



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Relación interpersonal Enfermera– Familia del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos

Cindy Lorena León Forero

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería - Posgrados de Enfermería
Bogotá, Colombia
2018

Relación interpersonal Enfermera– Familia del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos

Cindy Lorena León Forero

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:
Magister en Enfermería con profundización en cuidado crítico

Director (a):

Enfermera Magister: **Sandra Rocío Guáqueta Parada**

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería - Posgrados de Enfermería
Bogotá, Colombia
2018

Copyright © 2015 por Cindy Lorena León Forero. Todos los derechos reservados.

Contenido

Tabla de contenido

1. Marco de referencia	4
1.1 Descripción del problema.....	4
1.2 Planteamiento del problema	10
1.3 Justificación del problema	10
1.3.1 Relevancia disciplinar y social	13
1.4 Objetivos	17
1.4.1 Objetivo general	17
1.4.2 Objetivos específicos.....	17
2. Marco teórico	18
2.1 Marco conceptual	18
2.1.1 Persona en situación crítica de salud	18
2.1.2 Modelo de Cuidado H.A.N.C.	19
2.1.3 La familia	24
2.1.4 La familia del paciente en estado crítico	26
3. Marco metodológico	28
3.1 Tipo de investigación.....	28
3.2 Instrumento para valoración de la relación interpersonal enfermera – familia o acompañante de del paciente en la UCI VRIEF-UCI	29
3.2.1 Dimensiones del instrumento VRIEF-UCI	29
3.3 Fases metodológicas.....	30
3.3.1 Fase 1: Aplicación del instrumento	30
3.3.2 Fase 2. Transcripción y tabulación de la información mediante el sistema SPSS 31	
3.3.3 Fase 3. Resultados y Análisis.....	32
3.3.4 Socialización de resultados	32
3.4 Control de sesgos.....	33
3.5 Universo y Población.....	34
3.6 Muestra	34
3.7 Criterios de Inclusión	36
3.8 Criterios de Exclusión.....	36
3.9 Consideraciones éticas del estudio	37
3.10 Consentimiento Informado.....	38
3.11 Propiedad Intelectual.....	39
4. Resultados	40
4.1 Aplicación del instrumento para la valoración de la relación interpersonal enfermera – familia o acompañante del paciente en la uci (VRIEF-UCI)	45
5. Análisis 53	
6. Conclusiones, recomendaciones y limitaciones	62

6.1 Conclusiones	62
6.2 Recomendaciones	63
6.3 Limitaciones	64
7. Presupuesto	65
Anexo A: Autorización utilización instrumento VRIEF-UCI	67
Anexo B: Aval del comité de ética de la facultad de enfermería	68
Anexo C: Consentimiento informado a los familiares	69
Anexo D Cronograma	71
Referencias	73

Lista de figuras

Ilustración 1: Esquema: elementos del Modelo de Enfermería HANC	20
---	----

Lista de tablas

Tabla 1 <i>Datos Sociodemográficos de la muestra a la cual se le aplicó el instrumento VRIEF-UCI</i>	41
Tabla 2 <i>Edad de la muestra a la cual se le aplicó el instrumento VRIEF-UCI</i>	43
Tabla 3 <i>Días de estancia en la UCI de los pacientes</i>	44
Tabla 4 <i>Estadísticos descriptivos de la dimensión de orientación del instrumento VRIEF-UCI</i>	46
Tabla 5 <i>Estadísticos descriptivos de la dimensión de información del instrumento VRIEF-UCI</i>	47
Tabla 6 <i>Estadísticos descriptivos de la dimensión de trazo digno y respetuoso</i>	48
Tabla 7 <i>Estadísticos descriptivos de la dimensión de empatía</i>	50
Tabla 8 <i>Estadísticos descriptivos de la dimensión de cuidado participativo</i>	51
Tabla 9 <i>Estadísticos descriptivos del instrumento VRIEF-UCI</i>	52

Lista de gráficos

Gráfico 1 Diagrama de cajas y bigotes edad de los familiares.....	43
Gráfico 2 Días de estancia UCI	45
Gráfico 3 Nivel alcanzado para la dimensión de orientación del instrumento VRIEF-UCI	46
Gráfico 4 Nivel de dimensión de información.....	48
Gráfico 5 Nivel de dimensión de trato digno y respetuoso	49
Gráfico 6 Nivel de dimensión de empatía	50
Gráfico 7 Nivel de dimensión de cuidado participativo.....	51
Gráfico 8 Nivel de relación interpersonal enfermera familiar del paciente de la UCI	52

Introducción

El ingreso de un paciente a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), somete a los miembros de una familia a una situación difícil, ya sea por la complejidad de la enfermedad, la gravedad del estado del paciente y/o la salud emocional de los familiares, presentando éstos altos niveles de ansiedad, estrés y/o depresión que los conduce al denominado “síndrome de cuidados intensivos” (Cerón, 2008). Del mismo modo, los familiares de los pacientes desarrollan sentimientos de falta de control de sí mismos, que están relacionadas con la falta de información respecto a la condición real del paciente y la seguridad de su restablecimiento. De lo mencionado, se puede inferir que una relación interpersonal con el cuerpo médico que otorgue la seguridad psicológica y emocional a la familia del paciente y en sí la comunicación efectiva entre ellos debería caracterizar dicha relación, siendo cada notificación e interacción percibida por la familia como una necesidad, mientras que para los enfermeros (as) se convierte más en un procedimiento de rutina que debe cumplirse de forma automática. En consecuencia, atañe poner mayor atención en la relación interpersonal Enfermera–Familia del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos, situación que se analizará en el presente trabajo.

Asimismo, debe tenerse en cuenta que el familiar experimenta un cambio en su rutina, en donde debe estar pendiente del paciente hospitalizado en la UCI, situación que incide sobre sus hábitos de alimentación, descanso, sueño y las tareas de la vida cotidiana, producto del tiempo invertido durante la estancia del paciente en la UCI. En la mayoría de ocasiones, por no decir que, en todas, el familiar del paciente debe alternar entre sus actividades cotidianas y la “carga” que supone el tiempo empleado en estar atento del paciente, lo que no solo genera un desequilibrio en sus hábitos de vida, sino también un impacto emocional y mental. Por consiguiente, el profesionalismo de los enfermeros (as) se convierte en un punto clave de apoyo a la familia, procurándoles la confianza y seguridad que los familiares requieren, evitando que la falta de comunicación genere

síntomas en ellos como: ira, confusión, preocupación, ansiedad, incertidumbre, frustración, depresión, abandono, entre otros; que pueden dañar o tensionar su relación interpersonal con el/la enfermero (a) del paciente hospitalizado en la UCI. De una correcta sinergia como la descrita depende que los familiares colaboren efectivamente con la recuperación de su ser querido.

La problemática anteriormente descrita que vive los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI, no solo está presente en Colombia, sino que se presenta con mucha frecuencia en diferentes lugares del mundo. Es así como la literatura y algunos artículos (Cerón, 2008, Pardavila 2012 y Furgan 2017) evidencian que en diferentes lugares el factor de la pérdida o distorsión de la comunicación genera conflictos. Por tanto, la relación interpersonal entre enfermero (a) - Familiar del paciente internado en la UCI es de carácter relevante, situación que concierne a la presente investigación, la cual se centrará en la descripción de la relación interpersonal entre Enfermero (a) - Familiar de un paciente en el contexto de la UCI, aplicando el instrumento valoración de la relación interpersonal enfermera – familia o acompañante del paciente en la UCI (VRIEF – UCI) derivado del modelo de cuidado de enfermería HANC, en una institución de salud ubicada en la ciudad de Bogotá.

Es importante conocer qué elementos son propios y qué caracteriza la experiencia comunicativa, porque esto llevará entender la manera en que se expresan los sentimientos de los familiares del paciente en el entorno de las UCI, permitiendo establecer planes de cuidado de enfermería que busquen la recuperación del bienestar y el mantenimiento del estado de salud de la persona hospitalizada y su familia, al tiempo, que aporten a la humanización del cuidado de enfermería en los servicios altamente tecnificados como son las Unidades de Cuidado Intensivo.

La interacción entre el enfermero (a) y el familiar del paciente de la UCI requiere de un profesional con cualidades como: amabilidad, cordialidad, empatía, humanidad, reconocimiento y un lenguaje claro. Las cualidades descritas son consideradas indispensables para establecer una relación interpersonal enfocada a que los familiares sean debida y suficientemente informados, sentir que el enfermero (a) brinda un trato humanizado, que ofrece apoyo en una situación de vulnerabilidad como la que supone la

enfermedad de un familiar y donde el profesional valore la expresión de sentimientos. En definitiva, el enfermero (a) deberá ir en procura de mejorar la relación de ayuda entre las dos partes.

Consecuentemente, la presencia de los elementos referenciados permiten que se establezca una relación interpersonal Enfermero (a) - Familiar del paciente UCI óptima, mientras que la ausencia de ellos conducirá a que no se establezca este lazo tan importante para el beneficio del paciente, eje sobre el que se mueve toda la relación en la UCI y que se analiza en el presente estudio.

1. Marco de referencia

1.1 Descripción del problema

El ingreso de un paciente a la UCI, modifica el ritmo de la cotidianidad familiar, lo que genera alteraciones nerviosas, grados de ansiedad, depresión, amenaza de muerte, duelo, angustia, dolor, sufrimiento, frustración entre otras emociones negativas que disminuyen la posibilidad de mejora del paciente y aumentan el riesgo de que incluso los familiares descuiden su propio bienestar, acarreando conductas poco saludables como: el descanso insuficiente, falta de ejercicio, ingesta inadecuada de sus comidas diarias y confusión de roles, lo que pone de manifiesto un trastorno general del comportamiento. (Gómez, 2006, Torres, 2003).

Las UCIs, son escenarios donde las experiencias positivas son mínimas, tanto para el paciente como para el familiar, los cuales tienen que someterse a la restricción de horario de visita, a la incertidumbre sobre una información certera de la condición real de salud del pariente, la ansiedad que genera la necesidad de saber el estado del paciente casi que a cada momento entre otras preocupaciones, considerándose esta situación como un obstáculo para llevar a cabo los procedimientos por parte de los profesionales de la salud. A su vez, si estos últimos reflejan rechazo y/o molestia a los familiares de los pacientes, provocan en ellos síntomas que aumentan con el pasar del tiempo, como: choque, ira, confusión, preocupación, ansiedad, incertidumbre, frustración, depresión y abandono. (Hughes, Tanner, Ross, 2005).

Consultada la literatura sobre la temática y desde la vivencia propia del personal de la salud, en particular de las enfermeras, se identifican como factores que afectan negativamente la relación interpersonal entre el enfermero (a) – familia: 1) la gran responsabilidad que es cuidar a un paciente crítico, lo que conlleva a jornadas laborales muy extensas, generando agotamiento físico y emocional, 2) la rutina que caracteriza a la enfermera en la UCI, 3) no haber recibido alguna instrucción específica para el manejo del sufrimiento de las familias que limita la formación de habilidades de tipo psicosocial y emocional, sobre todo cuando se

presenta la muerte de los pacientes, 4) o en ocasiones cuando no se puede responder con precisión por la falta de consenso entre el personal médico y de enfermería al interior de la unidad acerca de lo que se tiene que comunicar, evidenciando contradicciones que causarían suspicacia, desconfianza o sospecha de ocultamiento sobre la verdadera condición de su paciente internado en la UCI y 5) en el peor de los casos que las familias piensen que el personal de salud desconoce la forma de tratar la enfermedad de su ser querido. (Aguilar 2004, Concha 2004, González 2007, Cerón 2008, Márquez 2012 y García 2012)

Por otra parte el estudio realizado en la Fundación Oftalmológica de Santander Clínica Carlos Ardila Lulle (FOSCAL, 2009) evidencia la problemática específica acerca de las relaciones interpersonales entre el enfermero(a) y la familia, bajo la política de calidad, en donde el servicio de atención al usuario realiza sistemáticamente una encuesta para medir el grado de percepción de satisfacción, y aunque en la UCI, se cumple con la meta establecida, algunos familiares expresan a través de OMES (Oportunidades de Mejoramiento) su insatisfacción o deseo de recibir una mejor atención, como lo demostró la respuesta a la pregunta: ¿Qué le gustaría que el servicio hiciera para mejorar la atención y la calidad del servicio que usted se merece?.

“Que el horario de visita sea más amplio, el personal de enfermería sea más ameno y tenga más calor humano, que la información sea más precisa, ampliar un poco la información que da enfermería y que haya personal que proporcione información telefónica ya que la visita es corta”. (Informe del servicio de atención al usuario, grado de satisfacción y bien informado para servicio UCI A FOSCAL. Año 2012) relacionada.

Por otra parte, Vanegas et al (2008) en el estudio cualitativo de enfoque fenomenológico, realizado en Bogotá y titulado Experiencia de los profesionales de enfermería en el cuidado psicoemocional a pacientes en la unidad de cuidados intensivos, concluyó:

...las enfermeras profesionales poco interactúan o brindan apoyo psicoemocional a los pacientes y familias por no sentirse capacitadas o por el temor de no saber cómo actuar frente a algunos comportamientos que tenían los pacientes o familiares como producto de la falta de preparación en el manejo de situaciones difíciles.

Otro de los factores que no permiten una buena relación interpersonal, según la familia, es el manejo de un lenguaje técnico, propio del equipo médico y en algunos casos de las(os) enfermeras(as), que llevan a la no comprensión con rapidez de la información brindada y les carga negativamente a nivel emocional porque necesitan interpretar con claridad a todo momento que está sucediendo y que ocurrirá con su familiar.

Puede contribuir también a la creciente insatisfacción en el paciente y en la familia: el hecho del espacio físico condicionante, los horarios de visitas restringidos y la poca privacidad. Entonces crece la tensión aún más dentro de la relación interpersonal entre ambas partes pues el enfermero (a) se concentra en cumplir con todas las tareas, obligaciones y no destina tiempo, olvidando la importancia que tiene interactuar y comunicarse con las familias, lo que aumenta significativamente el estrés, entorpeciendo aún más las relaciones entre los actores involucrados. Es decir, la falta de información fácil de entender por el familiar, le lleva a calificar el servicio de enfermería con manifestaciones de insatisfacción y descontento. (Cerón, 2008 y Concha, 2009).

Bailey et al (2010) encontraron que:

Existe una correlación positiva significativa entre apoyo informativo y satisfacción con la atención, de igual forma reportaron que no hay una relación significativa entre el apoyo informativo y la ansiedad, ni entre la satisfacción con la atención y la ansiedad. Se concluye que brindar información al familiar sobre las condiciones de la persona mejora la satisfacción ya que es considerada por éste como una de las principales necesidades, pero no influye en la ansiedad que experimenta.

Con respecto al lenguaje utilizado, se torna difícil de interpretar para el familiar. Este factor es de los más influyentes para no darse una debida relación interpersonal entre enfermero (a) -familia, se reafirma con los estudios como Becker et al (1993); Comaroff y Maguire (1981); Mason, (1985) y Sharkey (1995) citados por Marriner en su libro Teorías de Enfermería, ya que es el que más contribuye al estrés e incertidumbre cuando en la interacción entre los actores de la UCI, la información es confusa o proporcionan explicaciones demasiado simples que no corresponden con lo que los familiares del paciente esperan. Su experiencia con respecto a los padecimientos o síntomas de la condición de su pariente, se vuelve más traumática cuando perciben que el enfermero (a) no tiene mayor conocimiento en la materia, señalándolo como el menos indicado para ayudarles a sobreponerse o atender idóneamente los altibajos propios de la enfermedad que se le ha diagnosticado (Marriner Tomey, A y Raile Alligood, 2000).

Márquez (2012) habla sobre lo necesario que es para el familiar el soporte emocional que el enfermero (a) puede darle y que a su vez ellos acompañen al paciente en su hospitalización. El personal de enfermería se siente subestimado para cumplir esa función, pues cree que la connotación que se da a la relación interpersonal enfermero (a) - familiar en un contexto tan “tensionante” como la UCI, no ha sido considerado como relevante.

Por otra parte, Chelsa y Stannard citado por Duarte (2011), refieren que la experiencia de manejar situaciones que revisten dificultad con los familiares en la UCI, es para el enfermero (a) negativa, además el estudio reporta que este profesional desconoce a la familia como unidad solidaria y que requiere un proceso de información.

Asimismo, en el estudio realizado por Hopcey citado por Duarte et al (2011) se pudo identificar que el enfermero (a) de la UCI, no alcanza a entender la gran carga emocional a la que se ve sometido de repente un familiar y los allegados con el ingreso de un paciente a la UCI, por tanto reconocieron con el resultado del estudio que el cuidado a la familia implica prepararse para adquirir habilidades, relacionadas con el trato especial y apoyo al familiar por parte del personal médico.

También se encuentran estudios que señalan específicamente que, el enfermero (a) de UCI asume que no le corresponde desarrollar competencias como la comunicación efectiva y social, para relacionarse con los familiares de un paciente, pues este es un acto complejo donde él o ella no participa en forma relevante. (Duarte, 2011) Lo anterior va en contravía de lo encontrado por Concha, et al (2004), donde el cuerpo de enfermeros (as) incluye entre las múltiples actividades de su rol, ser informadores(as), y que sería muy agradable participar más de esa atención a los familiares, permitiéndoles proporcionar una información verídica y acorde con el estado real del paciente cuando ellos la requieren, lo que favorecería el trato entre las partes de dicha interacción.

La familia también crea estrategias de adaptación al contexto de la UCI durante su permanencia. Por ejemplo, para obtener información de su familiar hacen contacto cuantas veces sea posible con el enfermero (a), ya que consideran que es quien podría suministrarles información relacionada con las condiciones de salud del pariente interno, generándole expectativas y a partir de ello preparar acciones según sea el caso. Por tanto, el profesional de enfermería que labora en la UCI, debería estar en la capacidad de emitir con claridad, en forma verbal y escrita a la familia lo que requiere conocer en el momento adecuado y así disminuye la angustia y estrés que supone en sí la permanencia del familiar en la UCI. De esta manera, el familiar empieza sentir que el espacio de la UCI no es negativo y/o aplastante, que todas sus restricciones y prevenciones son de alguna manera necesarias en procura de la pronta mejoría de su familiar. Finalmente, el familiar del paciente se sentirá satisfecho con el servicio prestado a su ser querido y extendido a ellos como familiares. (Boozet y Gibbons citado por Duarte et al., 2011).

Otro factor es el que refiere la poca flexibilización o restricción de horarios de visita a los familiares del paciente de UCI, siendo este un punto álgido, luego que el personal de salud es riguroso en el cumplimiento de estos horarios para garantizar el progreso o como mínimo la estabilidad del paciente, minimizando así el riesgo de empeorar su condición de salud por la misma gravedad del padecimiento que lo hace vulnerable a infecciones, fatiga o emociones no benéficas. El hecho descrito en la

mayoría de las ocasiones no es bien recibido o asumido por los familiares, quienes sufren por dejar aparentemente solo a su pariente, experimentando sentimientos de descuido frente al paciente e imaginando que su percepción es que lo han “abandonado”. (Márquez, 2012)

Es así como, esta investigación busca describir la relación interpersonal entre el enfermero (a) y el familiar o acompañante del paciente de la UCI, en razón de que el primer contacto de la familia en la UCI, lo tiene con este profesional de la salud, de quien recibe información sobre el estado del paciente, los horarios de visita y restricciones en la misma, ubicación en el servicio, sin dejar de anotar que estas intervenciones son casi que mecanizadas, potenciando de entrada una barrera en la comunicación y posibilitando esta percepción en los familiares desde que inicia su permanencia en la UCI. La posibilidad latente expuesta muestra que algunos de los factores de la problemática se evidencian en: la falta de conocimiento, ausencia un adecuado trato y carencia de comunicación efectiva con el familiar del paciente de UCI, por lo que se plantea como pregunta orientadora de la investigación dentro del siguiente aparte de este documento.

1.2 Planteamiento del problema

¿Cómo se caracteriza la relación interpersonal entre la enfermera y el familiar del paciente de UCI de una institución de salud de III nivel de atención ubicada en Bogotá D.C.?

1.3 Justificación del problema

El ingreso de un paciente a una unidad de cuidado intensivo (UCI), somete a los miembros de su familia a una situación difícil, lo que genera diferentes problemas tanto psicológicos, emocionales y sociales. Uno de estos es el denominado “síndrome de cuidados intensivos”, que hace referencia al evento en el que los cuidadores desarrollan problemas mentales como: ansiedad, pesadillas, visiones de imágenes del pasado y delirios. Algunos de los síntomas que pueden ayudar a detectarlos son: cambios bruscos de comportamiento, pasividad, pueden sentirse de repente fuera de control y tener ataques de ansiedad pánico y/o depresión o aislamiento (Cerón 2008). Además, los pacientes y las familias suelen desarrollar sentimientos de falta de control en sí mismos, generados en su gran mayoría por necesidades que han sido identificadas y manifestadas por los familiares como son las de información y seguridad del paciente internado en la UCI (Tahoits PA., 1982).

La familia tradicionalmente no es vista como un componente relevante en el entorno del paciente internado en la UCI, es más, se le toma “de molesto” y como tal se busca evadirlo, lo que lleva a pensar en la incapacidad del personal de salud para relacionarse y comunicarse con los familiares. Esta situación resulta preocupante ya que dichas competencias deberían estar desarrolladas a un nivel alto en este tipo de profesional y más si integra el cuerpo de enfermería de la UCI. (MenDoca D, Warren NA, 1998). Cabe señalar que, todas las personas tienen elementos importantes en la comunicación que permiten una interacción entre sujeto-sujeto. En el caso

específico el enfermero (a) - familia se requiere por parte del profesional múltiples habilidades para el contacto y relación armónica con ésta y que no siempre está presente al momento de interactuar con los familiares del paciente.

Cuando se trata de explicar cómo se siente el familiar de una persona que es ingresada como paciente a la UCI, los estudios señalan que se llenan de incertidumbre y de sobrecarga emocional y social de tal manera que comienzan a tener percepciones y pensamientos que generan desesperanza, llevándolos a una reducción de la capacidad de afrontamiento ante una realidad cuyo desenlace también es incierto (Torres, 2004). Es decir, como miembros de la familia de este tipo de paciente, la situación se les presenta en una combinación de incertidumbre y sentimientos abrumadores, adicional a las responsabilidades y actividades de rutina que cada uno de ellos dejan a un lado, saturándose al tener que buscar el espacio y tiempo para acompañar al paciente en este proceso. Es así, como la certeza y apoyo que esperan y buscan es la información honesta que personas significativas como el enfermero (a) les llegue proporcionar, quien a su vez les transmita el optimismo frente al pronóstico de su familiar enfermo y calme la ansiedad en alguna medida, coadyuvando a soportar la espera. Lo mencionado, sumado a que en la mayoría de las ocasiones no existe una respuesta exacta sobre el estado del paciente y por el contrario, se prolonga en el tiempo (Nagl Cupal y Schaepp, 2009).

En las unidades de cuidado intensivo, el enfermero (a) debe promover la valoración de las necesidades de la familia del paciente que se encuentra hospitalizado en la UCI, y generar estrategias que permitan al profesional de enfermería, optimizar el proceso de comunicación, buscando el contacto cercano con los familiares, para que a su vez, puedan ellos asumir o afrontar esta nueva y difícil situación de vida que surgió. Se espera que las estrategias generadas deriven en un comportamiento por parte del profesional de enfermería que origine en los acompañantes del paciente la actitud positiva para enfrentar el conjunto de síntomas que se les presentan y disminuya la tensión en la relación interpersonal enfermero - familiar del paciente UCI. El personal de enfermería es fundamental para llevar a

cabo esta serie de intervenciones, debido a su permanencia al lado del paciente en situación crítica de salud. Es por ello que, las estrategias dejarían de ser simplemente una intervención que le corresponde a el/la enfermero (a), sino que de allí se empiece a modificar la filosofía de este tipo de asistencia a la salud, la que ha sido difícil de lograr por lo arraigado del modelo tradicional en la práctica profesional, en el que no existe un enfoque holístico de la atención (Duarte, 2011).

Partiendo entonces de ese concepto de cuidado holístico en la enfermería, el familiar sería involucrado en el mismo momento que el paciente es recibido en la UCI, aplicando estrategias para apoyarlo en caso de que deba asumir una rehabilitación o en el peor de los casos, vivir un duelo por un estado más grave o por causa de la muerte de su ser querido. Es decir, desde esta visión se debe tener una comunicación tan humana con el familiar, que se puedan conocer los sentimientos y preocupaciones que experimentan en el contexto de la UCI, llevando a identificar los factores que desencadenan síntomas psicológicos como: la ansiedad, incertidumbre, estrés entre otros; y así poder planear y gestionar intervenciones de enfermería, que conlleven a buscar una adaptación de los familiares durante la hospitalización del paciente en la UCI (Gómez, 2010).

Es el trabajo en la UCI el que ha permitido establecer que la atención en estas instituciones se centre en estabilizar a la persona críticamente enferma, con escasa intervención de parte del cuerpo de enfermería hacia el familiar, en aspectos como su bienestar psicológico o alteraciones psíquicas, el restablecimiento de roles o el funcionamiento familiar. El cambio en este comportamiento del personal médico necesariamente conlleva al mejoramiento de la relación interpersonal entre el enfermero (a) - familia, como estrategia efectiva para reducir síntomas ocasionados por el ingreso, hospitalización y desconocimiento de lo que significa una UCI.

1.3.1 Relevancia disciplinar y social

La forma más efectiva para que el profesional de enfermería sea reconocido como el eje fundamental en las instituciones de salud es demostrar con evidencia que la aplicación de la práctica del cuidado de enfermería está basada en la garantía de la calidad de la atención, autonomía y visibilidad. El objetivo es fortalecer el desarrollo disciplinar en la atención, no solo de los pacientes, sino de sus familiares, mejorando su experiencia. Estudiar los fenómenos característicos que se presentan en una UCI, se convierte en el mejor escenario para solidificar el conocimiento y la práctica en la profesión. Se convierte entonces en una actividad de gran relevancia, conocer y/o diagnosticar como es relación interpersonal entre el servicio de enfermería y los familiares que ingresan acompañando al paciente a la UCI. Éste diagnóstico posibilitará a la/el enfermera(o) abordar dichos aspectos con una nueva visión y mejorar el cuidado de pacientes y familiares, planeando estrategias de intervención que optimicen la calidad de la gestión del cuidado y a su vez, aumenten la satisfacción de las/los enfermeras(os) y de los familiares de los pacientes que ingresan a este tipo de unidades especializadas.

Además, permite a las/los enfermeras(os) reflexionar acerca de cómo el acto comunicativo que vivencia el familiar en el entorno de UCI tiene un impacto que puede conllevar beneficios a la familia del paciente. La/el enfermera (o) consiente apoyar el desarrollo de la experiencia que está viviendo en el momento la familia y con su actitud les ayuda en la toma de decisiones con respecto al estado de salud de su familiar. Lo anterior, constituye un progreso en la percepción de los niveles de satisfacción de los familiares que inapelablemente es producto de los servicios prestados por el personal de enfermería el cual atiende a su familiar enfermo.

Por tanto, esta investigación evidencia que un elemento esencial es la comunicación eficaz, al describir la relación interpersonal entre el enfermero (a) - Familia del paciente en situación crítica de salud, siendo un componente relevante

durante la relación de cuidado a la cabeza del personal de enfermería. (Parra, Guáqueta y Triana, 2013.).

Por otra parte, el Código Deontológico de Enfermería-Capítulo II: La Enfermería y el ser humano, deberes de las Enfermeras/os, en los artículos 10 y 11 indica que: “Es responsabilidad de la Enfermera mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando este se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo”, “La Enfermera (o) deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones” (Ley 911, 2004).

Así mismo, La Asociación Americana de Enfermeras, refiere en cuanto al origen de los lineamientos convenidos mundialmente en oficio, a la comunicación como un diagnóstico propio. El número 157, que responde a la necesidad de seguridad y de comunicación que tiene el usuario o la familia y al mismo tiempo plantea una meta clara, enunciada en su Nursing Outcomes Classification (NOC).

Mejorar la comunicación es el propósito que los profesionales de Enfermería se plantean, cuando utilizan este diagnóstico, apoyados en las estrategias necesarias, a través de la formación para la competencia profesional, en el diseño y desarrollo de programas y estrategias de comunicación, teniendo en cuenta las condiciones de los pacientes y la familia, integrados en los cuidados de enfermería enunciados en la Nursing Interventions Classification (NIC), los criterios, actividades y cronograma, son especificados en el plan, que formula el profesional, con el fin de favorecer el seguimiento de pautas comunes y la calidad en el proceso asistencial.

En cuanto al beneficio concreto que la investigación aporta a la comunidad científica y a la sociedad, es demostrar que el comportamiento de las/los

enfermeras (os) de cara a la relación interpersonal con la familia o el acompañante del paciente de la UCI, es definitivamente un factor que determina la calidad de la atención y la percepción que se tiene sobre el cuidado de enfermería. Además, teniendo en cuenta los resultados, conclusiones y/o recomendaciones, pueden surgir intervenciones que mejoren la calidad del cuidado de paciente-familiar, obteniendo la satisfacción, de las partes involucradas en este tipo de unidades especializadas. Consecuentemente, se propicia un clima favorable cuyos componentes deriven en un ambiente de confianza, respeto y credibilidad entre las partes (Enfermera (o)-Familiar o acompañante).

Con lo anterior, se pretende a nivel social optimizar el cuidado en la UCI y el reconocimiento de calidad del mismo, manifestado por la satisfacción del familiar y del paciente atendido por el personal de enfermería. Se espera que ello repercuta directamente en el restablecimiento de los pacientes, en la disminución de alteraciones psicosociales y emocionales de la familia, en estancias hospitalarias más confortables para los familiares y mejore los indicadores de calidad del cuidado, tanto para el paciente como la familia, convirtiéndose en una estrategia gana-gana para las partes involucradas.

Finalmente la realización de esta investigación, pretende describir la relación enfermero (a) – familia o acompañante del paciente hospitalizado en la UCI, mediante la utilización de un instrumento creado para tal fin, derivado de un modelo de cuidado de Enfermería propuesto desde la academia el Modelo HANC, de manera que este instrumento sea usado como una herramienta útil para la valoración de este fenómeno y la construcción de planes de cuidado de enfermería que busque la recuperación del bienestar del paciente crítico y su familia. Esta investigación intenta incluir en el enfoque misión, visión y objetivos institucionales de atención de las UCI, a la familia del paciente y de paso metodologías que humanicen esta labor, teniendo en cuenta que quizá la vida depende solo de lo que pueda pasar, siendo indispensable, tanto la formación y estructura de la/el enfermera (o) y el grupo interdisciplinario, como su participación positiva y

estratégica dentro del proceso. En consecuencia, la pronta recuperación de un paciente o ayudarlo junto a su familia a confrontar un desenlace final en forma humana, digna y sentida.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Describir la relación interpersonal entre Enfermero (a) - Familia del paciente de la UCI en una Unidad de Cuidado Intensivo de la ciudad de Bogotá D.C

1.4.2 Objetivos específicos

Determinar la relación interpersonal del enfermero- familia desde las dimensiones de orientación, información, trato digno, empatía y cuidado participativo del instrumento VRIEF – UCI.

2. Marco teórico

2.1 Marco conceptual

La presente investigación retoma elementos teóricos del Modelo HANC, debido a que es el marco de referencia a tener en cuenta para describir la relación interpersonal de la enfermera y la familia, dado que este fenómeno es de relevancia para este modelo y posee un indicador empírico específico para medir este fenómeno. Consecuentemente, el modelo de Cuidado HANC contempla algunos términos y conceptos que deben ser explicados antes de iniciar la aplicación de la propuesta para medir la relación interpersonal Enfermera (o)-Familiar o acompañante del paciente en la UCI, de la siguiente manera:

2.1.1 Persona en situación crítica de salud

Aquella con posibilidad de perder la vida por alteraciones graves de una o varias funciones vitales (Parra, 2008), por tanto requiere de ser ingresada a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en donde un grupo interdisciplinar de profesionales de la salud ofrece atención en todas las especialidades, para lo que debe definir un espacio específico para instalar una infraestructura y cumplir con unos requisitos funcionales y estructurales, como organizacionales para un contexto o entorno que pueda garantizar condiciones de seguridad, calidad y eficiencia idóneas para la atención de pacientes, que teniendo esperanza de recuperación, requieren soporte vital (Parra, Guáqueta y Triana, 2013).

2.1.2 Modelo de Cuidado H.A.N.C.

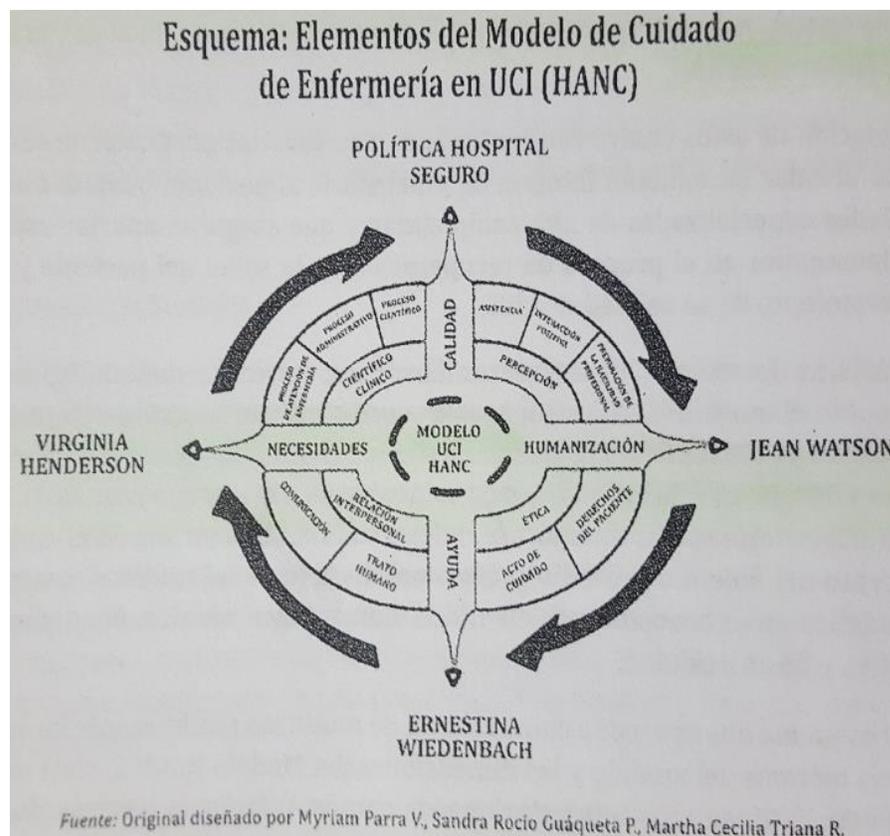
Este modelo incorpora fundamentos teóricos, filosóficos, metodológicos, y éticos, que relacionados entre sí, orientan el ejercicio profesional de la enfermería en la UCI, desde la perspectiva del Cuidado de Enfermería (Parra, Guáqueta, Triana, 2012). El modelo se sustenta en el humanismo, reconociendo el valor y la naturaleza humana. Contextualiza el cuidado en los escenarios más críticos, donde una persona en situación crítica de salud, recupera su estado de natural de vitalidad. Esta persona es considerada un ser pluridimensional, que manifiesta una serie de necesidades biológicas, sociales, psicológicas y espirituales, que deben ser valoradas y tratadas a partir de enfoques de enfermeras integrales. Involucra la relación interpersonal, la satisfacción de necesidades, la respuesta de ayuda a las personas en el proceso de estabilización y recuperación, como fundamentos esenciales y centrales del cuidado de enfermería, impregnados de componentes esenciales de las políticas de calidad.

El modelo propende por indicadores de mejoramiento continuo y la ejecución de la calidad como eje esencial en la atención de salud en las UCI. Para Donabedian (1980) la calidad esta entendida o enmarcada por aspectos como: la satisfacción de necesidades reales y potenciales de las personas, la humanización del cuidado, las formas de interacción terapéutica, la comunicación efectiva, la minimización de riesgos y complicaciones, la utilización óptima de los recursos, la satisfacción de proveedores internos del cuidado, formas de producción intelectual y científica, la innovación en la ejecución y la evaluación del proceso. Estos aplicados en la práctica generan altos niveles de calidad obteniendo mayores beneficios posibles, los cuales se definen a su vez, en función de lo alcanzable con los menores riesgos.

El modelo de cuidado HANC, para la práctica y la enseñanza de cuidado crítico, tiene como propósito concebir el cuidado desde una perspectiva de relación interpersonal, satisfacción de las necesidades del paciente y su familia, respuesta de ayuda requerida por el paciente y la familia y los principios de calidad. (Parra, Guáqueta, Triana, 2013).

El objetivo que tiene enfermería según HANC, con el cuidado de la persona en estado crítico, se centra en restablecer las funciones vitales alteradas, necesarias para mantener la vida, en un ambiente especializado, con personal altamente calificado y entrenado para resolver problemas específicos, que tenga autonomía para tomar decisiones, capacidad de contacto, interpretación asertiva, disciplina, responsabilidad, compromiso, trabajo en equipo, autocrítica y entusiasmo. Lo anterior, enmarcado dentro de todos los elementos que contempla el modelo HANC (Figura 1), dentro de los cuales para efectos de este trabajo se tendrá en cuenta específicamente la dimensión de relación interpersonal que contempla los conceptos de trato humano y comunicación.

Ilustración 1: Esquema: elementos del Modelo de Enfermería HANC



Fuente: Información Tomada del Libro de: Parra, V. M. Guáqueta, S.R., Triana, M.C. 2013. Perspectivas del Cuidado de Enfermería en UCI: Una visión desde el modelo de Cuidado HANC.1.5-10.

En cuanto a la Dimensión de Relación Interpersonal, (Parra, et al 2012), de acuerdo a las dimensiones propuestas por el modelo HANC, la define como la habilidad que tiene la/el enfermera(o) para establecer relaciones interpersonales positivas. En medio de esta relación hay un crecimiento entre la enfermera, la persona en situación crítica y su familia. Es un reto para un(a) enfermero(a) de la UCI, establecer relaciones genuinamente humanas, con énfasis en el respeto por la dignidad humana, que se traduce en reconocimiento de la autonomía, los valores, las creencias, los sentimientos y emociones de la persona y la familia, por lo que el profesional debe contar con la capacidad de escucha, la actitud cálida y empática, basándose en el respeto y la confianza (Parra et al, 2012).

La perspectiva para el modelo de Cuidado HANC (2012), adopta como habilidades para la relación interpersonal, la comunicación eficaz y el trato digno con la persona en situación crítica. Afirma que no es posible alcanzar las metas comunes de la relación interpersonal sin contar con una comunicación eficaz, que se convierte en el punto de partida para ejercer influencia positiva en las emociones del paciente y de la/el enfermera(o). Pasa a ser está el elemento fundamental involucrado en el cuidado de enfermería y componente esencial de las relaciones de ayuda (Parra, Guaqueta, Triana, 2012).

La necesidad humana de relacionarse une a las personas y la comunicación actúa como un medio de intercambio en la relación. La calidad de los mensajes verbales y no verbales que se intercambian entre la persona en situación crítica, la familia y la/el enfermera(o) consolidan las relaciones humanas y fortalecen el proceso de comunicación y por esto la comunicación constituye el principal factor de éxito en una relación. En este sentido, la comunicación tiene que ser eficiente y es por ello que la/el enfermera(o) debe tener conocimientos sobre la comunicación y experiencia en establecer relaciones de ayuda. En el modelo retoman el concepto de la comunicación como la generación y la transmisión de significados, una interacción dinámica entre dos o más personas en las que se intercambian ideas, metas, creencias, valores y sentimientos. En situaciones donde la comunicación verbal está limitada, por la condición de criticidad de la persona, el lenguaje no verbal

es el encargado de iniciar esa relación donde intervienen todos los sentidos, acciones o movimientos corporales, donde el contacto físico se convierte en un instrumento esencial para la eficacia de la comunicación en casos particulares. (Parra et al, 2012)

El **Trato Digno**, se define como todo lo relacionado con el establecimiento de relaciones interpersonales, donde la/el enfermera(o) respeta la dignidad de la persona, sus valores, ofreciendo un trato afectivo, de solidaridad, aceptación, empatía, comprensión de sentimientos y emociones de la persona en estado crítico y su familia (Parra et al, 2012).

La **Comunicación Eficaz**, según (Parra et al, 2012), es definida como la interacción dinámica entre la/el enfermera(o), la persona en estado crítico y su familia, para intercambiar información determinante y concretar una relación interpersonal. El individuo que usa la comunicación eficaz es capaz de expresar sentimientos, ideas y opiniones, defendiendo sus derechos y respetando los de los demás. El objetivo fundamental de la persona asertiva no es conseguir lo que quiere a cualquier precio, sino ser capaz de expresarse de forma adecuada y sin agredir. Además, la forma de expresarse se adapta al contexto donde se desarrolla la comunicación, lo que contribuye a facilitar que se resuelvan los problemas inmediatos que se puedan presentar en el proceso de comunicación, y se minimiza el riesgo de que en futuros intercambios puedan aparecer problemas. Así pues, se puede decir que el estilo asertivo consiste en ser capaz de comunicarse en cada ocasión de la mejor forma posible.

Ahora, si se va a mencionar **la relación y comunicación interpersonal en enfermería**, la comunicación se suele definir como un intercambio de información entre dos o más personas, pero sin olvidar que el objetivo de la comunicación es provocar una respuesta, por lo que no constituye un mero intercambio, sino que es un proceso en el cual se debe producir un retorno continuo de la información para que sea procesada por los participantes de dicho proceso (Aguilar, 2004). Esas relaciones interpersonales y la adecuada comunicación llevarán a comprender más a fondo problemas y/o fenómenos de enfermería propios del familiar y del paciente,

que permiten que enfermería sea asertivo y oportuno para dar solución a todos esos fenómenos que se presentan.

Por otro lado, según las posturas teóricas de Peplau, King y Trevelbee, se considera la comunicación interpersonal de enfermería como un proceso recíproco que se da en situaciones de encuentro o desencuentro, por lo que se comunican pensamientos, sentimientos y actitudes, y se comparten subjetividades, lo que permite ver el cuidado de enfermería como una labor humanitaria que facilita el crecimiento de cada uno en un proceso que difiere en cada caso en particular (Salazar, 2008).

Esta interacción con el paciente y la familia involucra la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva, constituyéndose en un escenario para el encuentro con el otro, y es el eje para desarrollarse siendo un elemento fundamental del cuidado (Salazar, 2008). Es así, como la comunicación y relación interpersonal enfermera-paciente son integrantes de la enfermería. Al relacionarse con el paciente, la familia y la comunidad, la enfermera marca su presencia profesional al expresar el cuidado dialógico (Rocha, 2013).

Es así, como el proceso de cuidar se ve sostenido por herramientas básicas como lo son las relaciones interpersonales y la comunicación. Se revela como un eslabón esencial del cuidado al aproximar los sujetos, proporcionando momentos de intercambio, de interés y preocupación con el otro. La importancia de la relación en el cuidado está constituida por la esfera subjetiva cuando se refiere a sensibilidad, creatividad, intuición, vivencia relación y expresiones afectivas. En la esfera objetiva hay desarrollo de técnicas, procedimientos y acciones instrumentales (Rocha, 2013).

Para llevar a cabo una comunicación interpersonal se debe tener ciertas características o habilidades comunicativas como: empatía, cordialidad, educación, respeto en la manera de expresarnos, escucha atenta de lo que dice el paciente y/o familia. Esto permitirá a la/el profesional de enfermería acercarse e interactuar brindando un cuidado humano, tanto con el paciente como con su familia.

Estas relaciones deben estar enmarcadas por unas estrategias esenciales y básicas para que esa relación se lleve a cabo de manera positiva. Dentro de estas estrategias encontramos: utilizar información concisa, clara, evitando tecnicismos y con vocabulario que sea comprensible para el familiar y paciente. Es indispensable analizar las ideas antes de comunicarlas, repetir conceptos claves para que sean comprendidos, reproducción del mensaje, hablar con un ritmo adecuado no muy lento, no muy rápido, en un tono de voz adecuado y realizar retroalimentación de la información.

Del mismo modo, la parte actitudinal de la persona que da el mensaje es importante a la hora de transmitirlo, para ello se debe mantener contacto visual, establecer una adecuada expresión facial, mantener una adecuada actitud y apariencia física, mantener una apropiada postura corporal, realizar asentamientos con la cabeza, utilizar gestos ilustrativos, entre otras estrategias que se deben utilizar de manera conjunta para que haya un procedente proceso comunicativo interpersonal (Ramón, 2012).

Para concluir, se puede decir que la comunicación interpersonal en enfermería involucra el afecto, la empatía, la cordialidad y humanización del cuidado. Cuando la enfermera establece la relación a través de la comunicación cumple la finalidad del cuidado, así, sin comunicación no hay un cuidado total.

2.1.3 La familia

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. En Colombia la familia es reconocida por la constitución política de 1991 como el núcleo fundamental de la sociedad. Esta se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla (Capítulo II – Artículo 42).

La OMS define familia como:

Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. (Caballero, sf)

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

En cada una de las fases del ciclo vital familiar, la familia se ve enfrentada a diferentes tipos de crisis. Según las características de las mismas, se clasifican en crisis evolutivas o inesperadas. Las crisis evolutivas son cambios esperables por los cuales atraviesan los miembros del grupo familiar, dichos cambios requieren un tiempo de adaptación. Cabe nombrar que este tipo de crisis forman parte del desarrollo de la vida normal. Las crisis inesperadas son aquellas que aparecen bruscamente, que no están en la línea evolutiva habitual. Cada una de estas crisis se verá resuelta dependiendo de los recursos de la familia y soportes de ayuda, así mismo del ámbito de desarrollo de la misma. Es en estos momentos donde enfermería debe hacer participación activa para que las crisis que se presentan desde el ingreso del paciente y su familia a la unidad sean encaminadas y dirigidas hacia una adaptación y superación adecuada de ellas.

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

2.1.4 La familia del paciente en estado crítico

Partiendo de que la familia es el núcleo de la sociedad y cada uno de los miembros cumplen funciones o roles específicos dentro de ella, es importante recalcar que, la familia se considera como el “grupo de individuos que vive bajo un mismo techo, comparte una historia en común, rasgos genéticos, estilo de vida, costumbres y creencias” (Pérez, 2002). Al ingresar alguno de estos a una UCI se altera el normal funcionamiento de dicha estructura causando en el resto de sus integrantes alteraciones psico-emocionales, físicas y económicas que al principio generan conflicto, pero que a medida que pasa el tiempo se reorganizan en torno a la recuperación y estabilización de la persona que se encuentra hospitalizada. Es así que, los familiares consideran a las UCI como un lugar donde prestan cuidados avanzados, mientras que otros las consideran como lugares donde van a morir las personas más graves. Por lo tanto, cuando una familia se enfrenta a la enfermedad grave de un ser querido, se enfrenta también a sensaciones y sentimientos de desconocimiento, impotencia, ansiedad, tristeza y a la expectativa de muerte o de vida de su familiar. (Gutiérrez, 2008)

Asimismo, la familia como elemento condicionante y fortalecedor del proceso salud- enfermedad, debe ser un aspecto enfocado y profundizado en el plan de cuidados de enfermería frente al manejo de pacientes en estado crítico. Los profesionales en la UCI, priorizan los procedimientos técnicos y la utilización de tecnologías necesarias para el soporte y mantenimiento de la vida de los pacientes. “Los familiares normalmente no son informados y desconocen las rutinas del sector, esto, les afecta, produciendo más presión, angustia y sufrimiento” (Cerón, 2008).

Es por ello que el ingreso de un paciente a la UCI, es también un ingreso de la familia en la mayoría de los casos. La situación de crisis que sobrellevan los familiares puede provocar descompensaciones con predominio biológico,

psicológico y/o social, alterando el normal funcionamiento del núcleo familiar. Inicia la búsqueda de estrategias que les permitan afrontar de una forma adecuada la situación de crisis que están viviendo en el momento.

El cuidado de enfermería al familiar del paciente hospitalizado en UCI está delimitado por la relación interpersonal específica, que se establece desde el momento del ingreso del paciente a la UCI. Dicha relación está compuesta por características y fases propias, que determinan el establecimiento de un proceso terapéutico eficaz entre la enfermera y la familia, esto constituye un medio para intercambiar información, instaurar una comunicación adecuada y participar activamente en el cuidado del paciente. (Cerón, 2008)

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

Lo anterior muestra la importancia del acompañamiento de la familia, y el empoderamiento de ésta y participación del proceso de cuidado de su familiar enfermo, considerando por tanto a las familias como un apoyo fundamental en la terapéutica de cuidado que brinda enfermería. Se deduce entonces que, para tratar con las familias lo más importante es la humanización en doble vía. (Gutiérrez, 2008).

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

3. Marco metodológico

3.1 Tipo de investigación

El enfoque de este estudio se presenta como un tipo de investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal, en el cual se utiliza un instrumento derivado del Modelo de cuidado de Enfermería HANC, con el fin de describir el comportamiento de un fenómeno, donde la parte cuantitativa del estudio se da por medio del uso de calificaciones numéricas en las cuales se pueden analizar los resultados por medio de la interpretación de datos estadísticos. Lo mencionado, con el fin de establecer un nivel de la relación interpersonal entre la/el enfermera(o) y los familiares o acompañantes de los pacientes de la UCI. Las calificaciones numéricas son obtenidas por medio del instrumento VRIEF-UCI, teniendo en cuenta las dimensiones de orientación, información, trato digno, empatía y cuidado participativo que contiene el instrumento.

“La investigación descriptiva explora nuevas áreas de investigación y describe situaciones que existen en el mundo”: mediante este tipo de estudio se pretende especificar las características, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis (Hernández 2006). Por último, tendríamos el componente transversal, el cual implica la obtención de los datos en un momento específico establecido para este caso en un periodo de un mes. Los fenómenos por investigar se captan, según se manifiestan, durante un periodo de colecta y de utilidad para evaluar las posibles necesidades que se puedan presentar en el cuidado de la salud y el planeamiento de la provisión de los servicios de salud que para el presente caso sería el fenómeno de la relación enfermera – familia.

3.2 Instrumento para valoración de la relación interpersonal enfermera – familia o acompañante de del paciente en la UCI VRIEF-UCI

El instrumento presentado evalúa la relación interpersonal entre la enfermera y la familia o acompañante del paciente en la UCI, instrumento validado de manera aparente, mediante juicio de expertos y validez de contenido con un índice de concordancia de Kappa > 0.50 (Guáqueta et al. 2016). Consta de 45 preguntas relacionadas directamente con unos atributos que tiene en cuenta como lo son: orientación (7 preguntas), información (9 preguntas), trato digno y respetuoso (9 preguntas), empatía y cuidado participativo (10 preguntas para cada uno) (Soto et al, 2014). Adicional, programa de fortalecimiento del cuidado y la práctica de enfermería para personas en situaciones agudas y críticas de salud y su familia, usuarias de la red de hospitales universitarios de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

3.2.1 Dimensiones del instrumento VRIEF-UCI

- Orientación: Capacidad del enfermero (a) para guiar a los miembros de la familia y/o responsables del paciente hospitalizado, sobre las normas y funcionamiento de la UCI, a través de diversos mecanismos.
- Brindar información: Es la capacidad del enfermero (a) de comunicar a la familia y/o responsable del paciente, los aspectos relacionados con la situación de salud, la evolución y el cuidado de su paciente.
- Trato digno y respetuoso: Capacidad del enfermero (a) para reconocer y valorar positivamente al familiar y/o responsable del paciente como un sujeto de derechos.

- Empatía: Capacidad del enfermero (a) de experimentar la realidad subjetiva de la familia y/o responsable del paciente, de tal forma que le permita responder adecuadamente a sus necesidades y les facilite la expresión de sus sentimientos.
- Cuidado participativo: Capacidad del enfermero (a) de hacer partícipe al familiar para que se involucre de forma voluntaria, gradual y guiada en el cuidado de su paciente, en función de sus posibilidades y la situación de salud. (Soto et al, 2014).

3.3 Fases metodológicas

3.3.1 Fase 1: Aplicación del instrumento

Posterior a la autorización de la institución hospitalaria, y la aprobación del comité de ética de la facultad de enfermería AVAL 049-17 (Anexo B), la investigadora principal y un auxiliar de apoyo a la investigación realizaron personalmente la aplicación del instrumento a cada familiar y/o acompañante del paciente hospitalizado en la UCI previa firma del consentimiento informado (Anexo C). Se realizó una recolección de variables sociodemográficas mediante el registro sistematizado en un excel donde se tomaron datos como: edad, sexo, estrato socioeconómico, nivel educativo y parentesco del paciente; que permitieron obtener la caracterización demográfica de la muestra.

Estos acompañantes o familiares fueron seleccionados de manera aleatoria utilizando el siguiente esquema: dado que la UCI cuenta con veinte camas y que la ocupación diaria mínima de la UCI corresponde a diez camas ocupadas, en cada ocasión en la que se vaya a recolectar la información requerida para el estudio, se creará en excel un listado simplificado de las camas ocupadas. Junto a cada cama se generará un número aleatorio entre 0 y 1 y estos números se ordenarán de mayor a menor de tal manera que

se seleccionen los diez primeros números aleatorios más grandes, que serán, a su vez, las diez camas seleccionadas. Vale la pena tener en cuenta que la selección de los acompañantes o familiares se realiza de esta manera, dado que no es posible acceder directamente a los acompañantes. La única forma de acceder a ellos es a través de los pacientes que se encuentran en estancia en la UCI.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo dos días por semana, en aproximadamente 5 semanas.

3.3.2 Fase 2. Transcripción y tabulación de la información mediante el sistema SPSS

La información del instrumento y de los datos sociodemográficos se codifica, de manera que al realizar la tabulación se facilite el análisis de estos y se eliminen sesgos en la información. Igualmente, cada pregunta del instrumento tiene un valor asignado, lo que permite dar un manejo adecuado de la información obtenida y finalmente se logre un análisis correcto.

El instrumento consta de 45 ítems respondidos por el familiar o acompañante del paciente, y será aplicado en el momento de la visita una vez haya firmado el consentimiento informado, con el fin de evaluar la relación que estableció la/el enfermera(o) con el familiar del paciente que estuvo hospitalizado en la UCI, a partir de las siguientes dimensiones o factores: orientación (7 ítems), información (8 ítems), trato digno y respetuoso, empatía y cuidado participativo (10 reactivos para cada una). Los ítems cuentan con las siguientes opciones de respuesta: siempre (SI) con un valor asignado de 3, algunas veces valor asignado 2, nunca (NO) con un valor de 1. Las preguntas 8, 10, 14, 16, 17, 25, 42 y 44 son de respuesta dicotómica, es decir, SI con un valor establecido de 3 o NO con un valor establecido de 1 (Parrado et al 2016).

La escala permite una calificación máxima de 135 puntos (puntaje bruto) los cuales se interpretarán de la siguiente manera: el nivel alto: será igual o mayor a 108 puntos, el nivel intermedio será entre 107 y 81 puntos y el nivel bajo será igual o menor a 80 puntos, indicándonos que a menor puntaje la relación enfermera - familia o acompañante del paciente en la UCI puede estar en un nivel bajo (Puntaje T).

Después de tener los instrumentos diligenciados se procederá a transcribir la información y tabularla en el sistema informático SPSS 23, para dar una organización adecuada a la información obtenida para el posterior análisis y discusión de los datos obtenidos. Se ingresarán los datos sociodemográficos y las preguntas de cada categoría definidas en el instrumento VRIEF-UCI con sus respectivos valores asignados para su posterior análisis estadístico y descriptivo, desde la percepción global y por cada categoría.

3.3.3 Fase 3. Resultados y Análisis

La presentación de los resultados y el análisis de las variables sociodemográficas se realizaron por medio de técnicas de estadísticas descriptivas.

En cuanto a los datos obtenidos de la aplicación del instrumento se tiene en cuenta para los resultados los puntajes ya establecidos y las categorías del instrumento expresadas en porcentajes (nivel de cumplimiento).

3.3.4 Socialización de resultados

Se realizará la socialización, elaboración y sustentación de los resultados obtenidos ante la comunidad académica de la Universidad Nacional de Colombia y de la misma manera se concreta en la institución participante en el estudio. Se establecerá

una fecha para la socialización de los resultados ante las personas involucradas en el estudio, presentación en seminarios o congresos y publicación de un artículo relacionado con los resultados del proceso investigativo.

3.4 Control de sesgos

Para el presente estudio se estimaron algunos sesgos, con la finalidad de establecer los respectivos controles. Con relación al sesgo de selección de la muestra, este se realizó teniendo en cuenta aspectos como la rotación de cama de la unidad de cuidado intensivo y la capacidad de ocupación de la unidad de cuidados intensivos. Se realizó de manera aleatoria el orden en que se elegirían las camas para la aplicación del instrumento a los familiares mediante la asignación de números del 0 al 1 de manera aleatoria.

Con relación al sesgo de clasificación e información: se describirá la muestra estudiada para favorecer la validez externa, además se utilizará un instrumento validado de manera aparente, mediante juicio de expertos y validez de contenido con un índice de concordancia de Kappa > 0.50 (Guáqueta et al. 2016). Con una metodología definida descrita en las fases anteriormente mencionadas y para la recolección y procesamiento de la información obtenida, se establecerá una codificación y se utilizará el programa estadístico SPSS (Bausela, 2005) que permitirá realizar un análisis de los datos obtenidos. Además, se establecerán momentos de discusión y análisis de resultados preliminares con la asesora, con el fin de realizar una evaluación intermedia de la información recogida.

3.5 Universo y Población

El Universo y población del estudio son todos los familiares o acompañantes de los pacientes hospitalizados en la UCI de una institución de salud de III nivel de atención ubicada en la ciudad de Bogotá D.C.

3.6 Muestra

Este tipo de investigación utiliza un muestreo probabilístico las cuales selecciona participantes o casos típicos que no asegura que los casos sean representativos de la población debido a que el instrumento debe ser aplicado a los familiares de los pacientes en un periodo de tiempo cercano al egreso, situación está que dificulta el acceso a la población total de muestreo en este caso los familiares, y por lo tanto, se desconoce la probabilidad de que cada individuo sea seleccionado para la muestra. Además, para definir el tamaño de la muestra nos apoyamos en los puntajes y la descripción.

El tipo de muestreo que se utilizó fue aleatorio, teniendo en cuenta las características de la población objeto, para elegir los participantes se escogieron al azar en un periodo comprendido entre abril y mayo de 2018, el cual fue el tiempo establecido para la recolección. Para la elección de familiares se tuvo en cuenta los egresos y el giro cama de la unidad.

Teniendo en cuenta el objetivo general del presente trabajo, el cálculo del número de acompañantes requeridos para estimar la puntuación media de la relación interpersonal enfermera-familia (usando el instrumento valoración de la relación interpersonal enfermera - familia o acompañante del paciente en la UCI VRIEF-UCI) se realizó mediante la siguiente ecuación:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \sigma^2}{\epsilon^2}$$

En donde $(1 - \alpha)$ representa el nivel de confianza establecido para realizar la estimación, $z_{1-\alpha/2}$ representa el cuartil $1 - \alpha/2$ de la distribución normal estándar y $\epsilon =$ representa el error máximo admisible que se considera al realizar la estimación.

Dado que se desconoce la varianza de la variable relación interpersonal enfermera - familia (medida a través del instrumento mencionado con anterioridad), se consideró el error máximo admisible en términos de desviaciones estándar.

Así, considerando un nivel de confianza del 95% $\alpha = 0,05$ ($1 - \alpha = 0.95$) y $\epsilon = 0.2 \sigma$ (un error máximo admisible de 2 décimas de desviación estándar) (Canavos, 1988) se llega a que

$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \sigma^2}{\epsilon^2} = 1.96$ y, por tanto, que el número mínimo de acompañantes requerido para satisfacer las condiciones anteriores es 96.03 o 97.

- Siendo $100 (1 - \alpha) \%$ la confianza asumida para la estimación del promedio
- σ^2 : La varianza del total o de la dimensión en consideración
- ϵ : el error máximo admisible en la estimación del promedio

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \sigma^2}{\epsilon^2}$$

3.7 Criterios de Inclusión

Cualquier familiar o acompañante de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de la institución elegida que lleven o hayan estado presentes mínimo 3 días de hospitalización del paciente dentro de la UCI y durante este tiempo hayan tenido contacto con la/el enfermera(o) encargado del paciente.

Si el familiar o acompañante es elegido fuera de la UCI no deberá haber pasado más de 7 días desde el egreso del paciente de la UCI.

El grado de consanguinidad no afectara los resultados finales, puesto que se está evaluando directamente la relación entre los familiares o acompañantes de los pacientes de la UCI y las (los) enfermeras (os), además el instrumento está diseñado para aplicarlo a cualquier familiar y/o acompañante.

3.8 Criterios de Exclusión

Se excluirán del estudio familiares o acompañantes de los pacientes de la UCI que tengan algún tipo de impedimento cognitivo y/o psicológico que no permita dar respuesta a las preguntas del instrumento.

3.9 Consideraciones éticas del estudio

El presente estudio tiene en cuenta las consideraciones éticas relacionadas con los principios establecidos en las pautas CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas en Salud) y en la resolución 008430/93 expedida por la dirección de desarrollo científico y tecnológico del ministerio de la protección social. Igualmente, en el cumplimiento del artículo 14, en la primera página de cada instrumento se encontrará el consentimiento informado (Anexo C). Se protege la privacidad del participante en conformidad con el artículo 8 de la resolución 008430/93. Además, cuenta con la aprobación del comité de ética de la facultad de enfermería con el AVAL 049-17 (Anexo B) y el aval de la institución de salud.

Para la conservación de los datos obtenidos de la presente investigación, la investigadora principal, guardará las bases de datos que aparecen de manera codificada, buscando proteger la identidad de las familias y asegurando de esta manera que sólo el investigador principal tenga acceso a los datos. De esta manera, evitar que personas ajenas al estudio tenga acceso a los resultados.

Además, durante el proceso investigativo se tendrá en cuenta los principios de veracidad, en donde se consignará en el instrumento únicamente lo referido por parte de cada uno de los familiares, manteniendo una idea clara sobre los objetivos de la investigación, y uso de la información.

Autonomía: los familiares podrán decidir su deseo o no de participar en la investigación, previas explicaciones de la misma, sin ejercer ninguna presión o influencia por su participación.

Con relación a Beneficencia y la No maleficencia, se tendrá en cuenta que esta investigación se realiza con el objetivo claro de “no dañar a nadie” de manera en que durante todo el tiempo de la investigación se tenga el deber de hacer el bien.

Finalmente, la Justicia que lleva a pensar acerca de poder brindar a cada quien lo que se merece, lo que sea propio y/o lo necesario. Se debe propender por el cumplimiento de estos principios a cabalidad durante toda la investigación, y por supuesto cada vez que este sea nombrado o utilizado con fines académicos.

3.10 Consentimiento Informado

El estudio se rige por las recomendaciones emitidas por el informe Belmont (1979), el cual concreta los principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación, emitida por la Comisión Nacional para la Protección de los seres humanos en la investigación en Norte América, con posterior aplicación en la mayoría de las regiones del mundo. Siguiendo los principios bioéticos de la investigación con seres humanos, en este caso los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI, se diseña un documento exclusivo denominado consentimiento informado (Anexo C), en el cual se plasman aspectos relacionados con el principio de beneficencia, que se refiere a la obligación ética de medir la relación riesgo/beneficio, es decir, lograr los máximos beneficios y reducir al mínimo el daño y la equivocación, informando que el diseño de la investigación es acertado y que los investigadores son competentes, tanto para realizar la investigación como para salvaguardar el bienestar de las personas que participan. De igual manera, el documento considera el principio de autonomía, que obliga a la selección equitativa de los sujetos de investigación y su libre decisión en la participación con el estudio o su retiro en cualquier momento del proceso. Por último, asegura el buen uso de la información y la confidencialidad de la identidad de los participantes.

3.11 Propiedad Intelectual

En primera instancia se solicitó formalmente a través de un oficio, el permiso a las autoras del Instrumento (Anexo A), para poder realizar su aplicación, conservando todos los derechos de autor, dentro del Programa de Fortalecimiento del Cuidado y la Práctica de Enfermería para personas en Situaciones Agudas y Críticas de Salud, establecido por la legislación Nacional y la resolución de propiedad intelectual de la Universidad Nacional de Colombia.

De acuerdo con lo establecido en el Acuerdo 035 de 2003, del Consejo Académico de la Universidad Nacional de Colombia, en el cual se reglamenta la propiedad intelectual de la universidad, este estudio constituye parte de dicha reglamentación, por lo cual se reservan los derechos de autor a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, así como todas las consideraciones de la norma en cuanto a Propiedad Intelectual se refiere (Acuerdo 035. Consejo Académico de la Universidad Nacional de Colombia, en el cual se reglamenta la propiedad intelectual de la Universidad, 2003).

4. Resultados

Se realizó la aplicación del instrumento entre el 25 de abril y el 22 de mayo del 2018, tomando la muestra de manera aleatoria, teniendo en cuenta el número de camas habilitadas y el orden aleatorio seleccionado previamente. Se logró obtener la muestra total de 97 familiares o acompañantes de los pacientes que hubiesen permanecido al menos 3 días en la UCI, y cuyo familiar o acompañante hubiese establecido una relación con el enfermero que estaba a cargo y que, en caso de ser egresados de dicha unidad, su salida no superara los 7 días manteniendo la imparcialidad al momento de la toma de la muestra.

Las características de la población seleccionada se describen a continuación, contando con datos sociodemográficos tales como: género, edad, parentesco, nivel de educación, días de estancia en UCI, y procedencia.

- **Género:** los familiares a quienes se les aplicó el instrumento VRIEF-UCI en un 75% corresponden al género femenino y el 25% corresponden al género masculino.
- **Parentesco:** la muestra que se recolectó para el estudio fue en su totalidad de familiares directamente del paciente con algún grado de consanguinidad. Siendo grado I de consanguinidad y afinidad los hijos(as), esposas(as), mamá, papá, nuera. Grado de consanguinidad y afinidad II: Nieto (a), hermano (a) y grado III: tío (a), sobrino (a).

La totalidad de los familiares a quienes se les aplicó el instrumento tienen algún grado de consanguinidad directamente relacionado con el paciente. Es así, como el 79% tenía un Grado I de consanguinidad, el 17% tenía un II grado de consanguinidad y el 4% de la muestra un III grado de consanguinidad.

- **Nivel de educación:** en la siguiente tabla se puede apreciar que la mayoría de los familiares a quienes se les aplicó el instrumento VRIEF-UCI corresponden en gran medida a personas con algún tipo de estudio a nivel profesional culminado, en segunda estancia personas con nivel de secundaria completa, seguido en tercer lugar por familiares con algún grado de educación técnico.
- **Procedencia:** los familiares participantes de la investigación son procedentes en un 66% de la ciudad de Bogotá, un 32% de otras ciudades y un 2% de otro país.

Tabla 1 Datos Sociodemográficos de la muestra a la cual se le aplicó el instrumento VRIEF-UCI

	VARIABLE	PORCENTAJE
SEXO		
	Femenino	73 75,3%
	Masculino	24 24,7%
	Total	97 100%
PARENTESCO		
	Hija / hijo	35 / 14 (49) 36% - 14,5% (50,5%)
Grado I	Esposa	19 / 4 (23) 19,5% / 4,2% (23,7%)
	/esposo	
79%	Mama/ Papá	3 / 0 (3) 3,1% / 0% (3,1%)
	Nuera	2 2,1%

Grado II	Nieta / nieto	4 / 0 (4)	4,1% / 0% (4,1%)
17%	Hermano / hermana	7 / 12	12,3%
Grado III	Sobrina / sobrino	2	2,1%
4%	Tía / tío	2	2,1%
TOTAL		97	100%

NIVEL EDUCATIVO

Primaria	5	5,1%
Secundaria	26	26,8%
Técnico	15	15,4%
Tecnológico	1	1,1%
Profesional	45	46,3%
Especialista	3	3,1%
Magister	1	1,1%
Doctorado	1	1,1%
TOTAL	97	100%

PROCEDENCIA

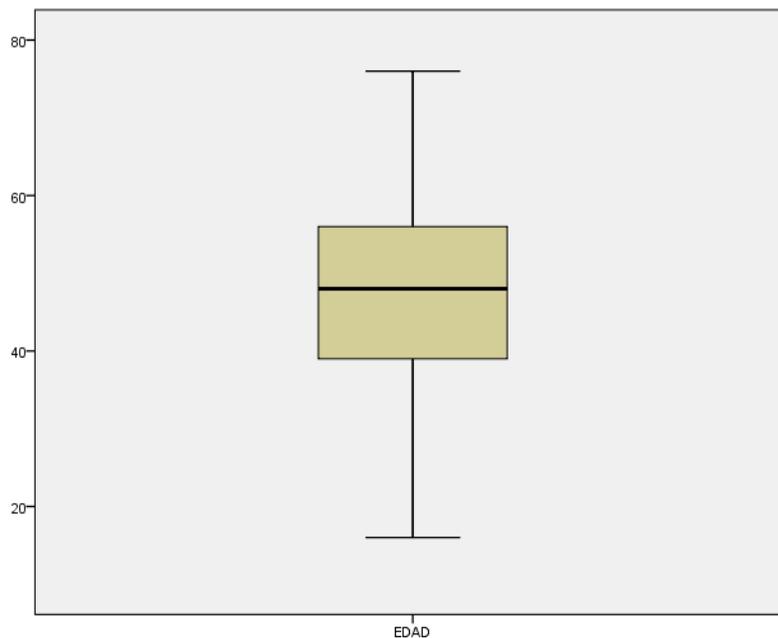
Bogotá	64	66%
Otras ciudades	31	32%
Otros países	2	2%
TOTAL	97	100%

- **Edad:** como se muestra en el diagrama de caja y bigotes (grafico 1), la edad mínima de los familiares presentes en la UCI es de 16 años, mientras que la edad máxima es de 76 años. La media es de 45,72 años con una desviación estándar de 14.

Tabla 2 Edad de la muestra a la cual se le aplicó el instrumento VRIEF-UCI

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
EDAD	97	16	76	45,72	14,018

Gráfico 1 Diagrama de cajas y bigotes edad de los familiares



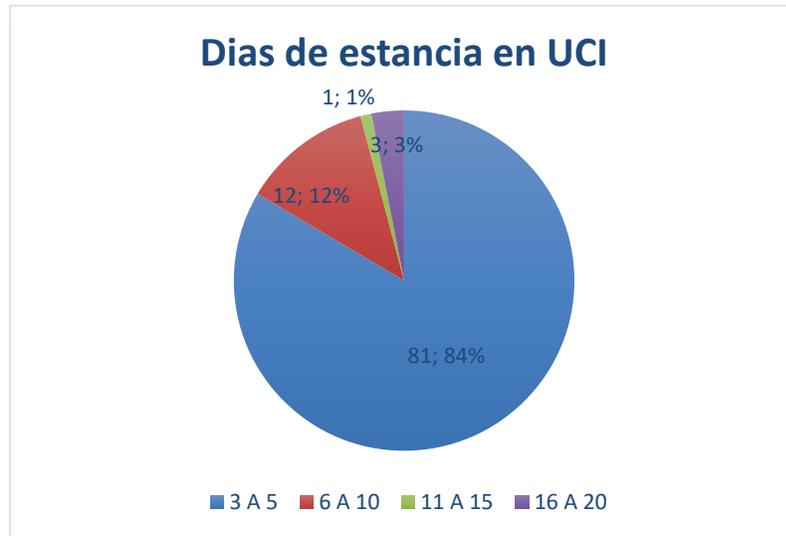
- **Días de estancia en UCI:** La estancia promedio de la UCI es de 3 días, dada por la estadística de ingresos y egresos del paciente de la UCI de la institución donde se realizó la investigación. Esto se puede corroborar con los días de estancia encontrados en la mayoría de los pacientes en la UCI para la selección de los familiares de los mismos. De manera que, al tercer día de estancia en la UCI ya se puede determinar una relación interpersonal con el personal de enfermería del servicio.

Tabla 3 *Días de estancia en la UCI de los pacientes*

Estadísticos	Valor
No. Total	97
Media	4,47
Mediana	4,00
Desviación estándar	2,716
Mínimo	3
Máximo	16

De acuerdo a los datos obtenidos se encontró que el promedio de estancia del paciente con su familiar en la UCI es de 4 días, siendo el mínimo de 3 días y el máximo de 16 días, con una desviación estándar de 2.7

Gráfico 2 Días de estancia UCI



Como lo muestra la gráfica 3, el promedio de estancia que se encontró fue de 3 a 5 días con un 84% y un 1% con una estancia entre 11 a 15 días.

4.1 Aplicación del instrumento para la valoración de la relación interpersonal enfermera – familia o acompañante del paciente en la uci (VRIEF-UCI)

El instrumento para la valoración de la relación interpersonal enfermera – familiar o acompañante del paciente en la UCI, se divide en 5 dimensiones, las cuales determinan la relación enfermera- familia del paciente hospitalizado en la UCI, estas son: orientación, información, trato digno y respetuoso, empatía y cuidado participativo.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento VRIEF-UCI teniendo en cuenta cada una de las dimensiones:

- **Dimensión de orientación:** La dimensión de orientación hace referencia a la capacidad de la enfermera para guiar a los miembros de la familia y/o responsables

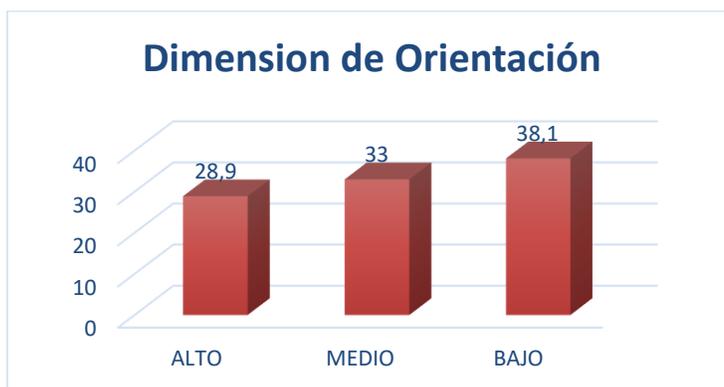
del paciente hospitalizado, sobre las normas y funcionamiento de la UCI, a través de diversos mecanismos.

Esta dimensión abarca los primeros 7 ítems del instrumento con puntuaciones de 1 a 3 en cada ítem, lo que da un total de 21 puntos. Considerando un nivel alto de orientación cuando el puntaje es ≥ 16.8 , un nivel medio de orientación si el puntaje da entre 12.6 y 16.7 y un nivel bajo si es ≤ 12.5 .

Tabla 4 Estadísticos descriptivos de la dimensión de orientación del instrumento VRIEF-UCI

Variable		Estadísticos			
Dimensión	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
orientación	97	7	21	13,71	4,301

Gráfico 3 Nivel alcanzado para la dimensión de orientación del instrumento VRIEF-UCI



Es así como posterior a la aplicación del instrumento se observa en la gráfica que en la dimensión de orientación tiene un nivel bajo en un 38,1%, un nivel medio de 33% y un nivel alto de 28,9%.

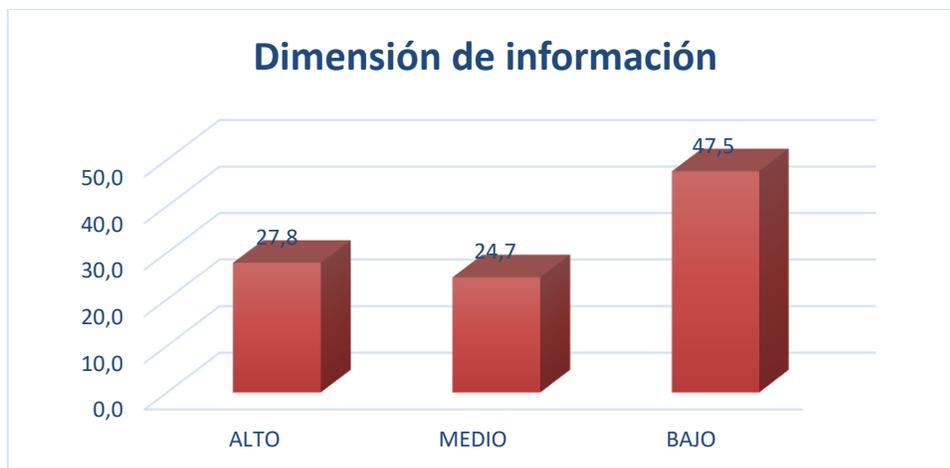
- **Dimensión de información:** La dimensión de información es la capacidad de la enfermera de comunicar a la familia y/o acompañante del paciente los aspectos relacionados con la situación de salud, la evolución y el cuidado de su paciente. La dimensión abarca desde la pregunta 8 a la 16 con un total de 9 preguntas. El puntaje máximo en esta dimensión es de 27 puntos, significando el nivel más alto para la dimensión. El rango entre 21,6 – 27 quiere decir un nivel alto para la relación interpersonal enfermera familia en la dimensión de información, entre 16,2 – 21,5 significa un nivel medio y si se encuentra dentro de un valor menor o igual entre 16,1 y 9 significa un nivel bajo.

Tabla 5 Estadísticos descriptivos de la dimensión de información del instrumento VRIEF-UCI

Variable	Estadísticos				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Dimensión información	97	9	27	17,43	5,734

Para esta dimensión se encuentra como se observa en la gráfica No. 3 que el 47,5% tienen un nivel bajo para aspectos relacionados con proporcionar información a los familiares con respecto alguna situación relacionada con el estado de salud del paciente o algún otro tipo de información. El 24,7 % estaba en un nivel medio y el 27,8 % en un nivel alto.

Gráfico 4 Nivel de dimensión de información



- **Dimensión trato digno y respetuoso:** Es la capacidad de la/el enfermera (o) para reconocer y valorar positivamente al familiar y/o responsable del paciente como un sujeto de derechos. Al igual que la anterior dimensión consta de 9 ítems, de la pregunta 17 a la 25 puntuando igualmente hasta 27. Con los valores para los niveles alto de 21,6 a 27, nivel medio entre 16,2 y 21,5 y el nivel bajo de 16,1 a 9 puntos.

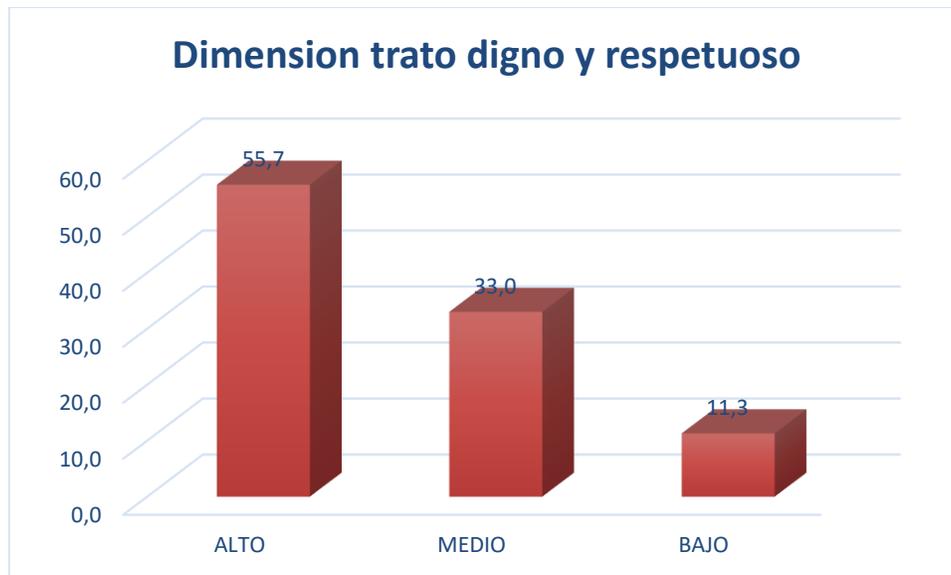
Tabla 6 Estadísticos descriptivos de la dimensión de trato digno y respetuoso

Variable	Estadísticos				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Dimensión trato digno y respetuoso	97	9	27	21,53	4,509

Los resultados para esta dimensión cambian con respecto a las dos primeras; en esta ocasión se obtuvo como se muestra en la gráfica 6 un puntaje

para el nivel alto con un 55,7%, un 33% para un nivel medio y un 11,3% para un nivel bajo.

Gráfico 5 Nivel de dimensión de trato digno y respetuoso



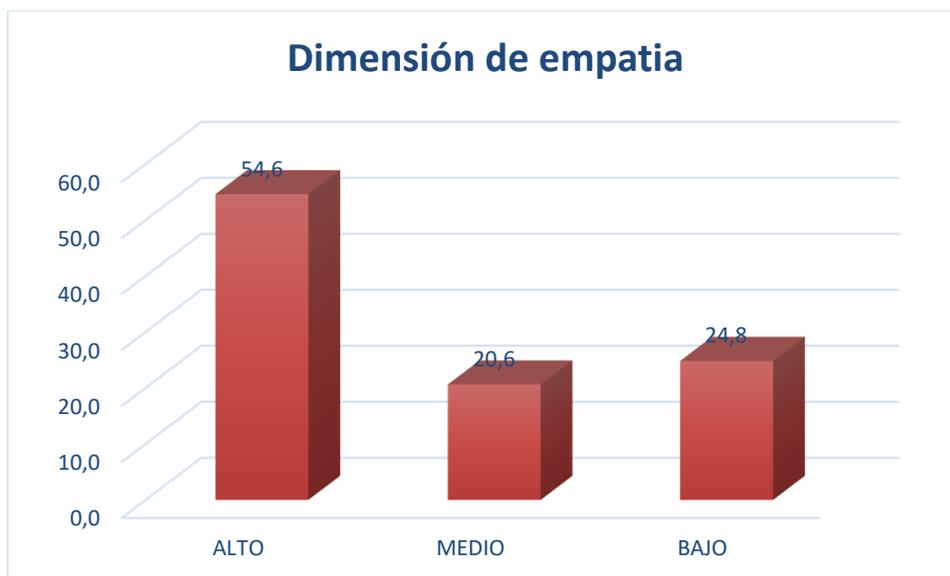
- **Dimensión de empatía:** Capacidad de la/el enfermera(o) de experimentar la realidad subjetiva de la familia y/o responsable del paciente, de tal forma que se le permita responder adecuadamente a sus necesidades y les facilite la expresión de sus sentimientos. Esta dimensión la conforman 10 ítems, de la pregunta 26 a la 35. De modo que los puntajes para los diferentes niveles son: Nivel alto de 24 a 30 puntos, nivel medio de 18 a 23 puntos y un nivel bajo de 10 a 17 puntos.

Tabla 7 Estadísticos descriptivos de la dimensión de empatía

Variable	Estadísticos				
Dimensión de empatía	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
	97	10	30	22,73	6,010

El 54,6% demuestra que existe un nivel alto para la relación interpersonal en la dimensión de empatía, un nivel medio con 20,6% y un nivel bajo con 24,8%.

Gráfico 6 Nivel de dimensión de empatía



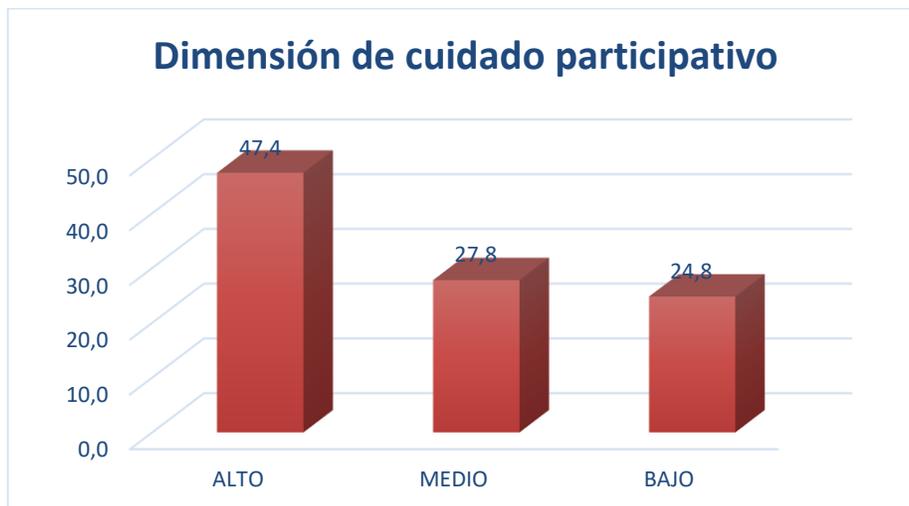
- **Dimensión y cuidado participativo:** Capacidad de la enfermera de hacer partícipe al familiar para que se involucre de forma voluntaria, gradual y guiada en el cuidado

de su paciente, en función de sus posibilidades y la situación de salud. Al igual que la anterior categoría esta dimensión abarca 10 preguntas (de la 36 a la 45), alcanzando un puntaje máximo de 30 puntos, por lo que la distribución para los diferentes niveles (alto, medio, bajo) es el mismo: Nivel alto de 24 a 30 puntos, nivel medio de 18 a 23 puntos y un nivel bajo de 10 a 17 puntos.

Tabla 8 Estadísticos descriptivos de la dimensión de cuidado participativo

Variable		Estadísticos			
Dimensión cuidado participativo	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
	97	10	30	22,31	5,896

Gráfico 7 Nivel de dimensión de cuidado participativo



En cuanto a la valoración del nivel de relación interpersonal a través del instrumento VRIEF-UCI se observa en la gráfica No. 7 que la relación interpersonal

entre los enfermeros y la familia del paciente de la UCI con respecto al cuidado participativo de estos familiares se encuentra en un nivel alto con un 47,4%, seguido de un nivel medio con un 27,8% y un nivel bajo con un 24,8%.

Gráfico 8 Nivel de relación interpersonal enfermera familiar del paciente de la UCI

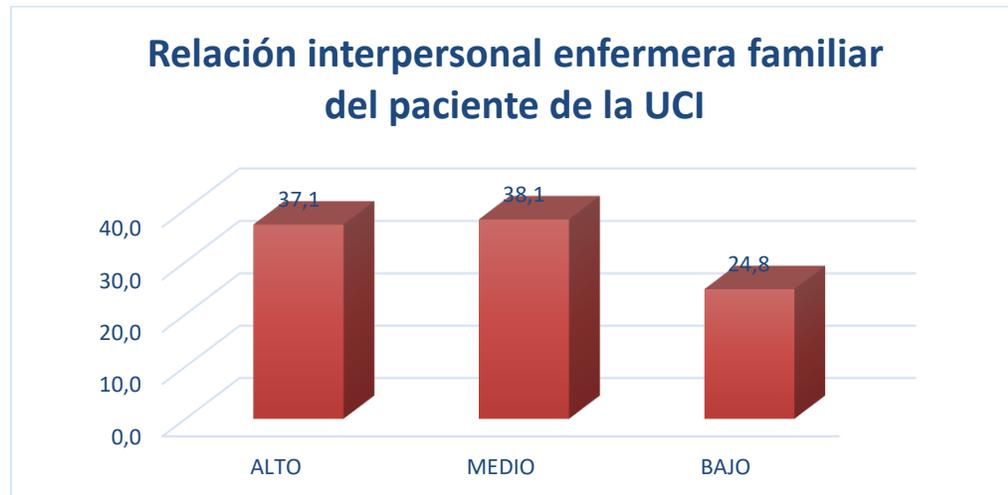


Tabla 9 Estadísticos descriptivos del instrumento VRIEF-UCI

VARIABLE	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Relación interpersonal enfermera - familia	97	48	135	97,71	22,695

5. Análisis

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos al aplicar el instrumento para realizar la valoración de la relación interpersonal Enfermero (a) – Familiar, en la unidad de cuidado intensivo, se encuentra diferentes aspectos que caracterizan la familia y elementos relevantes de cada una de las dimensiones del instrumento que serán analizadas a continuación:

El primer análisis que se realiza al interior de esta investigación y que ha sido de carácter transcendental, es que la condición de una persona internada en la UCI de un hospital de alta complejidad, conlleva a una serie de situaciones familiares y personales que cambian de manera radical el estilo de vida de los familiares de aquel paciente internado. Lo anterior, indica que tener un familiar en una UCI, rompe con la cotidianidad y forma de vida de los familiares que están pendientes de la situación durante el tiempo de hospitalización.

De cara a lo anterior y según lo expresado por (Max Weber, 1922) en el libro *Economía y Sociedad*, el individuo se encuentra relacionado específicamente con la manera de desarrollar una rutina diariamente y así mismo con la forma de relacionarse con las presiones morales de la sociedad, en donde el individuo considere comportarse de tal forma que debe “ser un buen ciudadano, respetando los conceptos morales”. De esta forma, en el análisis del presente estudio se encontró que el primer conflicto moral con el que se enfrentan los familiares es quién debe ser la persona idónea e ideal para cuidar a un paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Sumado a ello, quién dentro del núcleo familiar sería el miembro que podría disponer de más tiempo, de paciencia e incluso de habilidades para soportar la “nueva carga” que debe asumir la familia como institución. Y aquí es donde deviene la disyuntiva de si serán los conyugues, los hijos, los padres y/o incluso otros familiares; teniendo en cuenta la disponibilidad de tiempo, nivel educativo, forma de trato con el familiar o incluso el conocimiento sobre la enfermedad en específico del paciente.

Uno de los resultados que arrojó la investigación es que el 75% de los cuidadores son de género femenino, resultado que no sorprende aun en la actualidad, dado al rol

impuesto a la mujer como cuidadora del hogar, de la familia y en general de la sociedad. Asimismo, se le siguen imponiendo reglas comportamentales, sociales y morales, tales como: cocinar, cuidar los hijos, encargarse de los oficios domésticos, entre otros; aun cuando ya debe adicionalmente realizar trabajos fuera del hogar. Las declaraciones a favor de la equidad de género generadas en El Cairo (1994) y Beijing (1995) en gran medida han quedado a nivel de discurso político sin plasmarse en políticas y acciones concretas. Así mismo, y teniendo en cuenta lo relacionado con las presiones morales, se observa que las mujeres también pueden sentirse presionadas a ser ellas quienes desarrollen la labor de cuidadoras de los pacientes hospitalizados en la UCI por el hecho de su condición de género y de tener dentro de sus roles sociales el de ser “cuidadora”.

De la misma manera, como lo indica (Cañabate, 2017): “se sigue atribuyendo a la mujer el papel de cuidadora de enfermos, como prolongación del rol maternal o del ejercicio de las tareas domésticas”. Este estudio se realizó en pacientes enfermos de Alzheimer en donde se evidenció que a pesar que el mayor porcentaje de pacientes eran mujeres, sus cuidadores también eran mujeres, mientras que los pacientes hombres en su mayoría estaban siendo cuidados también por mujeres.

El verbo cuidar tiene una connotación diferencial, donde su aplicación va ligada a una organización social impuesta y reproducida desde este contexto de poder. Cuidar ha sido asignado como una condición natural, desde el ideario colectivo de nuestro contexto social ya que “son las mujeres quienes cuidan vitalmente a los otros” (Lagarde, 2003). Y como prueba de la anterior cita, se vislumbra justamente los resultados de la investigación en donde el 75% de los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo son de género femenino.

En el presente estudio, las tareas del cuidado recaen principalmente sobre las mujeres, representando el 75% del universo del cuidador. Tienen un perfil predominante de mujeres de mediana edad, con grado I de consanguinidad en relación con el paciente y tienen una correspondencia estrecha debido a que en un (35%), son hijas de los pacientes y un (19,5%) son esposas o compañeras. Sin embargo, el colectivo de cuidadores está compuesto también por un variado número de personas de diferente grado de consanguinidad. Se trata de un colectivo heterogéneo y en el que, por supuesto, existen varones que también desempeñan estas tareas, en un 35%.

Este análisis, permite evidenciar que aun en la actualidad el rol de mujer (como ama de casa, jefe del hogar, madre en su sentido estricto, e hija) sigue vigente y no presenta un cambio sustancial, y aun en un contexto globalizado y actualizado la mujer sigue siendo visualizada por la sociedad y sobre todo por la familia como el integrante que debe estar al cuidado de quien lo necesite dentro del contexto familiar, iniciando con primer grado de afinidad y consanguinidad y siguiendo la línea de sangre en términos médicos y la línea jurídica en términos legales en grados de afinidad.

El siguiente análisis que, abordado, se exhibe teniendo en cuenta las dimensiones del instrumento aplicado para valorar la relación interpersonal enfermera-familia, en la UCI:

Con relación a la dimensión de Orientación definida como la capacidad del enfermero (a) para guiar a los miembros de la familia y/o responsables del paciente hospitalizado, en referencia a las normas y funcionamiento de la UCI, a través de diversos mecanismos, los resultados mostraron que es un indicador con el que los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI no se encuentran completamente conformes, ya que el 38.1% de los familiares consideraron que la orientación realizada por parte de los enfermeros no es siempre asertiva y se percibe de un nivel bajo. Lo anterior, debido a que en el momento de contestar a las preguntas relacionadas con la orientación los familiares manifestaron que no siempre fueron claras, sintiendo el familiar que no obtuvo una respuesta satisfactoria que los guiara en los temas relacionado con las normas y el funcionamiento de la UCI.

Analizando este resultado, se encontró que muchas veces, el enfermero (a) no se detiene a explicar de manera puntual la información relacionada con horarios de atención, información de la UCI, tecnología usada para el paciente e indicaciones de permanencia en la unidad de cuidados intensivos, ya que esta información es rutinaria y por el devenir de la cotidianidad se tiende a pensar que los familiares ya están enterados de dicha información, como lo asegura (Cerón, 2008) (Concha, 2009). Asimismo, el tema de horarios muchas veces es tratado por los familiares con otro personal de la institución diferente al personal asistencial y la orientación es realizada únicamente al momento de ingreso del paciente a la UCI. Por otra parte, algunos familiares refieren que por cuestión de tiempo del enfermero (a), a veces no le es posible explicar a los familiares los trámites rutinarios, teniendo en cuenta la complejidad de otros pacientes. Otro de los factores es la rotación de personal, como lo manifestaban los familiares en donde cada día interactuaban

con un(a) enfermero(a) diferente. Los familiares manifestaron al contestar el instrumento que, inclusive en ocasiones el/la enfermero (a) se ve agotado y no tiene una disposición para que ellos les realicen algunas preguntas relacionadas con el funcionamiento de la UCI. Estas revelaciones, se corroboran con el estudio realizado por (Duran ,2013), convirtiéndose en una barrera para realizar una adecuada orientación al familiar.

Es importante resaltar que entre las características propias de un enfermero (a) se encuentra la de orientación a los familiares respecto a la organización y funcionamiento de la UCI, pero esta orientación puede verse afectada por una serie de circunstancias, las cuales el/la enfermero (a) debe manejar de tal manera que realice esta función lo mejor posible.

Por lo tanto, se debe tener en cuenta que, de acuerdo a lo señalado por la literatura, el/la enfermero(a) tiene a su cargo una serie de funciones de tipo independiente o propias e interdependientes (Gestión y Administración 2018) que pueden apoyar este proceso de orientación al familiar del paciente hospitalizado en la UCI.

En este sentido y para terminar con esta dimensión de orientación, podemos analizar que aunque tiene un nivel bajo de satisfacción por parte del familiar, esto se puede interpretar como el desarrollo de una rutina de cotidianidad por parte del enfermero (a) o la delegación de esta dimensión de orientación en diferentes personas de la institución, como lo refiere el estudio de (Duran 2013).

Con relación a la dimensión de Información definida como la capacidad del enfermero (a) de comunicar a la familia y/o responsable del paciente, los aspectos relacionados con la situación de salud, la evaluación y el cuidado de su paciente, los resultados mostraron que los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI, no se encuentran completamente conformes, luego que el 47,5% de los familiares consideraron que la información entregada por parte de los enfermeros no es siempre asertiva, clara y entendible por parte de ellos, y que al realizar preguntas sobre el estado médico y de salud del paciente no siempre fue concisa. Además, de las indicaciones sobre la necesidad de estancia del paciente en la UCI, la información brindada lo que generaba era preocupación en los familiares del paciente hospitalizado en la UCI.

Tal y como se ha venido planteando desde el principio de esta investigación sobre este punto. Los(a) enfermeros(as) siempre encuentran una disyuntiva, toda vez que la información sobre los pacientes de la unidad de cuidado intensivo no siempre es precisa y completa. En ocasiones, al no haber un consenso médico sobre el estado del paciente, los(as) enfermeros(as) no pueden ejecutar una comunicación directa con los familiares del paciente, dado que dicha actitud sería irresponsable y adicional podría poner en riesgo la salud mental y la estabilidad emocional de los familiares que reciben de primera mano la información dada por los(as) enfermeros(as) (Cerón 2008).

Si bien la/el enfermera (o) trabaja directamente con el paciente, la familia es un componente notable en la hospitalización de éste, ya que es una situación estresante que genera desequilibrio en la vida habitual de toda persona. El impacto que sufre el paciente y su familia debe ser aminorado por el cuidado que entrega la/el enfermera (o), quien debe brindar herramientas que permitan recuperar el bienestar físico y emocional alterado por la hospitalización. La/el enfermera (o) deberá ser un vehículo facilitador en la expresión de sentimientos y emociones de todos aquellos que se involucran en momentos de enfermedad, permitiendo a posterior, la re-inserción en la vida cotidiana de cada uno de ellos. Así las(os) enfermeras(os), a través de las conductas de cuidado, permitirán evitar el estrés que se alcanza cuando las demandas sobrepasan la capacidad de adaptación de la familia, y empleará herramientas y conocimientos para sustentar e incluso mejorar los cuidados de enfermería que brinda. (Vazqu ez, 2010).

Es así, como la relación que debe tener el/la enfermero(a) con los familiares del paciente debe ser franca, precisa, amena e inclusive familiar. En la práctica y en el desarrollo propio de las funciones de enfermería se torna complicado desarrollar este tipo de indicador, contando con lo que se mencionó anteriormente respecto de la información del personal médico y del consenso que tienen sobre el estado del paciente y la información que el/la enfermero (a) debe transmitir. Por este motivo, deber a considerarse dentro del desarrollo de las funciones de el/la enfermero(a) la entrega de información oportuna y acertada a los familiares, que el enfermero tenga plena convicción que el mensaje transmitido sea realmente

producto de la realidad que le está sucediendo al paciente y sea un reporte resultado del consenso del equipo de salud.

La relación enfermera-familia, constituye el principal nexo entre las múltiples acciones que la/el enfermera (o) realiza a diario, y en esa relación, el cuidado que hace referencia a las acciones intencionales como: entregar cuidado físico y emocional o promover una sensación de seguridad, en otros. En repetidas ocasiones no se evidencia el desarrollo de estos aspectos por parte de la enfermera(o) por la falta de asertividad dentro del proceso de comunicación que se lleva a cabo diariamente con el familiar, e incluso se ha descrito esta comunicación como un aspecto difícil y potencialmente estresante para enfermería (Larsson, 2016).

Esta dimensión de información, constituye una de las más importantes, como lo corroboran los estudios de (Duarte 2011) (Parra 2008), (Parra et al, 2012), a causa de que la información es considerada una necesidad trascendente para los familiares, luego que estos crean un entorno externo respecto a la nueva “forma de vida” del familiar quien tiene un paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo. Gracias a lo anterior, la información médica del paciente y todo lo concerniente a su estado de salud es significativo, ya que esto sirve para crearse una idea del estado real de salud del paciente, sus posibles consecuencias, las potenciales formas de mejoría o en el peor de los casos la preparación de la familia para un evento irreversible. Otro aspecto importante es que existen factores externos, como son la cultura y las costumbres, que influyen de manera fundamental en la percepción que tienen acerca de la forma en como los(as) enfermeros(a) entregan la información. Finalmente hay que considerar que, en la formación de los(as) enfermeros(a), es conveniente hacer mayor énfasis en la forma de dar la información a las familias.

Esta dimensión puede mejorar si existe un consenso exacto por parte del personal médico que pueda transmitirse a los(as) enfermeros(a), para que estos puedan de la misma forma ser interlocutores con los familiares y así mantener una comunicación asertiva y clara, evitando que se cree una atmosfera de inseguridad por parte de los acompañantes o generar problemas psicológicos. Éste consenso exacto por parte del personal médico impedirá que la familia del paciente perciba

ocultamiento de algún tipo de información y evitará que eso derive en un estado crítico de salud.

Es importante que el/la enfermero (a) después de suministrar la información a la familia, realice una especie de retroalimentación con el fin de corroborar que la familia ha entendido la información. (Horta, Bernal, 2014).

Con relación a la dimensión de Trato Digno y Respetuoso relacionada directamente con la capacidad del enfermero(a) para reconocer y valorar positivamente al familiar y/o responsable del paciente cómo sujeto de derechos, los resultados mostraron que es un indicador con el que los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI, se encuentran conformes, visto que el 55,7% de los familiares consideraron que el trato de los(as) enfermeros(as) es amable, disponían del tiempo para escucharlos, expresaron preocupación por el paciente y propendieron por una estancia tranquila de ellos como acompañantes, sintiéndose en general satisfechos con el trato recibido por parte de los enfermeros.

Esta dimensión de trato digno a los familiares es significativa, ya que aporta a la disminución de la ansiedad, permite un mejor entendimiento de la afección del paciente y le permite al acompañante apoyar en la recuperación y tratamiento, como lo aseguran (Parra, Guáqueta; Triana 2014). Al responder los familiares hicieron énfasis en algunas cosas tales como: los(as) enfermeros(as) dieron explicaciones claras a los acompañantes, se dirigían por el nombre a los familiares, eran amables al momento de dar información, es notable la dedicación de tiempo exclusivo para escuchar y atender dudas y les dieron a entender que el tiempo que pasa sin tener conocimiento de lo que le están haciendo al paciente no siempre es indicador de gravedad. En pocas palabras, los(as) enfermeros(as) dieron tranquilidad a los familiares sobre la enfermedad y los cuidados en la mayoría de situaciones.

Es así como se evidencia que los(as) enfermeros(as) en esta dimensión demuestran estar atentos a las necesidades de los familiares y dan respuesta a las mismas. Asimismo, tienen “voluntad” y vocación para atender, siendo propio de las actuaciones de la enfermería la atención humanizada, no solo al paciente sino a sus familiares.

Con relación a la dimensión de Empatía relacionada directamente con la capacidad del enfermero (a) de experimentar la realidad subjetiva de la familia y/o responsable del paciente, de tal forma que le permita responder adecuadamente a sus necesidades y les facilite la expresión a sus sentimientos, en esta investigación los resultados mostraron que es una dimensión en la que los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI se encuentran muy conformes, dado que el 54,6% de los familiares consideraron que los(as) enfermeros(as) les permitieron expresar sentimientos de manera libre, fueron reconfortantes y alentadores, escucharon sus dudas y estuvieron altamente comprometidos con ayudar a generar una confianza y un ambiente de familiaridad mientras sus familiares estuvieron hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo.

Por lo tanto, se puede inferir que en la relación enfermero (a) – familia de los pacientes prima la cordialidad y amabilidad por parte de los(as) enfermeros(as), aun cuando en ocasiones por la falta de tiempo y otras barreras no se lleve a cabo una verdadera relación empática.

Uno de los aspectos a resaltar fue la capacidad que mostraron los(as) enfermeros(as) para generar empatía con los familiares, esmerados en recrear un escenario de confiabilidad, de tal forma que pudieran expresar sentimientos, miedos e inclusive generar afecto con los(as) enfermeros(as). Esta situación propicia realizar preguntas para validar sobre progresos o retrocesos de sus familiares, generando calma en el momento de crisis que atraviesan los familiares y el paciente mismo.

Finalmente, referente a la dimensión de Cuidado Participativo relacionada directamente con la capacidad del enfermero (a) de hacer partícipe al familiar para que se involucre de forma voluntaria, gradual y guiada en el cuidado de su paciente, en función de sus posibilidades y la situación de salud, los resultados mostraron que es una dimensión en donde los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI, se encuentran conformes, teniendo en cuenta que el 47,4% de los familiares consideraron que los enfermeros les permitieron en su mayoría ser partícipes en el cuidado y mejoría de sus familiares.

Cabe resaltar como en diferentes revisiones de literatura la familia se presenta como funcional, comportándose como una unidad, como un sistema con estrechos vínculos irreducibles, en donde cualquier modificación que ocurre en alguno de sus miembros repercute en los otros. En consecuencia, se entiende que cuando la familia enfrenta el proceso de enfermedad de alguno de sus integrantes, en si misma constituida como una entidad unida necesita atención. Este hecho es reconocido y promulgado por el personal de salud. Sin embargo, cuando ocurre una hospitalización es olvidado, pues desde el ingreso hasta el tratamiento suscitan la disolución del binomio paciente-familia, de modo tal que esta última no es prioridad y no es tenida en cuenta, pasando a ser considerada un ente molesto, perturbador, evitable, pasivo, espectador y ajeno sin efecto o trascendencia (Pardavila, 2012). Por lo tanto, se requiere que se le permita al familiar ser partícipe de una manera activa, estando cerca de su familiar.

Es así como se puede concluir que la interacción familia-enfermera(o) es clave para propiciar una atención integral, de modo que se evite efectos psicológicos adversos y genere entornos terapéuticos humanizados carentes de connotación negativa. Efectivamente en la aplicación del instrumento se evidencia en este factor una excelente relación entre los(as) enfermeros(as) – familiares de los pacientes.

Finalmente es importante resaltar que los(as) enfermeros(as) han estado realizando planes de mejora que conllevan a establecer unas mejores relaciones interpersonales con los familiares de los pacientes que se encuentran hospitalizados en la UCI

6. Conclusiones, recomendaciones y limitaciones

6.1 Conclusiones

La relación interpersonal entre los(as) enfermeros(as) y familiares o acompañantes de los pacientes de la UCI, de una institución de III nivel de atención, se encuentra en un nivel medio (38,1%). No obstante, el nivel alto no está muy lejos de alcanzar, puesto que el porcentaje para interpretar dicha relación en este nivel es del 37,1%. De lo mencionado se concluye que, es posible interpretar que más del 60% de la población considera que dicha relación cumple las expectativas a nivel general y de acuerdo a cada dimensión evaluada. Sin embargo, aún existe un importante porcentaje del 24,8% que ubica la relación interpersonal enfermera familia en un nivel bajo, lo cual lleva a pensar en que existen todavía intervenciones o actitudes por parte del personal de enfermería que hace falta mejorar.

Ahora bien, al hablar de cada una de las dimensiones del instrumento, como se menciona en los resultados, encontramos que 2 dimensiones se encuentran en un nivel bajo, estas son: la dimensión de orientación con un porcentaje en 38,1% y la de información en 47,5%. Los ítems que contemplan estas dos dimensiones abarcan aspectos que poseen una amplia posibilidad de mejora, ya sea al brindar información acerca de funcionamiento de la UCI, horarios, traslados, trámites administrativos, entre otros. Otras formas de elevar el nivel de estas dimensiones es informar eficazmente a los familiares acerca del estado de salud del paciente, explicar los procedimientos a realizar o los medicamentos a administrar. En definitiva, propiciar una comunicación efectiva, siendo un punto en el cual se debe colocar especial atención para la lograr indicadores de mayor impacto, ya que estas acciones pertenecen en gran parte a las funciones propias del personal de enfermería.

Lo anterior permite dar relevancia al estudio realizado puesto que estas dos dimensiones, (orientación e información) son las discutidas en la literatura actual (Ceron 2008, Bautista 2016, Ballesteros 2014, Delgado 2017) en donde se reafirma que aún faltan intervenciones que puedan satisfacer las necesidades que se encuentran relacionadas con estas categorías.

Las otras tres dimensiones obtuvieron puntajes altos, la interpretación de dichos resultados nos indica una adecuada relación interpersonal entre los(as) enfermeros(as) y familiares de los pacientes de la UCI. Para la dimensión de trato digno y respetuoso el resultado es del 55,7%, la dimensión de empatía con un 54,6% y la dimensión de cuidado participativo con un 47,4%. Estos porcentajes son significativos ya que representan más del 50% de la muestra. Son estas dimensiones las que definen con mayor claridad el rol de enfermería frente a los cuidados que se brindan en la Unidad de Cuidado Intensivo, no solo el desempeño a nivel asistencial, también aspectos como la actitud, las cualidades y las habilidades que debe tener la enfermería en el buen manejo del paciente y el trato con los familiares cumpliendo con las expectativas de los mismos.

El instrumento utilizado permitió la cuantificación de las diferentes categorías que incluyen el establecimiento de la relación interpersonal enfermera(o) – familia o acompañante del paciente de la UCI. No obstante es importante resaltar que aún son muy altos los porcentajes arrojados en los niveles medio y bajo de cada una de las diferentes dimensiones y a nivel general en la relación interpersonal entre los enfermeros y los familiares de los pacientes de la UCI. La aplicación de este tipo de instrumento nos permite ver la realidad de la relación enfermera-familiar y nos da a conocer el cuidado que el actualmente el enfermero le ofrece a la familia reafirmando la necesidad de establecer intervenciones mas efectivas que promuevan la calidad de la atención en salud.

6.2 Recomendaciones

Es importante crear estrategias que logren mejorar el nivel de relación interpersonal enfermera(o) - familiar del paciente en la UCI. Dentro de ellas se encuentra la necesidad de estandarizar el tipo de información que se le debe brindar a los pacientes acerca de procesos administrativos e información general sobre el funcionamiento de la UCI. Adicional, crear formatos que permitan hacer un seguimiento a los datos que se proporcionen y determinar horarios para brindar información acerca del estado de salud y aspectos relacionados con la evolución del paciente. Sintetizando, que las estrategias constantemente suplan la necesidad que tienen los familiares de mantenerse informados.

Realizar capacitaciones al personal de enfermería de la UCI sobre el manejo integral de familiares en la UCI, haciendo énfasis en la empatía y sobre como involucrar al familiar en los cuidados básicos del paciente en la UCI.

Es recomendable hacer uso de indicadores empíricos como el instrumento VRIEF-UCI, el cual valoró de manera objetiva la relación interpersonal de la enfermera – familia o acompañante del paciente en la UCI, esto permitiría intervenir aquellas limitaciones que no favorezcan el establecimiento de esta relación.

Crear estrategias e intervenciones de mejora para cada una de las dimensiones evaluadas, ya que permitirá dar soluciones específicas mejorando cada una de las fallas en el proceso de atención de salud y así mejorar el nivel de la relación interpersonal enfermera familia del paciente de la UCI.

Continuar con el proceso de validación de constructo del instrumento VRIEF-UCI.

6.3 Limitaciones

En el desarrollo de este trabajo, la principal limitación fue la demora en la aprobación de la aplicación del instrumento en la institución.

7. Presupuesto

Para el presente presupuesto la fuente de financiación será del investigador principal y la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia

RUBROS	FUENTES DE FINANCIACIÓN		CANTIDAD	TOTAL
Recursos humanos	Facultad de Enfermería	Estudiante	Valor	
Estudiante		\$3.500.000	\$ 25.000 (140)	\$3.500.000
Directora de tesis	\$8.000.000		\$ 80.000 (60)	\$8.000.000
Estadista	\$1.000.000		\$50.000 (20)	\$1.000.000
Subtotal	\$9.000.000	\$3.500.000		\$12.500.000
Recursos físicos				
Computador		\$1.600.000		\$1.600.000
Base de datos		\$500.000		\$500.000
Digitación		\$70.000		\$70.000

Papelería (fotocopias e impresiones)	\$700.000		\$700.000
CD	\$5.000		\$5.000
Subtotal	\$2.875.000		\$2.875.000
COMUNICACIONES			
Internet	\$320.000	\$80.000 (4 meses)	\$320.000
Desplazamientos Bogotá	\$1.000.000	\$ 250.000 (4meses)	\$1.000.000
Subtotal	\$1.320.000		\$1,320,000
Total	\$9.000.000	\$7.695.000	\$16.695.000

Anexo A: Autorización utilización instrumento VRIEF-UCI

2017-5-9

Correo de Universidad Nacional de Colombia - Autorización uso instrumento VRIEF-UCI



Cindy Lorena Leon Forero <cclleonf@unal.edu.co>

Autorización uso instrumento VRIEF-UCI

1 mensaje

Virginia Ines Soto Lesmes <visotol@unal.edu.co>
Para: Cindy Lorena Leon Forero <cclleonf@unal.edu.co>

20 de abril de 2017, 13:40

Apreciada Cindy Lorena, cordial saludo.

Atendiendo su solicitud, me permito informar que autorizó el uso del instrumento VALORACIÓN DE RELACIÓN INTERPERSONAL ENFERMERA - FAMILIA O ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE EN LA UCI (VRIEF-UCI), para ser aplicado en su Trabajo de Grado de Maestría en Enfermería - Profundización en Cuidado Crítico.

Igualmente, solicito al finalizar su Trabajo de Grado, compartir los resultados con los grupos de investigación de los autores del instrumento, con el fin de conocer los alcances del instrumento en su investigación.

Atentamente,

—

VIRGINIA INES SOTO LESMES
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
3165000 ext.17047 -17051 -17044
visotol@unal.edu.co

FAVOR CONFIRMAR EL RECIBIDO DE ESTE MENSAJE

Anexo B: Aval del comité de ética de la facultad de enfermería

Dirección de Extensión e Investigación
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Bogotá, 28 de Septiembre de 2017

[AVAL-049 -17]

Profesora
VIRGINIA INES SOTO LESMES
Directora
Posgrados Área Curricular de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora, reciba un cordial saludo:

De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 25 de septiembre de 2017 - Acta 14, se permite dar aval desde los aspectos éticos al proyecto de investigación del programa de Maestría en Enfermería, titulado "Relación interpersonal enfermera - familia del paciente en la unidad de cuidado intensivo" Estudiante: Cindy Lorena León. Realizando los ajustes en el formato anexo.

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

Cordialmente,


ALBA IDALY MUÑOZ SÁNCHEZ
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

*Delegada por la Decana

Copia: Cindy Lorena León - Estudiante de Maestría
Sandra Guaqueta - Docente

SESQUICENTENARIO
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



[Página 1 de 1]

Comité de Ética
Carrera 30 No. 45-03
Edificio 228 Oficina 402
3165000 Ext. 17089-17020- 17021-17038
Bogotá D.C., Colombia
ugl_fehog@unal.edu.co

Patrimonio
de todos
los colombianos

Anexo C: Consentimiento informado a los familiares



1/2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FAMILIARES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA FACULTAD DE ENFERMERÍA - MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Título de La Investigación: “Relación interpersonal Enfermera–Familia de una Unidad de Cuidados Intensivo en la Ciudad de Bogotá”

DESCRIPCIÓN

Usted ha sido invitado a participar en una investigación que busca evaluar la relación interpersonal entre la enfermera y el familiar o acompañante del paciente de la UCI (unidad de cuidado intensivo) con la finalidad de establecer estrategias que ayuden a mejorar las relaciones entre la enfermera y el familiar del paciente en la UCI mejorando la atención, la comunicación y el cuidado humanizado recibido por el personal de enfermería. Es importante tener en cuenta que no habrá incentivos de ningún tipo por su participación en la investigación. Esta investigación es realizada por Cindy Lorena León Forero, Enfermera candidata a la Maestría y su asesora Profesora Sandra Guáqueta.

El propósito de esta investigación es Valorar la relación interpersonal entre Enfermera(o)-Familia del paciente de la UCI en la Unidad de Cuidado Intensivo mediante la aplicación de un instrumento Titulado “Valoración de la relación interpersonal enfermera – familia o acompañante de del paciente en la UCI (VRIEF –UCI)”. Compuesto por 45 preguntas, donde debe elegir entre “SIEMPRE”, “ALGUNAS VECES” o “NUNCA” y algunas otras preguntas entre el “SI” y el “NO”. Esta investigación está dirigida hacia los familiares o acompañantes de los pacientes de la UCI, por lo tanto no se tendrá contacto alguno con el paciente, con excepción si el paciente requiriera algún tipo de cuidado inmediato.

CONFIDENCIALIDAD: La información otorgada por el participante será confidencial, solamente Cindy Lorena León Forero (Investigadora) y Sandra R Guáqueta Parada (Directora del trabajo final), tendrán acceso a los instrumentos; correspondiendo así a la confianza que ha otorgado al participar.

Por último todos los datos ofrecidos para este trabajo únicamente serán utilizados con fines académicos, y de investigación; siendo confidenciales, manteniendo en todo momento el anonimato, garantizándole su derecho a la intimidad y a la propia imagen.

DERECHOS: Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a realizar preguntas, a abstenerse de participar o de retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. El tiempo de participación en la investigación es de aproximadamente de 30 a 45 minutos, para el diligenciamiento del instrumento. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese Cindy Lorena León Forero al celular 3008776246 y/o correo electrónico clleonf@unal.edu.co.

Continuación Anexo C consentimiento informado



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

2/2

Se establecerá una fecha donde podrán asistir los participantes de la investigación para conocer los resultados de la misma. Esta fecha se les hará saber por medio de un mensaje al correo electrónico o por alguna vía de comunicación que usted como participante quisiera dejar.

Por último es importante que recuerde: el no participar, retirarse o no contestar de manera completa las preguntas no ocasionara ningún cambio de la atención recibida durante la hospitalización de su familiar, ni alterara su bienestar, ni tendrá repercusiones en el cuidado otorgado por el personal de Enfermería.

Autorización para uso de la información obtenida de este estudio:

Se le solicita la autorización al participante para que la información otorgada en este estudio, pueden ser utilizados en otros estudios, previa aprobación de comité de ética.

(Debe marcar con una X, si autoriza o no autoriza, y firmará en caso de autorizar)

Si autoriza: _____ No autoriza: _____ Firma: _____

Aceptación: Con Su firma en este documento significa que ha decidido participar de manera consiente y voluntaria en la investigación, después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Huella
digital

Huella
digital

Firma
Nombre del participante
Fecha: _____
Cel: _____
Correo: _____

Firma
Nombre del Investigador
Fecha: _____
Cel: 3008776246 _____
Correo: cllleonf@unal.edu.co _____

El Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, da aval para la realización de la presente investigación. Por lo cual usted puede contactar en la Unidad de Gestión de la Investigación de la Facultad de Enfermería en la dirección carrera 30 No. 45 – 03 Edificio 101, Oficina 805; al conmutador (57-1) 3165000 Ext. 17021 o al correo electrónico ugi_febog@unal.edu.co

Referencias

- 1) Aguilar Villalba, R. (2004) *La comunicación en enfermería: El canal hacia la satisfacción profesional*. Estudio comparativo entre dos hospitales. Trabajo presentado para optar el título de Magister en Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona Escuela de Enfermería. Barcelona, España
- 2) Álvarez. (2002) Unidad de Cuidados Intensivos: Un campo Inexplorado por el psicólogo en Chile.
- 3) Andreu Abela, J. Las técnicas de análisis de contenido: Una revisión actualizada.
- 4) Sevilla. (2002). Fundación Centro de Estudios Andaluces
- 5) Bailey, Joanna J. et al. Supporting families in the ICU. (2010). *A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. Intensive and Critical Care Nursing*,.
- 6) Bardin, Laurence. (2010). *Análise de Conteúdo. En: Descrição Analítica*. Lisboa. Portugal. Edicoes 70 4ta ed. p. 38.
- 7) Bautista, Luz Marina; et al (2016) Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Rev Cuidarte. Vol.7, No.2.

- 8) Bausela, Herreras Esperanza. (2005) *SPSS: Un Instrumento De Análisis De Datos Cuantitativos. Revista de informática educativa y medios audiovisuales.* Universidad de León (España) Vol. 2 (4), págs. 62-69.
- 9) Bernatd Bernatd, R. (2008). *Necesidades de la familia del paciente en estado crítico: Revisión Bibliográfica.: Nurs.* Vol. 26 no.9, p. 59-63.
- 10) Canavos G. (1988). *Probabilidad y estadística. Aplicaciones y métodos.* Editorial Mc Graw Hill. ISBN 968 – 451 – 856 – 0 Cap. Siete. p. 214- 240
- 11) Cerón Polanco, Y. (2008) *Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la unidad de cuidados intensivos.* Trabajo de grado Especialización Cuidado crítico. Universidad Pontificia Javeriana. Facultad de Enfermería, Bogotá D.C. p. 130.
- 12) Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 42.
- 13) Concha Zarfoteza L, S, et al. (2009). *Mejorando el cuidado de los familiares del paciente crítico: Estrategias consensuadas. Enferm Intensiva.* Vol. 20 no.4, p. 1-9.
- 14) Concha Zarfoteza, DG. et al. (2004) *Relación entre enfermeras de unidades de cuidado intensivo y familiares: Indicios para el cambio. Nure Investigación.* Vol.3, no. 3, p.10-16.
- 15) Cibanal, L. (1995). *Técnicas de Comunicación.* SEDEN.

-
- 16) Del Pino Casado, R et al. (2011). Metodología de la investigación. El control de sesgos en la investigación. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*. Vol. 4 - nº 1
- 17) Duarte Parra, L & Useche Duran, C. (2011). *Participación familiar en los cuidados básicos del paciente en la UCI adultos polivalente de la FOSCAL*. Trabajo de grado Especialización Cuidado Critico. Universidad de la Sabana. Facultad de Enfermería. . Bogotá D.C.
- 18) García Aguilar, JF. (1995). *Comunicación e información a los familiares en las Unidades de Cuidados Intensivos*. En: *Enfermería Clínica*. Vol. 5 no. 3, p. 99-104.
- 19) García Lombarda, A & Rodríguez, C. (2005) *Factores personales en la relación terapéutica*. En: *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*. no 96, 2005 p. 29-36.
- 20) Gómez Londoño, E. (2008) *El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética*. vol.12, n.2 pp.145-157.
- 21) Gómez Carretero P & Monsalve J. (2006). *Ingreso en la unidad de cuidado intensivo: La repercusión en el familiar del paciente*. En: *boletín Psicología*. Vol. 87, p. 61-68.
- 22) Gómez Palencia, I. (2010) *Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con Diabetes Mellitus*. Tesis Maestría en enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá D.C

-
- 23) González Ortega. (2007) *La enfermera experta y las relaciones interpersonales*. AQUICHAN.
- 24) Gutiérrez, B, et al. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. *En revista electrónica: Enfermería Global*.
- 25) Hernández Sampieri, R & Fernández Collado, C & Baptista Lucio, M. P. (2006). *Metodología de la investigación*, Cuarta edición. Mc Graw Gill, ISBN: 970-10-5753-8. p. 102-103
- 26) Hernández Sampieri, R & Fernández Collado, C & Baptista Lucio, M. P. (2010) *Metodología de la investigación*. Quinta edición. Mc Graw Gill, ISBN: 978-607-15-0291-9. 2010. p. 1-656
- 27) Hinkle, J, Fitzpatrick, E, Reza Oskrochi G.(2009) *Identifying the perception of needs of family members visiting and nurses working in the intensive care unit*. *En: J NeurociscNurs*. Vol. 41 no.2, p. 85-91.
- 28) Hughes F, B. K, Ian R. (2005) *Experiencia de los familiares en UCI*. *Nursing in Critical Care*, Vol. 10 no.1, p. 23-32.
- 29) Lauro Bernal, L & Jimenez Cangas, L & Silva Ayzaguer, L. C. (2000). *Proyectos de Intervención en Salud Familiar: una Propuesta Método*. *Rev. Cubana Salud Pública*. Vol.26, n.1, p. 12-16.
- 30) Márquez Herrera, M. (2012) *Experiencias del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos*. Trabajo de grado Tesis de Maestría en

enfermería. Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá. Facultad de Enfermería, p. 118. Bogotá D.C

- 31) Marriner Tomey, A & Raile Alligood. M. (2000). *Modelos y Teorías de enfermería. En: Teoría de Incertidumbre Frente a la enfermedad*. Madrid, España: Elsevier Mosby 6ta ed. p. 629.
- 32) Medellín Medrano, I. (1995). *Calidad de la atención de enfermería al paciente en estado crítico*. Trabajo de grado Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. Nuevo León. p. 21.
- 33) Mendoca D, Warren Na. (1998) *Perceived unmet needs of critical care family members. CritCareNursQuarterly*, Vol. 21 no. 1, p. 58-67.
- 34) Nagl–Cupal M Y Schaepp W. (2009). *Family members in the intensive care unit: Effects and mastering the situation*. Vol.23 no.6, p. 16-20.
- 35) Olano, M., & Vivar, C. G. (2012) *Instrumentos para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos: una revisión sistematica. An. Sist. Sanit. Navar*, 35(1), 53-67.
- 36) Parra V., M., Guaqueta P., S., & Triana R., M. (2012). *Perspectivas del cuidado en UCI Una vision desde el modelo de cuidado HANC*. Bogotá, Colombia.: Kimpres Ltda.
- 37) Parrado Lozano, Y. M., Saenz Montoya, X., Soto Lesmes, V., Guaqueta Parada, S., Amaya Rey, P., Caro, C. V., y otros. (2016). *Validez de dos instrumentos para medir la relación interpersonal de la enfermera con el paciente y su familia en la*

-
- unidad de cuidado intensivo. Investigación Enfermería Imagen Desarrollo* 18(1), 115-128.
- 38) Pérez-Giraldo B. (2002) *El cuidado de enfermería en familia: un reto para el siglo XXI*. Aquichan. 2(2):24-6
- 39) Ramón García, R et al. (2012). Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación entrada en el familiar. *Rev Esp Comun Salud*. Vol. 3 no. 1. p. 49-61
- 40) Rocha Olivera, T & Faria Simoes, S. M. (2013). La comunicación enfermera cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Trevelbee. *Revista enfermería global*.
- 41) Rubio Rico, L., Cosi Marsans, M., Miro Borrás, A., Sans Riba, L., Toda Savall, D., & Velasco Blasco, C. (2006). *Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos*. *Enfermería Intensiva*, 17(4), 141-53.
- 42) Salazar Maya, Á y Martínez Acosta, C. (2008). Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Av. Enferm*. Vol. 26 no. 2. p. 107-115.
- 43) Soto Lesmes, V. I., Guaqueta Parada, S. R., Parrado Lozano, Y. M., Saenz Montoya, X., Amaya Rey, P., Parra Vargas, M., y otros. (2014). *Programa de Fortalecimiento del Cuidado y la Práctica de Enfermería para personas en situaciones agudas y críticas de salud y su familia, usuarias de la red de hospitales universitarios*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. p. 1-23.

- 44) Tahoits PA. (1982). *Conceptual Methodological and theoretical problems in studying social support as buffer against life stress. Journal of health and social behavior.* Vol. 23, p. 145-159.
- 45) UCI A FOSCAL. (2012). Informe del Servicio de Atención al Usuario, grado de satisfacción y bien informado para servicio. 2012.
- 46) Torres Ros R, Torres E. (2003). Impacto de los familiares del paciente crítico ante la acogida protocolizada. *Enferm Intensiva.* Vol. 14 no.2, p. 49-60.
- 47) Torres L, Morales JM. (2004). Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Tempos Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico.* Vol. 4 no.1, p. 18-21.