



GMD

Facultad Cs. Médicas
Biblioteca



PTE 2111

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

Proyecto de Tesina:

**Percepción de la calidad de la comunicación brindada por Enfermería
a familiares de los pacientes internados en una UCI, según sexo y
edad.**

Por: Enf. Yaccuzzi, Flavia B.

Directora: Lic. Alegrechy, Aimará

Docente asesor: Lic. Acosta, Simón

Rosario, 30 noviembre de 2018

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

**“La vida no es la fiesta que
habíamos imaginado, pero ya
que estamos aquí....
¡BAILEMOS!!”**

AGRADECIMIENTOS:

**A mis fieles amigos Juan Pablo y Aimará, quiénes
hace tiempo no sólo me invitaron e impulsaron a
subirme a su “tren del éxito” -que hoy me está
dejando en destino-, sino que además son sólidos
pilares en mi vida....**

**A mi mamá Susana, quién siempre me apoyó y
estimuló a que, aunque sea lento y por etapas, me
mantenga en el camino y no pierda de vista la
meta....**

**A mi hermana Verena y a mi esposo Claudio,
quiénes me han aliviado los días con pequeñas
acciones y fueron los principales receptores de mis
frustraciones y cansancio constante.....**

**A la vida y al universo, por ponerme a cada paso de
este camino, a las personas que necesitaba para
avanzar y seguir creciendo.**

RESUMEN

La atención en cuidados intensivos (UCI) es centrada en la atención de las necesidades biológicas del paciente, con predominio de la tecnología y del modelo médico hegemónico, absteniéndose de proporcionar una comunicación clara, completa y sencilla tanto al paciente como a sus familiares.

Actualmente, se ha comenzado a dar importancia a las necesidades y percepciones tanto de los pacientes como de los familiares, especialmente de aquellos que se encuentran en UCIs. Además, comienza a tomar relevancia el concepto de calidad en la atención y la satisfacción del usuario como estándares a ser alcanzados.

El objetivo general de este proyecto, será determinar qué relación existe entre la percepción de la calidad de la comunicación brindada por Enfermería a los familiares de los pacientes internados en una UCI, según sexo y edad, durante los meses de abril a junio de 2019.

Estudio de abordaje cuantitativo, observacional descriptivo, transversal, prospectivo. La población serán los familiares de pacientes internados en una UCI. Las variables se medirán con un instrumento diseñado en Lima-Perú en 2003 y revalidado en Arequipa – Perú en el año 2016. Se efectuará análisis univariado y multivariado, mediante estadística descriptiva, con tablas y gráficos según variables.

Palabras claves

Percepción de la calidad de la comunicación- Personal de Enfermería– Familiares– Sexo– Edad- Cuidados Intensivos.

INDICE GENERAL

	Pág.
Resumen y palabras claves	4
Índice general	5
Introducción	
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte	6
Planteamiento del problema en estudio	13
Hipótesis y objetivos	13
Marco Teórico	14
Material y Métodos	
Tipo de estudio o Diseño	33
Sitio o contexto de la investigación	33
Población y muestra	33
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	34
Principio éticos	39
Personal a cargo de la recolección de datos	39
Plan de análisis	40
Plan de trabajo y cronograma	43
Anexos	
I. Guía de estudio de convalidación o exploratorio de sitio	45
II. Instrumento de recolección de datos	49
III. Resultados del estudio exploratorio	57
IV. Resultado de la prueba piloto	60
Bibliografía	63

INTRODUCCION

Desde sus principios, la internación en áreas críticas, cuidados intensivos o área cerrada fue centrada en la atención de las necesidades principalmente biológicas o físicas del paciente, predominio del cuidado técnico y al uso de aparatología o instrumental propios de éstas áreas, organización centrada en el profesional, con un modelo médico hegemónico como protagonista de las acciones llevadas a cabo dentro de las instituciones, absteniéndose de proporcionar una comunicación clara, completa y sencilla tanto al paciente como a sus familiares, y reservando para Enfermería un lugar netamente de asistencialismo y hermetismo en cuanto a brindar información.

Desde finales de la década del '70 se ha comenzado a estudiar y a dar relevancia a las necesidades y percepciones de la familia del paciente internado en cuidados críticos, llevando a que la concepción característica propia de estas áreas trascienda y comience a instaurarse el concepto de Cuidados Humanizados u holísticos.

Nanci Molter desarrolló un estudio donde identificó 45 necesidades específicas de los familiares del enfermo crítico, y a las cual valora a través de un instrumento que cobra gran repercusión y difusión –el “*Critical care familiars needs inventory*” (CCFNI)-, haciendo referencia a aspectos sobre información, ayuda, atención de calidad, bienestar, horarios flexibles, etc., llegando a la conclusión de que es enfermería quien cubre mejor la mayoría de estas necesidades. (Jiménez-Ocampo & al, 2013). El mismo es adaptado y utilizado en la mayoría de las posteriores investigaciones relacionadas al tema.

Conjuntamente a esto, finalizando la década del 70 y principalmente en la del 80, comienza a tomar relevancia en las distintas organizaciones, el concepto de calidad en la atención, siendo la satisfacción del usuario uno de sus principales marcadores. En lo referido a las organizaciones sanitarias, el concepto de satisfacción es aplicado tanto en el paciente como a su familia, pero en lo referido a cuidados intensivos es medida desde la perspectiva de los familiares debido a la condición crítica de los pacientes (Santana Cabrera & al, 2007). En las instituciones de salud, éste punto no sólo es tomado como uno de los principales indicadores de calidad que miden resultados, sino también como un instrumento de la excelencia (Massip Perez & al, 2008)

En un estudio sobre *Necesidades de los familiares de pacientes críticos en un hospital académico de Chile* con 251 personas y habiéndose basado en el CCFNI validado y

ajustado lingüísticamente, resultó que las necesidades más importantes referidas por los familiares se agruparon la mayor parte en la dimensión de seguridad, seguido de las dimensiones de información, proximidad y apoyo. A su vez, dentro de las 10 necesidades más importantes, el “tener respuestas honestas a mis preguntas” ocupó el primer lugar. Por otra parte, no se identificaron diferencias entre los familiares con o sin experiencia previa en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Sus resultados confirman la importancia de los aspectos relacionados con la entrega de información, independiente del contexto cultural y sociodemográfico de los familiares en estudio, y de que existen necesidades asociadas a la entrega de información que son transversalmente importantes para las familias en la UCI. A pesar de ello, la calidad y cantidad de la información recibida por la familia no siempre es la adecuada. De todos los encuestados, el 64,9% eran mujeres mientras que un 80% tenían una edad entre los 30 y 69 años. (C. Padilla-Fortunatti, 2017) Otros autores, contemplan a la familia del paciente crítico con un rol importante dentro del entorno del mismo y en dónde el apoyo emocional y soporte comunicativo por parte del personal de enfermería ayuda a amortiguar este entorno hospitalario, y en el cual la familia requiere cuidados, atención e información oportuna. El mismo estuvo realizado con 200 familiares donde la percepción de los familiares frente a la comunicación verbal fue en un 71% favorable, originada en el hecho de la orientación de enfermería durante los horarios de visita, las respuestas en forma cortés, explicación de los procedimientos generales, la utilización de lenguaje claro y sencillo al aclarar cualquier inquietud familiar y el saludar. Sin embargo, aparecen aspectos desfavorables reflejados en que las enfermeras en ocasiones no conversan con los familiares, no preguntan sobre los problemas que enfrentan debido a su familiar crítico y que a veces no responden en forma cortés. En este caso, la población era en un 46% masculino y 54% femenino y en edades que oscilaban entre los 18 – 50 años, con mayor frecuencia en las edades entre los 36 – 45 años (42,5%) (Bautista Rodriguez & al, 2016). Torrents et al, refuerzan la idea de que “los familiares de un paciente ingresado en la UCI sufren ansiedad, desorganización y necesidad de ayuda, sobre todo en las primeras 18-24 hs posteriores al ingreso” (Torrents & al, 2003). En un estudio sobre la efectividad del modelo de cuidado de enfermería para familiares, se plantea la generación de distintas emociones en el familiar debido a situaciones como la pérdida de contacto, temor al área hospitalaria, a los métodos invasivos, condiciones del enfermo y a la propia incertidumbre, creándoles impotencia; sumado a que sólo reciben información sobre la condición de su familiar en ocasiones no comprensibles o muy generalizada. Con una

muestra de 28 familiares, el resultado fue que el 100% de los mismos afirmaron presentar la necesidad de información (entre otras), que la enfermera fue quien les informó sobre los cuidados a realizar y que se interesó para que, dentro de lo posible, la estadía del familiar sea agradable. También el 100% de los familiares refirieron tener dudas respecto a los cuidados y que estas fueron aclaradas por la enfermera. Un 89% refirieron que la enfermera fue atenta al escuchar las inquietudes y sentimientos que surgían en el momento sobre cuidados específicos, aparatos electromédicos existentes en la UCI y sobre normas y horarios de visita durante la internación. El 85% de las familias refirieron inquietud sobre la información proporcionada por el médico ya que les resultaba poco clara o a grandes rasgos, y que fue la enfermera quien le proporcionó una terminología con un lenguaje más entendible para ellos. Observaron, además, un 100% de una alta satisfacción en las familias en cuanto al tiempo dedicado por la enfermera, la comprensión y la exactitud de la información, la atención y el cuidado que se les brindó durante la internación. Éstos resultados determinaron la importancia de aplicar un Modelo de Cuidado de Enfermería Familiar en dichas unidades donde se proporcione información, educación y apoyo psico-emocional apropiado y bien estructurado en colaboración con el personal de enfermería y médico, así como el establecimiento de cuidados que ayuden a las familias a un buen funcionamiento y adaptación ante la crisis de su familiar. En este estudio, no se trabajó sobre el género de los familiares, y en cuanto a la edad, se tomaron individuos de 18 años en adelante (García Avendaño & al, 2015).

En un estudio sobre el *Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada*, hace mención a otras investigaciones realizadas que han demostrado el aumento del nivel de estrés de las familias en las unidades donde existe más tecnología médica y mayor vigilancia por parte del equipo de salud; planteando además, que una de las principales estrategias de adaptación utilizada por las familias, es la recolección de información adecuada, por lo que es importante que enfermería proporcione la información verbal y escrita que la familia necesita con claridad, concisión y en el momento adecuado. Menciona además el basado de Molter N. (CCFNI), donde destaca la importancia de cubrir las necesidades de la familia y la importancia de la información que se les brinda, y sosteniéndose sobre el Código Deontológico de la Enfermera Española y la carta de derechos del paciente crítico donde está explícito que “la información es un derecho del cliente y que es responsabilidad de enfermería mantenerlo informado, dando una información veraz dentro del límite de su competencia”.

Estudiando las variables *nivel de información* y *grado de satisfacción* evidenció en una muestra de 70 familiares con una media de edad de 51 años (+/- 16,23) y sin distinción de género, que el 93% de los familiares fueron recibidos por la enfermera y el 41% recordaba que la enfermera se presentó por su nombre; un 87% recibió la guía informativa, mientras que el 3% no recordaba y en cuanto a la misma, un 76% manifestó la necesidad de su existencia y el 86% consideraba que proporcionaba la suficiente información. Dentro del grado de satisfacción (medido en escala de 1 a 10) se obtuvo una mediana de 9 en cuanto a información y valor de la información facilitada por la enfermera. Concluyendo que el grado de satisfacción es alto después de una acogida protocolizada y que la información que se proporciona responde a las necesidades de los familiares que se sienten implicados (Torrents & al, 2003).

A su vez, en el trabajo realizado sobre *“Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos”* y en el cual se entrevistaron a 99 familiares, en la dimensión referida a la información brindada a los familiares, un 80,8% respondió que casi todas las veces se utilizó terminología comprensible y el 81,8% refirió entender lo que le ocurría a su familiar y los medios que se estaban poniendo para su curación. A su vez, el 73,7% respondieron que nunca se les había explicado los medios técnicos que se estaban utilizando. Sin embargo, el 88,9% creían recibir una información sincera acerca del estado y la evolución de su familiar. Los individuos tenían en promedio 43,5 +/- 12,7 años, siendo el 70,7% de género femenino (Santana Cabrera & al, 2007). En otra investigación similar en donde se realizaron 55 entrevistas sin recolección de datos como sexo y edad de los familiares, se obtuvo que para el 94% de los casos era la primera vez que tenían un familiar ingresado en una UCI. En relación con la sala de información, el 67% de los familiares consideraron que ésta era poco acogedora, mientras que el 27,2% respondió que era poco acogedora y sólo el 5,4% consideró muy adecuada la sala. El 94% comentó haber sido informado de la situación clínica de su familiar en el momento del ingreso, y casi el 90% la comprendió. Respecto a la información diariamente recibida, el 89% la consideró clara, aunque con poca puntualidad en el 90% de los casos. Dentro de una pregunta abierta sobre la información médica, los familiares reflejaron que en ocasiones hubo falta de humanidad en la información, ya que era dada en forma “brusca” y se transmitía con poco “tacto”. En cuanto al personal de Enfermería, sólo el 40% conocía el nombre del profesional de enfermería que atendía a su familiar. El 87% no sabía a quién dirigirse en caso de que hubiese existido algún problema, y a pesar del pequeño porcentaje de familiares que conocía el nombre del personal de enfermería,

consideraban que la relación con dicho personal había sido fluida en el 70% de los casos (Perez Cardenas & al, 2004). Otro estudio sobre *satisfacción de familiares y cuidadores con la atención en salud dada a adultos y niños con cáncer*, conformado por 23 familiares cuidadores de personas adultas y 24 de niños con cáncer, mostró un 81,9% y 93% respectivamente, de familiares satisfechos con la capacidad científico-técnica del personal médico para resolver los problemas y necesidades del enfermo, mientras que con la del personal de enfermería fue del 92% (niños) y del 86,1% (adultos). Las relaciones del personal de enfermería fueron satisfactorias para la gran mayoría de los cuidadores (93% cuidadores de niños y 88,3% de adultos). En cuanto a la satisfacción con la información recibida por el personal de salud, ésta se subdividió en: administración de medicamentos (100% cuidadores de niños, 90% de adultos), cuidados en casa (95% y 80% respectivamente), la enfermedad (100% cuidadores de niños y 80% de adultos) y tratamiento y complicaciones (95% y 75% respectivamente). Concluyendo que las relaciones interpersonales y la capacidad científico técnica del personal fueron las dimensiones donde se encontró mayor satisfacción de los familiares cuidadores, sobre todo con el personal de enfermería. Los familiares cuidadores de los adultos se mostraron menos satisfechos con la información que se les brinda. El tiempo que se les dedique a los familiares cuidadores para escucharlos y dar respuesta a sus necesidades de información es fundamental a fin de disminuir la ansiedad y la incertidumbre. Los participantes eran en un 78% mujeres y el promedio de edad de las cuidadoras de niños era de 37 años, con edad mínima de 26 y máxima de 54 años; los cuidadores de adultos tenían en promedio 49 años, con una edad mínima de 20 y máxima de 73 años (Castillo & al, 2005).

Por otra parte, en un estudio sobre *Satisfacción de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica* llevado a cabo en 30 pacientes y sus respectivos cuidadores, encontraron que los familiares, en general, mostraban mayor satisfacción que los pacientes. Los resultados obtenidos fueron, según el desglosamiento de la satisfacción en dimensiones específicas, y según la Media (DT), los de “información recibida” un 3.63 (1.56) por parte de los pacientes y 3.97 (1.11) de los familiares; en “*implicación en la planificación del tratamiento*” 3.33 (1.65) y 3.37 (1.32) respectivamente, y en cuanto a “*actitud, comportamiento y competencia de los profesionales*”, 4.98 (1.11) por los pacientes y 5.34 (0.52) los familiares. Los participantes en el estudio tenían entre 19 y 71 años, con una media de 42,40 años, siendo el 43,33% de ellos hombres, mientras que los familiares oscilaban entre los 40 y 77 años, con una media de 58,40 años, siendo

el 46,67% de ellos hombres. Concluyeron que, en consonancia con lo hallado en trabajos previos, se apreció poca satisfacción en ambos grupos con la información recibida de los profesionales (Fernández-Carbonell & al, 2012).

En el artículo presentado por Bernal y Horta, plantea la aplicación de una teoría que hace referencia a la comunicación con el familiar del paciente que ingresa a UCI a través de la elaboración de un Programa de Atención de Enfermería (PAE). La misma consta de un componente teórico de “comprensión facilitada como un proceso dinámico, continuo, reflexivo y creativo por el que las enfermeras involucran a la familia en el proceso del cuidado y le ayudan a interpretar la información que reciben del ambiente, de manera tal que tengan de esta una conciencia correcta y positiva [...]”; y de un componente empírico “conformado por todas aquellas actividades o intervenciones de comunicación [...]” (Bernal-Ruiz & al, 2014).

En controversia al concepto y características propias de las UCI, en estos últimos años comienza a surgir el concepto de cuidados intensivos de puertas abiertas. En un artículo escrito por Escudero D. et al, plantean que las UCI son un lugar hostil con condiciones ambientales muy adversas para que el paciente enfrente una enfermedad, siendo necesario la adaptación del diseño y organización de las mismas” para mejorar la privacidad, el bienestar y la confortabilidad de pacientes y familias, cuidando especialmente sus demandas personales y emocionales”; liberando el horario de visitas y mejorando los cuidados dirigidos a las familias (Escudero D, 2014). En cuanto a la opinión de los profesionales acerca de esta modalidad, en un estudio realizado en España con 64 profesionales (médicos y enfermeros), el 67% opinó que la visita abierta puede tener un efecto beneficioso en la paciente y en la familia un 61%. Sin embargo, el 62% consideró que la visita abierta resultaría poco beneficiosa para el personal. El 50% de los encuestados, mantendrían los horarios de visitas actuales, con la posibilidad de ampliarlos si la situación del paciente lo requiere (Ayllon N., 2014).

Por todos estos cambios de visión y paradigma que se vienen gestando, el propósito del presente proyecto de investigación es describir la información brindada por Enfermería a los familiares en área crítica y la comunicación percibida por estos, para tratar de mejorar y aumentar el grado de satisfacción de los mismos, y adquiriendo así, tanto en lo profesional como en lo institucional, una mejor calidad de atención y un mayor prestigio al evidenciar y garantizar un cuidado holístico humanístico al paciente y su familia.

Este tipo de Cuidados para el paciente y su familia significa una mayor satisfacción en la atención brindada, mejor recuperación física y emocional, mayor adherencia al tratamiento, disminución de los niveles de emociones estresoras y menor cantidad de días de estada en cuidados intensivos. Para Enfermería se traduce en aumento del grado de confianza, fiabilidad y empatía, menor tiempo de demanda, mejor distribución del tiempo destinado a la atención y empoderamiento de la profesión. Para la Institución, significa consolidación de su reputación, aumento de la calidad de atención sanatorial, menor necesidad de personal extra y mejor distribución y uso de los insumos.

Como propuesta para conseguir lo anteriormente mencionado, es que desde el área de la dirección médica y de enfermería se trabaje en lograr un ensamble de ambas profesiones para realizar un verdadero trabajo interdisciplinario en donde el profesional de enfermería a cargo de cada paciente, realice el pase de sala junto a los médicos, al igual que estar presente en el momento del informe a los familiares, transmitiendo cada uno desde sus respectivas incumbencias, la información pertinente de cada paciente de manera holística e integral.

Planteamiento del problema en estudio

¿Qué relación existe entre la percepción de la calidad de la comunicación brindada por Enfermería a los familiares de los pacientes internados en una UCI, según sexo y edad, durante los meses de abril a junio del 2019?

Hipótesis

- Los familiares de sexo femenino, perciben una mayor calidad en el apoyo emocional y comunicación no verbal brindado por enfermería, en comparación con el sexo masculino.
- Los adultos jóvenes de entre 20 y 40 años perciben una mayor calidad en la comunicación verbal brindada por enfermería.
- Los familiares de sexo femenino y de entre 41 a 60 años perciben una mayor percepción de la calidad de la comunicación brindada por enfermería.

Objetivo General

Determinar qué relación existe entre la percepción de la calidad de la comunicación brindada por Enfermería a los familiares de los pacientes internados en una UCI, según sexo y edad, durante los meses de abril a junio de 2019.

Objetivos específicos

- Describir la percepción de la calidad de la comunicación brindada por enfermería a los familiares de los pacientes internados en UCI.
- Diferenciar según el sexo, la percepción de la calidad de la comunicación brindada por enfermería a los familiares de los pacientes internados en UCI.
- Identificar acorde al grupo etario, la percepción de la calidad de la comunicación brindada por enfermería en los familiares de los pacientes internados en UCI.

MARCO TEORICO

María Holanda Peña define a las UCIs como,

“una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan apoyo respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran tratamiento por fallo multiorgánico” (Holanda Peña, 2016).

La unidad de cuidados intensivos surge a partir de la necesidad de perfeccionamiento material y humano para la atención de pacientes en estado crítico. Considerada uno de los ambientes más activos, exhaustivos y sobrecargados de la institución sanitaria, es el sector donde la muerte es una constante, además de la existencia de múltiples equipos y el ser necesario contener la ansiedad de los familiares, y lidiar con las rutinas estrictas e inflexibles y la rapidez de la atención (Pietro Renata, 2018). Se caracterizan por ser servicios de alta complejidad debido a la gravedad de sus pacientes, las terapias de soporte utilizadas y la actuación de gran número de profesionales altamente especializados y recursos tecnológicos. Es por ello, que la complejidad de la atención no está dada únicamente por el cuidado del paciente, sino también por el impacto que tiene en la familia el ingreso de su ser querido a la UCI. Los problemas de desajustes entre las necesidades percibidas por los pacientes y su familia con la percepción de los profesionales de las UCI, radica en factores relacionados con la cultura de estas mismas, destacándose dos grandes aspectos, el predominio del cuidado técnico del paciente que provoca que otros aspectos del proceso, como la atención y acompañamiento a los familiares, no se tengan en cuenta o no sean percibidos como una prioridad, y la organización centrada en el paciente, que al centrar los cuidados en lo meramente fisiológico e impregnado por una fuerte cultura biomédica, los profesionales de cuidados crítico asumen que el valor de su trabajo radica en la eficacia tecnológica, provocando que se subestimen las vivencias de los familiares. Por otro lado, la organización de las UCI ha oficiado de terreno propicio para que el paciente y su familia queden relegados

en la toma de decisiones y sujetos a protocolos y sistemáticas rígidas que suelen terminar en despersonalización e insensibilidad. Con frecuencia, las decisiones son tomadas desde el punto de vista de los profesionales sin la participación de los pacientes y sus familias, instaurándose así en una postura autoritaria y paternalista, como sucede por ejemplo, con el manejo de la información y los canales por donde transita, los horarios estructurados de visitas, las restricciones y la participación de los allegados en los cuidados (Torre, 2016), y es en este complejo escenario, en donde los familiares del paciente crítico experimentan diversos tipos de necesidades, siendo las más importantes aquellas relacionadas con la información y la seguridad (Padilla Fortunatti & al, 2017). Recordando este importante aspecto, de que la infraestructura de las UCIs de adultos son espacios cerrados y regulados por los profesionales, en particular por las enfermeras, da significado a que “los de adentro” (pacientes y profesionales de salud) mantienen poco contacto físico, emocional y de comunicación con los “de afuera” (familiares/ allegados de los pacientes) y que éstos no tienen facilidad para acceder al interior de la unidad. La relación se restringe a los horarios de visita y al momento de la información médica, siendo éste profesional quién lidera la relación con los familiares. Muchas veces el personal de enfermería se enfoca al cuidado del paciente durante las horas de trabajo, y, sin embargo, cuando existe la interacción con la familia, éstas no realizan ningún procedimiento y poco o nada informan sobre el estado de salud del paciente, aspectos que son considerados como negativos por parte de la familia, quien exige a cada profesional una respuesta, ante sus interminables interrogantes. Esta relación pone en entredicho la calidad del cuidado de enfermería, puesto que las familias poco o nada evidencian las actividades que en la unidad se realizan (Gonzales Bustamante & al, 2016).

Todo ese impacto y sentimientos aflorados, pasan a merecer una atención especial del equipo de enfermería, buscando un cuidado humanizado, llevando más confianza y tranquilidad en ese momento de hospitalización. Una de las metas en humanización es favorecer la interacción entre pacientes y familiares, en que el familiar se convierte en otro usuario del equipo de salud, ya que la familia está aliada en el proceso salud-enfermedad, siendo responsabilidad de los profesionales ofrecer medios para mantener el núcleo familiar sano (Mendes Vieira & al, 2013).

El Institute of Medicine (IOM) establece y defiende un modelo donde, los pacientes y sus familias han de estar informados, participar activamente en la toma de decisiones

médicas y la autogestión; el cuidado del paciente ha de ser coordinado e integrado en los grupos sanitarios que lo tratan; los sistemas de salud han de proporcionar confortabilidad física y soporte emocional a los pacientes y a sus familias; los proveedores de salud han de conocer el concepto de enfermedad y las creencias culturales de sus pacientes y familiares; y, el personal sanitario debe comprender, aplicar los principios de prevención de enfermedad y fomentar cambios de comportamiento y adquisición de hábitos apropiados para la salud de sus pacientes (Holanda Peña, 2016).

A menudo sólo se considera aliviar el sufrimiento del paciente como uno de los objetivos terapéuticos del cuidado dejándose de lado a la familia en el proceso de cuidar. La familia constituye con el enfermo una unidad de tratamiento, y lo que le sucede a uno influye en las dos partes (Achurry & M, 2016). Virginia Henderson afirma que *“el enfermo no es un ente aislado, sino que forma parte de una unidad que es la familia”*, y es por ello que el distanciamiento en la familia puede provocar un estado de crisis, angustia y preocupación (Yauri & Quispe, 2017). De esta manera, se considera a la familia la célula básica de la sociedad y la institución social más allegada al individuo, a la cual está unido por fuertes lazos afectivos y sociales, así como por estrechos intereses de necesidad y/o de supervivencia. En consecuencia, para cualquier ser humano, una crisis personal repercute en su familia, y una crisis de su familia, puede pasar a ser una crisis personal (Portieles, 2002).

La organización Mundial de la Salud (OMS), define familia como *“los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado de 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 tanto, no puede definirse con precisión a escala mundial”*, siendo esta definición la que se tomará para esta investigación. A su vez existen otros conceptos, como la del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española contempla varias aceptaciones para la palabra familia, tales como *“grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas”*, *“Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”*, *“Hijos o descendencia”* o *“Conjuntos de personas que tienen alguna condición, opinión o tendencia en común”*, entre otros (Fernandez Sotelo, 2015). Por otro lado, dentro de la psicología social, se concibe a la familia como un sistema de relaciones interpersonales sometido a múltiples determinaciones de carácter histórico, cultural, económico, político, religioso, geográfico, etc., configurando una compleja estructura/proceso en el que se interpenetran

fenómenos tan heterogéneos como los procesos intrapsíquicos de los sujetos que la integran, y los aspectos más amplios de la cultura y los intereses sociales (De Riso, 2014).

Dentro de las UCI se define al familiar como el *“grupo de personas con estrecha relación familiar, social o emocional con el paciente”*. Se incluyen aquellos parientes no solo por consanguinidad, sino también por cercanía, pudiendo ser considerados familiares los amigos, vecinos o parejas, influyendo en esto, factores como la relación que mantienen con el paciente, actitud hacia la vida y la muerte, conocimientos, antecedentes sociales y culturales, valores, preferencias, percepciones, recursos económicos, conflictos familiares, etc. (Holanda Peña, 2016). En el mundo moderno la familia es un sistema en el que cada miembro encarna un rol distinto, cubriéndose de ésta manera las necesidades individuales y grupales y provocando un cambio importante en él, cuando uno de ellos deja de interactuar (Fernandez Sotelo, 2015). Muchos son los eventos que inesperados o no, repercuten indirectamente en la familia llevándola a una situación de crisis que la golpean con fuerza, produciendo tensión, desmembramiento o desorganización (Portieles, 2002). Es por ello que se plantea la internación de un paciente en cuidados intensivos como una situación de crisis tanto para el paciente como para la familia, produciendo inestabilidad en su dinámica emocional, observando en ellos diversas emociones traducidas en un deseo constante de información clara y concreta de su paciente, donde las primeras visitas suelen ser alarmantes, crear angustia y/o expectativas con relación a la cantidad de dispositivos de monitoreo, equipos de mantenimiento de la vida y controles ambientales necesarios para garantizar un cuidado de calidad (Jiménez-Ocampo & al, 2013).

El ambiente hostil de las unidades de cuidados críticos, repletos de estímulos nocivos, y el hecho de no considerar a la familia como un componente importante del entorno del paciente generan que estas diversas emociones se manifiesten en diferentes reacciones. Tanto el paciente como su familia sienten desesperanza, soledad, impotencia y angustia. Muchas veces, esos sentimientos se ven exacerbados por el alto grado de complejidad técnica que los rodea y la falta de comunicación con el equipo de salud. (Perez Cardenas & al, 2004). Es en este suceso vital estresante, donde aparece la incertidumbre, ya que los pacientes se encuentran en una situación crítica y sus familiares enfrentándose con la posibilidad de que su familiar se pueda morir; el cambio, ya que los familiares tienen que adaptarse a una situación que supone una modificación en el ritmo de vida habitual,

como asistir a una hora determinada a las visitas e informes médicos, adaptarse al vocabulario de los médicos, a la maquinaria que rodea al paciente, a estar en contacto en la sala de espera con aquellos familiares en los que la muerte de sus allegados es inminente, entre otros, y en donde toda la competencia, autonomía y poder familiar, se ven mermados cuando sus miembros dependen de otros (personal sanitario) a quienes perciben con más conocimiento; y, la falta de información y/o dificultad para controlar e integrar toda la información que reciben. La familia ante estas situaciones suele utilizar dos tipos de respuesta, la centrípeta, en la cual toda la familia gira alrededor del enfermo, siendo éste el centro de interacciones, absorbiendo toda la energía, monopolizando la atención de los demás miembros y restando posibilidades al crecimiento y desarrollo al resto del grupo familiar; o la centrifuga, en la que un solo miembro de la familia se ocupa constantemente del enfermo, pudiendo producir un excesivo acercamiento del binomio madre-hijo o esposo-esposa, con la consiguiente periferia del resto de la familia, pudiendo llegar a resquebrajar el vínculo conyugal o maternal (Martin-Rodriguez & al, 2007). Aun cuando algunos familiares ya han tenido experiencias previas con internaciones en UCI y supone haber recibido orientación sobre ésta, sienten de todos modos, la necesidad de apoyo del personal asistencial, considerando que cada experiencia de hospitalización en ésta área es diferente, individual y única (Galvis Lopez & al, 2014).

Según Peplau, el familiar posee una serie de necesidades insatisfechas que demandan el apoyo de la enfermera, y quien es la responsable de brindar información en forma organizada, comprensible, secuencial y sistemática como un componente esencial de los cuidados de enfermería, que facilita y mejora la relación paciente – enfermera – familiar, y por lo tanto, la satisfacción del familiar (Yauri & Quispe, 2017).

Las necesidades de los familiares son conceptuadas como esenciales y exigidas por ellos. Cuando éstas son satisfechas, alivian o disminuyen las emociones inmediatas, mejorando su bienestar (Santana Freitas & al, 2007). La detección de éstas necesidades, permitirá su inclusión en los planes de cuidados de enfermería de tal modo, que se asegure una atención integral de calidad (Fernandez Sotelo, 2015). Para poder detectar éstas necesidades, se han desarrollado varios instrumentos en los últimos años, como ser el Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), el Society of Critical Care Medicine Family Satisfaction Survey (CCFSS) y el Family Satisfaction in the ICU (FS-ICU) dentro de los más importantes, y que según cual sea el objetivo específico que se busque, el

contexto y la población, es el que se emplea. No obstante, el CCFNI es el más utilizado, validado, traducido e incluso, recreado en una versión reducida del mismo. En el mismo, se destacan cinco necesidades fundamentales a tener en cuenta con los familiares de los pacientes críticos; proporcionar apoyo a las familias les ayuda a enfrentarse a la situación, disminuir la ansiedad y permanecer con la fortaleza suficiente para ayudar al paciente; proporcionar confortabilidad es útil para disminuir el estrés y la ansiedad de los familiares; proporcionar proximidad, ayuda a la familia a mantener las relaciones interpersonales, permanecer emocionalmente cerca y ofrecer soporte al paciente; asegurar una adecuada información es la base para el proceso de la toma de decisiones, reduce la ansiedad y proporciona sensación de control de los cuidados; y proporcionar confianza permite garantizar seguridad, empatía y credulidad en el equipo multidisciplinar que trata a su ser querido (Holanda Peña, 2016).

El cuidado humano, según Watson, es considerado como un acto humano, un acto de amor, bondad, afecto y empatía, que busca el bienestar integral de la otra persona. Este cuidado se humaniza por medio de la corporalidad, ya que nuestro cuerpo habla a través de ella. El cuidado es la razón de ser de enfermería, por lo que las enfermeras deben tener en cuenta cómo es que su cuerpo habla a través de sus movimientos, mirada y lenguaje, haciendo consciencia de ello para poder establecer un cuidado con sensibilidad y estética, un cuidado transpersonal capaz de transformar vidas. Referencia al cuidado como transpersonal, por tener enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y lo ve como un ideal moral y ético de la enfermería, considerando el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta. Por lo tanto, el ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. (Gonzales Bustamante & al, 2016)

El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. La ayuda se manifiesta al tratar el sufrimiento, la incapacidad y la limitación, o aun para apoyar los estados de miedo y ansiedad, entre otras condiciones. Asimismo, el familiar acompañante de un paciente crítico, no sólo debe enfrentarse a la idea de muerte en sí y de la ausencia definitiva de su ser querido, sino tomar una serie de decisiones, adaptarse a diferentes exigencias,

tanto para la familia como para el individuo. El familiar representa el lazo que une a la persona enferma con el personal de salud, es quien recibe y se comunica con el personal de enfermería sobre los cuidados, la prevención, la evolución de la enfermedad y el alivio del dolor del ser querido; asimismo, debe recibir ayuda profesional para aprender a manejar sus temores, emociones y comprensión para ejercer su rol protector de la persona. El familiar es insustituible, la enfermera debe atenderlos y ayudarlos, ya que sufren una alteración importante a nivel psicológico y emocional. La corporalidad entre enfermera – familiar debería ser empática, de amor, solidaridad, sensibilidad y cordialidad, ayudándose mutuamente para mejorar la calidad de vida de la persona enferma. La enfermera deberá aprender a escuchar al familiar, a sonreírle, a preguntarle y responderle aquellas inquietudes que le angustian, donde el cuerpo de la enfermera sea instrumento de energías positivas y paz (Gonzales Bustamante & al, 2016).

En nuestra sociedad, tanto hombres como mujeres difieren en sus percepciones (Gil Lacruz & al, 2007). Se define a la percepción como el conjunto de actividades y procesos físicos de la visión al recibir consciente o inconscientemente las señales que emanan del mundo circulante y que permiten o provocan estados o reacciones relacionados con la estimulación percibida por nuestros sentidos, obteniendo mediante ellos la información que nos rodea, como el ambiente, las acciones que realizamos en él y los estados internos propios. Para todas las personas los estímulos sensoriales pueden ser los mismos, pero para cada persona, la percepción será distinta. Este fenómeno muestra a la percepción como resultado de dos inputs; las sensaciones que vienen de algún estímulo externo y los inputs internos que vienen del mismo individuo. Las sensaciones son la respuesta inmediata o directa a una estimulación a los órganos sensoriales de una persona. Una sensación se transforma en percepción cuando tiene un significado para la persona, por lo que es importante analizar la experiencia de las personas con esas sensaciones, ya que la percepción aumenta o se fortalece según las experiencias y cultura de la persona (Carreño Farromeque & Hurtado Moreno, 2017).

Cevallos plantea que, para percibir y juzgar a las personas, primero se debe formar una impresión acerca de ella, la cual dirigirá las reacciones e influirá en la relación interpersonal. Al formar una interpretación sobre otra, observamos las acciones, se nota el tono de voz, las expresiones faciales, se sigue lo que se dice, como se lo dice y lo que se hace cuando interactúa con la persona (Gonzales Bustamante & al, 2016). Asimismo,

asegura que la percepción es mediada en gran medida por el lenguaje, por la comunicación verbal y la comunicación no verbal (gestos, miradas, caricias, entre otras).

Los principales factores internos (inputs) que influyen en la percepción de la persona son la necesidad (carencia de algo, existe sin que haya un bien destinado a satisfacerla; por ello es importante conocer las necesidades de los individuos), la motivación (relacionada a las necesidades, no siempre actúan en conjunto, dado que una misma motivación puede satisfacer diversas necesidades, por lo que se puede decir también, que es la búsqueda de la satisfacción de la necesidad) y la experiencia (la persona aprende de las experiencias y esto afecta directamente al comportamiento. Todo lo acumulado de las experiencias hace que cambie las formas de percepción y respuesta, es decir que, el individuo se comporta debido a lo aprendido del estímulo recibido). A su vez, la percepción tiene las características de función adaptativa, en el sentido de que le permita a las personas orientarse en su medio ambiente; la estabilidad de un objeto percibido, el objeto es identificado aun cuando él o las circunstancias hayan variado en alguna medida; y, es posible aun cuando el estímulo presenta pocos datos o es ambiguo (Carreño Farromeque & Hurtado Moreno, 2017).

La percepción no es suma de sensaciones, es más complejo. Es un proceso unitario que se orienta hacia una actividad, es un proceso mental y cognoscitivo, que permite formar conceptos, opiniones, impresiones, sentimientos, acerca de un individuo, objeto o fenómeno en función a las experiencias pasadas, al contexto social, al conocimiento de la realidad de acuerdo a las necesidades, intereses, aspiraciones y deseos. Y al referirse a la percepción del familiar sobre la intervención de la enfermera, se avoca a la actitud que ésta tiene con los familiares, en la forma como interactúa, como es la comunicación con el familiar, el trato y la forma en que el familiar interpreta o juzga dicha intervención. Esta percepción de la intervención de la enfermera en la crisis situacional que sufre el familiar, va a estar condicionada en especial por el apoyo emocional, el acercamiento, la información, el modo de comunicarse y la ayuda que la enfermera brinde en ese momento de crisis (Gonzales Bustamante & al, 2016).

Para comunicarse, el ser humano utiliza diversos sistemas de signos como ser auditivos, visuales, táctiles, olfativos y lingüísticos. Se la categoriza como fundamental para la existencia del ser humano debido a que es un conjunto del componente social, significando que el ser humano no puede vivir aislado, sin interaccionar ni relacionarse con los demás (Carreño Farromeque & Hurtado Moreno, 2017).

La comunicación es un proceso complejo, continuo y dinámico de transferencia de información de un individuo a otro, donde el emisor debe ser claro en lo que quiere transmitir, pero, además, qué espera del receptor al transmitirle dicha información. Esther López refiere que la comunicación es un proceso delicado y complicado mediante el cual nos podemos entender para vivir con los demás, así como solucionar conflictos con los semejantes y con nosotros mismos. En el caso de la comunicación interpersonal, esto significa entre otras cosas, conectarse con otra persona a un nivel emocional, no solo intelectual. La comunicación está compuesta por elementos básicos, donde el **emisor** es quien abre el proceso de la comunicación, el que da a conocer el mensaje y lo emite, mediante la elección, la codificación y el envío del mensaje. En una conversación, el emisor es quien la inicia; la **codificación**, la cual consiste en traducir la idea o mensaje en palabras, grafías u otros símbolos adecuados para dar a conocer el mensaje. El emisor escoge el código a fin de organizar las palabras y los símbolos en una forma que facilite el tipo de transmisión; el **mensaje**, que representa la información que el emisor desea transmitir al receptor, y que contiene los símbolos verbales y claves no verbales que representan la información que éste primero desea transmitir al segundo. El mensaje emitido y el recibido, no necesariamente son los mismos, ya que la codificación y decodificación del mismo pueden variar debido a los aspectos propios internos tanto del emisor como del receptor; el **canal**, medio por el cual se transmite el mensaje, como ser una conversación, un medio escrito, etcétera. No todos los canales poseen la misma capacidad de transmitir información, y, asimismo, pueden ser formales o informales; el **receptor**, que es quien recibe el mensaje y a su vez cierra el proceso de la comunicación mediante la recepción, decodificación y aceptación del mensaje que se transmitió, y retroalimenta al emisor; la **decodificación**, la cual es la traducción del mensaje a una versión comprensible para el receptor. El emisor quiere que el receptor comprenda el mensaje en la forma en que fue transmitido, por lo que utiliza códigos comprensibles para ambos. Sin embargo, la comprensión puede ocurrir únicamente en la mente del receptor, es él quien decide si ha comprendido o no el mensaje, siendo un aspecto importante para la decodificación del mensaje, la atención que se le preste al recibirlo; la **situación o contexto**, que son las circunstancias psicológicas, sociales, emocionales, entre otros, que rodean al emisor y al receptor, y que condicionan el mensaje e influyen en su transmisión y recepción; y el **referente**, el cual es el elemento o situación real a la que se refiere el emisor (Yauri & Quispe, 2017).

Con respecto a los tipos de comunicación, hay dos categorías. Por un lado, está la **comunicación verbal**, que se realiza en forma oral (signos orales) y palabras habladas o escritas; siendo la forma más evolucionada de comunicación oral el lenguaje articulado, las palabras y oraciones con las que nos comunicamos con los demás, caracterizándose por ser más rápida, tener retroalimentación y proporcionar mayor cantidad de información en menor tiempo. La misma está compuesta por la duración del habla, el tono, la voz, la fluidez o perturbaciones del habla, el silencio, la claridad y velocidad, el lenguaje sencillo, el lenguaje lento, el lenguaje rápido y las preguntas. Por otro lado, aparece la **comunicación no verbal**, siendo ésta la transmisión de mensajes sin usar palabras, a través del tacto, mirada y expresiones faciales, manteniendo una relación estrecha con la comunicación verbal, ya que suelen emplearse juntas, y muchas veces, actúa como reguladora del proceso de comunicación. Los sistemas de comunicación no verbal varían según las culturas y no sólo cumple mayor número de funciones que el verbal, puesto que lo acompaña, completa, modifica o lo sustituye, sino que además, ejerce funciones de gran influencia en la actitud del paciente y familia, debido a que se considera un lenguaje relacional donde se manifiesta el estado de ánimo, complementa o sustituye al lenguaje verbal, siendo conformado por las miradas, la postura corporal, la expresión facial, la escucha activa y el apoyo emocional (Yauri & Quispe, 2017).

La percepción de la comunicación es el proceso relacionado con la estimulación percibida por nuestros sentidos, mediante ellos obtenemos la información de lo que nos rodea y así intercambiar información entre enfermera y paciente/familia, donde se podrá percibir distintos tipos de comunicación mediante canales sensoriales, como ser la comunicación visual, donde se transmiten mensajes a través del medio visual y son percibidos a través de la vista (como expresar amabilidad, dar una sonrisa, expresar empatía, tener gestos por una acción, etcétera); la comunicación auditiva, donde los mensajes y la información es percibida a través del oído (como el saludo, llamar a la persona por su nombre, tono de voz, claridad del lenguaje, saber escuchar); y la comunicación táctil, donde la información se percibe a través del tacto, generalmente por la piel (es crear un ambiente de confianza y tomarlos de la mano) (Carreño Farromeque & Hurtado Moreno, 2017).

Según Travelbee, la comunicación es la vía por la cual se lleva a cabo el propósito de la enfermería que consiste en asistir a un individuo o familia a prever, enfrentar la enfermedad y el sufrimiento, y a encontrar los significados de esas experiencias. Tiene

lugar en cada interacción enfermero familiar, se da en la conversación y en el silencio, en lo verbal y en lo no verbal; por el lenguaje simbólico mediante la apariencia, el comportamiento, la postura, la expresión facial y los gestos que comunican ideas, pensamientos y sentimientos, y se otorgan significados tal como se hace con el lenguaje hablado. No es simplemente un intercambio de mensajes entre enfermero y familia, es una acción que debe ser planificada e individualizada, y no realizarla sólo de forma intuitiva o impulsiva (Yauri & Quispe, 2017).

La comunicación es una herramienta básica para el ejercicio de la actividad cotidiana asistencial del intensivista. Los profesionales de la salud no solo son poco conscientes de ello, sino que, además, no hay recibido formación sobre técnicas de comunicación, produciendo un choque de esa realidad con la creciente demanda de información y toma de decisiones participativas de los individuos, los cuales experimentan sentirse desinformado. La información es el factor determinante de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos, con relevancia en los aspectos de la comunicación y, cualquier esfuerzo encaminado a mejorar la naturaleza de la comunicación y de las interacciones entre las familias y el equipo asistencial, conducirá a un incremento de la satisfacción (Arteaga & Zea, 2014).

Asimismo, hoy en día existen identificadas diversas barreras en la comunicación. Entre ellas, aparecen el escaso tiempo y mala organización de que se dispone y la rutinización de las interacciones; el conflicto grupal que conduce a insatisfacción, malestar social, irritabilidad, agresividad y desanimo; y las actitudes, que se relacionan con la disponibilidad y autoestima de la persona (Yauri & Quispe, 2017).

La información negativa o su falta, son barreras para que la persona enferma y su familia obtengan un cuidado satisfactorio. Cuando las familias interactúan con el sistema de salud generalmente están preocupadas por la falta e inconsistencia en la información que se les da. Las familias desean que se les proporcione información completa y verdadera pero en términos que puedan entender y en el momento en que los necesitan (Castillo & al, 2005).

La incertidumbre es un sentimiento permanente en estos familiares y donde la ausencia de información y comunicación continua y fluida con los profesionales de salud hacen que presenten altos síntomas de ansiedad. Tanto los pacientes que han pasado por la experiencia de estar internados en una UCI como sus seres queridos, sienten que la información que reciben es insuficiente y, a veces, incomprensible. Es por ello que la

información debe ser clara, fiable, unívoca y continua. La preocupación que más se expresa es la de asegurarse de que su ser querido no esté padeciendo dolor y, sobre todo, de que no sufra (Torre, 2016). Ya en el año 2004, la Organización Mundial de la Salud identificó a la comunicación como un área de riesgo dentro del hospital, siendo la segunda meta internacional mejorar la comunicación efectiva, considerándola de suma relevancia en todo el proceso de hospitalización. Enfermería necesita la comunicación verbal y no verbal ya que es una competencia o habilidad que posibilita el reconocimiento de las necesidades individuales, el establecimiento de una relación interpersonal significativa y el cuidado de enfermería. La percepción de señales corporales y del lenguaje hablado, representa la posibilidad de traspasar la ejecución de procedimientos técnicos al permitir que los sentimientos, las emociones y la historia de cada persona, favorezcan la comprensión de la totalidad del ser humano que representa (Yauri & Quispe, 2017).

Logrando una comunicación adecuada aseguramos la empatía del profesional de la salud, así como el reconocimiento de los principales temores y preocupaciones de la familia, surgiendo una relación de confianza basada en el respeto mutuo. No es igual comunicar que informar o simplemente transmitir de forma unidireccional un mensaje. Se requiere crear un proceso de comunicación, en el cual se empleen una serie de estrategias y técnicas que permitan compartir experiencias, sentimientos y expectativas. Esto requiere por parte del profesional de salud el dominio de sus propias incertidumbres, ideas e influencias de sus emociones, donde de no ser manejadas, la opción más sencilla es simplemente informar. Las habilidades de comunicación tienen eficacia paliativa (con frecuencia reducen síntomas) y tienen un amplio índice terapéutico (la sobredosis es rara). Las habilidades de comunicación como ser la expresión emocional, adaptación, exploración, reflexión, clarificación, empatía, uso del silencio, facilitación, reconceptualización y resumen, durante el abordaje del paciente y su familia, tienen un impacto positivo en la satisfacción de éstos (Espinoza-Suarez & al, 2017).

Recordando que en las UCI los actores son diversos, siendo el paciente, el personal de salud y los familiares, -y donde éstos últimos cada vez tienen más protagonismo-, es el profesional de enfermería quien desempeña un rol primordial, pues, además de ser responsable del cuidado directo del paciente, está llamado a proporcionar cuidados a los familiares, entendiendo sus principales necesidades comprendiendo que la necesidad

para un ser humano es “la sensación de carencia de algo unida al deseo de satisfacerla” (Galvis Lopez & al, 2014).

La satisfacción de los pacientes/familiares constituye una herramienta realista para proporcionar oportunidades de mejora, tomar decisiones estratégicas, reducir costes, cumplir con las expectativas de los usuarios, iniciar medidas para una gestión efectiva, monitorizar planes de salud y proporcionar la evaluación comparativa entre diferentes instituciones. El termino Satisfacción ha experimentado su máxima evolución en los últimos años de forma paralela a como lo ha hecho la calidad, quedando ambos conceptos enmarcados en la dimensión global de Medicina centrada en el paciente. Esto supone un antes y un después en la concepción y aplicación de este nuevo modelo de asistencia sanitaria (Holanda Peña, 2016).

Ya en el siglo XX, Florence Nightingale, inició un proceso de reformas para la mejora de la calidad de la atención en los hospitales. Las medidas incluían limpieza, saneamiento básico, mejoras en la calidad de la alimentación y en su manipuleo, así como el establecimiento de una férrea disciplina y organización en la rutina hospitalaria (Chavez & Molina, 2015). Actualmente, la calidad de los servicios sanitarios queda definida por una serie de dimensiones entre las que se encuentran la **calidad científico – técnica** (capacidad de utilización del más avanzado nivel de conocimiento existente y recursos a su alcance, para proporcionar salud a la población atendida), la **efectividad** (grado en que la atención sanitaria produce en la población el beneficio que en teoría debería producir), la **eficiencia** (provisión de un nivel determinado de calidad al menor coste posible o la consecución del más alto nivel de calidad con una cantidad de recursos fijo y predeterminado), la **accesibilidad** (facilidad con que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos en relación con distintas barreras como ser las organizativas, económicas, culturales, etcétera), la **satisfacción** (grado en que la atención prestada satisface las expectativas), la **aceptabilidad** (satisfacción más adhesión del usuario) y la **adecuación** (medida en que el servicio o procedimiento se corresponde con las necesidades del paciente o población), entre otras (Holanda Peña, 2016).

Si bien el termino calidad de la atención es ampliamente utilizado en el campo de la salud, lo que es una buena calidad de atención para una persona puede no serlo para otra, dependiendo de la concepción de cada persona y de su cultura. Donabedian propone tres enfoques para evaluar la calidad de la atención sanitaria, los cuales son estructura, proceso y resultado; formulación realizada por primera vez no como atributos

de calidad, sino como enfoques a la adquisición de información con respecto a la presencia o ausencia de los atributos que contribuyen a definir la calidad (Chavez & Molina, 2015). Asimismo, considera como pilares o principios de la calidad la **eficacia** (capacidad para asumir la forma más perfecta de contribuir a la mejoría de las condiciones de salud), la **efectividad** (las mejorías posibles, en las condiciones de salud, son obtenidas), la **eficiencia** (capacidad de obtener la mayor mejoría, en las condiciones de salud, a menor coste posible) y la **optimización** (la más favorable relación entre costo y beneficio) (Yauri & Quispe, 2017). Afirma que la calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes, teniendo en cuenta dentro de la calidad asistencial al componente técnico (aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos), al componente interpersonal (relación entre las personas siguiendo las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general, normas modificadas en parte por parte de los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual) y a los componentes y aspectos de confort (los cuáles son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable) (Chavez & Molina, 2015).

Algunos consideran de relevancia, que la calidad y eficacia del servicio esté garantizada por el conocimiento técnico/científico junto al valor sociocultural en la relación entre profesional y paciente. En este punto, se requiere de ajustes de la familia en profundidad, teniendo en cuenta los cambios importantes a su rutina diaria, incluyendo principalmente la ruptura de su vínculo familiar, aunque sea temporal. Los familiares, ven un tratamiento inmediato en la UCI, ofreciendo servicio de calidad, y siendo ésta atención vista de forma diferenciada (Mendes Vieira & al, 2013). Al ser la calidad en salud una condición compleja, resultante de la conjugación de las condiciones técnicas y humanas con la que se prestan los servicios de salud, al pretender estudiar la satisfacción de la persona como resultado de un servicio de calidad, se deben mencionar aquellos aspectos que contengan dichas condiciones. Lo técnico en referencia a la aplicación de la ciencia y la tecnología de manera que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar los riesgos. Está determinado por el equilibrio entre riesgo y beneficio; lo interpersonal, incluye valores y normas socialmente aceptadas en la interacción entre individuos y en situaciones particulares, con base en los preceptos éticos que rigen las actividades de

los profesionales intervinientes así como las expectativas y los requisitos de los pacientes/familiares (Ramirez & al, 2016).

Para enfermería, la atención se basa en el cuidado brindado, a lo cual el Institute of Medicine de Washington define calidad del cuidado de la salud, como *“la medida en que los servicios de salud, tanto los enfocados a los individuos como a las poblaciones, mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento actual profesional”*. La calidad del cuidado de enfermería es el resultado alcanzado a través de la gerencia del cuidado, de la satisfacción de las necesidades reales y sentidas de los usuarios (persona, familia y comunidad), en la cual intervienen el personal de salud (Gonzales Bustamante & al, 2016).

La satisfacción de la familia en la UCI representa el grado en que las necesidades y expectativas de los familiares del paciente críticamente enfermo son satisfechas por los profesionales involucrados en el cuidado de la salud y, se reconoce que tales necesidades son específicas en este escenario (Yauri & Quispe, 2017). Esta satisfacción en los usuarios de los servicios de salud ha venido adquiriendo notable importancia como indicador de la calidad de la atención en salud desde la década del 80. La manera como el paciente y la familia esperan ser tratados por los proveedores del cuidado y el personal de las instituciones de salud, es un componente importante de la satisfacción con la calidad del cuidado que recibe el familiar enfermo (Castillo & al, 2005).

Pascoe define de manera sencilla y clara a la satisfacción como *“la comparación de la experiencia del paciente - familia con sus estándares subjetivos al salir de la atención de salud”*. La satisfacción del paciente/familia es la meta de la calidad. Otros autores, como Hulka, entienden que la satisfacción del paciente/familia se concreta en la suma de los factores de satisfacción con la competencia profesional de los trabajadores de la salud, relacionada con sus cualidades personales para interactuar. De manera reciente, Cafferata y Roghmanno, han sugerido que la satisfacción del paciente/familia puede ser mejor entendida como un input (*“entrada”*) a esa interacción, porque se trata de una variable que predispone al paciente/familia hacia una determinada actitud y condiciona su conducta ante las enfermeras, principalmente. Por otra parte, autores de gran influencia en el ámbito de la salud – y en adherencia a éste concepto- identifican a la satisfacción del paciente/familia con la cantidad y calidad de la información que reciben y se basan en la comunicación del profesional de la salud con el paciente como el criterio de satisfacción (Yauri & Quispe, 2017).

Es de gran importancia recordar, que la satisfacción representa una vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo (Massip Perez & al, 2008). Es por ello que se considera que la satisfacción del paciente es una respuesta emocional o cognoscitiva; que ésta respuesta puede ser particular expectativa, experiencia personal, entre otros; y que la misma ocurre en un tiempo específico después de la atención hospitalaria, basada en la experiencia acumulada, etc. (Yauri & Quispe, 2017). La satisfacción de los usuarios es uno de los resultados humanísticos, considerada por Donabedian como la aprobación final de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de los usuarios (paciente y familia), considerando que, un usuario satisfecho, continuará usando los servicios de salud, mantendrá vínculos específicos con los proveedores, cumplirá con los regímenes de cuidado y cooperará con el aporte de información indispensable para los agentes de salud (Massip Perez & al, 2008).

Dentro de la satisfacción, Kano describió que existen elementos “*básicos*” (si no están presentes, los pacientes/familiares se mostrarán muy insatisfechos, pero si están presentes, no producirán necesariamente satisfacción), elementos “*demandados*” (la satisfacción que se logra cuando están presentes es proporcional al nivel del cumplimiento) y elementos “*clave*” (si no están presentes no producen insatisfacción, ya que no son esperados por los pacientes) (Holanda Peña, 2016). De esa manera, luego de recibido el servicio, los pacientes – familia experimentan uno de estos tres niveles de satisfacción a saber; Insatisfacción (cuando el desempeño percibido del producto no alcanza las expectativas del paciente – familia), Poco satisfecho (el desempeño percibido del servicio alcanza mínimamente las expectativas del paciente – familia) y Satisfacción (el desempeño percibido del producto coincide con las expectativas del paciente – familia) (Yauri & Quispe, 2017).

Se debe tener en cuenta que lograr que el paciente y su familia tengan buena percepción de la atención de salud que reciben es tan importante como que se consiga la curación del padecimiento que presente el mismo. Incluso, si esto último no se logra por cualquier motivo, si se sienten bien atendidos, es casi seguro que abandone la institución satisfecho. No así, cuando sucede lo contrario (Garza Hernandez & al, 2015). No obstante, Carmel y Weiss consideran que hay aspectos determinantes de la satisfacción, como ser las características del paciente y familiar, siendo la edad, sexo, nivel educativo, ingresos económicos, expectativas ante los trabajadores de la salud (enfermeras y

médicos), estado de salud, entre otras, variables a considerar. Asimismo, Dimatteo y Fox, sostienen que existe una ligera tendencia hacia una satisfacción mayor en personas de edad, que tiene explicación en sus grandes necesidades de comunicación. Estos mismos autores mencionan, además, que las mujeres tienden a exigir un nivel elevado de atención para su satisfacción; las **características de la enfermera y el médico**, siendo relevante el arte y la técnica de la atención, las relaciones enfermera-paciente-familia y médico-paciente-familia, la claridad y extensión de la comunicación y el resultado de dichas relaciones; y los **factores de costo-beneficio**, donde la accesibilidad, el monto del pago, la duración del tratamiento y la continuidad del cuidado, son factores importantes en la satisfacción de los pacientes dentro del sector salud (Yauri & Quispe, 2017).

Debido a esto, las instituciones de salud han plantado estrategias a grandes niveles que pretenden el rescate de la calidad, lo que implicaría el incremento en la satisfacción del usuario, no sólo como indicador de la calidad de los servicios recibidos sino además, como trazador en la adherencia al tratamiento (Ortiz Espinoza & al, 2004).

En su teoría sobre las interrelaciones enfermero-paciente, Peplau sostiene que en la actualidad el profesional de enfermería tiene un papel clave en la gestión de la calidad en salud, porque mantiene el vínculo estrecho con el paciente y la interrelación con todos los sistemas de salud, enfoques clave para la evaluación de dicha calidad. En tal sentido, es necesario proporcionar cuidados de enfermería con calidad tecnológica, científica y sobre todo humanística. Sin embargo, se observa con frecuencia que los profesionales de enfermería centran su cuidado en la satisfacción de las necesidades biológicas, dejando de lado las necesidades psicosociales; en torno a ello, la comunicación interpersonal constituye el área más importante cuando se estudian las interacciones humanas (Yauri & Quispe, 2017).

La enfermera es el profesional de la unidad que mayor seguridad infunde a los familiares, y el tener contacto con ella les hace pensar que su familiar está bien atendido. También es el profesional mejor situado para facilitar la interacción de la familia con la unidad, por lo que la enfermera de UCI debería ser competente en el manejo de situaciones de alto contenido emocional, incorporar en su labor a los familiares del paciente crítico y tener capacidad para comunicarse de forma efectiva con personas ansiosas o en proceso de duelo (Fernandez Sotelo, 2015). La comunicación y la relación interpersonal enfermera-paciente-familia son constituyentes de la enfermería. Al relacionarse con el paciente, la

familia y la comunidad, la enfermera marca su presencia profesional al expresar el cuidado dialógico (Yauri & Quispe, 2017).

Actualmente, las enfermeras de UCI tienen miedo a dar información o establecer comunicación con los familiares, miedo sustentado en la falta de conocimientos sobre qué es lo que deben informar, en el respeto a no invadir o solapar información ya dada por los médicos, y porque a veces, consideran que no es su propia función o que “*la labor de informar es una tarea exclusiva de los médicos*”, haciendo pensar que todavía la mentalidad de enfermería está muy lejos de considerar a la familia como sujeto de cuidados en las UCI (Torre, 2016) (Perez Cardenas & al, 2004). Por otra parte, la necesidad de información se considera que hace referencia exclusivamente a brindar datos sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico (en gran medida por eso considerada tarea exclusiva medica), pero, por el contrario, enfermería debe tener un papel notable en cuanto a ésta como parte del cuidado y esforzarse en aspectos como tener más en cuenta los sentimientos de los familiares y proporcionar información que ayude a amortiguar el impacto del entorno de las UCI tanto al paciente como a la familia. Y siendo el enfermero quien posee información importante sobre el paciente, es necesario que sea éste quien la brinde en forma oportuna y eficaz, favoreciendo a una mejor comunicación entre enfermería y el familiar del paciente en UCI entregando información y educación precisa y oportuna, sobre las condiciones y normas de las UCI, higiene de manos, procedimientos generales, así como de las conductas que se debe asumir frente al paciente crítico. En parte a esto, uno de los problemas fundamentales de los actuales sistemas sanitarios es precisamente la enorme insatisfacción que existe en los pacientes/familiares en las relaciones personales y en los procesos de comunicación con los profesionales sanitarios (Bautista Rodriguez & al, 2016). Se acepta que la enfermera debe proporcionar atención a los familiares, sin embargo, el contacto con ellos la sitúa bajo una potente situación de tensión. Al no existir en la UCI estándares de cuidados hacia los familiares, la enfermera por lo general, se inhibe del contacto con ellos, mantiene relaciones arbitrarias, que se parecen más a relaciones cotidianas que a relaciones terapéuticas, se limita a proporcionar información técnica que la comprometa poco o mantiene una distancia simbólica con ellos (Fernandez Sotelo, 2015).

El encuentro con los pacientes y sus familias requiere que el profesional de enfermería demuestre no solo capacitación técnica, sino también competencias emocionales y humanas, para desarrollar actitudes empáticas y sensibles que permitan brindar una

atención holística, con la capacidad de identificar y satisfacer las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de los 2 sujetos de atención, el paciente y su familia (Achurry & M, 2016). La enfermera debe expresarse con claridad, credibilidad, adaptabilidad, tono de voz cálido, congruente a su expresión facial, contacto físico, gestos, movimientos y posturas que adopte al comunicarse con los familiares; además de tener habilidades de escucha activa, empatía, consuelo, tacto, silencio, en el contacto con el familiar, influyendo en mejores resultados de la salud física, mental, funcional y subjetiva, en el nivel de satisfacción de familiares, en el cumplimiento de los tratamientos y en la eficiencia clínica. Debe comprender que la comunicación es una de las herramientas básicas para sostener el proceso de cuidar, siendo un eslabón esencial del cuidado al aproximar a los sujetos, proporcionando momentos de intercambio, de interés y de preocupación por el otro. Y es aquí, donde Yauri et al, sostienen que *“se evidencia la interdependencia entre comunicación (a medio camino de la integralidad) y el cuidado (en el que la integralidad es esencialmente ella misma), toda vez que no hay acción de cuidar que no se constituya en una acción comunicativa”* (Yauri & Quispe, 2017).

Para la OMS, la conformación básica para denominar a un equipo es, médico más enfermera, no dissociado uno del otro. Como un binomio indivorciable a empezar a sostener y creer en el mismo. Si bien lo habitual es que el informe lo otorgue únicamente el médico, es evidente para cualquier trabajador de la salud que enfermería es quien está más tiempo con el paciente y con sus familiares, siendo un evaluador importante de lo que saben de la situación, de la interpretación que tuvieron de lo explicado y la necesidad de saber algo más, y cuáles son las necesidades y/o preferencias del paciente. Es por ello que la alternativa ideal y realmente posible es el equipo, el médico y la enfermera que esté a cargo del paciente sean quienes concurren a informar y a comunicarse con la familia del enfermo (Cullen M., 2017). La presencia de la enfermera a cargo del paciente en los informes ha sido muy bien valorada por las familias porque trae aparejadas ventajas como ser el obtener y compartir información valiosa acerca del cuidado específico del paciente, eliminar los cortocircuitos de la información y los dobles mensajes y lograr la visibilidad del cuidado (Torre, 2016). La relación y la información brindada por el personal de enfermería se valoran positivamente en todos los aspectos, agradeciendo notablemente la accesibilidad y la comprensión en momentos difíciles. (Perez Cardenas & al, 2004).

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio o diseño

Se realizará un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Será no experimental u observacional, ya que no se van a intervenir ni manipular las variables, solo se las estudiarán tal como se presentan en su ambiente natural; descriptivo debido a que se buscará indagar la incidencia de la percepción de la calidad de la información brindada por enfermería según el sexo y la edad en los familiares de pacientes internados en una UCI, pudiendo sugerir la presencia de asociación; transversal ya que se realizará una única medición de las variables y prospectivo, ya que los datos se irán recolectando a medida que ocurran los hechos.

Sitio o contexto de la investigación.

Se realizó un estudio exploratorio o de convalidación de sitio (Anexo I) en 2 instituciones privadas, con características similares para determinar no sólo que el lugar físico sea el adecuado sino también que presente las variables de estudio y que la población cumpla con los requisitos para poder medirlas, cumplimentando así el primer control de validez interna.

Como resultado del estudio exploratorio (Anexo III), se elige como sitio para la investigación un efector privado de alta complejidad de adultos, con una sala de cuidados intensivos especializada en cuidados coronarios de la ciudad de Rosario, debido a que es el que cumple en forma precisa con los requisitos de elegibilidad.

Población y Muestra

La población a estudiar serán todos los familiares de los pacientes internados en la UCI, de 1° grado de consanguinidad o afinidad según convivencia.

Se excluirán del estudio a:

- Familiares con antecedentes o en tratamiento por afecciones psíquicas o degenerativas;
- Familiares pertenecientes al área de la salud;
- Familiares de pacientes con mal pronóstico evolutivo;

Cumpliendo con ello el segundo control de validez interna.

Tamaño de la población: no se realizará muestreo debido a que se tomará la población total, que, según datos obtenidos en el estudio exploratorio, será aproximadamente de 135 familiares que reúnen los criterios de inclusión/exclusión (Anexo III).

Con lo que respecta a la validez externa, los resultados obtenidos en esta investigación sólo son generalizables a la población en estudio, ya que el mismo posee limitaciones como ser la población reducida en cantidad, el no poder realizar un muestreo probabilístico, y donde la percepción de la comunicación es un proceso multifactorial compuesto por características propias del momento, lugar y situación por la que están atravesando, siendo circunstancial y particularmente propia de cada individuo.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para la recolección de datos de la variable percepción de la calidad de la comunicación brindada por enfermería se utilizará como técnica una encuesta, y el instrumento un cuestionario autoadministrado con escala de opiniones (Anexo II). El cuestionario que se utilizará es la “Guía de satisfacción del familiar del paciente de cuidados intensivos respecto a la comunicación”, tomado de las autoras M. Rodríguez Yauri y R. Zuta Quispe en su tesis de posgrado para la especialidad en Cuidados Intensivos; el cual está validado, con una confiabilidad del instrumento determinada del 80% a través del Coeficiente Alfa de Cronbach (Yauri & Quispe, 2017). El mismo necesitó adaptar cierta terminología a un lenguaje comprensible acorde a la región en donde se desarrollará la investigación (Anexo II).

El instrumento inicia con un párrafo de presentación del investigador e introducción explicando el propósito de la recolección de los datos, luego se indica la consigna para marcar las opciones de respuestas según cada pregunta. El cuestionario comienza con una pregunta en relación a la variable de edad donde el participante completa la opción, sucediendo lo mismo con la variable sexo. Luego se realizarán las preguntas relacionadas a la variable dependiente, conformadas en una escala tipo Liker que consta de 28 ítems dimensionada en tres niveles y con cinco alternativas de respuesta, desde totalmente de acuerdo, de acuerdo, indecisión, en desacuerdo a totalmente en desacuerdo.

Se elegirá ésta técnica ya que la ventaja que presenta es que mide de manera indirecta la opinión favorable o desfavorable hacia un evento, es de bajo costo para realizarlo, se logra una mayor cobertura de la población, se lo puede realizar en corto tiempo, mantiene el anonimato, se presentan menos riesgos de distorsiones por parte del investigador y, el encuestado recibe mayor libertad en las respuestas y en el tiempo de reflexión para las mismas.

Como desventaja, se presenta que se necesita cierto nivel de comprensión para poder responder el instrumento y que se pueden contestar preguntas de manera automática sin razonamiento previo. Además, puede producirse pérdida de los participantes si las encuestas no están contestadas o estén incompletas, afectando la validez interna de la investigación referida a éste punto.

La prueba piloto de los instrumentos fue llevada a cabo por la autora de este proyecto en la UCI de la institución elegida (Anexo IV), en el mes de noviembre del corriente año, en 9 familiares que cumplieran con los criterios de inclusión/exclusión antes mencionados, y que no serán parte de la población en estudio.

Se realizó una primera prueba piloto con 4 familiares, donde se observaron algunas dificultades de comprensión en palabras o frases relacionadas con el lenguaje utilizado en el instrumento original, al cual se le realizó los ajustes pertinentes, adecuando el léxico al de la región. Posteriormente, se realizó una segunda prueba piloto en 5 familiares, donde no se observaron dificultades al momento de responder las consignas.

La misma se efectuó por ser el tercer control de validez interna para una investigación. Los instrumentos deben ser probados para asegurarse de que los individuos a quienes éstos van dirigido comprendan en forma correcta las consignas y/o preguntas a responder y para garantizar que realmente los indicadores sean los correctos y precisos para medir las variables en estudio. Esto permite valorar la confiabilidad y especificidad de los mismos para otorgarles la validez correspondiente y/o calibrarlos en caso de ser necesario.

Operacionalización de las variables

Variable 1: Edad

Concepto: Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.

Tipo: Cuantitativa simple.

Función: Independiente

Escala: Razón

Indicadores:

-Será la edad según refiera

Variable 2: Sexo

Concepto: Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.

Tipo: Cualitativa simple.

Función: Independiente

Escala: Nominal

Indicadores:

-Será el sexo según refiera

Variable 3: *Percepción de la calidad de la comunicación brindada por enfermería.*

Concepto: Proceso de estímulos recibidos y valorados acerca de la manera en que el personal de enfermería transmite información.

Tipo: Cualitativa Compleja

Función: Dependiente

Escala: Ordinal

Dimensión 1: Percepción respecto a la comunicación verbal

Indicadores:

- Las enfermeras no conversan con el familiar
- Las enfermeras orientan a los familiares durante su visita
- Las enfermeras explican a los familiares sobre los procedimientos generales que se le realizará a su paciente
- Las enfermeras utilizan un lenguaje claro y sencillo al conversar o responder alguna inquietud del familiar.
- Las enfermeras no preguntan sobre los problemas que a usted le genera la internación de su familiar
- Las enfermeras pasan en frente a los familiares sin saludarlos.
- Las enfermeras suelen orientarlo sobre la manera de hacer frente a sus sentimientos de angustia.
- Las enfermeras no responden en forma amable a las preguntas que hace los familiares de los pacientes.

Dimensión 2: Satisfacción respecto a la comunicación no verbal

Indicadores:

- Las enfermeras tienen un tono agradable al hablar con los familiares
- La enfermera explica los procedimientos que se le realiza al paciente con paciencia
- Las enfermeras fruncen la frente cuando el familiar pregunta repetidas veces sobre el mismo tema
- La enfermera lo mira de manera amable al responder alguna inquietud del familiar
- La enfermera lo recibe con una expresión indiferente
- Las enfermeras prestan atención al familiar cuando éstos les preguntan algo
- Las enfermeras dialogan serenamente con los familiares de los pacientes

- Las enfermeras se muestran molestas o muy ocupadas para atender a los familiares de los pacientes
- Cuando el familiar pregunta repetidas veces sobre lo que le han explicado, la enfermera no se muestra molesta
- Las enfermeras saludan a los familiares cuando estos llegan-Las enfermeras tienen un tono cálido al hablar con los familiares

Dimensión 3: Satisfacción respecto al apoyo emocional

Indicadores:

- Las enfermeras no propician la expresión de emociones de los familiares
- Las enfermeras aprovechan las ocasiones para dar ánimos a los familiares de los pacientes
- Las enfermeras toman la mano del familiar cuando los observan tristes y afligidos
- Las enfermeras observan la angustia de los familiares y no se acercan a tranquilizarlos
- Las enfermeras muestran poca preocupación por el estado emocional que presentan los familiares
- Las enfermeras se muestran atentas y comprensivas con los familiares de los pacientes
- Las enfermeras no suelen consolar a los familiares cuando los observa tristes o llorando
- Las enfermeras tranquilizan a los familiares con palabras de aliento
- Las enfermeras no tienen interés por saber si los familiares están tristes
- Cuando el familiar conversa con la enfermera sobre su preocupación o aflicción, ella muestra interés

En este proyecto, se tendrán en cuenta y resguardarán, los siguientes principios Bioéticos:

- **Autonomía**: se preservará la intimidad de los sujetos en estudio asegurando la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos. Mediante un consentimiento informado (Anexo II) se le describirá con detalle la naturaleza del estudio, el derecho del sujeto a rehusarse a participar o retirarse en el momento que lo deseen y los riesgos y beneficios que podrían ocurrir. Los sujetos que participen de la investigación lo harán de forma voluntaria. Se asegurará el derecho de los participantes a tomar sus propias decisiones. Es por ello, que se le informará en forma verbal el objetivo del estudio y luego en forma escrita y muy breve en el párrafo inicial del instrumento. Se firmará el consentimiento informado previo a la aplicación del instrumento. Si no desea responder alguna pregunta la podrá omitir, sin oposición y bajo ninguna circunstancia del investigador, del mismo modo en que no habrá coerción alguna.
- **Beneficencia**: El investigador protegerá a los participantes del estudio garantizando el bienestar físico, mental y social, se preservará la identidad de los que participen y cada una de sus respuestas se mantendrán en estricta confidencialidad. Se garantizará de que los beneficios siempre superen los efectos indeseables o adversos.
- **Justicia**: se considerará este principio para la selección de las personas ya que será de manera equitativa y no se ofrecerá ningún tipo de incentivo económico, todos tendrán un trato justo con preservación de su intimidad y la confidencialidad de los datos.

Personal a cargo de la recolección de datos

El personal a cargo de realizar la recolección de datos, será la autora de este proyecto y 3 enfermeros de la institución de otro sector, distribuidos en los horarios de visitas, 2 en turno mañana y 2 en turno tarde, asegurando así la cobertura diaria del personal interviniente en la investigación. Los mismos serán previamente capacitados en una reunión informativa con la presentación del instrumento, consensuando la forma en que será aplicado, disipando dudas y registrando las distintas opiniones acerca del mismo para ser tenidas en cuenta en caso de tener que realizarle modificaciones, y, cumpliendo así, el cuarto control de validez interna.

Las encuestas serán realizadas en los horarios de visita de la institución: de 12 a 13 hs o de 19 a 20 hs. Una vez que el familiar se retire de la sala de cuidados intensivos y permanezca en la sala de espera a que finalice el horario de visita, se le entregará el instrumento de recolección de datos, el cual será autoadministrable. El personal a cargo de la recolección de datos permanecerá en la sala de espera a disposición de los participantes, a fin de evacuar dudas o alguna necesidad y/o inconveniente que surja. Se le proporcionará, además, una base sólida para apoyo del mismo y lapicera, sin límite de tiempo pre-establecido, pero con devolución del mismo antes de retirarse de la institución.

Plan de análisis

Se realizará el agrupamiento de los datos obtenidos por variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones (Tabulación). El proceso de tabulación se codificará en computadora mediante la utilización de un software estadístico SPSS. Se establecerá un índice para medir cada variable.

La tabulación de los datos obtenidos de la medición de la variable percepción de la calidad de la información brindada por enfermería será a partir de los 28 indicadores con los que cuenta el instrumento. El mismo, presenta un puntaje mínimo de 28 y máximo de 140 puntos. Éste, presenta 16 indicadores con afirmaciones positivas y 12 con afirmaciones negativas.

La codificación de las afirmaciones positivas será de la siguiente manera:

- Totalmente de acuerdo: 5 puntos;
- De acuerdo: 4 puntos;
- Indeciso: 3 puntos;
- En desacuerdo: 2 puntos;
- Totalmente en desacuerdo: 1 punto.

A su vez, la codificación de las afirmaciones negativas será a la inversa:

- Totalmente de acuerdo: 1 punto;
- De acuerdo: 2 puntos;

-Indeciso: 3 puntos;

-En desacuerdo: 4 puntos;

-Totalmente en desacuerdo: 5 puntos.

El valor de cada ítem será según la respuesta elegida.

Se analizarán los datos según corte realizado por dimensión:

- Comunicación verbal (indicador 1 al 8), con 4 indicadores en positivos y 4 indicadores en negativos:

*Favorable: de 26 a 40 puntos;

*Indiferente: de 24 a 25 puntos

*Desfavorable: de 8 a 23 puntos.

- Comunicación no verbal (indicador 9 al 18), con 7 indicadores en positivos y 3 indicadores en negativos:

*Favorable: de 36 a 50 puntos

*Indiferente: de 33 a 35 puntos

*Desfavorable: de 10 a 32 puntos.

- Apoyo emocional (indicador 19 a 28), con 5 indicadores en positivos y 5 indicadores en negativos:

*Favorable: de 19 a 50 puntos

*Indiferente: de 16 a 18 puntos

*Desfavorable: de 10 a 15 puntos.

Luego, se medirá esta variable a nivel global, teniendo en cuenta todos los indicadores (del 1 al 28), tomando los resultados cómo:

*Favorable: de 78 a 140 puntos

*Indiferente: de 75 a 77 puntos

*Desfavorable: de 28 a 74 puntos.

Para la misma se utilizará una escala ordinal, y se analizarán, primero según dimensiones y luego a nivel global, frecuencias, porcentajes, mediana y moda.

A la variable edad, a través de una escala de razón, y utilizando los datos tal cual fueron recogidos, se la analizará a través de las medidas de tendencia central (media – mediana – moda). Luego se la cualificará a través de una escala ordinal según grupo etario:

*Adulto joven (entre 20 a 40 años)

*Adulto maduro: (entre 41 y 60 años)

*Adulto mayor (61 años en adelante).

Se aplicarán análisis de frecuencia, porcentaje y moda.

La variable sexo será tabulada como masculino o femenino. Se usará una escala nominal y se la analizará frecuencia, porcentaje, mediana y moda.

Tanto la variable edad como sexo, serán presentadas individualmente en un gráfico circular según porcentajes y luego en un gráfico de barra de triple entrada, separados por sexo con el correspondiente porcentaje según grupo etario.

Los datos correspondientes a la variable de la percepción de la calidad de la comunicación brindada por enfermería, primero por dimensión y luego en forma global, se presentarán en gráficos circulares a los cuales se les agregará los porcentajes correspondientes.

El análisis será univariado y multivariado, mediante estadística de tipo descriptiva y posteriormente para lograr determinar la asociación de la percepción de la calidad de la información brindada por enfermería, según edad y sexo, se trabajará en colaboración con un profesional estadístico.

Plan de trabajo y cronograma

Actividades	Sem. 1 1/4 - 7/4	Sem. 2 8/4 - 14/4	Sem. 3 15/4 – 21/4	Sem. 4 22/4 – 28/4	Sem. 5 29/4 – 5/5	Sem. 6 6/5 – 12/5	Sem. 7 13/5 – 19/5	Sem. 8 20/5 – 26/5	Sem. 9 27/5 – 2/6	Sem. 10 3/6 – 9/6	Sem. 11 10/6 – 16/6	Sem. 12 17/6 – 23/6	Sem. 13 24/6 – 30/6
Recolección de datos													
Tabulación de datos													
Reunión con estadísticos													
Análisis de datos													
Elaboración de resultados													
Conclusiones													
Redacción informe final													
Difusión de resultados													

ANEXOS

ANEXO I: GUÍA DE CONVALIDACIÓN DE SITIOS

- ¿Autorizan la realización de trabajos de investigaciones dentro de la institución?
- ¿El personal de Enfermería de la UCI colaborará con el investigador?
- ¿Qué tipo de población recibe la institución (obras sociales, prepagas, particulares)?
- La institución, ¿Cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos?
- Tomando la de cuidados coronarios, ¿Cuál es la capacidad instalada que presenta la UCI?
- ¿Qué porcentaje ocupacional presenta?
- ¿Cuál fue la cantidad aproximada de pacientes en el 2017?
- ¿Cuál es el giro cama diario presente en la misma?
- ¿Cómo es la distribución física de las camas (pabellón o box individuales)?
- ¿Cómo está distribuida la planta física?
- ¿Con qué tipo de aparatología, Sistema de monitoreo y/o tecnología cuentan?
- ¿Qué patologías prevalecen en la UCI?
- ¿Cuál es la edad mínima de recepción de un paciente?
- ¿Cuál es la edad promedio de los pacientes internados?
- ¿Hay posibilidad de contacto con los familiares de los pacientes internados?
- ¿Presenta horarios de visita pre-establecidos en hora y duración?
- ¿Cuáles son los horarios de visita?
- ¿Cuál es el tiempo de duración de la visita?
- ¿Presenta alguna restricción de edad para la visita del paciente dentro de la UCI?
- ¿Cuántos familiares por paciente tienen autorizado para las visitas?
- ¿Cuántos familiares por paciente pueden ingresar a la UCI?

- ¿Presenta una sala de espera para los familiares?
- ¿Presenta un lugar o área destinada específicamente a dar los informes a los familiares?
- ¿Es acorde la sala de espera para la cantidad de camas que tiene el servicio?
- El tiempo destinado a dar los informes, ¿es riguroso o personalizado (de acuerdo a las necesidades de los familiares)?
- Enfermería, ¿está presente junto a los médicos en el momento de brindar los informes?
- ¿Presentan un grupo interdisciplinario de trabajo para el abordaje a la familia?
- ¿Enfermería tiene la actividad de brindar información a la familia programada como tal?
- En esta institución, ¿tiene permitido Enfermería realizar ésta actividad?
- ¿Enfermería brinda un informe “formal” a los familiares de los pacientes?
- ¿Enfermería brinda información in situ a demanda (informal) a los familiares?
- ¿Qué niveles de formación tienen los enfermeros de UCI?
- ¿Qué turnos realizan estos enfermeros?
- ¿Cuál es el sistema de franco que presentan?
- ¿Cuál es la dotación total de enfermeros?
- ¿Qué relación pacientes x enfermero presentan?



FACULTAD
DE
CIENCIAS MÉDICAS

Universidad Nacional de Rosario

—Quien suscribe, Dra. Graciela Simonetti, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que Taccuini Flavia

es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El mismo/a deberá relevar datos de las Instituciones de Salud con el objeto de realizar sus
trabajos prácticos en esta actividad académica.

A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 26 días del mes de octubre de 2018.

Rosana Boes
ROSANA ROSANA
J.T.P. INVESTIGACIÓN Y TESINA
ESCUELA DE ENFERMERIA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Graciela Simonetti
Lic. Graciela Simonetti
Jefa Departamento Enfermería
Mat. N° 1950
I.C.R.
Instituto Cardiovascular de Rosario S.A.



FACULTAD
DE
CIENCIAS MÉDICAS

Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Dra. Graciela Simonetti, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que Yacovini, Flavia

.....
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.-----

El mismo/a deberá relevar datos de las Instituciones de Salud con el objeto de realizar sus
trabajos prácticos en esta actividad académica.-----

A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 31 días de octubre de 2018.


Dra. LAURA BERGALLO
Terapia Intensiva
MP 18631 - Reg. Esp. 49/183

*Unidad Terapia Intensiva
Sanatorio Mapaci*


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
JTP INVESTIGACION Y TESINA
ESCUELA DE ENFERMERIA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en el presente proyecto de investigación que tiene el propósito de determinar qué percepción tienen los familiares del paciente internado en cuidados intensivos acerca de la comunicación con el personal de Enfermería; lo cual permitirá establecer estrategias y mecanismos de mejoramiento continuo en cuanto a la realización de dicha actividad a fin de optimizar la calidad de atención hacia el paciente y su familia.

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, y teniendo confianza plena que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, asegurándome la máxima confidencialidad y la libre elección de retirarme del mismo en cualquier momento que considere.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio

Firma del Entrevistado:

DNI N°:

Fecha:

He explicado el estudio a la persona arriba representada y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

Firma del Investigador

Fecha

**ANEXO II: GUÍA DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE DE
CUIDADOS INTENSIVOS RESPECTO A LA COMUNICACIÓN (original)**

La presente escala tiene por objetivo recolectar la información acerca de la opinión que tienen los familiares del paciente, respecto a cómo la enfermera se comunica con usted

DATOS ESPECÍFICOS

Marque con una (X) lo que Usted considere como respuesta a la pregunta.

ÍTEMS	Satisfacción del Familiar del Paciente				
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
COMUNICACIÓN VERBAL					
1 Las enfermeras no conversan con el familiar	1	2	3	4	5
2 Las enfermeras orientan a los familiares durante su visita	5	4	3	2	1
3 Las enfermeras explican a los familiares sobre los procedimientos generales que se le realizará a su paciente	5	4	3	2	1
4 Las enfermeras utilizan un lenguaje claro y sencillo al conversar o responder alguna inquietud del familiar.	5	4	3	2	1
5 Las enfermeras no preguntan sobre los problemas que enfrenta debido a su paciente crítico	1	2	3	4	5
6 Las enfermeras pasan en frente a los familiares sin saludarlos.	1	2	3	4	5
7 Las enfermeras suelen orientarlo sobre la manera de hacer frente a sus sentimientos de angustia.	5	4	3	2	1
8 Las enfermeras no responden en forma cortés a las preguntas que hace los familiares de los pacientes.	1	2	3	4	5
COMUNICACIÓN NO VERBAL					

1 Las enfermeras tienen un tono cálido al hablar con los familiares.	5	4	3	2	1
2 La enfermera explica los procedimientos con paciencia.	5	4	3	2	1
3 Las enfermeras fruncen la frente cuando el familiar pregunta repetidas veces sobre un mismo tema.	1	2	3	4	5
4 La enfermera lo mira de manera cálida al responder alguna inquietud del familiar.	5	4	3	2	1
5 La enfermera lo recibe con una expresión indiferente.	1	2	3	4	5
6 Las enfermeras prestan atención al familiar cuando estos les preguntan algo	5	4	3	2	1
7 Las enfermeras dialogan serenamente con los familiares de los pacientes	5	4	3	2	1
8 Las enfermeras se muestran molestas o muy ocupadas para atender a los familiares de los pacientes	1	2	3	4	5
9 Cuando el familiar pregunta repetidas veces sobre lo que le han explicado, la enfermera no se muestra molesta.	5	4	3	2	1
10 Las enfermeras saludan a los familiares cuando estos llegan	5	4	3	2	1
APOYO EMOCIONAL					
1 Las enfermeras no propician la expresión de emociones de los familiares.	1	2	3	4	5
2 Las enfermeras aprovechan las ocasiones para dar ánimo a los familiares de los pacientes.	5	4	3	2	1
3 Las enfermeras toman la mano del familiar cuando los observan tristes y afligidos	5	4	3	2	1
4 Las enfermeras observan la angustia de los familiares y no se acercan a tranquilizarlos	1	2	3	4	5
5 Las enfermeras muestran poca preocupación por el estado emocional que presentan los familiares	1	2	3	4	5
6 Las enfermeras se muestran atentas y comprensivas con los familiares de los pacientes	5	4	3	2	1

7 Las enfermeras no suelen consolar a los familiares cuando los observan tristes o llorando	1	2	3	4	5
8 Las enfermeras tranquilizan a los familiares con palabras de aliento	5	4	3	2	1
9 Las enfermeras no tienen interés por saber si los familiares están tristes	1	2	3	4	5
10 Cuando el familiar conversa con la enfermera sobre su preocupación o aflicción, ella muestra interés	5	4	3	2	1

Autor: (Yauri & Quispe, 2017)

ANEXO II: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (Adaptado)

Sr./Sra./Srta., le saludo cordialmente. Soy Flavia Yaccuzzi, Enfermera asistencial, y estoy recolectando datos para un estudio a fin de obtener información sobre la percepción que ustedes tienen acerca de la comunicación con los Enfermeros en la unidad de cuidados intensivos. Esta investigación está siendo proyectada como parte de mi tesina a fin de obtener el título de Grado (Licenciatura) en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario (UNR).

Espero sus respuestas sinceras y veraces, expresándoles que es de **carácter anónimo** y **confidencial**, y agradeciendo por anticipado su colaboración.

INSTRUCCIONES:

Marque con una (X) o complete con su respuesta.

Datos generales:

Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad:

Encierre con un circulo (○) o marque con una (X) la alternativa que considera adecuada.

ÍTEMS	Satisfacción del Familiar del Paciente				
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
COMUNICACIÓN VERBAL					
1.-Las enfermeras no conversan con el familiar	1	2	3	4	5
2.-Las enfermeras orientan a los familiares durante su visita	5	4	3	2	1
3.-Las enfermeras explican a los familiares sobre los procedimientos generales que se le realizará a su paciente	5	4	3	2	1
4.-Las enfermeras utilizan un lenguaje claro y sencillo al conversar o responder alguna Inquietud del familiar.	5	4	3	2	1
5.-Las enfermeras no preguntan sobre los problemas que a usted le genera la internación de su familiar	1	2	3	4	5
6.-Las enfermeras pasan en frente a los familiares sin saludarlos.	1	2	3	4	5
7.-Las enfermeras suelen orientarlo sobre la manera de hacer frente a sus sentimientos de angustia.	5	4	3	2	1
8.-Las enfermeras no responden en forma amable a las preguntas que hace los familiares de los pacientes.	1	2	3	4	5

ÍTEMS	Satisfacción del Familiar del Paciente				
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
COMUNICACIÓN NO VERBAL					
9.-Las enfermeras tienen un tono agradable al hablar con los familiares	5	4	3	2	1
10.-La enfermera explica los procedimientos que se le realiza al paciente con paciencia	5	4	3	2	1
11.-Las enfermeras fruncen la frente cuando el familiar pregunta repetidas veces sobre el mismo tema	1	2	3	4	5
12.-La enfermera lo mira de manera amable al responder alguna inquietud del familiar	5	4	3	2	1
13.-La enfermera lo recibe con una expresión indiferente	1	2	3	4	5
14.-Las enfermeras prestan atención al familiar cuando éstos les preguntan algo	5	4	3	2	1
15.-Las enfermeras dialogan serenamente con los familiares de los pacientes	5	4	3	2	1
16.-Las enfermeras se muestran molestas o muy ocupadas para atender a los familiares de los pacientes	1	2	3	4	5
17.-Cuando el familiar pregunta repetidas veces sobre lo que le han explicado, la enfermera no se muestra molesta	5	4	3	2	1
18.-Las enfermeras saludan a los familiares cuando estos llegan	5	4	3	2	1

ÍTEMS	Satisfacción del Familiar del Paciente				
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
APOYO EMOCIONAL					
19.-Las enfermeras no propician la expresión de emociones de los familiares	1	2	3	4	5
20.-Las enfermeras aprovechan las ocasiones para dar ánimos a los familiares de los pacientes	5	4	3	2	1
21.-Las enfermeras toman la mano del familiar cuando los observan tristes y afligidos	5	4	3	2	1
22.-Las enfermeras observan la angustia de los familiares y no se acercan a tranquilizarlos	1	2	3	4	5
23.-Las enfermeras muestran poca preocupación por el estado emocional que presentan los familiares	1	2	3	4	5
24.-Las enfermeras se muestran atentas y comprensivas con los familiares de los pacientes	5	4	3	2	1
25.-Las enfermeras no suelen consolar a los familiares cuando los observa tristes o llorando	1	2	3	4	5
26.-Las enfermeras tranquilizan a los familiares con palabras de aliento	5	4	3	2	1
27.-Las enfermeras no tienen interés por saber si los familiares están tristes	1	2	3	4	5
28.-Cuando el familiar conversa con la enfermera sobre su preocupación o aflicción, ella muestra interés	5	4	3	2	1

Fuente: (Yauri & Quispe, 2017). Modificado por la autora.

¡Muchas gracias por su tiempo y su colaboración!

ANEXO III: RESULTADOS DEL ESTUDIO EXPLORATORIO

Previo a la selección del sitio, se realizó una exploración de las distintas instituciones privadas de la ciudad de Rosario para constatar cuales cuentan con algún tipo de cuidados intensivos. El resultado de la misma, arrojó que Rosario alberga a 17 Instituciones consideradas de alta complejidad, en donde todas presentan al menos, un tipo de Unidad de Cuidados Intensivos. Todas estas instituciones se caracterizan por atender a pacientes con obras sociales, prepagas y particulares, no solo de la ciudad, sino de toda la región y siendo centro de referencia tecnológico y de especialidades de la Provincia.

Se realiza un estudio exploratorio en 2 de ellas con similares características, y se elige la que cumpla de manera más óptima con los criterios de elegibilidad.

Se escoge una institución que se especializa específicamente en cardiología. Además de trabajar con obras sociales, particulares y prepagas, presenta un convenio con los efectores públicos para determinadas patologías cardiovasculares de alta complejidad y/o trasplante cardiaco. La misma, cuenta con una Unidad de Cuidados Coronarios (UCO)- la cual es elegida como sitio para la investigación-, que excepto traumatología y quemados, recibe todo tipo de patologías (polivalente); una Unidad de Recuperación Cardiovascular- siendo la única institución privada de la ciudad que cuenta con esta característica-, y la Unidad de Cuidados Coronarios Individual, que funciona como sala de cuidados intermedios.

Por otra parte, cuenta con un comité de investigación y docencia conformado por representantes (jefes o coordinadores de área) de la institución que se reúnen periódicamente cada 15 días para corrección, evaluación y posterior difusión de trabajos de investigaciones internas. El personal de enfermería de la institución, es por lo general accesible y colaborador en cuanto a brindar o recoger información solicitada para estos eventos.

La UCO se encuentra en el segundo piso de la primera ala de la institución. Presenta una distribución tipo apabellonada en forma de corchete ([), con un box para aislados. En uno de sus laterales presenta una puerta que comunica con la antesala general de Recuperación Cardiovascular, quirófanos, central de esterilización, y accesos internos del personal. En el mismo lateral y dentro de la sala hay un pequeño baño para los

pacientes y al lado, el box. En el otro lateral, se encuentra un pequeño pasillo que lleva al office médico, sala de espera y puerta de ingreso y accesos del público general. En el medio de la sala, está el office de enfermería con el área limpia para la preparación de medicación y hacia atrás, hay un pasillo que conecta con la sala de Recuperación Cardiovascular y es donde se encuentra el área sucia. Se cuenta con sistemas de monitoreo y tecnología bastante actualizadas. Los monitores son automáticos, con monitoreo de todos los signos vitales y con las opciones para Dióxido de carbono (CO₂) en pacientes intubados, presión arterial media (PAM) y Swan Ganz, conectados todos a un monitor central ubicado en el office de enfermería. Además, se cuenta con electrocardiógrafo y cardiodesfibrilador, ventiladores para asistencia mecánica ventilatoria, equipo de ecografía, equipo para balón de contrapulsación aórtico y equipo para hipotermia terapéutica. Todas las camas presentan un panel propio con boquillas de oxígeno y aire comprimido para conexión de los respiradores, y boquillas de salida para oxígeno y aspiración. Se cuenta con todo tipo de materiales descartables y medicación en el stock de la sala y con reservas en farmacia. No hay faltantes de ropa de cama ni abrigo, y las chatas y papagayos son individualizados para cada paciente.

Presenta una capacidad instalada para 10 camas, con un porcentaje ocupacional aproximado del 90% y un giro cama de entre 2 y 3 (2,7), por lo que desde junio de 2016 a junio de 2017 hubo un ingreso aproximado de 985 pacientes a la UCO.

En la misma, prevalecen las patologías cardiovasculares y arritmias, con un promedio de edad de los pacientes entre 50 y 60 años de edad. si bien la edad mínima que se han recibidos pacientes fue de 14 años, fue en un contexto especial, y por lo general, se reciben a partir de los 18 años y no son frecuentes.

Los enfermeros encargados de la atención directa a los pacientes, son todos Enfermeros profesionales o Licenciados en enfermería, no hay auxiliares. Con una dotación total de 16 enfermeros, presenta un sistema de 3 días de trabajo por 2 días de franco, cumpliendo turnos fijos y divididos en 3 franjas horarias de 8 hs cada una, a saber, de 6 a 14hs, de 14 a 22hs y de 22 a 06hs; y tienen una relación de 4 o 5 pacientes a cargo x enfermero.

Los horarios de visitas son pre- establecidos en cuanto a la hora y a la duración. Los mismos son a las 12hs y a las 19hs, y si bien la duración estipulada es de 1 hora, puede haber excepciones en donde se extienda ese tiempo si no hay urgencias o ingresos imprevistos, como acortarse en caso de que algo de esto ocurriese. Los informes médicos se dan en los horarios de visitas, antes del ingreso de los familiares a la sala de

UCI, y el tiempo que se le dedica a los mismos es personalizado, acorde a las necesidades de los familiares. Al momento de los informes, enfermería no participa de los mismos ni tiene programada esa actividad como tal, pero sí tiene permitido- y lo debe hacer- brindar información in situ y/o a demanda siempre y cuando lo que se brinde sea pertinente a la profesión y estar dentro de las incumbencias de enfermería.

En cuanto a la cantidad de familiares por pacientes que pueden acudir, no hay establecido una cantidad específica, habiendo restricción de ingreso a menores de 14 años. A la sala de UCI pueden ingresar 2 familiares por paciente en forma conjunta, e ir turnándose para el ingreso, mientras se espera en la sala destinada a tal fin, la cual se encuentra al lado de la puerta de ingreso general, y en donde está la sala de informes. La misma presenta 3 filas de sillas destinadas a la comodidad de los familiares.

Respecto al abordaje emocional de los familiares y pacientes, la institución cuenta con un grupo compuesto por la supervisión de los diferentes servicios para la contención en el momento y en casos especiales, y un grupo de psicólogos y psiquiatras de guardia pasiva al llamado médico.

ANEXO IV: RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO DEL INSTRUMENTO

La aplicación de la prueba piloto fue de forma accidental en los familiares de los pacientes internados en la UCI de la institución elegida para llevar a cabo la investigación y se la realizó en la sala de espera de la misma mientras aguardaban el ingreso de visita. Se comenzó a realizar las encuestas, luego de haberles comentado el objetivo y propósito de las mismas, asegurarles el carácter anónimo y confidencial de sus respuestas y firmado el consentimiento informado. Se les pidió, además, que si no se comprendía algún ítem, que lo marquen por fuera del casillero para luego poder explicárselo, y tenerlo en cuenta para su adecuación en caso de que fuese necesario.

Se eligió el día lunes por ser el que presenta mayor cantidad de ingresos (debido a las internaciones programadas), y en los horarios de visita de 12 a 13hs y de 19 a 20hs.

El tiempo estimativo que llevó contestar la encuesta fue aproximadamente de 10 a 13 minutos, y se la aplicó a 4 familiares.

Las personas que realizaron la encuesta leyeron la consigna detenidamente y no hubo dificultad en la comprensión de la misma; los datos de sexo y edad se observó que fue fácil de marcar. En cuanto a la parte referida a la satisfacción, hubo indicadores que presentaron problemas con el léxico original del instrumento, por lo que se realizaron las siguientes modificaciones:

Indicadores originales	Indicadores adaptados
<i>Las enfermeras no preguntan sobre los problemas que enfrenta debido a su paciente crítico</i>	<i>Las enfermeras no preguntan sobre los problemas que a usted le genera la internación de su familiar</i>
<i>Las enfermeras no responden en forma cortés a las preguntas que hacen los familiares de los pacientes</i> <i>Las enfermeras tienen un tono cálido al hablar con los familiares</i>	<i>Las enfermeras no responden en forma amable a las preguntas que hacen los familiares de los pacientes</i> <i>Las enfermeras tienen un tono agradable al hablar con los familiares</i>
<i>La enfermera explica los procedimientos con paciencia</i>	<i>Las enfermeras explican con paciencia los procedimientos que se le realizará al paciente</i>

<i>La enfermera lo mira de manera cálida al responder alguna inquietud del familiar</i>	<i>La enfermera lo mira de manera amable al responder alguna inquietud como familiar</i>
---	--

Se realizó una segunda prueba piloto con el cuestionario modificado, donde el tiempo promedio para responderlo fue entre 5 y 8 minutos y se lo aplicó a 5 familiares. Como en el anterior, no hubo dificultad en la comprensión de la consigna ni con los datos de sexo y edad. En cuanto a lo referido sobre satisfacción, se observó una disminución del tiempo para completarlo y no se detectaron dudas sobre las afirmaciones.

Los formularios debían ser probados para generar el tercer control de validez interna, constatar si las personas que participaron de la prueba comprendieron los ítems de la encuesta y si hay que modificar, agregar o sacar algo de la misma, para poder ser interpretada correctamente por el participante.



FACULTAD
DE
CIENCIAS MÉDICAS

Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Dra. Graciela Simonetti, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que.....Valencia Flavia.....

.....
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.-----

El mismo/a deberá relevar datos de las Instituciones de Salud con el objeto de realizar sus
trabajos prácticos en esta actividad académica.-----

A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los.....5 días.....del mes de.....Noviembre.....de.....2018.....

Lic. CATALINA GÓMEZ
Jefa de Departamento Enfermería
I.C.R.
Instituto Cardiovascular de Rosario S.A.
5/11/18

Rosario Flores
NORIS ROSARIO
I.T.P. INVESTIGACIÓN Y TESINA
ESCUELA DE ENFERMERIA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

BIBLIOGRAFÍA

- Achurry, D., & M, P. (2016). La comunicacion con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermeria Universitaria*, 13(1). Recuperado el 25 de 8 de 2018, de www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000100055
- Arteaga, F., & Zea, M. (2014). Relevancia de la comunicacion con los familiares de los pacientes de las unidades de cuidados criticos del Hospital IESS Milagro. *UNEMI*, 16-21.
- Ayllon N., e. a. (Abril - Junio de 2014). Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. *Enfermeria Intensiva*, 25, 72-77.
- Bautista Rodriguez, L., & al, e. (2016). Percepcion de los familiares de pacientes criticos hospitalizados respecto a la comunicacion y apoyo emocional. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1297-1309. Recuperado el Junio de 2018, de dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330
- Bernal-Ruiz, D., & al, e. (2014). Cuidado de enfermeria para la familia del paciente critico desde la teoria de la comprension facilitada. *Enfermeria Universitaria*, 154-163. Recuperado el 2018, de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-cuidado-enfermeria-familia-del-paciente-S1665706314709285>
- C. Padilla-Fortunatti, e. a. (25 de 9 de 2017). Necesidades de los familiares de pacientes críticos en un hospital académico de Chile. *Enfermeria Intensiva*, 29(1), 32-40. Recuperado el 1 de 9 de 2018
- Carreño Farromeque, M., & Hurtado Moreno, G. (2017). Percepcion de la comunicacion y satisfaccion de los cuidados de enfermeria por pacientes post operados inmediatos en la unidad de recuperacion. Lima, Peru: Repositorio universitario.
- Castillo, E., & al, e. (27 de 06 de 2005). Satisfaccion de los familiares cuidadores con la atencion en salud dada a adultos y niños con cáncer. *Colombia Médica*, 36(3), 43-49. Recuperado el 29 de 08 de 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28310106>

- Chavez, A., & Molina, J. (2015). Evaluacion de la calidad de tencion en salud mediante el modelo de Avedis Donabedian en el area de emergencia. San Salvador, El Salvador: Repositorio universitario Universidad de El Salvador.
- Cullen M., Y. N. (2017). Cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos. En SATI, *Proecri* (págs. 158-162). Editorial medica Panamericana.
- De Riso, S. (2014). Familia y crisis en el fin del siglo: permanencia y cambio. En C. d. Psicología, *Compilacion Bibliografica* (págs. 71-81). Rosario: Espacio editorial.
- Escudero D, e. a. (agosto - septiembre de 2014). Por una UCI de puertas abiertas, mas confortable y humana. es tiempo de cambio. *Elsevier*, 38, 371-375.
- Espinoza-Suarez, N., & al, e. (abril-junio de 2017). Conspiración de silencio: una barrera en la comunicacion medico, paciente y familia. *Revista de Neuro - Psiquiatria*, 80(2), 125-136. Recuperado el octubre de 2018, de www.redalyc.org/articulo.oa?id=372051876006
- Fernandez Sotelo, S. (2015). Las necesidades de los familiares del paciente critico en una Unidad de Cuidados Intensivos. La Coruña, Galicia, España: Repositorio Universitario.
- Fernández-Carbonell, M. J., & al, e. (Mayo de 2012). Satisfaccion de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalizacion Psiquiatrica. (U. d. Murcia, Ed.) *Anales de psicologia*, 28(2), 378-386. Recuperado el Agosto de 2018, de www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723135008
- Galvis Lopez, C., & al, e. (2014). Percepcion de necesidades en cuidadores familiares de adultos internados en una unidad de cuidados intensivos de una institucion prestadora de salud privada. *Investigacion en Enfermeria*, 16(2), 81-94. Recuperado el octubre de 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145232887006>
- Garcia Avendaño, D., & al, e. (2015). Efectividad del modelo de cuidado de enfermeria para la familia de paciente con infarto agudo de miocardio en la unidad de cuidados intensivos. *Cuidarte*, 923-31. Recuperado el 2018, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2216-09732015000100007&lng=e&nrm=iso

- Garza Hernandez, R., & al, e. (2015). Traducción y validación del instrumento "Satisfacción de los padres con el cuidado pediátrico (SPCP)". *Cuidado y Salud*, 2(2), 195-202. Recuperado el Agosto de 2018, de www.eeplt.edu.pe/revista
- Gil Lacruz, M., & al, e. (2007). Percepción de la salud según sexo y edad. (Redalyc.org, Ed.) *Revista de Ciencias Sociales*, III-IV(117-118), 183-195. Recuperado el 2018
- Gonzales Bustamante, E., & al, e. (2016). Nivel de percepción de la familia del paciente hospitalizado respecto al cuidado enfermero en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Lambayeque - Chiclayo. Lambayeque, Chiclayo, Peru: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Recuperado el 2018, de <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/1057>
- Holanda Peña, M. S. (2016). Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. Cantabria, España: Repositorio Hospital Universitario Marqués de Valdecilla Santander. Recuperado el 2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569114000138>
- Jiménez-Ocampo, V., & al, e. (2013). Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. 2(13). (R. Universitario, Recopilador) Aquichan, Colombia. Recuperado el 2018, de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/printerFriendly/2407/3220>
- Martin-Rodriguez, A., & al, e. (2007). Influencia de la Unidad de Cuidados Intensivos en los familiares de pacientes con mala calidad de vida. *International journal of clinical and health psychology*, 7(1), 71-82. Recuperado el Octubre de 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770105>
- Massip Perez, C., & al, e. (2008). *The evaluation of health satisfaction: a challenge for quality*. La Habana, Cuba: Revista Cubana de Salud Publica. Recuperado el 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013
- Mendes Vieira, J., & al, e. (enero a marzo de 2013). Sentimientos vivenciados por familiares de pacientes internados en el centro de terapia intensiva adulto. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(1).

- Ortiz Espinoza, R., & al, e. (2004). Satisfaccion de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, Mexico. *www.scielo.org*. Recuperado el 03 de 09 de 2018, de www.scielo.org/scielo.php?pid=S1135-57272004000400010&script=sci_arttext
- Padilla Fortunatti, C., & al, e. (25 de 9 de 2017). Necesidades de los familiares de pacientes criticos en un hospital académico de Chile. *Enfermeria Intensiva*, 29(1), 32-40. Recuperado el 1 de 9 de 2018, de www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidades-los-familiares-pacientes-criticos-S1130239917300974
- Perez Cardenas, M., & al, e. (5 de Mayo de 2004). Valoracion del grado de satisfaccion de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 28(5), 237-49. Recuperado el 03 de 09 de 2018, de www.medintensiva.org/es/content/articulo/13062421/
- Pietro Renata, T. M. (2018). *Enfermeria en cuidados intensivos* (2018 ed.). Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Panamericana. Recuperado el Septiembre de 2018
- Portieles, A. C. (2002). *Crisis, familia y psicoterapia*. La Habana: Ciencias medicas.
- Ramirez, O., & al, e. (Octubre de 2016). Encuesta de satisfaccion con el cuidado de la salud en las personas con enfermedad cronica. *Enfermeria Global*(44), 321-330. Recuperado el Agosto de 2018, de www.um.es/eglobal/
- Santana Cabrera, L., & al, e. (2007). Encuesta de satisfaccion a los familiares de pacientes criticos. *Med Intensiva*, 31(2), 57-61. doi:10.1016/S0210-5691(07)74776-9
- Santana Freitas, K., & al, e. (2007). Necesidades de los familiares de pacientes en unidades de terapia intensiva: analisis comparativo entre hospital publico y privado. *Revista Latinoamericana de Enfermagen*.
- Torre, M. (2016). El papel de la familia en la unidad de cuidados intensivos. En SATI, *PROECRI* (págs. 169-186). Avellaneda, Buenos Aires, Argentina: Editorial medica Panamericana.
- Torrents, R., & al, e. (2003). Impacto de los familiares del paciente critico ante una acogida protocolizada. *Elsevier*, 49-61. Recuperado el Junio de 2018, de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239903781048>

Yauri, M., & Quispe, R. (2017). Nivel de satisfaccion del familiar del paciente respecto a la comunicacion brindada por la enfermera de cuidados intensivos. Arequipa, Peru: Repositorio Universidad Nacional de San Agustin de Arequipa. Recuperado el 2018, de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4606>