



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Comunicación que brinda la enfermera durante la hospitalización:
Perspectiva de los familiares del paciente crítico - 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTOR:

Br. Magali Sujeli Espinoza Herrera.

ASESOR:

Dr. Danilo Américo Sánchez Coronel.

SECCIÓN

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de Prestaciones Asistenciales

LIMA-PERÚ

2017

Página del Jurado

Dr. Danilo Sánchez Coronel
Presidente

Dra. Yolanda Soria Pérez
Secretario

Dra. Gliria Méndez Ilizarbe
Vocal

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso por derramar su bendición cada día de mi vida.

A quienes brindaron su valiosa orientación, conocimientos, asesoría y aliento en el desarrollo y culminación del presente trabajo.

A las autoridades del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; por las facilidades y apoyo en la realización de la tesis.

AGRADECIMIENTO

A mi esposo:

Julio Rodríguez Choque por su amor y motivación constante.

A mis hijas: Camila y Noa; porque son la inspiración en todo lo que hago.

A mis hermanos: Noé, Nimia, Natalia y a mis Padres : Marcial y Nimia por su apoyo, amor incondicional y motivación constante.

Declaración de autoría

Yo, Magali Sujeli Espinoza Herrera, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad Cesar Vallejo, sede Lima; declaro que el trabajo académico titulado “Comunicación que brinda la enfermera durante la hospitalización: Perspectiva de los familiares de los pacientes críticos - 2016”, presentado, en folios para lo obtención del grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud.

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis es de mi autoría.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
3. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
4. Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
5. Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
6. De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lugar y fecha : Lima 12 Diciembre 2017

Firma :

Nombres y apellidos : Magali Sujeli Espinoza Herrera

D.N.I. : 40694767

Presentación

Señores miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada “Comunicación que brinda la enfermera durante la hospitalización: Perspectiva de los familiares de los pacientes críticos_ 2016 ”, con la finalidad de describir el proceso de la comunicación que brinda la enfermera a partir de las opiniones de los familiares de los pacientes críticos del HNERM, en cumplimiento del reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo para obtener el grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud.

La investigación consta de cuatro capítulos: En el primero se parte del fundamento lógico que sustenta el estudio, incluyendo el propósito e importancia del mismo, haciendo referencia al marco teórico que describe a la variable estudiada, proceso de la comunicación que brinda la enfermera, en un contexto histórico, normativo, espacial y temporal.

El problema de investigación es desarrollado en el segundo capítulo, donde se desarrolla la aproximación al tema a través de las observaciones y estudios relacionados, su formulación, justificación y objetivos de la investigación.

El tercer capítulo hace referencia al marco metodológico que permitió el desarrollo de la investigación, así como la descripción de los sujetos de estudio y las técnicas de recolección de datos e información aplicadas.

La descripción de los resultados son mostrados en el cuarto capítulo, donde se presenta la teorización de las unidades temáticas. Se compara los hallazgos con otras investigaciones a través de su discusión, para finalizar con las conclusiones, recomendaciones, así como los respectivos anexos.

Señores miembros del jurado esperamos que esta investigación sea evaluada y merezca su aprobación

La autora

Lista de contenidos

	Página
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Declaratoria de autoría	v
Presentación	vi
Índice	vii
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
I. INTRODUCCIÓN	13
1.1. Antecedentes	18
1.1.1. Antecedentes Internacionales	18
1.1.2. Antecedentes Nacionales	21
1.2. MARCO METODOLÓGICO	25
1.2.1. Visión crítica y general de la comunicación	25
1.2.2. Aporte histórico de la comunicación	28
1.2.3. La comunicación	28
1.2.3.1. Definición.	28
1.2.3.2. La Comunicación no Verbal	30
1.2.3.3. La Comunicación Verbal	30
1.2.3.4. La Comunicación escrita	30
1.2.4. Elementos de la Comunicación	31
1.2.5. Funciones de la Comunicación	31
1.2.5.1. Informativa	31
1.2.5.2. Afectivo Valorativa	31
1.2.5.3. Reguladora	31
1.2.6. Importancia de la comunicación	32
1.2.7. La Comunicación en el Campo de la Enfermería	32
1.2.8. Enfermera Intensivista	33
1.2.8.1. Definición	33

1.2.9. Cuidados en la Hospitalización a UCI	35
1.2.10. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM)	36
1.2.11. Marco espacial	37
1.2.12. Marco temporal	37
1.2.13. Contextualización: histórica, política, cultural, social	37
1.2.14. Otros Estudios	37
1.3. Aproximación Temática	39
1.4. Estudios Relacionados	39
1.5. Preguntas orientadoras	40
1.6. Formulación del problema de investigación	41
1.6.1. Problema General	41
1.7. Justificación	41
1.8. Relevancia	41
1.9. Contribución	42
1.10. Objetivos	42
1.10.1. Objetivo General	42
1.10.2. Objetivos Específicos	42
1.11. Definiciones conceptuales de términos	42
1.1.1. Las dimensiones de la variable Comunicación	43
II. METODOLOGÍA	44
2.1 Tipo de investigación	45
2.2. Diseño de la investigación	45
2.3 Escenario de Estudio	47
2.4. Caracterización de sujetos	47
2.5. Criterios de Selección	48
2.5.1 Criterios de inclusión	48
2.5.2 Criterios de exclusión	48
2.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	48
2.7. Plan de Recolección de Datos	49
2.8 Plan de Análisis e Interpretación de la información	49
2.9 Aspectos éticos de la investigación	49
2.9.1.- Consentimiento informado	49
2.9.2 Confidencialidad del participante	49

2.10. Recursos y presupuesto	50
2.11. Mapeamiento	50
2.12. Credibilidad	51
2.13 Confirmabilidad.	51
2.14. Transferibilidad	51
2.15. Abordaje del Objeto de Estudio	52
2.16. Rigor Científico	52
2.16.1. Análisis de datos cualitativo	52
2.16.2. Categorización	52
2.16.3. Análisis de datos cualitativo o Categorización	52
III. RESULTADOS	55
IV. DISCUSIÓN	75
V. CONCLUSIONES	91
VII. RECOMENDACIONES	95
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	100

ANEXOS

ANEXO A. Guía de entrevista en profundidad para los cuatro estamentos	85
ANEXO B. Consentimiento Informado	87
ANEXO C. Base de Datos	88
ANEXO D. Tema. Recursos Institucionales	97
ANEXO E. Tema. Desempeño	98
ANEXO F. Tema. Relaciones Interpersonales	99
ANEXO G. Significado de Calidad de Atención	100

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Resumen del Método de análisis de Colaizzi

Tabla 2. Enunciados significativos

Tabla 3. Construcción de los significados de las transcripciones

Tabla 4. Agrupamiento de significados formulados y generación de temas

Tabla 5. Frecuencia de los elementos que construyen el significado de
Proceso de la comunicación

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo comprender como la enfermera brinda el proceso de la comunicación a los familiares de los pacientes críticos hospitalizados a partir de las experiencias vividas y opiniones por los mismos familiares de los pacientes críticos hospitalizados. Para tal fin, se optó por una metodología cualitativa de tipo fenomenológico descriptivo bajo la teoría de Colaizzi. A través de entrevistas en profundidad, participaron 08 usuarios: 08 familiares de pacientes hospitalizados, que cumplieron los criterios de selección. Dos temas describen el proceso de la comunicación: El tipo de comunicación comprendido por la comunicación verbal, no verbal y escrito; y las funciones de la comunicación, que son la función informativa, la función afectiva y la función reguladora a través de las entrevistas a profundidad se describen las vivencias más sentidas de los familiares de los pacientes críticos. En cada grupo temático existen opiniones diferentes y de gran relevancia que son necesarios considerar en el fortalecimiento de la atención con un enfoque hacia la persona. En este caso a los familiares de los pacientes críticos hospitalizados. Con respecto a la función afectiva valorativa: Refieren que son en su mayoría las enfermeras que se acercan a informarle de su paciente; durante la visita la actitud que muestra la enfermera es de empatía, seguridad, protección, respeto, práctica y educada; respecto a la función reguladora: Refieren haber logrado expresar sus emociones y cambiar de actitud sólo con y por aquellas enfermeras que les acercaron cuando recién ingresó su familiar a la UCI ya que ese acercamiento hizo que ellos confíen en ellas; ya tiene consideración este momento durante todo el proceso en el que tienen mayor vulnerabilidad; en cuanto al tipo de comunicación que se da en su mayoría es de forma verbal acompañado de gestos y en mínimo porcentaje la comunicación escrita pero que sin embargo no es menos importante.

Palabras clave: *Comunicación. Enfermera. Familiares de pacientes críticos. Proceso de hospitalización. Perspectivas. Investigación cualitativa.*

Abstract

The present research aimed to understand how the nurse provides the information through the process of communication to the relatives of critical patients who are hospitalized based on their experiences. As a result, a qualitative methodology of descriptive phenomenology was chosen under Colaizzi's theory, eight users: eight members of the family who accomplished the selection criteria participated of profound interviews, applying the snowball sampling technique from key informants and ending by saturation of the information.

Two themes describe the procedure of communication: The type of communication comprised by verbal and non-verbal communication and the functions of communication, which are informative, affective, and regulatory. Through reflective interviews the relatives of the critical patients describe the most heartfelt experiences they have been through in the health medical center. In each thematic group there are different opinions and a great of relevance that are necessary to consider in the strengthening of the attention with a focus towards the person.

Coming to the following conclusions: Regarding the importance of the subject towards the communication nurses are highly regarded by the family of the patient since they are seen as angels or a mother. As for the informative function, family members consider that the most important thing the nurse has to do in the first place is to report the state and how the relatives will find their patient. With respect to the affective value function: They refer that are mostly the nurses who come to inform you of your patient during the visit. The attitude shown by the nurse is of empathy, security, protection, respectful, practical, and polite. Meanwhile, in the regulatory function: they recount have managed to express their emotions and changed their attitude only with and by those nurses who approached to them when their relative was admitted to the ICU; As for the type of communication mostly is given in a verbal manner accompanied by gestures and a minimum percentage is written

Keywords: Communication, nurse, relatives of critical patients, process of hospitalization, perspectives, qualitative research, phenomenology.

I. Introducción

El proceso de la comunicación es importantísimo en todo proceso de interacción social, sin la comunicación sería imposible la interrelación entre las personas; ya que con este proceso cíclico y continuo se logra regular un vínculo afectivo que permite en el ser humano la capacidad de interactuar con otro ser humano.

Alba (2012) refirió: “En lo que respecta al área de salud se han encontrado estudios en donde la comunicación hospitalaria es deficiente, siendo el personal de enfermería el receptor de la confianza, dudas y preguntas sobre la información que el paciente recibe sobre su proceso.” (Alba, 2012, p.138, párr.1).

Martínez (2014) refirió “Es frecuente que los usuarios opinen sobre la calidad de atención en torno a la comunicación, la información, la capacidad de escucha, y las habilidades para ofrecer consejo o para inducir cambios, los cuales no siempre obtienen un buen resultado. La mayor queja o reclamaciones son a problemas de comunicación y de apoyo emocional y no de competencia técnica” (Martínez, 2014, p.1, párr. 2).

Producto de esto la Organización mundial de la Salud (2004) identificó a la comunicación como un área de riesgo hospitalario determinando seis acciones básicas denominadas metas internacionales para la seguridad del paciente, considerando como segunda prioridad mejorar la comunicación efectiva dando la debida importancia durante todo el proceso de hospitalización (OMS,2004).

Se puede concluir que considerando al profesional de enfermería como el apoyo prioritario del paciente y familia en todo su proceso de salud y enfermedad por su capacidad técnica y habilidades en los procedimientos y que para toda atención enfermera- paciente debe desarrollarse el proceso de la comunicación, desde que el paciente ingresa, durante la hospitalización y alta es decir durante todo el proceso de hospitalización; brindando información educación y apoyo emocional en cada oportunidad de interacción con él donde tiene que valerse de habilidades sociales durante su atención; buscando satisfacer las necesidades del paciente durante sus momentos de angustia o circunstancia crítica; además de la capacidad de mantener una buena relación para optimizar el cuidado; con ello dependerán las opiniones positivas o negativas acerca de la atención, teniendo en cuenta indicadores a favor o en contra durante la evaluación de calidad durante la atención enfermera- paciente.

La perspectiva es el punto de vista concreto, particular y subjetivo que tiene o que analiza una persona sobre un tema en concreto o un asunto. La

perspectiva no es fija e inamovible ya que lo habitual es que una persona cambie de opinión respecto de ciertos temas a lo largo de su vida precisamente porque la experiencia también modifica las formas de interpretar la realidad.

Real Academia Española.

Se puede concluir que cada paciente tendrá una manera de enfocar las cosas y ello se basará en relación a una experiencia nueva o panorama, a sus necesidades o a las circunstancias que esté afrontando o panorama, también dependerá de sus experiencias vividas, el parentesco que tenga con el paciente, la gravedad del paciente, entre otros.

Como profesionales de la salud debemos estar atentos a sus necesidades y a sus características como persona, para lograr una actitud menos negativa y más positiva ayudándolo a afrontar las fases de la crisis así lograremos calidad en nuestra atención.

Según Reyes (2004) mencionó: “La familia es considerada la primera célula social en el proceso de salud/enfermedad de sus miembros, entonces un proceso de enfermedad que se dé en uno de ellos tendrá una consecuencia directa o indirecta teniendo como resultado una inestabilidad de los demás integrantes; lo cual los obligará a adaptarse a la nueva situación” (Reyes, 2004, p.2, párr. 3).

La familia es considerada un sistema abierta porque intercambia en su entorno a todos sus integrantes energía, emociones, experiencias e información muchas veces con objetivo hacia una misma dirección de evolución constante y un orden estructural, la familia como sistema está directamente afectada o motivada por cada unidad, miembros o integrantes del sistema; obligándoles a buscar medidas de adaptación y de equilibrio a la nueva situación, ante esta respuesta debemos considerar que cada individuo es diferente tanto física como genéticamente, entonces se esperan respuestas diferentes ante una circunstancia.

Por otra parte la Asociación Americana de Psiquiatría consideró: “Al proceso de hospitalización a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); como un estrés traumático” y como familia ante una difícil situación cada integrante tendrá que cambiar sus roles, horarios, deberá tomar decisiones, la aceptación de lo que se dé con su familiar, estará sometido a conflictos afectivos y emocionales esto tendrá efectos no sólo en el familiar sino también en el paciente. (Citado en Reyes, 2004, p. 2, párr. 5).

Por lo tanto evaluar el proceso de la comunicación durante el proceso de la hospitalización a través de lo que perciben los familiares, se puede obtener información importantísima que beneficiaría tanto al paciente como al personal de salud, además de brindar un cuidado de enfermería de espíritu humanitario a estas personas que están experimentando una crisis situacional frente a la enfermedad de su familiar durante el proceso de hospitalización.

Según la OMS mencionó: “Las enfermedades no transmisibles (ENT) son enfermedades de larga duración, afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones y por lo general de progresión lenta, silenciosa y de consecuencias graves y muchas veces irreversibles, pero la evidencia muestra que más de 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 70 años de edad; el 82% de estas muertes «prematuras» ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo del alcohol.” (OMS, 2014, p. 1, párr. 5).

La OMS (2008) refirió: “Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad (OMS, 2008, p.1, párr. 1).

Se puede concluir que las personas tienen la posibilidad de llegar a más años de vida y con ello traer consigo ENT, por el deterioro natural de los órganos y porque en la actualidad estamos sometidos al estrés además de una vida sedentaria entre otros malos hábitos en nuestro estilo de vida; por lo que estamos muy propensos en cualquier momento a desencadenar una enfermedad que nos predispone a poner en riesgo no solo nuestra salud sino también nuestra vida; lo que nos llevará a un internamiento a la Unidad de cuidados intensivos (UCI). Un lugar donde hay personal altamente calificado, humano y con tecnología de punta donde se puede atender la inestabilidad fisiológica y emocional tanto del enfermo como de los familiares y está incluido en los hospitales de tercer nivel.

Peplau refirió: La enfermería es un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades. Este planteamiento se basa en que las personas son seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la enfermedad (citado en Alvarado, 2012, p.1, párr. 6)

Por lo expuesto el profesional de enfermería es una profesión que tiene como eje del ejercicio profesional laboral “El cuidado”; cuidar es el objetivo principal y moral del profesional, teniendo como fin capacitarse y valerse de estrategias preventivas terapéuticas, ni bien identifica el problema a través de una valoración completa y rápida, debe tomar en cuenta valores y actitudes con el objetivo de proteger y engrandecer la dignidad del paciente y familiar; por lo tanto la enfermera no se aleja de la idea de humanismo e integridad de la persona valorándolo como un ser biopsicosocial y espiritual abarcando los cuidados también a la familia, con el objetivo de hacerlo partícipe activo en el cuidado y la evolución del paciente crítico, ya que en la mayoría de casos el paciente está entubado y con sedación.

Por tanto es importante tener el concepto que la familia es y será el soporte para el paciente en todas las etapas de su vida y en diferentes circunstancias por tal motivo enfermería mira al enfermo de forma completa considerando al familiar como una parte fundamental y básico del mundo del paciente y que nadie mejor que el familiar lo ayudará a disminuir el estrés y mejorar la salud mental. En la UCI el paciente muchas o en la mayoría de las ocasiones estará intubado y con sedación hasta que recupere su estabilidad fisiológica, pero para ello primero deberemos ayudar al familiar a estar en la fase de aceptación y cambio para que pueda ser un familiar activo en la recuperación de su paciente.

1.1. Antecedentes.

1.1.1 Antecedentes Internacionales.

La revisión de investigaciones Internacionales previas fue fundamental y de acuerdo al presente trabajo, se citan las siguientes:

Carrizales (2015); realizó un estudio en Venezuela titulado: *“Comunicación de la enfermera componente clave de la satisfacción para el cuidado del adulto mayor con cáncer”*. Tuvo como objetivo determinar la comunicación de la enfermera como componente clave de la satisfacción para el cuidado del adulto mayor. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional y diseño ex post facto, modalidad de campo, la muestra fue de 30 adultos mayores, se elaboró un instrumento tipo cuestionario con 47 ítems. Los resultados arrojaron la relación significativa entre la actitud de la enfermera (o) en su factor apoyo emocional y la satisfacción del adulto mayor en su factor comunicación, llegando a la conclusión: Que cuando la enfermera tiene una actitud de apoyo emocional, una actitud de escucha con el enfermo o lo educa con amor, el enfermo está más satisfecho con la atención que brinda el profesional.

Ballesteros, (2014). Realizó un estudio en Colombia titulado: *“Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos”*. Tuvo como objetivo: Describir la comunicación establecida entre la enfermera profesional y el familiar de la persona que se encuentra hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos. La investigación se realizó con abordaje cualitativo, enfoque de análisis de contenido según el modelo de Bardin 2010 en el que participaron 12 familiares. Para la recolección de la información se utilizó la técnica de entrevistas semiestructuradas, al efectuar el análisis surgió un gran tema: caracterización de la comunicación compuesta por 5 categorías (para qué comunicarse, como es la comunicación, facilitadores de la comunicación, barreras en la comunicación y resultados de la comunicación) y 16 subcategorías. Concluyéndose que el familiar demanda cualidades como: Amabilidad, cordialidad, empatía, reconocimiento y un lenguaje entendible, consideradas importantes para establecer la comunicación y están enfocadas a satisfacer la necesidad de información, las relacionadas con la necesidad de una comunicación humanizada, el apoyo ofrecido en situación de vulnerabilidad.

Montes y Sindy (2013) realizaron un estudio en Colombia titulado: *“Intervención de enfermería ante la crisis situacional percibida por los familiares*

con pacientes críticos según el modelo Jean Watson en una IPS III nivel de Cartagena". Tuvo como objetivo: Describir la percepción de la situación de las familias de los pacientes críticos que se encuentran en la UCI y las principales estrategias de intervención del profesional de enfermería ante esta problemática basados en el modelo Jean Watson. El estudio fue de tipo cuanti-cualitativo, descriptivo-prospectivo con un esquema de corte transversal y una población de 49 familiares por conveniencia el trabajo se realizó durante un mes. Concluyéndose que según los resultados encontrados el cómo y qué información lleve el personal de enfermería a los familiares, el familiar se identificará y valorará el cuidado también para ellos de una forma directa ya que esta acción favorece en la tranquilidad del familiar.

Peña *et al* (2013) realizaron un estudio en Chile titulado: "*Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en la UCI y sus familiares*". Tuvo como objetivo: Conocer el grado de Satisfacción de los familiares de los pacientes dados de alta de UCI y el del propio paciente. El tipo de estudio fue transversal, observacional, descriptivo y prospectivo durante 5 meses, se utilizó fue la Encuesta Family Satisfaction Intensive Care Unit (FS-IC34). Obteniéndose las siguientes resultados: El grado de satisfacción de los familiares y de los propios pacientes ingresados en la UCI es elevado considerando su esperanza acerca de la recuperación del paciente crítico, y el proceso en sí de tomas de decisiones en algunos procedimientos a realizar. Sin embargo hay detalles durante la encuesta que se descubre como la importancia que le dan los familiares a la infraestructura de la unidad, considerando color de las paredes, iluminación, ruidos; aun así, existen varios puntos que deberían ser mejorados como el ambiente de sala de espera y el ambiente propio de la UCI en cuanto a ruido, intimidad e iluminación.

Díaz (2011) realizó una publicación en España titulada: "*Comunicación enfermera - paciente: reflexión sobre la relación de ayuda*". Tuvo como Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica para conocer: La importancia de la comunicación enfermera/paciente. El estudio fue de tipo descriptivo mediante revisión bibliográfica y búsqueda de documentación en bases de datos. El resultado de la búsqueda han sido 44 artículos (26 en inglés y 18 en castellano); llegando a los siguientes resultados: Que la comunicación es un proceso vital para el desarrollo del ser humano, y cómo se lleva a cabo es fundamental para afrontar las situaciones cotidianas o extraordinarias de una manera u otra.

Marcelo (2008) realizó un estudio en Colombia titulado: *“Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la unidad de cuidado intensivo”*. Planteó como objetivo: Identificar los aspectos presentes en la comunicación de la enfermera mediante un análisis crítico del problema de 16 artículos realizados en los últimos 10 años. Llegando a las conclusiones: “Respecto a los aspectos en la comunicación de la enfermera, con la sobrecarga de trabajo el profesional de enfermería al intentar rentabilizar al máximo su tiempo, genera fallas en la comunicación, inexistencia de claridad de lo que debe informar, brindando inseguridad, limitación, comunicación dominante y fría.

Santos y Shiratori (2008) realizó una investigación en Brasil titulada: *“Comunicación no verbal: su importancia en los cuidados de enfermería”*. Tuvo como objetivo: Identificar el significado de la comunicación no verbal para los académicos de enfermería, y analizar la influencia de la misma en el cuidado de enfermería. Utilizó un enfoque metodológico cualitativo. Llegando a las siguientes conclusiones: los alumnos del curso de graduación identifican la importancia y la influencia de la comunicación no-verbal durante la asistencia, sin embargo, existe la necesidad de ampliar el conocimiento del proceso de comunicación no-verbal para la implementación del cuidado de enfermería debiendo darle importancia a la utilización de los sentidos como: Oír, mirar, sentir, observar. Entonces se llega a concluir que la comunicación verbal es una de las formas más importantes pero que sin embargo se complementa con la comunicación no verbal, y esta es de mucha ayuda cuando los pacientes están sedados, postrados sin poder comunicarse.

Santana *et al* (2007) realizaron un estudio en España titulado: *“Necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: Percepción de los familiares y del profesional”*, el cual tuvo como objetivo: Comparar el grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en su UCI con la percepción del personal sobre el entorno asistencial y la información recibida. El diseño fue un estudio prospectivo, descriptivo, la población fueron los familiares directos de los pacientes hospitalizados, y los profesionales que los atendieron. El instrumento fue una encuesta personal a familiares y la misma modificada para los profesionales la percepción que creían que tenían. Obteniéndose las siguientes conclusiones: La satisfacción del familiar era mayor que del profesional

entrevistado, los familiares se sentían satisfechos cuando la enfermera les explicaba el estado de su paciente o sobre los cuidados a pesar que la ven siempre ocupada ellos valoran lo que les dicen, en cambio los profesionales se sienten abrumados con las diversas actividades y creen que no logran comunicarse adecuadamente con los familiares.

1.1.2. Antecedentes Nacionales.

La revisión de investigaciones Nacionales previas fue fundamental, y de acuerdo al presente trabajo, se citan las siguientes:

Martínez (2015) realizó un trabajo titulado: *“Percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un hospital Nacional de Lima _Perú-2014”*. Tuvo como objetivo: Determinar la percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de Medicina de un hospital nacional de Lima. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 familias de pacientes con grados de dependencia II y III, la técnica fue la entrevista y el instrumento una escala de Likert modificada. Obteniéndose las siguientes conclusiones: La percepción que tienen los familiares (100% (30) en un 53% (13), 53%(13) su opinión es favorable, en (30% (9)) medianamente favorable y un 27% (8)) desfavorable, referidas a que las enfermeras se muestran ocupadas y apuradas haciendo actividades casi todo el tiempo y cuando intentan acercárseles o le preguntan algo ellas hacen gestos de molestias y/o responden estoy ocupada o en un momento; pero hay un grupo pequeño de familiares que refieren que la enfermera responde con un lenguaje claro y sencillo de entender pero que en su mayoría son cortos los momentos.

Blas (2013) realizó un trabajo en Lima, titulado *“Nivel de Satisfacción de familiares de pacientes críticos acerca de la comunicación brindada por la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos”*. Tuvo como objetivo: Determinar el nivel de satisfacción de los familiares de pacientes críticos acerca de la comunicación brindada por la enfermera. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo Cuantitativo, método Descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 familiares de los pacientes hospitalizados. La técnica fue la encuesta el instrumento la escala de Lickert modificado. Se obtuvo las siguientes conclusiones: El nivel de satisfacción de los familiares acerca de la comunicación

brindada por la enfermera en el servicio de la unidad de cuidados intensivos en el mayor porcentaje es medianamente satisfecho (60%) (48) y completamente satisfecho 26.7% (8); y un 13.3 % (4) insatisfecho porque no lo identifica por su nombre, utiliza palabras de difícil comprensión, no responde sin importarle que le están hablando, cruza los brazos, informa apresuradamente con lenguaje no claro y no sencillo, mira a otro lado y no al paciente y no atiende la solicitud de forma inmediata. Sin embargo el familiar si conoce el nombre de la enfermera.

Grados (2013) realizó su tesis titulada: *“Características de la comunicación enfermero paciente post quirúrgico mediato en el servicio de cirugía del Hospital Dos de Mayo”*. Tuvo como objetivo: Determinar las características de la comunicación del enfermero hacia el paciente postquirúrgico mediato, el estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal, estuvo constituida por 110 pacientes, la muestra fue seleccionada mediante el muestreo no probabilístico y el muestreo por conveniencia considerando el 41% (45) pacientes se usó la técnica de la encuesta y un cuestionario tipo diferencial semántico. El 100% (45) de pacientes calificaron que más del 60% de las características de la comunicación del enfermero en la dimensión verbal es “rápida”, “no entendible”, “entrecortada”, “tono bajo”, “incoherente” y “apresurada”. En la dimensión no verbal, el 68%(31), los pacientes calificaron la comunicación del enfermero como “inexpresiva”, de “postura de retirada”, mirada “esquiva” y “desatenta. Así mismo se descubrió que el perfil de las características de la comunicación del enfermero tiene una tendencia negativa, donde resalta la “velocidad del mensaje” y la “expresión facial”, lo cual indica que no se establezca una comunicación terapéutica.

Sedano (2010) realizó su investigación titulada: *“Contenido de la comunicación enfermera - paciente en los servicios de medicina Hospital Nacional Dos de Mayo”*. Tuvo como objetivo: Identificar el contenido de la comunicación enfermera-paciente con enfoque metodológico cuantitativo, tipo descriptivo, con la técnica aplicada para la recolección de datos de un cuestionario, llegando a las siguientes conclusiones: “El contenido de la comunicación expresa la orientación centrada en la enfermedad y el tratamiento médico de cada paciente; que el contenido está referido cuando realiza los cuidados, en comparación con la valoración integral y la evaluación de los mismos”, es decir que todos los pacientes requieren de cuidados adecuados y preferenciales que van de acuerdo

con su estado y con los efectos de la enfermedad; por lo cual es importante que los enfermeros tomemos conciencia de la responsabilidad de asistir con esmero y un sentir estrictamente humano durante la atención a todos los pacientes que llegan a la hospitalización.

Arrascue y Quiñones (2008) realizaron un trabajo de investigación "*La Comunicación de la Enfermera en el cuidado que brinda a la persona internada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*". Tuvo como objetivo: Caracterizar y analizar la comunicación entre la enfermera y el paciente consciente. Investigación cualitativa, en la que se entrevistaron a 11 pacientes que en todo momento estuvieron conscientes durante su hospitalización en UCI, la muestra fue obtenida por saturación. Llegando a la conclusión: Que las enfermeras utilizan la comunicación como herramienta durante la realización de sus actividades en el cuidado que proporcionan al paciente. Los pacientes caracterizaron a las enfermeras de acuerdo a sus mensajes verbales y no verbales como carismática, humana, cariñosa y fuente de apoyo. Encontraron que los principios que regían dicha comunicación eran de asistencia, concreción, honestidad, respeto, interés, protección y seguridad acciones que confirman la necesidad de poner en práctica una adecuada comunicación que ayude a los pacientes a sentirse bien para lograr una mejoría en un tiempo no prolongado.

Alvarado (2011) realizó su investigación titulada: "*Calidad de las relaciones interpersonales enfermera-usuario según la Teoría de Travelbee, aplicado al Pabellón A del Hospital Militar Central 2007*". Tuvo objetivo determinar la calidad de las relaciones interpersonales enfermera usuario según la Teoría referida, con un enfoque cuantitativo, descriptivo transversal, la técnica aplicada fue la observación y el instrumento la lista de cotejo, llegaron a la siguiente conclusión: En la Relación Interpersonal Enfermera - Usuario, predomina un nivel medio; ya que del 100 %(80) de las enfermeras, el 88.75%(71) establece una calidad de interrelación interpersonal según Travelbee de nivel mediano y el 9%(11.25) establece una calidad de relación interpersonal óptimo; por consiguiente diríamos que, en su desempeño profesional las enfermeras necesitan adquirir, reforzar o dar la debida importancia a sus habilidades y destrezas para la comunicación sincera y afectiva con los pacientes y sus familiares, ya que existen factores que impiden una relación interpersonal óptima como las actitudes, la complejidad de

las responsabilidades, el tiempo , razón por la cual existe aspectos que perjudican la comunicación interpersonal entre los protagonistas de la presente investigación.

Los antecedentes nacionales como los internacionales revisados, me permitieron tener una visión sobre el desarrollo de mi estudio, comparar resultados, estructurar la base teórica y la metodología; realizar mi estudio me permitirá descubrir cómo se da el proceso de la comunicación desde la perspectiva de los familiares en las diferentes etapas de la hospitalización.

El cuidado de enfermería es el eje del ejercicio laboral , y para ello necesita una buena comunicación, teniendo como fin la protección ,engrandecimiento y preservación de la dignidad humana, durante el cuidado, la enfermera debe ser consiente y responsable de que debe tener habilidades múltiples y competitividad profesional ya que durante la comunicación logra transmitir un efecto positivo o negativo sobre la otra persona en este caso el paciente o familiar que en este momento de enfermedad está en crisis; por lo que debe considerar los valores, actitudes, deseos y compromiso de cuidar, conocimientos ; por lo tanto la enfermera es una persona con humanismo que valora al paciente como un ser biopsicosocial y espiritual, abarcando los cuidados también a la familia, con el objetivo de hacerlo partícipe activo en el cuidado y la evolución del paciente crítico, ya que en la mayoría de casos en la UCI el paciente está entubado y con sedación .

Durante la atención a mis pacientes observo que el servicio del 7 B UCI del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM); no hay un personal de enfermería que esté designado específicamente con la labor de información, educación ; sobre generalidades de una UCI, bioseguridad, reglamentos, horarios, trámites administrativos; entre otros, para los familiares de los pacientes críticos hospitalizados, generalmente quien da una información breve sobre trámite para visita y de la lista de útiles es la vigilante de turno durante el día, se observa que la enfermera aprovecha para comunicarse con los familiares cuando ellos están en contacto con su paciente durante la visita, si no hay algún procedimiento de urgencia o no esta con gran demanda de pacientes a su cargo; no hay momentos de gran tiempo para preguntar al familiar como se siente, que piensa y mucho menos para brindar apoyo emocional y algunas veces si le brinda información es corta, en algunos momentos he observado a un familiar intolerante, ansioso, agresivo y poco colaborador con el personal, o al ingresar a la UCI y mirar a su

familiar con muchos dispositivos invasivos y monitorizado, mira todo con miedo, no se acerca a su familiar o algunas veces lo besan y se exponen a las infecciones que puedan llevarse, pregunta por todo lo que le rodea a su paciente, o simplemente se queda paralizado, en algún momento he observado que decide no ingresar refiriendo que está muy nervioso, llora, se aflige. He observado que se queda todo el día o toda la noche que se queda durmiendo en la sala de espera o desea ingresar a cada momento, llamando a cada momento pidiendo información, entre otras actitudes que dificultan la atención en algunos casos. También se observa se observa que desconocen cómo y el porqué de algunas medidas de protección antes y después de entrar en contacto con su paciente, el familiar se vuelve ansioso y se deprime. Por lo expuesto me pregunto ¿Qué función cumple nuestra comunicación? ¿Qué función de comunicación estamos dando de forma más adecuada? ¿Qué es lo que más le interesa saber o escuchar al familiar en este proceso de hospitalización? ¿Cuál será la perspectiva del familiar con respecto al proceso de la comunicación que brinda la enfermera?

1.2 Marco teórico

1.2.1. Visión Crítica y General de la Comunicación.

Según Oliveira(2006) en el proceso de cuidar y ser cuidado en el área hospitalaria, la comunicación se presenta como un vínculo afectivo enfermera-paciente, la comunicación es considerado como un elemento indispensable en la calidad de las relaciones, en la identificación del proceso salud-enfermedad y en la realización del cuidado, (Oliveira, 2005, p.2, párr. 2); puesto que determina una práctica donde se valora al paciente de una forma holística como un ser biopsicosocial y espiritual; en la cual ocurre un intercambio de mensajes de manera bidireccional continua. Para que la comunicación sea efectiva, el profesional de enfermería necesita comprender y conocer al ser humano como un ser activo y vulnerable ante la circunstancia que le tocó vivir en el momento y al cuidado como finalidad en su plan de atención en las más variadas situaciones de la vida del paciente.

Oliveira (2006) refirió: “Comunicare” significa poner en común y colocar alguna cosa en común, es necesario que haya el entendimiento de las partes comprometidas, siendo que para este entendimiento, debe haber inicialmente la comprensión de lo que es comunicado” (Oliveira, 2006, p. 2, párr. 4).

Según Vicente “La Real Academia Española define a la comunicación

como la transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor. Los procesos de la comunicación son interacciones mediadas por signos entre al menos dos agentes que comparten un mismo repertorio de signos y tienen unas reglas semióticas comunes” (Vicente, 2012, p. 1, párr.1).

La comunicación, es un proceso de comprender y compartir los mensajes enviados y recibidos, y los propios mensajes y el modo como se da ese intercambio de mensajes y el efecto o resultado puede ser positivo o negativo en el comportamiento de los protagonistas en ese tiempo corto, mediano y de largo plazo. De acuerdo a lo expuesto se puede decir que la comunicación es utilizada por el profesional de enfermería cuando ejerce su cuidado de atención ya que durante todo ese proceso su herramienta principal es la comunicación y sus habilidades sociales para ayudar y apoyar emocionalmente al paciente crítico y/o familia, para reducir sus niveles de estrés, tensión, angustia en el momento de crisis y superar su estado grave a través del contacto visual, físico, hablándole de forma comprensiva, informativa, afectuosa y anticipándose a sus necesidades. En este sentido es importante remarcar que para una comunicación asertiva de real interacción e importancia se debe usar todos los órganos de los sentidos.

Este proceso básico de comunicación puede darse de forma verbal, no verbal y escrita.

Los sentidos utilizados durante la comunicación:

La visión es considerado el sentido principal ya que es el principal órgano por donde llegan las sensaciones al intelecto, logrando desarrollar la capacidad de transformar el acto de ver en una acción consciente de la mirada facilitando un contacto con la realidad de lo que comunicamos y de lo que queremos comunicar permitiéndonos percibir mejor el mensaje de los otros y los del medio ambiente.

En relación al sentido de la audición, saber oír es mucho más que escuchar el mensaje que está siendo transmitido y hacer nuestra interpretación conforme deseamos o basados en nuestras propias limitaciones. Saber oír es tomar en cuenta la fluidez con que los individuos hablan o efectúan discursos, así como la articulación, la modulación, el ritmo o el timbre que prestan a su voz considerar.

Oliveira (2006) refirió que el sentido del tacto representa una de las formas de comunicación más rápida y directa. “La superficie de nuestra piel es rica en receptores sensoriales que tienen como finalidad captar estímulos a través de medio millón de fibras sensitivas de la piel penetrando en la médula espinal.”

(Oliveira, 2006, p. 4, párr.5).

Oliveira (2006) refirió: Cuando realizamos la acción de tocar y/o somos tocados, nuestro cerebro recibe la información sensorial a través de la piel luego ejecuta los ajustes necesarios en relación a las informaciones recibidas; a través de este mecanismo se transmiten mensajes que muestran emociones o conocimientos. Con los gestos manuales se pueden manifestar para esclarecer la palabra hablada. El sentido del olfato también es poderoso, cuando el olor es agradable, provoca relajación de los músculos faciales, sonrisa, tonalidad afable de la voz, gestos de cabeza, abertura de la boca y respiración más profunda. Los olores se relacionan entre la emoción y la memoria, entre el placer y el displacer. (Oliveira, 2006, p. 5, párr.8).

El sentido del gusto es considerado como un órgano importante social en este proceso. Cuando nos alimentamos, preferimos hacerlo en grupo lo cual favorece los afectos de relación; que a través de símbolos permite conocer al otro y a sí mismo. Es el espacio y tiempo donde recibimos y ofrecemos al otro su gusto, su olor, su textura, su sabor.

Por lo expuesto el personal de enfermería debe considerar esenciales los sentidos, para desarrollar su percepción y sensibilidad, como estrategia para posibilitar y facilitar la expresión plena de lo que comunica y de lo que es comunicado, favoreciendo así sus cuidados para comprender lo que las personas comunican y prevenir fallos en la comunicación debe desarrollar habilidades sociales, estudiar los comportamientos humanos, utilizar todos los sentidos, para de esta forma favorecer la sensibilidad y la intuición, procurando reconocer e interpretar cada palabra o gesto utilizadas por la persona, considerando a cada individuo como un ser único por la influencia de su historia, el momento por el que atraviesa, sus creencias, las limitaciones físicas o fisiológicas, las experiencias vivenciadas, así como el tiempo y parentesco que tiene con el paciente. La comunicación se logra en la interacción plena persona-persona, aún sin la verbalización de palabras.

1.2.2. Aporte Histórico de la Comunicación.

En un principio los grandes estudiosos sólo se basaban en una simple relación de estímulo-respuesta para llegar hoy a plantear profundas e interesantes interpretaciones, basándose en un inicio de la experiencia y el sentido común. El primer modelo de comunicación es el de Aristóteles, quien describe a la comunicación como una ciencia cuyo fin último es la persuasión de habla, quien considera los elementos fundamentales del proceso de comunicación: Emisor (el que da el mensaje), mensaje (el discurso), el receptor (el que escucha). (Días, 2011, P. 2 párr. 1)

Como se han ido desarrollando las teorías y conceptos de la comunicación desde sus inicios el concepto que no varía es que es considerada como básica e importante para todo ser humano.

Durante el siglo XX la comunicación se pensaba como un movimiento físico que sólo trataba del transporte un mensaje de un lugar a otro, el cual era lanzado a una persona o a un conjunto de personas. La comunicación se conoce ahora como una fuerza enorme que logra ingresar en el sistema de las personas de manera directa o indirectamente. Un ejemplo de lo anterior podría ser Los efectos de la comunicación masiva, que explica Joseph Klapper, que se refiere al cambio de actitud o de conducta que tienen las personas debido a los medios de comunicación.

El individuo es un ser sociable por naturaleza, lo que implica que necesita estar en constante comunicación con otras personas.

1.2.3. La comunicación.

1.2.3.1. Definición.

Díaz (2011) mencionó: “El proceso de la comunicación entendido como tal no puede entenderse como la mera transferencia de información de un individuo a otro sino como un proceso más complejo continuo y dinámico entre dos personas en el que el emisor debe dejar claro lo que quiere transmitir pero además qué espera del receptor al transmitirle dicha información”. (Díaz, 2011, p. 2, párr3)

Es la actividad consciente e incluso inconsciente de intercambiar información entre dos o más individuos con el fin de transmitir o recibir información a través de un sistema compartido de signos y normas semánticas, tanto el que envía el mensaje (emisor) como el que lo recibe (receptor) ambos tienen y el receptor emisor, este proceso está activo todo el tiempo y es

bidireccional. Los mensajes se darán a través de un canal, y en algún momento el emisor se volverá receptor.

Díaz (2011) refirió: “La comunicación es entendida como un proceso continuo por el que una persona puede afectar a otro a través del lenguaje escrito, oral, expresiones corporales, faciales espacio u otros símbolos.” (Díaz, 2011, p. 2, párr5).

Los pasos básicos de la comunicación son la formación de una intención de transmitir un mensaje, la formación del mensaje, la codificación del mensaje, la transmisión de la señal, la recepción de la señal, la decodificación del mensaje y finalmente, la interpretación del mensaje por parte de un receptor .

Para lograr una comunicación efectiva con el paciente se requieren una serie de elementos o características entre las cuales podemos mencionar:

1. Al comenzar la comunicación el profesional debe presentarse.
2. Respetar el ritmo del paciente, no atosigar con pregunta
3. Escuchar los mensajes con atención (postura adecuada, mirando a los ojos o repetir la última frase).
4. Esforzarnos por comprender el mensaje y entender el sentir de la otra persona.
5. Entender que durante la comunicación es básico que los gestos sean congruentes con el contexto.
6. La comunicación debe ser con un lenguaje sencillo.
7. La comunicación debe ser con un lenguaje claro.
8. Debemos pensar como nos gustaría que nos escuchen en un momento por el cual pasa la otra persona.
9. Desarrollar habilidades para poder conocer los comportamientos humanos frente a circunstancias y o estrés.

Practicar y desarrollar las habilidades aprendidas. (Cibanal, 2014, p. 129, párr8).

Una buena comunicación se desarrollará si ponemos en práctica dos o más de lo anteriormente mencionado, también es necesario saber que esta habilidades en el proceso de la comunicación se aprende y se va desarrollando en el tiempo todo depende también de la voluntad de las personas.

La comunicación se divide en tres tipos: Comunicación no verbal, comunicación verbal, la comunicación escrita. A continuación desarrollaremos cada una de ellas:

1.2.3.2. La Comunicación no Verbal.

Es un tipo de comunicación donde el ser humano utiliza todos los sentidos para que sea efectivo, utiliza tres especies de soporte: El cuerpo, los artefactos usados por el hombre o ligados al medio ambiente; y la disposición de los individuos en el espacio. Se relaciona con la acción de emitir un mensaje incluso donde no hallan las palabras explícitas a través de movimientos corporales que favorecerá, facilitará o potenciará los significados de un mensaje o simplemente den un mensaje.

Según Oliveira menciona: “El hombre desde su origen, para fortalecerse y defenderse de los animales y de la naturaleza, y por su necesidad de relacionarse con los otros seres humanos para expresar sus sentimientos e ideas realiza gestos, formas de expresión corporal, que ganan un sentido cada vez más preciso. El canto y el baile le permiten expresar sentimientos, manifestar alegrías, tristezas u oraciones.” (Oliveira, 2006, p. 3, párr7).

1.2.3.3. La Comunicación Verbal.

Es el modo de comunicación más conocido y familiar, siendo el más frecuentemente y usado; es el proceso de transmitir mensajes por intermedio de recursos físico como el habla, la audición. Se subdivide en comunicación verbal-oral, cuando se realiza la acción de enviar un mensaje con palabras a alguien alguna cosa, y la comunicación verbal: verbal-escrita, cuando realiza la acción de enviar un mensaje por medio de relatos escritos, normas y procedimientos lingüísticos.

1.2.3.4. La Comunicación escrita.

Oliveira (2006) refirió: “La comunicación escrita este tipo de comunicación se ha desarrollado gracias al impacto de las tecnologías y de la ciencia. Estos procesos de desarrollo se dividen en tres etapas: Los pictogramas como las formas más primitivas de escritura humana; el desarrollo de alfabetos en diferentes lenguas escritos sobre soportes físicos como la piedra, la cera, la arcilla, el papiro y, finalmente, el papel; y por último la información transmitida a través de medios electrónicos”. (Oliveira, 2006, p. 2, párr4).

La comunicación escrita requiere las habilidades interpersonales para hablar, cuestionar, analizar y evaluar en tal manera que se posibilite en entendimiento. Los malentendidos pueden anticiparse y resolverse a través de formularios, preguntas y respuestas, parafraseo, ejemplos e historias.

1.2.4. Elementos de la Comunicación.

Código: Se le denomina al conjunto de elementos de un texto o de un mensaje que se combinan siguiendo unas reglas y que permiten su interpretación cuando llega al receptor.

Canal: Se le denomina al medio a través del cual se transmite o es llevado el mensaje, deseo, opinión, etc.

Emisor: Es la persona que se encarga de enviar un mensaje, un pensamiento, deseo. Esta persona elige y selecciona los signos que le convienen, es decir, realiza un proceso de codificación; codifica el mensaje y decide a que receptor enviar.

Receptor: Es la persona a quien va dirigido el mensaje; realiza un proceso inverso al del emisor, ya que descifra e interpreta los signos elegidos por el emisor. En algún momento puedo volverse emisor o sólo quedar como receptor.

Mensaje: Es el objeto de la comunicación. Está definido como la información, interpretación que el emisor envía al receptor a través de un medio de comunicación determinado.

Situación o contexto: Es la circunstancia en donde se desarrolla el proceso comunicativo.

Marco de referencia: Es el entorno, todo lo que rodea mientras se da el proceso de la comunicación.

1.2.5. Funciones de la Comunicación.

Las funciones básicas son:

1.2.5.1. Informativa: En esta función el objetivo es aportar nueva información al receptor para ello el emisor proporciona al receptor toda su experiencia y con ello el desarrollo de habilidades, convicciones, y la formación de hábitos, toda esta función dependerá con la transmisión del mensaje y la recepción del mensaje. (Oliveira, 2006, p. 12, párr4).

1.2.5.2. Afectivo Valorativa: En esta función el objetivo es brindar el mensaje pero agregarle la carga afectiva, con esta función se logra establecer una imagen de sí mismo y de los demás. Ejemplo: Mencionar “te entiendo” pero le mira a los ojos y le sonrío. (Oliveira, 2006, p. 12, párr9).

1.2.5.3. Reguladora: En esta función se logra la modificación de una conducta, de esta función depende el éxito o el fracaso de la comunicación. (Oliveira, 2006, p. 22, párr12).

1.2.6. Importancia de la comunicación.

Monserrat (2015) refirió: “La comunicación es indispensable para procurar y mantener las buenas relaciones en todos los ámbitos de nuestra vida, particularmente en la familia, el trabajo y con las personas más cercanas a nosotros. Aun así enfrentamos desacuerdos y discusiones sin sentido, provocando en ocasiones, una ruptura en las relaciones con los demás. Entender y hacerse comprender, es un arte que facilita la convivencia y la armonía en todo lugar”. (Monserrate, 2015, p. 1, párr4).

La comunicación entra en el campo de los valores, una buena comunicación puede hacer la diferencia entre una vida feliz o una vida llena de problemas, y esto se puede evidenciar en cualquier campo ya sea familiar, laboral, empresarial, etc.(Monserrate, 2015, p. 11, párr7).

La comunicación efectiva nos ayuda a intercambiar de forma armoniosa pensamientos, ideas, opiniones y sentimientos con las personas que nos rodean, en cualquier ambiente con el único objetivo de mejoría de todos los involucrados.

Para una comunicación asertiva se debe tener cuidado de no caer en el exceso de que solo se nos escuche, también es necesario que la otra persona sienta perciba que lo escuchan, además de tener un objetivo enriquecedor, es decir que aprendamos siempre algo de una comunicación, es una actitud que debemos trabajar. (Monserrate, 2015, p. 3, párr2).

La buena comunicación tiene algunas características que todos conocemos: Escuchar con atención eso incluye expresiones tanto corporales como faciales de interés, no interrumpir mientras el emisor habla, expresar lo que piensas, utilizar un lenguaje claro y sencillo, mostrar una actitud que demuestra educación y trato delicado hacia las personas. (Cibanal, 2014, p. 129, párr12).

1.2.7. La Comunicación en el Campo de la Enfermería

López (2012) refirió: La comunicación se da de forma interpersonal, ya que se da la conexión con otra persona en un nivel emocional y no sólo en un nivel intelectual, en el Hospital resulta un lugar hostil, de soledad, temor, miedo y por ende la necesidad de comunicarse con los demás .La enfermera por su contribución afectiva y potencial es muy importante en la recuperación del paciente. (López, 2002, p. 1, párr2).

López (2002) refirió: La enfermera no puede hacer a un lado la problemática generada por los diversos roles que tiene en la vida pero tampoco puede perder de vista lo importante de su función humanística. (López, 2002, p. 2, párr3).

1.2.8. Enfermera Intensivista.

1.2.8.1. Definición.

Conforme al artículo 7 del Decreto Supremo No. 004-2002-SA, Reglamento de la Ley del trabajo de la enfermera/o, para el ejercicio de la profesión se requiere: Título universitario expedido por una universidad bajo el ámbito de la Asamblea Nacional de Rectores o el Consejo Nacional para la Autorización de Funcionamiento de Universidad, Registro en el Colegio de Enfermeros del Perú y habilitación. En el caso de la enfermera (o) especialista se requiere además: Título de especialista expedido por una universidad bajo el ámbito de la Asamblea Nacional de Rectores o el Consejo Nacional para la Autorización de Funcionamiento de Universidades, Registro como especialista en el Colegio de Enfermeros del Perú de acuerdo a su Reglamento. (OPS, 2011, p. 212, párr. 4-5).

En Perú, desde 1981, por Ley No. 23.330 el denominado Servicio rural y urbano marginal de salud (SERUMS) que realizan los profesionales de salud. Se trata de un programa de servicio a la comunidad que está orientado a desarrollar actividades preventivo-promocionales en centros y puestos de salud del Ministerio de Salud-MINSA, o en establecimientos equivalentes de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, principalmente en las zonas rurales y urbano-marginales consideradas de menor desarrollo del país. Tiene como objetivo brindar atención integral de salud a las poblaciones más vulnerables del país, las que son seleccionadas por el MINSA. El SERUMS es requisito indispensable para ingresar a trabajar en establecimientos del sector público en la condición de nombrados, contratados o por servicios no personales e ingresar a los programas de segunda especialización a nivel nacional y recibir del Estado becas u otras ayudas equivalentes para estudios de perfeccionamiento en el país o en el extranjero. Están obligados a participar del programa los profesionales de las ciencias de la salud, entre ellos las enfermeras. (OPS, 2011, p. 214, párr2).

El enfermero intensivista debe tener las siguientes cualidades:

1. **Iniciativa y creatividad:** Deberá ser una persona dinámica, observadora y con capacidad de análisis e interpretación de datos, siendo oportuna en dar aviso a las personas indicadas.
2. **Habilidad y destreza:** La enfermera intensivista debe ser hábil en el manejo de equipos y en la realización de procedimientos.
3. **Liderazgo:** Debe tener la capacidad de dirigir, planear, coordinar y supervisar la atención a los pacientes en estado crítico, demostrando seguridad en la toma de decisiones, es aquella que en ausencia de los médicos y en situaciones que lo ameriten determina la conducta inmediata y oportuna.
4. **Motivación:** La enfermera debe interesarse por mantenerse actualizada en sus conocimientos, para estar acorde a los avances científicos tecnológicos y con las necesidades de los pacientes críticos.
5. **Equilibrio Emocional:** El ambiente de la UCI es de tensión y movimientos constantes por lo que la enfermera intensivista debe tener la capacidad de tener equilibrio de emociones para la atención de pacientes en estado crítico.
6. **Trabajo en equipo:** La enfermera debe conservar una actitud ecuánime para que el desenlace de situaciones de estrés mantenga la armonía y la organización en el equipo de salud.
7. **Responsabilidad:** La enfermera tiene claro la importancia de las líneas de autoridad, contar con el personal calificado y con capacidad de coordinar teniendo en cuenta la complejidad del paciente.
8. **Humana:** La enfermera debe apoyarse en las normas y principios de la institución durante la atención al paciente crítico y el trabajo en equipo. (Cibanal, 2014, p. 189, párr9).

1.2.9. Cuidados en la Hospitalización a UCI.

Es la Unidad que proporciona atención médica especializada a los pacientes que tienen alteraciones fisiopatológicas agudas que ponen en peligro su vida y que necesitan de mayores cuidados humanos y tecnológicos. (Espinoza, 2007, p. 21, párr. 1).

La UCI es un lugar donde labora un personal multidisciplinario con la misión de ofrecer asistencia médica a un paciente en estado crítico, por ende el personal es altamente entrenado, es decir el equipo está compuesto por médicos y enfermeras intensivistas por lo que nos da a entender que es un personal especializado y con gran experiencia. El entorno de la UCI es un recuerdo constante de amenaza de la vida y de la posibilidad real de la muerte, los tratamientos procedimientos invasivos y no invasivos de urgencia, planificadas y las normas como horarios de visita, informe médicos, medidas de Bioseguridad; entre otros pueden intensificar el miedo del paciente como para la familia, al respecto se considera ingreso a una UCI puede ser muy duro tanto como para el paciente como para la familia.

Se puede concluir que a la UCI ingresan pacientes con alteración multi-sistémica y en fase aguda es decir con mucho riesgo de muerte ,por tanto deja de ejercer sus roles familiares, laborales y sociales y se vuelve un ente pasivo a la expectativa de quienes lo atienden, debe aceptar o muchas veces ni tiene opción a opinar por su mismo estado, renunciando a sus preferencias y hábitos y la mayoría de veces se le realiza intervenciones que lo someterán a estar dormido y con quien se coordinará será con sus familiares directos, por tanto se resalta la importancia de lo que observa siente y desea el familiar.

Las crisis de los pacientes y familiares e inclusive se divide en cuatro fases: **Choque emocional.-** El familiar se siente amenazado por la misma circunstancia angustia, temor, ansiedad desesperanza llamémosle crisis situacional sus pensamientos están obnubilados. (Cibanal, 2014, p. 189, párr9).

Retirada defensiva.- El familiar intenta buscar una estabilidad emocional, tratando al inicio de evitar la realidad expresando negación, euforia, indiferencia, mientras esto ocurre está buscando organizar sus ideas. (Cibanal, 2014, p. 2579, párr8).

Aceptación.- El familiar busca enfrentarse a la realidad pero eso le produce tristeza, aflicción, intensa ansiedad, siente que es mucho para enfrentarlo, tiene incluso a veces ideas de suicidio, su pensamiento esta desorganizado, es el momento cuando su percepción está alterada de la realidad. (Cibanal, 2014, p. 29, párr2).

Aceptación y cambio.- Siente que ya puede valerse por sí mismo que ha logrado estabilidad en sus emociones, busca soluciones y alternativas a los cambios.

Se concluye que debemos identificar en qué etapa de la crisis está el paciente como el familiar para poder brindarle un mejor apoyo y ayudarlo a esa estabilidad que lo ayuda a buscar soluciones entonces beneficia al paciente como a él mismo. (Cibanal, 2014, p. 179, párr4).

1.2.10. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM).

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, antiguo Hospital del Empleado, es un centro hospitalario público peruano situado en Lima y administrado por Es Salud, ubicado en Domingo Cueto Cdra. 3 s/n, Jesús María, es el más grande de Sudamérica cuenta con más de 1900 camas, es un hospital de categoría III, lo que quiere decir que llegan referencias de policlínicos y de provincia ya que por su complejidad tiene UCI de las diferentes especialidades, servicio de emergencia con más de 120 camas (general), aparte de ginecología y pediatría y cuenta con un servicio de trasplante, el personal que trabaja son especialista en su área.

En el servicio 7 B UCI, consta de 11 camas, de las cuales 9 son ingresos de pacientes con diagnósticos post quirúrgicos que necesitan ventilación mecánica y /o estabilidad hemodinámica, o enfermedades respiratorias, cardiacas, renales o de daño multiorgánico y/o shock que necesitan además de ventilación mecánica manejo y monitoreo hemodinámico, consta también de 2 camas para pacientes con infecciones de bacterias multidrogoresistentes, se cuenta para estas dos últimas un ambiente aislado.

En cada turno trabajan 2 médicos intensivistas, 5 enfermeras especializadas en UCI, en cada turno, una enfermera se encarga de realizar la coordinación además de asumir su rol asistencial tomando según relación enfermera paciente o por número de personal de dos a tres pacientes por enfermera, una enfermera jefe, un médico jefe, un vigilante, un personal de limpieza. Según las estadísticas del mes hay de 6 a 10 ingresos al mes.

1.2.11. Marco espacial.

Esta investigación está comprendida por los familiares de los pacientes críticos hospitalizados en la UCI del 7 B pacientes que acuden diariamente a este centro de atención hospitalaria. Estos llegan de muchos lugares del Perú buscando un tratamiento adecuado a sus problemas de salud. Además es parte de una Institución que vela por el bienestar de la salud de sus asegurados.

1.2.12. Marco temporal

Esta investigación es de actualidad, por cuanto el tema de las “comunicación que brinda la enfermera durante el proceso de la hospitalización en la UCI: Perspectiva de los familiares del paciente crítico Noviembre 2016” está vigente y se realiza continuamente en el lugar referido, dado que las enfermeras tienen que poner en práctica su capacidad comunicativa para crear un clima de familiaridad con los pacientes y sus familiares.

1.2.13. Contextualización: histórica, política, cultural, social.

Los protagonistas de esta investigación de carácter científico son un Grupo de Pacientes que viven al entorno del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, los cuales asisten con frecuencia a las instalaciones del referido en busca de los servicios profesionales de los médicos y especialistas para encontrar una solución a sus problemas de salud. Estos pacientes en su mayoría son niños, jóvenes y adultos con capacidad de decisión y suficiente criterio para tomar determinaciones en relación a las urgencias médicas por las que llegan al centro hospitalario en referencia.

1.2.14. Otros Estudios.

La OMS definió la calidad como: “El conjunto de servicios de diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos y la máxima satisfacción del paciente.” (Citado en Martínez, 2014, p. 33, párr. 1).

Se puede concluir que además de tener capacidad técnica y habilidades en los procedimientos, no se debe descuidar la comunicación y el apoyo emocional durante todo el proceso de hospitalización ya que de ello dependerán las opiniones positivas o negativas acerca de nuestra atención teniendo en cuenta indicadores a favor o en contra en nuestra evaluación de calidad.

Según la RAE (Real Academia Española). La perspectiva es el punto de vista concreto particular y subjetivo que tiene una persona sobre un tema en concreto. La perspectiva no es fija e inamovible ya que lo habitual es que una persona cambie de opinión respecto de ciertos temas a lo largo de su vida precisamente porque la experiencia también modifica la forma de interpretar la realidad.

Teniendo en cuenta que cada paciente tiene la representación de la realidad de forma diferente por tanto; tendrá una experiencia nueva de acuerdo a sus necesidades o a las circunstancias que esté afrontando, también dependerá de sus experiencias vividas, el parentesco que tenga con el paciente, la gravedad del paciente; entre otros, como profesionales de la salud al interactuar con ellos debemos estar atentos a sus necesidades y a sus características como persona para lograr una actitud menos negativa y mas positiva; ayudándolo a afrontar las fases de crisis así lograremos calidad en nuestra atención de lo contrario se producirá estrés e insatisfacción por parte de ambos viéndose reflejado en la percepción de la calidad del servicio recibido.

Espinoza (2007) refirió Unidad de cuidados intensivos (UCI):

Es aquella dependencia del hospital en que se internan los pacientes con estado clínico de suma gravedad, pero con posibilidad de recuperación, cuya atención requiere servicios permanentes integrales de cuidado médico y de enfermería, a la vez que el uso de equipos altamente especializado. Es la Unidad que proporciona atención médica especializada a los pacientes que tienen alteraciones fisiopatológicas agudas que ponen en peligro su vida y que necesitan de mayores cuidados humanos y tecnológicos. (Espinoza, 2007, p. 21, párr. 1).

La UCI es un lugar donde labora un personal multidisciplinario con la misión de ofrecer asistencia médica a un paciente en estado crítico, por ende el personal es altamente entrenado, es decir el equipo está compuesto por médicos y enfermeras intensivistas por lo que nos da a entender que es un personal especializado y con gran experiencia. El entorno de la UCI es un recuerdo constante de amenaza de la vida y de la posibilidad real de la muerte, los tratamientos procedimientos invasivos y no invasivos de urgencia, planificadas y las normas como horarios de visita, informe médicos, medidas de Bioseguridad; entre otros pueden intensificar el miedo del paciente como para la familia, al

respecto se considera ingreso a una UCI puede ser muy duro tanto como para el paciente como para la familia. (Espinoza, 2007, p. 11, párr. 1).

Se puede concluir que a la UCI ingresan pacientes con alteración multi-sistémica y en fase aguda es decir con mucho riesgo de muerte, por tanto deja de ejercer sus roles familiares, laborales y sociales y se vuelve un ente pasivo a la expectativa de quienes lo atienden, debe aceptar o muchas veces ni tiene opción a opinar por su mismo estado, renunciando a sus preferencias y hábitos y la mayoría de veces se le realiza intervenciones que lo someterán a estar dormido y con quien se coordinará será con sus familiares directos, por tanto se resalta la importancia de lo que observa siente y desea el familiar.

1.3. Aproximación Temática

Las relaciones personales que ejerce la enfermera con sus pacientes en la práctica de los cuidados son esenciales para el desempeño profesional. El personal de enfermería permanece las 24 horas al cuidado de los pacientes que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos, brindan asistencia de naturaleza biológica, técnica, psicológica, social y espiritual y las relaciones personales sustentan la realización de sus actividades. Diversos autores consideran que la relación personal tiene un efecto terapéutico, en algunos casos afirman que esta puede ser determinante en el éxito de su desempeño y en la mejoría de los pacientes, realidades que enaltecen el criterio y la opinión que los familiares tienen sobre la importancia de la buena comunicación en el trato de las enfermeras a los pacientes y/o familiares.

1.4. Estudios Relacionados.

Los antecedentes nacionales como los internacionales revisados, me han permitido tener una visión sobre el abordaje de mi estudio, comparar resultados, estructurar la base teórica y la metodología; concluyendo que es importante realizar mi estudio a fin de contribuir a la atención de calidad de enfermería y favorecer en el cuidado holístico del paciente.

El cuidado de enfermería es el eje del ejercicio laboral, cuidar es el ideal moral de enfermería, teniendo como fin la protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana, durante el cuidado la enfermera toma en cuenta valores, actitudes, deseos y compromiso de cuidar, conocimientos y acciones de cuidado y consecuencias; por lo tanto la enfermera no se aleja de la idea de humanismo e integridad de la persona valorándolo como un ser

biopsicosocial y espiritual, abarcando los cuidados también a la familia, con el objetivo de hacerlo partícipe activo en el cuidado y la evolución del paciente crítico, ya que en la mayoría de casos el paciente está entubado y con sedación .

Durante la visita al hospital observo que el 7 B UCI del HNERM no hay un personal de enfermería que esté designado específicamente con la labor de información, educación; sobre generalidades de una UCI, bioseguridad, reglamentos, horarios, trámites administrativos, entre otros.

Para los familiares de los pacientes críticos hospitalizados, generalmente quien da una información breve, quien se acerca como primer contacto es la vigilante de turno durante el día, la enfermera aprovecha para comunicarse con los familiares cuando están en contacto con su paciente durante la visita, si no hay algún procedimiento de urgencia o no esta con gran demanda de pacientes; no hay momentos de gran tiempo para preguntar al familiar como se siente, que piensa y mucho menos para brindar apoyo emocional y algunas veces he observado a un familiar se vuelve intolerante, ansioso, agresivo y poco colaborador con el personal, o al ingresar a la UCI y mirar a su familiar con muchos dispositivos invasivos y no invasivos como monitores, máscaras, tubos, drenajes, etc.

El familiar mira todo con miedo y no se acerca a su familiar , pregunta por todo lo que le rodea, llora, se aflige o simplemente no pregunta o prefiere no ingresar diciendo que no puede que es muy nervioso, a veces se queda a dormir todo el día en la sala de espera o desea ingresar a cada momento, llaman a cada momento pidiendo información, entre otras actitudes que dificulta la atención en algunos casos, también se observa que desconocen cómo y el porqué de algunas medidas de protección antes y después de entrar en contacto con su paciente, el paciente no tiene sus materiales de aseo. Por lo expuesto me pregunto ¿Qué función cumple nuestra comunicación? ¿Qué función de comunicación estamos dando de forma más adecuada? ¿Qué es lo que más le interesa saber o escuchar al familiar en este proceso de hospitalización? ¿Qué es lo que esperan en la comunicación que tienen con el personal de enfermería?

1.5. Preguntas orientadoras.

Por lo expuesto surgen algunas preguntas que nos ayudarán a centrar la orientación del familiar del paciente crítico ¿Qué desearían que les comunique la enfermera que está durante el proceso de hospitalización de su ser querido en

estado crítico? ¿Si supiéramos las perspectivas de los familiares podríamos ser más directas en la ayuda que se le da en esos cortos minutos de comunicación durante la atención? ¿Si lograra la enfermera ayudar al familiar con pautas específicas en el poco tiempo que tiene el familiar sería un cuidador activo con el paciente crítico? ¿Si mejorara la enfermera las perspectivas de los familiares la atención sería considerada de mejor calidad?

1.6. Formulación del problema de investigación

En base a los criterios y las opiniones obtenidas de los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. "Se puede realizar un estudio – Teórico de carácter Cualitativo que subraye la comunicación que brinda la enfermera durante el proceso de la hospitalización en la UCI desde la perspectiva de los familiares - 2016".

1.6.1. Problema General.

¿Cuál es la perspectiva de los familiares del paciente crítico sobre la comunicación que brinda la enfermera durante el proceso de la hospitalización noviembre- 2016?.

1.7. Justificación.

La tesis permitirá sistematizar información para contrastar con la teoría y poder aportar o reforzar en el conocimiento del fenómeno de estudio, orientado en la gestión.

El descubrimiento de fenómenos formulará una serie de aspectos como: Significados, culturas, idiosincrasia, que me va a permitir configurar nuevas teorías de conocimientos, aportes teóricos que favorecerá en una atención de enfermería de calidad.

1.8. Relevancia.

Es importante describir el proceso de la comunicación que brinda la enfermera desde la perspectiva de los familiares con el fin de realizar un acercamiento a las dificultades y reforzar las buenas actitudes que se presentan en este proceso de la hospitalización. El estudio está orientado a proporcionar los descubrimientos a la autoridades del HNERM, especialmente al departamento de enfermería a fin de que reflexionen sobre los resultados y diseñen estrategias para mejorar y mantener o reforzar un óptimo nivel en la comunicación a los familiares de los pacientes críticos, y los enfermeros durante el proceso de hospitalización buscando estrategias en la mejora en la atención de enfermería consiguiendo

una atención de calidad en la atención de enfermería y satisfacción del usuario interno como externo.

1.9. Contribución.

Identificar las necesidades de comunicación de los familiares de los pacientes. Mejorar el proceso de la comunicación entre personal de enfermería y familiares de pacientes críticos hospitalizados en el del servicio de UCI. Mejorar la atención de calidad del servicio de UCI. Servirá de base para otros trabajos de investigación.

1.10. Objetivos.

1.10.1. Objetivo General.

Describir el proceso de la comunicación que brinda la enfermera a los familiares de los pacientes en estado crítico durante el proceso de la hospitalización desde las perspectivas de los familiares.

1.10.2. Objetivos Específicos.

- Describir la comunicación que brinda la enfermera desde la perspectiva del familiar del paciente crítico durante el proceso de hospitalización según sus funciones: Informativa, afectiva, reguladora.
- Describir la comunicación que brinda la enfermera desde la perspectiva del familiar del paciente crítico durante el proceso de hospitalización según los tipos: verbal, no verbal, escrita.

1.11. Definiciones conceptuales de términos.

Perspectivas: Punto de vista de forma subjetiva que tiene el familiar del paciente crítico hospitalizado respecto a la comunicación que brinda la enfermera durante el proceso de hospitalización y lo expresa a través de relatos durante la entrevista a profundidad.

Familiares: Personas mayores de 18 años de ambos sexos que tienen parentesco sanguíneo o de relación con los pacientes críticos; los cuales, participarán activamente durante su visita gozando de derechos y responsabilidades sobre las decisiones o abasteciendo de los requerimientos para el bienestar del paciente hospitalizado en el 7 B.

Paciente crítico: Persona hospitalizada en la UCI del 7B inestable que tiene peligro inminente de muerte, que necesita de cuidados especiales, un área hospitalaria tecnificado y personal altamente entrenado.

UCI: Área hospitalaria altamente tecnificada, con personal altamente entrenado, dedicada a la asistencia integral y continuada del paciente críticamente enfermo.

Comunicación: Proceso mediante el cual la enfermera y el familiar hacen un intercambio de sentimientos, el paciente expone sus temores y dolencias y la enfermera lo apoya, responde a sus dudas.

1.11.1. Las dimensiones de la variable Comunicación:

Función Informativa: La capacidad de que la enfermera pueda transmitir todo sus conocimientos lo relacionado con la hospitalización, temas como los trámites administrativos, horas de visita, materiales de aseo, informe médico, bioseguridad y otros; utilizando palabras correctas y tener en cuenta la cultura del paciente y a capacidad que tiene el paciente para poder expresar todo lo que aprende.

Función Afectivo-Valorativa: La capacidad de que la enfermera pueda brindar la información con la actitud de prestar atención a lo que dice el paciente, mantiene una postura adecuada, el contacto visual la mayoría del tiempo, demostrando afecto y respeto.

Función reguladora: Es la capacidad de la enfermera de lograr La relación enfermera paciente, tiene por objetivo que los familiares restablezcan su salud o logren el equilibrio en la etapa que están pasando logrando desarrollar una actitud positiva en él; para que favorezca el cuidado de su paciente.

Comunicación tipo verbal: Proceso de intercambio de opiniones y mensajes entre la enfermera y el familiar del paciente crítico a través de palabras.

Comunicación tipo no verbal: Proceso de intercambio de opiniones y mensajes entre la enfermera y el familiar del paciente crítico a través de gestos.

Comunicación escrita: Proceso de intercambio de opiniones y mensajes a través de símbolos como lista, volantes, carteles, videos.

II. Metodología

2.1 Tipo de investigación

El presente es un estudio cualitativo no experimental, orientado a la comprensión.

Martínez (2011) refirió:

La investigación cualitativa busca la comprensión e interpretación de la realidad humana y social con un interés práctico, es decir con el propósito de *ubicar y orientar* la acción humana y su realidad subjetiva. Por esto, en los estudios cualitativos se pretende llegar a comprender la singularidad de las personas y las comunidades, dentro de su propio marco de referencia y en su contexto histórico cultural. Se busca examinar la realidad tal como otros lo experimentan, a partir de la interpretación de sus propios significados, sentimientos, creencias y valores. (Martínez, 2011, p.17).

En ese sentido, el presente estudio utilizando el método inductivo, busca describir como se da el proceso de la Comunicación entre la enfermera y los familiares de los pacientes críticos hospitalizados y qué características de este proceso cobran mayor relevancia al momento de valorar la comunicación desde la perspectivas de los familiares, a fin de mejorar las condiciones en que se dan las mismas.

2.2. Diseño de la investigación

El diseño a utilizar en esta investigación es de tipo fenomenológico. Al respecto Borda (2013) señaló: Que la fenomenología “Busca establecer los significados que los individuos dan a su experiencia” (p. 47). En ese sentido, el investigador describe, comprende e interpreta desde el punto de vista de los que tienen la vivencia del fenómeno. Así mismo, Creswell, Mertens & Alvarez-Gayou (citados en Hernández et al., 2014, p. 494) señalan las siguientes premisas en la que se fundamenta este diseño:

- (a) Se describe y entiende los fenómenos desde la perspectiva individual y colectiva de los participantes.
- (b) Se basa en el análisis de discursos y temas hacia la búsqueda de sus significados.
- (c) A través de la intuición, imaginación y estructuración del investigador se logra aprender la experiencia de los participantes.
- (d) Se contextualiza la experiencia vivida en función del momento en que sucedió, el escenario, las personas que vivenciaron la experiencia y los lazos generados en las mismas.

Para la presente investigación, se siguió el enfoque fenomenológico descriptivo de Edmund Husserl, que según Barbera e Inicarte (citados en Contreras & Castillo, 2016), se enfatiza en la descripción de la experiencia vivida a través de la corporalidad y asumida en la conciencia, donde la intuición devela los significados logrados con la reducción fenomenológica (p.20). Dentro de la fenomenología descriptiva se optó seguir la metodología de Colaizzi (citado en Escalante y Páramo, 2011), cuyo resumen del método se describe en la tabla 1.

Tabla 1

Resumen del Método de análisis de Colaizzi

Pasos para el análisis	Propósito
Leer y re-leer las descripciones	Adquirir un sentimiento de la experiencia
Extraer afirmaciones significantes	Generar información perteneciente al fenómeno estudiado
Formular significados	Iluminar los significados ocultos en los variados contextos del fenómeno
Categorizan en conglomerados de temas y validar con el texto original	Identificar experiencias comunes a todos los informantes
Describir	Generar un prototipo de modelo teórico
Volver a los participantes	Validar los hallazgos
Incorporar cualquier cambio basado en la retroalimentación de los informantes	Presentar el modelo teórico de manera que comprensivamente refleje las características universales del fenómeno

Nota: Tomado de *Aproximación al análisis de datos cualitativos: Aplicación en la práctica investigativa*, por Escalante y Paramo 2011. (Comp).Mendoza, Argentina: Editorial de la Universidad del Aconcagua.

Por consiguiente, esta investigación abordó como fenómeno a estudiar el proceso de la comunicación que se da entre la enfermera y el familiar del paciente crítico hospitalizado, a fin de describir el proceso de la comunicación según las perspectivas de los familiares. Para tal fin el estudio incluyó a los familiares, un familiar por cada paciente que ingresó este mes de Noviembre del año 2016.

2.3 Escenario de Estudio:

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, antiguo Hospital del Empleado, es un centro hospitalario público peruano situado en Lima y administrado por Es Salud, ubicado en Domingo Cueto Cdra. 3 s/n, Jesús María; es el más grande de Sudamérica cuenta con más de 1900 camas, es un hospital de Categoría III, lo que quiere decir que llegan referencias de policlínicos y de provincia ya que por su complejidad tiene UCI de las diferentes especialidades, servicio de emergencia con más de 120 camas (general), ginecología y pediatría y cuenta con un servicio de trasplante, el personal que trabaja son especialistas en su área.

En el servicio 7 B UCI, consta de 11 camas, de las cuales 9 son ingresos de pacientes con diagnósticos post quirúrgicos que necesitan ventilación mecánico y /o estabilidad hemodinámica, o enfermedades respiratorias, cardíacas, renales o de daño multiorgánico y/o shock que necesitan además de ventilación mecánica manejo y monitoreo hemodinámico, consta también de 2 camas para pacientes con infecciones de bacterias multidrogaresistentes, se cuenta para estas dos últimas un ambiente aislado.

En cada turno trabajan 2 médicos intensivistas, 5 enfermeras especializadas en UCI, en cada turno, una enfermera se encarga de realizar la coordinación pero asume su rol asistencial también asumiendo sus pacientes según el grado de complejidad relación enfermera paciente o según el personal asistente con 2 o tres pacientes, en algunos casos 4 pacientes, 2 o 3 técnicos con experiencia en UCI según la programación de rol, según la estadística mensual hay de 6 a 10 ingresos al mes y de grado de dependencia de IV Y V .

2.4. Caracterización de sujetos.

Los protagonistas de esta investigación de carácter científico son un grupo de personas que tienen parentesco sanguíneo o de convivencia, asumen responsabilidad directa tanto emocional, económica y tienen la responsabilidad de toma de decisiones con respecto a la salud de sus pacientes críticos

hospitalizados en la UCI del HNERM, los cuales en su mayoría son jóvenes y adultos.

2.5. Criterios de Selección

2.5.1 Criterios de inclusión:

- Familiares lúcidos, orientados en tiempo, espacio y persona.
- Familiares adulto hombre o mujer, con edades entre los 18 a 64 años.
- Familiares con aceptación voluntaria de participar en la entrevista, que firmen previamente el formato de consentimiento informado del estudio.
- Familiares que se encuentren en cualquier etapa del proceso de la hospitalización.

2.5.2 Criterios de exclusión:

- Familiares no hispanohablantes.
- Familiares que no acepten participar en la entrevista.
- Familiares mayores de 65 años.

2.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos (Validez y Confiabilidad)

Se utilizó como técnica la entrevista a profundidad, de tipo semiestructurada. El instrumento utilizado se encuentra (Anexo 2).

Para la validez y confiabilidad del instrumento, se realizó un piloto con entrevistas a tres familiares de pacientes críticos hospitalizados en el 7 B UCI de HNERM en el mes de Agosto, en donde se aplicó las preguntas norteadoras para verificar la calidad de las preguntas en términos de comprensión, la adecuación de las respuestas, la disposición para responder y calcular el tiempo en que se llevaría a cabo la entrevista.

Se recogieron testimonios de las vivencias de los familiares de los pacientes críticos hospitalizados en el 7 B UCI. El entrevistador solicitó al paciente la colaboración de forma voluntaria y anónima, explicándole el objetivo e informándole acerca de cómo se haría la recogida de información. Cada entrevista fue grabada en audio y se tomó nota de ideas principales durante la entrevista.

Se realizó en el ambiente del servicio del 7 B UCI del HNERM, previa coordinación con la jefa del servicio, y enfermera de turno entre las horas de 2 a 5pm, durante el horario de visita e informe médico, sin interferir en sus

objetivos verificando que esté libre de distractores, durante cada entrevista. Se aplicaron las preguntas norteadoras, que guiarán el objetivo de la investigación.

2.7. Plan de Recolección de Datos

El plan de recogida de datos se ha descrito en técnicas e instrumentos.

2.8 Plan de Análisis e Interpretación de la información

Se analizaron ocho (08) testimonios de pacientes, un familiar de cada paciente hospitalizado; a través de entrevistas a profundidad, utilizando la metodología de análisis del contenido.

Luego se realizaron grabaciones de cada entrevista realizada y se determinó poco a poco los contenidos de la conciencia del sujeto de estudio, hasta ver el grado de saturación de los contenidos.

Finalmente se determinó los contenidos e intentó describirlos, interpretarlos y definirlos como categorías, para comprender y explicar el objeto de estudio (Reconstitución del Mundo), que fueron descritas dentro de las consideraciones finales del estudio.

2.9 Aspectos éticos de la investigación.

2.9.1.- Consentimiento informado:

El formulario de consentimiento informado para el presente estudio, describe, en un lenguaje claro y comprensible el propósito del estudio, los procedimientos a realizar, los riesgos y beneficios de la participación y la posibilidad de rechazar su participación en el estudio una vez iniciado, en cualquier momento, sin que ello le pueda perjudicar en la calidad de atención recibida. Se obtuvo este consentimiento antes de realizar cualquier evaluación o procedimiento del estudio. Se ofreció una copia de los formularios de consentimiento a los participantes.

2.9.2 Confidencialidad del participante:

El presente estudio mantiene los datos recolectados en anonimato, asignando un código correlativo a cada participante, respetándose el secreto profesional como una obligación de confidencialidad, que se impone por la necesidad de que exista una absoluta confianza entre el profesional investigador y el sujeto de estudio – el paciente.

2.10. Recursos y presupuesto

Recursos humanos:

Los recursos humanos involucrados en este trabajo de investigación son tres:

- (a) Investigador:
Magali Sujeli Espinoza Herrera.
magaespinohe@gmail.com
- (b) Asesor:
Mg. Danilo Sánchez Coronel.
sanchezincn@gmail.com
- (c) Familiares de pacientes críticos hospitalizados en el 7 B UCI. II del HNERM

2.11. Mapeamiento

Para el desarrollo del presente estudio se solicitó la autorización al Comité de Ética del HNERM. Así mismo, se contó con el permiso del jefe del servicio de UCI y coordinadora de enfermería para la ejecución de las entrevistas.

La aproximación a los familiares de los pacientes críticos participantes se realizó en el área de la Unidad de Cuidados Intensivos, dispuestos a colaborar con la investigación.

En un primer momento, la investigadora se presentó al participante explicando el tema de investigación, sus objetivos y demás consideraciones estipuladas en el consentimiento informado (anexo B), garantizando la confidencialidad de las entrevistas, bajo la explicación que la utilización de los datos obtenidos no representa ningún riesgo para el (ella) y /su familiar. La participación de los entrevistados fue voluntaria, obteniéndose el permiso para realizar las grabaciones y consultas posteriores a través de llamadas o coordinación de próximo encuentro.

Se desarrollaron 8 entrevistas 6 fueron grabadas con consentimiento de los participantes. Las entrevistas tuvieron una duración entre 25- 60 minutos. En el diario de campo se registraron las observaciones del lenguaje corporal de cada participante y las impresiones que acompañaba a los discursos.

La transcripción de las declaraciones emitidas fue realizada inmediatamente, a fin de incluir todo el contexto de las entrevistas y extraer los enunciados significativos, de tal forma de determinar la saturación de la información. El procesamiento de la información fue realizado siguiendo el método

de Colaizzi para fenomenología descriptiva. Lozano, Chacón, Sanduvete y Pérez (2014) refirieron que el proceso de una investigación cualitativa es no lineal, pero se puede definir las siguientes fases en la que hay una iteración constante: (a) Recogida de datos; (b) Reducción de los datos; (c) Extracción de información y (4) Contrastación de conclusiones (p.104).

En casos necesarios se volvió a coordinar con los familiares para nueva entrevista para la aclaración de temas pendientes o dudas. La validación de la narrativa y descripción del fenómeno se realizó con la revisión de los participantes. Finalmente, después del análisis y presentación de los temas plasmados de los participantes, se elaboró el informe final.

2.12. Credibilidad.

En la presente investigación se pretende recoger, comprender y transmitir en profundidad y con amplitud de significados, vivencias y conceptos las descripciones de los participantes respecto a la comunicación que brinda la enfermera durante la hospitalización desde la perspectiva de los familiares del paciente crítico. Hernández (2014) describió “Como la correspondencia entre la forma en que el participante percibe los conceptos vinculados con el planteamiento y la manera como el investigador retrata los puntos de vista del participante” (Hernández 2014, p.456). Para ello, la investigadora se apoyó en la validación de la narrativa descriptiva con los participantes, para confirmar que la misma representa sus experiencias vividas.

2.13 Confirmabilidad.

Según Guba y Lincoln este criterio busca “minimizar los sesgos y tendencias del investigador rastreando los datos en su fuente y la explicación de la lógica utilizada para interpretarlos” (Hernández 2014, p.459). Este principio se hizo efectivo aplicando y detallando el curso metodológico seguido que permitió describir textualmente lo que refirieron los familiares y luego comprender la comunicación que brinda la enfermera a los familiares del paciente crítico.

2.14. Transferibilidad.

La investigadora puede asociar similitud entre los contextos de los párrafos, entendiéndose que la transferencia se perfila a ser parcial, pues no hay dos contextos iguales.

2.15. Abordaje del Objeto de Estudio.

Considerando que el Objeto General de Estudio es describir desde las perspectivas de los familiares, los tipos de comunicación que brinda la enfermera a los familiares de pacientes en estado crítico durante el proceso de la hospitalización en la UCI del HNERM durante los meses de Noviembre-Diciembre del 2016, se han utilizado encuestas, entrevistas, gráficos estadísticos y un bagaje conceptual que da consistencia al carácter científico del Estudio empírico, teórico y cualitativo y para ello se trabajó desmesuradamente para poder demostrar con eficacia la influencia del tema en mención y sus efectos que son experimentados y vividos por los actores directos de esta investigación que día tras día ven con mucha satisfacción los cambios reales que se dan en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital en referencia desde el momento que se tomó la decisión de hacer la investigación mencionada .

2.16. Rigor Científico.

El rigor científico de la presente investigación estará dada por las siguientes razones:

2.16.1. Análisis de datos cualitativo.

Es la aplicación de un conjunto de procedimientos que permiten manejar, seleccionar, valorar, sintetizar, estructurar, disponer la información, reflexionar sobre ella, y realizar comprobaciones, con el fin de llegar a resultados relevantes en relación con lo que se investiga, es decir es el proceso de sacar sentido de los datos recopilados de los distintos recursos que he utilizado.

2.16.2. Categorización:

Es la identificación de categorías de significado relacionadas con el tema de investigación o la fragmentación de un texto que se fragmenta según diferentes criterios. También la codificación que es la asignación de un código a un fragmento de texto.

2.16.3. Análisis de datos cualitativo o Categorización:

Donde se definen categorías (tipos) para los datos y se realiza la clasificación de sistemas de categorías a priori. Las categorías se establecen antes de comenzar la investigación para describir o sustentar el objeto o la realidad estudiada.

Variable	Definición Conceptual de la Variable	Definición conceptual de las dimensiones:	Variables																																												
<p>Comunicación que brinda la era durante la hospitalización perspectivas de los familiares pacientes críticos.</p> <p>Objetivo General: Describir la comunicación que brinda la enfermera durante la hospitalización desde la perspectiva del familiar del paciente crítico.</p> <p>Objetivos Específicos.</p> <p>Describir la comunicación que brinda la enfermera desde la perspectiva del familiar del paciente crítico durante el proceso de hospitalización según su función.</p> <p>•Describir la comunicación que brinda la enfermera desde la perspectiva del familiar del paciente crítico durante el proceso de hospitalización según el tipo.</p>	<p>Perspectiva es el punto de vista de forma subjetiva que tiene el familiar del paciente crítico hospitalizado respecto a la comunicación que brinda la enfermera durante el proceso de hospitalización y lo expresa a través de relatos durante la entrevista a profundidad.</p>	<p>Función Informativa: La capacidad de que la enfermera pueda transmitir todo sus conocimientos lo relacionado con la hospitalización, temas como los trámites administrativos, horas de visita, materiales de aseo, informe médico, bioseguridad y otros; utilizando palabras correctas y tener en cuenta la cultura del paciente y a capacidad que tiene el paciente para poder expresar todo lo que aprende.</p> <p>Función Afectiva - Valorativa: La capacidad de que la enfermera pueda brindar la información con la actitud de prestar atención a lo que dice el paciente, mantiene una postura adecuada, el contacto visual la mayoría del tiempo, demostrando afecto y respeto.</p> <p>Función reguladora: Es la capacidad de la enfermera de lograr La relación enfermera paciente, tiene por objetivo que los familiares restablezcan su salud o logren el equilibrio en la etapa que están pasando logrando desarrollar una actitud positiva en él para que favorezca su autocuidado.</p> <p>Comunicación tipo verbal: Proceso de intercambio de opiniones y mensajes entre la enfermera y el familiar del paciente crítico a través de palabras.</p>	<p>Variable 1: Comunicación que brinda la enfermera durante la hospitalización: Perspectivas de los familiares de los pacientes críticos.</p> <table border="1" data-bbox="1088 443 1854 1353"> <thead> <tr> <th data-bbox="1088 443 1258 513">Dimensiones</th> <th data-bbox="1267 443 1514 513">Indicadores</th> <th data-bbox="1523 443 1617 513">técnica</th> <th data-bbox="1626 443 1733 513">Método</th> <th data-bbox="1742 443 1854 513">Escala de medición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1088 520 1258 724" rowspan="2">Función Informativa</td> <td data-bbox="1267 520 1514 619">Generalidades de la UCI</td> <td data-bbox="1523 520 1617 619">Entrevista a profundidad</td> <td data-bbox="1626 520 1733 619" rowspan="2">fenomenológico</td> <td data-bbox="1742 520 1854 619" rowspan="2">Nominal</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1267 625 1514 724">Educación</td> <td data-bbox="1523 625 1617 724"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1088 730 1258 935" rowspan="2">Función Afectiva_Valorativa</td> <td data-bbox="1267 730 1514 829">Fija la mirada</td> <td data-bbox="1523 730 1617 829"></td> <td data-bbox="1626 730 1733 829"></td> <td data-bbox="1742 730 1854 829"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1267 836 1514 935">Sonríe Coge las manos u hombros.</td> <td data-bbox="1523 836 1617 935"></td> <td data-bbox="1626 836 1733 935"></td> <td data-bbox="1742 836 1854 935"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1088 941 1258 1145" rowspan="2">Función reguladora.</td> <td data-bbox="1267 941 1514 1040">Logra que paciente exprese lo que siente</td> <td data-bbox="1523 941 1617 1040"></td> <td data-bbox="1626 941 1733 1040"></td> <td data-bbox="1742 941 1854 1040"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1267 1046 1514 1145">Lo persuade para cambiar de actitud.</td> <td data-bbox="1523 1046 1617 1145"></td> <td data-bbox="1626 1046 1733 1145"></td> <td data-bbox="1742 1046 1854 1145"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1088 1152 1258 1251">Tipo verbal</td> <td data-bbox="1267 1152 1514 1251">Las palabras utilizadas durante la comunicación.</td> <td data-bbox="1523 1152 1617 1251"></td> <td data-bbox="1626 1152 1733 1251"></td> <td data-bbox="1742 1152 1854 1251"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1088 1257 1258 1353">Tipo no verbal</td> <td data-bbox="1267 1257 1514 1353">Los gestos que se utilizan para la comunicación.</td> <td data-bbox="1523 1257 1617 1353"></td> <td data-bbox="1626 1257 1733 1353"></td> <td data-bbox="1742 1257 1854 1353"></td> </tr> </tbody> </table>					Dimensiones	Indicadores	técnica	Método	Escala de medición	Función Informativa	Generalidades de la UCI	Entrevista a profundidad	fenomenológico	Nominal	Educación		Función Afectiva_Valorativa	Fija la mirada				Sonríe Coge las manos u hombros.				Función reguladora.	Logra que paciente exprese lo que siente				Lo persuade para cambiar de actitud.				Tipo verbal	Las palabras utilizadas durante la comunicación.				Tipo no verbal	Los gestos que se utilizan para la comunicación.			
Dimensiones	Indicadores	técnica	Método	Escala de medición																																											
Función Informativa	Generalidades de la UCI	Entrevista a profundidad	fenomenológico	Nominal																																											
	Educación																																														
Función Afectiva_Valorativa	Fija la mirada																																														
	Sonríe Coge las manos u hombros.																																														
Función reguladora.	Logra que paciente exprese lo que siente																																														
	Lo persuade para cambiar de actitud.																																														
Tipo verbal	Las palabras utilizadas durante la comunicación.																																														
Tipo no verbal	Los gestos que se utilizan para la comunicación.																																														

		<p>Comunicación tipo no verbal: Proceso de intercambio de opiniones y mensajes entre la enfermera y el familiar del paciente crítico a través de gestos.</p> <p>Comunicación escrita: Proceso de intercambio de opiniones y mensajes a través de símbolos como lista, volantes, carteles, videos.</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1084 229 1261 333">Tipo escrita</td> <td data-bbox="1261 229 1514 333">Los símbolos que se utilizan para la comunicación.</td> <td data-bbox="1514 229 1615 333"></td> <td data-bbox="1615 229 1733 333"></td> <td data-bbox="1733 229 1852 333"></td> <td data-bbox="1852 229 1901 333"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1084 333 1261 437"></td> <td data-bbox="1261 333 1514 437"></td> <td data-bbox="1514 333 1615 437"></td> <td data-bbox="1615 333 1733 437"></td> <td data-bbox="1733 333 1852 437"></td> <td data-bbox="1852 333 1901 437"></td> </tr> </table>					Tipo escrita	Los símbolos que se utilizan para la comunicación.										
Tipo escrita	Los símbolos que se utilizan para la comunicación.																		

III. Resultados

3.1. Extracción de enunciados significantes.

Se partió de la transcripción de las grabaciones de las entrevistas, la que se realizó en un formato elaborado por la investigadora, previa orientación del asesor de tesis, que consistió en líneas separando el cuerpo textual. Ibañez y Sanchez refirieron: “Que las líneas de texto son unidades espaciales mediante números” (Osses, Sánchez & Ibáñez, 2006, p.124). Bajo la trayectoria fenomenológica-descriptiva de Colaizzi (Shosha, 2012), se llevó a cabo la lectura reiterativa de las transcripciones a fin de la extracción de los enunciados significativos, obteniéndose 41 enunciados significativos, cuyos ejemplos son representados en la tabla 2. El uso de códigos para los enunciados significativos permitió su correcta identificación y ubicación para analizar el contexto de los mismos. Así se tiene, por ejemplo, que el código E1, p.2, 11-16, indica que el transcrito corresponde al familiar 1, ubicado en la página 2, en los renglones 11, 12, 13, 14, 15, 16.

Tabla 02

Enunciados Significativos.

N°	Enunciado Significante	Entrevistado	Página	Líneas
1	Al personal lo identifiqué porque se presentan con nombre y profesión, pero si no lo hacen yo no podrá identificarlas porque casi todos están con diferentes colores, la enfermera no está de turquesa como en otros lugares del hospital y casi siempre están con mascarilla y gorro.	E1	2	11-16
2	Yo tenía miedo acercarme a preguntar, todo es nuevo y difícil de comprender, el lugar está lleno de máquinas y no sabía que hacer la enfermera se me acercó, y sin que yo le diga nada me empezó a explicar, desde los cuidados para no contagiar de nada a mi paciente y tampoco yo me lleve alguna bacteria, claro la veía un poco intranquila algunas veces pero se ve que no	E1	5	85-95

	paran siempre están en movimiento, pero con la disposición de ayudar.			
3	Los horarios de visita son de 2:00 a 4:00 pm. y de 4:00 a 5:00 pm. el informe médico, el horario y el tiempo está bien.	E2	2	16-18
4	Yo al inicio no sabía qué hacer durante la visita, la miraba y me daba miedo que con un movimiento mío le podía pasar algo, pero ya al siguiente día una enfermera me explico que debo hablarle con cariño, y que no tenga miedo.	E2	2	38-41
5	La UCI, es un lugar donde los pacientes que ingresan están muy mal, están entre la vida y la muerte, las personas que trabajan allí son muchas, de varias profesiones y todos trabajan en equipo, creo que el personal que trabaja allí está muy capacitado y hacen lo mejor de ellos para salvar a los pacientes, pero como los pacientes están sedados temo que ellos piensen que no sienten nada, porque el personal es rotativo nunca están los mismos, y no todos son iguales en cuanto a la actitud.	E3	2	4-13
6	Al inicio no me educaron, me parecía raro ponerme tantas cosas, mandil, guantes para coger a mi familiar, tuve una idea de que era para prevenir contagiarlo de algo, pero ya después pasaron los días y de enfermera en enfermera aprendes algo diferente, cada una te dice algo nuevo e iba entendiendo todo, fue muy difícil todo al inicio.	E3	2	23-27
7	Pienso que deben explicar que cuando lo	E3	3	48-54

	<p>mueven tienen cuidados, por ejemplo yo al ver que lo mueven o lo trasladan a un examen tengo miedo que se salgan los tubos o drenes ,la ansiedad que tenemos como familiares disminuiría mucho si se nos explicara antes ,ya después quizá lo hemos aprendido o comprendido pero porque estamos aquí.</p>			
8	<p>Realmente yo siento que no puedo preguntar a nadie me da miedo preguntar, hasta que me sonrían y se me acercan ,allí les pregunto, porque hay algunas enfermeras que responden molestas, serias que no es su paciente, yo comprendo pero si tan solo sonrieran o la voz sería más suave quizá no me sentiría tan mal.</p>	E3	4	55-60
9	<p>He observado que no le hablan al paciente cuando está dormido y eso me asusta porque yo sé que ellos sienten, deberían explicarle todo lo que le realizan a pesar que está dormido y yo no sé si está bien que solo le hable y le diga que lo quiero.</p>	E3	4	72-76
10	<p>Ayer una de las doctoras me explico que mi hijo tiene una gran herida en su nalga y me lo mostro cuando lo vi, sentí que me iba a desmayar, creo que para enseñarnos esto deben prepararnos más o quizá fueron muchas cosas a la vezo estoy muy sensible y ya no lo estoy aceptando, me da mucha pena ver a mi hijo así... (Familiar llora).</p>	E4	2	21-27
11	<p>En cuanto a los materiales no tuve ninguna duda porque me dieron una lista muy práctica, pero me dio la vigilante y fue ella quien me explico sobre el pase.</p>	E4	3	34-36

12	En estos días las personas que han atendido a mi hijo me dan tranquilidad, porque se me acercan, sonrían, me tocaron el hombro y me explicaron casi todo con una voz suave, ojala que todas sean así porque veo que cambian, y uno no sabe con quién te encontraras.	E4	4	59-64
13	Aunque observo que las enfermeras tienen mucha carga laboral, son varios pacientes en estado muy delicado para una sola, bueno quizá yo lo veo así, las veo caminando todo el tiempo y preocupadas.	E4	4	71-74
14	Es muy importante que alguien se nos acerque cuando recién este nuestro paciente ingresando y nos dé una información pequeña pero general, eso nos ayudaría a comprender mas todo, yo pienso que es la enfermera quien debe realizarlo porque todos sabemos que la enfermera esta todo el tiempo con nuestro paciente.	E5	3	27-33
15	Sentí mucha tranquilidad cuando me dijo mirándome a los ojos y cogiendo mi mano, aquí la cuidaremos mucho, confía en nosotros, pronto esto pasará, ella es joven y saldrá de esto, jamás olvidaré esas palabras.	E5	3	45-49
16	Cuando hablan, lo que dicen es con un tono es delicado, es claro y su mirada, su sonrisa son de predisposición a ayudar de las 15 que he conocido 3 a 5 son totalmente opuestas, no hablan, no miran, no saludan, si preguntas algo es como si las fastidiaras o te responden no es mi paciente, y más bien veo que están sentadas si hacer nada.	E5	6	102-105

17	Al inicio no me educaron sobre bioseguridad, me parecía raro ponerme tantas cosas, mascarilla, mandil, guantes para coger a mi paciente, tengo una idea de que es para no contagiarla de algo que puedo traer de la calle, pero pasan los días y dos enfermeras me han explicado mejor las cosas, algunas se te acercan, sonrían y te explican, otras son serias cuando te miran que no me atrevo a preguntar.	E6	2-3	22-29
18	Pienso que deberían educarnos sobre la importancia de la colocación de mascarillas, mandiles y guantes, y hablar sobre este lugar la UCI, ya que todo es diferente a comparación a otros servicios. Ésta capacitación debe darse mientras esperamos la visita en 15 minutos sería suficiente.	E6	3	30-35
19	Durante la visita una enfermera me explicó como ayudo a mi esposa en la visita y es hablándole de la casa y diciéndole lo mucho que la amo, también que saldrá de esto y que pronto estaremos en casa, antes que me explique la enfermera tenía miedo acercarme, pensaba que tal vez haría algo que podía empeorarla o se saldrán esos tubos.	E6	4	67-73
20	Es importante que las enfermeras saluden y sonrían y que antes que les preguntemos ellas se acerquen, no es fácil pasar por estos momentos, estar en un lugar diferente, ellas son como nuestros ángeles que están todo el tiempo con mi familiar.	E6	4	74-77
21	Lo que me pareció importante y me dio	E6	4	78-82

	confianza en la enfermera es que te mira como si supiera que necesitas, y cuando te habla te mira a los ojos, también que le habla a tu paciente cuando hace sus procedimientos, eso me da mucha tranquilidad.			
22	Las funciones de la enfermera, es estar junto al paciente y si algo anda mal avisar al doctor, cumplir las indicaciones médicas y dar apoyo a los pacientes y familiares.	E7	2	15-18
23	Realiza el lavado de manos de forma correcta pero mirando el cartel informativo.	E7	4	53-54
24	Yo cumplo con las indicaciones y recomendaciones de las enfermeras amables porque sé que es bueno para mi familiar aunque con las enfermeras que no dan buen trato tengo dudas.	E7	4	98-101
25	Lo más importante que deben informarme al inicio es el estado de mi mami, si está viva, yo pensaba que se iba a morir en cualquier momento, cuando la enfermera salió y me dijo que esta delicada pero está controlada por medicinas y maquinas, me tranquilizó mucho.	E8	2	1-6

Adaptado de "Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: A reflection of a researcher", por Shosha, 2012. European Scientific Journal, 8(27), 31-43.

3.2. Formulación de los significados.

En este momento del análisis, se da a las declaraciones emitidas por los participantes, bajo un análisis muy minucioso, buscando siempre reflejar la veracidad y consistencia de las narraciones, las que fueron adicionalmente verificadas por el asesor de la investigación. Se obtuvieron significados, algunos de los cuales son presentados en la tabla 3.

Tabla 3

Construcción de los significados de las transcripciones.

N°	Enunciado Significante	Significado formulado
1	Al personal lo identifico porque se presentan con nombre y profesión, pero si no lo hacen yo no podré identificarlas porque casi todos están con diferentes colores, la enfermera no está de turquesa como en otros lugares del hospital y casi siempre están con mascarilla y gorro.(E1,p .2, 11-16)	Desde su experiencia el familiar señala que la identificación del personal en la UCI no podría darse de otra forma ya que el color es diferente. Esto se debe al área crítica y contaminada.
2	Yo tenía miedo acercarme a preguntar, todo es nuevo y difícil de comprender, el lugar está lleno de máquinas y no sabía que hacer la enfermera se me acerco, y sin que yo le diga nada me empezó a explicar, desde los cuidados para no contagiar de nada a mi paciente y tampoco yo me lleve alguna bacteria, claro la veía un poco intranquila algunas veces pero se ve que no paran siempre están en movimiento, pero con la disposición de ayudar.(E1,p.5, -95)	El familiar desde su perspectiva, señala que todo es nuevo para él además tiene miedo de preguntar y que la educación y la disposición de ayuda por el profesional de enfermería a pesar de la sobrecarga laboral es importante.
3	Los horarios de visita son de 2:00 a 4:00 pm. y de 4:00 a 5:00 pm. el informe médico, el horario y el tiempo está bien, la información me lo dio la vigilante.(E2,p.2, 16-18)	Describe horarios y tramites garantizando que fue informado, pero la información no la dio el personal de enfermería, la dio la vigilante.
4	Yo al inicio no sabía qué hacer durante la visita, la miraba y me daba miedo que con un movimiento mío le podía pasar algo, pero ya al siguiente día una enfermera me explico que debo hablarle con cariño, y que no tenga miedo.(E2,p.2,)	Desde su vivencia señala que al inicio no sabe que hacer frente a su familiar en estado crítico, mientras no le explican siente que podría incluso hacer daño.
7	La UCI, es un lugar donde los pacientes que ingresan están muy mal, están entre la vida y la muerte, las personas que trabajan allí son muchas, de varias profesiones y todos trabajan en equipo, creo que el personal que trabaja allí está muy capacitado y hacen lo mejor de ellos para salvar a los pacientes, pero como los pacientes están sedados temo que ellos piensen que no sienten nada, porque el personal es rotativo nunca están los mismos, y no todos son iguales en cuanto a la actitud.(E3,p.2,23)	Familiar señala conocimientos básicos de una UCI, en el denota que su familiar está frente a cualquier desenlace, pero sabe que no podría estar en otro lugar para tener probabilidades de vida, por la alta tecnología y personal capacitado, además del trabajo multidisciplinario, pero el ver a su paciente sedado lo ven indefenso.
9	Al inicio no me educaron, me parecía raro ponerme tantas cosas, mandil, guantes para coger a mi familiar, tuve una idea de que era para prevenir contagiarlo de algo, pero ya después pasaron los días y de enfermera en enfermera aprendes algo diferente, cada una te dice algo nuevo e iba entendiendo todo, fue muy difícil todo al inicio.(E3 ,p.2,23-27)	El familiar refiere que además de tu temor y dolor el desconocimiento de las cosas al inicio le genera más miedo, pero cuando le explican las cosas aprende, menciona que cada profesional le enseña algo diferente.
11	Realmente yo siento que no puedo preguntar a nadie me da miedo preguntar, hasta que me sonríen y se me acercan ,allí les pregunto, porque hay algunas enfermeras que responden molestas, serias que no es su paciente, yo comprendo pero si tan solo sonrieran o la voz sería más suave quizá no me sentiría tan mal.(E3,p.4, 55-60)	Según su vivencia señala que no siente confianza de preguntar y esta situación le hace sentirse mal cuando ve al personal de enfermería distante, y espera que se acerquen y le sonrían

12	Ya de por si la estoy pasando muy mal, siempre con el temor que pueda pasar cualquier mal desenlace, hasta el momento solo tres enfermeras se me han acercado y son muy cortantes y eso hace que no les tenga confianza.(E3,p.4,61-65)	Refiere que el proceso de hospitalización es difícil porque la evolución de su paciente es incierto y espera que la enfermera cambie de actitud y se comunique con ella.
14	He observado que no le hablan al paciente cuando está dormido y eso me asusta porque yo sé que ellos sienten, deberían explicarle todo lo que le realizan a pesar que está dormido y yo no sé si está bien que solo le hable y le diga que lo quiero.(E3,p.4,72-76)	Observa que no le hablan a su paciente en estado crítico esto les preocupa y le genera dudas de lo que la enfermera le educo.
18	Ayer una de las doctoras me explico que mi hijo tiene una gran herida en su nalga y me lo mostro cuando lo vi, sentí que me iba a desmayar, creo que para enseñarnos esto deben prepararnos más o quizá fueron muchas cosas a la vez estoy muy sensible y ya no lo estoy aceptando, me da mucha pena ver a mi hijo así... (Familiar llora). (E4,p.2,4-7)	Menciona que a pesar que pasan los días y ya conoce el sistema siempre será difícil comprender las cosas ya que se siente vulnerable por el estado de su paciente.
19	En cuanto a los materiales no tuve ninguna duda porque me dieron una lista muy práctica, pero me dio la vigilante y fue ella quien me explico sobre el pase.(E4 ,p.3,34-36).	Refiere que está informada pero que la información le dio la vigilante, y que fue práctico porque le dieron una lista.
21	Aunque observo que las enfermeras tienen mucha carga laboral, son varios pacientes en estado muy delicado para una sola, bueno quizá yo lo veo así, las veo caminando todo el tiempo y preocupadas. (E4, p.4,71-74).	Observan que el personal de enfermería siempre está en movimiento y por eso es que paran preocupadas y quizá eso hace que no sean comunicativas.
23	Es muy importante que alguien se nos acerque cuando recién este nuestro paciente ingresando y nos dé una información pequeña pero general, eso nos ayudaría a comprender mas todo, yo pienso que es la enfermera quien debe realizarlo porque todos sabemos que la enfermera esta todo el tiempo con nuestro paciente.(E5, p.3, 27-33)	Desde su vivencia señala que el profesional de enfermería es el indicado de informar a penas ingrese su paciente ya que es este profesional quien está siempre con los pacientes.
25	Sentí mucha tranquilidad cuando me dijo mirándome a los ojos y cogiendo mi mano, aquí la cuidaremos mucho, confía en nosotros, pronto esto pasará, ella es joven y saldrá de esto, jamás olvidaré esas palabras.(E5,p.3, 45-49).	Menciona que la comunicación de forma verbal no verbal que le da la enfermera es de mucha importancia en todo este proceso.
27	Cuando hablan, lo que dicen es con un tono es delicado, es claro y su mirada, su sonrisa son de predisposición a ayudar de las 15 que he conocido 3 a 5 son totalmente opuestas, no hablan, no miran, no saludan, si preguntas algo es como si las fastidiaras o te responden no es mi paciente, y más bien veo que están sentadas si hacer nada. (E5, p.6, 102-105).	Menciona que durante la comunicación verbal es muy importante el tono de voz, lenguaje claro y delicado, acompañado de la comunicación no verbal: de una mirada y una sonrisa le da la idea de predisposición de ayuda por parte del profesional. En cambio la seriedad y la acción de no saludar les dan la sensación de malestar e incomodidad.
28	Al inicio no me educaron sobre bioseguridad, me parecía raro ponerme tantas cosas, mascarilla, mandil, guantes para coger a mi paciente, tengo una idea de que es para no contagiarla de algo que puedo traer de la calle, pero pasan los días y dos enfermeras me han explicado mejor las cosas, algunas se te acercan, sonríen y te explican, otras son serias cuando te miran que no me atrevo a preguntar. (E6, p.2-3 , 22-29).	Refiere que la educación acerca de bioseguridad es muy importante, pero a este proceso de información se debe agregar gestos de sonrisa y acercamiento.
29	Pienso que deberían educarnos sobre la importancia de la	Mencionan que es necesario la educación y que si es

	colocación de mascarillas, mandiles y guantes, y hablar sobre este lugar la UCI, ya que todo es diferente a comparación a otros servicios. Ésta capacitación debe darse mientras esperamos la visita en 15 minutos sería suficiente. (E6, p.3, 30-35).	posible se tome 15 minutos de las dos horas de visita.
33	Es importante que las enfermeras saluden y sonrían y que antes que les preguntemos ellas se acerquen, no es fácil pasar por estos momentos, estar en un lugar diferente, ellas son como nuestros ángeles que están todo el tiempo con mi familiar. (E6, p.4, 74-77).	Consideran a las enfermeras ángeles al cuidado de su familiar crítico y solo esperan que los profesionales se acerquen y esto siente durante el proceso doloroso de la hospitalización.
35	Las funciones de la enfermera, es estar junto al paciente y si algo anda mal avisar al doctor, cumplir las indicaciones médicas y dar apoyo a los pacientes y familiares.(E7,p.2, 15-18)	Reconocen la labor de la enfermera que además de cumplir indicaciones médicas en su labor asistencial, también ven como labor la educación la información y el apoyo emocional.
37	Realiza el lavado de manos de forma correcta pero mirando el cartel informativo. (E7, p.4, 53-54).	Resalta que el que haya carteles informativos es básico para el aprendizaje de los familiares.
40	Yo cumplo con las indicaciones y recomendaciones de las enfermeras amables porque sé que es bueno para mi familiar aunque con las enfermeras que no dan buen trato tengo dudas. (E7, p.4, 98-101).	Refiere que solo confía en las enfermeras que se comunican con él, que le educa o le informa sobre el estado de su familiar crítico.
41	Lo más importante que deben informarme al inicio es el estado de mi mami, si está viva, yo pensaba que se iba a morir en cualquier momento, cuando la enfermera salió y me dijo que esta delicada pero está controlada por medicinas y maquinas, me tranquilizó mucho.(E8 ,p.2,1-6).	Mencionan que en un proceso de tanto dolor es importante que en el menor tiempo posible salga la enfermera a mencionarle si su familiar sigue vivo además de informarle de todos los dispositivos que tendrá.

Adaptado de "Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: A reflection of a researcher", por Shosha, 2012. European Scientific Journal, 8(27), 31-43.

3.3. Agrupamiento de los significados formulados en grupos temáticos y temas

Como paso siguiente, se dio inicio al proceso de agrupación de los significados formulados siguiendo el criterio de aproximación de relación común respecto al fenómeno. La fenomenología descriptiva de Edmund Husserl (Streubert & Carpenter, citados en Riquelme y Rivera, 2012) lo cual hizo que me acercarse al fenómeno de estudio a través de la explicación, análisis y descripción del mismo en forma directa y con libertad (p. 4). Bajo la metodología adoptada de Colaizzi, esta primera agrupación permitió el surgimiento de los grupos temáticos y temas. Debo mencionar que durante la lectura y relectura de los significados formulados, se fue agrupando de acuerdo a su contenido y grupo temático, de tal manera que se agrupó y reagrupó considerando los grupos temáticos. En ese sentido, los 41 significados identificados fueron reducidos a 25 agrupaciones, las que

fueron consolidadas en 2 grupos temáticos que relacionándolos entre sí, permitió la formación de 6 temas que develaron el significado de la comunicación tal como fue vivida por los participantes.

Lo dicho anteriormente y a manera de ejemplo, está representado en la tabla 4, donde se incluye el código de identificación de los discursos de donde proviene la información.

Tabla 4

Agrupamientos de significados formulados y generación de temas.

Código Identificación	Significado Formulado	Agrupación de Significados	Grupo Temático	Tema
(E2, p.2, 16-18)	Describe horarios y tramites garantizando que fue informado, pero la información no la dio el personal de enfermería, la dio la vigilante.	Educativa:Informativa	Funciones	C O M U N I C A C I O N
(E6, p.2-3,22 - 29).	Refiere que la educación acerca de bioseguridad es muy importante, pero a este proceso de información se debe agregar gestos de sonrisa y acercamiento.	Educativa:Educativa		
(E6, p.3, 30-35)	Mencionan que es necesario la educación y que si es posible se tome 15minutos de las dos horas de visita.	Educativa: Educativa		
(E6,P.4,74-77)	Consideran a las enfermeras ángeles al cuidado de su familiar crítico y solo esperan que los profesionales se acerquen y esto siente durante el proceso doloroso de la hospitalización.	Afectiva		
(E7, p.4, 53-54)	Reconocen la labor de la enfermera que además de cumplir indicaciones médicas en su labor asistencial, también ven como labor la educación la información y el apoyo emocional.	Afectiva		
(E7, p.4, 98- 101).	Refiere que solo confía en las enfermeras que se comunican con él, que le educa o le informa sobre el estado de su familiar crítico.	Reguladora		
(E3, p.4, 72-76).	Observa que no le hablan a su paciente en estado crítico esto les preocupa y le genera dudas de lo que la enfermera le educa.	Reguladora		

(E5, p.6, 102 -105)	Menciona que durante la comunicación verbal es muy importante el tono de voz, lenguaje claro y delicado, acompañado de la comunicación no verbal: de una mirada y una sonrisa le da la idea de predisposición de ayuda por parte del profesional. En cambio la seriedad y la acción de no saludar les dan la sensación de malestar e incomodidad.	Verbal	Tipos
(E5, p.3, 45- 49).	Menciona que la comunicación de forma verbal no verbal que le da la enfermera es de mucha importancia en todo este proceso.	No verbal	
(E7, p.4, 53-54).	Resalta que el que haya carteles informativos es básico para el aprendizaje de los familiares.	Escrito	

Adaptado de "Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: A reflection of a researcher", por Shosha, 2012. European Scientific Journal, 8(27), 31-43.

3.4. Descripción del significado de la comunicación.

Considerando los temas nacientes a partir de los significados formulados que reflejan las descripciones que los participantes han construido producto de la relación enfermera familiar del paciente crítico, se procedió a describir la comunicación.

3.4.1. Tema 1: La comunicación

En cuanto a la importancia de la comunicación la enfermera es muy considerada por los familiares ya que son conscientes que quien está todo el tiempo con el paciente es la enfermera. En algunos casos es vista como un ángel o una madre que los comprende, que les da la esperanza, confían en ella ciegamente si ella sabe comunicarse de forma asertiva.

"Yo tenía miedo acercarme a preguntar, todo es nuevo y difícil de comprender, el lugar está lleno de máquinas y no se sabía qué hacer , la enfermera se me acercó y sin que yo le diga nada me empezó a explicar desde que tengo que hacer con mi paciente ,un poco del lugar y sobre la importancia del lavado de manos y uso de mascarilla , claro la veía un poco intranquila, apurada, en movimiento, se ve que es un lugar que trabajan mucho..."(E1.p.5,87-95).

El familiar pasa por momentos sumamente difíciles por la enfermedad de su paciente y se vuelve temeroso a esta experiencia, nueva, dolorosa y de un final incierto. Monserrat (2015) refirió: “La comunicación es indispensable para procurar y mantener las buenas relaciones en todos los ámbitos de nuestra vida, particularmente en la familia, el trabajo y con las personas más cercanas a nosotros. Aun así enfrentamos desacuerdos y discusiones sin sentido, provocando en ocasiones, una ruptura en las relaciones con los demás. Entender y hacerse comprender, es un arte que facilita la convivencia y la armonía en todo lugar”. (Monserrate, 2015, p. 1, párr4).

“Yo al inicio no sabía qué hacer ,miraba a mi hija y me daba miedo, que con un movimiento mío le podía pasar algo , debo agradecerle a dos enfermera que se me acercaron cuando yo lloraba y me hablaron de una forma tan segura y humana como si entendieran lo que estaba pasando me hablaron sobre lo que debo hacer con mi hija durante la visita, me explicaron porque tiene tantas sondas y porque está dormida claro cada una en su momento y desde ese momento empecé a tener confianza y creo que ahora ayudo a mi hija dándole mucho amor y hablándole...”(E2, p.3, 38-41).

Las demás también me hablan, pero yo me siento más en confianza con mis dos ángeles, las siento parte de mi familia yo vivo en Ica y es muy difícil todo esto... (E2, p.4, 56-57).

Realmente yo siento que no puedo preguntar a nadie, me da miedo preguntar a veces, porque cuando he preguntado , me responden “No es mi paciente” y lo dicen molestas, fastidiadas hasta que la enfermera que está con mi paciente, me sonrío se me acerca y yo aprovecho en preguntar, pienso que si tan solo respondieran con una sonrisa yo entendería que tienen sus pacientes ,pero cuando responden así me siento mal, ya de por sí la paso mal, el pensar que en cualquier momento puede pasar algo con mi esposo, sólo tres enfermeras se han acercado con una sonrisa pero son cortantes...(E3, p4, 55-60)

3.4.2.- Las Funciones de la comunicación que brinda al familiar del paciente crítico.

Función Informativa-familiar del paciente crítico.

En esta función el objetivo es aportar nueva información al receptor para ello el emisor proporciona al receptor toda su experiencia y con ello el desarrollo

de habilidades, convicciones, y la formación de hábitos, toda esta función dependerá con la transmisión del mensaje y la recepción del mensaje.

Los horarios de visita son de 2:00 a 4:00 pm., y de 4:00 a 5:00 pm., el informe médico, el horario y el tiempo está bien...(E2, p.2, 16-18).

Lo más importante que deben informarme al inicio es el estado de mi mami siesta viva, yo pensaba que se iba a morir en cualquier momento, cuando la enfermera salió y me dijo que esta delicada pero está controlada por medicinas y maquinas, me tranquilizó mucho... (E8, p2, 16-18).

Cuando Llega la enfermera y te dice como está tu paciente y luego te explica lo que veras, esa acción de ella me dio mucha tranquilidad, pienso que jamás olvidare los ojos y el tono de voz de la enfermera, me hizo entrar y mientras me ponía el mandil me explicaba y me daba tranquilidad con sus palabras... (E5, p3, 36-41).

Pienso que la enfermera debe informar antes que entremos a ver al paciente porque a mí me ayudo esa actitud que tuvo esa enfermera, no me asuste tanto es una sensación muy fea al entra y ver a tu hija en una condición que nunca la hemos imaginado, es difícil comprender porque tantas maquinas, porque está dormida aveces pienso que ya no despertara y me pongo muy triste... (E5, p5, 78-85).

Es muy importante que alguien se nos acerque cuando recién este nuestro paciente ingresando y nos dé una información pequeña pero general, eso nos ayudaría a comprender mas todo, yo pienso que es la enfermera quien debe realizarlo porque todos sabemos que la enfermera esta todo el tiempo con nuestro paciente... (E5, p3, 27-33).

Con escuchar que mi paciente está inestable pero en este momento está controlado por medicinas o máquinas, le da la idea que vive y eso les da tranquilidad. Consideran que el temor o el asombro disminuye cuando esta información le dan lo más pronto posible, porque los minutos de espera los pone más ansiosos piensan en la muerte, también que antes de entrar deben decirles como están, prepararlos a lo que verán, les asusta mucho verlos con ventiladores, monitores, drenajes y sondas, además dormidos.

De los 8 familiares entrevistados, 6 saben que la UCI, es una unidad que ingresan pacientes críticos que en cualquier momento podrían morir, consideran al personal multidisciplinario, muy capacitados en comparación a otras áreas, ven

un trabajo en equipo, ven un lugar con mucha tecnología, un lugar donde realizan procedimientos en cualquier momento, los horarios de visita, el trabajo y la vestimenta, como las medidas de bioseguridad son totalmente diferentes a otras áreas.

La UCI es un lugar donde los pacientes que ingresan están muy mal, están entre la vida y la muerte, las personas que trabajan allí son muchas, de varias profesiones y todos trabajan en equipo, creo que el personal que trabaja allí está muy capacitado y hacen lo mejor de ellos para salvar a los pacientes, pero como los pacientes están sedados temo que ellos piensen que no sienten nada porque el personal es rotativo nunca están los mismos y no todos son iguales en cuanto a la actitud... (E3, p2, 70-73).

En cuanto a los útiles que deben traer para sus pacientes, tiene una idea y la mayoría trae lo básico pero lo ven muy práctico la lista de útiles que les da la vigilante.

En cuanto a los materiales no tuve ninguna duda porque me dieron una lista muy práctica, pero me dio la vigilante y fue ella quien me explico sobre el pase... (E4, p3, 34-36).

En cuanto a los trámites de pases y visitas refieren que sería bueno que también se les informe cuando recién ingresa su paciente o través de una hoja informativa.

Son conscientes que la enfermera intensivista es un profesional especializado con mucha experiencia que cuida las 24 horas a su paciente, cumple indicaciones médicas, está pendiente si el paciente se pone mal, ella informa inmediatamente al médico, también cumple un rol educativo, informativo, son conscientes que no todas cumplen esto último porque creen que es un don especial que tienen las enfermeras para dar confianza, pero mencionan que deben desarrollar esa habilidad por todos los puntos anteriores mencionados. Refieren que si les mencionan sobre los procedimientos a realizarle a sus pacientes esto les dará tranquilidad.

Las funciones de la enfermera es estar junto al paciente y si algo anda mal avisar al doctor, cumplir las indicaciones médicas y dar apoyo a los pacientes y familiares (E7, p2, 15-17).

Sin embargo cuando la comunicación no se da de forma adecuada de 8 familiares 7 piensan que en una movilización se saldrán todas las sondas y

drenes y cualquier cosa podría pasarle a sus pacientes, lo que les llama la atención y les preocupa es que cuando ven a la enfermera sola con los pacientes dormidos, ellas no les hablan y eso les deja preocupados porque sienten que su paciente se asusta o les duele, generando esto aflicción, preocupación y sufrimiento cuando están en sus casa o esperando en la sala.

Pienso que deben explicar que cuando lo mueven tienen cuidados, por ejemplo yo al ver que lo mueven o lo trasladan a un examen tengo miedo que se salgan los tubos o drenes, la ansiedad que tenemos los familiares disminuiría mucho si se nos explicara antes, ya después lo hemos aprendido o comprendido porque estamos aquí...(E3,p3,48-54).

Para los familiares es importantísimo saber sobre lavado de manos, colocación de mandiles, mascarillas, botas, el uso del gel, porque al inicio no entienden porque lo hacen y muchas veces lo hacen de forma irresponsable o rápida y si algunos son conscientes es porque lo leyeron o se los explicaron en otro lado.

Al inicio no me educaron, me parecía raro ponerme tantas cosas, mandil, guantes para coger a mi familiar, tuve una idea de que era para prevenir contagiarlo de algo pero ya después pasaron los días y de enfermera en enfermera aprendes algo diferente, cada una te dice algo nuevo e iba entendiendo, todo fue muy difícil al inicio... (E3, p2, 23-27).

Sugieren que deberían dar charlas educativas de 15 min como máximo mientras esperan a la visita de sus familiares y dar dípticos, trípticos o volantes donde se vea de una forma práctica y breve estos puntos porque reconocen que la enfermera tiene mucho trabajo en la unidad por la calidad de pacientes, consideran de importancia mencionar porque solo son dos horas de visitas, sólo 2 familiares, al inicio no lo comprenden. Refieren que en otras instituciones como el Sabogal mientras los familiares esperan pasan videos educativos justamente relacionados al lavado de manos, entre otros.

Pienso que deberían educarnos sobre la importancia de la colocación de mascarillas, mandiles y guantes y hablar sobre este lugar la UCI, ya que todo es diferente en comparación a otros servicios .Esta capacitación debe darse mientras esperamos para la visita, en 15 minutos sería suficiente... (E6, p3, 30-35).

Mencionan la mayoría la importancia del lavado de manos, mencionando que es para proteger a su paciente de las bacterias que pueden traer de la calle, al inicio no le dan importancia que al salir de la unidad también deben hacerlo para no llevarse bacterias a la calle o a su casa. Cuando se les pide que expliquen el procedimiento se saltan pasos, cuando realizan el lavado, la mayoría tiene dificultad para coger el jabón, realizan rápido el lavado, no se enjuagan bien, no se frotan bien y no se secan bien, se observó a uno que se sacude las manos, aun así refieren que si saben hacerlo porque hay un cuadro en cada caño donde explican la importancia del lavado de manos y el procedimiento.

Saben la importancia del uso del gel, pero no lo usan adecuadamente, saben que es después del lavado de manos, el gel no reemplaza al lavado de manos, algunos familiares llevan su gel.

Refieren el horario de visita es de 2 a 4pm pero al inicio les molesta que sea poco tiempo, después comprenden que es por seguridad del paciente. También mencionan que debería ser mas tarde o la hora compartida ,porque en su mayoría trabajan y ese horario no es flexible, mencionan que a veces les dejan entrar pero 10 minutos es muy o poco y ya no reciben informe médico.

Es importante recalcar que esta información y educación debe ser el mismo día que ingresa el paciente o al día siguiente, consideran que cuanto más informado y lo más pronto lo estén comprenderán ayudaran, sentirán menos temor y menos ansiedad, valoran más a la enfermera y les tienen más confianza informan y se retiran.

Piensan que es por el arduo trabajo porque las observan en movimiento todo el tiempo. Lo curioso es que hay un menor grupo que las ven sentadas pero son estas enfermeras que cuando se les pregunta algo responden de forma seria y molesta que no es su paciente y no son educadas.

Cuando hablan, lo que dicen es un tono delicado y claro, y su mirada ,su sonrisa son de predisposición a ayudar; de las 15 enfermeras que he conocido 3 a 5 son totalmente opuestas ,no hablan, no miran, no saludan, si preguntas algo es como si las fastidiaras o te responden... no es mi paciente, y más bien veo que están sentadas sin hacer nada...(E5, p6, 102-105).

La Funcion Afectivo Valorativa en la comunicación enfermera- familiar del paciente critico:

En esta función el objetivo es brindar el mensaje pero agregarle la carga afectiva, con esta función se logra establecer una imagen de sí mismo y de los demás. Ejemplo: Mencionar “te entiendo” pero le mira a los ojos y le sonríe.

En estos días las personas que han atendido a mis hijos me dan tranquilidad, porque se me acercan, sonríen, me tocaron el hombro y me explicaron casi todo con una voz suave, ojala que todas sean así porque veo que cambian y uno no sabe con quién te encontraras... (E4, P4, 59 -64).

Mencionan también que la mayoría de familiares se muestran temeroso a las malas actitudes, por eso esperan que las enfermeras se acerquen y les den informe y cuando ven una actitud de disposición a ayudar se motivan a preguntar.

La función Reguladora en la comunicación enfermera- familiar del paciente crítico:

En esta función se logra la modificación de una conducta, de esta función depende el éxito o el fracaso de la comunicación.

De 8 familiares ,7 refieren que hacen caso a los consejos que le da la enfermera educada, que conversa con ellos, que le informan acerca de sus dudas.

Todo lo que me explican y me piden que haga lo hago, pero solo lo que me piden las enfermeras que me inspiraron confianza en las serias no confié en lo que dicen... (E6, p3, 30-35).

3.4.3.-Tipos de comunicación

3.4.3.1. La Comunicación no Verbal entre la enfermera –familiar del paciente crítico.

Es un tipo de comunicación donde el ser humano utiliza todos los sentidos para que sea efectivo, utiliza tres especies de soporte: El cuerpo, los artefactos usados por el hombre o ligados al medio ambiente; y la disposición de los individuos en el espacio. Se relaciona con la acción de emitir un mensaje incluso donde no hallan las palabras explícitas a través de movimientos corporales que favorecerá, facilitará o potenciará los significados de un mensaje o simplemente den un mensaje.

Sentí mucha tranquilidad cuando me dijo a los ojos y cogiendo mi mano, a aquí la cuidaremos mucho, confía n nosotros, pronto esto pasara, ella es joven y saldrá de esto, jamás olvidaré esas palabras.(E5, p3, 45-49).

Según Oliveira menciona: “El hombre desde su origen, para fortalecerse y defenderse de los animales y de la naturaleza, y por su necesidad de relacionarse

con los otros seres humanos para expresar sus sentimientos e ideas realiza gestos, formas de expresión corporal, que ganan un sentido cada vez más preciso. El canto y el baile le permiten expresar sentimientos, manifestar alegrías, tristezas u oraciones.” (Oliveira, 2006, p. 3, párr7).

También mencionan que hay otras enfermeras que no tratan bien, no se comunican, dudan mucho de su capacidad de cuidar a su paciente. Mencionan también que las pocas enfermeras que tuvieron una comunicación asertiva basta para disculpar a las otras, pero igual deben tener la responsabilidad de capacitarse para desarrollar esas habilidades ya que tratan con personas, personas que están pasando por un mal momento y necesitan mucho de su apoyo en ese momento y esperan de la persona que está todo el tiempo con su familiar.

En estos días las personas que han atendido a mi hijo me dan tranquilidad, porque se me acercaron, sonríen, me tocaron el hombro y me explicaron casi todo con una voz suave, ojala que todas fuesen así porque veo que cambian y uno no sabe con quién te encontraras... (E4, p4, 59-64).

3.4.3.2. La Comunicación Verbal durante la comunicación enfermera familiar del paciente crítico.

Es el modo de comunicación más conocido y familiar, siendo el más frecuentemente y usado; es el proceso de transmitir mensajes por intermedio de recursos físico como el habla, la audición. Les importa y les da tranquilidad escuchar a la enfermera que hable cuando realiza un procedimiento al paciente. Las palabras que les gusta escuchar es: Entiendo cómo te sientes, ten tranquilidad aquí lo estamos cuidando, estamos haciendo todo lo posible para que se recupere, esta inestable pero controlado con medicinas y maquinas. Les da mucha seguridad que les pidan su número telefónico y que lo anoten en la hoja de monitoreo. No exigen que los identifiquen por sus nombres, porque reconocen la ardua labor de la enfermera.

Cuando llega la enfermera y te dice como está tu paciente y luego te explica lo que verás, esa acción de ella me dio mucha tranquilidad pienso que jamás olvidare los ojos y el tono de voz de la enfermera, me hizo entrar y mientras me ponía el mandil me explicaba y me daba tranquilidad con sus palabras...(E5, p1, 13-18).

3.4.3.3. La Comunicación escrita con la enfermera

Oliveira (2006) refirió: “La comunicación escrita este tipo de comunicación se ha desarrollado gracias al impacto de las tecnologías y de la ciencia. Estos procesos de desarrollo se dividen en tres etapas: Los pictogramas como las formas más primitivas de escritura humana; el desarrollo de alfabetos en diferentes lenguas escritos sobre soportes físicos como la piedra, la cera, la arcilla, el papiro y, finalmente, el papel; y por último la información transmitida a través de medios electrónicos”. (Oliveira, 2006, p. 2, párr4).

Los horarios de visita son de 2pm a 4pm y de 4pma 5pm es el informe médico el horario y el tiempo destinado está bien, la información me la dio la vigilante... (E2, p2, 16-18).

En cuanto a los materiales no tuve ninguna duda porque me dieron una lista muy práctica, pero me dio la vigilante y fue ella quien me explico sobre el pase... (E4, p3, 34-36).

Realiza el lavado de manos de forma correcta pero necesita mirar el cartel informativo....(E7, p4, 53-54).

Cuando observan que la enfermera le coge la mano a su paciente, no les importa si es con guantes porque comprenden que es por las bacterias. Pero sugieren que deben dar volantes, dípticos o trípticos donde halla información breve y practica sobre medidas de bioseguridad, generalidades de una UCI, los trámites de pase, porque tienen los dispositivos invasivos, monitores y ventiladores, la importancia de la visita restringida. Sugieren videos y charlas educativas de no más de 15 minutos mientras esperan entrar a visitar a su familiar. El ver su número de teléfono en la hoja de monitoreo les da la idea que le comunicaran cualquier evento con su paciente. Sentí mucha tranquilidad cuando me dijo mirándome a los ojos y cogiendo mi mano, aquí la cuidaremos mucho, confía en nosotros, pronto esto pasará, ella es joven y saldrá de esto, jamás olvidaré esas palabras.

Sentí mucha tranquilidad cuando me dijo mirándome a los ojos y cogiendo mi mano, aquí la cuidaremos mucho, confía en nosotros, pronto esto pasará, ella es joven y saldrá de esto, jamás olvidaré esas palabras....(E5, p3, 45-49).

IV. Discusión

4.1. Discusión

4.1.1.-La comunicación enfermera –familiar del paciente crítico.

Según la teoría el familiar pasa por momentos sumamente difíciles por la enfermedad de su paciente y se vuelve temeroso a esta experiencia nueva, dolorosa y de un final incierto. Monserrat (2015) refirió: “La comunicación es indispensable para procurar y mantener las buenas relaciones en todos los ámbitos de nuestra vida particularmente en nuestra familia, el trabajo y con las personas más cercana a nosotros. Aun así enfrentamos desacuerdos y discusiones sin sentido, provocando en ocasiones una ruptura en las relaciones con los demás. Entender y hacerse comprender es un arte que facilita la convivencia y la armonía en todo lugar.” (Monserrate, 20015, p. 1, parr4).

Según Reyes (2004) mencionó: “La familia es considerada la primera célula social en el proceso de salud/enfermedad de sus miembros, entonces un proceso de enfermedad que se dé en uno de ellos tendrá una consecuencia directa o indirecta teniendo como resultado una inestabilidad de los demás integrantes; lo cual los obligará a adaptarse a la nueva situación” (Reyes, 2004, p.2, párr.3).

Según Montes y Sindy (2013) en su estudio: “Intervención de enfermería ante la crisis situacional percibida por los familiares con pacientes críticos según el modelo Jean Watson es una IPS III nivel de Cartagena según los resultados encontrados el cómo y que información lleve el personal de enfermería a los familiares, el familiar se identificara y valorara el cuidado también para ellos de una forma directa ya que esta acción favorece en la tranquilidad del familiar.

Según Díaz (2011) en su publicación en España titulada “Comunicación enfermera paciente: Reflexión sobre la relación de ayuda. Llego a los siguientes resultados Que la comunicación es un proceso vital para el desarrollo del ser humano y como se lleva a cabo es fundamental para afrontar las situaciones cotidianas o extraordinarias de una manera u otra.

“Yo tenía miedo acercarme a preguntar, todo es nuevo y difícil de comprender, el lugar está lleno de máquinas y no se sabía qué hacer, la enfermera se me acerco y sin que yo le diga nada me empezó a explicar desde que tengo que hacer con mi paciente, un poco del lugar y sobre la importancia el lavado de manos y uso de mascarilla, claro la veía un poco intranquila, apurada,

en movimiento, se ve que es un lugar que trabajan mucho...(E1. P.5, 87-95).

Con lo desarrollado se reafirma que la comunicación es básica para el cuidado del familiar, durante el proceso de la hospitalización en la UCI, los familiares están muy vulnerables todo tipo de actitudes con respecto al personal de enfermería, tienen mucha esperanza en ellos considerándolos ángeles cuando se acercan y les dan información y apoyo emocional comparándolas como un familiar, al ser la comunicación asertiva el familiar sufre menos se siente acompañado y comprendido. También considera que no todas tienen esa actitud pero que deberían exigirse en desarrollar habilidades ya que tratan con personas.

La perspectiva es el punto de vista concreto, particular y subjetivo que tiene una persona sobre un tema en concreto. La perspectiva no es fija ni inamovible ya que lo habitual es que una persona cambie de opinión respecto a ciertos temas a lo largo de su vida precisamente porque la experiencia también modifica las formas de interpretar la realidad.

La familia es considerada un sistema abierto porque intercambia en su entorno a todos sus integrantes energía, emociones, experiencias e información muchas veces con objetivos hacia una misma dirección de evolución constante y un orden estructural, la familia como sistema está directamente afectada o motivada por cada unidad, miembros o integrantes del sistema; obligándoles a buscar medidas de adaptación y de equilibrio a la nueva situación ; ante esta respuesta debemos considerar que cada individuo es diferente tanto física como genéticamente, entonces se esperan respuestas diferentes ante una circunstancia.

“Yo al inicio no sabía qué hacer, miraba a mi hija y me daba miedo, que con un movimiento mío le podía pasar algo, debo agradecerle a dos enfermeras que se me acercaron cuando yo lloraba y me hablaron de una forma tan segura y humana como si entendieran lo que estaba pasando me hablaron sobre lo que debo hacer con mi hija durante la visita, me explicaron porque tiene tantas sondas y porque está dormida claro cada una en su momento y desde ese momento empecé a tener confianza y creo que ahora ayudo a mi hija dándole mucho amor y hablándole.”...(E2, p.3, 38-41).

Las demás también me hablan, pero yo me siento más en confianza con mis dos ángeles, las siento parte de mi familia, yo vivo en Ica y es muy difícil esto.”... (E2, p.4, 56-57).

Según Alba refirió: “En lo que respecta al área de la Salud se han encontrado estudios en donde la comunicación hospitalaria es deficiente , siendo el personal de enfermería el receptor de la confianza, dudas y preguntas sobre la información que el paciente recibe sobre su proceso.”... (Alba, 2012, p.138, párr. 1).

Según Marcelo (2008) en su estudio titulado: “Aspectos presentes en a comunicación de la enfermera, familia y la institución en la Unidad de Cuidados Intensivos”. Concluyó: “Respecto a los aspectos en la comunicación de la enfermera, con la sobrecarga de trabajo el profesional de enfermería al intentar rentabilizar al máximo su tiempo, genera fallas en la comunicación, inexistencia de claridad de lo que debe informar, brindando inseguridad, limitación, comunicación dominante y fría.

Realmente yo siento que no puedo preguntar a nadie, me da miedo preguntar a veces, porque cuando he preguntado, me responden “ no es mi paciente “y lo dicen molestas , fastidiadas (E3, p.4, 55-60).

Respecto a las revisiones de los antecedentes hay similitud en cuanto que no todas las enfermeras han desarrollado las habilidades para poder brindar una comunicación asertiva y cumplir con sus tareas y o funciones de 8 (100%) pacientes de mi estudio lo reportan 3 (40%), sin embargo de los demás que reportan que la enfermera si brinda una comunicación adecuada ,mencionan que a las enfermeras que observan sin actividad sin realizar nada ,justamente son ellas las que responden mal pero al contrario la mayoría de las enfermeras que están con mucha carga son más educadas con disposición de ayuda pero lo realizan en tiempos cortos, pero es perceptible por la responsabilidad y el arduo trabajo.

4.2. Las funciones de la comunicación que brinda al familiar del paciente crítico.

4.2.1. Función Informativa Enfermera familiar del paciente crítico

En esta función el objetivo es aportar nueva información al receptor para ello el emisor proporciona al receptor toda su experiencia social e histórica y con ello la formación de habilidades, convicciones, y la formación de hábitos, toda esta función dependerá con la transmisión del mensaje y la recepción del mensaje.

Según Sedano (2010). En su investigación en Lima titulada: "Contenido de la comunicación enfermera –paciente en los servicios de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Concluyó: "El contenido de la Comunicación expresa la orientación centrada en la enfermedad y el tratamiento médico de cada paciente; que el contenido está referido cuando realiza los cuidados , en comparación con la valoración integral y la evolución de los mismos", es decir que todos los pacientes requieren de cuidados adecuados y preferenciales que van de acuerdo con su estado y con los efectos de la enfermedad ; por lo cual es importante que los enfermeros tomemos conciencia de la responsabilidad de asistir con esmero y un sentir estrictamente humano durante la atención a todos los pacientes y familiares que llegan a la hospitalización en UCI.

Los horarios de visita son de 2:00 a 4:00 pm. y de 4:00 a 5:00 pm. el informe médico, el horario y el tiempo está bien...(E2, p.2, 16-18).

Cuando llega la enfermera y te dice como está tu paciente y luego te explica lo que verás, esa acción de ella me dio mucha tranquilidad pienso que jamás olvidare los ojos y el tono de voz de la enfermera, me hizo entrar y mientras me ponía el mandil, me explicaba y me daba tranquilidad con sus palabras... (E5, p.3, 36-41).

Pienso que la enfermera debe informar antes que entremos a ver al paciente porque a mí me ayudo bastante esa actitud que tuvo esa enfermera, no me asuste tanto, es una sensación muy fea el entrar y ver a una hija en una condición que nunca la hemos imaginado, es difícil comprender, ´porque tantas máquinas, porque esta dormirá, a veces pienso que ya no despertará y me pongo muy triste... (E5, p.5, 78-85).

Es importante que las enfermeras saluden y sonrían y que antes que les preguntemos ellas se acerquen, no es fácil pasar por estos momentos, estar en

un lugar diferente, ellas son como nuestros ángeles que están todo el tiempo con mi familiar... (e5, P.3, 27-33).

Con escuchar que el paciente esta inestable pero en ese momento está controlado por medicinas o maquinas, les da la idea que aún vive y eso al familiar le llena de esperanza y tranquilidad. Consideran también que el temor o el asombro disminuye cuando esta sin formación le dan lo más pronto posible , porque los minutos de espera los pone más ansiosos ,ya que en esos minutos están pensando en la muerte , también que antes de que entren los familiares se les debe informar como lo encontraran a su familiar, esto los preparara para verlos con menos temor y asombro por los dispositivos invasivos y el monitoreo, ya que estas imágenes que verán de su ser querido es nuevo y no esperado para ellos.

De los 8 familiares 6 (80%) de los familiares entrevistados saben que es la UCI, consideran que es una unidad de pacientes críticos que quiere decir que el paciente que ingresa tiene alto riesgo de morir en cualquier momento, consideran al personal multidisciplinario, la tecnología, los procedimientos, los horarios de visita, el trabajo, la vestimenta como las medidas de bioseguridad son totalmente diferente a otros servicios.

Por otra parte la Asociación Americana de Psiquiatría consideró: "Al proceso de hospitalización a una UCI como un estrés traumático" y como familia ante una difícil situación cada integrante tendrán que cambiar sus roles, horarios, deberán tomar decisiones, la aceptación de lo que se dé con su familiar, estarán sometidos a conflictos afectivos y emocionales; esto tendrá efectos no solo en el familiar sino también en el paciente. (Citado en Reyes, 2004, p.2, párr. 5).

La UCI, es un lugar donde los pacientes que ingresan están muy mal, están entre la vida y la muerte, las personas que trabajan allí son muchas, de varias profesiones y todos trabajan en equipo, creo que el personal que trabaja allí está muy capacitado y hacen lo mejor de ellos para salvar a los pacientes, pero como los pacientes están sedados temo que ellos piensen que no sienten nada, porque el personal es rotativo nunca están los mismos, y no todos son iguales en cuanto a la actitud...(E3, p.2, 70-73).

En cuanto a los útiles que deben traer para sus pacientes, tienen la idea de traer lo básico pero ven muy práctico la lista con la relación de útiles que les da la vigilante.

En cuanto a los materiales no tuve ninguna duda porque me dieron una lista muy práctica, pero me dio la vigilante y fue ella quien me explico sobre el pase. ... (E4, p.3, 34-36).

En cuanto a los trámites de pases y visitas refieren que sería bueno que también se les informe cuando recién ingresa su paciente o a través de una hoja informativa.

Son conscientes que la enfermera intensivista es un profesional especializado con mucha experiencia que cuida las 24 horas a su paciente , cumple indicaciones médicas , está pendiente si el paciente se complica o se inestabiliza ; tiene la capacidad profesional para informar inmediatamente al doctor, resaltan también su rol educativo, informativo, son conscientes que no todas cumplen esto último y creen que es porque es un don especial que tienen en su mayoría de enfermeras para dar confianza, pero mencionan que deben desarrollar esa habilidad las que no tienen ese don, por todos los puntos anteriores mencionados y desarrollados. Refieren que también es importante hacerles mención sobre los procedimientos a realizarle a su familiar ya que esta acción también favorece en su tranquilidad.

Las funciones de la enfermera, es estar junto al paciente y si algo anda mal avisar al doctor, cumplir las indicaciones médicas y dar apoyo a los pacientes y familiares... (E7, p.2, 15-17).

La enfermera si explica los procedimientos que realiza a mi mami, bueno la de hoy porque ayer la enfermera fue seria y no respondió a mis preguntas... (E7, p.2, 19 -21).

Cuando la comunicación no es clara acerca de los procedimientos a realizarle a los pacientes; de 8 (100%) familiares, 7(87.5%) piensan que al trasladarlos de un lugar a otro, o cuando les cambian de posición, se saldrán todas las sondas, drenes y tubo y podrían complicarse o morir.

También lo que les llama la atención y les preocupa es que cuando ven a la enfermera sola con los pacientes dormidos, la enfermera no les habla y eso les deja preocupados, porque se contradicen; ya que ellas mismas les dicen que cuando estén con el familiar es importante hablarles para estimularlos, y se van con angustia a su casa.

Pienso que deben explicar que cuando lo mueven tienen cuidados, por ejemplo yo al ver que lo mueven o lo trasladan a un examen tengo miedo que se

salgan los tubos o drenes, la ansiedad que tenemos como familiares disminuiría mucho si se nos explicara antes, ya después quizá lo hemos aprendido o comprendido pero porque estamos aquí... (E3, p.3, 48-54).

Para los familiares es importantísimo saber sobre lavados de mano, colocación de mandiles, mascarillas, bota, el uso de gel, porque al inicio no entienden porque lo hacen y muchas veces lo hacen de forma irresponsable o rápida y si algunos son conscientes es porque lo leyeron o se los explicaron en otro lado.

Al inicio no me educaron, me parecía raro ponerme tantas cosas, mandil, guantes para coger a mi familiar, tuve una idea de que era para prevenir contagiarlo de algo, pero ya después pasaron los días y de enfermera en enfermera aprendes algo diferente, cada una te dice algo nuevo e iba entendiendo todo, fue muy difícil todo al inicio... (E3, p.2, 23-27).

Sugieren que deberían dar charlas educativas de 15 minutos como máximo mientras esperan para visitar a sus familiares y deber dar dípticos , trípticos o volantes donde se vea de una forma práctica y breve estos puntos importantes de una UCI; porque reconocen que la enfermera tiene mucho trabajo en la unidad por la calidad de pacientes, consideran de importancia mencionar porque solo son dos horas de visitas solo 2 familiares , al inicio no comprenden; refieren que en otras instituciones como en el Sabogal; mientras los familiares esperan pasan videos educativos justamente relacionados al lavado de manos y otros.

Pienso que deberían educarnos sobre la importancia de la colocación de mascarillas, mandiles y guantes, y hablar sobre este lugar la UCI, ya que todo es diferente a comparación a otros servicios. Ésta capacitación debe darse mientras esperamos la visita en 15 minutos sería suficiente... (E6, p.3, 30-35).

Mencionan la mayoría; la importancia del lavado de manos, mencionando que es para proteger a su paciente de las bacterias que pueden traer de la cale, al inicio no le dan la importancia que al salir de la unidad también deben hacerlo para no llevarse bacterias a la calle o a su casa. Cuando se les pide que expliquen el procedimiento se saltan pasos, cuando realizan el lavado, la mayoría tiene dificultad para coger el jabón, realizan rápido el lavado, no se enjuagan bien, no se frotan bien, ni se secan adecuadamente, se observó a uno de los familiares que se sacude las manos, pero cuando se les pone frente el cartel del lavado de

manos lo hacen de forma adecuada salvo como sacar el jabón, refieren que ese cartel es muy didáctico y necesario.

Realizan el lavado de manos de la forma correcta pero mirando el cartel informativo... (E7, p.4, 53-54).

Saben la importancia del uso del gel, pero no lo usan adecuadamente, saben que es después del lavado de manos, el gel no reemplaza al lavado de manos, algunos familiares llevan su gel.

Refieren que el horario de visita al inicio les parece muy corto; sin embargo luego de la información lo comprenden. Un familiar refiere que podría darse esa hora compartida una hora en la tarde y la otra en la noche; ya que por los horarios de salida del trabajo algunas veces no ha podido visitar al paciente y solo le dejaron entrar 10 minutos y el informe médico ya no le dieron.

Piensan que es por el arduo trabajo por lo que observan a la mayoría de enfermeras en movimiento todo el tiempo. Sin embargo notan a algunas sin hacer nada todo el tiempo y son las mismas que responden fastidiadas, serias y no tienen la actitud de acercarse.

Cuando hablan, lo que más llama mi atención es lo que dicen, el tono es delicado, es claro y su mirada, su sonrisa son de predisposición a ayudar; de las 15 que he conocido 3 a 5 son totalmente opuestas, no hablan, no miran, no saludan, si preguntas algo es como si las fastidiaras o te responden no es mi paciente, y más bien veo que están sentadas si hacer nada... (E5, p6, 102-105).

El proceso de la comunicación durante el proceso de la hospitalización; a través de lo que perciben los familiares, se puede obtener información importantísima que beneficiaría tanto al paciente como al personal de salud, además de brindar un cuidado de enfermería de espíritu humanitario a estas personas que están experimentando una crisis situacional frente a la enfermedad de su ser querido.

Se puede concluir que la función informativa es importante para orientar al paciente, según la literatura es un derecho de los familiares y es parte del cuidado de enfermería, pero las entrevistas dan datos muy importantes como que los familiares esperan la primera información: El estado de su paciente crítico y como lo encontrará al ingresar a la unidad se resalta que esta información debe darse lo más pronto posible después de que ingresa el paciente porque cuanto más demore este paso la angustia y sufrimiento del familiar aumenta. También

mencionan que debe ser la enfermera quien de la información ya que son reconocidas por su labor y funciones.

De las 8(100%) entrevistas, 7(82%) reportan que la información fue dada por las enfermeras que han desarrollado esas habilidades que a pesar de la carga laboral lo hacen bien, pero el problema es que no lo hacen en el tiempo adecuado, en cuanto a la bioseguridad refieren que deben realizarse charlas educativas durante el horario de visita en 15 minutos, ya sea con papelógrafos o videos, no tienen ningún problema que esas charlas se realice durante la hora de visita mientras se turnan con sus familiares ya que entienden que esta información es importantísima para prevenir las infección tanto para el paciente critico como para la familia.

4.2.2.- La función Afectiva Valorativa en la comunicación enfermera – familiar del paciente crítico.

En esta función el objetivo es brindar el mensaje pero agregarle la carga afectiva, con esta función se logra establecer una imagen de sí mismo y de los demás. Ejemplo: mencionarle” te entiendo “pero le mira a los ojos le sonrío.

Según Alvarado y Lili (2007) realizaron su investigación titulada: “Calidad de las relaciones interpersonales enfermera-usuario según la Teoría de Travelbee, aplicado al Pabellón A del Hospital Militar Central”. Tuvo objetivo fue determinar la calidad de las relaciones interpersonales enfermera usuario según la Teoría referida, con un enfoque cuantitativo, la técnica aplicada fue la observación, llegaron a la siguiente conclusión: En la Relación Interpersonal Enfermera - Usuario, predomina un nivel medio por consiguiente diríamos que, en su desempeño profesional las enfermeras necesitan adquirir, reforzar o dar la debida importancia a sus habilidades y destrezas para la comunicación sincera y afectiva con los pacientes y sus familiares, ya que existen factores que impiden una relación interpersonal óptima como las actitudes, la complejidad de las responsabilidades, el tiempo , razón por la cual existe aspectos que perjudican la comunicación interpersonal entre los protagonistas de la presente investigación.

En estos días las personas que han atendido a mi hijo me dan tranquilidad, porque se me acercan, sonrían, me tocaron el hombro y me explicaron casi todo con una voz suave, ojala que todas sean así porque veo que cambian, y uno no sabe con quién te encontraras... (E4, p.4, 59-64).

Mencionan también que la mayoría de familiares se muestran temerosos a

las malas actitudes, por eso esperan que las enfermeras se acerquen y les den informe y cuando ven un actitud de disposición a ayudar se motivan a preguntar. Según lo descrito por la comunicación afectiva se da en un 50 %, ya que se describe un 20 % no ha desarrollado las habilidades para una comunicación, pero el otro 30 % por mas que pone de su esfuerzo siempre se le ve apurada y cortante, igual al familiar se le ve paciente en espera de una respuesta y comprende sin embargo quedan con la sensación de que la enfermera no ha identificado su dolor.

4.2.3.- La función Reguladora en la comunicación enfermera –familiar del paciente crítico.

En esta función se logra la modificación de una conducta, de esta función depende el éxito o el fracaso de la comunicación.

Según Arrascue y Quiñones (2008) realizaron un trabajo de investigación “La Comunicación de la Enfermera en el cuidado que brinda a la persona internada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo”. Llegando a la conclusión: Que las enfermeras utilizan la comunicación como herramienta durante la realización de sus actividades en el cuidado que proporcionan al paciente. Los pacientes caracterizaron a las enfermeras de acuerdo a sus mensajes verbales y no verbales como carismática, humana, cariñosa y fuente de apoyo. Encontraron que los principios que regían dicha comunicación eran de asistencia, concreción, honestidad, respeto, interés, protección y seguridad acciones que confirman la necesidad de poner en práctica una adecuada comunicación que ayude a los pacientes a sentirse bien para lograr una mejoría en un tiempo no prolongado.

De 8 familiares 7 refieren que hacen caso de los consejos que les da la enfermera educada que conversa con ellos, que les informa acerca de sus dudas.

Todo lo que me explican y me piden que haga lo hago, pero solo lo que me piden las enfermeras que me inspiraron confianza, en las serias no confío en lo que dicen... (E6, p.3, 63-66).

Para los familiares el personal de enfermería es importantísimo, si el enfermero considera la importancia de la comunicación en su cuidado puede lograr que los familiares participen de forma activa ayudando al paciente crítico además de disminuir la ansiedad y el dolor por el proceso de la hospitalización favoreciéndolas opiniones acerca de la atención, mejorando las perspectivas.

4.3.- Tipos de comunicación entre la enfermera –familiar del paciente crítico.

4.3.1.-La comunicación no verbal entre la enfermera –familiar del paciente crítico.

La Comunicación No Verbal es un tipo de comunicación donde el ser humano utiliza todos los sentidos para que sea efectivo, utiliza tres especies de soporte: El cuerpo, los artefactos usados por el hombre o ligados al medio ambiente; y la disposición de los individuos en el espacio. Se relaciona con la acción de emitir un mensaje incluso donde no hallan las palabras explícitas a través de movimientos corporales que favorecerá, facilitará o potenciará los significados de un mensaje o simplemente den un mensaje.

Según Santos y Shiratori (2008) realizó una investigación en Brasil titulada: “Comunicación no verbal: su importancia en los cuidados de enfermería”. Llegando a las siguientes conclusiones: los alumnos del curso de graduación identifican la importancia y la influencia de la comunicación no-verbal durante la asistencia, sin embargo, existe la necesidad de ampliar el conocimiento del proceso de comunicación no-verbal para la implementación del cuidado de enfermería debiendo darle importancia a la utilización de los sentidos como: Oír, mirar, sentir, observar. Entonces se llega a concluir que la comunicación verbal es una de las formas más importantes pero que sin embargo se complementa con la comunicación no verbal, y esta es de mucha ayuda cuando los pacientes están sedados, postrados sin poder comunicarse.

Según Grados (2013) realizó su tesis titulada: “Características de la comunicación enfermero en el servicio de cirugía”. Llegando a la conclusión: El 100% (45) de pacientes calificaron que más del 60% de las características de la comunicación del enfermero en la dimensión verbal es “rápida”, “no entendible”, “entrecortada”, “tono bajo”, “incoherente” y “apresurada”. En la dimensión no verbal, en su mayoría (más del 68%), los pacientes calificaron la comunicación del enfermero como “inexpresiva”, de “postura de retirada”, mirada “esquiva” y “desatenta. Así mismo se descubrió que el perfil de las características de la comunicación del enfermero tiene una tendencia negativa, donde resalta la “velocidad del mensaje” y la “expresión facial”.

Según mis hallazgos confrontados con el antecedente llego a la conclusión que la comunicación no verbal, se debe tener en cuenta que cuando se moviliza a

los pacientes sedados se les debe hablar ya, y que cuando se hable con los familiares para ellos es muy importante las sonrisas, la mirada, el toque de las manos y del hombro, sienten confianza para expresar sus temores y favorecen en su tranquilidad. Cuando observan que la enfermera le coge la mano a su paciente, no les importa si es con guantes porque comprenden que es por las bacterias, perciben que la enfermera atiende con cariño su familiar.

Según Oliveira menciona: “El hombre desde su origen, para fortalecerse y defenderse de los animales y de la naturaleza, y por su necesidad de relacionarse con los otros seres humanos para expresar sus sentimientos e ideas realiza gestos, formas de expresión corporal, que ganan un sentido cada vez más preciso. El canto y el baile le permiten expresar sentimientos, manifestar alegrías, tristezas u oraciones.” (Oliveira, 2006, p. 3, párr7).

También mencionan que hay enfermeras que no los tratan bien, no se comunican, dudan mucho de la capacidad de cuidado que le den a su paciente, mencionan también que las enfermeras que tuvieron una comunicación asertiva basta para disculpar a las otras, pero igual deben tener la responsabilidad de capacitarse para desarrollar esas habilidades ya que tratan con personas, personas que están pasando por un mal momento y necesitan mucho del apoyo en ese momento y esperan de la persona que está todo el tiempo con su familiar en estado crítico.

En estos días las personas que han atendido a mi hijo me dan tranquilidad, porque se me acercan, sonrían, me tocaron el hombro y me explicaron casi todo con una voz suave, ojala que todas sean así porque veo que cambian, y uno no sabe con quién te encontraras... (E4, p4, 59-64).

A pesar que es menor la cantidad de enfermeras que no se acercan a ellos o tienen una mala actitud son pocas sienten angustia porque el personal es rotativo y les preocupa que les toque este personal a su paciente.

4.3.2.-La comunicación verbal entre la enfermera –familiar del paciente crítico.

Es el modo de comunicación más conocido y familiar, siendo el más frecuente y el más usado; es el proceso de transmitir mensajes por intermedio de recursos físicos como el habla y la audición.

Según Blas (2013) realizó un trabajo en Lima, titulado “Nivel de Satisfacción de los familiares de pacientes críticos acerca de la comunicación

brindada por la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos". Se obtuvo las siguientes conclusiones: El nivel de satisfacción de los familiares acerca de la comunicación brindada por la enfermera en el servicio de la unidad de cuidados intensivos en el mayor porcentaje es medianamente satisfecho (60%) (48)) y un porcentaje significativo insatisfecho (13.3% (8)); porque no lo identifica por su nombre, utiliza palabras de difícil comprensión, no responde sin importarles que le están hablando, cruza los brazos, informa apresuradamente con lenguaje no claro y no sencillo, mira a otro lado y no al paciente y no atiende la solicitud de forma inmediata.

Cuando llega la enfermera y te dice como está tu paciente y luego te explica lo que verás, esa acción de ella me dio mucha tranquilidad pienso que jamás olvidare los ojos y el tono de voz de la enfermera, me hizo entrar y mientras me ponía el mandil, me explicaba y me daba tranquilidad con sus palabras... (E5, P.3, 36-41).

Realmente yo siento que no puedo preguntar a nadie me da miedo preguntar, hasta que me sonrían y se me acercan ,allí les pregunto, porque hay algunas enfermeras que responden molestas, serias que no es su paciente, yo comprendo pero si tan solo sonrieran o la voz sería más suave quizá no me sentiría tan mal...(E3, P.4, 55-60).

He observado que no le hablan al paciente cuando está dormido y eso me asusta porque yo sé que ellos sienten, deberían explicarle todo lo que le realizan a pesar que está dormido y yo no sé si está bien que solo le hable y le diga que lo quiero...(E3, P.4, 72-76).

Es muy importante que alguien se nos acerque cuando recién este nuestro paciente ingresando y nos dé una información pequeña pero general, eso nos ayudaría a comprender mas todo, yo pienso que es la enfermera quien debe realizarlo porque todos sabemos que la enfermera esta todo el tiempo con nuestro paciente... (E5, p.3, 27-33).

En estos días las personas que han atendido a mi hijo me dan tranquilidad, porque se me acercan, sonrían, me tocaron el hombro y me explicaron casi todo con una voz suave, ojala que todas sean así porque veo que cambian, y uno no sabe con quién te encontraras... (E4, p.4, 71-74).

Cuando hablan, lo que dicen es con un tono es delicado, es claro y su mirada, su sonrisa son de predisposición a ayudar de las 15 que he conocido 3 a

5 son totalmente opuestas, no hablan, no miran, no saludan, si preguntas algo es como si las fastidiaras o te responden no es mi paciente, y más bien veo que están sentadas si hacer nada... (E5, P.6, 102-105).

Recuerdo que si bien es cierto no me explicaron de cómo iba a estar mi familiar cuando lo viera por primera vez, si me tranquilizó que la enfermera me toque el hombro y me pida mi teléfono, vi que lo anotó en el registro de mi esposo, eso me calmo mucho para ir a mi casa y sólo esperar... (E3, p4, 66-71).

Lo que los familiares esperan que la enfermera le hable a su familiar sedado cuando le está realizando un procedimiento .Las palabras que les gusta escuchar son: Entiendo, como te sientes, ten tranquilidad aquí lo estamos cuidando, estamos haciendo todo lo posible para que se recupere, esta inestable pero controlado con medicinas y maquinas. Les da mucha seguridad que les pida su número telefónico y que lo anoten en la hoja de monitoreo .No exigen que los identifiquen con sus nombres, porque reconocen la ardua labor. Comparando con los resultados de la tesis que fue un indicador para la determinación de la satisfacción, es hallazgo distinto pero lo que si les importa y les preocupa es que no hablen a su familiar en estado crítico cuando le están haciendo un procedimiento.

4.3.3.La comunicación escrita entre la enfermera –familiar del paciente crítico.

Oliveira (2006) refirió: “La comunicación escrita este tipo de comunicación se ha desarrollado gracias al impacto de las tecnologías y de la ciencia. Estos procesos de desarrollo se dividen en tres etapas: Los pictogramas como las formas más primitivas de escritura humana; el desarrollo de alfabetos en diferentes lenguas escritos sobre soportes físicos como la piedra, la cera, la arcilla, el papiro y, finalmente, el papel; y por último la información transmitida a través de medios electrónicos”. (Oliveira, 2006, p. 2, párr4).

En cuanto a los materiales no tuve ninguna duda porque me dieron una lista muy práctica, pero me dio la vigilante y fue ella quien me explico sobre el pase... (E4, p.3, 34-36).

Realiza el lavado de manos de forma correcta pero mirando el cartel informativo.... (E7, P.4, 53-54)

Sugieren que cuando se den charlas les den dípticos, volantes o trípticos, o que coloquen carteles con información que les ayudara a colaborar durante este

proceso , temas como medidas de bioseguridad, generalidades de la UCI, tramite para pase, importancia de la visita restringida en tiempo y en número de personas, además de mencionar dispositivos que tendrán sus familiares. Mencionan que los carteles de lavados de manos y la lista de útiles son muy prácticos.

V. Conclusiones

A las conclusiones que se llegaron en esta investigación fueron:

1.-En cuanto al proceso de la comunicación de 8 familiares el 100% de los familiares entrevistados esperan que el primer profesional que debe salir a informar sobre el estado de su paciente es la enfermera, reconocen su labor asistencial, la ven como un ángel, que les mantendrá comunicados de todo lo que le suceda a su familiar, porque son conscientes que es el profesional que esta las 24horas con su paciente. Sin embargo cuando ven que está una enfermera que no tiene actitud de comunicarse con ellos se sienten temerosos, angustiados.

2.-En cuanto a la función Informativa los familiares consideran que lo más importante que debe informar la enfermera en primera instancia es el estado y con qué accesorios lo verán al ingresar a ver a su familiar inestable, y que esta actividad debe ser lo más pronto posible porque su angustia y sufrimiento aumenta mientras pasa el tiempo en la espera.

3.-En cuanto a su función educadora recalcan que se debe enfatizar lo relacionado a medidas de bioseguridad. Sugieren creación estrategias educativas rápidas y entendibles durante la hora de visita, como creación de videos, entrega de volantes, dípticos, trípticos, y la acción de pegar carteles como el de lavado de manos o copias como la lista de útiles de aseo.

4.Con respecto a la función afectiva valorativa: Refieren que son en 4 (50%)su mayoría las enfermeras que se acercan a informarte de su paciente durante la visita; mostrando una actitud de empatía, seguridad, protección, de respeto , practica y educada, un 2(25 %) intenta pero por la carga laboral lo realiza en tiempos cortos y lenguaje no muy claro y aun así sienten que se identifican con ellos 1(12.5%) el otro 1(12.5 %), se queda preocupado y el 2 (20%) es un grupo menor pero que sin embargo son observados por los familiares, les llama la atención que no las ven ocupadas ,las ven sentadas y no tienen la actitud de acercárseles ,ni mucho menos responder a sus dudas, hacen facies de molestias y son serias y cuando preguntan algo su respuesta es “No es mi paciente”.

5.-Respecto a la función reguladora: De Los ocho familiares (80%), han logrado expresar sus emociones pero sólo con aquellas enfermeras que les comunicaron acerca de su paciente el mismo día o al día siguiente, ellos sienten que ese

momento no lo olvidaran porque es cuando más necesitaban de un apoyo, así se sienten agradecidos, afortunados, las bendicen, reconocen que no todas las personas tienen ese don. Sin embargo cuando ven a las otras enfermeras “frías” solo les queda resignarse.

6.-En cuanto al tipo de comunicación que se da es en su mayoría de forma verbal 70 %, un 30% solo comunicación no verbal, un 70 % comunicación verbal acompañado de comunicación no verbal es esta comunicación a la que consideran la que les hace sentir que el personal de enfermería los entienden, se identifican con el personal y los buscan .En cuanto la comunicación escrita un 20%, pero lo resaltan en la función educativa como muy importante en la fijación de conceptos que son muy importantes en todo el proceso desde el inicio hasta el final.

7.-En la comunicación verbal resaltan el tono de voz, un lenguaje claro, las explicaciones claras, palabras bien articuladas, que los tiempos no sean tan cortos, que no estén en tanto movimiento. Resaltan también que para ellos es importante que las enfermeras hablen a su paciente mientras le realizan un procedimiento.

8.En la comunicación no verbal resaltan la mirada a los ojos, mirada fija, mirada tierna, mirada maternal, sonrisa, el realizar un movimiento de levantamiento de mirada cuando saludan, el coger las manos, coger los hombros, el abrazo. Les da mucha confianza cuando ven que la enfermera le coge las manos a su familiar aunque estén con guantes.

9.-En la comunicación escrita: Creen que es de bastante utilidad que les den listas de los útiles de aseo que necesita su paciente, las láminas del lavado de manos y sugieren que se les entregue copias, volantes, dípticos, trípticos o que dejen en las paredes o en un lugar visible: laminas, papelógrafos de temas de importancia como son Bioseguridad, generalidades de la UCI, horarios, Tramites de pase.

10.-En cuanto a las necesidades de los familiares de los pacientes se encuentran:

Que la enfermera se acerque al familiar porque la mayoría tiene temor de la muerte y de cometer alguna imprudencia.

Que se den charlas educativas acerca de temas ya mencionados.

VI. Recomendaciones

- Primera.- Los temas y sus correspondientes grupos temáticos identificados en este estudio podrían ser considerados en investigaciones futuras como elementos de un constructo que permita evaluar en términos cuantitativos la comunicación que brinda la enfermera a los familiares de pacientes críticos en UCI de otras instituciones y compararlas.
- Segunda.- Los elementos identificados en la presente investigación sobre la comunicación que brinda la enfermera pueden ser considerados dentro del diagnóstico situacional de la comunicación que brinda la enfermera en la UCI a fin de identificar fortalezas y debilidades que permitan la mejora en la atención del usuario en estas áreas.

VII. Referencias Bibliográficas

- Alvarado, A. (2011) Calidad de las Relaciones Interpersonales Enfermera – Usuario según la Teoría de travelbee, Pabellón A del Hospital Militar Central 2007(Tesis de post grado Magister).UNMSM. Lima .Perú. PP. (38-48).
- Blas, (2013) Nivel de Satisfacción de los Familiares de Pacientes Críticos acerca de la Comunicación Brindada por la Enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital san Juan de Lurigancho 2010.(tesis de posgrado) UNMSM .Lima Perú. Pp (34-49).
- Campos, G. (2014) Efecto de la Consejería de Enfermería en la Disminución de la Ansiedad en el Paciente Pre Quirúrgico del Servicio de Cirugía del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas 2013(tesis de Post Grado). UNMSM. Lima. Perú. PP. (33-41).
- Grados, B. (2014) Características de la Comunicación Enfermero Paciente Post Quirúrgico medido, Servicio de Cirugía Hospital Nacional Dos de Mayo 2013.(tesis depre Grado).UNMSM. Lima. Peru. PP. (35-41).
- Martinez, k. (2014) Percepción del Familiar del Paciente Crítico sobre la Atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de Medicina en un hospital Nacional de Lima. UNMSM: Lima.,Peru. PP (42-56).
- Montes, S. (2012) Intervención de Enfermería Ante la Crisis Situacional Percibida por los Familiares con Pacientes Críticos según el Modelo de Jean Watson en una IPS III nivel de Cartagenas del Indias (Tesis de Pregrado). Colombia .Corporación Universitaria Rafael Núñez.
- Alba, A. (2012). La comunicación enfermera - paciente en la atención hospitalaria. Enfermería Neurológica, 60 - 75.
- Arce J., K. (2007). Guía para la investigación en determinación de necesidades de capacitación y formación profesional. Colombia: Editorial del I.N.A.
- Carrizales, D. (2015). Comunicación de la enfermera: componente clave de la satisfacción para el cuidado del adulto mayor hospitalizado con cáncer. Revista Médica Electrónica Portales Médicos., 24 36.
- De León, M. (2013). Comunicación en enfermería. Salud y Medicina., 22- 26.
- Díaz, M. (2011). Comunicación enfermera - paciente : reflexión sobre la relación de ayuda. Revista Española de Comunicación en Salud., 87 - 99.
- Gómez Urquiza, J. L. (2013). La importancia de la comunicación entre enfermería

- y el paciente oncológico terminal. OEBE: Oserbatorio de Enfermería Basada en la Evidencia., 824-840.
- Grados, B. (2014). Característica de la Comunicación enfermeras - pacientes postquirúrgico mediato:servicio de cirugía. Lima: Editorial San Marcos.
- Landate Belda, L. (2012). La comunicación, pieza clave en enfermería. DIALMET: Enfermería Dermatológica., 16-19.
- León Románi, C. A. (2006). Enfermería ciencia y arte del cuidado. Revista Cubana de Enfermería., 50-54.
- López, E. (2002). La comunicación interpersonal en la relación enfermera - paciente. Revista Emfermers IMSS., 93 - 102.
- Ramírez, P. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Revista UNAM, 40-42.
- Tamayo, C. (2015). Técnicas e instrumentos de recolección de datos. Chimbote:Universidad Católica los Angeles .
- Merlino, A. & Arroyo, M. (2009). La entrevista en profundidad como técnica de producción discursiva. En A. Merlino (Eds). Investigación cualitativa en ciencias sociales. (pp. 111-130). Buenos Aires: Argentina: Cengage Learning. Recuperado de <http://www.ebooks7-24.com/onlinepdfjs/view.aspx>
- Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Sánchez, I. (2016). El diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad en salud. MEDISAN, 20(4), 546 -555.
- Martín, E., Sarmiento, P. & Ramírez, A. (2014). Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo. Revista Calidad Asistencial, 29(3), 135-142.

Anexos

ANEXO A

Guía de entrevista en profundidad para los cuatro estamentos

I.- Datos informativos:

Lugar:.....

Fecha:..... Hora de inicio:..... Hora de Término:.....

Tipo de usuario:.....Cód. Identificación:.....

II.- **Pregunta orientadora:** Para Ud. *¿Cómo percibe Ud. ¿La comunicación que brinda la enfermera intensivista?*

III-Guía de preguntas de acuerdo a cada estamento:

Categoría	Subcategoría	Familiares de pacientes críticos	
Funciones	Informativa	Información	Educativa
		Que es lo más importante que debe informar	Lo más importante que debe educarle
		Le informan sobre UCI	Sobre Bioseguridad
		Le informa sus funciones	Correcto lavado de manos
		Le informa que hacer durante su visita	Sobre qué hacer durante su visita
		Le informa sobre trámites administrativos, permisos, visitas	Le informa sobre trámites administrativos, permisos, visitas
	Afectiva	Le informa sobre los cuidados en la UCI	El uso del gel antibacteriano
		Durante la comunicación con la enfermera y Ud. Como califica la actitud que muestra la enfermera cuando ella le informa acerca de su familiar.	Durante la comunicación con la enfermera y Ud. Como califica la actitud que muestra la enfermera cuando ella le informa acerca de su familiar

	Reguladora	Ud. Ha logrado expresar todo lo que siente y desea a la enfermera	Considera que las indicaciones que le dio la enfermera debe aceptarlas y/o realizarlas porque es lo mejor para su familiar
Tipos	Verbal	Cuando se comunica con Ud. como es el tono de voz	Las palabras son claras o difíciles
	No Verbal	Cuando se comunica con Ud. Lo mira a los ojos Le sonrío.	Mantiene la posición de atención, le coge la mano, la abraza.

ANEXO B
Instrumento

Sr. Sra. Srta., le saludo cordialmente soy la Srta. Magali Espinoza Herrera, Enfermera Asistencial estoy realizando un estudio en coordinación con el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins sobre “las funciones de la comunicación, desde la perspectiva de los familiares, que brinda la enfermera a los pacientes críticos durante el proceso de hospitalización a la UCI” con el fin de obtener información sobre lo requerido, espero sus respuestas sinceras y veraces, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial, agradezco por anticipado su colaboración.

INSTRUCCIONES:

Marque con una (X) la alternativa que Ud. considera correcto.

DATOS GENERALES:

PARENTESCO FAMILIAR CON EL PACIENTE CRÍTICO:

Padre ()

Madre ()

Hermano ()

Hijo ()

Otro ()

Especificar _____

GENERALIDADES DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO:

SEXO: F () M ()

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Primaria () Secundaria () Superior () Otro ()

ENTREVISTA

Función informativa

Información

1. ¿Qué cree Ud. que es lo más importante que le debe informar la enfermera?
 - 1.1 ¿Sabe Ud. qué es una UCI?
 - 1.2 ¿Cuál es el horario de visita?
 - 1.3 ¿Identifica al personal de enfermería cuando atiende a su paciente?
 - 1.4 ¿Sabe cuáles son las funciones de la enfermera?
 - 1.5 ¿La enfermera le explica el procedimiento que se le realizan a su familiar?
 - 1.6 ¿Conoce el trámite a realizar para obtener el pase para la UCI?
 - 1.7 ¿Sabe cuáles son los útiles de aseo personal que debe traer para su familiar?

Educación

2. ¿Qué cree Ud. que es lo más importante que le debe educar la enfermera?
 - 2.1 ¿Sabe Ud. qué es bioseguridad?
 - 2.2 ¿Conoce Ud. por qué es importante el lavado de manos?
 - 2.3 Explíqueme Ud. el correcto lavado de manos.
 - 2.4 ¿Sabe para que se usa el gel antibacterial para manos?
 - 2.5 ¿Sabe que debe hacer cuando está en la visita a su familiar?
 - 2.6 ¿La enfermera le explica sobre los procedimientos que se realizan a su familiar durante su visita?
3. Cree Ud. que algún procedimiento que realiza la enfermera no ayudad a su familiar en su recuperación.

FUNCION AFECTIVA VALORATIVA

4. Durante la comunicación entre la enfermera y Ud. como califica la actitud que ella muestra cuando ella le informa acerca de su familiar.

5. Durante la comunicación entre la enfermera y Ud. como califica la actitud que ella muestra cuando Ud. le pregunta acerca de su familiar.

FUNCION REGULADORA

6. Ud. ha logrado expresar todo lo que siente y desea a la enfermera.

7. Considera que las indicaciones que le dio la enfermera debe aceptarlas y/o realizarlas porque son lo mejor para su familiar

Datos generales:

Nombre, edad, parentesco, estado civil, domicilio, dx del paciente, días de hospitalización

Alba, A. (2012). La comunicación enfermera - paciente en la atención hospitalaria. *Enfermería Neurológica*, 60 - 75.

Arce J., K. (2007). Guía para la investigación en determinación de necesidades de capacitación y formación profesional. Colombia: Editorial del I.N.A.

Carrizales, D. (2015). Comunicación de la enfermera: componente clave de la satisfacción para el cuidado del adulto mayor hospitalizado con cáncer. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos.*, 24 36.

De León, M. (2013). Comunicación en enfermería. *Salud y Medicina.*, 22- 26.

Díaz, M. (2011). Comunicación enfermera - paciente : reflexión sobre la relación de ayuda. *Revista Española de Comunicación en Salud.*, 87 - 99.

Gómez Urquiza, J. L. (2013). La importancia de la comunicación entre enfermería y el paciente oncológico terminal. *OEBE: Oserbatorio de Enfermería Basada en la Evidencia.*, 824-840.

Grados, B. (2014). Característica de la Comunicación enfermeras - pacientes postquirúrgico mediato:servicio de cirugía. Lima: Editorial San Marcos.

Landate Belda, L. (2012). La comunicación, pieza clave en enfermería. *DIALMET: Enfermería Dermatológica.*, 16-19.

León Románi, C. A. (2006). Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería.*, 50-54.

López, E. (2002). La comunicación interpersonal en la relación enfermera - paciente. *Revista Emfermers IMSS.*, 93 - 102.

Ramirez, P. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Revista UNAM*, 40-42.

Tamayo, C. (2015). Técnicas e instrumentos de recolección de datos. *Chimbote:Universidad Católica los Angeles* .

Merlino, A. & Arroyo, M. (2009). *La entrevista en profundidad como técnica de*

producción discursiva. En A. Merlino (Eds). Investigación cualitativa en ciencias sociales. (pp. 111-130). Buenos Aires: Argentina: Cengage Learning. Recuperado de <http://www.ebooks7-24.com/onlinepdfjs/view.aspx>

http://www.geocities.com/espiritualidad_agape/psicologia_existencial.htm

Consultado Julio 13, 2009.

<http://www.inspirulina.com/definiendo-la-comunicacion-efectiva.html> Ruiz, J (2012).

Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao, España: Universidad de Deusto.

Sánchez, I. (2016). El diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad en salud. *MEDISAN*, 20(4), 546 -555.

Martín, E., Sarmiento, P. & Ramírez, A. (2014). Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo. *Revista Calidad Asistencial*, 29(3), 135-142.

ANEXO C
Consentimiento Informado

Investigación: **“Comunicación que brinda la enfermera durante la hospitalización: Perspectiva de los familiares del paciente crítico - 2016”**

Investigadora: Lic. Magali Sujeli Espinoza Herrera..

Yo,.....Identificado(a) con documento de identidad (DNI)....., abajo firmante, declaro aceptar mi participación en la investigación cualitativa: **“Comunicación que brinda la enfermera durante la hospitalización: Perspectiva de los familiares del paciente crítico - 2016”**, para lo cual he sido informado(a) de:

1.- La investigación tiene como propósito Determinar el proceso de la comunicación enfermera familiar de paciente crítico. El conocimiento que de esta investigación se derive será de utilidad para mejorar la comunicación enfermera familiar en el servicio de UCII 7 B.

2.-Mi participación consiste en conceder una entrevista con grabación de audio, a fin de que se pueda captar toda mi narrativa, donde se me preguntará diversos aspectos del proceso de la comunicación, reconociendo que no hay respuesta buena ni mala, sino la sincera opinión que desde mi experiencia vivida pueda describir, cabiendo la posibilidad de entrevistas adicionales para aclarar o validar la información emitida en la misma. Adicionalmente tengo absoluta libertad de solicitar a la investigadora de que algunas narrativas, opiniones, comentarios durante la entrevista no sean grabadas.

3.-La investigadora garantiza la confidencialidad del contenido de la entrevista, pues mi nombre se mantendrá en absoluta reserva, siendo de único conocimiento de ella y su asesor. Para ello, la información será procesada a través de un código, el cual se usará para el análisis, presentación de resultados, publicaciones, etcétera, de manera que mi nombre permanecerá en total privacidad, teniendo libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en la investigación, sin que esto represente algún perjuicio o gasto.

4.-Esta investigación no presenta ningún tipo de riesgo hacia mi persona.

5.- De tener dudas sobre mi participación la puedo aclarar con la investigadora.

Por consiguiente, después de las aclaraciones convenientemente realizadas, consiento participar en la presente investigación.

Lince, de noviembre del 2016

Firma del participante

Magali Espinoza

ANEXO E

Base de datos:

N°	Enunciado Significante	Entrevistado	Página	Líneas
1	Al personal lo identifíco porque se presentan con nombre y profesión, pero si no lo hacen yo no podrá identificarlas porque casi todos están con diferentes colores, la enfermera no está de turquesa como en otros lugares del hospital y casi siempre están con mascarilla y gorro.	E1	2	11-16
2	Yo tenía miedo acercarme a preguntar, todo es nuevo y difícil de comprender, el lugar está lleno de máquinas y no sabía que hacer la enfermera se me acerco, y sin que yo le diga nada me empezó a explicar, desde los cuidados para no contagiar de nada a mi paciente y tampoco yo me lleve alguna bacteria, claro la veía un poco intranquila algunas veces pero se ve que no paran siempre están en movimiento, pero con la disposición de ayudar.	E1	5	85-95
3	Los horarios de visita son de 2:00 a 4:00 pm. y de 4:00 a 5:00 pm. el informe médico, el horario y el tiempo está bien.	E2	2	16-18
4	Yo al inicio no sabía qué hacer durante la visita, la miraba y me daba miedo que con un movimiento mío le podía pasar algo, pero ya al siguiente día una enfermera me explico que debo hablarle con cariño, y que no tenga miedo.	E2	2	38-41
5	Debería explicarnos la enfermera desde un inicio como veremos a nuestro familiar para no sentir tanto miedo, yo no me quejaría de la atención	E2	3	45-49

	porque ustedes son nuestra esperanza en esta circunstancia tan fea que nos ha tocado vivir a mí y a mi esposo.			
6	Lo que les falta a las enfermeras que no les tengo confianza es responder con educación, se molestan cuando les pregunto algo, cuando ellas están no pregunto nada.	E2	4	70-73
7	La UCI, es un lugar donde los pacientes que ingresan están muy mal, están entre la vida y la muerte, las personas que trabajan allí son muchas, de varias profesiones y todos trabajan en equipo, creo que el personal que trabaja allí está muy capacitado y hacen lo mejor de ellos para salvar a los pacientes, pero como los pacientes están sedados temo que ellos piensen que no sienten nada, porque el personal es rotativo nunca están los mismos, y no todos son iguales en cuanto a la actitud.	E3	2	4-13
8	Me permitieron ingresar a verlo unos minutos cuando mi familiar, mi esposo entró a la UCI pero no me explicaron nada antes y cuando lo vi con tantos drenes y tubos y dormido, me impresionó mucho, sufrí.	E3	2	16-19
9	Al inicio no me educaron, me parecía raro ponerme tantas cosas, mandil, guantes para coger a mi familiar, tuve una idea de que era para prevenir contagiarlo de algo, pero ya después pasaron los días y de enfermera en enfermera aprendes algo diferente, cada una te dice algo nuevo e iba entendiendo todo, fue muy difícil todo al inicio.	E3	2	23-27

10	Pienso que deben explicar que cuando lo mueven tienen cuidados, por ejemplo yo al ver que lo mueven o lo trasladan a un examen tengo miedo que se salgan los tubos o drenes ,la ansiedad que tenemos como familiares disminuiría mucho si se nos explicara antes ,ya después quizá lo hemos aprendido o comprendido pero porque estamos aquí.	E3	3	48-54
11	Realmente yo siento que no puedo preguntar a nadie me da miedo preguntar, hasta que me sonrían y se me acercan ,allí les pregunto, porque hay algunas enfermeras que responden molestas, serias que no es su paciente, yo comprendo pero si tan solo sonrieran o la voz sería más suave quizá no me sentiría tan mal.	E3	4	55-60
12	Ya de por sí la estoy pasando muy mal, siempre con el temor que pueda pasar cualquier mal desenlace, hasta el momento solo tres enfermeras se me han acercado y son muy cortantes y eso hace que no les tenga confianza.	E3	4	61-65
13	Recuerdo que si bien es cierto no me explicaron de cómo iba a estar mi familiar cuando lo viera por primera vez, si me tranquilizó que la enfermera me toque el hombro y me pida mi teléfono ,vi que lo anotó en el registro de mi esposo ,eso me calmo mucho para ir a mi casa y sólo esperar	E3	4	66-71
14	He observado que no le hablan al paciente cuando está dormido y eso me asusta porque yo sé que ellos sienten, deberían explicarle todo lo que le realizan a pesar que está dormido y yo no	E3	4	72-76

	sé si está bien que solo le hable y le diga que lo quiero.			
15	Pienso que la atención es muy buena en cuanto a su manejo de enfermedades, pero la parte humana también es muy importante y no todas lo desarrollan.	E3	4	81-83
16	Yo quería que mi paciente entre a la UCI yo estaba muy preocupada porque en emergencia mi hijo estaba empeorando el saber que iba a ir a la UCI, me tranquilicé	E4	2	4-7
17	Al inicio si me explicaron los procedimientos a realizar a mi paciente y eso me dio mucha tranquilidad, aunque como yo ya lo había visto en la emergencia no fue tan sorpresivo, pero cuando le pusieron un tubo y lo durmieron antes de entrar la enfermera me informo y me explico el porqué, lo vi me dio mucha pena pero sé que es para su bien.	E4	2	14-20
18	Ayer una de las doctoras me explico que mi hijo tiene una gran herida en su nalga y me lo mostro cuando lo vi, sentí que me iba a desmayar, creo que para enseñarnos esto deben prepararnos más o quizá fueron muchas cosas a la vez estoy muy sensible y ya no lo estoy aceptando, me da mucha pena ver a mi hijo así... (Familiar llora).	E4	2	21-27
19	En cuanto a los materiales no tuve ninguna duda porque me dieron una lista muy práctica, pero me dio la vigilante y fue ella quien me explico sobre el pase.	E4	3	34-36
20	En estos días las personas que han atendido a mi hijo me dan tranquilidad, porque se me acercan,	E4	4	59-64

	sonríen, me tocaron el hombro y me explicaron casi todo con una voz suave, ojala que todas sean así porque veo que cambian, y uno no sabe con quién te encontraras.			
21	Aunque observo que las enfermeras tienen mucha carga laboral, son varios pacientes en estado muy delicado para una sola, bueno quizá yo lo veo así, las veo caminando todo el tiempo y preocupadas.	E4	4	71-74
22	Al personal lo identifiqué porque se presentan con nombre y mencionan de qué profesión son, pero si no lo hacen yo no puedo porque casi todos están con diferentes colores, la enfermera no está de turquesa como en otros lugares del hospital, y casi siempre el personal está con mandilón y con mascarilla.	E5	1	13-18
23	Es muy importante que alguien se nos acerque cuando recién este nuestro paciente ingresando y nos dé una información pequeña pero general, eso nos ayudaría a comprender más todo, yo pienso que es la enfermera quien debe realizarlo porque todos sabemos que la enfermera está todo el tiempo con nuestro paciente.	E5	3	27-33
24	Cuando llega la enfermera y te dice cómo está tu paciente y luego te explica lo que verás, esa acción de ella me dio mucha tranquilidad pienso que jamás olvidaré los ojos y el tono de voz de la enfermera, me hizo entrar y mientras me ponía el mandil, me explicaba y me daba tranquilidad con sus palabras.	E5	3	36-41
25	Sentí mucha tranquilidad cuando me dijo	E5	3	45-49

	mirándome a los ojos y cogiendo mi mano, aquí la cuidaremos mucho, confía en nosotros, pronto esto pasará, ella es joven y saldrá de esto, jamás olvidaré esas palabras.			
26	Pienso que la enfermera debe informar antes que entremos a ver al paciente porque a mí me ayudo bastante esa actitud que tuvo esa enfermera, no me asuste tanto, es una sensación muy fea el entrar y ver a una hija en una condición que nunca la hemos imaginado, es difícil comprender, ´porque tantas máquinas, porque esta dormiré, a veces pienso que ya no despertará y me pongo muy triste.	E5	5	78-85
27	Cuando hablan, lo que dicen es con un tono es delicado, es claro y su mirada, su sonrisa son de predisposición a ayudar de las 15 que he conocido 3 a 5 son totalmente opuestas, no hablan, no miran, no saludan, si preguntas algo es como si las fastidiaras o te responden no es mi paciente, y más bien veo que están sentadas si hacer nada.	E5	6	102-105
28	Al inicio no me educaron sobre bioseguridad, me parecía raro ponerme tantas cosas, mascarilla, mandil, guantes para coger a mi paciente, tengo una idea de que es para no contagiarla de algo que puedo traer de la calle, pero pasan los días y dos enfermeras me han explicado mejor las cosas, algunas se te acercan, sonrín y te explican, otras son serias cuando te miran que no me atrevo a preguntar.	E6	2-3	22-29
29	Pienso que deberían educarnos sobre la	E6	3	30-35

	<p>importancia de la colocación de mascarillas, mandiles y guantes, y hablar sobre este lugar la UCI, ya que todo es diferente a comparación a otros servicios. Ésta capacitación debe darse mientras esperamos la visita en 15 minutos sería suficiente.</p>			
30	<p>Pienso que la atención es muy buena en cuanto a su manejo de enfermedades, realmente en la UCI no cualquiera puede estar trabajando, hay tantas máquinas y los pacientes están muy delicados, pero la parte humana es muy importante, el que nos informen y comuniquen nos da tranquilidad y confianza.</p>	E6	4	56-62
31	<p>Todo lo que me explican y me piden que haga lo hago, pero solo lo que me piden las enfermeras que me inspiraron confianza, en las serias no confío en lo que dicen.</p>	E6	4	63-66
32	<p>Durante la visita una enfermera me explicó como ayudo a mi esposa en la visita y es hablándole de la casa y diciéndole lo mucho que la amo, también que saldrá de esto y que pronto estaremos en casa, antes que me explique la enfermera tenía miedo acercarme, pensaba que tal vez haría algo que podía empeorarla o se saldrán esos tubos.</p>	E6	4	67-73
33	<p>Es importante que las enfermeras saluden y sonrían y que antes que les preguntemos ellas se acerquen, no es fácil pasar por estos momentos, estar en un lugar diferente, ellas son como nuestros ángeles que están todo el tiempo con mi familiar.</p>	E6	4	74-77

34	Lo que me pareció importante y me dio confianza en la enfermera es que te mira como si supiera que necesitas, y cuando te habla te mira a los ojos, también que le habla a tu paciente cuando hace sus procedimientos, eso me da mucha tranquilidad.	E6	4	78-82
35	Las funciones de la enfermera, es estar junto al paciente y si algo anda mal avisar al doctor, cumplir las indicaciones médicas y dar apoyo a los pacientes y familiares.	E7	2	15-18
36	La enfermera si explica los procedimientos que realiza a mi mami, bueno la de hoy porque ayer la enfermera fue seria y no respondió a mis preguntas.	E7	2	19-21
37	Realiza el lavado de manos de forma correcta pero mirando el cartel informativo.	E7	4	53-54
38	He logrado expresar todo lo que siento solo con las que me he sido escuchada y son amables, con las serias e insensibles.	E7	4	82-84
39	Ahora no puedo decir esto de todas, pero con las pocas enfermeras que me trataron bien, pienso que puedo ahora comprender a las otras enfermeras un poco. Creo que la buena actitud es un don, es educación, es querer lo que hacen.	E7	4	85-89
40	Yo cumplo con las indicaciones y recomendaciones de las enfermeras amables porque sé que es bueno para mi familiar aunque con las enfermeras que no dan buen trato tengo dudas.	E7	4	98-101
41	Lo más importante que deben informarme al inicio es el estado de mi mami, si está viva, yo	E8	2	1-6

pensaba que se iba a morir en cualquier momento, cuando la enfermera salió y me dijo que esta delicada pero está controlada por medicinas y maquinas, me tranquilizó mucho.
