésta forma se mantiene en la

ignorancia. El profesional mantiene así su estatus dominante y el control de la situación terapéutica. El uso de la jerga, demuestra competencia profesional. Además un familiar informado puede cuestionar una decisión o un resultado y es más probable que detecte un error profesional. Puede ocurrir como en este caso, que la enfermera piense que entre menos sepa la familia mejor, puesto que saber les producirá estrés y aumentará la probabilidad de una interacción negativa. En este estudio una enfermera refiere: Por mi experiencia sé que mientras menos sepan del proceso mejor, el familiar tiene que saber que su paciente está bien cuidado y que se le está atendiendo correctamente. Esto evitará situaciones que limitan el cuidado a lo largo de todo el proceso mórbido del paciente. Con respecto a este aspecto, varios estudios como el publicado por American Journal Critical Care y Journal of Advanced Nursing 2001 muestra que entre mejor esté informada la familia sobre todos los aspectos de su paciente, mejor será su actitud, disminuirá su nivel de estrés y se sentirá mas confiado y colaborador con el personal de salud. Por otro lado, el familiar está en todo su derecho de estar informado con la verdad, independientemente de la reacción que pueda surgir en él, el familiar merece todo el respeto y consideración posible.

Otro aspecto que afecta notablemente la comunicación de la enfermera con la familia del paciente de la UCI, es la actitud y la percepción que tiene la enfermera sobre la familia, ya que en la gran mayoría de los estudios, se encontró que el familiar y el relacionarse con él, supone para la enfermera un potente estresor más en la unidad y una carga de trabajo. Se presenta la queja frecuente de los familiares que refieren que muchas de las enfermeras no parecen interesarse por sus problemas. Una gran parte del diálogo, en la información que dan las enfermeras a los familiares, reside en los aspectos técnicos de la enfermedad y se tiende a ignorar el punto de vista del familiar acerca del problema. Algunas veces, esto conduce a un completo corte de la comunicación puesto que los familiares llegan a estar tan preocupados por sus propios problemas inexpresados, que pueden dejar de prestar atención al profesional de enfermería, aspecto que

muestra nuevamente, la autora Agustina Díaz Sánchez . Con respecto a esta situación, en la misma investigación, uno de los familiares refiere: Siento como si les molestara cada vez que les paro y les pregunto por mi hijo, me siento como si estuviese pidiendo limosna y me sintiera culpable por ser pobre. Otro familiar refiere: cada uno tenemos nuestros problemas, pero a veces he sentido como si estuviese hablándole a la pared, no porque no me contesten, si no porque no me sentía resguardada en esa conversación. Yo necesitaba hablar en ese momento y no tenía a nadie cerca de mí, la enfermera estaba allí, pero tan lejos de mis sentimientos y mis preocupaciones que no sirvió más que para devolverme mi propia soledad.

Es triste y desalentador, ver cómo la enfermera por diversos aspectos rutiniza su labor, se acostumbra al dolor, a la muerte, es como si tuviera tal vez anestesiados sus sentimientos y emociones. Esta situación debe parar, los profesionales de la salud por ningún motivo podrán perder su sensibilidad, su poder humano ya que afortunadamente, para dicha de ellos, su labor siempre va a ir dirigida a cuidar un ser humano, no a una máquina que se manipula sin pudor, sin consideración.

Se deben buscar caminos para reencontrarnos con nosotros mismos y con los demás, para volver la mirada hacia atrás y recordar la gran emoción que causó ese primer paciente, que fue otorgado por la docente en la institución de práctica durante la academia, y recuperar de ésta forma la gran cualidad de la admiración y del asombro, que en éste caso, debe producir un familiar que se encuentra triste y desolado por la enfermedad de un ser querido. Ya que los familiares, prefieren profesionales que se muestren amistosos e interesados por ellos como personas, que muestren empatía con sus sentimientos y que les den seguridad. Ellos están satisfechos con profesionales que les permitan hablar, que se tomen tiempo para escuchar, que den explicaciones claras sobre la enfermedad, el tratamiento, que proyecte sentimientos de preocupación por sus pacientes y que den seguridad. Con respecto a este aspecto, refiere un familiar encuestado: Estaba realmente

nerviosa y agradecí enormemente ese abrazo, hizo que me sintiese mejor. Autora Agustina Díaz.

Un aspecto que se encontró en la investigación ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos, es que los profesionales de enfermería se ven influenciados por estereotipos que tienen las mismas actitudes negativas frente a la pobreza, la vejez, la falta de atractivo físico que el resto de la sociedad. Naturalmente, sus actividades hacia algunos de los atributos sociales de los familiares, o sus presunciones sobre su personalidad, motivación, o nivel intelectual tienen una repercusión evidente en la comunicación.

Este aspecto hoy en día es muy común, ya que las diferencias en las clases sociales se ven muy marcadas, causando diferencias y preferencias entre unos seres humanos y otros. Este aspecto, lo confirma el estudio llamado Necesidades de los familiares de pacientes en unidades de terapia intensiva: Análisis comparativo entre hospital público y privado 2007, donde se muestra, como todo es más favorable para las familias del hospital privado, que para las familias del hospital público, donde el tiempo de información es más largo y las visitas son mas extensas. En pleno siglo XXI, se deberían dejar tantos prejuicios y ser conscientes del valor y el respeto humano que merece cada persona, simplemente por el hecho de estar vivos, sin importar raza, nivel socioeconómico, nivel escolar. Para que en un futuro, las barreras de comunicación desaparezcan y toda la humanidad sea comprendida, valorada y considerada por igual.

Por otro lado, se debe considerar a la familia, como elemento fundamental en el proceso de comunicación, encontrándose en los estudios diversos aspectos que influyen en dicha comunicación con la enfermera y que deben ser descritos y analizados:

8.2. Tabla No. 3. ASPECTOS PRESENTES EN LA COMUNICACIÓN CON RELACION A LA FAMILIA

N. artículo	Desconocimiento de la UCI	Sentimientos de angustia, impotencia, temor, duda.	Actitudes de agresividad, irritabilidad, exigentes y conflictivos	No comprenden la información. (lenguaje técnico)	Confusión. Enfermera o médico?	Perciben sobrecarga laboral de la enfermera	Edad avanzada	Bajo nivel educativo y socioeconómico	Preocupación del hogar (hijos solos en la casa) horario de sus trabajos	UCI: Idea de muerte y sufrimiento
5	+++	+++	-	-	-	-	-	-	-	-
8	-	-	+++	-	-	-	-	-	-	-
7	++	+++	++	++	++	-	-	-	-	-
16	-	++	-	++	-	-	-	-	-	-
6	-	++	-	-	-	-	-	-	-	-
1	-	-	++	-	-	+++	++	++	-	-
2	-	-	-	++	-	-	++	++	-	-
9	-	++	-	++	++	-	-	-	-	-
10	-	+++	-	++	++	-	-	-	-	-
12	++	++	-	-	-	-	-	-	-	++
13	-	+++	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	++	-	-	-	-	-	-	+++	-
15	++	+++	-	++	-	-	-	-	-	-
4	-	++	++	-	-	-	-	+++	-	-
11	++	++	++	-	-	-	-	-	-	-
14	++	+++	-	++	-	-	-	-	-	-

Convenciones

+++	Aspecto Muy Relevante
++	Aspecto Relevante
+	Aspecto Poco Relevante
-	Aspecto No Mencionado

Con respecto a los aspectos que afectan la comunicación, con la familia del paciente internado en la unidad de cuidado intensivo, se encontró uno muy importante, que se repite en varias investigaciones confirmando de este modo la situación. Algunas veces, los pacientes se comportan de una manera que vulnera la comunicación y por ende la relación, transmitiendo desequilibrios emocionales, las enfermeras dicen: Los familiares en ocasiones te hablan con brusquedad, agresividad y refractan sus preocupaciones y su ira contra el colectivo de enfermería...imagino no es algo personal, pero es bastante frecuente, con lo que produce en nuestro día a día un gran nivel de sobrecarga emocional, descrito por la autora Agustina Díaz.

Con respecto a esta situación, se conoce que la hospitalización de un familiar en una unidad de cuidados intensivos sucede generalmente, de forma aguda y repentina, teniendo la familia poco tiempo para adaptarse a esta situación estresante, los familiares se sienten desorganizados, desamparados, con miedo de afrontar la nueva situación, aspecto referido en el estudio llamado Necesidades de los familiares de pacientes en unidades de terapia intensiva: Análisis comparativo entre hospital público y privado 2007, Esto explica en alguna medida, la actitud del familiar ante el profesional de enfermería, que como bien, en el párrafo anterior lo refiere un enfermero encuestado: No es algo personal, es causa de su estado de frustración, abatimiento, desconocimiento y miedo de su nueva forma de vida, con el dolor y el peso que le conlleva la enfermedad de su ser querido. Como ya se mencionó anteriormente, la experiencia de la hospitalización de algún ser querido en una UCI supone una crisis vital. El ingreso, constituye una crisis que puede durar un periodo muy largo y a conducir a cambios permanentes entre los pacientes y sus familiares. La potencia de esta crisis entre los familiares entrevistados, ha dependido fundamentalmente de la interrupción repentina de las funciones habituales, de la amenaza omnipresente a la vida, de la adaptación de la persona. Un paciente refiere: Que te cuente que significa para mí el que esté mi familiar aquí ¿Tu que crees? Estoy muerta de miedo, no sé que está pasando, lo dejé desayunando en casa ayer y hoy no sé si respira, si late, si será igual que antes, no sé si pueda tomarlo con calma, espero que sí porque sino, me tendrán que ingresar con el.

Esta situación encontrada en las familias, dificulta el proceso de comunicación con la enfermera, ya que los estados de ansiedad, miedo, confusión, negación, culpabilidad, nerviosismo, ira, desesperanza, frustración y depresión que viven las familias, conllevan a estados de retraimiento, desconcentración y falta de interés, que son una barrera para acercarse e interactuar con la familia, causando de este modo, déficit en el proceso de comunicación.

Otro aspecto que afecta la comunicación con las familias, es la percepción que ellos tienen sobre las unidades de cuidado intensivo. Aspecto que se sustenta con las investigaciones de las autoras Agustina Díaz y Kátia Santana Freitas, donde se encontró que la percepción y la creencia que tenían los familiares de la UCI, es que es un lugar para pacientes que están muy graves y van a morir. Este pensamiento puede ir ligado a experiencias pasadas, al desconocimiento de la familia sobre el funcionamiento y contexto de las unidades.

Otro tipo de problema de comunicación que se produjo a lo largo de la investigación, es el referido a la incapacidad que tiene el familiar para no poder explicar o describir sus necesidades, en términos que el profesional de enfermería pueda entender. Es observado en la mayoría de los familiares, pero quizás en mayor medida en aquellos de más edad y nivel educativo bajo, siendo este, otro factor importante encontrado en varios estudios, que afecta el proceso de comunicación. No se puede atribuir en exclusiva las características étnicas y culturales, como determinantes para los problemas de comunicación que se dan entre el profesional de enfermería y la familia, pero sí pueden ser medidas a través de aspectos como la edad, el estatus socioeconómico o nivel educativo, aspecto referido por la autora Agustina Díaz.

Por otro lado, en la investigación se encontró que el familiar, suele juzgar la adecuación del cuidado que reciben según criterios que son irrelevantes para la calidad biotécnica y toman en cuenta aspectos que corresponden mucho más a la técnica de la interacción (calidad psicotécnica) dado que el familiar no puede juzgar, por lo general, la calidad biotécnica del cuidado, tienden a evaluarlo sobre la manera como se produce. Un familiar refiere: No todos los médicos y enfermeras son igual de buenos profesionales, hay algunos que da gusto hablar con ellos y te dedican tiempo, aspecto encontrado por la autora Burgos Naranjo, Rosa M.

Las características sociodemográficas, que se han encontrado relevantes en el estudio de Agustina Díaz, tiene mucho que ver con los roles adscritos a los familiares y a los profesionales de enfermería. De tal forma que la edad, es una característica que tiene influencia en la comunicación entre el familiar y el profesional. En el estudio, los profesionales sanitarios afirmaban que con los familiares mayores tocan más frecuentemente temas exclusivamente médicos y menos problemas psicológicos o sociales. Con familiares más jóvenes, estos preguntaron más y se les proporcionó más información y más apoyo.

Otra característica sociodemográfica de interés en la comunicación, que ha sido analizada en las investigaciones de los autores Agustina Díaz, MD Pérez Cárdenas M y L. Santana Cabrera, es la clase social. Como se ha señalado en párrafos anteriores la clase social conlleva diferencias en el reconocimiento de los procesos de salud y en su evaluación social. Esto repercute en la comunicación con el profesional de enfermería, puesto que afecta en la presentación que los familiares hacen de sus problemas. Una enfermera encuestada dice: No es lo mismo dar información a alguien que te puede entender que, a familiares de nivel de educación mas bajo. Normalmente con ellos no necesitas tantas explicaciones e ignoran los procesos, pidiendo mucho menos información, todo esto lo vemos claro cuando nos ingresan a alguno de nosotros, no hay peor paciente que un sanitario. Por lo mencionado anteriormente, es vital realizar una reflexión sobre dichos aspectos que afectan la comunicación de la enfermera con la familia de los pacientes de las UCI, para que se empiecen a implementar en el interior de las unidades y del resto de servicios hospitalarios, estrategias que velen porque las familias sean cuidadas, respetadas y valoradas por los profesionales de la salud.

Debe producirse de forma urgente, un cambio hacia una nueva forma de abordar los cuidados de enfermería, por medio de la reflexión, lo cual genera un poder en las enfermeras para pasar del silencio, donde las técnicas son vistas como más importantes que el trabajo de enfermería, a una voz construida, permitiéndoles

responder de forma apropiada hacia una práctica deseada y efectiva. A través de un esfuerzo individual y colectivo; respetando y considerando más a la familia, llevando a cabo un cuidado dirigido a la familia, optimizando de este modo la comunicación entre las dos partes, trabajando mutuamente en la recuperación del paciente.

Otro aspecto importante que cabe mencionar en esta discusión, es a las instituciones. Ya que ellas, son un factor preponderante para que la comunicación entre profesionales de la salud y familiares de los pacientes internados en las UCI sea efectiva o por el contrario inefectiva, encontrándose sobre este punto lo siguiente:

8.3. Tabla No. 4. ASPECTOS PRESENTES EN LA COMUNICACIÓN CON RESPECTO A LA INSTITUCIÓN

N. artículo	Tiempo de información corto	Horarios estrictos	Poco personal	Lugar sin privacidad	Resistencia a la centralidad de los médicos en el proceso de información	Aspectos ambientales: Ruido, poca iluminación, frío, muebles viejos e incómodos	Información dada por diferentes personas	Enfermería se evalúa por el # de actividades realizadas
8	++	++	+++	++	++	++	-	+++
7	++	+++	++	++	++	+++	++	-
11	++	++	-	++	-	++	-	-
3	+	-	-	+++	-	-	-	-
9	+	+	-	++	-	++	-	-

Convenciones

+++	Aspecto Muy Relevante
++	Aspecto Relevante
+	Aspecto Poco Relevante
-	Aspecto No Mencionado

De las investigaciones analizadas, se encontró que tocaban aspectos importantes sobre las instituciones: El lugar físico en el que se atiende y se brinda información a los familiares es una variable que va a intervenir en el éxito o fracaso de la comunicación. Aspectos que se han señalado en las entrevistas al respecto:

La información se da rápidamente y en un contexto de frialdad. Como argumento a este aspecto se tienen opiniones de los familiares: Cuando me llevaron a esa habitación, que parecía más un despacho que una sala para charlar de lo que le estaba ocurriendo a mi hijo, sentí frío y más miedo aún que el que tenía antes de entrar, aspecto que es mencionado por los autores Agustina Díaz, M.D Bernat. Tejedor López y Concha Zafortesa. Por cual, es importante analizar que los espacios destinados para la recepción de los familiares son incómodos, con una total falta de intimidad que no les permite poder manifestar abiertamente sus necesidades psicológicas y afectivas. Con respecto a esta cuestión, es interesante la aportación de una de las enfermeras entrevistadas: El que los familiares lloren, griten, expresen sus sentimientos a veces de un modo poco ortodoxo, nos puede molestar, pero creo que es necesario. Y lo realmente necesario, no es que dejen de gritar por ejemplo, sino el darle la oportunidad de poder hacerlo en lugares adecuados al respecto que les permitiesen una verdadera intimidad. Por lo mencionado anteriormente, se hace necesario el replanteamiento de los espacios físicos destinados a los familiares y acompañantes de los pacientes, como un déficit importante de la infraestructura de gran mayoría de hospitales que impiden una correcta comunicación y atención a los mismos.

Otro aspecto a resaltar, es que la información no se da por la misma persona. La organización del equipo asistencial les crea inseguridad, preocupación y desconfianza. Con respecto a este aspecto, un familiar entrevistado refiere: Sé que no pueden estar las mismas enfermeras cuidando siempre a mi esposo, pero una vez que conoces a una de ellas y consigues que te cuente cómo lo ven y si ha pasado el dolor, si se siente solo, si tiene fiebre, te encuentras con otra distinta y a volver de cero.

En muchas partes del mundo, la organización y estructura del sistema de salud constituyen un factor importante en la comunicación entre el familiar y el profesional de enfermería. La mayoría de las veces en el ámbito de los hospitales

públicos el familiar no constituye una fuente de refuerzo, ni directa ni indirecta, para el profesional, que no se ve afectado por la satisfacción de los familiares. La actuación del profesional de enfermería, suele evaluarse sobre la base del número de actividades realizadas. Por ello, se ve presionado a llevar a cabo tantas más actividades como sea posible. El resultado suele ser que se producen interacciones muy cortas e infrecuentes con las familias. Aunque los niveles de eficacia técnica pueden ser muy altos, los niveles de eficacia en la comunicación y de satisfacción de los familiares son muy bajos. Con respecto a este punto, se encontró la siguiente situación, Una enfermera encuestada refiere: Parece que lo que le importa a la dirección (del centro hospitalario) es que el trabajo salga... el cómo es secundario, ninguna supervisora me felicitó por el trato excepcional que dí a un paciente y menos a sus familiares. Lo que cuenta al final es que las órdenes de tratamiento estén cumplidas, el resto parece invisible. Este aspecto es referido por la autora Agustina Díaz.

Fueron pocos los estudios en donde se tomó en cuenta a la institución, como un factor preponderante en la dinámica de la comunicación entre la enfermera y el familiar de la Unidad de Cuidado Intensivo. Esto lleva a pensar, que las instituciones no son tenidas en cuenta a la hora de evaluar aspectos que influyen positiva o negativamente en la comunicación del profesional de la salud con las familias de las UCI. Por lo cual, es urgente que las instituciones se personalicen de la situación y empiecen a crear estrategias que mejoren dicha problemática, motivados por los resultados que han arrojado algunas investigaciones, sobre cómo el entorno y el espacio físico de los lugares donde se brinda la información, son recintos fríos, donde hay poca iluminación, los muebles poco cómodos, donde el ruido procedente de los pasillos interfiere a la hora de brindar la información a los familiares, produciendo en ellos desconcentración y poco entendimiento de la información.

Por otro lado, hay poca privacidad a la hora de la información ya que la mayoría de las veces, entran personas ajenas al familiar, ya sea personal de la salud u otros familiares de pacientes diferentes, por lo cual, el familiar informado va a sentir cohibición y vergüenza a la hora de expresar sus emociones, dudas y temores.

Para terminar, es urgente que las instituciones flexibilicen sus normas en las Unidades de Cuidado intensivo, ampliando los horarios de visitas, los horarios de información, de tal forma que sea la institución la que trate de amoldarse al familiar y no el familiar a ella, esto con el fin de facilitarle un poco la nueva situación al familiar que desea ansiosamente llegar a saludar a su paciente enfermo, o a recibir información sobre su estado de salud. Pero que por motivos ajenos a su voluntad (horario de trabajo, cuidado a sus hijos que están en casa) no pueden llegar oportunamente, recibiendo un “se acabaron las visitas” o “llegas tarde” el tiempo de información ya pasó. Causando en el familiar angustia, culpa y frustración por no poder estar en ese momento tan importante con su ser querido.

Por otro lado, se debe tener en cuenta a la enfermera, persona vital en el proceso de comunicación, ya que es ella, la persona que más tiempo permanece con el paciente y por ende, posee información valiosa sobre él. Por lo tanto, Las estrategias anteriormente mencionadas, son muy interesantes ya que su aplicación a la práctica, proporcionaría a la enfermera mayor tiempo para optimizar la comunicación con las familias. Por otro lado, se formarán enfermeras capacitadas y entrenadas para el manejo y resolución de situaciones graves y de difícil manejo.

Es muy importante, que desde la academia se profundice en los estudiantes de enfermería, sobre habilidades en las relaciones sociales y en la resolución de conflictos, creando un pensamiento crítico y reflexivo, ya que el enfermero no puede ser visto como un robot que cumple órdenes, realiza acciones y que en el

momento de dar un concepto, de mantener relaciones sanas entre sus colegas y en este caso relacionarse con las familias, su actitud sea de retraimiento y distanciamiento a causa del temor que le produce enfrentar situaciones de difícil manejo que le generan estrés.

Por otro lado, es clave que las instituciones se concienticen sobre su papel en el proceso de información, ya que no es sólo responsabilidad de médicos y enfermeras esta misión. Los profesionales de la salud pueden tener la mejor actitud y disposición para realizar su labor, pero si no cuentan con una adecuada infraestructura y con el apoyo de la institución, el proceso se ve truncado, surgiendo de este modo la inconformidad e insatisfacción por parte de pacientes, familiares y del mismo profesional de la salud.

9. CONCLUSIONES

1. La sobrecarga laboral de las enfermeras, el hecho de no haber recibido ningún tipo de formación de base sobre la manera de afrontar el sufrimiento de las familias y la muerte de los pacientes y el no tener los conocimientos y habilidades necesarias para satisfacer las necesidades psicosociales y emocionales de los familiares. Hace que la enfermera de forma involuntaria, como mecanismo de defensa ante su aspecto psicológico se comporte de forma fría, distante e inhumana con las familias. Por lo cual, es urgente que desde la academia, las facultades de enfermería reevalúen su pensum y propongan una asignatura donde se trabaje y se profundice la parte psicológica del estudiante de enfermería contemplando técnicas de afrontamiento y resolución de problemas que día tras día se verá enfrentado en su ejercicio profesional.
2. Los sentimientos y actitudes de angustia, desesperación, frustración, miedo, impotencia, agresividad y depresión que emiten los familiares de los pacientes de las unidades de cuidado intensivo, son la mayoría de las veces causados por la inconformidad que les produce la información que se les ha otorgado sobre sus pacientes. Por lo cual, se debe velar para que la información que se le brinda al familiar sea clara, precisa y entendida en su totalidad, ya que si se tiene un familiar conforme y satisfecho, la comunicación será mas fluida y enriquecedora, colaborando y comprendiendo mucho más la labor de la enfermera, dando como resultado un familiar tranquilo dispuesto a colaborar y un enfermero con un cambio de mentalidad con respecto a la idea errada de que el familiar es un potente estresor en la unidad, por la idea de que es un ser humano sensible, vulnerable, que puede ser de gran ayuda en el proceso de recuperación del paciente.

3. Los estrictos y cortos horarios tanto en las visitas como en el horario de brindar información a las familias, la falta de privacidad de los lugares donde se da la información, la resistencia a la centralidad de los médicos en el proceso de información, son algunos de los aspectos influyentes en el proceso de comunicación. Por lo cual es urgente, que las instituciones de salud se involucren en el proceso de comunicación en el interior de las unidades de cuidado intensivo, en busca de replantear o crear estrategias que favorezcan dicha problemática, para brindar un servicio humanizado, donde la prioridad sea el respeto y el mantenimiento de la dignidad de los pacientes, las familias y los profesionales de la salud.

10. BIBLIOGRAFIA

AMADO RODRIGUEZ, Nubia Mavel y SANCHEZ, Norayda. Participación del profesional de enfermería con familia del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo. Pontificia Universidad Javeriana Facultad De Enfermería Bogota, D.C Julio 2006.

BERNAT BERNAT R, Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la unidad de cuidado intensivo. Un estudio cualitativo. Enfermería clínica 1999; 1:19-32

CLARAS, SÁNCHEZ Luz Marina. Proyecto de orientación y apoyo a las familias de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo adulto. Hospital Universitario de la Samaritana, Bogota 2002

Día internacional de la enfermera 2002. Cuidar a la familia -las enfermeras dispuestas siempre a ayudarte. Carpeta de herramienta de información y acción. Consejo Internacional de Enfermeras (CIA).

DÍAZ JF, CASTAÑÓN R, CARRIÓN F, Ramón F. Cuidado a familiares de pacientes críticos. Enfermería científica.1997;184-185: 26-30.

HERRERA, Francisca. Comunicación entre el paciente y la familia, Cap 13/htmcap/

INTERNET, Pagina

www.consumer.es/web/es/salud/atencion_sanitaria/2006/06/19/153027.php

INTERNET, Pagina www.enfermeriaconexion.com/paliativos16.htm

La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. Lic. Esther López Marure, Dr. Roberto Vargas León. Rev Enferm IMSS 2002; 10 (2): 93-102

MORALES JM, Enfermera y entorno; Influencia del stress del paciente critico. Medicina Intensiva 1998;22:207-211

ROBB YA. Family nursing intensive care part two: needs of family with a member in intensive care. Intensive Critical Care Nursing 1998; 14: 103-7.Medline

SIMPSON Tylor. La familia como fuente de apoyo para el adulto críticamente enfermo, Pág. 10, España 1991

SLARKEA, Karl. Intervención en crisis. Manual para la práctica e investigación. Pág. 10, México DF 1997.

ZASPE, MC. Información a los familiares de pacientes ingresados en la unidad de cuidado intensivo. Enfermería Intensiva 1996,7(4): 147-151

ANEXOS

FICHAS DESCRIPTIVAS ANALITICAS

FICHA No. 1

1. Datos de identificación

- Título: Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: Un estudio cualitativo.
- Autor: Más, R, Escribá, V, Cárdenas, M
- Año: 1997
- Lugar: Hospitales generales públicos. Valencia España.
- Idioma: Español
- Medio de publicación: Arch prev riesgos labor 2 (4): 159- 167

2. Información Metodológica

- Tipo de diseño: Se trata de un estudio en el que se ha utilizado metodología cualitativa, obteniéndose la información a través de la realización de 2 grupos de discusión. El primer grupo eran enfermeros y el segundo auxiliares de enfermería
- El tamaño de la muestra en ambos grupos fue de 8 miembros
- Manejo de datos: la técnica estadística utilizada para el análisis de los resultados fue la descriptiva. Las herramientas utilizadas fueron las tablas.

3. Herramientas de reflexión

- Juzgamiento metodológico
- Aportes de contenido:

Aspectos que influyen en la comunicación con respecto a la enfermera:

- Estresores laborales: Sobrecarga de trabajo, falta de personal, tareas administrativas.
- No haber recibido ningún tipo de formación de base sobre la manera de afrontar el sufrimiento de las familias y la muerte de los pacientes.
- La visión de la enfermera hacia el familiar es que éste es un potente estresor en la unidad

Aspectos que influyen en la comunicación con respecto a la familia:

- El familiar es exigente, agresivo, conflictivo debido a su nuevo proceso de adaptación y dolor que le produce la situación y el desconocimiento le produce temor.

FICHA No. 2

1. Datos de identificación

- Título del artículo: El proceso de integración familiar en la UCI.
- Autor: Judithe. Hupcey EDD, RN, CRNP.
- Año: 1999
- Lugar: Pennsylvania.
- Idioma: Ingles
- Medio de publicación: Journal of critical nursing 8: 257-262

2. Información metodológica

- Tipo de diseño: Este estudio es cualitativo. Se utilizó la teoría de Foucault de las relaciones de poder como marco que permite analizar la forma en que se construyen las relaciones cotidianas dentro de la UCI y cómo se naturalizan patrones de conducta.
- Muestra: 12 enfermeras.
- Manejo de datos: se llevó a cabo en 3 vUCIs de 3 hospitales de la red pública de Isla de Mallorca. La técnica de recogida de datos fueron observación participante y la entrevista semiestructurada. La técnica estadística empleada para el análisis.

3. Herramientas de reflexión

- Juzgamiento metodológico: El nivel de interpretación alcanzado por el autor es hasta el nivel 3, ya que se descubren los aspectos que influyen en la relación que las enfermeras establecen con familiares de pacientes ingresados en la U.C.I. e identificar cuales son las expectativas de futuro

que perciben las enfermeras respecto de la relación y los cuidados a los familiares.

- Aportes de contenido:

Con respecto a la enfermera, los aspectos que afectan la comunicación con la familia son:

- Las enfermeras consideran a los familiares elementos externos a la unidad y el proceso de cuidar al paciente crítico consideran al familiar como un potente estresor.
- Perciben al médico como dueño del proceso de información a pacientes y familiares, y que el contacto con los familiares suponen un factor de estrés emocional para ellas, porque no se sienten formadas en habilidades psicosociales.
- Las enfermeras consideran que su papel como informadoras es insuficiente y ellas quisieran participar más en este proceso, pero se sienten cohibidas por el médico, que es el encargado de esta misión. Les da temor informar porque no saben lo que el médico ha informado a las familias.

Aspectos que afectan la comunicación respecto al familiar:

- Ansiedad. No comprenden lo que el médico les informa. El lenguaje utilizado es un técnico. Tienen la imagen de que es el médico a quién deben consultar y creer la información que se les brinda.
- En cuanto a la institución, las restrictivas normas de la unidad como los horarios estrictos, cortos, la resistencia a la centralidad de los médicos en el proceso de información.

FICHA No. 3

1. Datos de identificación

- Título: Visitas de familiares a pacientes ingresados en la unidad de cuidados coronarios: opinión de todos los implicados.
- Autor: Burgos Naranjo, Rosa María, Cano Peregrina, María Ángela, García Córdoba, Cristóbal, Lage López, Ana, López Pelegri Marta.
- Año: 2000
- Lugar: Barcelona, España.
- Idioma: Español
- Medio de publicación: Enfermería en cardiología No. 20 / 2 cuatrimestre 2000.

2. Información metodológica

- Tipo de diseño: Descriptivo de corte transversal.
- Población: 263 personas, de las cuales fueron 109 pacientes, 99 familiares, 38 enfermeras y 17 médicos.
- Manejo de datos: La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario elaborado por los propios investigadores. Los resultados se midieron con un instrumento adaptado a nuestro medio. El cuestionario costaba de 2 partes. La primera de 20 ítems, agrupados en 3 categorías. (Normas, entorno, ambiente, y aspectos positivos y negativos de las visitas) Y la segunda, de 5 ítems en la que se reflejan las preferencias de los encuestados respecto a horarios y normas. En el estudio se realizó entre los meses de febrero y mayo de 1996 en la ciudad sanitaria y universitaria de Belluitge (CSUB) en la unidad coronaria.

- Para el análisis descriptivo de las variables se utilizó el paquete estadístico SPSS tomándose el valor 0 (8) como coeficiente α de Grunbach estandarizado, global, de los 25 ítems. La técnica estadística empleada para el análisis fue la descriptiva y las herramientas utilizados para la interpretación fueron las tablas.

3. Herramientas de reflexión

- Juzgamiento metodológico: El nivel de interpretación alcanzado por el autor es de 3.
- Aportes de contenido:

Aspectos que afectan la comunicación con respecto a la familia:

- Sentimiento de inutilidad, de culpabilidad, nerviosismo, miedo ira y hostilidad. Los familiares viven las mismas fases de la enfermedad que el paciente.
- Los horarios son estrictos y de corta duración. En la hora de la información muchos familiares no pueden salir del trabajo a esa hora, tienen que solucionar problemas de los niños.
- Los horarios de visita a su paciente son cortos. Esto les causa inseguridad, creen que estando más tiempo con su paciente podrían comprender mejor la información que se les da.

Aspectos que afectan la comunicación con respecto a la enfermera:

- Las enfermeras piensan que los familiares, y ruidos en la unidad y a que a veces su visita ocasionan molestias, les supone un sobre esfuerzo e interrumpen los cuidados y tratamientos.

- Piensan que el familiar es un mundo aparte y deben centrar su energía y cuidados en el paciente.

FICHA No. 4

1. Datos de identificación

- Título: Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.
- Autor: L. Marco Landa, L. Bermejillo Equis, N. Garay, Fernández de Pinedo, L. Sarrate Adot, M.A. Margall Cascojuela, M.C. Asian Erro.
- Año: 2000
- Lugar: U.C.I. Clínica Universitaria de Navarra. España.
- Idioma: Inglés.
- Medio de publicación: Rev. Enferm. Intensiva 2000; 11 (3=): 107 – 117

2. Información metodológica

- Tipo de diseño: Estudio descriptivo correlacional
- Muestra: 46 enfermeras de UCI, todas mujeres.
- Manejo de datos: En primer lugar se analizó la normalidad de las variables mediante el Test de Shapiro Wilks y posteriormente se utilizó estadística descriptiva: medidas de frecuencia para las variables discretas (Frecuencia y frecuencia relativa), medidas de tendencia central (media) y de dispersión para las variables continuas. Estadística inferencial: Test de correlación de Pearson para analizar la relación entre las 2 variables de interés (creencia y actitudes) y T. de Student y análisis de la varianza (ANDUA) entre las variables de interés y las variables sociodemográficas.

3. Herramientas de reflexión

- Juzgamiento metodológico: el nivel de interpretación alcanzado por el autor es:

- Aportes de contenido:

Aspectos que afectan la comunicación con respecto a la enfermera:

- Las enfermeras no creen tener los conocimientos necesarios para satisfacer las necesidades psicosociales y emocionales de los familiares.
- Si bien el familiar es una fuente de estrés para la enfermera y le resulta agotador emocionalmente, como será si hay visita abierta.
- La enfermera piensa que la familia muchas veces interrumpe o pospone algunos cuidados en el paciente y piensan que prestan poca ayuda en la realización de los cuidados básicos.

Aspectos que afectan la comunicación con respecto a la familia:

- El nivel de escolaridad
- Sentimientos de ira, impotencia y agresividad contra el personal de salud por las normas. En este caso el no poder estar con su pariente el tiempo que desean.

FICHA No. 5

1. Datos de identificación

- Título: La familia del paciente internado en la UCI.
- Autor: SIC Maria Cristina de Albitur, Dr. Juan Carlos Bacicalupo, Dr. Jorge Gerez, Mónica Uzal, Pres. Alejandra Ebeiol, Mnica Meciél, Juan Jose Sop.
- Año: 2000
- Lugar: Brasil
- Idioma: Portugués
- Medio de publicación: RevMed Uruguay 2000; 16: 243-256

2. Información Metodológica

- Tipo de diseño: Se recluto una población de familiares de pacientes internados en UCI en un estudio prospectivo, longitudinal, observacional que abarco un periodo de 12 meses.
- Criterios de inclusión: Familias de pacientes internados en UCI por mas de 5 días.
- Población: 94 Familias.
- Manejo de datos: Se recolecta la información cuantitativa y cualitativa en un formulario aplicado en todos los casos por la sicóloga de la UCI con la colaboración voluntaria de la familia. La información cualitativa fue recabada en el primer contacto con la familia, al ingreso del paciente a la UCI y fue ampliada en varias entrevistas libres con los familiares.

El formulario contempla 3 tipos de variables:

1. Identificación familiar y del paciente.
2. Opinión de la familia.

3. Variables clínicas objetivas de la situación del paciente

Los datos clínicos objetivos incluyeron score de gravedad Apache II y clasificados por grupos relacionados por diagnósticos.

Se recolectó la información en un formulario con lo manifestado verbalmente por las familias. La información se organizó en 2 grupos: Datos pre codificados y cuantificables, datos de opinión incluidos los no previstos en el cuestionario.

Se utilizó soporte computacional aplicándose el paquete estadístico SPSS, se utilizaron pruebas estadísticas de Fisher, chi cuadrado (tabla 2x2) con o sin corrección de Yates, chi cuadrado para múltiple entrada intervalo de confianza, riesgo relativa para las diferencias, se utilizó como criterio de significación el valor $P < 0,05$.

La estadística utilizada para el análisis es descriptiva ya que organiza y resume la información, muestra características de la población e interpreta los resultados, se utilizaron gráficos, histogramas para el análisis de los resultados.

3. Herramientas de reflexión

- Juzgamiento Metodológico: El nivel de interpretación alcanzado por el autor es hasta el nivel 5 ya que el autor describe los hallazgos, identifica relaciones entre variables, hace formulación de las relaciones tentativas, realiza una revisión en busca de evidencias y por último hace una formulación de explicación al fenómeno.

- Aportes de contenido:

El 84% de los familiares manifestaron que lo más importante para ellos es que se les informe y comunique el estado del paciente.

El 80% de los familiares no comprendieron la información brindada por el medico y buscaron mas información por otras vías.

Con respecto al medio informante, el 72% de los familiares los percibió realista y segura, el 49% lo esperaban que el medico les expresara esperanzas que fuera honesto y sincero 11% esperanzas y el 2% que les oculte la realidad que no sea tan duros.

La familia llega al recibir información de su paciente con angustia, depresión e incertidumbre, desasosiego, temores acerca del futuro de su familiar enfermo.

La casi totalidad de los familiares reprime su comunicación con el informante y la existencia de temor a sentir algo mas doloroso que la realidad que ya están viviendo.

Durante el informe medico están los familiares serios, no parpadean, cruzan los brazos en una actitud defensiva con actitud desafiante, los mas angustiados no miran al que habla.

La totalidad de las familias expresan que el tiempo dedicado a informar es muy corto que los días que ellos quisieran saber mas.

Durante la información de la familia sufre angustia frente a la posibilidad de que les comunique la muerte.

Del dialogo libre con la familia surge que esta desconoce lo que se hace y lo que se decide en la UCI y esto los lleva a querer que se le informe y para los familiares la figura principal de la UCI es el medico y es el único que creen lo que se les informa.

Para facilitar o mejorar la comunicación con las familias parece de gran utilidad:

- Orientar y ambientar a los familiares, aclarando horarios y explicar funcionamiento de la unidad.
- Es indispensable enfocar la atención en un solo emisor el más ansioso.
- Los familiares que emiten señales no verbales de inquietud pueden indicar falta de comprensión, negación y represión. Es útil insistir en que la intención es aclarar dudas sin importar el tiempo que esto lleve y dejar claro que se reconoce la necesidad y el derecho a estar informado.
- El referente de la UCI es el medico informante y la impresión que necesita la familia es de solvencia y honestidad, las familias buscan un equilibrio entre la imagen de autoridad científica y de medico comprensiva con el sufrimiento ajeno.
- Demasiada información técnica pueden ser confusa y parece ser contradictoria, es mejor aclarar dudas con términos sencillos.
- Cuando se prevé una estadía prolongada y resulta una señal positiva alertar a la familia sobre este pronostico permitiéndole ase prepararse en aspectos prácticos de su vida diaria.
- Las familias se tranquilizan si se le explica que todos los recursos razonables se están utilizando y que ahora resta esperar la respuesta del enfermo.
- Cuando es posible y corresponde compartir frases de esperanza lleva al comino de la comunicación.

- La mayoría de los familiares esperan honestidad y sinceridad tratándose de un área donde la mortalidad es de 25% es útil introducir el término muerte sin eufemismo en el momento adecuado y con mucha claridad.

FICHA No. 6

1. Datos de identificación

- Título: Modificación de la practica enfermera a través de la reflexión. Una investigación acción participativa
- Autor: P. Delgado Hito, A. Sola Prado, I Mirabete Rodriguez, R Torrents Ros, M Blasco Alfonso, R Barrera Pedraza, N catala Gil, A Mateos Davila, M. Quintero Canedo.
- Año: 2001
- Lugar: Barcelona España
- Idioma: Español
- Medio de publicación: Rev. Enferm Intensiva 2001; 12 (3): 110-126

2. Información Metodológica

- Tipo de diseño: Estudio cualitativo de tipo investigación-acción- participativa (PAR) desde el paradigma constructivista. El modelo de PAR propuesto por Kemmis y MC Taggart (1988) inspiro y guio este estudio.
- Muestra: El reclutamiento de los participantes se realizo a lo largo de dos meses durante este periodo los investigadores realizaron varias reuniones con el fin de explicar el objeto del estudio e invitar a las enfermeras a participar. Finalmente la muestra fueron 8 enfermeras tres del turno de la tarde, dos del turno de la noche y tres del turno de la mañana. Todas las participantes eran mujeres con una edad promedio de 32 años y mas o menos con 9 años de años de experiencia en UCI.
- Manejo de datos: El proceso de análisis de los datos se realizo de forma continua y circular tanto a nivel de procesos como a nivel de la significación del verbatim. Para el análisis de los documentos se ha utilizado una parrilla basada en Huberman y Milles (1991) que permite elaborar unas fichas de

síntesis y analizar los documentos; la técnica estadística empleada es la descriptiva

3. Herramientas de reflexión

- Juzgamiento Metodológico: En esta investigación el autor alcanza el nivel de interpretación 5 ya que se describen unos hallazgos, se busca comprender el proceso de reflexión que puede conducir a la elaboración de estrategias de cambio, se examina la incorporación de una nueva manera de concebir la acción de la enfermera a través de un grupo de reflexión – acción.
- Aportes de contenido:

Los aspectos que afectan la comunicación con respecto a la familia:

- Solamente creen que es válida la información del médico.
- La familia piensa que el lenguaje utilizado por las enfermeras es inapropiado ya que utilizan muchas palabras técnicas difíciles de comprender.

Los aspectos que afectan la comunicación con respecto a la enfermera:

- Las enfermeras informan a la familia pero no se comunican con ella, el lenguaje utilizado con la familia del paciente fue preponderantemente informativo: estado del paciente, horarios, etc. Se caracteriza por ser simple, corta y lenta.
- Las enfermeras poco se identifican con su nombre, esto causa desconfianza y distanciamiento con las familias.
- Las enfermeras consideran que la sobrecarga de trabajo es un factor que impide el acercamiento con las familias.

- El distanciamiento entre enfermeras y médicos: el dialogo es inexistente e inadecuado a veces a los gritos. Como no nos comunicamos no nos enteramos de la información que brindan a la familia y esto afecta la comunicación.

FICHA No. 7

1. Datos de identificación

- Título: Como valoran y comprenden los familiares las información proporcionada en una UCI.
- Autor: MD. Bernat Adell – R. Tejedor Lopez – Juandis Muñoz Enfermeras en servicio medicina intensiva Hospital general de Castellón.
- Año: 2003
- Lugar: España
- Idioma: Español
- Medio de publicación:

2. Información Metodológica

- Tipo de diseño: Diseño tipo descriptivo.
- Población: 180 Familiares de pacientes de la UCI, se realizaron encuestas, el periodo de estudios fue 1 de Noviembre de de 1996 a 30 de Abril de 1997.
- Manejo de datos: El análisis de los datos se realizo mediante estadística descriptiva, las herramientas utilizadas para la interpretación fueron tablas y pasteles.

3. Herramientas de reflexión

- Juzgamiento Metodológico: El nivel de interpretación alcanzado por el autor es el 3, ya que se realiza una descripción de los hallazgos, se identifican las relaciones de las variables y por ultimo se formulan relaciones tentativas.
- Aportes de contenido:

Los aspectos que afectan la comunicación con respecto a la familia:

- El 32.2% de los familiares encuestados mencionaron el gran temor que sienten a la hora de ser informados, el 14.4% confusión, 68% ansiedad.
- El 87.4% respondió que la información que recibían no la entendían completamente.
- La mayoría de familiares considera que entran muchas personas a la hora de la información.

Los aspectos que afectan la comunicación con respecto a la enfermera:

- Un 20% refiere que no hay amabilidad y el trato es un poco inhumano durante la información.
- El 13.7% de los familiares no supieron identificar a la persona quien les dio la primera información y el 17.1% fue informado sobre el funcionamiento de la unidad por alguien que no se identificó. Si no se sabe con quien se habla la comunicación es mucho más pobre.
- Las enfermeras quisieran participar más en el proceso de información pero sienten cohibidas de hacerlo por que es el médico quien lidera esta función.

Los aspectos que afectan la comunicación con respecto a la Institución:

- El 96.6% refiere que el tiempo de la información debería ser más extensa y frecuente. Un 80% solicitaba mayor privacidad durante la información y no darla delante de los familiares de otros pacientes.
- El 82% de los familiares refiere que el lugar físico donde se brinda la información es incómodo, hay interferencia de ruido en los pasillos al recibir la información lo cual genera un factor de estrés y desconcentración.

FICHA No. 8

1. Datos de identificación

- Título: Ampliando Horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos.
- Autor: Agustina Diaza Sánchez, Nuria Díaz Sánchez.
- Año: 2004
- Lugar: Hospital de Fuenlabra Madrid España
- Idioma: Español
- Medio de publicación: Revista Nure, Investigación No. 10 Noviembre 04

2. Información Metodológica

- Tipo de diseño: Se realizó un estudio tipo cualitativo, aplicando la perspectiva antropológica como entrevista en profundidad; se analiza especialmente las relaciones interpersonales entre el profesional de enfermería y los profesionales como herramienta básica para prestar apoyo a la familia.
- Población: Familias de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Gregorio Marañón de Madrid España.
- Muestra: 15 personas. 9 familiares y 6 enfermeros.
- Manejo de datos: El método de investigación utilizado fue el trabajo de campo. Observación y entrevista para poder captar los comportamientos y los pensamientos, las acciones y las normas, los hechos y las palabras, la realidad y el deseo. La técnica estadística empleada para el análisis de los resultados fue la estadística descriptiva ya que organiza y resume datos; trabaja con poblaciones mostrando sus características y finalmente interpreta los resultados.

3. Herramientas de reflexión

- Juzgamiento Metodológico: El nivel de interpretación alcanzado por el autor es hasta el nivel 5. Ya que describe las experiencias de los familiares que tienen pacientes en la UCI, analiza las relaciones interpersonales entre profesional de enfermería y los familiares, identifica necesidades de apoyo que tienen por parte de los profesionales de enfermería. Formula relaciones tentativas y formula explicaciones al fenómeno.
- Aportes de contenido:

Los Aspectos que afectan la comunicación con respecto a la familia:

- La percepción de si mismo: El familiar no siente que tiene libertad para verbalizar sus dudas y temores.
- Percepción sobre los demás: La imagen que tienen los familiares sobre los profesionales de enfermería impide una correcta comunicación ya que ellos piensan que el profesional de enfermería esta todo el tiempo sobrecargado de trabajo y hay escasas de personal.
- La conducta familiar: Se dirigen con brusquedad y refractan las preocupaciones con ira contra la enfermera.
- Incapacidad que tiene el familiar para no poder explicar o describir sus necesidades en términos que el profesional de enfermería pueda entender (edad avanzada, nivel educativo bajo).

Los Aspectos que afectan la comunicación con respecto a la enfermera:

- La visión que tiene la enfermera sobre el familiar afectan en gran medida la comunicación. Ellas esperan que lo familiares sean buenos, dispuesto a colaborar, poco exigentes e independientes. Esto no reivindica su

derecho a la información, comunicación y a la participación de sus propios cuidados.

- La actuación de la enfermera suele evaluarse sobre la base del número de actividades realizadas; por ello hay poca y corta interacción con las familias.
- La jerga técnica utilizada por hábito profesional, la infravaloración de la capacidad de los familiares y el mantenimiento de la posición de poder del profesional de la salud (entre menos sepa mejor).
- La despersonalización de los enfermeros sobre las familias es una barrera de comunicación que permite la protección emocional de los enfermeros pero tiene efectos perturbadores y negativos al impedir una buena comunicación.
- Los profesionales de enfermería se ven influenciados por estereotipos, comparten las mismas actitudes negativas frente a la pobreza, la vejez, la falta de atractivo físico que el resto de la sociedad.

Los Aspectos que afectan la comunicación con respecto a la Institución:

- Los espacios destinados para la recepción y el proceso de información a los familiares son incómodos, con una falta total de intimidad que no les permite manifestar abiertamente sus necesidades Psicosociales y afectivas. La información se da rápidamente y en un contexto de frialdad.
- La información no se da por la misma persona, este crea inseguridad, preocupación y desconfianza.
- Los médicos llevan el liderazgo en todas las instituciones con respecto a llevar la información.
- Los horarios destinados para el proceso de información son muy restrictivos y cortos.

- El gran número de actividades y responsabilidades que delega la institución a la enfermera quita tiempo que podría ser empleado para el cuidado de los familiares.

FICHA No. 9

1. Datos de identificación

- Título del artículo: Relación entre enfermeras de la unidad de cuidado intensivo y familiares. Indicios para el cambio.
- Autor: Conza, Zaforteza, Dense. Gastoldo, Pilar, Sánchez – Cuenca, J Juan E. de Pedro, Pedro Lastra.
- Año: Marzo de 2004
- Lugar: España, Isla de Mallorca.
- Idioma: Español

2. Información metodológica

- Tipo de diseño: Este estudio es cualitativo. Se utilizó la teoría de Foucault de las relaciones de poder como marco que permite analizar la forma en que se construyen las relaciones cotidianas dentro de la UCI y cómo se naturalizan patrones de conducta.
- Muestra: 12 enfermeras.
- Manejo de datos: se llevó a cabo en 3 UCIs de 3 hospitales de la red pública de Isla de Mallorca. La técnica de recogida de datos fueron observación participante y la entrevista semiestructurada. La técnica estadística empleada para el análisis.

3. Herramientas de reflexión

- Juzgamiento metodológico: El nivel de interpretación alcanzado por el autor es hasta el nivel 3, ya que se descubren los aspectos que influyen en la relación que las enfermeras establecen con familiares de pacientes ingresados en la U.C.I. e identificar cuales son las expectativas de futuro

que perciben las enfermeras respecto de la relación y los cuidados a los familiares.

- Aportes de contenido:

Con respecto a la enfermera, los aspectos que afectan la comunicación con la familia son:

- Las enfermeras consideran a los familiares elementos externos a la unidad y el proceso de cuidar al paciente crítico consideran al familiar como un potente estresor.
- Perciben al médico como dueño del proceso de información a pacientes y familiares, y que el contacto con los familiares suponen un factor de estrés emocional para ellas, porque no se sienten formadas en habilidades psicosociales.
- Las enfermeras consideran que su papel como informadoras es insuficiente y ellas quisieran participar más en este proceso, pero se sienten cohibidas por el médico, que es el encargado de esta misión. Les da temor informar porque no saben lo que el médico ha informado a las familias.

Aspectos que afectan la comunicación respecto al familiar:

- Ansiedad. No comprenden lo que el médico les informa. El lenguaje utilizado es un técnico. Tienen la imagen de que es el médico a quién deben consultar y creer la información que se les brinda.
- En cuanto a la institución, las restrictivas normas de la unidad como los horarios estrictos, cortos, la resistencia a la centralidad de los médicos en el proceso de información.

FICHA No. 10

1. Datos de identificación

- Título: El paciente crítico y la comunicación y visión sobre la adaptación para el equipo de enfermería y la familia.
- Autor: Luciana Inabaj; María Julia Páez de Silva, Sandra Cristina Ribeiro Tellez.
- Año: 2004
- Lugar: Sao Paulo
- Idioma: Portugués
- Medio de publicación: Index.enferm.V 19 N. 69

2. Información metodológica

- Tipo de diseño: Estudio exploratorio de campo.
- Población: 13 familias de pacientes ingresados en la UCI.
- Manejo de datos: Las técnicas estadísticas utilizadas para el análisis de los datos fue la estadística inferencial, ya que el investigador generaliza los resultados obtenidos en la población.

3. Herramientas de reflexión

- Juzgamiento metodológico: El nivel de interpretación alcanzado por el autor es 5, ya que se describen hallazgos, se identifican relaciones entre variables y se llega hasta la formulación de explicaciones al fenómeno.
- Aportes de contenido:
Los aspectos que afectan la comunicación con respecto al profesional de enfermería:

- Los gestos de indiferencia y evasión que tienen con los familiares, cuando ellos se acercan a pedir información.
- La relación es seca, técnica y deshumanizada como mecanismo de defensa a su parte psicológica.
- No tienen paciencia con el familiar, es un estresor más en la unidad.

Aspectos que afectan la comunicación con respecto a la familia:

- No entienden toda la información que se les da y les da vergüenza preguntar.
- Tienen confusión porque creen que solo el médico es quien puede informarles verazmente.
- En el momento de ser informados aumenta su nivel de estrés, de preocupación, y temor de que se les informe algo negativo. Esto no les permite concentrarse y comprender la situación.

FICHA No. 11

1. Datos de identificación

- Título: valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en las UCI.
- Autor: MD Pérez Cárdenas M, Rodríguez Gómez Al Fernández, Herranz M Catalán González.
- Año: 2004
- Lugar: España.
- Idioma: Español.
- Medio de publicación: Rev medicina intensiva Vol 28- N.05p. 237- 249

2. Información metodológica

- Tipo de diseño: Estudio descriptivo correlacional
- Muestra: 46 enfermeras de UCI, todas mujeres.
- Manejo de datos: En primer lugar se analizó la normalidad de las variables mediante el Test de Shapiro Wilks y posteriormente se utilizó estadística descriptiva: medidas de frecuencia para las variables discretas (Frecuencia y frecuencia relativa), medidas de tendencia central (media) y de dispersión para las variables continuas. Estadística inferencial: Test de correlación de Pearson para analizar la relación entre las 2 variables de interés (creencia y actitudes) y T. de Student y análisis de la varianza (ANDUA) entre las variables de interés y las variables sociodemográficas.

3. Herramientas de reflexión

- Juzgamiento metodológico: el nivel de interpretación alcanzado por el autor es:

- Aportes de contenido:

Aspectos que afectan la comunicación con respecto a la enfermera:

- Las enfermeras no creen tener los conocimientos necesarios para satisfacer las necesidades psicosociales y emocionales de los familiares.
- Si bien el familiar es una fuente de estrés para la enfermera y le resulta agotador emocionalmente, como será si hay visita abierta.
- La enfermera piensa que la familia muchas veces interrumpe o pospone algunos cuidados en el paciente y piensan que prestan poca ayuda en la realización de los cuidados básicos.

Aspectos que afectan la comunicación con respecto a la familia:

- El nivel de escolaridad
- Sentimientos de ira, impotencia y agresividad contra el personal de salud por las normas. En este caso el no poder estar con su pariente el tiempo que desean.

FICHA No. 12

1. Datos de identificación

- Título: Significado y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la UCI.
- Autor: Leandro Barbosa de Pinto, Silvia María. Acuerdo Dos Santos.
- Año: 2006
- Lugar: Santa Catalina, Brasil.
- Idioma: Portugués.
- Medio de publicación: Index enferm. Y 15n. 54 grana de autonomo 2006. (Base de datos Scielo).

2. Información metodológica

- Tipo de diseño: Investigación cualitativa donde se utilizan entrevistas parciales estructuradas.
- Población: 12 personas, 7 enfermeras, 4 familiares y un paciente de la UCI de adultos de un hospital universitario de la provincia de Santa Catalina, Brasil.
- Manejo de datos: Los datos que subsidiaron la discusión de este estudio partieron del análisis de entrevistas semiestructuradas aplicadas a los sujetos. Se construyó una guía de preguntas específicas para los enfermos y otra para los familiares y el paciente para el análisis de los datos se hicieron lecturas y de los textos generados y las entrevistas, hasta llegar a las categorías que más representasen lo que estaba siendo dicho por los informantes. La técnica estadística utilizada para el análisis fue la inferencial, ya que en la siguiente etapa se interpretan los resultados, se construyeron los ejes de la discusión, siendo en este estudio trabajado el aspecto de los significados y las percepciones sobre la atención en la UCI.

3. Herramienta de reflexión:

- Juzgamiento metodológico: El nivel de interpretación alcanzado y el autor es el 3, ya que se describen hallazgos, se identifican relaciones entre variables y por último se realizó una formulación de relaciones tentativas.
- Aportes de contenido:

Aspectos que afectan la comunicación respecto a la profesión de la enfermería:

- Para la enfermera la relación interpersonal con las familias produce agotamiento.
- Actitud fría y mecánica.
- Sus actividades son enfatizadas en la técnica y la rutina.
- La mirada, los gestos de evitación e indiferencia.

Aspectos que afectan la comunicación respecto al familiar:

- Angustia: miedo, inseguridad.
- La UCI está culturalmente vinculada a la idea de sufrimiento y muerte para las palabras.
- No comprenden por qué su paciente está lleno de cables, tubos y máquinas. No comprenden su estado de salud.

FICHA No. 13

1. Datos de identificación

- Título: Enfermera, paciente y relación familiar: los aspectos de conducta asociados a la calidad de la ayuda.
- Autor: Amanda Batista Siqueira, Rosangela Filipina, María Belén Salazar Lata, Ana María Marcondes Fiorano, Sonia Angélica González.
- Año: 2006
- Lugar: Brasil
- Idioma: Portugués
- Medio de publicación: Index Enferm. V 17 N. 62

2. Información metodológica

- Tipo de diseño: Revisión documental, se escogieron 14 trabajos, ellos se refieren específicamente al objetivo de este estudio.
- Población: No hay por el tipo de diseño.
- Manejo de datos: Se seleccionaron 14 referencias que se analizaron y clasificaron de acuerdo a los siguientes aspectos: Datos del artículo, la situación de estudio, tipo de divulgación, tipo de metodología descriptores usados por los autores. La estadística utilizada para el análisis fue la inferencia.

3. Herramienta de reflexión

- Juzgamiento metodológico: El nivel de interpretación alcanzado por el autor es el 3, ya que se realiza descripción de los hallazgos, se identifican relaciones entre variables y por último realizó una formulación de relaciones tentativas.

- Aportes de contenido:

Aspectos que afectan la comunicación con respecto a la enfermera:

- La relación con las familias causa en la enfermera ansiedad. Ellas no desean involucrarse demasiado, como mecanismo de defensa en su psicología, se comportan frías, distantes.
- La sobrecarga de trabajo les impide acercarse a los familiares.
- La actitud de alejamiento es una estrategia de protección a su parte emocional. Esta actitud no es intencional.
- Conductas mediadas por la insensibilidad afectiva.

Aspectos que afectan la comunicación con la familia:

- La angustia – miedo – impotencia, la desesperanza, sentimiento de culpa y de negación ante la situación de salud, desorden mental, debido a la nueva situación.

FICHA No. 14

1. Datos de identificación

- Título: Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: Un estudio cualitativo.
- Autor: Más, R, Escribá, V, Cárdenas, M
- Año: 1997
- Lugar: Hospitales generales públicos. Valencia España.
- Idioma: Español
- Medio de publicación: Arch prev riesgos labor 2 (4): 159- 167

2. Información Metodológica

- Tipo de diseño: Se trata de un estudio en el que se ha utilizado metodología cualitativa, obteniéndose la información a través de la realización de 2 grupos de discusión. El primer grupo eran enfermeros y el segundo auxiliares de enfermería
- El tamaño de la muestra en ambos grupos fue de 8 miembros
- Manejo de datos: la técnica estadística utilizada para el análisis de los resultados fue la descriptiva. Las herramientas utilizadas fueron las tablas.

3. Herramientas de reflexión

- Juzgamiento metodológico
- Aportes de contenido:

Aspectos que influyen en la comunicación con respecto a la enfermera:

- Estresores laborales: Sobrecarga de trabajo, falta de personal, tareas administrativas.
- No haber recibido ningún tipo de formación de base sobre la manera de afrontar el sufrimiento de las familias y la muerte de los pacientes.
- La visión de la enfermera hacia el familiar es que éste es un potente estresor en la unidad

Aspectos que influyen en la comunicación con respecto a la familia:

- El familiar es exigente, agresivo, conflictivo debido a su nuevo proceso de adaptación y dolor que le produce la situación y el desconocimiento le produce temor.

FICHA No. 15

1. Datos de identificación

- Título: Necesidades de los familiares de pacientes de cuidado intensivo: Percepciones de los familiares y del profesional.
- Autor: L. Santana Cabrera, M. Sánchez Palacios, T. Hernández Medina, M. García Martul, P. Eugenio.
- Año: 2007
- Lugar: Servicio medicina intensiva Hospital Universitario insular de Gran Canaria Las Palmas de Gran Canaria. España.
- Idioma: Inglés.
- Medio de publicación: Revista Medicina intensiva 31(6): 273-80

2. Información metodológica

- Tipo de diseño: Estudio prospectivo, descriptivo, realizado desde octubre a diciembre de 2005, llevado a cabo en la UCI polivalente del H. Universitario insular de Gran Canaria.
- Población: Se realizan entrevistas a 52 familiares directos de los pacientes y a 69 profesionales sanitarios de la UCI que los cuidaron, de los cuales 58 eran enfermos y 11 médicos.
- Manejo de datos: se recogieron variables demográficas del paciente del familiar y su profesional entrevistado, y se les preguntó sobre diferentes condiciones medioambientales, de la relación y la calidad de la información con el profesional médico y de enfermería y última fueron ensayados acerca de la organización en la unidad sobre las visita. El análisis estadístico se efectuó mediante el paquete estadístico SPSS 10.0. Los datos fueron presentados como medidos y desviación estándar. Se usaron

las pruebas de la "t" student y chi-cuadrado para comparar variables continuas y categorías respectivamente.

3. Herramientas de reflexión

- Juzgamiento metodológico: el nivel de interpretación alcanzado por el autor es 4.
- Aportes de contenido:

Aspectos que afectan la comunicación con respecto a la institución:

- Los familiares no encuentran acogedora la sala donde se brinda la información porque es alejada de al UCI y esto les da sentimiento de inseguridad, se produce mucho ruido y esto los desconcentra. Es oscura y fría, los muebles son acogedores.
- El tiempo y los horarios en que se da la información son muy estrictos.

Aspectos que afectan la comunicación respecto a la enfermera:

- Las familias refieren que conocen el nombre del médico que atiende a su pariente, pero no el de la enfermera, por lo cual la comunicación y la relación entre las dos partes no era fluida o era inexistente.
- Las familias son consideradas para las enfermeras como una fuente de estrés, resultándoles agotadora psicológicamente.
- La sobrecarga de trabajo, el incremento de los síntomas de Burnout dificulta la comunicación y relación con las familias.

Aspectos que afectan la comunicación con respecto a los familiares:

- El estudio muestra que las de familias no comprendían la información.
- El estrés postraumático que desarrollan muchos de los familiares de pacientes de la UCI.
- El desconocimiento del ámbito de la UCI les causa temor – miedo a la muerte – impotencia.

FICHA No. 16

1. Datos de identificación

- Título: Necesidades de los familiares de pacientes en unidad de terapia intensiva. Análisis comparativo hospital público y privado
- Autor: Katia Santana Freiras, Miako Kimura, Karine Azevedo, Sao Lo Ferreira.
- Año: 2007
- Lugar: Sao Paolo – Brasil
- Idioma: Portugués
- Medio de publicación: Rev. Latino-Amenfermagen 2007. Janeiro – Fevereiro; 15 (1) www.eerp.usp.br/rlae

2. Información Metodológica

- Tipo de diseño: Estudio trasversal y comparativo, realizado en tres UCIS en dos hospitales públicos y uno privado. Los sujetos de este estudio fueron los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI seleccionados durante el periodo de noviembre de 2004 a febrero de 2005. Fue entrevistado un solo familiar por cada paciente.
- Muestra: 47 familiares del hospital público y 44 familiares del hospital privado.
- Manejo de datos: Cuatro instrumentos fueron utilizados para la recolección de datos, la ficha de caracterización de las UCIS que fue destinada para el registro de información estructural y funcional de las unidades, la ficha de caracterización del paciente, para obtener datos socio-demográficos y clínicos, la ficha de caracterización familiar para registro de datos socio-económicos, demográficos y de relaciones con el paciente y el inventario de

necesidades y estresantes de familiares en UCI para evaluar sus necesidades.

La técnica estadística empleada para el análisis fue la descriptiva utilizada para caracterizar a los pacientes y sus familiares. Para comparar los grupos públicos y privados en relación con los datos categóricos, fue utilizado el chi cuadrado de Pearson y en relación con los datos contiguos y semi contiguos el test de student

3. Herramientas de reflexión

- Juzgamiento Metodológico:
- Aportes de contenido:

Los aspectos que afectan la comunicación con respecto a la familia:

- Bajo nivel de escolaridad, alteración del estado emocional lo cual le genera angustia.
- Desconocimiento del estado de salud y de los procedimientos realizados.
- Solamente creen que es valida la información de medico.

Los aspectos que afectan la comunicación con respecto a la enfermera:

- El único profesional responsable de brindar información es el medico por lo cual hay cohibición por parte de la enfermera

Los aspectos que afectan la comunicación con respecto a la Institución:

- Se encontró que en el Hospital publico a diferencia del hospital privado don de no sucede esto, los horarios para brindar información son estrictos y muy cortos.

Tabla No. 5. ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA COMUNICACIÓN ENTRE LA ENFERMERA Y LOS FAMILIARES DE LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO

Artículo	Aspectos que influyen en la comunicación con respecto a la enfermera
5.	Es el médico quien lidera la información, por lo cual las familias solo desean hablar con el médico y es a él a quien confían y creen, dejando a un lado la información que la enfermera les pueda brindar
8.	<p>Como principales estresores laborales, que afectan la comunicación entre la enfermera y la familia de la Uci son la sobrecarga de trabajo y la falta de personal, el gran número de tareas administrativas que hay que realizar, quitan tiempo que podría ser utilizado para las familias.</p> <p>El no haber recibido ningún tipo de formación de base sobre la manera de afrontar el sufrimiento de las familias y la muerte de los pacientes. Por lo cual, la enfermera como mecanismo de defensa ante su parte psicológica se distancia de las familias con una actitud fría e inhumana.</p> <p>La enfermera ve al familiar como otra fuente de estrés en su trabajo, por lo cual trata de evitarlo al máximo y este factor va a afectar el proceso de comunicación entre las 2 partes.</p>
7.	<p>La enfermera es una persona realista, que no les brindaba esperanzas, un poco dura y sincera.</p> <p>En la UCI es al médico al único que creen lo que se les informa, subestimando de esta forma a la enfermera</p>
16.	<p>El trato de enfermería no es amable ni humano cuando la familia pregunta cualquier duda de su paciente, esto atrofia el proceso de comunicación</p> <p>Otro de los aspectos encontrados es que es el médico quien lidera la información ya que la participación de enfermería es poca o nula.</p> <p>Por último, en los resultados de este estudio se encontró que el 13.7% de los familiares no supieron identificar a la persona que les dio la primera información medica. Y el 17.1% fue informado sobre el funcionamiento de la UCI por alguien que no se identificó. Si no se sabe con quién se habla la comunicación es mucho mas pobre, menos seria y convincente.</p>
6.	Las enfermeras encuestadas dicen que les informan a las familias pero

	<p>que no se comunican con ellas. La comunicación es simple, corta y lenta. Refieren que al no saber que información les dio el medico este aspecto las limita en la comunicación con la familia.</p> <p>Poco se identifican con su nombre y por la sobrecarga de trabajo no hay oportunidad para interactuar con la familia. Dejan a la familia para lo último.</p> <p>El distanciamiento y la falta de diálogo entre médicos y enfermeras genera la no comunicación, por lo cual la enfermera no se entera de la información que proporciona el médico al familiar.</p> <p>Otro aspecto importante es que los médicos delegan muchas funciones de su práctica a las enfermeras como si fueran seudomédicos esto aumenta las responsabilidades y les quita tiempo que se podría emplear con la familia.</p>
1.	<p>Hay escaso personal en la UCI, hay sobrecarga de trabajo en las enfermeras y los familiares prefieren no molestarlas con sus preguntas y esto impide que se desarrolle el proceso de comunicación. Se encontró lo siguiente, los familiares intentando encontrar información sobre el problema de su paciente y el enfermero intentando rentabilizar al máximo su tiempo, de tal forma que se generan fuentes potenciales de tensión y fallos en la comunicación.</p> <p>Por otro lado la visión que tiene la enfermera sobre la familia afecta en gran medida la comunicación ya que se expresan de ellos como que deben ser buenos, dispuestos a colaborar, no molestar, que sean poco exigentes e independientes. Esto no reivindica su derecho a la información.</p> <p>La información no es dada por la misma persona, esto causa desconfianza, inseguridad y preocupación. La actuación de enfermería suele evaluarse sobre la base del número de actividades realizadas, por ello hay poca y corta interacción con los familiares</p> <p>El uso del lenguaje técnico complicado constituye una barrera en la comunicación, la infravaloración de la capacidad de los familiares y el mantenimiento de la posición de poder de la enfermera, son otros aspectos que afectan en gran medida la comunicación entre la enfermera y la familia.</p> <p>La despersonalización de las enfermeras con los familiares permite la protección emocional de las enfermeras pero tiene efectos perturbadores y negativos ya que impide un acercamiento y una</p>

	<p>efectiva comunicación</p> <p>Los profesionales de enfermería se ven influenciados por estereotipos, así comparten las mismas actitudes negativas frente a la pobreza, la vejez, la falta de atractivo físico, que el resto de la sociedad. Naturalmente, sus actividades hacia algunos de los atributos sociales de los familiares, o sus presunciones sobre su personalidad, motivación, o nivel intelectual, tienen una repercusión evidente en la comunicación</p>
2.	<p>El uso de un lenguaje técnico y complicado por parte de médicos y de enfermeras.</p> <p>El contacto que existe con los miembros del equipo de salud es restrictivo, siendo el médico el único profesional responsable de brindar información.</p>
9.	<p>Las enfermeras consideran a los familiares elementos externos a la unidad y al proceso de cuidar al paciente crítico considerando al familiar como un potente estresor.</p> <p>Las enfermeras perciben al médico como dueño del proceso de información a los familiares. El contacto con los familiares supone un factor de estrés emocional para ellas, porque no se sienten formadas en habilidades psicosociales.</p> <p>Las enfermeras consideran que su papel como informantes, es insuficiente y ellas quisieran participar mas en este proceso, pero se sienten cohibidas por que el medico se encarga de esta misión. Les da temor informar por que desconocen lo que el médico ha informado a los familiares</p>
10.	<p>Los gestos de indiferencia y evasión que tienen con los familiares cuando ellos se acercan a pedir información.</p> <p>La relación es seca, técnica y deshumanizada, como mecanismo de defensa a su parte psicológica.</p> <p>No tienen paciencia con el familiar, ya que es percibido como un estresor más en la unidad.</p>
12.	<p>Para la enfermera la relación interpersonal con los familiares produce agotamiento</p> <p>Su actitud es fría y mecánica, la mirada, los gestos de evitación e indiferencia</p>

	Sus actividades son centralizadas en la técnica y la rutina
13.	<p>La relación con la familias causa en la enfermera ansiedad, ellas no desean involucrarse como mecanismo de defensa a su estado emocional, por eso se comportan frías y distantes</p> <p>La sobrecarga de trabajo les impide interaccionar con las familias</p>
3.	<p>Las enfermeras piensan que los familiares aumentan el ruido en la unidad y les supone un sobre esfuerzo e interrumpen los cuidados y los tratamientos.</p> <p>Piensan que el familiar es un mundo aparte de la unidad y que deben centrar su energía en el paciente</p>
15.	<p>Los familiares refieren que conocen el nombre del medico que atiende a su paciente, pero no el de la enfermera por lo cual la comunicación y la relación entre las 2 partes no era fluida o a veces inexistente.</p> <p>Los familiares son considerados por la mayoría de enfermeras fuente de estrés, resultándole agotadora psicológicamente</p> <p>La sobrecarga de trabajo, la presencia de los síntomas de burnout dificultan el proceso de comunicación y la relación con los familiares.</p>
4.	<p>Las enfermeras no creen tener los conocimientos y habilidades necesarias satisfacer las necesidades psicosociales y emocionales de los familiares.</p> <p>El familiar es una fuente de estrés para la enfermera y le resulta agotador emocionalmente. Como sería si hubiera visita abierta? "Terrible".</p>
11.	<p>El vocabulario utilizado es demasiado técnico</p> <p>Cuando informan a los familiares brindan la información de forma brusca, con poco tacto y en un contexto de deshumanización</p> <p>Los familiares refieren no conocer a la enfermera que cuida al su paciente ya que esta nunca se presentó.</p> <p>Las enfermeras piensan que la labor de informar es exclusiva de los médicos.</p>

Tabla No. 6. ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA COMUNICACIÓN CON RESPECTO A LA FAMILIA

Artículo	
5.	<p>El desconocimiento del gran número de aparatajes al que se encuentra sometido el paciente de UCI, causa en su familia angustia, impotencia y temor. Dando como resultado un familiar inquieto, molesto, preguntón y desconfiando con el personal de enfermería.</p> <p>La indiferencia de las enfermeras ante la familia causa un distanciamiento que enfría la relación y la comunicación entre estos 2 grupos</p>
8.	<p>Cuando el familiar tiene actitudes de agresividad, es exigente, conflictivo. La enfermera ve al familiar como otra fuente de estrés en su trabajo, por lo cual trata de evitarlo al máximo y este factor va a afectar el proceso de comunicación entre las 2 partes.</p>
7.	<p>En este estudio se encontró que el 84% de los familiares manifestaron no haber entendido en su totalidad la información dada por el medico, ya que se les brinda demasiada información técnica y esto los confunde por lo cual buscaron mas información por otras vías.</p> <p>Otro de los aspectos que afectan la comunicación es que los familiares llegan a recibir la información de su paciente con angustia, depresión, incertidumbre, desasosiego y con temor de que se les diga algo malo por lo cual se tornan con una actitud defensiva y desafiante por lo cual no comprenden ni aceptan la situación del paciente.</p> <p>La casi totalidad de los familiares reprime su comunicación con el informante por la existencia del temor a sentir algo mas doloroso que la realidad que ya están viviendo.</p> <p>La totalidad de familiares refieren que el tiempo que se utiliza para brindar la información sobre los pacientes, es muy corto.</p> <p>El desconocimiento por parte de los familiares sobre lo que se hace y decide en la UCI lleva a que el familiar se comporte intenso, desconfiado y quiera saber mucho mas</p> <p>Para la familia la figura principal de la UCI es el medico y es al único que creen lo que se les informa, subestimando de esta forma al resto de personal</p>
16.	<p>Este estudio muestra que el 32.2% de los familiares sienten gran temor cuando es la hora de recibir la información de sus pacientes, ya que</p>

	<p>podrían recibir malas noticias. El 81.2.% sienten confusión después de ser informados ya que no comprenden en su totalidad la información y les da vergüenza preguntar sus dudas e inquietudes</p> <p>El 20% de los familiares manifestaron que el trato no es amable ni humano durante la información esto atrofia el proceso de comunicación</p> <p>Por ultimo, en los resultados de este estudio se encontró que el 13.7% de los familiares no supieron identificar a la persona que les dio la primera información medica. Y el 17.1% fue informado sobre el funcionamiento de la UCI por alguien que no se identifico. Si no se sabe con quien se habla la comunicación es mucho mas pobre, menos seria y convincente.</p>
6.	<p>Los familiares se tornan ansiosos, preocupados y con muchas dudas e incertidumbres en el momento de ser informados.</p>
1.	<p>En cuanto a la familia sobre la percepción de si mismo, no sienten que tienen libertad para verbalizar sus dudas y temores.</p> <p>Los familiares perciben que hay escaso personal en la UCI, hay sobrecarga de trabajo en las enfermeras y prefieren no molestarlas con sus preguntas y esto impide que se desarrolle el proceso de comunicación. Se encontró lo siguiente, los familiares intentando encontrar información sobre el problema de su paciente y el enfermero intentando rentabilizar al máximo su tiempo, de tal forma que se generan fuentes potenciales de tensión y fallos en la comunicación.</p> <p>En cuanto a la conducta familiar se encontró que muchos se dirigen con brusquedad, y refractan sus preocupaciones con ira contra la enfermera, esto causa sobre carga emocional y de este modo la enfermera prefiere ignorar y evitar al familiar.</p> <p>La incapacidad que tiene el familiar para poder expresarse o describir sus necesidades en términos que el profesional de enfermería pueda entender. Esto es con mayor frecuencia en familiares de edad avanzada o con nivel educativo bajo.</p>
2.	<p>Una de las dificultades encontradas en cuanto al proceso de comunicación, en un grupo de familiares de una Uci de un hospital publico, es el uso de un lenguaje técnico, difícil de entender por parte tanto de médicos como de enfermeras. Por otro lado refieren que el tiempo destinado para brindar la información es muy corto, por lo cual no alcanzan a asimilar toda la información, ni a realizar todas las dudas</p>

	<p>y preguntas que les surge.</p> <p>Otras dificultades en la comunicación son por el bajo nivel de escolaridad del familiar, por la alteración en su estado emocional.</p>
9.	<p>Tienen ansiedad por lo cual no comprenden lo que se les informa. El lenguaje utilizado es muy técnico. Tienen la imagen de que es al médico a quien deben consultar y creen plenamente en su información</p>
10.	<p>No entienden toda la información que se les da. Y les da vergüenza preguntar.</p> <p>Sienten confusión a la hora de preguntar sobre su paciente, ya que tienen la percepción de que es el medico el único encargado de esta misión.</p> <p>En el momento de ser informados aumentan sus niveles de estrés, de preocupación y de temor a que les den malas noticias, esto no les permite concentrarse y escuchar con atención.</p>
12.	<p>Para los familiares la UCI culturalmente, esta vinculada a la idea de sufrimiento y muerte</p> <p>No comprenden porque su paciente esta lleno de aparatajes, causando en ellos impotencia, cólera, culpabilidad, depresión y negación</p>
13.	<p>La angustia, el miedo, la impotencia, la desesperanza, la culpabilidad, la negación y la alteración emocional son aspectos importantes que atrofian el proceso de comunicación</p>
3.	<p>Sentimientos de inutilidad, culpabilidad, nerviosismo, miedo, ira y hostilidad. Los familiares viven las mismas fases de la enfermedad que el paciente</p> <p>Los horarios son estrictos a la hora de la información, muchos familiares no pueden salir de sus trabajos a esa hora o tienen que solucionar problemas con los niños por que no tienen con quien dejarlos</p>
15.	<p>La mayoría de los familiares no comprenden la información que reciben, debido al lenguaje desconocido que utilizan tanto médicos como enfermeras.</p> <p>El estrés postraumático que desarrollan la mayoría de familias de los pacientes de las UCI dificulta la adecuada comunicación</p>

	El desconocimiento del ámbito de la UCI, les causa miedo, ansiedad, impotencia, pensamientos de muerte.
4.	El nivel de escolaridad. Los sentimientos de ira, impotencia y agresividad contra el personal de salud son aspectos que afectan la comunicación
11.	<p>Su situación de desesperanza, soledad e impotencia. Causa angustia por el miedo al futuro y al dolor, estos sentimientos se ven exacerbados por el alto grado de complejidad técnica que los rodea y la falta de comunicación con el personal sanitario.</p> <p>El ambiente hostil de las UCIs repleto de estímulos nocivos y el hecho de que el personal de enfermería no considere a la familia como un grupo importante del entorno del paciente, genera temor y ansiedad en los familiares y se manifiesta en forma de reacciones de agresividad, dificultando el acercamiento y la comunicación con los mismos.</p>

Tabla No. 7. ASPECTOS QUE INFLUYEN LA COMUNICACIÓN CON RESPECTO A LA INSTITUCION

Artículo	
3	<p>Con respecto al tiempo de información el 96.6% de los familiares respondieron que el tiempo destinado es muy corto y que debería ser mas frecuente</p> <p>Un 80% solicitaba mayor privacidad durante la información ya que en varias ocasiones se daba delante de familiares de otros pacientes. Por otro lado referían que aspectos ambientales como el ruido en los pasillos durante la información los distrae y no entienden muchas cosas.</p>
8	<p>Las restrictivas normas de la unidad. Resistencia a la centralidad de los médicos en el proceso de información</p>
11	<p>La sala donde se brinda la información a los familiares es poco acogedora, fría con poca iluminación y proviene mucho ruido de los pasillos y además hay poca privacidad.</p> <p>Los horarios de información son muy estrictos y limitados y no dan pie de un horario de franja más amplio para que las familias se adapten mejor a los horarios laborales y obligaciones familiares.</p>

Tabla No. 8. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN ENCAMINADAS A MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE LA ENFERMERA Y EL FAMILIAR DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

Artículo	
6	<p>Permitir a las familias permanecer más tiempo con sus pacientes y aprovechar ese momento para que la enfermera explique al familiar el por qué de cada aparato, tubo, o equipo que invade a su ser querido.</p> <p>Organizar horarios flexibles y en diferentes momentos del día para brindar la información, ya que muchos familiares llegan angustiados al momento de ser informados porque están en su horario de trabajo o por que los niños se quedaron solos, por tales motivos el familiar va a permanecer desconcentrado, distraído y no va a tener sus cinco sentidos para recibir y comprender toda la información dando como resultado malos entendidos y diversificación de la información.</p>
8	<p>Hablar a las familias en un lenguaje sencillo, pausado, sin infantilismo. Independientemente de su escolaridad, nivel social, económico y cultural.</p> <p>Identificar primeramente al familiar más ansioso, conflictivo y agresivo y centrar especial atención en él, dedicándole más tiempo en explicarle la situación de su paciente hasta que haya claridad total de la información. Esto le dará confianza en el personal de salud.</p> <p>Organizar grupos de apoyo para que los familiares cuenten sus experiencias, sentimientos y temores, a familiares de otros pacientes, con el fin de escuchar otros puntos de vista y encontrar posibles soluciones a sus conflictos internos y externos.</p> <p>Crear grupos pequeños de familiares para mostrarles y familiarizarlos con la unidad, para extinguir la idea cultural y la creencia de que las UCI son sinónimo de sufrimiento y muerte.</p>
7	<p>Crear sesiones con psicología para los familiares mas perturbados emocionalmente, ya que la capacidad de percibir y afrontar las situaciones de la vida, son diferentes en cada ser humano, por lo cual se propone dedicar especial atención a los familiares mas agobiados, negados de la situación.</p>

	<p>La enfermera siempre debe presentarse e identificarse con su nombre. Esto brinda confianza, respeto y seguridad a las familias por lo tanto enriquece la comunicación.</p> <p>Cuando se prevé una estadía prolongada, resulta una señal positiva alertar a la familia sobre este pronóstico, permitiéndole así prepararse en aspectos prácticos de su vida diaria.</p> <p>Cuando es posible y corresponda, compartir frases de esperanza, esto allana el camino de la comunicación</p> <p>La mayoría de los familiares esperan honestidad y sinceridad. Tratándose de la UCI, un área donde la mortalidad es alta, es útil introducir el concepto de muerte sin eufemismo, en el momento adecuado y con mucha claridad.</p>
9	<p>Las enfermeras realizaran solamente las actividades que competen a su profesión. El resto de tiempo será destinado a realizar actividades con los familiares, a conocerlos, brindarles información sobre sus pacientes.</p> <p>Replantear el currículo de enfermería de tal forma que se profundice en la formación de pensamiento crítico y habilidades de relación, para capacitar a los futuros profesionales para acometer los procesos de información en situaciones comprometidas.</p> <p>Es importantísimo que la enfermera asista y participe en el momento en que el médico da la información a las familias, con ello la enfermera estará enterada, más segura y confiada cuando los familiares se dirijan a ella en busca de información sobre sus pacientes, con esto ya no hay posibilidad de dar información errada o diversificada ya que tanto médico como enfermera estarán hablando el mismo idioma.</p>
5	<p>Crear grupos de apoyo en los hospitales con personal especializado en entrenamiento de habilidades sociales, como una necesidad en la formación continuada del hospital que permita la disminución o eliminación de las frustraciones en los profesionales de la salud con respecto a sus relaciones personales.</p> <p>Involucrar a la familia en los cuidados básicos de su paciente tales como el baño, hidratación de la piel, asistencia de la vía oral, ejercicios pasivos. Para que la enfermera elimine la idea de que el familiar es un obstáculo y un estresor más para ella, sino que por el</p>

	<p>contrario vea a la familia como un apoyo, con quien puede comunicarse y relacionarse armónicamente.</p> <p>Replantear los espacios físicos donde entre suficiente luz, donde no hallan ruidos provenientes de los pasillos, interrupciones de ningún tipo, donde los muebles sean cómodos y se preserve la intimidad para que puedan expresar sus sentimientos y emociones ya sea llorar, gritar sin sentir vergüenza por personas externas que los estén observando.</p> <p>Flexibilizar las normas de la UCI, como alargar los horarios de las visitas y de información y que hayan diversos horarios durante el día, para que el familiar que desea ser informado escoja el horario que se ajuste a sus necesidades.</p> <p>Contratar personal que se encargue de las actividades administrativas, para que la enfermera se dedique a las funciones indicadas de su profesión.</p>
--	--