

PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS HOSPITALIZADOS RESPECTO A LA COMUNICACIÓN Y APOYO EMOCIONAL

PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS INTERNADOS EM RELAÇÃO À COMUNICAÇÃO E APOIO EMOCIONAL

PERCEPTION OF RELATIVES OF HOSPITALIZED CRITICAL PATIENTS IN RELATION TO COMMUNICATION AND EMOTIONAL SUPPORT

Luz Marina Bautista Rodríguez¹, María Fernanda Arias Velandia², Zury Ornella Carreño Leiva²

Histórico

Recibido:

05 de Enero de 2016

Aceptado:

17 de Abril de 2016

1 Magíster en Enfermería con Énfasis en Gerencia en Servicios de Salud. Docente Titular, Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. Autor para Correspondencia. E-mail: luzmarinabr@ufps.edu.co

2 Estudiantes Especialización Cuidado de Enfermería al Paciente Crítico. Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. E-mails: mfernanda1120@hotmail.com, zury.enfermera.ufps@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La familia cumple un papel importante en el entorno del paciente, la complejidad en los servicios de unidad de cuidados intensivos, generan en el núcleo familiar crisis emocional situacional manifestada en angustia y estrés. Objetivo: Evaluar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico respecto a la comunicación verbal y no verbal, y el apoyo emocional brindado por el personal de enfermería durante la hospitalización en la unidad de cuidado intensivo de una clínica de IV nivel de la ciudad de Cúcuta. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 200 familiares; para la recolección de la información se utilizó el instrumento: (Percepción de los Familiares de los Pacientes Críticos), respecto a la intervención de Enfermería durante su Crisis Situacional. **Resultados:** La percepción global de los familiares, es favorable en un 80% expresando una connotación positiva. **Discusión:** Los familiares de los pacientes ven la labor de enfermería como un comportamiento de cuidado humanizado centrado en la valoración del ser humano como un ser holístico, donde el cuidado brindado estuvo caracterizado por comportamientos como: la empatía, la comunicación efectiva, el afecto y el tacto. **Conclusiones:** Humanizar la unidad de cuidado intensivo permite reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales, una familia participativa es una familia más sana con más herramientas para luchar contra la desesperanza que genera el ingreso de un paciente a los servicios de hospitalización crítica.

Palabras clave: Humanización de la Atención, Empatía, Familia, Percepción, Comunicación. (Fuente: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>

RESUMO

Introdução: A família desempenha um papel importante no ambiente do paciente, a complexidade dos serviços de unidade de terapia intensiva, geram no núcleo da família uma crise emocional situacional que se manifesta em ansiedade e estresse. Objetivo: Avaliar a percepção dos familiares de pacientes críticos em relação a comunicação verbal e não-verbal, e o apoio emocional oferecido por o pessoal da enfermagem durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva de uma clínica de nível IV na cidade de Cúcuta. **Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo quantitativo de corte transversal. A amostra foi composta por 200 familiares; para a coleta de dados foi usado o instrumento: (Percepção de Familiares de Pacientes Críticos), em relação à intervenção de enfermagem durante a crise situacional. **Resultados:** A percepção global dos familiares, é favorável em 80% expressando uma conotação positiva. **Discussão:** Os familiares de pacientes vêm o trabalho da enfermagem como um comportamento de cuidado humanizado focado na valorização do ser humano como um ser holístico, onde o cuidado oferecido foi caracterizado por comportamentos tais como empatia, comunicação efetiva, afeto e o tacto. **Conclusões:** Humanizar a unidade de terapia intensiva permite reconhecer a família como um eixo central de todas as ações de assistência, uma família participativa é uma família saudável, com mais ferramentas para lutar contra o desespero que gera a internação de um paciente na unidade de terapia intensiva.

Palavras chave: Humanização da Assistência, Empatía, Família, Percepção, Comunicação. (Fonte: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>

ABSTRACT

Introduction: Family plays an important role in the patient's environment, the complexity in the intensive care unit services generates situational and emotional crisis in the immediate family which causes anxiety and stress. Objective: To evaluate the perception of the relatives of critical patients about the verbal and nonverbal communication, and the emotional support provided by nursing staff during hospitalization in the intensive care unit which belong to a IV social level clinic in Cucuta city. **Materials and Methods:** A quantitative and descriptive cross sectional study was conducted. The sample consisted of 200 relatives; for data collection was used as instrument. (Perception of the Relatives of Critical Patients), according to the nursing work during the situational crisis. **Results:** The perception of the family is favorable by 80% expressing a positive connotation. **Discussion:** Relatives of patients consider the work of nursing as humanized behavior care focused on the valuation of the human being as a holistic being, where the care given was characterized by behaviors such as empathy, effective communication, affection and touch. **Conclusions:** To humanize the intensive care unit allows recognizing the family as a central axis for all assistance actions; a collaborative family is a healthy family, which has more tools to fight against despair that generates the income of patients to the critical hospitalization service.

Key words: Humanization of Assistance, Empathy, Family, Perception, Communication. (Source:DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>

Cómo citar este artículo: Bautista LM, Arias MF, Carreño ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Rev Cuid. 2016; 7(2): 1297-1309. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
© 2016 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define familia como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial”. En una familia, los miembros interactúan en una diversidad de roles que surgen de las necesidades individuales y de las del grupo de su entorno (padres, hijos, etc.). La enfermedad de un miembro de la familia puede causar grandes cambios, provocando en ella un alto riesgo de inadaptación entrando en un estado de crisis y en una experiencia emocionalmente muy dolorosa^{1,2}.

La familia cumple un papel importante en el entorno del paciente, toda vez que la complejidad y gravedad en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), cobran mayor dimensión y provocan situaciones de angustia y elevados grados de estrés. Está reportado en la literatura “el aumento de los niveles de estrés en las familias que se encuentran en las unidades donde existe más tecnología médica y más vigilancia por parte del equipo sanitario”^{1,2}; Torrents et al², refuerzan la idea de que “los familiares de un paciente ingresado en la UCI sufren ansiedad, desorganización y necesidad de ayuda, sobre todo las primeras 18-24 horas posteriores al ingreso”. Por lo tanto, el núcleo familiar involucrado requiere tanto de apoyo emocional como de una excelente y clara comunicación sobre el estado de salud del paciente.

La Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), es un servicio de alta complejidad de atención, en donde más sufren los familiares, pues la pérdida de la salud supone una crisis situacional; en la que el núcleo familiar experimenta reacciones emocionales significativas (estrés, miedo, depresión, angustia, soledad, incertidumbre, llanto) y se requieren de mecanismos afectivos y de afrontamiento para restaurar el equilibrio; en estas circunstancias, el apoyo emocional y soporte comunicativo por parte del personal de enfermería ayuda a amortiguar el entorno hospitalario de la UCI³.

El proceso de la enfermedad afecta no sólo a la persona, sino que se extiende al ámbito de las relaciones familiares. Como dice Ruiz⁴ y Bernat et al⁵, “el ingreso de un paciente en la unidad de cuidados intensivos supone una ruptura de la unidad paciente-familia agravada por la frecuente incapacidad de la familia para recibir información y expresar sus propios deseos e inquietudes”. Si a esto

se le agrega el potencial déficit de comunicación con el personal asistencial, se podrían generar situaciones inquietantes para el usuario-paciente y/o familia, que llevaría a producir conflictos interpersonales afectando de manera negativa la calidad percibida en la asistencia por la familia del paciente crítico. Partiendo de estas premisas, se puede afirmar que las familias no son solo visitantes en el entorno de la UCI, sino que son una extensión del paciente y experimentan el proceso de cuidado al lado de su familiar.

La familia del paciente crítico hospitalizado en una UCI requiere cuidados, atención e información oportuna. Por lo tanto, vale la pena conocer las manifestaciones de la experiencia vivida por estos familiares como planteamiento de un problema, para buscar soluciones y estrategias de apoyo⁶. Se ha documentado que el ingreso de una persona en la UCI altera el normal funcionamiento del círculo familiar al que pertenece, de ahí la importancia del familiar. El familiar se convierte en pieza fundamental del cuidado de la persona hospitalizada, la familia del paciente crítico hospitalizado en una UCI requiere de cuidado, atención e información oportuna. Con frecuencia, se les observa en las salas de espera con manifestaciones de diferente índole de acuerdo con el contexto de sus vivencias y necesidades. Es conocido de cualquiera, que las primeras visitas pueden ser alarmantes; crean angustia, expectativas en relación con la cantidad de dispositivos de monitoreo, equipos de mantenimiento de la vida y controles ambientales necesarios para garantizar un cuidado con calidad⁶.

La familia debe ser entendida como sugiere Pérez⁷ “una unidad en la que al producirse una alteración o transformación de uno de los integrantes de este grupo humano, influirá indefectiblemente en todos los demás, generando en algunos casos su disfuncionalidad”. Para Canty “la familia es un grupo cuyo integrantes se interrelacionan y están sujetos a la influencia del entorno y por lo tanto a hospitalización de uno de ellos creará una situación de crisis”⁸. Las experiencias que viven los familiares al separarse un miembro de la familia, debido a la hospitalización, desencadena una serie de reacciones emocionales, el cual se ve intensificado en relación a la gravedad de la enfermedad.

Así mismo, “los familiares de los pacientes hospitalizados en un servicio especialmente en la UCI, necesitan frecuentemente cuidados que preserven su salud física y mental, requiriendo establecer una estrecha relación con alguien a quien poder confiar sus dificultades, preocupaciones, dolencias, y sus crisis de

desaliento”⁹. De ahí la importancia de la participación de la enfermera (o) que son el nexo entre la familia y los demás integrantes del equipo de salud, por su permanencia continua, que permite ayudar al paciente y familia a adaptarse a su nueva forma de vida, favoreciendo así su rehabilitación integral.

Entre las necesidades que se consideran más importantes para las familias, se destacan las de seguridad, información, proximidad y apoyo emocional. El impacto emocional comienza en el momento en que el paciente ingresa al hospital, y se profundiza cuando el enfermo ingresa a la UCI¹⁰. La familia sufre de ansiedad, angustia, estrés, todo esto producido por situaciones como: pérdida del contacto, inseguridad, y la inestabilidad que surge frente a la posibilidad de muerte; sentimientos negativos de aprehensión o temor sobre el área hospitalaria.

Por otro lado, “la percepción es un proceso a través del cual se tiene conciencia de lo que ocurre alrededor y en nuestro interior, es obviamente algo más que una imagen del mundo proporcionado por los sentidos, puesto que participan la comprensión y el significado aunque la experiencia desempeña un papel importante y las características del sujeto que percibe los conocimientos, necesidades, intereses y las emociones que puedan influir en forma positiva y negativa”¹¹.

Según Day “la percepción es un proceso que resulta de la interacción de las condiciones de los estímulos por una parte y otra de los factores internos que corresponden al observador, además de los factores externos”¹², “La percepción se puede evaluar midiendo elementos importantes como: trato digno, definido como el respeto a los derechos humanos y a las características de las personas, respeto, como la virtud por la cual se reconoce y se tiene presente de manera habitual la dignidad de las personas, como seres únicos e irrepetibles, así como sus derechos según su condición y circunstancias, y profesionalismo, entendido como la actitud y capacidad elevada para desempeñarse en una actividad”¹³.

En la atención ofrecida en las Instituciones de salud, específicamente en servicios de cuidado crítico, la comunicación enfermera (o) familia en la UCI es un elemento fundamental para brindar cuidado, Carbelo et al¹⁴ definió la comunicación como “un proceso dinámico fundamental para la existencia, el crecimiento, el cambio y la conducta de todos los seres vivos, ya sean individuos u organizaciones”. La comunicación es un concepto más amplio que la información, si bien esta es uno de sus componentes esenciales, sin embargo

muchos profesionales confunden o usan indistintamente los términos de comunicación e información. Informar es dar noticias sobre algo y es un hecho más puntual. “Comunicar requiere al menos dos personas y ello implica relación, nos comunicamos en la medida que nos relacionamos”¹⁵.

Existen muchas formas para establecer comunicación, en el caso del personal de enfermería con el paciente y/o la familia, la más utilizada es la comunicación verbal, que permite una retroalimentación de inmediato; sin embargo, también es importante aquello que se transmite no solo con las palabras o la emisión de sonidos, sino también con los gestos y expresiones (comunicación no verbal); y es allí donde la capacidad de observación adquiere un papel destacado. La atención en salud, no solo consiste en observar signos y síntomas que pueden ser causados por una determinada enfermedad, sino también se fundamenta en reconocer la respuesta a las diferentes acciones que realiza el personal¹⁶.

Con relación a la formas de comunicación, se encuentra la comunicación de tipo verbal y la de tipo no verbal. Al respecto, algunos autores definen la comunicación verbal como “la que emplea palabras habladas o escritas. El lenguaje verbal es un código que trasmite un significado específico cuando se combinan las palabras. Los elementos que comprenden la comunicación verbal son: el vocabulario, los significados denotativo y connotativo, el ritmo, la entonación, la claridad, la brevedad y la relevancia, los que se definen para la comprensión”¹⁵. La comunicación verbal, el habla y su contenido, dependen en su mayor parte de la formación del profesional.

La comunicación no verbal es el lenguaje corporal y también los sentimientos que el emisor experimenta en el curso de la comunicación, pues al entablar un diálogo se transmiten sentimientos. “El lenguaje corporal es un poderoso medio de comunicación, puesto que sin escribir ni hablar se transmite más de lo que se quiere decir. La comunicación no verbal no es consciente y, por tanto, no modulable”. La comunicación no verbal se realiza a través de: el tono de voz, la mirada, la apariencia física, la postura y la marcha, la expresión facial (gestos) y la expresión corporal¹⁷.

Para los familiares informarse a través del personal terapéutico, puede ser difícil, porque que los perciben como muy ocupados y temen molestarlos; al mismo tiempo, no suele existir un lugar específico para intercambiar impresiones entre familiares y profesionales del equipo terapéutico, aumentando de

esta forma, la ansiedad y el sentimiento de impotencia de los miembros de la familia. Esta situación lleva a los familiares a tomar conversaciones de los pasillos, a la interpretación de gestos, miradas y palabras, de las que extraen sus propias conclusiones, muchas veces erróneas acerca del personal de salud de la UCI¹⁸.

“La comunicación debe nutrirse de aspectos tales como: sencillez, claridad, momento e importancia, adaptabilidad, credibilidad, vocabulario, tono de voz y pronunciación considerando además aspectos tales como la postura, gestos, movimientos, que pudieran comunicar sentimientos que nos ilustren la efectividad o no de la comunicación”¹⁹. Otro aspecto que afecta notablemente la comunicación de la enfermera con la familia del paciente en la UCI, es la actitud y la percepción que tiene la enfermera (o) sobre la familia, que al relacionarse con él, supone para el profesional de enfermería un potente estresor de la unidad, y una carga de trabajo, por lo que en la mayoría de los casos tiende a la evitación²⁰.

En este sentido, todos los seres humanos tienen necesidades emocionales básicas. Una necesidad emocional satisfecha, proporciona sentimientos de felicidad y plenitud extremas. Mientras todos los seres humanos comparten estas necesidades, cada uno difiere en la intensidad de la necesidad dependiendo del grado de afectación que tenga cada persona, el hecho de tener un familiar hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos crea una seria inestabilidad emocional que dependerá de los mecanismos de afrontamiento de cada persona para resolverla. De allí la importancia del personal de enfermería de brindar un apoyo emocional efectivo que contribuya a mejorar la calidad del cuidado ofertado, unificando criterios al respecto, permitiendo a la profesionales mayor sensibilidad al brindar el cuidado, aspecto que fortalecerá la imagen personal, profesional e institucional²¹.

Por tal razón, el personal de enfermería debe ser capaz de brindar apoyo emocional no solo al paciente, sino a su familiar logrando empatía, confianza, comprensión y sensibilidad; igualmente, en la comunicación tanto verbal como no verbal con los familiares, y en el momento de brindar información debe considerar varios criterios como lo son: el contenido del mensaje, la sencillez, la claridad, la credibilidad, la adaptabilidad, entre otros. En la atención en Instituciones de Salud, el personal de enfermería tiene un papel relevante como lo expresa García et al²², siendo este personal quien brinda información, educa y orienta al paciente, la familia y los cuidadores.

En Colombia se están implementando políticas estratégicas para mejoras en la calidad de la atención en salud, donde las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el proceso de planeación de la atención, deben ostentar una política de atención humanizada que incluya criterios para el paciente, familia y el personal de la institución²³.

La revisión bibliográfica realizada, reveló que se ha abordado a la familia de personas críticamente enfermas hospitalizadas en unidades de cuidados intensivos, con un enfoque o perspectiva asociada a la determinación de necesidades de cuidado, la información, la satisfacción, la implantación de las políticas de puertas abiertas, perspectivas del paciente, perspectivas de la familia, perspectivas de los profesionales, humanización de la atención, y las implicaciones que puede tener la flexibilización de los horarios de visita²⁴⁻²⁸. A pesar de existir diversidad de literatura relacionada con la vivencia del paciente, familia y personal en la Unidad de Cuidado Intensivo, se hace necesario en el contexto de la zona de frontera, realizar estudios que permitan evidenciar cuál es la percepción frente a la comunicación verbal y no verbal, y apoyo emocional que tienen los familiares o cuidadores principales sobre el personal de enfermería en las unidades de cuidados intensivos, al no conocer con precisión dicha percepción.

El apoyo emocional es un aspecto a fortalecer en el cuidado de enfermería desde la mirada de los usuarios, para el presente estudio se realizó una investigación descriptiva con los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI con el objetivo de evaluar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico respecto a la comunicación verbal y no verbal, y el apoyo emocional brindado por el personal de enfermería durante la hospitalización en la UCI de una institución de salud de IV nivel; con el fin de fomentar en los profesionales de enfermería y demás miembros del equipo de salud, una actitud reflexiva en la formación de estrategias que puedan mejorar la relación con las familias de los pacientes, a través de la toma de acciones enfocadas a aspectos como la comunicación y apoyo emocional, que busquen mejorar la calidad de la prestación de sus servicios, y dar pautas necesarias para implementar estrategias de cuidado humanizado, mejorando así la percepción de los usuarios y sus familias.

El personal de enfermería debe ser capaz de brindar apoyo emocional no solo al paciente, sino a su familiar logrando empatía, confianza, comprensión y sensibilidad; igualmente, en la comunicación tanto verbal como no verbal con los familiares se precisa tener en cuenta el

nivel cultural, educativo y la edad de los mismos, ya que puede transmitir sentimientos cuando se relaciona con ellos. Es por esto, que el personal de enfermería al brindar información a los familiares debe considerar varios criterios como son: el contenido del mensaje, la sencillez, la claridad, la credibilidad, la adaptabilidad. Desde este punto de vista, “el cuidado no solo requiere que la enfermera (o) sea científica (o), académica (o) y clínica (o), sino también, un agente humanitario y moral, que considere la familia como copartícipes en las transacciones de cuidados humanos”²⁸.

Habitualmente, la necesidad de información se considera que hace referencia exclusivamente a brindar datos sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, por lo que se sostiene que la labor de informar es una tarea de los médicos y no de enfermería²⁹. Por el contrario, como lo dice Cerón-Polanco²⁹, “enfermería debe tener un papel notable en cuanto a la información como parte del cuidado y así disminuir el grado de estrés del familiar”. Esta información ofrecida a los familiares tiene una enorme importancia y, aunque la mayoría está satisfecho con la información que recibe²⁹, enfermería debe esforzarse en mejorar ciertos aspectos como: preocuparse un poco más por los sentimientos del familiar y proporcionar información que ayude a amortiguar el impacto del entorno de las UCI sobre familiares y pacientes, para ayudarles a transitar por esa experiencia apabullante y dolorosa, que produce el tener un ser querido en la UCI. Siendo el enfermera (o) quien posee información importante sobre el paciente, se hace necesario diseñar estrategias encaminadas a proporcionar información a los familiares de manera oportuna y eficaz, favoreciendo de este modo que haya una mejor comunicación entre la enfermera y el familiar del paciente de la UCI.

En consecuencia, para la enfermería es relevante sensibilizar y humanizar su rol en cuanto a la relación, apoyo y comunicación que debe ofrecer de manera efectiva a las familias de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos para dar respuesta a las necesidades que presenta la familia y poder así orientar los cuidados a la misma. Así, se planteó como objetivo del estudio evaluar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico respecto a la comunicación verbal y no verbal, y el apoyo emocional brindado por el personal de enfermería durante la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos de una clínica de IV nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló un estudio descriptivo, de corte

transversal, con abordaje cuantitativo. La población objeto de la investigación estuvo conformada por 763 familiares de usuarios internados en la UCI de una Clínica de IV nivel de la ciudad de Cúcuta durante el año 2014, la muestra fue de 200 familiares obtenida por un calculador científico online de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Argentina³⁰, se seleccionó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, de acuerdo a los sujetos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: familiares del primer nivel de consanguinidad (padres, cónyuge, hijos (as), hermanos) que tenga mayor permanencia en el servicio, mayores de 18 años de edad y menores de 75 años de edad.

Para la recolección de la información se utilizó el instrumento, denominado Percepción de los familiares de los Pacientes Críticos, respecto a la intervención de Enfermería durante su Crisis Situacional, diseñado en Lima-Perú en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, abril de 2003¹, instrumento viable para la población colombiana por ser un instrumento breve, sencillo, entendible y de fácil aplicación, constituido en una primera parte por la caracterización y una segunda parte por 28 ítems con respuesta en escala de likert que permite seleccionar una de las afirmaciones que van desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo, distribuidas en dos categorías: apoyo emocional y comunicación verbal y no verbal. La evaluación de la validez de contenido y validez de constructo del instrumento, se llevó a cabo por la autora Franco R¹, mediante prueba piloto en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, a familias que poseían características similares a la población de estudio. Para la validez estadística el instrumento fue sometido a la prueba de coeficiente de Pearson y para la confiabilidad se realizó el alfa de Crombach; obteniéndose un 0.8 de confiabilidad.

El instrumento cuenta con un puntaje mínimo de 28 puntos y máximo de 128 puntos. El análisis de la información del instrumento se realiza de la siguiente forma, teniendo en cuenta los puntajes¹:

- Obtener el puntaje general de cada instrumento diligenciado. El rango real del instrumento es de 28-140. Clasificar las respuestas, tomando tres medidas de percepción según corte generado, identificadas así: Percepción Favorable (>78 puntos); Percepción Indiferente (77-75 puntos) y Percepción Desfavorable (<74 puntos).
- Obtener el promedio de las dos categorías. Clasificar las respuestas, tomando tres medidas de percepción

según corte generado, identificadas así:

Percepción Comunicación verbal: (ítems 1 al 8). Rango real de ésta categoría: 8 a 40 puntos. Percepción Favorable (40-26 puntos); Percepción Indiferente (25-24 puntos) y Percepción Desfavorable (23-8puntos).

Percepción Comunicación no verbal: (ítems 9 al 18). Rango real de ésta categoría: 10 a 50 puntos. Percepción Favorable (50-36 puntos); Percepción Indiferente (35-33 puntos) y Percepción Desfavorable (32-10puntos).

Apojo emocional (ítems 19 al 28). Rango real de ésta categoría: 10 a 50 puntos. Percepción Favorable (50-19 puntos); Percepción Indiferente (18-16 puntos) y Percepción Desfavorable (15-10 puntos).

El análisis de la información se realizó teniendo en cuenta la estadística descriptiva y las variables cuantitativas continuas. Los datos recolectados se clasificaron por categorías para darle a cada una el resultado obtenido según el instrumento, así mismo, se diseñó una base de datos en Excel donde se registró los resultados de las encuestas y se tabuló cada una de las variables del estudio.

Se analizaron en las variables cuantitativas medidas de tendencia central como la media y mediana, y en las variables cualitativas la frecuencia y porcentaje de cada una de ellas, y la desviación estándar de los datos obtenidos en las encuestas realizadas; además se utilizó gráficos y tablas para la presentación de los resultados.

Para la ejecución de la investigación se garantizó el rigor ético, científico y metodológico. Igualmente, se tuvo en cuenta las normas éticas para la investigación con seres humanos plasmada en la Resolución No. 008430 del 4 de Octubre de 1993³¹, cumpliendo con lo establecido en el Artículo 5 “donde deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar, garantizando la total privacidad de sus datos y la no divulgación de cualquier situación generada a partir de la entrevista o el análisis de los datos”. Se solicitó el permiso al comité de ética hospitalaria de la clínica, obteniéndose autorización mediante comunicación escrita por la coordinadora de enfermería de la institución; igualmente, a través de varios correos electrónicos a Cybertesis en Lima-Perú y mediante la licencia modelo de acceso abierto a la comunicación científica: tipo Creative Commons, se solicitó la autorización para la utilización del instrumento. Para la recolección de los datos se contó con la autorización a través de un consentimiento informado

verbal de cada participante. La información recolectada fue de carácter confidencial y solo se utilizó con fines académicos sin manipulación alguna, ni repercusiones en el bienestar integral del personal sujeto de estudio. La presente investigación se encuentra fundamentada en los principios bioéticos de autonomía, no maleficencia y beneficencia.

RESULTADOS

El diseño y desarrollo de la investigación se realizó durante segundo semestre del año 2014 entre los meses de septiembre-noviembre, la recolección de la información se hizo en horario de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y/o 1:00 p.m. - 7:00 p.m., de acuerdo a la disponibilidad de los familiares. El número total de personas que participaron en el estudio fue de 200, quienes cumplieron los criterios de inclusión. Durante el desarrollo de la investigación se hizo necesario hacer ajustes en los tiempos al encontrar limitantes en el número de familiares encuestados.

La población de estudio fue de género masculino (46%) y femenino (54%), en edades que oscilan entre los 18-50 años, con una mayor frecuencia en las edades entre los 36-45 años (42.5%), parentesco familiares entre conyugue (45%) hijos (32.5%), hermanos (17,5%) y otros (5%) que corresponden a familiares allegados. La estancia hospitalaria de los pacientes en la UCI fue de 2 a más de 15 días, donde predominó de 2 a 6 días (85%) y > a 15 días (1%). La estancia hospitalaria es de importancia para evaluar la percepción por parte del familiar, debido a que puede relacionarse o compartir más tiempo con el personal de enfermería, y así describir de manera favorable o no favorable su comportamiento durante el tiempo de visita en la UCI.

Percepción de los familiares frente al apoyo emocional

La percepción del apoyo emocional está medido por 10 ítems, para una puntuación máxima posible de 50, dichas puntuaciones oscilaron en un rango entre 24 y 34 puntos; el promedio grupal observado fue de 29.4 ± 2.5 .

De acuerdo a los resultados obtenidos por los familiares se obtuvo una percepción favorable del 35,25 %; correspondiente a que la enfermera (o) aprovecha las ocasiones para dar ánimo a los familiares, tranquilizar a los familiares con palabras de aliento, y cuando el familiar conversa con el personal de enfermería sobre su preocupación o aflicción muestra interés, como se puede observar en la (Tabla 1).

Tabla 1. Percepción de los familiares frente al apoyo emocional

Apoyo emocional	De acuerdo	Indecisión	En desacuerdo	Total
No propician la expresión de emociones de los familiares.		100%		100%
Aprovechan las ocasiones para dar ánimo a los familiares de los pacientes	33,5%	14,0%	52,5%	100%
Toman la mano del familiar cuando los observan tristes o afligidos.		100%		100%
Observan la angustia de los familiares y no se acercan tranquilizarlos.	77,5%	10,0%	12,5%	100%
Muestran poca preocupación por el estado emocional que presenta los familiares.	54,5%	16,5%	29,0%	100%
Se muestran atentas y comprensivas con los familiares de los pacientes.		100%		100%
No suelen consolar a los familiares cuando los observa tristes o llorando.	54,5%	16,5%	29,0%	100%
Tranquilizan a los familiares con palabras de aliento.	33,5%	51,5%	15,0%	100%
No tienen interés por saber si los familiares están tristes.	54,5%	16,5%	29,0%	100%
Cuando el familiar conversa con la enfermera sobre su preocupación o aflicción ella muestra interés.	44,5%	37,5%	18,0%	100%

Fuente: Instrumento Percepción de los familiares de los pacientes críticos, respecto a la intervención de enfermería durante su crisis situacional, (2003).

Sin embargo, se encuentran aspectos desfavorables donde en ocasiones se manifiesta poca empatía por parte del personal de enfermería, la enfermera (o) no se preocupa por saber si el familiar está triste, demostrando poca preocupación por el estado emocional del familiar y si los observan angustiados o llorando no se acercan a tranquilizarlos. Además conductas como que la enfermera se muestra atenta y comprensiva, propicia expresiones de emociones, y si toman la mano del familiar cuando los observan afligidos, fueron evaluadas en su totalidad por los familiares como en indecisión, es decir no fueron actitudes sobresalientes en el personal de enfermería.

Percepción de los familiares frente a la comunicación verbal

La percepción de la comunicación verbal se evaluó

Tabla 2. Percepción de los familiares frente a la comunicación verbal

Comunicación verbal	De acuerdo	Indecisión	En desacuerdo	Total
No conversan con el familiar.	32%	5,0%	63%	100%
Orientan a los familiares durante su visita.	67%	26,0%	7,0%	100%
Explican a los familiares sobre los procedimientos generales, que se le realiza a su paciente.	75%	11,0%	14,0%	100%
Utilizan un lenguaje claro y sencillo al conversar o responder alguna inquietud del familiar.	78%	15,0%	7,0%	100%
No preguntan sobre los problemas que enfrenta debido a su paciente crítico.	19%	63,0%	18,0%	100%
Pasan frente a los familiares sin saludarles.	12%	8,0%	80,0%	100%
Suelen orientar a los familiares sobre la manera de hacer frente a sus sentimientos de angustia.	15%	10,5%	74,5%	100%
No responden en forma cortés a las preguntas que hacen los familiares de los pacientes.	28%	9,0%	63,0%	100%

Fuente: Instrumento Percepción de los familiares de los pacientes críticos, respecto a la intervención de enfermería durante su crisis situacional, (2003).

Sin embargo, se presentan aspectos desfavorables respecto a la comunicación verbal reflejados en que las enfermeras (os) en ocasiones no conversan con los familiares, no preguntan sobre los problemas que enfrentan debido a su paciente crítico, y no responden de forma cortés a las preguntas de los familiares, estas situaciones incómodas pueden suceder debido al cumplimiento de variadas funciones de tipo administrativo y asistencial que generan alta carga laboral e impiden contar con espacios de tiempo que permitan una interacción más cálida con paciente y/o familiares o cuidadores.

Percepción de los familiares frente a la comunicación no verbal

La percepción de la comunicación no verbal fue evaluada por 10 ítems para una puntuación máxima alcanzable de 50; dichas puntuaciones variaron en un rango entre 16 y 43 puntos; el promedio grupal observado fue de 33.9

± 6.1 puntos.

De acuerdo a los resultados encontrados por los familiares, se obtiene una percepción favorable del 80% como se observa en la tabla 3; correspondiente a que la enfermera los mira de forma cálida al responder cualquier inquietud, que demuestra paciencia en la explicación de los procedimientos, y a que las enfermeras saludan a los familiares cuando estos llegan a la UCI y hablan con ellos de una forma cordial y serena. El 49% de los familiares refleja una percepción desfavorable e indiferencia del personal de enfermería frente a este tipo de comunicación no verbal, evidenciando actitudes como: fruncir la frente cuando el familiar pregunta en varias ocasiones, se muestran molestas o muy ocupadas para atender los familiares, o cuando estos preguntan repetidamente lo mismo y en algunas ocasiones los familiares perciben que son recibidos con una expresión indiferente.

Tabla 3. Percepción de los familiares frente a la comunicación no verbal

Comunicación no verbal	De acuerdo	Indecisión	En desacuerdo	Total
Tiene un tono cálido al hablar con los familiares.	71,5%	3,0%	25,5%	100%
Explica los procedimientos con paciencia.	80,0%	15,0%	5,0%	100%
Fruncen la frente cuando el familiar pregunta repetidas veces sobre un mismo tema.	39,0%	22,0%	39,0%	100%
Lo mira de manera cálida al responder alguna inquietud del familiar.	80,0%	14,0%	6,0%	100%
Lo recibe con una expresión indiferente.	9,0%	31,5%	59,5%	100%
Prestan atención al familiar cuando estos les preguntan algo.	80,0%	14,0%	6,0%	100%
Dialogan serenamente con los familiares de los pacientes.	83,0%	17,0%		100%
Se muestran molestas o muy ocupadas para atender a los familiares de los pacientes.	30,5%	52,5%	17,0%	100%
Cuando el familiar pregunta repetidas veces sobre lo que le han explicando la enfermera (o) no se muestra molesta.	39,0%	22,0%	39,0%	100%

Fuente: Instrumento Percepción de los familiares de los pacientes críticos, respecto a la intervención de enfermería durante su crisis situacional, (2003).

Percepción general de los familiares

La percepción es toda información, expresión o respuesta emitida o referida verbalmente por el familiar del paciente crítico sobre la impresión que tiene en relación a la intervención que realiza enfermería a fin de disminuir la ansiedad y la angustia del familiar considerando las dimensiones de apoyo emocional, comunicación verbal y no verbal¹.

Al evaluar la percepción global de los familiares frente al cuidado de enfermería se encontró que el 80% de las personas entrevistadas manifiesta una percepción favorable frente al cuidado de enfermería dado a sus familiares en su estancia hospitalaria; y un 20% con una percepción desfavorable e indiferente.

DISCUSIÓN

Es de importancia enmarcar que el 77,5% de la población es de primer grado de consanguinidad (esposa/so, hijos/as.), lo cual indica que conviven en un mismo hogar y se relacionan íntimamente entre sí, por tal motivo el hecho de que un miembro del núcleo familiar en especial la cabeza de familia como en el caso de este estudio donde es el conyugue el que se encuentra hospitalizado, los demás parientes del entorno familiar requieren de atención por parte del personal de salud, no de tipo asistencial sino emocional que incluya una adecuada y clara comunicación sobre el estado de salud del paciente, ya que dicha hospitalización implica disfuncionalidad en la familia como unidad y genera en los miembros una crisis emocional, evento para el cual

no están preparados para afrontar, debido a que suele suceder de manera inesperada, y generando al final inestabilidad familiar.

La percepción que tienen los familiares sobre el apoyo emocional, se puede relacionar con Rivera y Triana³², quienes resaltan que “los familiares dentro de las instituciones hospitalarias valoran más los aspectos del cuidado, que tienen relación con la valoración del ser humano como un ser holístico, donde comportamientos como la empatía, el afecto, el tacto como acción de apoyo y cuidado por parte del personal de enfermería a cargo de su salud, son percibidos como un cuidado con calidad”.

El apoyo emocional como categoría comprende el soporte percibido por el familiar en la interacción de cuidado con el personal de enfermería a través de un trato cordial y amistoso, con calor humano, que da comodidad y confianza, muestra preocupación e interés por su sentir, tranquiliza la ansiedad y maneja la crisis situacional¹. El apoyo emocional debe ser comprendido como una forma de cuidado, cuyo objetivo principal es ofrecer confort, atención y bienestar al paciente y la familia³³. Por tanto, la atención brindada debe ser integral, considerando la totalidad del ser humano, abarcando tanto su componente físico como psicológico asociándolo con el cuidado asistencial³³. En este sentido, la actitud del personal de enfermería es crucial para el éxito del tratamiento; la forma más eficaz de desarrollar confianza en el paciente-familia es simplemente comportarse como un ser humano que también siente y experimenta emociones, evitando realizar un papel mecánico donde únicamente se limita a seguir protocolos y estar pendiente de máquinas, solo la empatía que se logre con el familiar puede construir la unión necesaria para hacer más llevadera la situación que se vive durante la estancia hospitalaria de un ser querido.

Algunos autores argumentan la importancia del apoyo emocional en la labor de brindar cuidado, se resalta a Caetano et al³⁴, quienes mencionan “El apoyo emocional se concreta por diferentes maneras de interacción, sea a través de una visión, gesto de aproximación y aceptación o sonrisa”. Nascimento y Lorenzini³⁵, afirman que “El cuidador es un ser humano que respeta y valoriza rescatando la importancia del toque afectivo, tocar representa el propio cuidado, la sensibilidad y la solidaridad del profesional; fortaleciendo el vínculo en la relación enfermera (o)-familia”. Según Manen³⁶,

“la enfermera(o) con tacto sabe que decir, que hacer y qué no decir, que no hacer; cultiva en sí misma(o) la

sensibilidad para ver, escuchar y reaccionar ante el otro y ésta sensibilidad depende de la relación que se tenga con él”.

En general para brindar el apoyo emocional que requieren los familiares, se debe contar con un cuerpo de conocimientos científicos y éticos, tomando en cuenta que al individuo se le contempla en sus tres esferas: biopsicosociales, donde se abarca el apoyo emocional que comprende la empatía, el cuidado, el amor y la confianza que una persona ofrece a otra, por consiguiente la enfermera (o) debe tener los conocimientos necesarios y la sensibilidad para poder atender y brindar esta necesidad que la familia demanda día a día durante la estancia hospitalaria.

La comunicación verbal como categoría refleja acciones del enfermero (a) como la información y educación precisa, oportuna dirigida al paciente y familia sobre las condiciones y normas de la UCI; higiene de las manos, información sobre procedimientos generales, así como de que conductas debe asumir frente al paciente crítico¹. 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 sanitarios³⁷.

Las habilidades, estrategias y gestos de los profesionales de enfermería más destacados para poder realizar una eficaz comunicación con los familiares, es la empatía, la confianza, el empleo de una información adecuada, clara y sencilla al nivel sociocultural del familiar, además de un tono de voz cálido y comprensivo con un volumen y ritmo combinado con posturas corporales, expresión facial y mirada dulce que genere tranquilidad y esperanza en cada uno de los miembros de esa familia que está en crisis.

La comunicación es el principal mecanismo de interacción que los seres humanos establecen, a través de ella la enfermera (o) conoce las vivencias, las creencias, las costumbres y los estilos de vida propios de cada familia. Karam³⁸, considera “que cuando el individuo llega al mundo, la comunicación es el factor determinante de las relaciones que establecerá con los demás, y lo que sucederá con cada una de ellas en el mundo, abarca la diversidad de formas como la gente transmite información, qué da y qué recibe, cómo la utiliza y cómo te da significado, cada familia comunica algo para enfrentar el mundo exterior, cómo desenvolverse, qué hacer ante determinadas situaciones y cómo relacionarse”.

En general cuando el personal de enfermería se comunica con los familiares de pacientes hospitalizados en una UCI, debe considerar al brindar la información un lugar físico apropiado (no en los pasillos, ni en colectivo), escuchar con atención y tiempo suficiente todas las dudas y preguntas, utilizar palabras sencillas hasta donde sea posible, para que la familia pueda comprender el estado de salud del paciente hospitalizado, mostrar empatía y reconocer que se debe tratar a las demás personas como si se evidenciara una situación personal similar, que tarde o temprano se puede presentar. De igual manera, la atención y cuidado al paciente y su familia debe ser efectuada no de una manera solícita sino de manera diaria, continua, pensando siempre en el otro como un ser humano.

La comunicación no verbal como categoría comprende comportamientos tales como: la capacidad que tiene la enfermera (o) de expresar su sentir y fomentar la empatía y la confianza del familiar a través de gestos, tono de voz cálido, paciencia al responder sus dudas e inquietudes, mirada cálida, mantener contacto visual con el familiar cuando se habla, acercamiento o expresión del cuerpo que favorezca una adecuada comunicación con el familiar, evitando gestos negativos o actitudes de rechazo¹. Se puede presentar en ocasiones en el personal de enfermería expresiones o gestos de incomodidad o indisposición debido a la actitud y la percepción que tiene la enfermera (o) sobre la familia, ya que se supone un factor estresor en la unidad y una carga de trabajo por lo que en la mayoría se tiende a evitar^{33, 39}.

Durante el proceso de hospitalización es importante que se establezca con los familiares una comunicación efectiva, puesto que este es un proceso dinámico donde entran en juego medios no verbales para transmitir y recibir información ya sea durante las visitas o cuando el familiar acude al personal de enfermería para expresar sus sentimientos, dudas, preocupaciones o simplemente para darles una voz de aliento. Durante la recolección de la información los familiares referían que ellos valoran el cuidado de enfermería cuando este se brinda con amor, compasión, ternura, porque tales acciones alivian su sufrimiento y ansiedad. En el proceso de cuidado el familiar desarrollan la máxima sensibilidad al lenguaje de los gestos, y aprenden a identificar con mucha facilidad el estado del ánimo del cuidador.

Al ofrecer el cuidado en las Unidades de Cuidado Intensivo, la escucha, la mirada y el tacto son los sentidos que más información aportan a la enfermera (o), pues a través de ellos es posible visibilizar con mucha claridad todos los sentimientos del familiar mucho antes de que

lo diga de forma verbal o en forma contraria que ellos ven y siente del personal de enfermería.

Para los familiares informarse a través del personal terapéutico, no siempre se considera fácil, en muchas ocasiones el personal es percibido como muy ocupado y temen interrumpirlo; aumentando de este modo la ansiedad. Esta situación lleva a los familiares a tomar conversaciones de los pasillos, a la interpretación de gestos, miradas y palabras, de las que extraen sus propias conclusiones, muchas veces erróneas acerca del personal de salud de la UCI¹⁸. Uribe et al⁴⁰, refieren que “cuando no se da la expresión verbal del sentimiento es posible interpretar esto como falta de comprensión, negación, regresión o indiferencia por el familiar”. Igualmente Siles⁴¹, refiere que “las interacciones interpersonales implican cada palabra, movimiento, expresión facial y postura corporal, los cuales transmiten información”.

Por ello, la interacción con la familia debe incluir un cálido contacto personal que humanice el ambiente frío, protocolizado, aséptico y muy tecnificado de la UCI; de modo que se establezca una comunicación afectiva que permita dar respuesta a las necesidades y expectativas del familiar. De igual forma cuando se escuche al familiar hay que demostrar interés, no responder deprisa ya que eso puede generar poca importancia a lo que se quiere expresar. Dejar que el familiar termine de hablar, eso es importante para que la persona se sienta escuchada y atendida, por tanto un comportamiento cálido y amistoso, manifestado mediante una expresión facial, una sonrisa y un repetido contacto visual, demuestra predisposición al diálogo y los deseos de ayudar, igualmente el tono de voz bajo y templado, con una vocalización adecuada y el empleo del silencio, facilitan el compartir los pensamientos y las emociones del familiar.

Es importante resaltar que la percepción general en esta investigación es en alto porcentaje favorable, lo cual se debe reconocer e incentivar para que sea un ejemplo a seguir y fortalecer las categorías desfavorables en pro de mejora de la calidad de atención. La calidad de atención está dada por la aplicación de la ciencia, la tecnología y la ética en forma tal que mejore los beneficios, sin aumentar los riesgos, y lograr la satisfacción del paciente/familia, definido como el placer que se siente al recibir la atención de la enfermera (o), puesto que todos los estímulos que el paciente/familia van a captar a través de sus sentidos a lo largo de su proceso de hospitalización influirán en su percepción, de esta manera el paciente calificará el actuar de la enfermera (o).

Estos resultados difieren del trabajo de Quinto⁴², quien

menciona que de los familiares el 45.4% refiere que las enfermeras brindan una buena calidad de atención y el 54.6% opina que las enfermeras brindan una calidad de atención entre regular e inadecuada durante la hospitalización; igualmente en los hallados por Franco¹, donde la percepción global tiene tendencia hacia lo indiferente y desfavorable.

Se debe tener en cuenta que las familias que se encuentran en la sala de espera de la UCI, están pasando por una serie de vivencias negativas, como desesperación, angustia, tristeza, y otros sentimientos ya mencionados en la literatura, los cuales requieren de un cuidado holístico y un trato humanizado donde sientan el compromiso del personal de enfermería como un apoyo guía en su crisis situacional. Los aspectos anteriormente mencionados reflejan que la calidad del cuidado según la percepción de la familia tiene como primer componente el trato cordial, valora que se le explique sobre el estado de salud de su familiar, tratamientos, actividades y procedimientos y ser escuchados que absuelven sus inquietudes, por la oportunidad brindada para expresar sus emociones recepción de quejas e información brindadas.

Por lo tanto, la satisfacción del familiar debe ser tomado en cuenta por el personal de enfermería, puesto que la profesión tiene como objetivo proporcionar cuidados a los familiares a través de una atención de calidad que busque satisfacer las necesidades, brindando un cuidado cortés en el momento que se necesite a fin de lograr la eficiencia, eficacia, competencia profesional, continuidad y seguridad; asimismo, debe mantener una buena relación interpersonal basado en el trato digno, el respeto, la confianza, empatía, seguridad e información, y debe proporcionar comodidad durante todo el proceso de hospitalización, demostrando responsabilidad en su labor con el fin de dar satisfacción al paciente y su familia.

El desarrollo del estudio con pacientes de la UCI generó limitaciones en el tiempo para la recolección de la información, debido a la prolongada estancia de éstos, siendo necesario que las investigadoras reprogramaran los días establecidos para realizar las encuestas y poder así completar el número de familiares requeridos según la muestra establecida.

CONCLUSIONES

En la categoría de Apoyo emocional, se obtuvo una percepción favorable caracterizada en un 35,25%, destacando de esta manera que los encuestados perciben confianza y acompañamiento durante el proceso de

estancia en la unidad de cuidado intensivo, resaltando un cuidado de enfermería integral y de calidad en la atención y la escucha de los sentimientos por parte del personal de enfermería hacia los familiares de los pacientes.

Respecto a las acciones que corresponden a la categoría de Comunicación verbal, se encontró que la mayoría de los familiares encuestados tuvieron una percepción favorable en un 71%, esto quiere decir, que los encuestados perciben claridad y buen trato durante la explicación y lenguaje con respecto a los procedimientos, cuidado y la atención por parte del personal de enfermería, teniendo en cuenta la proactividad que está definida como las acciones de la/el enfermera(o) que contienen una alta abogacía y disponibilidad hacia el otro para darle la información oportuna, clara y suficiente a la persona cuidada y a su familia.

En relación con la Comunicación no verbal, se obtuvo una percepción favorable con un 51%, destacando el lenguaje corporal y también los sentimientos que el emisor experimenta en el curso de la comunicación, pues al entablar un diálogo se transmiten sentimientos.

La percepción general de los familiares, es favorable en un 80%, evidenciando una connotación positiva en cuanto a cómo los familiares de los pacientes ven la labor de enfermería como un comportamiento de Cuidado Humanizado en donde se valoran aspectos del cuidado que se relacionan con la valorización del ser humano como un ser holístico donde comportamientos, como la empatía, la comunicación efectiva, afecto, el tacto, son percibidos por los pacientes como un cuidado humanizado.

Humanizar la UCI permite reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales, pues una familia participativa es una familia más sana con más herramientas para luchar contra la desesperanza que genera el ingreso de un paciente en la Unidad de cuidado intensivo.

El profesional de enfermería, al mostrar empatía, trato cordial, compañía y explicación en la realización de los procedimientos, confianza, tranquilidad, y escucha activa, permite que la familia las perciba como un cuidado con calidad lo cual aumenta el grado de satisfacción, pudiendo percibirlo de manera favorable o desfavorable.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. **Franco R.** Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención que realiza la enfermera durante la crisis situacional en la UCI Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martinis, Lima. [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina humana, Lima. 2003.
2. **Torrents R, Torras E, Saucedo M, Surroca L, Jover C.** Impacto de los familiares del paciente crítico: Ante una acogida protocolizada. *Enferm Intensiva*. 2003; 14(2):49-60. [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399\(03\)78104-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399(03)78104-8)
3. **Organización Panamericana de la Salud.** Calidad en la atención y seguridad del paciente. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3412%3Acalidad-atencion-seguridad-paciente&catid=1530%3Apatient-safety&Itemid=2166&lang=es Consultado: Septiembre 15, 2015.
4. **Ruiz M.** Satisfacción del Familiar con el Cuidado a Pacientes en Estado Crítico. [Tesis]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería; 2002.
5. **Bernat MD, Tejedor R, Sanchis J.** ¿Cómo valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una unidad de cuidados intensivos? *Enferm Intensiva*. 2000; 11(1): 3-9.
6. **Charry R, Ordoñez L, Tiempos M, Cortes M.** Interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos de dos instituciones de salud en las ciudades de Pitalito y Neiva. [Tesis]. Bogotá: Universidad de La Sabana; 2012.
7. **Pérez B.** El cuidado de enfermería en familia: un reto para el Siglo XXI. *Aquichan*. 2002; 2(1):24-6.
8. **Algarbe S, Vilchez V.** Necesidades de las familias de pacientes internados en la unidad de terapia intensiva de adultos. [Tesis]. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas; 2010.
9. **Rivas E, Dueñas Yeni.** Satisfacción con la inclusión familiar en la atención de pacientes críticos. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos85/inclusion-familiar-atencion-pacientes-criticos/inclusion-familiar-atencion-pacientes-criticos.shtml#ixzz2x70IwKA5> Consultado: Septiembre 15, 2015.
10. **De Albístur M, Bacigalup J, Gerez J, Uzal M, Ebeid A, Soto J.** La familia del paciente internado en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Med Uruguay*. 2000; 16(3): 243-56.
11. **Romero L.** Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina 2008.
12. **Day R.** *Psicología de la Percepción Humana*. México D.F.: Ed. Limusa-Wiley S.A.; 1973.
13. **Puebla D, Ramírez A, Ramos P, Moreno M.** Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. *Rev Enferm IMSS*. 2009; 17(2):97-102.
14. **Carbelo B, Romero M, Casas F, Ruiz T, Rodríguez S.** Teoría enfermera: el cuidado desde una perspectiva psicosocial. *Cultura de los Cuidados*. 1997; 1(2):54-9.
15. **Moreno J, Ruiz M, Flor M.** *Comunicación y calidad de vida. Comunicación en oncología*. 1ª ed. España: Seom; 2006.
16. **Landete L.** La comunicación pieza clave en enfermería. *Enfermería Dermatológica*. 2012; 16(1):16-9.
17. **Aguilar R, Boltà Fisa M, Gahete A, Saz M.** La comunicación en enfermería: el canal hacia la satisfacción Profesional. Estudio comparativo entre dos hospitales. [Tesis]. Barcelona: Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona de la Fundación "la Caixa"; 2009.
18. **Jiménez V, Zapata L, Díaz L.** Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan*. 2013; 13(2):159-72.
19. **Sánchez M.** *Reacciones y fases de adaptación del enfermo y sus familiares. Avance en cuidados paliativos Tomo I*. 1a ed. España: Gafos; 2003.
20. **González J, Quintero D.** Percepción de cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. [Tesis]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería; 2009.
21. **Marriner A, Raile M.** *Modelos y Teorías de enfermería. El cuidado*. Jean Watson. 6ª ed. Elsevier Mosby, 2012 p. 91-105.
22. **García DJ, Estrada MC, Gallegos M, Antuna AB.** Efectividad del modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto agudo al miocardio en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Cuid*. 2015; 6(1): 923-31. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.166>

23. **República de Colombia. Ministerio de la Protección Social.** Ejes de la acreditación: humanización de la atención. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=84> Consultado: Octubre 20, de 2015.
24. **Escudero D, Viña L, Calleja C.** Para una puerta abierta, unidad de cuidados intensivos más cómodo y humano. Es tiempo para cambiar. *Med Intensiva*. 2014; 38 (6):371-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2014.01.005>
25. **Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanesio E.** Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014; 33(4): 181-93. <http://dx.doi.org/10.1097/DCC.0000000000000052>
26. **Ayllón-Garrido N , Montero-Rus P , Acebes-Fernández MI, Sánchez-Zugazua J.** Puerta de la unidad de cuidados intensivos abierta: perspectiva de los profesionales. *Enferm Intensiva*. 2014; 25 (2):72-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2013.11.007>
27. **Vandijck DM 1, Labeau SO, Geerinckx CE, De Puydt E, Bolders AC, Claes B.** Una evaluación de los servicios de atención centrados en la familia y la organización de la visita a las políticas en las unidades de cuidados intensivos belgas: un estudio multicéntrico. *Corazón Pulmón*. 2010; 39 (2): 137-46.
28. **Poblete-Troncoso M, Valenzuela-Suazo S.** Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20 (4): 499-503. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400019>
29. **Cerón-Polanco YM.** Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la unidad de cuidado intensivo. [Tesis]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería; 2008.
30. **Departamento de Sistemas Informáticos Integrales.** Argentina: Unne; 2009. Disponible en: <http://www.med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm> Consultado: Octubre 15, de 2015.
31. **República de Colombia.** Ministerio de Salud. Resolución No. 008430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
32. **Rivera L, Triana A.** Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la clínica del country. *Av Enfermería*. 2007; XXV; (1):56-68.
33. **Miranda M, Christello VC, Portella J, Roggia D, Stein D, Miritz A.** Apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería a pacientes hospitalizados. *Evidentia* 2012; 9 (40).
34. **Caetano J, Andrade L, Soares E, Ponte R.** Cuidado humanizado en terapia intensiva: un estudio reflexivo. *Revista de Enferm*. 2007; 11(2):325-30.
35. **Nascimento K, Lorenzini A.** Comprender las dimensiones de los cuidados intensivos: la teoría del cuidado transpersonal y complejo. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009; 17(2): 215-221. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200012>
36. **Manen M.** El tacto en la enseñanza: el significado de la sensibilidad pedagógica. 1ª ed. España: Paidós Ibérica; 1998.
37. **González J, Quintero D.** Percepción de cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. [Tesis]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería; 2009.
38. **Karam T.** La Idea de Comunicación en la Terapia Familiar Sistémica de Virginia Satir. *Razón y Palabra*. 2004; 40: 1-5.
39. **Generalitat Valenciana.** Conselleria de Sanidad. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. 1ª ed. Valencia: Conselleria de Sanidad; 2006.
40. **Uribe M, Muñoz C, Restrepo J.** Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. *Invest Educ Enferm*. 2004; 22(2):50-61.
41. **Siles E.** Cuidado enfermera a la familia del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía. [Tesis]. San Salvador de Jujuy: Universidad de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas; 2010.
42. **Quinto MM.** Percepción de los pacientes y familiares sobre la calidad del cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Emergencia del INEN, 2010. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2012.