



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN ENFERMERÍA
CIENCIAS DE LA SALUD

**LA RELACIÓN ENFERMERA-FAMILIA EN UNA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS DE GINECO-OBSTETRICIA**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE: MAESTRO EN ENFERMERÍA
PRESENTA:**

E.E.A.E.C. Vicente Andrés Vergara Medina

Tutora: Dra. Liliana González Juárez, FENO.
Co- tutora: Mtra. Zoila León Moreno, FENO.

Ciudad Universitaria,CD.MX, Mayo 17 de 2025



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

<i>Introducción</i>	<i>3</i>
<i>Capítulo 1 Descripción del fenómeno</i>	<i>7</i>
1.1 Problematización.....	7
1.3 Propósito de la investigación	15
1.4 Pregunta de investigación	15
1.5 Objetivo General.....	16
1.5.2 Objetivos específicos.....	16
<i>Capítulo 2. Revisión del estado del arte.....</i>	<i>17</i>
<i>Capítulo 3. Marco teórico</i>	<i>28</i>
<i>Capítulo 4. Marco conceptual</i>	<i>32</i>
<i>Capítulo 5. Metodología.....</i>	<i>35</i>
5.1 Diseño metodológico.....	35
5.2 Población de estudio	36
5.3 Muestra.....	36
5.4 Técnicas de recogida de información	38
5.5 Análisis de los datos.....	39
5.6 Consideraciones éticas del estudio	39
5.6.1 Descripción de los informantes	41
5.6.2 Entrevista a profundidad.....	44
5.6.4 Observación no participante.....	44
5.6.5 Notas de campo.....	45
5.7 Criterios de rigor	45
<i>Capítulo 7. Discusión.....</i>	<i>54</i>
<i>Capítulo 8. Conclusiones</i>	<i>59</i>
<i>Anexos</i>	<i>62</i>
Dictamen de aprobación por el comité de ética	70
Consentimiento informado para los familiares	71
Consentimiento informado para profesionales de salud	73
<i>Referencias bibliográficas</i>	<i>62</i>

Introducción

El apoyo brindado por la enfermería se fundamentó en las relaciones que cultivaba en distintos ámbitos hospitalarios junto al paciente y sus seres queridos para salvaguardar el bienestar general. Este objetivo se alcanzaba mediante la prevención y la detección temprana de enfermedades, buscando resolver las afecciones mediante la rehabilitación y recuperación de la persona (1). Sin embargo, el cuidado no solo se limita al paciente hospitalizado, sino también la participación de los familiares que colaboran en el cuidado o quienes visitan a la persona hospitalizada, en algún área o servicio hospitalario, para este caso una unidad de terapia intensiva de Gineco-Obstetricia.

El objetivo de la estructura, organización y modelos de los hospitales, es ayudar a la sociedad a adaptarse a un área desconocida y desafiante que impacta su salud, aunado a brindar empleo a los profesionales del área de la salud. El avance de la tecnología brinda un entorno hospitalario seguro, y hasta cierto punto emocionalmente estable, dado que en ese entorno se otorgan los cuidados necesarios para el enfermo, y en contra parte, la cooperación y la orientación a la familia sobre el ambiente hospitalario es menospreciado en algunas situaciones.

La relación enfermera-paciente-familia podría ser conceptualizada como una interacción terapéutica entre “la enfermera, el sujeto de cuidado y su familia” (2), con el objetivo de proporcionar cuidado integral y mejorar el bienestar del paciente y la familia. Esta relación reconoce a la familia como núcleo de cuidado, por lo que el personal de enfermería se esfuerza por comprender y abordar las necesidades físicas, sociales, espirituales y emocionales tanto del sujeto de cuidado como de su familia.

El enfermero (ra) en su papel central de educador (a) ante una situación de cuidado, colabora con la familia para proporcionar información ante las dudas sobre el cuidado de su paciente, ofrecer apoyo emocional, acompañamiento y fomento a la participación de la familia en el proceso de atención, a fin de lograr la confianza del familiar y la pronta recuperación del sujeto de cuidado.

Es importante resaltar la conexión que hay en la relación enfermera-familia, debido a la cercanía que se suscita en la implementación de los cuidados, así mismo “se desarrolla una comprensión empática, que permite distinguir las necesidades, comunicar mensajes claramente y dar respuestas de ayuda centradas en lo humano” (3), lo que resulta relevante en espacios de atención crítica, donde es fundamental una atención o vigilancia permanente, que permitan potencializar el bienestar tanto de la persona como de su familia.

Es así que, consideramos que alcanzar la comprensión de la relación entre la enfermería y la familia es clave para identificar complicaciones en los cuidados donde participan los integrantes de la familia durante la hospitalización en áreas críticas. Por lo tanto; entender estos procesos impactará en una práctica de Enfermería que ponga énfasis en la relación enfermera - familia desarrollada en una situación de cuidado en la unidad de terapia intensiva de Gineco-Obstetricia.

Por consiguiente, el presente trabajo se desarrolló bajo el enfoque cualitativo, con aproximación a teoría fundamentada desde la perspectiva de Strauss y Corbin (4), con el objetivo de comprender la relación enfermera-familia en una Unidad de Cuidados Intensivos de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El primer capítulo de esta investigación incluye la descripción del problema en torno al vínculo entre la enfermera y los miembros de la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos de Gineco-Obstetricia, así como la relevancia del estudio, su propósito, la pregunta de investigación y los objetivos.

En el capítulo dos sobre el estado del arte se describe información con respecto a relación enfermera-familia dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos. Se incluyen estudios de corte nacional e internacional.

El capítulo tres, presenta el marco teórico, recalcando la dinámica del sistema interpersonal y las conexiones que se suscitan entre la enfermera y el paciente. También aborda la teoría intermedia de la consecución de objetivos, donde se canjea información y se asientan acuerdos para alcanzar los objetivos planteados en la teoría de Imogene King (5).

El capítulo cuatro, circunscribe el marco conceptual donde se centraliza las ideas rigurosas y conceptos estructurados, para el desarrollo de conocimientos, mediante un acercamiento a la teoría fundamentada en el marco de la investigación cualitativa, para la aproximación a una teoría de la relación enfermera (ro) familia en una unidad de terapia intensiva de Gineco-Obstetricia, que este apoyada en los discursos derivados de la narrativa.

El capítulo cinco, describe la metodología que se desarrolló bajo el enfoque cualitativo con una aproximación a “teoría fundamentada desde la perspectiva de Strauss y Corbin” (4), que se integra en proceso de categorías, subcategorías, propiedades y dimensiones para enfatizar que “el conocimiento de los fenómenos es un proceso que construye el individuo cuando interactúa con su entorno” (4).

En el capítulo seis, se encuentran los hallazgos que engloban cuatro categorías principales correspondientes con sus subcategorías en la relación enfermera-familia tales como: “Abordaje inicial de las normativas y la recepción del familiar en la UCIA”, “Accesibilidad del personal para incorporación a los cuidados”, “Construcción de la relación” y “La enfermera (ro) se humaniza mediante el diálogo con el familiar”.

En el capítulo siete se contrastan las cuatro categorías emergentes con la literatura de un proceso estructurado y fundamentado con el “diálogo de los profesionales de Enfermería y los familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos” (2).

Y para finalizar se encuentra la discusión que hace la propuesta de la teoría que se centra en la observación del fenómeno que hay en la relación enfermera-familia en la Unidad de Cuidados Intensivos de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social, para explicar la relación enfermera-familia que apoyan las necesidades en su salud familiar.

Capítulo 1 Descripción del fenómeno

1.1 Problematicación

Sin una conexión sólida entre “la enfermería y el paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA)” (6), el entendimiento completo del entorno y las necesidades de cuidado, las dinámicas familiares podrían ser complicadas. La comprensión de la cultura familiar por parte del personal de enfermería y por parte de otros miembros del equipo de salud es un aspecto desafiante. Además de esto, es importante explorar que la falta de una relación sólida entre la enfermera (ro) y la familia, podría llevar a una comunicación deficiente y resultar en una insuficiencia de información necesaria para que los integrantes de la familia brinden apoyo efectivo al paciente durante su estancia en la UCIA.

Es un hecho que, en el momento de la hospitalización y el otorgamiento de cuidados a una persona en un área crítica, también se da “el proceso de permanencia del familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)” (6), es así que, el personal de enfermería comúnmente promueve el diálogo. En este sentido, generar una conexión y fortalecer el vínculo entre la familia y la enfermera son actitudes esenciales de brindar acompañamiento y apoyo en el cuidado (6). En el momento de la admisión, los profesionales de enfermería pueden llevar a cabo un diálogo con la familia, para obtener información sobre la historia de salud, las preocupaciones, las expectativas y las dudas sobre todo el proceso de atención-admisión.

Cuando la enfermera no dedica apoyo afectivo, ni demuestra empatía, el paciente y sus parientes, pueden sentirse abandonados y vulnerables, lo que afecta su bienestar emocional y dificulta su proceso de adaptación y recuperación (7). Sin embargo, existen situaciones por parte del profesional de enfermería, en las que es necesario ampliar su comprensión, dentro de las más evidentes se refieren a la “falta de preparación para definir las necesidades de la familia y la organización de su propio trabajo” (6), dentro del servicio de UCI.

El enfoque en la reducción del estrés emocional relacionado a la enfermedad puede tener un impactante efecto positivo en la confianza de los pacientes durante su proceso de atención médica; esto podría resultar en una mayor adhesión al tratamiento propuesto, así como a las recomendaciones de cuidado por parte del paciente y sus familiares durante la estancia de su familiar en la UCI.

En este sentido, desde una perspectiva global de un estudio realizado en el 2021 en los países de Australia, Austria, Inglaterra, Hong Kong, Japón, Nueva Zelanda, Arabia Saudita, África, Suiza y Estados Unidos; fue un estudio multisitio, multicultural y multilingüe, encontró que aún con diversas culturas y sistemas de salud, “las enfermeras regulaban el acceso a los pacientes gravemente enfermos, tomaban el control del cuerpo físico y filtraban o restringían el acceso a más conocimientos” (7); otros autores como Jolanki y Tynkkynen (8) y Collyer (9), refieren opiniones similares.

Por otro lado, es relevante mencionar que los parientes que tienen seres queridos ingresados en la UCI señalaron ciertos inconvenientes como “actualizaciones inadecuadas sobre el progreso del paciente por parte del equipo de atención médica, sentirse excluidas de la toma de decisiones” (7). Lo antes mencionado se confirma en un estudio llevado a cabo en KwaZulu-Natal, África donde se hace referencia a que “Algunos familiares pueden notar que se encuentran aislados cuando el personal de salud no los toma en cuenta, a pesar de su disposición para participar en el cuidado de su ser querido.” (10).

La cooperación en la toma de decisiones resultará fundamental para garantizar que se consideren las preferencias y necesidades de la familia en el plan de atención de la salud. Por consiguiente, una relación efectiva entre el personal de enfermería y la familia es crucial para proporcionar un cuidado integral centrado en el paciente; es por ello que describir un modelo teórico de la colaboración comunicativa entre enfermeras familiares en la UCI podría incidir positivamente en los resultados de salud del familiar internado.

El factor adicional que influye en la conexión entre enfermeras y familias está relacionado al hecho de que los profesionales de la atención, siguen normas específicas tanto en el ingreso como durante la estancia en las unidades de cuidados intensivos hospitalarios. A lo antes mencionado la relación enfermera - familia tiene que ver con que el recurso humano (enfermeros y enfermeras especialistas) sea suficiente para la atención de los pacientes, ya que el sobre exceso de trabajo en la atención crítica, limita el tiempo dedicado a la comunicación con los familiares, así como el aclarar dudas del familiar respecto del cuidado de su paciente. Ampliar los horarios y colaboración de la familia en la UCI “puede repercutir en una buena evolución del proceso de la enfermedad” (11), (12), (13).

Y lo que no podemos pasar por alto, es lo que muestra un estudio que aborda la experiencia de los integrantes de la familia donde se menciona que muchas veces “el estrés y la crisis que desafían los familiares pueden superar su capacidad de afrontamiento, haciéndolos sentir indefensos y sin control, tanto sobre el estado de salud de su pariente como sobre sus propias vidas.” (10), situación que debe ser considerada por el personal de enfermería.

La Federación Mundial de Sociedades de Médicos de Cuidados Intensivos y Críticos (WFICC), presenta un estudio internacional que plantea que las cuestiones de idioma y cultura se consideraban problemática en la comunicación con las familias. Una percepción compartida sobre las barreras incluye “la cultura de la unidad, la resistencia del personal y la incertidumbre sobre los beneficios” (14).

Es así que un elemento a considerar que la falta de entendimiento por parte de los enfermeros y enfermeras, sobre el contexto cultural de los familiares puede dificultar la solicitud de su ayuda en el cuidado de un ser querido enfermo/a en el hospital. Es crucial tener en cuenta que los cuidadores tienen muy poca experiencia en el área hospitalaria y es común que desconozcan los protocolos y rutinas propias de la UCIA, lo cual requiere un proceso de educación constante.

Las labores de un profesional de la salud en la UCIA implican una formación continua y posiblemente dirigida hacia la adquisición de nuevas habilidades. Estas

competencias se obtienen de forma rigurosa y objetiva. Por ello, los momentos limitados de comunicación con los familiares al proporcionar información de manera breve y precisa sobre la evolución en el estado de salud del ser querido deben ser estimados. En muchos casos se asume que los familiares poseen un entendimiento desarrollado en conceptos médicos, y muchas veces el personal sanitario no se asegura de si el familiar ha comprendido el mensaje.

Algunos datos identificados en un estudio multicéntrico, dirigido a profesionales de la salud fue “Ofrecer atención que valore y respete tanto las necesidades del paciente como las de su familia, asegurando su comodidad y participación en el transcurso de cuidado.” (7), en este sentido es fundamental comprender como se da el proceso de comunicación enfermera- familia en el caso particular del área de la UCIA de Gineco-Obstetricia.

Por otro lado, también se encontró en este mismo estudio que las enfermeras reconocieron su papel en la consideración que tienen hacia las necesidades de los familiares” (7), durante su estancia en la UCI, sin embargo, reflexionamos que estas necesidades se vinculan en mayor medida hacia como participan en el cuidado de su allegado, así como conocer la normativa que prevalece en la UCI, que muchas veces limita “la intervención del familiar en el cuidado, que brinda hacia su paciente” (7). Así mismo, se destaca que otras limitantes corresponden a las altas proporciones de pacientes por enfermera, el diseño deficiente de la UCI, la falta de modelos a seguir para la atención familiar y la falta de políticas como los principales obstáculos entre otros factores (7).

En relación con la experiencia del familiar algunos estudios describen algunas situaciones respecto con “la admisión hacia la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)” (10) a menudo es inesperado, entrar a un entorno desconocido causa sentimientos de estrés, agotamiento y confusión en sus familiares por encontrar la mejor solución para el enfermo. Factores como la incertidumbre, la inclusión (admisión) al hospital, la comunicación inadecuada y un entorno desconocido contribuyen aún más a las preocupaciones familiares (10), (11).

En general “las necesidades más frecuentemente identificadas entre los familiares que permanecen en la UCI están relacionadas con la información y la confianza” (15). Las demandas primordiales destacadas incluyeron la proximidad física y emocional de los seres queridos, la generación de expectativas positivas y la confianza mutua, “la disponibilidad de instalaciones adecuadas y la flexibilidad en los horarios de visita, entre otros aspectos; sin embargo, la necesidad más apremiante resultó ser la comunicación clara y oportuna” (13)- (15).

Por otro lado, respecto a los profesionales de la salud refieren que, frecuentemente se tiene la noción de que la presencia de los familiares obstaculiza la atención, genera estrés en el personal de salud y añade una carga extra de trabajo. Sin embargo, su participación puede ser clave para el bienestar del paciente y para una atención más integral y humana. (13). Es así que, consideramos que actualmente existen estudios que denotan la importancia de la presencia de los familiares en la recuperación de los sujetos de cuidado (12).

Sin embargo, también se reconoció la importancia de integrar al paciente y su familia en la implementación de los cuidados necesarios. Esto podría estar relacionado con el enfoque predominante en los avances tecnológicos, que no siempre consideraba las necesidades del paciente y dejaba a las familias fuera del alcance de la atención de las enfermeras (os).

En diversos centros de salud en México, las costumbres, políticas y el ambiente institucional pueden haber generado una marcada separación entre el personal de salud y las familias dentro del entorno hospitalario. La falta de reconocimiento sobre los beneficios que aporta la participación de los familiares en la atención del paciente podría haber llevado a que las enfermeras (os) los excluyeran de la dinámica organizativa.

En este sentido, actualmente existen estudios que plantean el beneficio de integrar a los familiares en el proceso de atención del paciente donde describen que “la asistencia de familiares y amigos puede reducir la frecuencia cardiaca en pacientes ingresados en una UCI por síndromes coronarios agudos” (12), junto con lo anterior

y “de acuerdo con sus observaciones y hallazgos también son consistentes con una reducción de la ansiedad” (12).

Para los profesionales de salud (enfermeras y enfermeros de la UCIA) se muestran favorables a la propuesta de conocer y tener diálogo con los familiares porque piensan que favorece a los pacientes para conocerlos un poco mejor (16), sin embargo, aunque el paciente está en el centro de la atención, las necesidades, intereses y creencias de todas las personas involucradas en su cuidado cooperan en el proceso. Estas interacciones pueden generar dinámicas de poder que impactan tanto en la calidad de la atención como en la experiencia del paciente y su familia (13).

Es un hecho que existe y se da la relación enfermera - familia en los servicios de atención es por ello que consideramos que son las enfermeras(os) y la familia el eslabón que puede mejorar las necesidades de los pacientes y ofrecer apoyo para el enfrentamiento de la enfermedad durante su estancia en la UCI, por lo tanto, estamos interesados en describir el proceso de la “relación enfermera-familia durante la estancia de sujeto de cuidado en la UCI” (17).

El apoyo brindado a los integrantes de la familia, junto con las prácticas de participación familiar, incluye la provisión de información, orientación sobre el cuidado y una comunicación frecuente. Esto se asemeja a una capacitación incidental, un tipo de aprendizaje abierto y flexible destinado a los familiares.

Además, las visitas extendidas han sido asociadas, según diversos artículos, con los beneficios de la presencia constante de los familiares en el entorno hospitalario “reducido el delirio y menor duración del delirio/coma y estancia en la UCI” (14), Permitir visitas en horarios más flexibles puede ayudar a disminuir la ansiedad y el delirio en los pacientes, además de dar tranquilidad y sobre todo satisfacción a sus familias. (14).

La intención de cuidar a un ser querido se basa en un sentimiento profundo de preocupación y empatía hacia aquellos que lo necesitan. Es una respuesta natural

a nuestros principios éticos y morales para proteger y velar por el bienestar no solo de las personas sino también de su entorno cercano.

La interacción con los familiares en la UCIA implica mantener una constante comunicación con ellos a través de reuniones periódicas durante su visita; fomentar una presencia familiar flexible que incluya su participación en los procedimientos médicos; además de involucrar a los familiares en el cuidado del paciente sigue siendo necesario realizar más investigaciones y éxitos compartidos en la traslación de la investigación a la práctica, para estandarizar la participación familiar en la UCI (14).

Dado lo mencionado anteriormente, creemos que es crucial explorar a fondo la vivencia de los seres queridos mientras sus familiares permanecen en la Unidad de Cuidados Intensivos de Gineco-obstetricia y reconocer los efectos potenciales en el procedimiento de atención proporcionado por el personal de enfermería.

Por lo tanto, conocer la experiencia de la relación entre enfermeras y familiares puede generar nuevas expectativas que mejoren la práctica de cuidado mediante un enfoque más humano; aumentando la confianza durante todo el proceso de atención desde el inicio hasta la recuperación. Es decir, profundizar en el conocimiento que se usa tanto directamente como indirectamente; teniendo un impacto en la influencia en el estado emocional de los familiares para que la interacción proporcionada por ellos sea beneficiosa permitiendo así una mejor comunicación de información.

1.2 Importancia del estudio

Las enfermeras tienen el reto de superar barreras en el área terapia Intensiva de Gineco- Obstetricia y deben identificar a la familia del paciente hospitalizado como su aliado, y en contraposición a esto se encuentran las normativas de la UCIA donde se destaca la falta de conciencia en que la relación entre ambos es completamente necesaria aunado a la necesidad de ampliar los tiempos de permanencia de la

familia dentro de la UCIA, ya que actualmente se cuenta con un tiempo limitado en la mayoría de las unidades de cuidado y no se puede lograr una comunicación efectiva con la familia, no es suficiente y el impacto de esto en la evolución o recuperación del paciente limita el transitar hacia un cuidado eficaz y la recuperación del sujeto de cuidado.

Por otro lado, obtener información en torno a la “atención centrada en la persona y su familia” (14), es una estrategia esencial en el tratamiento y recuperación de las pacientes del área de Gineco-obstetricia y que a su vez esto permitirá una mejor incorporación de la familia al involucrarse en el cuidado de su allegado y aprendizaje respecto de los cuidados realizados en la UCIA.

Una enfermera que se comunique de manera constante y cercana a la familia podrá comprender las emociones y necesidades involucradas en tener un ser querido hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos en Gineco-obstetricia (UCIA). Este estudio tiene la intención de comprender mejor a la paciente y su familia en distintos niveles (como los emocionales y sociales entre otros) que de forma indirecta influyen en la recuperación del sujeto de cuidado. Es así que entender que cuidar a un ser querido, puede tener impacto en la salud, afectar la armonía familiar y contribuir en una recuperación pronta del sujeto de cuidado.

En este sentido, la función de las enfermeras (os) como profesionales, “es clave para satisfacer las necesidades de los miembros de la familia” (13), y ofrecer apoyo para el enfrentamiento del familiar en la UCIA; conviene destacar, que una relación humana con la familia, busca socializar y resolver problemas durante la estancia hospitalaria de su paciente y con la ayuda terapéutica que brinda enfermería a la familia, lo cual contribuye a la aceptación del tratamiento y a mantener el compromiso profesional frente a la humanización del cuidado.

Ampliar la comprensión de la relación enfermera y familia brindará nuevas expectativas que mejoren el cuidado centrado en la persona y su familia, tanto de las situaciones institucionales, familiares y de los propios profesionales de enfermería.

1.3 Propósito de la investigación

Brindar elementos al profesional de enfermería para comprender la relación enfermera-familia durante la estancia de familiares/allegados en la UCI que redunden en una mejor interacción en el cuidado efectuado a las mujeres del área de ginecobstetricia

Asimismo, obtener información específica que permita en otro momento, mejorar los estándares de calidad en la atención y dado que el cuidado familiar no sigue un protocolo y varía según la seguridad y habilidades de cada enfermera (o) en sus experiencias de cuidado. Lo cual puede dar pauta hacia una atención humanizada centrada en la persona y su familia para mejorar la interacción en todo el proceso de hospitalización con los familiares y comprometerse de forma conjunta en la pronta recuperación del paciente.

1.4 Pregunta de investigación

¿Cómo son las experiencias de los familiares en su interacción con el personal de enfermería durante la estancia de sus allegados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Gineco Obstetricia del Hospital de Gineco Obstetricia Número 4 “Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social?

1.5 Objetivo General

Describir la relación de los familiares en su interacción con el personal de enfermería durante la estancia de sus allegados en la UCIA de Gineco-Obstetricia del Hospital de Gineco Obstetricia Número 4 “Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social.

1.5.2 Objetivos específicos

- Describir el proceso de la comunicación entre la enfermera (o) y el familiar durante la estancia de su familiar/allegado en la UCIA.
- Explicar las experiencias que vive la enfermera(o) en su interacción con los familiares o allegados de los pacientes asignados durante la atención en la UCIA.

Capítulo 2. Revisión del estado del arte

La estrategia de búsqueda de la literatura se realizó a través de la combinación de palabras clave, términos asociados, los Descriptores de Ciencias de la Salud “DeCS” Y Medical Subject Headings “MeSH” relacionadas con la pregunta de investigación para identificación de artículos. Se realizó una búsqueda de los términos en idioma inglés, portugués y español. Los términos utilizados fueron: Family, Family relations, Nurse's Role, Professional-Family Relations, Visitors to Patients, en los tres idiomas se tomaron artículos que correspondieran a estudios cualitativos, revisiones sistemáticas, mixtos y con aproximaciones en el paradigma teoría fundamentada con relación al tema principal de la investigación.

La revisión sistemática consistió en tres periodos diferentes, el primero tuvo lugar en el mes de octubre del 2021, segundo noviembre 2022 y tercero diciembre del 2022 y enero del 2023. Las bases de datos que fueron utilizadas fueron PubMed, Scielo, Elsevier, Medline y BVS y Google Académico.

Se encontraron 66 artículos en las distintas bases de datos, bajo el diseño fenomenológico, descriptivo, cualitativo, mixto y revisión sistemática, los cuales se analizaron a través de la lectura crítica y meticulosa y se descartaron aquellos que no tenían relación alguna con la pregunta de investigación y finalmente se seleccionaron 36 artículos.

Los temas que emergieron fueron: implicaciones de la relación enfermera – familia; los significados de la Unidad de Cuidados Intensivos para la Familia; y el proceso de la relación enfermera – familia.

Implicaciones de la relación - familiar - enfermera (ro)

La relación entre la enfermería y la familia debe tener como objetivo su bienestar. La relación debe permitir a la familia percibir las posibilidades de ayuda y apoyo en

enfermería. La enfermería debe ser accesible, perceptiva, disponible y preparada para atender las necesidades relatadas por los familiares, relacionadas con la experiencia de hospitalización en ambiente crítico. Se espera que la enfermería perciba a la familia como el centro del cuidado y no como un apéndice de su familiar enfermo (6). Cuando la enfermera está junto a la cama de los pacientes críticos, brinda consuelo a los familiares y les permite hacer preguntas para asegurarles que pueden repetir o aclarar cualquier cosa relacionada al proceso de salud y enfermedad.

El acceso constante a información les brindó una sensación de ser escuchados y llevó a los familiares hacia una comprensión más profunda de la situación de su ser querido. A pesar de que las enfermeras no siempre tenían la respuesta exactamente correcta, se esforzaban en buscar soluciones (15). “Son las enfermeras(os) que explican cómo y por qué eran necesarios los equipos, alarmas y medicamentos y qué significaba. Los familiares confían en los profesionales de la salud y la información continua y completa de enfermeras e intensivistas” (15).

“Las enfermeras establecen relaciones de modo intencional con los pacientes y su familia, para determinar conjuntamente objetivos y acordar medios para lograrlos, a partir de la valoración, por parte de la enfermera, de las preocupaciones y problemas de salud de los pacientes, su forma de percibir los problemas y el hecho de compartir información que permita la consecución objetivos”⁵.

La colaboración entre la enfermería, el paciente y sus seres queridos es fundamental en el ámbito de la atención médica, ya que se establece de forma deliberada para fomentar una comunicación eficiente y una participación activa por parte de todos en el proceso de toma de decisiones relacionado al cuidado del paciente. Esta interacción no solo se enfoca en evaluar los problemas de salud del paciente, sino también en comprender la percepción subjetiva que tanto él como su familia tienen sobre la enfermedad y el proceso de recuperación de su enfermedad.

La labor de la enfermera está encaminada en alcanzar objetivos a través de la comunicación y el fortalecimiento de relaciones, englobando desde el vínculo

personal e interpersonal hasta su impacto en el entorno social (5). La enfermería considera al paciente y evalúa la situación para tomar decisiones; por otro lado, el paciente interpreta su situación y toma decisiones que influyen en la respuesta global al tratamiento hacia el cumplimiento de objetivos o metas (5).

Significado de la Unidad de Cuidados Intensivos para la familia

“La Unidad de Cuidados Intensiva (UCI) representa, para muchos familiares, un lugar donde la pérdida de identidad, intimidad, autonomía, ciudadanía y, principalmente, la mayor de ellas, la pérdida de la vida, ocurren con mayor intensidad, constituyendo una fuerte agresión emocional” (16). La situación en el hospital se vuelve aún más difícil debido a la manera inesperada en que a menudo se manifiesta. Esto no deja tiempo para que los familiares se preparen emocionalmente y también por la separación obligatoria entre ellos impuesta por el servicio.

La estancia de un sujeto de cuidado en hospitalización y en una UCI, otorga relevancia al proceso de “comunicación entre el personal de enfermería – familia, el cual está determinado por necesidades físicas, materiales, emocionales y espirituales de la persona hospitalizada” (17), sobre las cuales los familiares solicitan al personal de enfermería a cargo, información de manera constante sobre la satisfacción de estas necesidades y la evolución de su paciente.

Sin embargo, “la comunicación como proceso social desarrollado en el entorno de la UCI está enmarcado por las vivencias, las creencias y los aspectos culturales de los participantes, y en especial por la cultura de las UCI” (18), donde en el pasado se limitaba la participación de los integrantes de la familia en el cuidado del paciente y actualmente existen estudios que demuestran el beneficio de la ampliación en la participación o permanencia de los integrantes de la familia, tanto en aspectos emocionales como de recuperación de la enfermedad (12).

Es importante distinguir que la admisión de un paciente a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) representa una prueba difícil para su familia, suscitando diversos problemas a nivel psicológico, emocional y social (19). “Uno de estos inconvenientes es el distinguido “síndrome de cuidados intensivos”, en donde los cuidadores pueden presentar preocupación, pánico, recuerdos intrusivos” (19), (20) lo que puede afectar el proceso y funcionalidad familiar.

En este sentido es fundamental “la integración de los familiares para el establecimiento de una relación profesional que inicia cuando la enfermera (ro) mira al familiar, reconoce su presencia, lo llama por su nombre e intercambia información con él” (21), lo que marca el inicio de la relación enfermera – familia, lo que en este caso dentro del servicio de UCI “evitaría el síndrome de cuidados intensivos”. Sin embargo, un elemento en contra de otorgar información a los familiares y que se relacione cuando no hay un diagnóstico médico sobre el estado de salud de la paciente las enfermeras (os) enfrentan dificultades para brindar información clara a sus familiares, lo que puede generar inseguridad y angustia, lo cual puede contribuir con el llamado “síndrome de cuidados intensivos” (22).

Los síntomas del síndrome de cuidados intensivos son: “cambios bruscos de comportamiento, pasividad, pueden sentirse de repente fuera de control y tener ataques de ansiedad pánico y/o depresión o aislamiento” (23) “Tanto los pacientes como sus familias suelen experimentar una sensación de pérdida de control, debido a la falta de información o incertidumbre sobre la seguridad del paciente en la UCI, necesidades que ellos mismos han identificado y expresado” (23), y que consideran que no han sido resueltos por el equipo de salud.

Durante la estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos Adultos, acompañando a un familiar enfermo, la atención se centra completamente en el paciente, sin prestar atención al entorno cercano (familia), que también forma parte de la situación y para dar más claridad a este punto, en un estudio se describe que la familia pasa por síntomas de ansiedad, síntomas depresivos y síntomas de estrés postraumático (24).

La relación enfermera-paciente “es principalmente, la comprensión del ser humano como alguien que enfrenta una enfermedad o que requiere atención para satisfacer sus necesidades de salud” (21). Sin embargo, se ha investigado poco sobre la forma en que las enfermeras interactúan con “los familiares de los pacientes en situaciones específicas como la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos” (20).

En nuestras vivencias hemos observado que en ocasiones en estos servicios se presentan “barreras físicas y normativas, junto con retos organizativos y personales, pueden dañar la comunicación y el vínculo entre el personal de enfermería y los familiares del paciente (24); esto puede influir en el proceso de cuidado y recuperación de manera negativa.

El sufrimiento experimentado de tener un familiar con una enfermedad grave se ve intensificado por las particularidades de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), como por ejemplo: “áreas cerradas y horarios restringidos para la visita, para lo cual se sugiere la integración de la familia en los planes de cuidado; con el propósito de establecer una interacción enfermera-familia favorable para la pronta recuperación de las mujeres hospitalizadas” (21).

Existen estudios que demuestran que una herramienta de comunicación estructurada se asocia con una mayor satisfacción con la atención en la UCI en términos de la facilidad para recibir información y su coherencia (25), por lo tanto, consideramos es fundamental contar con más información respecto a la relación enfermera (ro) – familia, a fin de lograr una mejor comprensión sobre el estado de salud de la paciente durante su estancia en la UCIA.

Proceso de la relación enfermera y familia

La interacción entre individuos se convierte en una herramienta que promueve la conexión entre ellos mismos, según se explica, la comunicación eficiente se logra cuando el emisor de un mensaje lo transmite de forma tal que pueda expresar la intención de su contenido y este sea comprendido por quien lo recibe. “Como

resultado de la comunicación tanto del emisor como del receptor del mensaje, se crea un significado compartido entre ambas partes” (26).

Los enfermeros también tienen la responsabilidad de informar sobre su competencia según el código ético que los rige como parte del proceso de atención médica; no obstante, sus familiares también reconocen como profesionales confiables en la provisión de información, algunos estudios revelan que el 50% de los familiares opinaron no haber recibido información por parte de las enfermeras, y cuando la obtenían, dependía del criterio de cada profesional (27).

Las familias depositan su confianza en los médicos para recibir información clara sobre el diagnóstico y tratamiento, al mismo tiempo que reconocen el papel fundamental de las enfermeras y enfermeros en el cuidado del paciente, como la persona que les informa sobre el cuidado personalizado y las normas del entorno hospitalario, la oferta de ayuda espiritual y la información sobre los cuidados que los familiares se pueden brindar durante su visita con su pariente (27).

La escucha activa implica la manera en que se escucha y se plantean preguntas; en realidad representa el inicio de la relación de comunicación entre enfermeras y familias. En la práctica cotidiana se percibe una carencia de valoración y respaldo por parte de las instituciones de salud respecto a “la importancia de la comunicación, con la familia en la prestación de una atención de alta calidad que conlleva una acción que finalmente realiza la enfermera” (28).

Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA) representa una situación estresante tanto para el paciente como para sus seres queridos; este estrés no solo deriva de la gravedad de la situación médica sino también de los desafíos en la comunicación que surgen entre ellos y sus familiares. “Los familiares se resisten a un entorno desconocido, con una angustia persistente de que en cualquier momento pueda ocurrir un desenlace trágico” (29).

Se dice que la comunicación es un proceso interactivo en el ámbito del cuidado de la salud constituido por los esfuerzos de las personas hacia los demás seres

humanos; esto implica proteger y promover la humanidad al ayudar a las familias a encontrar el significado de la enfermedad de un ser querido ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos. En este sentido se destaca que las relaciones interpersonales tanto del personal de enfermería como de los familiares son la esencia misma de la enfermería. Se reconoce que la comunicación desempeña un papel crucial en el crecimiento profesional de las enfermeras.

Para los familiares ver a un ser querido de repente en un lugar extraño y desconocido rodeado de una gran cantidad de equipos extraños (monitores y ventiladores) puede resultar aterrador. Los familiares quieren poder brindar su apoyo e involucrarse en el proceso de cuidado; sin embargo, suelen sentir miedo de acercarse o tocar el área donde está el paciente por temor a activar alarmas o desprender accidentalmente tubos u otros dispositivos médicos.

Las acciones de emergencia son comunes, existe poco tiempo para una explicación detallada y una aclaración con los familiares. La falta de comunicación y de explicación del personal ocupado, refuerza los sentimientos de impotencia y tristeza. Los pacientes, a su vez, pueden sufrir la falta de aportaciones positivas de familiares y amigos en un entorno desconocido (30). Permitir el acceso libre a la UCI con horarios de visita más flexibles y brindar una un proceso de atención más integral a las familias es una necesidad urgente que no puede seguir postergándose (31).

En la revisión de la literatura sobre el tema reportan que la explicación de todos los procesos de urgencia en la UCI en el tiempo correcto contribuirá para que reconozca el beneficio en la mejoría de su paciente, aliviará la ansiedad, estrés y confusión de los familiares. Una buena comunicación puede animarlos a sentirse involucrados en el cuidado del paciente, por otro lado, la flexibilidad en las visitas a la UCI, muchas veces dependen del personal de enfermería y tener en cuenta que un familiar bien informado puede ayudar a transmitir información al paciente y a la familia (32).

La Asociación Americana de Enfermeras de Cuidado Crítico (2011) llevó a cabo un estudio que describe en detalle cómo se da la comunicación entre la enfermera y el

paciente cuando este, debido a su condición en la UCI, no puede expresarse verbalmente (33).

Los hallazgos destacan la importancia de implementar mejoras en la práctica del personal de salud, enfocándose en estrategias de comunicación basadas en evidencia. Es fundamental desarrollar intervenciones que fortalezcan tanto la calidad del cuidado como las habilidades de las enfermeras para comunicarse de manera efectiva con los familiares. (33).

En cualquier situación, la sinceridad suele ser la mejor opción a seguir. Hablar honestamente ayuda a prevenir desacuerdos entre los distintos integrantes del equipo médico y reduce las probabilidades de malentendidos. Por lo general, los pacientes desean estar al tanto de su situación y cómo podría influir en ellos, aunque las variaciones culturales pueden dictar cuánto quiere saber un paciente y tales diferencias deben respetarse (30).

Dado que la comunicación del personal de enfermería es fundamental para lograr una interacción efectiva y comprensible para los familiares de los pacientes en la UCI; es esencial utilizar un lenguaje simple y repetir la información para asegurar su comprensión total y tranquilizarlos mostrando claridad en nuestras expresiones faciales.

De acuerdo a la literatura reportada “en cuanto a la relación con el personal de enfermería, el 67% de los familiares no recordaba o nunca supo el nombre de la enfermera que atendió a su ser querido. Sin embargo, a pesar de este detalle, el 100% de los familiares percibió una relación cercana y de confianza con el equipo de enfermería” (34).

El primer encuentro de la enfermería (ro) resultará crucial ya que implica comprender las potenciales respuestas emocionales de los familiares en momentos oportunos y focalizados correctamente. En este punto inicial se presentan barreras tales como la falta de información sobre el proceso de atención médica y la separación emocional del ser querido, que el profesional de enfermería deberá

superar para establecer una conexión significativa que permitirá integrar a la familia en las labores de cuidado de forma armoniosa y constante. Entendiendo que “cuidar desde un enfoque familiar implica incluir a la familia en el proceso de prestación de cuidados” (35).

Un estudio, titulado "Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la Enfermedad en Familiares de Pacientes Ingresados a la UCI", se llevó a cabo entre julio y septiembre de 2010 en la Unidad de Cuidados Intensivos Médico-Quirúrgica del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, Chile. Con un enfoque cuali-cuantitativo, prospectivo y observacional, se realizó un seguimiento a 12 familiares de pacientes que permanecieron en la UCI por más de tres días. Como parte del estudio, se llevaron a cabo 12 entrevistas a familiares directos para conocer su experiencia y percepción durante este proceso.” (29), dice que: Hay parientes que ven la unidad de cuidados intensivos (UCI) como un sitio que proporciona atención especializada avanzada mientras que otros la perciben como el lugar al que van las personas más enfermas para fallecer.

Es crucial tener en claro que los familiares requieren información sobre si su ser querido está experimentando dolor y miedo, que necesitan poder verlo lo antes posible y permanecer junto a él durante el mayor tiempo posible, no solo durante las horas de visita. Los familiares necesitan entender las reglas y normas del hospital, recibir información clara y enfocada sobre el estado del paciente de manera oportuna y continua, así como contar con un apoyo formal por parte del equipo de salud. (29).

“La comunicación entre el personal médico y los familiares” (29) tiene como principal objetivo proporcionar información básica sobre la sala de espera, instrucciones sobre quién les atenderá para reducir el estrés las dudas e incertidumbres que suelen experimentar al principio cuando se encuentran en un entorno desconocido o poco familiar. “Conocer las creencias y sentimientos de los familiares permite establecer intervenciones que contribuyan a una atención centrada en el paciente.

No rendirse ante la enfermedad y, en última instancia, la comunicación es el primer paso para acercarse a la familia de la persona que requiere cuidados” (29).

Un estudio realizado en Colombia, titulado "Relación enfermera-familia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hacia una comprensión empática", analizó, desde un enfoque cualitativo y con el método de teoría fundamentada de Strauss y Corbin (21), la interacción entre enfermeras y familiares en las UCI de dos clínicas privadas. Se observó que esta relación puede adoptar diferentes formas: desde ser una obligación hasta convertirse en un vínculo de ayuda, control, amistad o incluso ser casi inexistente (21).

Los familiares esperan que la enfermera no solo establezca una relación profesional, sino que también demuestre, a través de sus palabras y actitudes, una comprensión genuina de su situación. La unión de los familiares en este vínculo comienza con pequeños procesos fundamentales, como el reconocimiento de su presencia, llamarlos por su nombre y mantener una comunicación abierta y empática (21).

Las relaciones que se establecen entre la enfermería y los familiares de pacientes en la UCI enfrentan obstáculos físicos, normativos, organizativos y humanos que impactan la interacción y comunicación entre ambos grupos. Estas barreras influyen en cómo se establece la relación y en cómo las familias se integran a las actividades de las enfermeras para favorecer la comprensión de la enfermedad que afecta a sus seres queridos.

Un estudio titulado "Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio" (13), realizado en tres UCI de hospitales de la red pública en la isla de Mallorca, adoptó un enfoque cualitativo postestructuralista para analizar la interacción entre enfermeras y familiares. Los hallazgos revelan que muchas enfermeras sienten que su papel como una segunda retroalimentación y expresan el deseo de tener una mayor participación en la atención a los familiares.

Además, algunas consideran necesario flexibilizar las normativas restrictivas de los servicios críticos y muestran resistencia a que la información y las reglas de interacción con los familiares sean determinadas exclusivamente por los médicos (13).

Las enfermeras buscan mejorar las interacciones familiares en la UCI para brindar una atención de mayor calidad a los familiares. Esperan que este cambio se base en la evidencia científica y teorías sobre el cuidado que incluyan elementos como proximidad emocional, información detallada y un sentimiento de esperanza transmitido por los propios familiares.

Capítulo 3. Marco teórico

El concepto de “la relación enfermera-familia” (17) fue definido en una investigación donde se validaron dos instrumentos para medir la relación interpersonal enfermera-familia o acudiente (allegado/sujeto de cuidado) y enfermera-paciente adulto en la UCI, se define como: “La percepción del familiar o acompañante del paciente es clave principal para evaluar la calidad de la relación y el trato recibido por parte de la enfermera durante la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos” (36).

Un concepto importante es la comunicación efectiva que incluye el apoyo emocional a la familia en la atención médica abordando sus creencias personales para garantizar su participación en las decisiones junto a otros profesionales de la salud.

Imogene M. King con su Teoría Marco de Sistema de interacción y teoría intermedia de la consecución de objetivos.

“Los sistemas interpersonales se forman cuando dos o más personas interactúan, formando díadas o tríadas, la díada de una enfermera y un paciente es un tipo de sistema interpersonal. Cuando las familias actúan como pequeños grupos también pueden considerarse sistemas interpersonales. La comprensión del sistema interpersonal requiere una comprensión de los conceptos de comunicación, interacción, misión, estrés y transacción. Un sistema de interacción coherente consta de grupos que constituyen la sociedad y se refiere a este como sistema social” (37).

Salud

“Se define como experiencias vitales dinámicas de un ser humano, implican un ajuste continuo a factores de estrés del entorno interno y externo mediante el uso óptimo de los recursos propios para conseguir la máxima potencialidad para la vida diaria” (37).

Enfermería

“La enfermería se define como el proceso de acción, reacción e interacción, en el cual la enfermera y el cliente comparten la información sobre sus percepciones en las situaciones de enfermería” (37).

Yo

“Es una mezcla de pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia que cada persona tiene en su existencia individual, su concepción de quién y qué es. El yo de una persona es la suma total de todo lo que esa persona llama suyo. El yo incluye, entre otros aspectos, un sistema de ideas, actitudes, valores y compromisos” (37).

Una interacción entre la enfermera y cliente por primera vez, proporciona la seguridad al familiar de ser atendido y cuidado, por parte de los profesionales de la salud, garantizando la satisfacción de sus necesidades tanto al sujeto de cuidado, como a de su familia.

En consecuencia, menciona que la única forma de estudiar la interacción entre los seres humanos, es conocer sus variables interdependientes y su entorno relacionado. Imogene King en su teoría marco de sistema de interacción mencionó que la enfermera debe ser experta en los entornos sociales distintos que tienen las personas, para comprender a los seres humanos.

Yo

“El yo es una mezcla de pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia que cada persona tiene de su existencia individual, su concepción de quien y qué es. El yo de una persona es la suma total de todo lo que esa persona llama suyo” (37). El yo incluye, entre otros aspectos, un sistema de ideas, actitudes, valores y compromisos. El yo es un entorno subjetivo completo de la persona. Se trata de un centro de experiencia y significado

definido. El yo representa el mundo interior de una persona frente al mundo exterior, que comprende las demás personas y cosas. El yo del individuo se llama también individuo” (37).

King, define e incluye que las variables del entorno de un individuo, es el todo, las creencias, integración social, actitudes, la familia y sus valores, los cuales se deben de conocer para visualizar sus necesidades específicas y a actuar sobre ellas.

Teoría intermedia de la consecución de los objetivos de King

La teoría de Imogene King se enfoca en el sistema interpersonal y en la relación que se establece entre la enfermera y el paciente. Durante el transcurso de enfermería, ambos interactúan, se comprenden mutuamente, transmiten juicios y llevan a cabo acciones, lo que da lugar a una respuesta³⁷. Cuando prevalece una conexión en la percepción y se corrigen posibles alteraciones, se generan transacciones, permitiendo un intercambio continuo de información. Este sistema abierto facilita la retroalimentación, ya que cada fase del proceso influye en la percepción y en la toma de decisiones (37).

“El establecimiento mutuo de objetivos [entre la enfermera y el cliente] se basa en: a) la evaluación por parte de la primera de las preocupaciones, los problemas y las alteraciones de la salud del cliente; b) las percepciones de la enfermera y el cliente de la interferencia, y c) el acto de compartir la información de forma que todo contribuya a ayudar al cliente a obtener los logros identificados. Además, las enfermeras interactúan con los miembros de la familia cuando los clientes no pueden participar verbalmente en el establecimiento de objetivos” (37).

“Los planteamientos de King, parten de cuatro conceptos fundamentales como centro en los seres humanos: salud, relaciones interpersonales, percepciones y sistemas sociales, considerando que estas ideas universales eran importantes en

todas las situaciones de enfermería, a partir de las cuales desarrolla su teoría y describe la naturaleza de la relación enfermera-paciente, que lleva al logro de los objetivos del modo siguiente” (37):

Las enfermeras (ros) hacen relaciones significativas con los pacientes, trabajando en equipo para establecer objetivos. A través de la atención y la empatía de sus preocupaciones, la enfermera sintetiza la situación de salud del paciente y le brinda información clara y accesible que le ayude en su proceso de adaptación de los entornos y escenarios hospitalarios donde se le brinda atención a su familiar (37).

“Esta teoría se enfoca en los sistemas, donde la comunicación y las relaciones en un papel central en la búsqueda de objetivos” (37). Su aporte abarca desde las relaciones de los individuos hasta las interacciones dentro de un vínculo social más amplio que se integra la familia, que colabora al apoyo y los propósitos de ayudar en la recuperación de sus familiares (37).

Y desde otra perspectiva, la enfermera inspecciona al paciente, da una evaluación y realiza un plan a seguir para involucrar el mismo cuidado personalizado hacia sus necesidades. Al mismo tiempo, el paciente también construye su propia percepción de la situación, lo que influye en su respuesta y en la interacción con el personal de salud. Esta dinámica da lugar a una relación que evoluciona a través del intercambio mutuo, permitiendo una retroalimentación continua que favorece el cuidado y la comunicación efectiva” (37).

La anterior situación es la que se adecua al presente estudio, ya que las pacientes de las Unidades de Cuidados Intensivos en su mayoría pasan por un proceso de sedación, el paciente o cliente principal pasa a ser la familia a iniciar con esta interacción y así lo propone King en 1981 en su teoría de consecución de objetivos («... Además, las enfermeras interactúan con los miembros de la familia cuando los clientes no pueden participar verbalmente en el establecimiento de objetivos») (37).

Y con el propósito que planteó King, desde el marco de sistemas de interacción y la teoría de consecución de objetivos están basados en un supuesto global de que “el centro de Enfermería son seres humanos que interactúan con su entorno y llevan a su estado de salud a las personas y que se define como la capacidad de cumplir su papel social” (37).

Capítulo 4. Marco conceptual

La interacción enfermera-familia, es la percepción del allegado o acompañante del paciente, que le permite evaluar la relación que recibió de la enfermera cuando estuvo su paciente hospitalizado(36).

King define a la enfermera como: “un proceso de acción, reacción e interacción por el que la enfermera y el cliente comparten información sobre su percepción en la situación de enfermería” (37).

King asume que la interacción enfermera-cliente. “Tomando como cliente a los pacientes y familia considera que en este proceso interpersonal de interacción y transacción; la interacción de la enfermera y cliente, que influyen en una relación, que promueve, mantiene y restaura la salud y cuida en una enfermedad, una profesión que satisface a una necesidad social” (37).

La familia es la unidad básica de cuidado (38). La literatura científica en torno a la salud familiar muestra la necesidad de que el personal de salud trascienda de un enfoque de cuidado centrado en la persona, a un enfoque centrado en la familia (39). Es así que la familia se convierte en un socio importante en la atención a la salud, ante las propias necesidades de sus integrantes (40). Por lo tanto, es recomendable que los servicios de salud y principalmente los servicios de cuidados críticos ofrezcan una atención centrada en la familia.

“La atención de salud futura dependerá en mayor medida del apoyo de la familia, incluidos los cónyuges y parejas, pero también de los hijos (adultos), nietos y otras personas de la red social que rodea a los pacientes” (41). Por lo antes mencionado, es importante incorporar protocolos de participación de los integrantes de la familia en el cuidado dentro de espacios de cuidados generales y críticos.

Las familias atraviesan diversas crisis a lo largo de su vida (42) (43). Dependiendo de su naturaleza, estas pueden ser evolutivas o inesperadas. Las crisis evolutivas son eventos inesperados que forman parte del ciclo vital familiar, como el nacimiento de un hijo o la detección de una enfermedad crónica. Aunque son naturales, requieren tiempo y adaptación por parte de cada persona (44).

Por otro lado, las crisis inesperadas son situaciones que ocurren de manera repentina y no forman parte del desarrollo habitual de la vida, como un accidente o el diagnóstico de una enfermedad grave. La capacidad de una familia para resistir y sobrellevar estas crisis depende de adaptación y del apoyo que reciba. En estos momentos, el personal de enfermería desempeña un papel importante, donde se brinda acompañamiento y seguimiento desde el ingreso del paciente, ayudando tanto a él como a su familia a adaptarse a la situación de la mejor manera posible (44).

Familiares del paciente en la UCI

En una experiencia de abordaje comunitario en Brasil, se plantea que el vínculo profesional-usuario llamado “Estrategia de Salud Familiar” (ESF) garantiza la seguridad en cuanto a la satisfacción de sus necesidades de las familias. El individuo, perteneciente a un territorio o área de cobertura de la ESF, cree y confía que al llegar a la unidad de salud o a su propio domicilio, será atendido por uno de los profesionales responsables de su área. Aunque parezca simple, la formación de este vínculo profesional-usuario requiere, de momentos de conversación, escucha,

acogida, intercambios, rendición de cuentas en torno al problema que se va a enfrentar y, en consecuencia, vinculación (45).

De esta forma partiendo de que la familia es el núcleo de la sociedad y cada uno de los miembros cumplen funciones o roles específicos dentro de ella, es importante recalcar que, la familia para el profesional de enfermería, es considerada como “una unidad, como un sistema, en el cual cualquier alteración en alguno de sus miembros implica disfuncionalidad en la totalidad”(35). Cuando alguno de los integrantes de la familia ingresa a la UCI, “se altera el normal funcionamiento de dicha estructura causando en el resto de sus integrantes alteraciones psico-emocionales, físicas y económicas que al principio generan conflicto, pero que a medida que pasa el tiempo se reorganizan en torno a la recuperación y estabilización de la persona que se encuentra hospitalizada” (29).

“Las UCI son percibidas por los pacientes de muchas maneras. Algunos las ven como lugares donde se brinda atención especializada crítica, mientras que otros las asocian con escenarios donde las personas graves sufren el final de sus vidas. Estos diferentes conceptos de percepciones puede generar en las familias sentimientos de duda, impotencia y tristeza, ya que enfrentan la incertidumbre sobre la recuperación o posible fallecimiento de su ser querido.” (39)

Para algunas personas, los sentimientos de pérdida son debilitantes y no mejoran, incluso con el paso del tiempo. “Esto se conoce como duelo complicado, a veces llamado “trastorno por duelo complejo persistente”. En duelos complicados, las emociones dolorosas duran tanto y son tan intensas que te resulta difícil recuperarte de la pérdida y continuar con tu propia vida” (46).

En este sentido las instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la cual es una institución gubernamental mexicana que provee servicios de salud a la población, las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) del IMSS están sujetas a una serie de normativas y regulaciones que garantizan la calidad y seguridad en la atención médica brindada a los pacientes críticamente enfermos.

Capítulo 5. Metodología

5.1 Diseño metodológico

El estudio se llevó a cabo bajo el paradigma cualitativo, con el propósito de “explorar en la conciencia de la persona, es decir, entender la esencia misma, el modo de percibir la vida a través de experiencias, los significados que las rodean y son definidas en la vida psíquica del individuo” (47). Además, conduce a encontrar “la relación entre la objetividad y subjetividad, que se presenta en cada instante de la experiencia humana” (47), propios de la fenomenología hermenéutica de Gadamer. El abordaje analítico se realizó mediante una aproximación de la Teoría fundamentada propuesta por Anselm Strauss y Juliet Corbin (4). Para comprender “la relación enfermera-familia en una unidad de Cuidados Intensivos” (17).

La teoría fundamentada permite comprender las complejidades de los fenómenos sociales a través de una “descripción teórica” basada en las vivencias y puntos de vista de los participantes involucrados. Asimismo, Strauss y Corbin (4), señalan que el propósito esencial de la teoría fundamentada consiste en “formular teorías que expliquen las interacciones y dinámicas presentes en contextos particulares” (4). Aplicada al entorno de la interacción entre enfermeras y familias en una Unidad de Cuidados Intensivos de Gineco-obstetricia; este enfoque posibilitaría indagar acerca de cómo las enfermeras construyen relaciones basadas en la confianza y la comunicación colectiva familiar; así como los aspectos que aportan un toque más humano al proceso asistencial médico.

Conforme a lo planteado por Duque, en un estudio que aborda “la relación enfermera-familia en una unidad de cuidados intensivos” (21), quien desde un enfoque conceptual, no solo describe los sucesos que se han observado, sino que también destaca los patrones y las conexiones subyacentes que son fundamentales

para comprender cómo el diálogo y la accesibilidad que contribuyen en la formación de “una relación efectiva entre la enfermería y la familia en este contexto crítico”.

“Construir una teoría implica que los hallazgos de la investigación se presenten como un conjunto de conceptos interrelacionados en afirmaciones que puedan usarse para explicar un fenómeno social determinado” (48). De tal forma que se favoreció la construcción de una relación de conceptos que para el caso de esta investigación tiene que responder a la relación enfermera (ro) sujeto de cuidado en la UCI y tal “como se ha indicado con anterioridad, generalmente la teoría desarrollada es sustantiva, es decir que se obtiene a partir del estudio de un contexto específico y por lo tanto su aplicación se centrará principalmente en ese contexto o en entornos similares” (48), donde es muy importante el contexto donde se desarrolla la investigación.

El estudio se llevó a cabo en la UCIA de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia “Luis Castelazo Ayala”, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el turno matutino y vespertino.

5.2 Participantes

Los participantes en el estudio fueron familiares o allegados de pacientes hospitalizados en la UCIA de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia “Luis Castelazo Ayala”, IMSS, así como a personal de enfermería adscrito a dicho servicio de la UCIA de ginecobstetricia.

5.3 Muestra

El muestreo fue intencional, consiste en la selección de casos o participantes conforme a la necesidad de precisión y refinamiento de la teoría que se está desarrollando.

Tamaño de muestra

Durante un periodo de 6 meses, se incluirá a los familiares seleccionados de pacientes hospitalizados en la UCIA de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia “Luis Castelazo Ayala”, IMSS, así como personal de enfermería adscrito a dicho servicio.

Criterios de inclusión

- Familiares
 - a. Personas que por parentesco o afiliación se reconocieron como familiares de la persona hospitalizada en la UCIA
 - b. Familiares de pacientes hospitalizados durante 5 o más días en la UCIA de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia “Luis Castelazo Ayala”, IMSS.
 - c. Mayores de 18 años de edad.
 - d. Que acepten responder la entrevista verbal y que dicha entrevista sea grabada.
- Personal de enfermería
 - a. Adscrito al servicio de UCIA de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia “Luis Castelazo Ayala”, IMSS.
 - b. Laborando en el turno matutino o vespertino.
 - c. Que acepten responder la entrevista verbal y que dicha entrevista sea grabada.

Características de los participantes

La información se obtuvo a través de la entrevista semiestructurada y complementada con observación participante y notas de campo que permitieron identificar la dinámica de la UCI. Para el análisis de la narrativa de las entrevistas, se usó el software MAXQDA (Qualitative Findings: there Data Analysis Software for Mac and Windows) (49).

5.4 Técnicas de recogida de información

La recolección de la información se llevó a cabo durante un periodo de 2 años (08 de diciembre 2022 a 20 julio 2023) a partir de la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación y Comité Local de Investigación en Salud. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a familiares de pacientes hospitalizados durante 5 o más días en la UCIA de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia “Luis Castelazo Ayala”, del IMSS. Las entrevistas a familiares se realizaron en: la biblioteca del hospital, e incluyó un cuestionario el cual consiste de 15 preguntas las cuales fueron abordadas de forma semiestructurada. En el caso del personal de enfermería, la entrevista se realizó en su servicio, a través de una entrevista semiestructurada, donde el cuestionario de igual manera que los familiares incluyó 15 preguntas que se abordaron de forma flexible, como referencia para conducir la participación.

Métodos de recolección de datos

En la selección de los participantes se consideró el muestreo teórico y la saturación teórica para poder hacer el desarrollo de estructuración de los conceptos. Las entrevistas semi estructuradas fueron anónimas previó consentimiento y de forma verbal al momento de grabar las entrevistas de cada uno de los participantes del estudio. Las preguntas se desarrollaron entorno a “la relación enfermera-familia en la UCI” (17) , durante la hospitalización de sus pacientes. Las entrevistas fueron grabadas en un equipo celular marca iPhone 10, protegido para acceso con contraseña que sólo conocerá el investigador responsable. Posteriormente las entrevistas fueron transcritas con el software MAXQDA (Qualitative Findings: there Data Analysis Software for Mac) (49). La información aportada de dichas entrevistas fue condensada de archivos con formato Word 2022, identificando las entrevistas de familiares y profesionales de salud.

5.5 Análisis de los datos

Al tratarse de una investigación cualitativa, la información fue sintetizada sin alterar ni omitir el mensaje. Para la transcripción de los audios de las entrevistas, se realizó línea por línea y se inició el microanálisis a partir de la lectura minuciosa de las entrevistas y observación participante, a fin de identificar información relevante. Posteriormente se continuó con el proceso de codificación abierta, axial y selectiva de la información, a fin de transformar los datos en un modelo explicativo. Se obtuvieron códigos, a través de una estructura de análisis jerárquica con categorías-subcategorías, propiedades y dimensiones.

5.6 Consideraciones éticas del estudio

1. “El investigador asegura que este estudio cumple con la legislación y normativas establecidas en la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, garantizando así la protección y el bienestar de los participantes (50).
2. “Artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (RLGSMI), este proyecto está considerado como investigación con riesgo mínimo, ya que se grabarán las entrevistas verbales al personal de salud y familiares involucradas en el proyecto” (50).
3. Los procedimientos de este estudio se realizaron siguiendo las normas éticas para los profesionales de enfermería (51), y cumpliendo con el RLGSMI. Además, se llevaron a cabo en total conformidad con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y sus enmiendas en Tokio, Venecia, Hong Kong y Sudáfrica (52). El investigador garantiza que:
 - a. Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica relacionada con el tema de estudio.

- b. El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité Local de Investigación y el Comité Local de Ética en Investigación de la UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” del IMSS
- c. Este estudio se aplicó con un paradigma cualitativo con aproximación a teoría fundamentada y con su consentimiento verbal de los participantes para responder la entrevista como recordatorio de sus previa participación voluntaria.
- d. Se respetó cabalmente los principios contenidos en la declaración de Helsinki (52), y el Código de Nuremberg (53).
- e. El procedimiento para invitar a las participantes y obtener el consentimiento verbal fue el siguiente: a los familiares de pacientes hospitalizados en la UCIA de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” con estancia mayor a 5 días y al personal de enfermería adscrito a dicho servicio se les invitó a participar en la entrevista, se les explicó que su consentimiento y entrevista serian grabados para su posterior integración. En caso de aceptar fueron invitados a la biblioteca del Hospital, en donde se realizó la entrevista.
- f. El procedimiento para garantizar la confidencialidad de los datos personales y la información obtenida fue el siguiente: fue grabada con previa autorización de los participantes, mencionando el consentimiento informado junto con la justificación, el propósito, los posibles beneficios que recibirá al estudio y se coloca seudónimos para los nombres de los participantes (profesionales de salud y familiares) y al finalizar el análisis de diferentes categorías encontradas, se pasó una copia a los mismos participantes y una que vez que ellos confirmaron su información en las grabaciones, la información fue sintetizada y analizada. Las grabaciones serán archivadas con acceso por contraseña por el investigador principal.

5.6.1 Descripción de los informantes

Tabla 1. Características de participantes (familiares)

Familiar							Paciente						
<i>Seudónimo de constelaciones</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Profesión</i>	<i>Fecha de entrevista</i>	<i>Días presente en sala espera</i>	<i>Seudónimo de Nombres. Mayas</i>	<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>	<i>Días de estancia en UCI</i>	<i>Egreso</i>	<i>Condiciones de salud</i>	<i>Escala de sedación - agitación RASS</i>
Leo	H	26	Esposo	Policía	27-08-21	7 días	Ixchel	27	M	10 días	30-08-21 Hospitalización	Shock séptico por peritonitis	Inquieto
Andrómeda	M	60	Tía	Ama de hogar	28 -09-21	13 días	Izamal	31	M	17 días	Defunción 28-09-21	EMB SDG + COVID 19	Sedación moderada
Tauro	H	41	Esposo	Vigilante	7- 10 – 21	12 días	Yatziri	40	M	12 días	3-10-21 Hospitalización	Shock hipovolémico + lesión Ureteral Izq.	Alerta y en calma
Virgo	H	41	Esposo	Contador	13- 10-21	8 días	Yamil	38	M	9 días	10-10-21 Hospitalización	EMB 39.5 + Preeclamsia	Sedación
Orfeo	H	35	Esposo	Chofer	30- 04-22	5 días	Itzel	35	M	6 días	09-05-22 Hospitalización	EMB 32.2 Preeclamsia	Sedación
Cáncer	H	28	Esposo	Administrador	02 -05-22	6 días	Nicté	26	M	6 días	08-05-22 Hospitalización	EMB 36.7 Preeclamsia	Sedación

Tabla 2. Características de participantes (enfermeras)

	Homónimo	Sexo	Edad	Fecha de entrevista	Años en la terapia de ginecología
EE1	Hera	M	50 años	15 de febrero 2022	11 años
EE2	Zeus	H	30 años	24 de marzo del 2022	2 años
EE3	Afrodita	M	57 años	11 de marzo del 2022	12 años
EE4	Poseidón	H	39 años	11 de marzo del 2022	2 años
EE5	Gea	M	39 años	11 de marzo del 2022	6 años

La elección de los informantes fue a través de un perfil de caso ideal, eficaz y deseable de una población. Se identifico a los familiares quienes tuvieran la mayor frecuencia de interacción con el personal de enfermería y con un mayor número de visitas a la persona enferma o allegado y para el personal de salud con la mayor frecuencia de atención a la misma persona y contacto con el familiar.

Respecto a su privacidad al manejar sus datos personales, se procedió inicialmente a firmar el consentimiento y al momento de las grabaciones se reiteraba de forma verbal su participación que incluía la autorización para grabar las entrevistas. Además de esto se le informó sobre la importancia de su participación en el estudio y la relevancia de sus contribuciones en forma voluntaria; también se le recordó que podía retirarse en cualquier momento si así lo deseaba.

5.6.2 Entrevista a profundidad

Una herramienta de excavar y para adquirir conocimientos sobre la vida social y de creencias a partir de su propio lenguaje (54). Las entrevistas se realizaron en un espacio fuera de la estancia hospitalaria y cómoda, donde la característica principal de la biblioteca es que es silenciosa y adecuada para entablar la conversación y el tiempo escogido por los participantes, procurando que fuera un momento tranquilo y privado para permitir la comunicación entre el participante y el investigador. La entrevista que se realizó a los familiares fue en la biblioteca de Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”.

5.6.4 Observación no participante

Procedimiento que se llevó a cabo mediante la observación de los detalles y relaciones entre los mismos participantes (enfermeras y familiares) durante la hora de vista en la UCIA y entrevistas se realizó notas de campo. Se observo gestos, acciones corporales y sentimientos como el llanto en ambos participantes.

5.6.5 Notas de campo

Las anotaciones se hicieron antes, durante y después de los encuentros con los participantes plasmando situaciones de interés durante las entrevistas semiestructuradas, así como las ideas relacionadas al estudio, pensamientos y sentimientos propósitos del investigador con el fin de tener un registro lo más fiel a lo vivido durante los procesos de recolección de datos, todos los datos registrados fueron utilizados para el análisis y como complemento a la interpretación de los hallazgos obtenidos del estudio.

5.7 Criterios de rigor

Credibilidad

La credibilidad se garantizó mediante la flexibilidad del investigador, quien, al ser consciente de su propia identidad, así como de sus condiciones sociales y políticas, pudo reflexionar sobre su postura en el estudio. Esta reflexión quedó registrada en un diario de campo, donde se documentaron observaciones, inscripciones e interpretaciones de los representantes a lo largo de toda la investigación, especialmente durante la recolección de datos.

Confirmabilidad

Se realizó con la participación de los entrevistados, a quienes se consultó para validar que la transcripción de sus testimonios reflejara fielmente sus palabras y el significado de sus declaraciones, asegurando así la precisión de los datos obtenidos por el investigador.

Transferibilidad

En este criterio se considera si los hallazgos pueden aplicarse a otros contextos, entornos y grupos. Para cumplirlo, se realizó una descripción detallada y meticulosa del fenómeno observado y su contexto. Se presentan las características del hospital donde se desenvuelven los profesionales entrevistados y los familiares de las

pacientes internadas, con el objetivo de que el lector obtenga una visión lo más precisa y fiel posible de la realidad descrita e interpretada.

Auditabilidad

Para cumplir este criterio se realizó una descripción clara y transparente del proceso de investigación, se cuenta con el material en físico de las grabaciones, las transcripciones y las notas de campo donde se pueden corroborar cada uno de los datos plasmados en la investigación, así como también la reflexión en cada uno de los momentos de la investigación, que están plasmados en un diario personal del investigador

Triangulación

El uso de la triangulación es una estrategia para poner a prueba la validez de la investigación, a través de la convergencia de la información procedente de diferentes fuentes de conocimiento.

Para realizar lo que triangulación en primer lugar, se realizó uso de diferentes métodos de recolección de datos que aportaban y datos del mismo fenómeno de estudio. Se realizó entrevista semi-estructurada, la observación participante y notas de campo con cada uno de los participantes profesionales y familiares del paciente.

Al mismo tiempo otra técnica fue el de obtener múltiples puntos de vista del acontecimiento e intentar determinar cómo lo ven los diversos actores en una situación sobre el mismo acontecimiento o “fenómeno de diferentes maneras tales como entrevistas, observaciones e informes escritos con un solo objetivo que es de variar las técnicas de recolección de datos y enfoques”⁵⁵.

Capítulo 6. Hallazgos e interpretación

El análisis de los datos permitió identificar una categoría central que fue “la relación enfermera-familia en la UCIA” (17). Se describen 4 categorías tales como: 1) Abordaje inicial de la normativa y recepción del familiar en la UCIA, 2) Accesibilidad del personal para la incorporación del familiar en los cuidados, 3) Construcción de la relación y 4) La enfermera (ro) se humaniza mediante el diálogo con el familiar. De las cuales emergieron 8 subcategorías, que a continuación se describen.

1. Abordaje inicial de las normativas y recepción del familiar en la UCIA

Como referencia en la comunicación entre enfermería y la familia, se considera la normativa de acceso a la UCIA, la cual establece medidas para proteger tanto al paciente como a sus familiares y al personal de salud durante las visitas, garantizando así un entorno seguro y adecuado.

[] Pues nadie al ingreso nos orienta sobre el reglamento del hospital, pero al entrar donde está mi paciente nos dice el enfermero que hay que lavarnos las manos, nada de celulares y siempre que entramos nos dice que hablemos con nuestros familiares... Orfeo

1.1 Experiencia en el primer encuentro en la UCIA

El ingreso de los familiares a la UCIA, se vive con miedo y se describe como estresante y angustioso y en algunos casos existe la creencia de que el ingreso a la UCIA es negativo o bien para morir. Aunque se observa en la narrativa que el personal de enfermería aclaraba al familiar o allegado que también era determinante su participación en el cuidado para la recuperación de su paciente.

[]...pero se veía muy mal en estos días ¿Yo no podía reconocerla... y además me comentaban... que el trabajo de apoyarla en la recuperación no solo es del personal de salud sino era mío también, porque siempre entraba con miedo o llorando... Tauro

[]... su esposo paso (UCIA) y si le dijeron que estaba entubada y en terapia intensiva, está muy grave... la sensación es horrible de pensar que ahí iba a terminar, que ahí iba a quedar. Andromeda

[]... me dejaron pasar a verla, lógico fue una impresión muy grande verla como esta... con la preocupación que me dijeran que en cualquier momento podía fallecer... entonces ha sido muy angustiante estar aquí, no perdemos la fe. Orfeo

[]...miedo, ansiedad, tristeza y como irreconocible, pues al ver a tu familiar conectada a tantos aparatos lo primero que se observa es que no se mueve. Virgo

[]... no hay mucha relación al principio, hacen su trabajo y la siguen checando, poniéndole medicamento, pero no con todos he tenido mucho contacto, pero con los que conozco me siguen dando esperanzas. Andrómeda

[] Pues siempre digo que hay personas buenas y malas que no les gusta su trabajo, pero siempre he visto que los enfermeros cuidan a mi chiquita y son muy buenos... Es una experiencia que a nadie se lo deseo ... al principio intentas socializar con tu enfermera para que en algún momento puedas aprender y resolver dudas porque son muchos tramites. Leo

1.2 Acompañamiento inicial

El vínculo enfermera-familiar tiene una gran importancia a la hora de orientar y participar en las actividades fundamentales que son relevantes en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Este tipo de cuidado incide en la calidad de la atención, cuidados en etapas finales de la vida e incluyendo aspectos como la

comodidad física, el apoyo emocional, la toma de decisiones compartida y/o formar parte su recuperación.

[] Si nos dejan hacer ejercicios, siempre vigilando y estando atentos por cualquier accidente y buscan que la interacción sea más de confianza, nos hacen sentir parte de su familia de nuevo como un acompañamiento durante el proceso, con esa confianza de pedir cosas... Leo

2. Accesibilidad del personal para incorporación del familiar en los cuidados

El personal de enfermería comprende que la familia es parte del paciente, ya que identifican que el sentimiento de vulnerabilidad y la desprotección en el allegado se inicia al no contar con el apoyo de su acompañante en área crítica, pero desaparece al contar con su ayuda y atender su estado emocional. Así mismo se considera relevante que la enfermera (ro) permitan alargar los tiempos de visita, teniendo como consecuencia la relación paciente-enfermera efectiva.

[] le dieron un buen trato no puedo quejarme de ellos, al ver ¡que yo! necesitaba un poco más de esperanza “insisto” ellos me dejaban un poco más de tiempo para estar con ella y acompañarla a sus estudios. Tauro

2.1 Flexibilidad en la permanencia en UCIA

En las exigencias de las instituciones del sistema de salud en respetar los horarios de admisión en el tiempo de visita y la interacción familia-paciente sigue siendo un elemento por mejorar en la asistencia de servicios hospitalarios, en el cual el personal de enfermería tiene mucha participación.

[] Bueno, yo no tuve ese problema.. (risa) nunca los enfermeros respetaban los horarios, para explicarte, solo tenemos de media hora y ellos nos dejaban más tiempo ¡Una hora siempre! Tauro

[] le dieron un buen trato no puedo quejarme de ellos, al ver ¡que yo! necesitaba un poco más de esperanza, insisto ellos me dejaban un poco más de tiempo para estar con ella y acompañarla a sus estudios. Virgo

2.2 Enseñanza del cuidado al familiar

Durante el proceso de enseñanza sobre el cuidado al familiar inicialmente se presenta un periodo de angustia o falta de confianza para preguntar al personal de salud y durante este período el familiar olvida hacer todas las preguntas, por lo tanto, los profesionales de la salud deben ir estableciendo una relación de confianza con los familiares como se denota en las siguientes unidades de significado:

[]...no podría hacer más por ella... y todo los días me preguntaba ¿Qué le pasará? Y cuando me aclaraban las dudas yo no entendía pues lo único que yo quería era ver a mi esposa mejor. Tauro

[]...el doctor siempre me preguntaban ¿alguna duda? Y si hay ocasiones de que, si me acuerdo de preguntarle algo, pero en ocasiones me bloqueo y respondo ¡No! y solo me quedo con lo que me dice. Andromeda

[]... no entiendo lo que ellos me dicen y cuando lo notan ellos con más calma me explican en la forma que yo tenga una reacción de tranquilidad. Leo

2.3 Información oportuna

Ofrecer comunicación oportuna es esencial en la atención hospitalaria, sin embargo, la normativa limita a que oficialmente solo los médicos pueden ofrecer informes, sin embargo, el personal de enfermería puede aportar información cotidiana sobre las necesidades o problemas cotidianos que presentó su allegado.

[...]...como el médico es el único que nos da informes, a mí me tranquiliza lo que dice el médico, ayer un enfermero fue el que me brindo un poco de como la vio hoy... me tranquiliza porque... bueno ellos son los que están más al pendiente. Orfeo

[...]...y en cuestión de enfermería pues la interacción es muy poca no se puede ver qué tipo de cuidados le dan, pero ayer mi mamá vino y les comento que sí podrían cambiar las sábanas porque estaban mojadas y ellos muy amables lo hicieron. Cancer

3. Construcción de la relación

El papel del personal de salud ocupa una gran importancia a la hora de orientar y participar en las actividades fundamentales que son relevantes en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Un enfoque que abarca la calidad de la atención recibida en etapas críticas del cuidado de la vida e incluyendo aspectos como la comodidad física, el apoyo emocional, la toma de decisiones compartida y/o formar parte de su recuperación.

[...]...a veces es su primera vez en pisar un hospital y lo notas pues su expresión cambia o está muy pálido pero esto nos hace ser buenas enfermeras pues identificamos todos estos problemas y los tratas con esa paciencia que nos caracteriza. EE5 Gea

3.1 Relación de confianza

El cuidado de enfermería en la UCI va más allá de consentir o no la visita del familiar, también incluye establecer una relación de confianza. El equipo de enfermería tiene la tarea de identificar las necesidades reales del paciente, pero también de los familiares. Cuanto más temprana sea establezca un diálogo enfermera/familia, mejor será para los familiares y, consecuentemente, para el paciente hospitalizado (6).

[] ...cuando ella necesitaba algo se acercaban rápidamente, o cambiarla de posición, su sonda y sangre que salía por las 2 mangueritas que tenía en el abdomen, pero muy atentos, y siempre me daban ánimos. Tauro

[] ...sí involucras al familiar al momento de las visitas puedes tratar ambos... sí está tranquilo el familiar y consciente de que tiene su esposa, hija o sobrina, el paciente automáticamente tiene una confianza en nosotros...EE4 Poseidón

[] ...a su esposo el sábado hablo con el enfermero, yo creo que como lo vio llorando también le dijo que tuviera ánimos que iba a estar todo bien, trato de animarlo mucho, él lo transmitió entre nosotros ese día ... Andromeda

El vínculo puede ser analizado como un recurso terapéutico, inserto en una nueva forma de hacer salud superando el modelo biologicista para una mirada más humanizada y responsable del individuo, la familia y la comunidad. Sin embargo, para ello, es necesario ganarse la confianza de la comunidad en el equipo de salud. Por el contrario, el equipo debe creer que, apoyados los usuarios se sentirán protagonistas en la superación de sus condiciones adversas (45).

3.2 El diálogo como puente de la relación

El diálogo es un elemento central en la relación enfermera-paciente ya que aumenta la confianza en los cuidados recibidos. Así mismo, se plantea la importancia de mantener una comunicación motivadora del familiar con el paciente, a fin de que incida en su pronta recuperación.

[]... la comunicación con el paciente y la familia es muy importante, porque esa comunicación que tienes con ellos aumenta la confianza en su tratamiento, ambos están más tranquilos, debemos de saber que cualquier expresión de temor ante el desconocimiento de su enfermedad será crucial en el estado emocional de la

paciente. Esto siempre lo tengo bien claro y es donde puedes apoyar mucho a tu paciente. EE4

[] ... por eso que este vínculo que el familiar forma con la paciente sobre todo es para tranquilizarla y si la paciente llega con sedación, con el familiar se puede recabar datos importantes sobre todo para la conocer y completar la historia clínica del paciente EE6.

4. La enfermera (ro) se humaniza mediante el diálogo con el familiar

Ser sensibilizados con el familiar en la comunicación, es tener en claro que no es solo informar, sino transmitir; es tener la certeza de contenidos claros, precisos de tal manera que una comunicación eficaz pretende hacerlo de manera que la intención del emisor sea idéntica a la interpretación del receptor. Finalmente se debe establecer una relación de confianza y colaboración supervisada.

[]... Y ese tipo de confidencialidad, dónde se trata de no realizar ningún procedimiento enfrente de los familiares, pero si se trata de platicar en la hora de la visita con los familiares para formular conciencia en los cuidados que se llevarán a su casa EE5.

[] No entiendo lo que ellos me dicen y cuando lo notan ellos, con más calma me explican en la forma que yo tenga un reacción de tranquilidad, no me queda duda a veces, yo quisiera preguntar otra cosas y pero se me va. Andromeda

Capítulo 7. Discusión

En los hallazgos que se encontraron con entrevistas realizada a familiares y profesionales de salud, se observa que los profesionales de Enfermería pasan por aprendizaje mutuo con la familia, el familiar aprender a cuidar, observar, identificar y atender las necesidades de su enfermo y el profesional aprende a ser paciente en “La forma de identificar para comprender y atender las diferentes características que tienen en la situación de cada familia” (21).

La normativa de ingreso a la UCIA de gineco-obstetricia es un referente de donde se va configurando la relación enfermera-familia. Y en muchos casos es el personal de enfermería quien decide el alcance de las acciones a desarrollar por los familiares a su ingreso en la UCIA. “La relación enfermera-familia es esencial para la atención y podría optimizar la calidad de atención” (14), y “la atención centrada en la persona y su familia” (56). Por lo que los hallazgos sugieren establecer esta interacción de forma deliberativa.

La experiencia del primer encuentro en la UCIA, de acuerdo con los hallazgos del estudio se vive con miedo, se describe como estresante y angustioso y algunos casos se observa como un lugar para morir. “Lo cual es consistente con lo descrito en un estudio que refiere que la UCIA puede representar para muchos familiares, un lugar donde la pérdida de la identidad, la intimidad, la autonomía, la ciudadanía y la mayor pérdida de la vida, se da con mayor intensidad, constituyendo una fuerte agresión emocional” (10,11).

Un estudio realizado en una institución en México hace referencia a que se desarrollan sentimientos de ira, tristeza, incertidumbre, angustia, dolor e impotencia (23,57), lo cual es concordante con lo descrito en este estudio. Aunado a que estos sentimientos dificultad movilizar los recursos de afrontamiento (23).

El primer contacto de la enfermera es crucial, conocer las posibles reacciones del familiar será en momentos adecuados y bien enfocados, donde el desconocimiento, el separarse de su familiar, el estado emocional y angustia son la primera barrera que tienen los familiares principalmente y que enfrentará el profesional de enfermería para tener esa conexión que al igual que un trabajo constante se adapte para una incorporación de la familia a las actividades del cuidado. Lo anteriormente mencionado es consiste con lo escrito en “la teoría de consecución de objetivos” (37), respecto a percibir al otro a fin de visualizar el problema y llegar a una coherencia perceptiva.

De acuerdo con los hallazgos de este estudio el acompañamiento inicial se da paulatinamente donde el familiar refiere que se le va dejando hacer algunas acciones, pero siempre con el acompañamiento y supervisión del personal de enfermería, lo cual es similar en un estudio sobre la recepción del familiar que se da en el momento de la hospitalización y el proceso de permanencia en la UCIA, la enfermera al recibir al familiar debe permitir que se establezca el encuentro y el diálogo. Estar presente, relacionarse, crear un vínculo entre la familia y el personal de enfermería son formas de establecer relaciones de acogida (10,11).

Lo anterior es consistente con lo establecido por, respecto a que las familias confían en los profesionales de la salud y la información continua y completa de enfermeras e intensivistas (15). Las familias y los sistemas de atención médica han identificado a las enfermeras como profesionales clave que vinculan las necesidades de las personas hospitalizadas con la respuesta de los integrantes de la familia que colaboran en su cuidado durante su internamiento en la UCI. Además, son los profesionales de enfermería quienes establecen el dialogo y ofrecen apoyo a los integrantes de la familia para hacer frente a la experiencia de tener un familiar en la UCIA.

De acuerdo con los hallazgos y respecto a la accesibilidad del personal para la incorporación del familiar en los cuidados de su allegado, uno de los más importante es la flexibilidad en el horario de visita. Esto es un tema destacado en varios estudios (11,21,23). Estos autores destacan la importancia de “horarios de visita flexibles que permitan permanecer el tiempo suficiente con el paciente” (14). Así mismo se menciona que se debe promover la participación del familiar en la UCI de forma abierta y flexible (14), incluso visita expandida por 24 horas (13,58).

Aunado a lo antes mencionado se plantea que políticas flexibles con el horario de visita versus restrictivas en la UCI reducen síntomas de ansiedad y delirio entre los pacientes y reduce la preocupación de los miembros de la familia. Otra alternativa, incluso con una adecuada planificación y participación del familiar en los horarios de visita, “es necesario contar con situaciones de rechazo y resistencia al cambio de paradigma en las limitaciones de horarios. Estas resistencias (explícitas o implícitas), pueden proceder tanto de la organización buena con la enfermera” (59).

En este sentido retomando lo antes expuesto sobre los horarios y políticas flexibles en la UCIA podría ser una de las respuestas que el personal de enfermería toma respecto al bienestar del paciente y familiar y que King refiere como transacciones. “El establecimiento de relaciones contribuye a que las enfermeras aumenten la confianza en los familiares, lo que permite que estos sean reconocidos como un apoyo emocional para los pacientes y como parte del tratamiento” (21).

Respecto a la enseñanza sobre el cuidado los familiares muestran que inicialmente es angustioso y olvida algunas cosas, pero con el tiempo se va adquiriendo confianza con el personal de enfermería. Se identifica que en ocasiones se presenta un bloqueo que les dificulta el entendimiento, pero el personal de salud al darse cuenta explica las dudas y esto genera tranquilidad.

El personal de enfermería también identifica que es importante hacer conciencia en los familiares sobre los cuidados que tendrán que realizar en casa, por lo tanto también invierten tiempo en orientar al familiar, situación que es contraria a lo

establecido por Valls-Matarín (27), respecto a que algunos estudios manifestaron que no habían recibido información de las enfermeras (os) o bien se daba a criterio de este personal de salud, situación que posiblemente tiene que ver con la carga de trabajo asignada o por la falta de definición de esta función que tiene el personal de enfermería.

Se considera que enfermería puede aportar información de la evolución cotidiana, aunque se identifica al personal de medicina como el que da informes, sin embargo, en la revisión de la literatura se comenta que la información adecuada no solo “está relacionada con el informe médico, sino que puede surgir en el tiempo de visita familiar y ser solventada por otros profesionales de la salud como en el caso de enfermería” (57). Y que esta información sea “adecuada y honesta, así como sentir que los miembros del equipo de la UCI están preocupados por el paciente” (11,23).

Por otro lado, respecto a la comunicación en el ámbito hospitalario -actualmente continua- asimétrica, incluso se hace referencia a que es “restringida, conveniente y condicionada, fluye en un solo sentido y el protagonismo recae sobre uno de los interlocutores (médico)” (21). Lo cual coincide con otro autor quien también reafirma que la comunicación es asimétrica en el trabajador (personal de salud)-usuario (paciente-familia) y que esta parece crecer a medida que crece la distancia social entre ellos, se menciona que su derecho a ejercer su ciudadanía está “embotado”.

Entorno a la construcción de “la relación enfermera-familia, un elemento que se destaca es que el personal de enfermería otorga esperanza a través del diálogo, lo cual es similar a lo descrito en otros estudios” (11,21,23,57). Respecto a que los familiares esperan ser tratados con tacto, con sutileza, simpatía y palabras dulces y alentadoras.

De igual forma se destaca en un estudio que a pesar del contacto físico/corporal realizado por el personal de enfermería estos profesionales no siempre son capaces de tocar el alma de las personas atendidas y, por tanto, encuentran difícil ayudar a construir sentido en medio de situaciones disruptivas de la existencia humana (10,11).

De acuerdo con los hallazgos, la construcción de la relación de confianza se inicia cuando el personal de enfermería identifica la expresión de desconcierto o tristeza del familiar y tiene una respuesta hacia el mismo. Lo anterior es confirmado por otro estudio quien plantea que “identificar las necesidades del familiar permite el establecimiento de una relación profesional y se da cuando el profesional reconoce la presencia del familiar, lo llama por su nombre e intercambiar información con él” (21).

En este estudio se identificó que “la enfermera (ro) en la situación emocional con los familiares se vuelve perceptiva (vo) desde la expresión y manifestaciones que muestran los familiares, por lo que comprende que debe ser tolerante, a fin de evitar el “síndrome de cuidados intensivos” (21), respecto a desarrollar sentimientos de falta de control en sí mismos” (23). Por otro lado, cuando el familiar se tranquiliza y es capaz de desarrollar el apoyo en los cuidados se logra la confianza como quedó denotado en los discursos del personal de enfermería.

De esta forma y de acuerdo con lo antes descrito reafirmamos que cuando el diálogo se inicia, la relación se construye (21) y es consistente con la humanización de los cuidados. La relación profesional de enfermería y el paciente es una relación de poder, si no hay diálogo, no hay encuentro entre los involucrados (10,11), donde la confianza surge como un factor clave (7). “Y donde las respuestas afectivas solo vendrán si los profesionales están atentos al diálogo” (21). Lo antes expuesta se vería enriquecido a través de conversaciones diarias con el familiar, sobre el progreso y próximos pasos, objetivos, discusiones sobre el final de la vida (60).

En este sentido algunos autores “plantean lo que llaman “comprensión empática” haciendo referencia a que la enfermera muestra a través de sus palabras y actitudes una real comprensión de la situación que vive el familiar” (21). Al igual que el diálogo con el familiar “es central para aumentar la confianza, lo anterior concuerda cuando se considera a la interacción como elemento que favorece el inicio de una relación y el aprendizaje de lo que sucede con el paciente” (21).

De esta forma podemos afirmar que el personal de enfermería se humaniza con el diálogo con el paciente y familia. Si el cuidado es mecanizado y poco comprometido, resulta en la desvalorización del llamado cuidado humanizado. “La comunicación es considerada un factor interactivo y humanizador” (11), relevante en la atención del paciente-familia.

La enfermera puede afirmar que el fenómeno de cuidar conjuntamente a la persona y su familia “enriquece de experiencia y después de vivirla trascendamos a un conocimiento más profundo en experiencias sensibles, por esto el cuidado reciproco es trascendente, cada persona a quien cuidamos, ayudamos y nos comunicamos, nos lleva más allá de él y de nosotros mismos, por esto la profesión de enfermería permite mejorarnos continuamente, porque gracias a la experiencia sensible día a día enriquecida podemos anticipar los riesgos, al ser coherentes con nosotros mismos, nuestra propia salud y ofrecer verdadera calidad para cada persona” (61).

Capítulo 8. Conclusiones

En este estudio se destacó la importancia de la relación entre enfermeras y familias como pilar fundamental para el cuidado mutuo en la conexión que facilita procesos interconectados que refuerzan la atención completa. El lazo no solo favorece al paciente, sino que también responde a las expectativas, inquietudes y demandas emocionales de los ser queridos, fomentando un ambiente solidario que mejora el nivel del cuidado proporcionado en una UCIA especializada en gineco-obstetricia.

Durante la estancia en el hospital, los familiares experimentan un proceso de aprendizaje organizacional donde logran vencer sus miedos hacia el personal médico y acuerdan seguir las normas del hospital mientras participan activamente en el cuidado del paciente. Este recorrido finaliza al depositar su confianza en el equipo de enfermería y se traduce en un compromiso mutuo por asegurar el bienestar del paciente. El concepto de reciprocidad al cuidar, se vuelve fundamental

en esta relación dado que la familia aprecia el trabajo del personal de enfermería y valora su labor de manera sincera y respetuosa. Este agradecimiento también contribuye a incrementar la satisfacción del personal de enfermería lo que fortalece su motivación y sensación de logro en el ámbito laboral.

Por otra parte, la interacción entre enfermeros y familiares surge como un componente fundamental para establecer un vínculo emocional y práctico que facilite la superación de las restricciones impuestas por regulaciones estrictas como los horarios restringidos. Una comunicación eficiente no solo contribuye al esclarecimiento de dudas y la gestión del temor, sino que también fomenta la serenidad, aumenta el optimismo y fortalece la confianza de los seres queridos en el personal médico. Esta interacción entre personas de forma profesional deja claro que la enfermería va más allá de la atención técnica al paciente; también abarca el apoyo emocional y la humanización de las vivencias en el entorno hospitalario.

Desde la perspectiva del personal de enfermería, se resalta la importancia de establecer una conexión cercana y respetuosa con la familia del paciente, basada en la sensibilidad y la empatía. La labor de enfermería no solo implica atender los requerimientos clínicos del paciente, sino también considerar sus particularidades personales y familiares, adaptándose a cada situación para brindar una atención integral. Este enfoque contribuye a la estabilidad del paciente en la unidad de cuidados intensivos, al involucrar a la familia de manera colaborativa y deliberada en su cuidado, promoviendo su bienestar y facilitando las diversas tareas de enfermería.

Del mismo modo, este estudio destaca que la interacción entre las enfermeras y los familiares en la unidad de cuidados intensivos no es estática, sino dinámica y continua, desde el primer encuentro del familiar hasta la salida del paciente. Durante este proceso, la enfermería busca constantemente reconocer las particularidades individuales del paciente y su familia, ofreciendo estrategias personalizadas para mantener la estabilidad del paciente mientras tranquiliza y capacita a los familiares. Este enfoque integral fortalece la excelencia en la atención, brindando apoyo para

que las familias se sientan acompañadas, valoradas en un momento tan crucial de sus vidas.

Por último, este enfoque centrado en la teoría fundamentada ha logrado situar la interacción entre enfermeras y familias como un aspecto fundamental en la atención brindada en la Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos (UCIA). Tanto las enfermeras como las familias han expresado que la prestación de cuidados en este entorno crítico requiere necesariamente de una relación colaborativa y empática. Este enfoque teórico también proporciona un sólido fundamento para futuras acciones de formación del personal de enfermería al resaltar la importancia de mejorar capacidades como la comunicación efectiva y la gestión de conflictos junto al desarrollo de empatía; aspectos cruciales para satisfacer las expectativas y preocupaciones de los familiares mientras se asegura la estabilidad y recuperación de los pacientes.

En resumen, la conexión entre enfermeras y familias es real y fundamental para asegurar una atención de alta calidad en entornos críticos. Esta relación, fundamentada en la reciprocidad, la comunicación efectiva y la humanización del cuidado, constituye una de las numerosas tareas que desempeñan las enfermeras no solo para curar, sino también para cuidar de forma excepcional y sensible.

Referencias bibliográficas

1. Aguirre DA. Competencias comunicativas del profesional de Enfermería [tesis doctoral]. Universidad de la Habana. Facultad de Comunicación [Internet]. 2005 [citado 20 de enero de 2025]; 126p. Disponible de: <https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=148>
2. Canga A, Esandí N. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2016 Agosto [citado 20 de enero 2025]; 39(2):319-322. Disponible de: https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v39n2/16_cartas1.pdf
3. Restrepo MC. La empatía en la relación enfermera-paciente. Av Enfermería [Internet]. 2017 [citado 20 de enero 2025]; 35(2):121-122. Disponible de: [Vista de La empatía en la relación enfermera-paciente | Avances en Enfermería](#)
4. Strauss A, Corbin J. Consideraciones prácticas. En bases de investigación cualitativa técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1º ed. Universidad de Antioquia; 2002. 335p.
5. Elers Y, Gibert MP. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. [Internet]. Rev Cubana de Enfermería. 2016 [Citado 20 de enero de 2025]; 32(4):126-136. Diposnible de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400019&lng=es&tlng=es
6. Nascimento ER, Gulini JE, Minuzzi AP, Rasia MA, Danczuk R, Souza BC. et al. As relações da enfermagem na unidade de terapia intensiva no olhar de Paterson e Zderad [Intensive care unit nursing relationships in the view of Paterson and Zderad]. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2017 [citado 21 de enero 2025]; 24(2):5817. 6p. Disponible en: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5817>
7. Naef R, Brysiewicz P, Mc Andrew N, Beierwaltes P, Chiang V, Clisbee D, Beer J. et al. Intensive care nurse-family engagement from a global perspective: A qualitative multi-site exploration. Enfermería intensiva y de cuidados intensivos [Internet]. 2021 octubre [ciatdo 20 enero 2025]; 66(1). Disponible en: [Compromiso entre la enfermera de cuidados intensivos y la familia desde una perspectiva global: una exploración cualitativa en múltiples sitios - ScienceDirect](#)
8. Jolanki O, Tynkkynen LK. Primary health care nurses' views on patients' abilities and resources to make choices and take decisions on health care.

Health Policy [Internet]. 2018 [citado 20 de enero de 2025]; 122(9):957-962. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30104085/>

9. Collyer MF, Willis FK, Lewis S. Gatekeepers in the healthcare sector: Knowledge and Bourdieu's concept of. Social Science & medicine [Internet]. 2017 [citado 20 de enero de 2025].96-103. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953617303647>
10. De Beer J, Brysiewicz P. The Experiences of Family Members During the Critical Illness of a Loved One Admitted to an Intensive Care Unit. Africa Journal of Nursing and Midwifery [Internet]. 2017 [citado 20 de enero de 2025]; 1(19): 56-68. Disponible en: <https://unisapressjournals.co.za/index.php/AJNM/article/view/1446>
11. Gómez CP, Monsalve V, Soriano JF, Andrés J. El ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Boletín de Psicología [Internet]. 2018 [citado 20 de enero de 2025]; 87(61-88). Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N87-3.pdf>
12. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. Circulation [Internet]. 2006 [citado 20 de enero 2025]; 7(113):946-952. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16490836/>
13. Zaforteza L, García MA, Quintana CC, Sánchez C, Abadía OE et al. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? Enfermería Intensiva [Internet]. 2010 [citado 20 de enero 2025]; 21(2). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113023990900008X>
14. Kleinpell R, Heyland DK, Lipman J, Sprung CL, Levy M et al. Patient and family engagement in the ICU: Report from the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Journal of critical care [Internet]. 2018 [citado 20 de enero de 2025]; 48:251–256. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30245366/>
15. Jakobsen L, Keller KK, Laerkner E. Experiencias de los padres durante y después de la estancia de sus hijos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos - Un estudio cualitativo de entrevista. Enfermería de Cuidados Intensivos y Críticos [Internet]. 2021 mayo [citado 20 de enero de 2025]; 67. Disponible en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339721000781>

16. Paterson J, Zderad L. Enfermería Humanística. New York: Asociación Nacional de Enfermería [Internet]. 1988 [citado 20 de enero de 2025]. Disponible en: <https://archive.org/details/humanisticnursin0000pate>
17. Ballesteros Pinzón, G Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. [Internet]. 2014 [citado 20 de enero de 2025]; Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá Facultad de Enfermería. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/52712>
18. Díaz HLP, Ballesteros PGA. Comunicación entre la enfermera y el familiar: una relación entre seres humanos honesta, directa y real. Investigación en Enfermería. Imagen y desarrollo [Internet]. 2021 [citado 20 de enero de 2025]; 23:1-10. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/28803/26125>
19. McKegney FP. The intensive care syndrome. The definition, treatment and prevention of a new "disease of medical progress". Conn Med [Internet]. 1966 [Citado 20 de enero de 2025]; 30(9):633-6.
20. Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. Nursing Critical Care [Internet]. 2004 [citado 20 de enero de 2025]; 9(2):72-79. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1478-5153.2004.00053.x?sid=nlm%3Apubmed>
21. Duque C, Arias MM. Relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos. Hacia una comprensión empática. Rev. Cienc. Salud [Internet]. 2021 [citado 20 de enero de 2025]; 19(1): 124-143. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732021000100124&lng=en&nrm=iso&tlng=es
22. León CL. Relación interpersonal Enfermera–Familia del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Posgrados de Enfermería. Bogotá, Colombia [Internet]. 2018 [citado 20 de enero de 2025]. Disponible en: https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/68935/1030611774_2018.pdf?sequence=1
23. Gómez P, Monsalve V, Soriano JF, De Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una unidad de cuidados intensivos. Revisión. Med Intensiva [Internet]. 2007 [citado 20 de enero de 2025]; 31(6): 318-25. Disponible en: <https://medintensiva.org/es-pdf-13108551>
24. Minjeong JS. La comunicación médico-familia en la UCI y su relación con el malestar psicológico de los familiares: un estudio transversal. Int J Nurs

Stud[Internet]. 2019 julio [Citado 20 de enero de 2025]; 34(94). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748919300884>

25. Sviri S, Geva D, Vernon P, Romain M, Rawhi H, Abutbul A et al. Implementation of a structured communication tool improves family satisfaction and expectations in the intensive care unit. Revista de cuidados intensivos [Internet]. 2019[citado 20 de enero de 2025]; 51:6-12. Disponible en: <https://sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944118314382>
26. Newell JS. The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. Database System Rev Implement Rep [Internet]. 2015 [citado 20 de Enero de 2025]; 13(1):76-87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26447009/>
27. Valls J, Cotillo M. Nurse information in Spanish intensive care units: Formal or informal role? Multicentre study. Enferm Intensiva[Internet]. 2022 [citado 20 de enero de 2025]; 33(4):206-211. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36379878/>
28. Subiela JA, Abellón RJ, Celdrán AI, Manzanares JA, Satorres RB. La importancia de la escucha activa en la intervención enfermera. Enfermería Global[Internet]. 2014 [citado 20 de enero de 2025]; 34: 276-292. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eq/v13n34/administracion4.pdf>
29. Brevis UI, Garrido PS. Creencias, sentimientos e incertidumbre a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. Chill Med Inten[Internet]. 2011 [citado 20 de enero de 2025]; 26:27-34. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=80288>
30. García OD, García GN, Martínez ML. La relación terapéutica con la familia del paciente crítico. Metas de enfermería[Internet]. 2016 [citado 20 de enero de 2025]; 2(19). Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80882/la-relacion-terapeutica-con-la-familia-del-paciente-critico/>
31. Díez AM, Fernández PR, Ferrer GM, Cuadra GLM, Ruiz GMD et al. Por una UCI más abierta, más confortable y humana, comunicación breve. Revista Sanitaria de investigación [Internet]. 2021 [citado 20 de enero de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8210439>

32. Naranjo IC, Ricaurte GP. La comunicación con los pacientes. Investigación de Enfermería [Internet]. 2006 [citado 20 de enero de 2025]; 94-98. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215400009.pdf>
33. Happ MB, Garrett K, DiVirgilio TD, Tate J, George E, House MS et al. Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. Am J Crit Care [Internet]. 2011 [Citado 20 de enero de 2025] 20 (2): 28–40. Disponible en: <https://aacnjournals.org/aicconline/article/20/2/e28/6026/Nurse-Patient-Communication-Interactions-in-the>
34. Santana CL, Sánchez PM, Hernández ME, García MM, Eugenio RP, Villanueva OÁ. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. Med. Intensiva [Internet]. 2017 [citado 20 de enero de 2025]; 31(6):273-280. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-necesidades-los-familiares-pacientes-cuidados-articulo-13108547>
35. Pérez B. El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. Aquichan [Internet]. 2002 [citado 20 de enero de 2025]; 2(1): 24-26. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100005&lng=en
36. Parrado ML, Sáenz MX, Soto VI, Guáqueta SR, Amaya RP, et al. Validez de dos instrumentos para medir la relación interpersonal de la enfermera con el paciente y su familia en la unidad de cuidado intensivo. Investig Enferm. Imagen Desarr [Internet]. 2016 [citado 20 de enero 2025]; 18(1): 115-128. Disponible en: <https://www.index-f.com/invenf/18pdf/18115.pdf>
37. Marriner TA, Raile AM. Modelos y teorías de enfermería North Carolina: Elsevier. 2014. 365 p.
38. Litman TJ. The family as a basic unit in health and medical care: social-behavioral overview. Social Science Medicine [Internet]. 1974 [citado en 20 de enero 2025]; 8(9-10): 495-519. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0037785674900729>
39. Luttik ML, Paans W. “New Kid on the Block”: Family Nursing Initiatives in the Netherlands. Journal of Family Nursing [Internet]. 2018 [citado 20 de enero 2025]; 24(3): 303-306. Disponible en: <https://colab.ws/articles/10.1177%2F1074840718788372>
40. Luttik ML. Innovation lab family care; the first family nursing initiative in the Netherlands. Evenement 5th Conference in Family Focused Nursing: Families throughout the Lifespan - Tampere, Finland. Duur [Internet]. 2018 [citado 20

de enero de 2025]. Disponible en:
<https://research.hanze.nl/nl/publications/innovation-lab-family-care-the-first-family-nursing-initiative-in>

41. Luttik ML. Enfermería Familiar: La familia como unidad de investigación y cuidado. Revista Europea de Enfermería Cardiovascular [Internet]. 2020 [cita 20 de enero 2025];19(8): 660–662. Disponible en:
<https://doi.org/10.1177/1474515120959877>
42. Lovo J. Crisis familiares normativas. Aten Fam [Internet]. 2021 [cita 20 de enero de 2025]; 28(2):132-138. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2021/af212i.pdf>
43. Lovo J. Crisis familiares paranormativas. Aten Fam [Internet]. 2021 [cita 20 de enero de 2025]; 17(20):36-41. Disponible en:
<https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/download/161/149?inline=1>
44. Benítez IG. Crisis Familiares. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2000 [citado 20 de enero 202];16(3): 280. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000300010
45. De Araujo RC, Nunes FA. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2016 [citado 20 enero de 2025]; 6 (3): 350-359. Disponible en:
<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17313/pdf>
46. Parro E, Morán N. Complicated grief: a systematic review of prevalence, diagnosis, risk and protective factors in the adult population of Spain. Anal. Psicol[Internet]. 2021 [citado 20 de enero de 2025]; 37(2): 189-202. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282021000200001&lng=eS
47. Fuster DE. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Representaciones [Internet]. 2019[citado 20 de enero de 2025]; 7(1):201-229. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-79992019000100010
48. Vivar GC, Arantzamendi M, López O, Gordo LC. La teoría Fundamentada como Metodología de investigación cualitativa en Enfermería. Index. Enferm [Internet]. 2010[citado 20 de enero de 2025]; 19(4):283-288. Disponible en:https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000300011&script=sci_abstract&lng=en

49. MAXQDA. Investigación avanzada de métodos cualitativos y mixtos para Windows y Mac. [Internet]; 2015. Disponible en: <https://www.maxqda.com/products/maxqda>
50. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación. México. 6 de enero de 1987.
51. Consejo Internacional de Enfermería. Código de ética del CIE para las enfermeras. Revisado en 2021. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf
52. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Amn. Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos. 2024[citado 20 de enero del 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
53. Comisión Nacional de Bioética. Código de Nuremberg. Normas éticas sobre experimentación en seres humanos. Disponible en: <https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INT.L.Cod.Nuremberg.pdf>
54. Álvarez GJ. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Paidós; 1ª edición 2003. 213 p.
55. Fernández TC, Pérez MR, Bardales MO. Hacia una mejor comprensión de la validez y la confiabilidad en la investigación: apuntes desde el entorno universitario. Rev. Spirat [Internet]. 2024 [Citado 20 de enero 2025];2(3):35-46.
56. Esandi N, Canga A. Atención centrada en la familia: un modelo para abordar los cuidados de la demencia en la comunidad. Atención Primaria [Internet]. 2016[citado 20 de enero]; 48(4):265-269. Disponible en: [Atención centrada en la familia: un modelo para abordar los cuidados de la demencia en la comunidad - ScienceDirect](#)
57. Jimenez GM, Rojas MV, García SOIA, González GS, Mancilla BA et al. Experiencias de los familiares con pacientes en la unidad de terapia intensiva. Revista de enfermería neurológica [Internet]. 2017 [citado 20 de enero de 2025];16(1):22-30. Disponible en: <https://www.revenferneurolonlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/234>

58. Rosa RG, Falavigna M, Silva DB, Sganzerla D, Santos MS et al. ICU Visits Study Group Investigators and the Brazilian Research in Intensive Care Network (BRICNet). Effect of flexible family visitation on delirium among patients in the intensive care unit. JAMA [Internet]. 2019 [citado 20 de enero de 2025];322(3):216-228. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6635909/>
59. Zaforteza C, Gastaldo D, Sánchez P, De pedro J, Lastra P. Relación entre enfermeras de unidades de cuidados intensivos y familiares: inicios para el cambio. Nure investigación [Internet]. 2004 [citado 20 de enero de 2025]; 3. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/133>
60. Hamilton R, Kleinpell R, Lipman J, Davidson E. Facilitadores internacionales y barreras para la participación familiar en la UCI: resultados de un análisis cualitativo. J Cuidado de la crítica [Internet]. 2020 [citado 20 de enero de 2025]; 58:72-77. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32361221/>
61. Villarraga L. Cuidado recíproco de enfermería. Revista Universidad Nacional de Colombia [Internet]. 1996 [citado 20 de enero de 2025]; 1(14): Cuidado recíproco de enfermería | Avances en Enfermería

Anexos

Dictamen de aprobación por el comité de ética



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3606**.
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA

Registro COFEPRIS 17 CI 09 010 024
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 09 CEI 026 2016121**

FECHA Jueves, 08 de diciembre de 2022

Mtro. VICENTE ANDRES VERGARA MEDINA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **LA RELACIÓN ENFERMERA-FAMILIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA", IMSS.** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2022-3606-053

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Oscar Moreno Alvarez

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3606

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Consentimiento informado para los familiares



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**
**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (adultos-familiares de
pacientes)**

Nombre del estudio:	LA RELACIÓN ENFERMERA-FAMILIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA UMAE HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA", IMSS.
Patrocinador externo (si aplica):	No
Lugar y fecha:	Ciudad de México a de de 2023 .
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: La relación del personal de Enfermería y la familia puede caracterizarse por la ausencia de afecto, dadas las dificultades en la comunicación e interacción que habitualmente ocurren en el entorno hospitalario. Sin embargo, se puede aprender a tratar dichas deficiencias para darle importancia a las prioridades de la familia de los pacientes que se encuentran en una unidad de cuidados intensivos. El objetivo de este proyecto de investigación es comprender la relación enfermera-familia en una unidad de cuidados intensivos.
Procedimientos:	Se le invita a participar en este proyecto de investigación, el cual consiste en realizarle una encuesta sobre su relación con el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos. Su participación consiste en acudir a la biblioteca del Hospital donde se le realizará una encuesta que será grabada y posteriormente analizada para su discusión, la información que usted y otros participantes respondan a las preguntas que se le realicen.
Posibles riesgos y molestias:	Se requiere que dedique 45 minutos de su tiempo para responder la encuesta que se le realizará.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirán dinero o pago por su participación en este proyecto de investigación, ni les causará gastos. Al participar en este estudio, usted no tendrá un beneficio directo para su diagnóstico y para su tratamiento, sin embargo, puede ayudar a mejorar en el futuro la relación del personal de enfermería con los familiares de los pacientes.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El tratamiento que reciba su familiar será el mismo si usted decide o no participar en este estudio.
Participación o retiro:	Su participación en esta investigación es voluntaria. Usted puede decidir libremente si participa o no en esta investigación, ya que la atención médica y el tratamiento que su familiar amerite serán los mismos independientemente de su decisión y estarán de acuerdo con los procedimientos establecidos en el IMSS. Si usted inicialmente decide participar en esta investigación y posteriormente cambia de opinión y quieren retirar su autorización, pueden hacerlo sin ningún problema y en cualquier momento, sin que su decisión afecte la atención que su familiar reciben en este hospital, ni los beneficios a los que su familiar tiene derecho en el IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	La información que se obtenga de esta investigación es estrictamente confidencial. Sus datos personales y los de su familiar serán guardados de forma confidencial. Los resultados finales de esta investigación serán presentados en conferencias, congresos o artículos científicos, sin embargo, su identidad será protegida, ya que sólo se presentarán resultados globales de todos los participantes en este estudio. En la base de datos que contendrá los resultados, se utilizará un pseudónimo (nombre inventado). Las bases de datos serán guardadas en equipos de cómputo a los cuales se tiene acceso mediante una contraseña. Toda su información será destruida cinco años después de concluir el estudio.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

☐

No acepto participar en el estudio.

☐
☐

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Vergara Medina Vicente Andrés. Enfermero General. UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, Luis Castelazo Ayala, IMSS. Río Magdalena 289, Col. Tizapán San Ángel, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México. C.P. 01090. Tel. 55506422 Ext. 28014. Horario: sábado a miércoles de 14:00 a 21:30 horas.

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

Consentimiento informado para profesionales de salud



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**
**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (adultos-profesionales de la
salud)**

Nombre del estudio:	LA RELACIÓN ENFERMERA-FAMILIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA UMAE HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA", IMSS.
Patrocinador externo (si aplica):	No
Lugar y fecha:	Ciudad de México a de de 2023 .
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: La relación del personal de Enfermería y la familia puede caracterizarse por la ausencia de afecto, dadas las dificultades en la comunicación e interacción que habitualmente ocurren en el entorno hospitalario. Sin embargo, se puede aprender a tratar dichas deficiencias para darle importancia a las prioridades de la familia de los pacientes que se encuentran en una unidad de cuidados intensivos. El objetivo de este proyecto de investigación es comprender la relación enfermera-familia en una unidad de cuidados intensivos.
Procedimientos:	Se le invita a participar en este proyecto de investigación, el cual consiste en realizarle una encuesta sobre su relación con los familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos. Su participación consiste contestar en grupo dentro de la UCIA, donde se les realizará la entrevista que será grabada y posteriormente analizada para su discusión, la información que usted (es) y otros participantes respondan a las preguntas que se le realicen.
Posibles riesgos y molestias:	Se requiere que dedique 45 minutos de su tiempo para responder la encuesta que se le realizará.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirán dinero o pago por su participación en este proyecto de investigación, ni les causará gastos, sin embargo, los resultados pueden ayudar a mejorar en el futuro la relación del personal de enfermería con los familiares de los pacientes y tendrán una copia inédita de los resultados para su propio uso.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si usted decide o no participar en este estudio al término de la investigación, los resultados podrán estar a su alcance en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos o pedir una copia al investigador responsable.
Participación o retiro:	Su participación en esta investigación es voluntaria. Usted (es) puede(n) decidir libremente si participa (n) o no en esta investigación y es libre en dejarla en cualquier momento que nos indique (n), de igual manera los resultados podrán consultarse en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, cuyo único objetivo sea un posible cambio en la calidad y mejorar la relación enfermera-familia. Si usted inicialmente decide participar en esta investigación y posteriormente cambia de opinión y quieren retirar su autorización, pueden hacerlo sin ningún problema y en cualquier momento y su información se eliminará.
Privacidad y confidencialidad:	La información que se obtenga de esta investigación es estrictamente confidencial. Sus datos personales serán guardados de forma confidencial. Los resultados finales de esta investigación serán presentados en conferencias, congresos o artículos científicos, sin embargo, su identidad será protegida, ya que sólo se presentarán resultados globales de todos los participantes en este estudio. En la base de datos que contendrá los resultados, se utilizará un pseudónimo (nombre inventado). Las bases de datos serán guardadas en equipos de cómputo a los cuales se tiene acceso mediante una contraseña. Toda su información será destruida cinco años después de concluir el estudio.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

☐

No acepto participar en el estudio.

☐

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

☐

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Vergara Medina Vicente Andrés. Enfermero General. UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, Luis Castelazo Ayala, IMSS. Río Magdalena 289, Col. Tizapán San Ángel, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México. C.P. 01090. Tel. 55506422 Ext. 28014. Horario: sábado a miércoles de 14:00 a 21:30 horas.

Colaboradores: _____

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013