

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA FUNDAMENTADA EN LA COMUNICACIÓN
SOBRE LA INCERTIDUMBRE DE FAMILIARES DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN LA UCI ADULTOS**

JACQUELINE ESTHER TABOADA SUAREZ

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
BOGOTA, COLOMBIA
2019**

**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA FUNDAMENTADA EN LA
COMUNICACIÓN SOBRE LA INCERTIDUMBRE DE FAMILIARES DE
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI ADULTOS**

JACQUELINE ESTHER TABOADA SUAREZ

**Tesis para optar por el título de Magíster en Enfermería
Directora: Dra. María Elisa Moreno Fergusson
Profesora Titular**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
BOGOTA, COLOMBIA
2019**

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa su agradecimiento a:

María Elisa Moreno por el gran apoyo brindado, por haber confiado en mi persona, por la paciencia y por su sabiduría para la dirección de este trabajo.

Los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos que participaron, por permitirme conocer su experiencia para el crecimiento y desarrollo del cuidado de enfermería.

Vanessa Penagos, Yarlyn Valera López, Ingrid Contreras Roa amigas que me acompañaron en esta aventura que significó la maestría en enfermería, y aquellos que, de forma incondicional, entendieron mis ausencias como lo es Betty Suarez mi mamá y mi hijo amado Jerónimo Anzola Taboada quien me motiva cada día en la construcción de mi proyecto de vida.

A la FOSCAL internacional, y a los profesionales de la Unidad de Cuidado Intensivo, por su apoyo incondicional que permitió la realización de este proyecto.

Gracias a todos.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	10
1. MARCO DE REFERENCIA	12
1.1. DESCRIPCION DEL ÁREA PROBLEMA.....	12
1.1.1. Factores generadores de incertidumbre y de sufrimiento en la familia del paciente hospitalizado en UCI.....	12
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
Necesidades de los familiares del paciente hospitalizado en la UCI	14
1.2.1. Cuidado de enfermería para atender la necesidad de información de los familiares de pacientes hospitalizados en UCI.....	16
1.2.2. Comunicación dentro del equipo de cuidados críticos:.....	17
1.2.3. Comunicación entre el equipo de salud y la familia:	18
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION	20
1.4 OBJETIVOS	20
1.4.1 Objetivo general	20
1.4.2 Objetivos específicos:	21
1.5. HIPÓTESIS	21
1.6. JUSTIFICACIÓN.....	21
1.6.1 Relevancia Disciplinar	22
1.6.2 Relevancia Social	23
1.6.3 Relevancia Teórica.....	25
1.7 MARCO CONCEPTUAL	26
1.7.1 Unidad de cuidados intensivos.....	26
1.7.2 Intervención de enfermería basada en la comunicación.....	26
1.7.3 Cuidado convencional de enfermería:.....	26
1.7.4. Incertidumbre.	27
1.7.5. Paciente hospitalizado en la UCI adulto.....	27
1.7.6. Familiar:	27
2. MARCO TEORICO	28
2.1. Teoría de la incertidumbre en la enfermedad:.....	28

2.2. Incertidumbre de los familiares en UCI	30
2.3. Comunicación en la UCI:	32
3. MARCO METODOLÓGICO	36
3.1. Tipo de Estudio: Cuantitativo	36
3.2. Tipo de diseño:	36
3.3. Población, muestra y muestreo.....	37
3.3.1 Población:.....	37
3.3.1. Muestra:.....	37
3.4. Criterios de inclusión	37
3.5. Criterios de exclusión:.....	38
3.6. Variables.....	38
3.6.1. Variable independiente.....	38
3.6.2. Variable dependiente:.....	38
3.7 Instrumentos	39
3.7.1. Ficha sociodemográfica:.....	39
3.7.2 Familiograma o genograma y ecomapa:	39
3.7.3 Escala de valoración de la incertidumbre.....	39
3.8. Descripción de la intervención enmarcada en la teoría.....	41
3.9. Análisis de los resultados:	44
3.10 Rigor metodológico:.....	45
3.11. Aspectos Éticos	45
4. MARCO DE ANÁLISIS	47
4.1. Resultados	47
4.1.1 Características sociodemográficas de la muestra:	47
4.1.2. Familiograma y Ecomapa.....	49
4.1.4. Prueba de hipótesis.....	56
5. DISCUSION	57
6. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	61
6.1 Conclusiones	61
6.2 Limitaciones	62
6.3 Recomendaciones.....	62
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	64

LISTA DE TABLAS

No.	Nombre de la tabla	Pag
Tabla 1.	Variables del estudio	38
Tabla 2	Descripción primera fase grupo intervención	42
Tabla 3	Descripción de aplicación de la intervención fundamentada en la comunicación	42
Tabla 4	Contenido de la intervención	44
Tabla 5	Características sociodemográficas de los familiares de personas hospitalizadas en la UCI	47
Tabla 6	Comportamiento de los subdimensiones de la incertidumbre de los familiares en el grupo intervención y de comparación previo a la intervención	51
Tabla 7	Comparación del nivel de incertidumbre antes y después de la intervención convencional en los dos grupos	53
Tabla 8	Comparación de los subdimensiones de la incertidumbre antes de la intervención en los dos grupos	55
Tabla 9	Comparación de los subdimensiones de la incertidumbre después de la intervención en ambos grupos	55
Tabla 10	Resumen contraste de la prueba de hipótesis	56
Tabla 11	Inter grupos con la U de Mann-Whitney	56

LISTA DE FIGURAS

No.	Título	Pag
Figura 1	Teoría de la incertidumbre percibida frente a la enfermedad	29
Figura 2	Incertidumbre en los familiares de pacientes hospitalizados en UCI	32

LISTA DE GRAFICAS

No.	Título	Pag
Grafica 1	Resultados de comparación del puntaje total de la escala de incertidumbre de los familiares de personas hospitalizadas en UCI pretest	52
Grafica 2	Comparación del Nivel de incertidumbre después de la intervención en ambos grupos	53
Grafica 3	Diferencia en incertidumbre entre el grupo intervención y el grupo comparación.	54

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: instrumento de valoración.....	80
Anexo 2: instructivo para realizar el Familiograma.....	89
Anexo 3: Consentimiento informado	92
Anexo 4: Cronograma.....	95
Anexo 5: Folleto.....	97
Anexo 6: Carta comité de ética Foscal Internacional.....	98
Anexo 7: Carta subcomisión de enfermería Universidad de la Sabana.....	99

INTRODUCCION

Cuando una persona ingresa a un servicio de alta complejidad como una unidad de cuidados intensivos no solo se ve afectada la vida de este ser, sino todo el núcleo familiar, debido a que somete a cada miembro de la familia a afrontar una situación que genera elevados niveles de incertidumbre, ante la falta de seguridad en que el paciente sobrevivirá o no, la incapacidad para comprender si la enfermedad tendrá secuelas que comprometan su calidad de vida (1).

Esta situación, sumada a la falta de información, genera elevados niveles de incertidumbre, ante un pronóstico incierto donde se ve amenazada la vida del paciente y la dificultad para establecer si la enfermedad tendrá secuelas que comprometan su calidad de vida en el futuro (1) Esta incertidumbre se mantiene a lo largo de la hospitalización en la unidad de cuidado intensivo y tiene una gran influencia en las reacciones de los familiares y en las acciones y estrategias que emprenden para afrontarla. Una respuesta frecuente son los periodos prolongados de estrés (2).

Esta situación genera en los familiares la necesidad de recibir información (3). Ellos necesitan conocer la condición de salud del paciente, el diagnóstico, el pronóstico, el plan de tratamiento, y la evolución; necesitan sentir esperanza, saber que su familiar está bien cuidado y tener la certeza de que serán informados si se presentan cambios (4). La falta de información incrementa la incertidumbre y causa sentimientos negativos de soledad, estrés, ansiedad, y temor entre otros, por ello esta necesidad debe ser abordada por el equipo de salud de forma interdisciplinaria, especialmente por el personal médico y de enfermería (3) (5).

Mishel sostiene que, al brindar información a los pacientes y familiares, se logra modelar la incertidumbre al mejorar el nivel de conocimiento, las habilidades para la solución de problemas y las habilidades de comunicación en los familiares(6). Por ello, una de las estrategias que contribuyen a reducir los niveles de incertidumbre ante la enfermedad, es la comunicación como una vía para obtener la información que requieren los familiares, adquirir conocimientos sobre el entorno, las medidas de tratamiento, el cuidado de enfermería y a comunicarse de manera asertiva con el personal de la Unidad.

El propósito de este estudio de tipo cuantitativo cuasi experimental, fue establecer el efecto de una intervención de enfermería basada en la comunicación sobre la incertidumbre de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos, de una institución de salud de IV Nivel de la ciudad de Bucaramanga.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1. DESCRIPCION DEL ÁREA PROBLEMA

Las unidades de cuidado intensivo (UCI) son servicios específicos de las instituciones de salud destinados a la atención de la enfermedad grave; en estas áreas se hospitalizan personas que requieren atención profesional continua con el apoyo de equipos con alta tecnología (7)(8), son pacientes que requieren de monitoreo y una evaluación integral y permanente de su condición hemodinámica, ventilatoria, metabólica emocional, social, y económica. Una reciente actualización de los recursos estructurales de los Servicios de Medicina Intensiva en España pone de manifiesto que la mayor parte (81%) de las UCI tienen carácter polivalente, admitiendo a pacientes con patología médica y quirúrgica. La predominancia de un tipo u otro de patologías puede llevar a que las necesidades estructurales y de personal, así como la asignación de recursos, sea diferente (9).

Para una familia es difícil afrontar esta situación que causa incertidumbre, al desconocer el desenlace del paciente que cursa con una enfermedad crítica. Es por ello que en las unidades de cuidado intensivo, son sujetos de cuidado, no solo el paciente crítico, sino también los familiares que lo acompañan y están pendientes de su condición de salud, ellos también requieren un acompañamiento profesional que los guíe en este proceso y los ayude a afrontarlo y sobrellevarlo (4).

1.1.1. Factores generadores de incertidumbre y de sufrimiento en la familia del paciente hospitalizado en UCI

La hospitalización en la UCI de un familiar es a menudo un evento inesperado. La familia se ve abocada a afrontar en forma súbita una situación en la cual una enfermedad amenaza la vida de su ser querido, es una experiencia devastadora que genera altos niveles de incertidumbre. Se ha observado que como consecuencia de esta, más de dos tercios de los miembros de la familia que visitan la UCI experimentan ansiedad, depresión y miedo, durante los primeros días de hospitalización, (10) (11). La incertidumbre, afecta la capacidad de los familiares de comunicarse entre sí, ocasiona pérdida de la concentración, trastornos del sueño de moderados a severos, fatiga y ansiedad leve (12), por ello requieren una atención especial del equipo de enfermería, responsable de brindar un cuidado humanizado.

Algunos miembros de la familia al tener incertidumbre pueden experimentar estrés postraumático secundario a la hospitalización de un ser querido en la UCI, y una revisión de la literatura de 10 estudios sobre este síndrome identificó varios factores predisponentes ante la

incertidumbre como son: género femenino, o el parentesco, ser el padre del paciente de la UCI o ser el miembro de la familia más joven, tener una educación hasta secundaria o una historia de tratamiento psicológico. Por otra parte aunque algunas familias se reúnen ante la presencia de incertidumbre y son capaces de tomar decisiones, deben contar con un apoyo profesional interdisciplinario como por ejemplo trabajadores sociales, capellanes o recursos de cuidados paliativos, para fortalecer su comunicación (6).

La literatura describe que, dentro de este período de enfermedad, la familia del paciente crítico experimenta un conjunto único de necesidades relacionadas principalmente con su percepción de seguridad, proximidad, información, confort y apoyo lo cual se traduce en la incertidumbre que deben aprender a manejar y afrontar (13). Dicha incertidumbre la pueden experimentar en silencio, pasando desapercibida por el personal sanitario generando estrés y ansiedad (14). Sin embargo, conocer y afrontar esta incertidumbre refuerza la capacidad de la familia para interactuar y apoyar al paciente, incrementa la satisfacción con el cuidado percibido y promueve la confianza y seguridad en la relación enfermera-paciente. Un estudio descriptivo realizado por McKiernan encontró que los familiares identificaron a las enfermeras como la fuente más importante de cuidado y apoyo, para manejar la incertidumbre y poder pasar tiempo de calidad con su pariente. (15).

La incertidumbre de los familiares se debe a diversos factores, entre los que se destacan:

- **Factores biológicos**

En estos se reconocen en primer lugar, aquellos relacionados con el paciente como puede ser la enfermedad, el estado crítico y, los cambios físicos, entre otros (15). En segundo lugar, aquellos relacionados con el familiar como el estado de salud, la alteración de patrones de sueño y alimentación.

Los problemas de salud más comunes en los cuidadores están asociados con la depresión, la ansiedad y el mismo trastorno de estrés postraumático. Los cuidadores con parientes en la UCI tienen intensas demandas tanto físicas como mentales por la prolongada hospitalización y el deterioro del paciente, lo que se ha asociado con la fatiga del cuidador (15).

Los cuidadores que presentan una menor vitalidad o fatiga significativa asociada al cuidado del paciente de UCI, reportan síntomas depresivos, sentimientos de carga, comportamientos riesgosos para la salud y baja calidad de sueño, a lo que se suma tensión psicológica asociada con una pobre salud física y esto puede generar mortalidad precoz en cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas; de hecho, es posible que el cuidador preste menor atención a su propia salud que a la del paciente, lo que a la vez puede afectar su salud y habilidad para proveer apoyo (14).

- **Factores psicosociales**

Las familias con pacientes hospitalizados en UCI tienen exigencias situacionales y cambios en el funcionamiento de su núcleo familiar, dificultades en la comunicación, modificación en los roles y responsabilidades, dificultades en la toma de decisiones y cambios en las relaciones, lo que puede desencadenar crisis familiares temporales, cambios en las reglas y dinámicas familiares, deben resolver quién se hará cargo del paciente, se experimentarán nuevos sentimientos y responsabilidades, aumento en los niveles de estrés e incluso riesgos para la salud del cuidador por agotamiento. En este estudio realizado por Chan y Twin, se identificó que las estrategias de afrontamiento que utilizan son buscar información, apoyo, confiar en las creencias, mantener la esperanza y aceptar la enfermedad (16).

Es decir, cuando las familias afrontan una situación como la de tener un ser querido hospitalizado en UCI, necesitan apoyo para poder sobrellevar de la mejor manera esta circunstancia y es allí donde enfermería puede intervenir, mejorar su experiencia.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hospitalización es una vivencia intensa, innegable, el paciente es arrancado de su entorno, separado de sus seres queridos, sometido a técnicas invasivas y que según la condición de salud puede sentir el riesgo de morir, además las UCI constituyen para ellos un ambiente desconocido y hostil (17). Esta situación despierta en la familia gran incertidumbre con sentimientos de ansiedad, estrés, impotencia, tristeza, incapacidad, desasosiego, Inseguridad, esperanza, dolor, deseos de descansar (de morir) y rabia. También tienen sentimientos de soledad, aislamiento y se ven obligados a realizar ajustes en sus actividades cotidianas(18) (19), de allí la importancia que tiene para enfermería asumir a la familia del paciente crítico, como sujeto de cuidado e identificar las necesidades que presentan a raíz de la incertidumbre que se vive por tener un familiar en la UCI (19). Hoy en día se reconoce que la familia tiene un papel importante y fundamental en la recuperación de los enfermos hospitalizados en cuidados intensivos (20).

Necesidades de los familiares del paciente hospitalizado en la UCI

Dadas las implicaciones que tiene para la familia la hospitalización de un ser querido, es importante conocer a los familiares, establecer las características de la familia, su diversidad cultural, el género del cuidador principal, experiencias anteriores relacionadas con la enfermedad y las estrategias de afrontamiento. Este conocimiento facilitará la interacción con ellos, tenerlos en cuenta como sujetos de cuidado, e involucrarlos en la medida de las posibilidades en el cuidado del paciente (19).

Así mismo es fundamental conocer las necesidades de los familiares y su grado de satisfacción, para tener una perspectiva real de la situación y poder planear estrategias de intervención encaminadas a brindarles apoyo, asesoría y los recursos necesarios para ayudarlos a afrontar la situación que están viviendo. Los familiares de los pacientes hospitalizados en una UCI, necesitan modular el nivel de incertidumbre para adaptarse a esta experiencia (21)(22).

A su vez se identifican cuatro grandes grupos de necesidades de las familias, que se enmarcan en las siguientes áreas (3):

- Necesidades cognitivas: Hacen referencia al conocimiento del estado del paciente, siendo la necesidad de información una de las más importantes. La familia requiere recibir información del estado de salud del paciente, sentir esperanza en su recuperación, aliviar la ansiedad, tener seguridad y confianza, sentir que el paciente recibe los cuidados adecuados por parte del equipo de salud, comodidad y sentir que cuida y protege a su ser querido(23)(20). Se considera muy importante que la información sea veraz, honesta y comprensible, se proporcione a tiempo, sea clara y sencilla (21). Según Quijano (24) al comunicarse con la familia se deben incluir además aspectos como el vocabulario, el tono de la voz, la postura, gestos y movimientos que comunican sentimientos. Los familiares requieren crear un vínculo con el personal que atenderá al paciente, por lo que las familias se sienten menos satisfechas cuando más de dos médicos le atienden o cuando la enfermera asignada al paciente cambia a menudo.
- Necesidades emocionales: Hacen referencia a los sentimientos experimentados por los familiares debido al ingreso de su allegado en la UCI, siendo la necesidad de proximidad una de las más importantes (14). Los familiares perciben la necesidad de una política de visitas más abierta, para poder permanecer con él, reconocer en tiempo real como se encuentra y brindarle apoyo para superar su condición (14).

También necesitan seguridad, se ha demostrado que el hecho de sentir que sus seres queridos están siendo tratados por profesionales competentes y compasivos induce a un sentimiento de seguridad y esperanza a las familias (25).

- Necesidades sociales, que hacen referencia a las relaciones que establecen los familiares con su entorno más próximo, es decir, con familiares, amigos o incluso con familiares que viven su misma situación en la UCI.
- Necesidades prácticas, Se refieren a aspectos relacionados con la comodidad de la familia en estas unidades, es decir, la sala de espera, la cafetería, el espacio para ellos dentro de las unidades etc., que son valoradas por los familiares como las menos importantes.

Estudios como el de Maxwell et al, Galvis et al, señalan que cuando se satisfacen las necesidades de los familiares, se alivia o disminuye la angustia inmediata y mejora su bienestar, de allí la

importancia de identificarlas oportunamente (26) (27). El conocimiento de esas necesidades ayudará a enfermería a manejar y abordar a dicha población, por ello se hace necesario, tener las herramientas para evaluar y abordar la necesidad de información de esta forma se va a reducir la incertidumbre que presentan los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI.

Un estudio de tipo etnográfico realizado por Higginson, destacó la importancia de la comunicación frente a una situación en particular (28). Esto sugiere una necesidad de apoyar la comunicación temprana, especialmente alrededor de valores y resultados hacia el cuidado. Ofrecer más apoyo, posiblemente con el cuidado paliativo, puede ser beneficioso en este momento, en lugar de esperar hasta el final de la vida. El cuidado de los pacientes críticos que enfrentan tratamiento complejo y las decisiones de cuidado será más común pero su complejidad con respecto a la toma de decisiones seguirá siendo una variable detonante para la familia (28).

1.2.1. Cuidado de enfermería para atender la necesidad de información de los familiares de pacientes hospitalizados en UCI

La atención centrada en la familia (FCC) (29) es una filosofía del cuidado que se enfoca en la unidad paciente - familia como una forma de optimizar los resultados a través de un proceso de colaboración con las familias, los pacientes y los servicios de salud. A medida que las enfermeras de la UCI se esfuerzan por mejorar la atención, es crucial recordar que las necesidades de los miembros de la familia son aspectos relevantes e importantes para los cuidados brindados (29).

Es importante evaluar la mejor manera de satisfacer las necesidades de las familias facilitando su inclusión en el entorno de cuidados críticos. Un modelo de atención centrado en la familia, que promueve el acceso a los pacientes, la comunicación con el personal de salud y el intercambio de información se basa en el principio de que la familia es muy importante para la salud física y psicológica del paciente y tiene tres elementos claves: respeto, colaboración y apoyo mutuo. El respeto es el proceso de reconocer y valorar a los individuos; La colaboración es el acto de asociarse en las opciones y el apoyo de la atención de salud, tiene que ver con el reconocimiento y la asistencia con las necesidades de alguien (29). La participación de los familiares en el cuidado de la persona hospitalizada favorece la proximidad, una de las necesidades más importantes para ambos (14).

En cuanto a la necesidad de información, esta se considera inseparable de la asistencia sanitaria, tanto desde una perspectiva deontológica como ética estricta. La información, es el proceso de relación verbal, en el que se produce un continuo intercambio e interacción de información entre el personal sanitario y el enfermo y la familia (30).

En el ámbito de la medicina intensiva, cuando la competencia del paciente está comprometida, ya sea por la situación patológica o como consecuencia de intervenciones terapéuticas (el caso más paradigmático es el de la sedo analgesia), esta obligación no desaparece, sino que se proyecta hacia aquellos que pueden tomar decisiones encaminadas al mejor beneficio para el paciente. Sean estas personas familiares, allegados o representantes legales, el equilibrio entre información y comprensión de esta es un deber para todos los profesionales implicados (30).

Cypress en un estudio fenomenológico sobre las experiencias vividas de pacientes, sus familiares y enfermeras durante una enfermedad crítica, encontró que la incertidumbre era un tema específico en ambos, que tiene que ver de forma directa o indirecta sobre la situación que deben enfrentar (31).

Por ello, la comunicación es un desafío en la UCI, debido a los múltiples aspectos que se abordan en la atención crítica: 1. la complejidad que la caracteriza, empezando por la terminología utilizada, con médicos de múltiples disciplinas que trabajan bajo presión hacia el mismo objetivo: curar a los pacientes críticamente enfermos mientras cuidan de sus familias; 2. la inestabilidad fisiológica del paciente por lo cual la gestión del cuadro clínico general se hace más intensa; 3. la incertidumbre constante en cuanto a los resultados, lo cual, afecta la toma de decisiones y aumenta el estrés para todos los involucrados, incluidos los pacientes, las familias y los médicos y el personal de salud en general; 4. los desafíos éticos, con el aumento de la tecnología y las opciones de tratamiento, los dilemas éticos pueden ocurrir con frecuencia generando más incertidumbre, para las familias (32).

Las decisiones de la UCI implican a menudo la vida o la muerte y dado que los pacientes rara vez pueden participar es vital lograr una comunicación comprensible y asertiva con la familia, para poder llegar a acuerdos, acordes con las diferentes culturas (33).

Los tres desafíos principales en la comunicación de la UCI incluyen: retos en la comunicación entre los miembros del equipo de la UCI, los retos en la comunicación entre la familia y el equipo de la UCI y los desafíos entre los miembros de la familia. Cada posible fuente de conflicto tiene consideraciones particulares y estrategias de manejo. Van Keer analiza cada uno de estos desafíos de la comunicación, así como intervenciones basadas en evidencia para abordarlas (33)

1.2.2. Comunicación dentro del equipo de cuidados críticos:

Los pacientes en la UCI son vistos por múltiples especialistas, cada uno con una perspectiva y enfoque diferente. De allí la necesidad que el equipo mantenga una comunicación clara, para favorecer su cohesión en torno a los objetivos del paciente y las necesidades de los familiares. Esto evita la información contradictoria, los conflictos entre el personal y promueve la seguridad del paciente y su familia (33).

1.2.3. Comunicación entre el equipo de salud y la familia:

Esta comunicación es vital dados los conflictos que pueden presentarse a la hora de tomar decisiones que comprometen la vida del paciente(34). Los principales ocurren cuando las familias insisten en el tratamiento que el equipo considera inapropiado o cuando las familias no están de acuerdo con el tratamiento recomendado por el equipo (33)(34). El estudio internacional de conflictos en UCI realizado por Azoulay et al., encontró que los principales conflictos percibidos al final de la vida, implicaban falta de apoyo psicológico, ausencia de reuniones de equipo y problemas con el proceso de toma de decisión (35).

La literatura es consistente en que los pacientes y las familias de la UCI necesitan y quieren información clara y honesta encaminada al estado de salud general del paciente. En un estudio de pacientes y familias de UCI, el 93% quería saber el pronóstico, porque tenían que prepararse emocional y prácticamente para afrontar el futuro, y al estar plenamente informado, su preparación e incertidumbre eran tomadas de otra forma (16).

Sin embargo, la evidencia también muestra que las familias están más insatisfechas con la comunicación en la UCI que con cualquier otro problema referente a la atención. Como se señaló anteriormente, las metas del paciente deben ser la base del plan de atención de la unidad de cuidados intensivos no obstante la mayoría los pacientes no son previamente conocidos por el equipo de la UCI, no tienen instrucciones anticipadas, o no han comunicado a sus seres queridos sus deseos de antemano (16).

La comunicación puede verse obstaculizada por el uso de la terminología médica por parte del equipo o por la falta de formación en comunicación de un miembro del equipo. En los hospitales universitarios a menudo los miembros más jóvenes y menos experimentados del equipo médico tienen el mayor contacto con la familia. Finalmente, el equipo y la familia pueden tener percepciones diferentes de si existen problemas de comunicación. Pero estos problemas pueden mejorar en la medida que se aplique una herramienta para minimizar este dilema (16).

Estos cuidados no sólo benefician a los pacientes y las familias, sino que también crean un ambiente mejor para todos. Las enfermeras de cuidados críticos reconocen la importancia de tener una comunicación clara, coherente y honesta con los pacientes y las familias, especialmente cuando el conflicto ocurre dentro del equipo o entre el equipo y, sin embargo, el desarrollo de esa comunicación requiere esfuerzo. La comunicación con la familia también es un proceso, no un evento, ya que el estado del paciente, el pronóstico, las metas y las opciones de tratamiento cambian con el tiempo; y las circunstancias. Por lo tanto, la comunicación continua con el paciente o la familia es clave. Por último, la participación de equipos o recursos

de cuidados paliativos más temprano que tarde puede ayudar a aclarar los objetivos de la atención, Los miembros del equipo de cuidados paliativos también pueden servir como mediadores o facilitadores entre el equipo de la UCI y la familia (36).

Si un paciente o una familia han recibido toda la información necesaria y es competente para tomar una decisión de tratamiento médico, pero elige un curso con el cual el equipo no está de acuerdo, el equipo debe apoyar y respetar esa decisión. Nadie fuera del paciente o la familia realmente sabe lo que es correcto para el paciente, y la familia tendrá que vivir con las consecuencias de cualquier decisión que tomen para el resto de sus vidas (37).

Algunas políticas de visitas flexibles están siendo promovidas por organizaciones profesionales como la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Críticos y el Colegio Americano de Medicina de Cuidados Críticos, y la evidencia demuestra que el 85% al 100% de las familias preferirían estar presentes en las rondas medica lo que ha aumentado el acceso a la información. Los equipos de la UCI pueden resistirse a incluir a las familias en las rondas, pero la evidencia demuestra que la presencia de la familia no incrementa significativamente el tiempo de enseñanza y que el tiempo de enseñanza podría disminuir (38).

Desde el punto de vista de la enfermería, se deben tener en cuenta algunos aspectos para reducir posibles conflictos en la comunicación con la familia, incluida la identificación temprana de quién es la familia y hasta determinar un cuidador principal. Las enfermeras de las UCI deben incluir preguntas sobre las personas clave en la vida del paciente en la historia clínica, reconociendo que algunos tomadores de decisiones familiares pueden vivir lejos o estar alejados del paciente. Los actores claves en la vida del paciente también podrían incluir familiares lejanos, así como un sustituto de atención médica identificado que puede ser un amigo cercano, en lugar de un familiar de sangre (37).

Las enfermeras de cuidados intensivos deben involucrar al equipo interdisciplinario y la ayuda espiritual en los casos apropiados, y estos recursos también pueden ayudar a mediar entre el equipo y la familia, cuando sea necesario. Si es pertinente debe involucrarse al capellán para proporcionar apoyo espiritual y escuchar a la familia. Finalmente, se debe asegurar que cualquier información importante que hayan aprendido sobre la familia, se incluya junto con la información médica para cualquier transición que el paciente pueda tener en el hospital o al alta. Este proceso puede incluir la adición de una sección específica sobre la familia a la descarga o nota de transferencia de la UCI (39).

A pesar de las intervenciones para promover una mejor comunicación con la familia, estas continúan demostrando un afrontamiento inefectivo, que generalmente es impulsado por la emoción, en oposición a la razón, e incluye impulsividad, negación, y negatividad emocional y uso indebido de sustancias como alcohol o drogas. Los signos de este comportamiento mantienen una firme negación a pesar de la clara información contraria, de que no pueden tomar decisiones o exigen un tratamiento claramente inadecuado (40).

Por ello se plantea un fenómeno donde las familias hacen parte fundamental del cuidado que proporciona enfermería como disciplina, sobre todo en un momento de gran sensibilidad como es tener a un ser querido hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos donde se atraviesa por un sin fin de sentimientos y necesidades que deben ser abordadas y reducidas, es allí donde la enfermera se hace presente y a través de intervenciones propias de la profesión mejora la estancia de la familia del paciente en UCI.

Es decir, las familias con seres queridos hospitalizados en una UCI presentan niveles de incertidumbre que deben aprender a manejar, sobrellevar y afrontar, para ello necesitan de intervenciones de enfermería para tener las herramientas y estrategias para abordar esas necesidades que genera tener incertidumbre siendo la comunicación una manera de llegar a ellos y fomentar el manejo de dicha incertidumbre.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el efecto de una intervención de enfermería fundamentada en la comunicación, comparada con el cuidado convencional, sobre la incertidumbre de los familiares de personas hospitalizadas en una UCI adultos de una IPS de cuarto nivel de la ciudad de Bucaramanga?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Explorar el efecto de una intervención de enfermería fundamentada en la comunicación, comparada con el cuidado convencional, sobre el nivel de incertidumbre de los familiares de personas hospitalizadas en la UCI adultos de una IPS de cuarto nivel de la ciudad de Bucaramanga.

1.4.2 Objetivos específicos:

- Describir las características socio demográficas de los familiares de las personas hospitalizadas en la UCI adultos de una IPS de la ciudad de Bucaramanga.
- Determinar el nivel de incertidumbre de los familiares de las personas hospitalizadas en la UCI adultos, que recibieron el cuidado convencional en una IPS de Bucaramanga y pertenecen al grupo de comparación.
- Determinar el nivel de incertidumbre de los familiares de las personas hospitalizadas en la UCI adultos que recibieron una intervención de enfermería fundamentada en la comunicación que pertenecen al grupo de intervención.
- Comparar el efecto de una intervención de enfermería basada en la comunicación, con el cuidado convencional, sobre el nivel de incertidumbre de los familiares de las personas hospitalizados en UCI adultos de una IPS de Bucaramanga.

1.5. HIPÓTESIS

Una intervención de enfermería basada en la comunicación que comprende, información acerca de las políticas institucionales y el funcionamiento de la unidad, contar con una persona contacto y recibir información sobre el estado de salud del familiar, puede modular el nivel de incertidumbre en los familiares de pacientes hospitalizados en una UCI adultos de una IPS de cuarto nivel en la ciudad de Bucaramanga.

1.6. JUSTIFICACIÓN

Cuando surgieron las primeras unidades de cuidados intensivos, no se consideraba que la familia era relevante en el entorno del paciente, en la actualidad, se identifica como un sujeto de cuidado. Estudios como el de Zazpe (22) muestran que el ingreso de una persona en una UCI altera el funcionamiento normal del círculo familiar. Si la familia no cubre sus necesidades puede estar insatisfecha y dicha insatisfacción es muy marcada cuando las expectativas o la forma cómo perciben el problema y su posible resolución se ven afectadas por la situación, también estas expectativas corresponden con las percepciones por parte de los enfermos o de los familiares que esperan que la situación actual mejore (20). A continuación, se describe la relevancia social, teórica y para la disciplina de este proyecto de investigación.

1.6.1 Relevancia Disciplinar

En las unidades de cuidado intensivo, tiene prioridad la atención del paciente crítico, sobre el manejo de la angustia psicológica experimentada por sus familiares. Sin embargo, el abordaje de ésta constituye un aspecto esencial en el enfoque de atención crítica. En medio del ambiente de alta tecnología y rápido ritmo de la UCI, los miembros de la familia a menudo desempeñan un papel importante en la promoción del bienestar psicológico de los pacientes críticamente enfermos, a través de su presencia con pequeñas muestras de cariño y empatía.

Este ámbito surge gran variedad de temas, tanto de pacientes como de cuidadores y a su vez de las familias quienes deben afrontar diferentes tipos de situaciones como la enfermedad de un ser querido en la UCI, donde la adaptación es un problema para toda la familia y se facilita por estar cerca del paciente y recibir información inequívoca de apoyo del personal durante la estancia en la UCI y después del alta (27).

En las unidades de cuidado intensivo, tiene prioridad la atención del paciente crítico, sobre el tratamiento de la angustia psicológica experimentada por sus familiares. Sin embargo, el abordaje de ésta constituye un aspecto esencial en el enfoque de atención crítica. En medio del ambiente de alta tecnología y rápido ritmo de la UCI, los miembros de la familia a menudo desempeñan un papel importante en la promoción del bienestar psicológico de los pacientes críticamente enfermos, a través de su presencia con pequeñas muestras de cariño y empatía. El proceso de afrontamiento y adaptación de la familia a la enfermedad crítica, se facilita cuando pueden estar cerca del paciente y recibir información inequívoca de apoyo del personal durante la estancia en la UCI y después del alta (41).

La capacidad de una familia para apoyar al paciente puede verse comprometida por su propia incertidumbre y angustia psicológica. Por esto el papel de los miembros de la familia en las unidades de cuidados intensivos (UCI) se ha destacado en la investigación y la práctica en los últimos años. Estas familias están expuestas a entornos altamente tecnológicos y síntomas potencialmente mortales en sus seres queridos (42). Por lo tanto, para promover resultados óptimos tanto para el paciente como para la familia, una responsabilidad vital de la enfermera es atender las necesidades y preocupaciones de los miembros de la familia durante la hospitalización de un ser querido en la UCI (42).

La calidad "asumida" de la vida de los miembros de la familia, tal como se describe en el prospecto fenomenológico, está en juego cuando se experimenta una enfermedad crítica. La ansiedad y la culpa que puede generar la incertidumbre pueden resultar del choque y de la sensibilidad de los miembros de la familia (43).

Los eventos que causan incertidumbre pueden ser la mayor fuente de ansiedad y estrés, provocando reactividad fisiológica y aumentando la emocionalidad del paciente, partiendo de

ello se ve la necesidad de la intervención de enfermería donde las enfermeras tengan la habilidad para diagnosticar y tratar la incertidumbre con el fin de disminuir el impacto negativo que puede tener la incertidumbre en medio de las familias en su estado psicológico pero también fisiológico, para ello se hace necesario un abordaje por medio de una persuasión verbal donde la comunicación sea la base en el manejo de estrategias para abordar la incertidumbre (44).

Para enfermería como disciplina profesional es necesario avanzar y abordar la problemática que viven los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI y atender la incertidumbre que generan sus vivencias sus necesidades y expectativas, por la influencia que éstas tienen en la recuperación del estado de salud y el bienestar de todos (44).

Este proyecto contribuye además a profundizar el conocimiento de enfermería sobre la incertidumbre, la comunicación enfermera- paciente y la relevancia de aplicar la teoría en la práctica en beneficio de las personas atendidas, por medio de una intervención.

1.6.2 Relevancia Social

Para los servicios de salud, es fundamental llenar las expectativas de los usuarios, y para ello hay que brindar un cuidado holístico con el ánimo de satisfacer sus necesidades. La hospitalización de una persona en la UCI afecta a la familia como un todo, de allí la importancia de involucrarla como sujeto de cuidado en los modelos de atención. Uno de los problemas fundamentales que tienen que afrontar es la incertidumbre ante el desenlace que pueda tener el paciente, este desencadena sentimientos negativos de estrés y ansiedad.

La literatura reporta varios estudios que destacan la importancia de la comunicación para satisfacer la necesidad de información de los familiares como una estrategia que contribuye a modular la incertidumbre(44). Por ello, una intervención basada en la comunicación constituye una estrategia de fácil acceso donde se puede abordar a una población vulnerable que no siempre se tiene presente en medio de los cuidados de enfermería como lo es la familia pero que presenta niveles de incertidumbre considerables que se pueden manejar.

El manejo de la incertidumbre en medio de las familias con la atención en cuidados intensivos refleja la medida en que las necesidades y expectativas percibidas de sus miembros, son satisfechas por los profesionales de la salud (45). Muchos factores pueden influir en esta; como la información y la comunicación, factores familiares (actitudes hacia la vida y la muerte, y los antecedentes sociales, culturales y religiosos), la infraestructura hospitalaria y el proceso de atención (46).

Las familias experimentan en medio de la incertidumbre sentimientos de intensa angustia emocional, temor y shock cuando su familiar es internado en una unidad de cuidados intensivos (UCI) por una condición de salud que amenaza su vida. Estas emociones generadas por la incertidumbre pueden llevar a la negación, el desamparo, la desesperanza, desorganización, desesperación y culpa así mismo las familia pueden experimentar ansiedad a un nivel que incapacita su capacidad de tomar decisiones o comprender plenamente su situación y puede afectar su capacidad de hacer frente por ello es necesario comunicarse con ellas y generarles en medio de su incertidumbre estrategias para afrontarla (47).

Las familias de los pacientes inadvertidamente expuestos al trauma pueden experimentar niveles similares de incertidumbre que el paciente es decir, las familias que encuentran difícil hacer frente a la experiencia en la UCI pueden sufrir niveles altos de incertidumbre, en consecuencia, un círculo vicioso de incertidumbre y deficiente afrontamiento puede provocar una mayor ansiedad y desencadenar múltiples factores negativos en cuanto a su estado emocional (47).

Es decir, los miembros de la familia necesitan apoyo para evaluar, afrontar y adaptarse a de tener un ser querido en la unidad de cuidados intensivos. El reto para enfermería es proporcionar atención a pacientes críticamente enfermos manejados agresivamente mientras que atienden a las necesidades de los miembros de la familia. Es por ello por lo que las relaciones enfermera-familia en cuidados críticos son extremadamente importantes, especialmente si una relación familia-paciente está comprometida por el estado fisiológico del paciente. El equipo altamente técnico utilizado para tratar a pacientes y complicadas condiciones de enfermedad puede convertirse en barreras que interfieren con las comunicaciones del paciente / familia. Por ejemplo, un paciente puede ser sedado para mejorar la eficacia de un ventilador mecánico o ser incapaz de hablar debido a los efectos de un accidente cerebrovascular. Los cambios en la condición del paciente pueden ocurrir rápidamente y requieren la consideración de tratamientos extensos o complicados.

Aproximadamente las tres cuartas partes de todos los pacientes no pueden participar en el momento en que deben tomarse decisiones difíciles acerca de los objetivos del tratamiento; Por lo tanto, los médicos y enfermeras deben contar con los miembros de la familia para hablar por el paciente, el consentimiento a tratamientos o procedimientos complicados, o, cuando proceda, aprobar la terminación de los esfuerzos de apoyo a la vida. Las necesidades de la familia deben ser consideradas junto con las del paciente si el cuidado holístico es practicado (26).

Es decir, darle un abordaje a la necesidad de apoyo de la familia de pacientes ingresados a UCI beneficiara no solo a los familiares sino también a los mismos pacientes, ya que un familiar que esté tranquilo va a proyectar esa tranquila y sosiego a su ser querido, logrando manejar la

incertidumbre propia, lo cual mejorara las relaciones del personal de enfermería con los familiares y así mismo se cumplirá con el pensamiento de un cuidado de calidad.

1.6.3 Relevancia Teórica

La revisión de la literatura que se presenta en este proyecto evidencia que los familiares de las personas hospitalizadas en la UCI, presentan incertidumbre y requieren que sus necesidades sean atendidas en beneficio de ellos y de los pacientes (3).

Las familias desean ser informadas sobre diferentes aspectos como el estado de salud, estancia del paciente, los signos vitales, su bienestar y confort, los tratamientos, diagnóstico, pronóstico, recuperación y aspectos concretos de la UCI (tecnología, número de teléfono y equipo profesional de la unidad) de esta forma lograrían manejar su incertidumbre (48) (49). En muchos casos esto se debe a que algunos miembros del equipo de enfermería consideran que la tarea de informar no es complementaria, sino que es una tarea del personal médico con la convicción de no crear confusión a los familiares (50).

La comprensión del familiar puede mejorar si el personal asistencial en especial las enfermeras se esfuerzan por explicar mejor la condición del paciente y estar disponibles para los familiares cuando las necesitan (46).

A pesar de contar con esta evidencia, en las UCI, existe una discordancia entre las necesidades de los familiares del paciente crítico y la atención que reciben por parte de los profesionales de la salud (46). Son escasas las instituciones de salud que han desarrollado políticas y programas encaminados a atender la incertidumbre de la familia. Desde la perspectiva de enfermería la teoría de la incertidumbre en la enfermedad de Mishel, (46) provee la sustentación científica necesaria para que los profesionales participen activamente en programas encaminados a atender la dificultad que tienen los familiares para comprender y darle sentido a la condición de salud de su ser querido, hospitalizado en la UCI. La teoría destaca la importancia de los proveedores de estructura, que son los recursos tales como la educación, el apoyo social y la autoridad creíble, que deben estar disponibles para ayudar a las personas a comprender la situación que están viviendo.

La evidencia muestra que la comunicación, la educación a la familia y saber que pueden contar con un profesional de enfermería que atiende sus inquietudes y al que pueden acceder fácilmente, alivia la incertidumbre de la familia (46). Este proyecto está encaminado a establecer el efecto de una intervención de enfermería basada en la comunicación sobre la incertidumbre de los familiares de estos pacientes.

La importancia de este estudio radica en que sus resultados, constituyen un insumo para probar las proposiciones teóricas planteadas por Mishel en relación con los proveedores de estructura y del mismo modo de acuerdo con los resultados establecer la necesidad de desarrollar políticas y programas para atender las necesidades de comunicación de los familiares, fundamentado en esta teoría de enfermería.

Se espera que los resultados ayuden a profundizar el conocimiento de enfermería sobre la incertidumbre, la comunicación enfermera- paciente y la relevancia de aplicar la teoría en la práctica en beneficio de las personas atendidas, por medio de una intervención propias de la disciplina que permita por medio de la comunicación un manejo y abordaje de la incertidumbre que viven los familiares de los paciente de la UCI (51).

1.7 MARCO CONCEPTUAL

1.7.1 Unidad de cuidados intensivos

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son servicios específicos de las instituciones de salud, destinados a la atención de personas con una condición crítica y por ello requieren atención continua derivada de la tecnología característica de dichas áreas (7).

1.7.2 Intervención de enfermería basada en la comunicación

Una intervención es “todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente” (52). La comunicación puede definirse como un proceso continuo, y dinámico entre dos o más personas formado por una serie de acontecimientos variados y continuamente en interacción. Hay algunos factores que influyen en la comunicación, como la percepción, los valores y las creencias, los aspectos sociales, culturales, familiares e individuales(53), las familias presentan necesidad de comunicarse asertivamente no solo con su ser querido sino con todo el personal de salud para lograr conocer y despejar todas las dudas e inquietudes que le pueden generar la estancia en la uci.

Por lo tanto, una intervención de enfermería basada en la comunicación es un acto complejo en el cual la enfermera aprovecha sus conocimientos, sus habilidades sociales y comunicativas para disminuir factores estresantes y la incertidumbre de los familiares, producto de la hospitalización de un ser querido en UCI (54)(55).

1.7.3 Cuidado convencional de enfermería:

Es definido como las intervenciones diarias que realiza enfermería para atender las necesidades de las personas hospitalizadas en UCI y sus familias (56). En este estudio se refiere a las intervenciones rutinarias que realiza el personal de enfermería para atender las necesidades de comunicación de los familiares de las personas hospitalizadas en la UCI adultos.

1.7.4. Incertidumbre.

Mishel la define como “la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece cuando la persona que toma la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se obtendrán” (5).

1.7.5. Paciente hospitalizado en la UCI adulto

Es la persona que se encuentra admitida por orden médica en un hospital y por razones de su diagnóstico o tratamiento, pasa la noche en el recinto (57).

El paciente hospitalizado en la UCI adulto es aquel mayor de 18 años que es admitido en la unidad de cuidados intensivos para el manejo de su estado crítico de salud.

1.7.6. Familiar:

Es una persona con vínculo de parentesco o cercanía que asume las responsabilidades de un ser querido, participa con ellos en la toma de decisiones o asume la toma de decisiones durante la experiencia de la persona hospitalizada en una unidad de cuidados intensivos (58).

2. MARCO TEORICO

Dada la dificultad que tienen los familiares de comprender la situación de su ser querido hospitalizado en UCI, se seleccionó la teoría de la Incertidumbre de Merle Mishel como referente teórico de este estudio.

Agar señala en la revisión de literatura de su estudio que las necesidades de los familiares en la UCI se agrupan en las siguientes categorías: la necesidad de conocer sobre la condición del paciente; el progreso y el pronóstico; la necesidad de sentir esperanza, de obtener información diaria en términos comprensibles, de ser llamado e informado en casa sobre los cambios, y la necesidad de seguridad en el personal: sentir que se preocupan por el paciente y les proporcionan el mejor cuidado y tratamiento posible (1).

Pardavilla resalta la importancia y prioridad de reconocer a la familia como unidad de cuidado; el conocimiento de las experiencias y la identificación de aquellos aspectos generadores de temores e incertidumbres en los familiares proporcionarán a las enfermeras intensivistas herramientas para planificar estrategias de intervención para mejorar la calidad del cuidado a las familias con un paciente ingresado en UCI (48).

Abordar la incertidumbre utilizando el respaldo teórico de Mishel mediante el uso de su indicador empírico en la práctica clínica permitirá sustentar las necesidades de cuidado de los cuidadores familiares de pacientes en estado crítico.

2.1. Teoría de la incertidumbre en la enfermedad:

La incertidumbre ha sido definida como un estado mental de perplejidad, duda, inconclusividad e indeterminación. También se ha descrito en el contexto de la vaguedad, la ambigüedad, la falta de información, la imprevisibilidad, la inconsistencia, la falta de familiaridad y la temporalidad. La imposibilidad de saber cuándo ocurrirá un daño inevitable de un evento o una situación donde la probabilidad de ocurrencia puede variar. Los temores y las preocupaciones relacionadas con la enfermedad que deben ser objeto de atención y abordarse especialmente durante el período de hospitalización en la UCI. Aliviar estos problemas después del evento también ayudará a proporcionar atención integral, mejorando así los resultados del paciente y la familia (32).

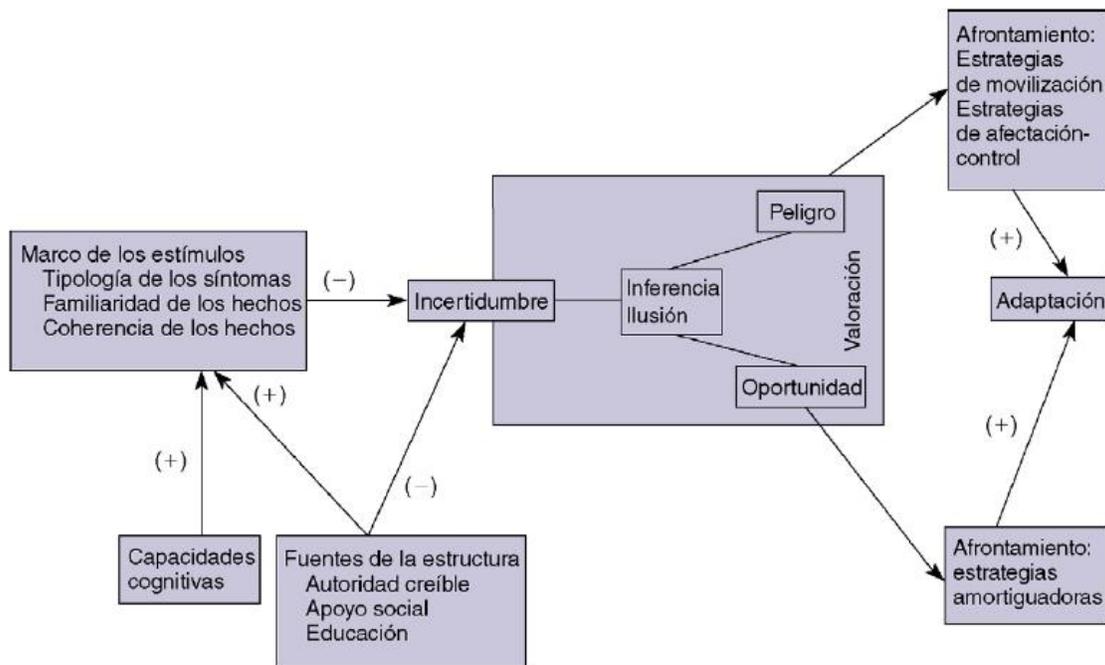
La teoría de la incertidumbre propuesta por Mishel fue publicada en 1980, ha sido traducida en más de 17 idiomas por su contribución al desarrollo disciplinar. En esta teoría hay dos conceptos centrales que son:

La incertidumbre, descrita como el estado cognitivo que se crea cuando el individuo es incapaz de estructurar ni categorizar un evento relacionado con la enfermedad y por lo tanto es incapaz de determinar el significado que este tiene (59).

El esquema cognitivo, es la interpretación subjetiva de la persona con respecto a su enfermedad, tratamiento y hospitalización (59).

En la teoría se identifican tres temas centrales: los antecedentes, la valoración, y el afrontamiento de la incertidumbre. Los antecedentes incluyen tres aspectos fundamentales: el marco de estímulos, la capacidad cognitiva y los proveedores de la estructura (Figura 1)

Figura 1 Teoría de la incertidumbre percibida frente a la enfermedad.



Fuente: Traducido de: Mishel M. Uncertainty in Illness. En Smith MJ , Liehr P. Middle range theory for Nursing. New York: Springer Publishing Company, 3rd ed, 2013. Pag. 59 (54).

El marco de estímulos está dado por la percepción que tiene la persona sobre su situación de salud, la estructura y la composición de esta. Contempla tres aspectos:

1. El patrón de síntomas: grado en el cual los síntomas son consistentes, es decir la sintomatología tiene un patrón reconocido por la persona puede ser conocida o no.
2. La familiaridad con el evento: situación repetitiva o habitual y reconocible.
3. La congruencia con el evento: situación entre lo esperado y lo percibido con la enfermedad (60)

El marco de estímulos se ve influenciado por dos aspectos que componen los antecedentes de la incertidumbre:

La capacidad cognitiva: definida como la habilidad que tienen los individuos de procesar la información, la cual puede alterarse por una condición física, por los síntomas o la percepción ante una situación de amenaza o peligro.

Los proveedores de la estructura: son los recursos disponibles para ayudar a la persona a interpretar el marco de estímulos entre ellos están el nivel educativo, el apoyo social, y la autoridad creíble.

La experiencia de la incertidumbre es neutra, no es deseada ni evitada, hasta cuando no se experimenta, o se valora. La autora define este componente como el proceso de asignarle valor a la situación o evento incierto, donde se da la inferencia y la ilusión (60).

- La inferencia: se da en base a las experiencias previas, el conocimiento y todo lo que enmarca la situación.
- La ilusión: se refiere a la construcción de creencias que tienen una valoración o un predictor positivo, ambas se fundamentan en los rasgos de la personalidad y las creencias y el resultado final es percibir la incertidumbre como un peligro o una oportunidad.

El afrontamiento de la incertidumbre comprende las respuestas que tienen las personas ante la apreciación de la situación e incluyen la percepción de peligro y de oportunidad; en la primera, la persona idea estrategias enfocadas a solucionar el problema y reducir la incertidumbre y si estas no resultan, la persona crea estrategias emocionales para lograr la adaptación, ahora bien si la incertidumbre es percibida como una oportunidad de obtener un buen resultado la persona crea y mantiene estrategias de tipo neutral. Si estas estrategias son efectivas, ocurre la adaptación, la cual es definida por Mishel como un comportamiento biopsicosocial introducido dentro del nivel de funcionamiento habitual de la persona (59).

Con la re- conceptualización de la teoría en 1990 (61) se añaden dos componentes: la auto organización y el pensamiento probabilístico. La auto organización se refiere a que hay una integración de la percepción frente a la incertidumbre como parte del ritmo natural de la vida, y el pensamiento probabilístico es tener la creencia de un mundo donde se deja la expectativa de la certidumbre y la predictibilidad. Cuando se dio este segundo planteamiento, Mishel propuso cuatro factores que influyen en la formación de una nueva visión de la vida: las experiencias previas, el estado fisiológico, los recursos sociales, y los proveedores de la salud (5).

En el proceso de reorganización, la persona enfoca la incertidumbre le da un nuevo sentido, pero en base a un orden que acepta como el ritmo natural de las cosas y de la vida, y así dimensiona y transforma una experiencia desagradable en una oportunidad (5)

2.2. Incertidumbre de los familiares en UCI

El concepto de incertidumbre se ha explorado en el cuidado crítico, por ser un hallazgo frecuente en los estudios realizados en unidades de cuidados intensivos (UCI) que incluyeron sólo miembros de la familia como participantes de la investigación.

En cuanto a las *capacidades cognitivas de los familiares* los estudios muestran que la incertidumbre es una consecuencia de la admisión en la UCI que tiene un gran impacto tanto en los pacientes con enfermedades críticas, como en sus familiares (4).

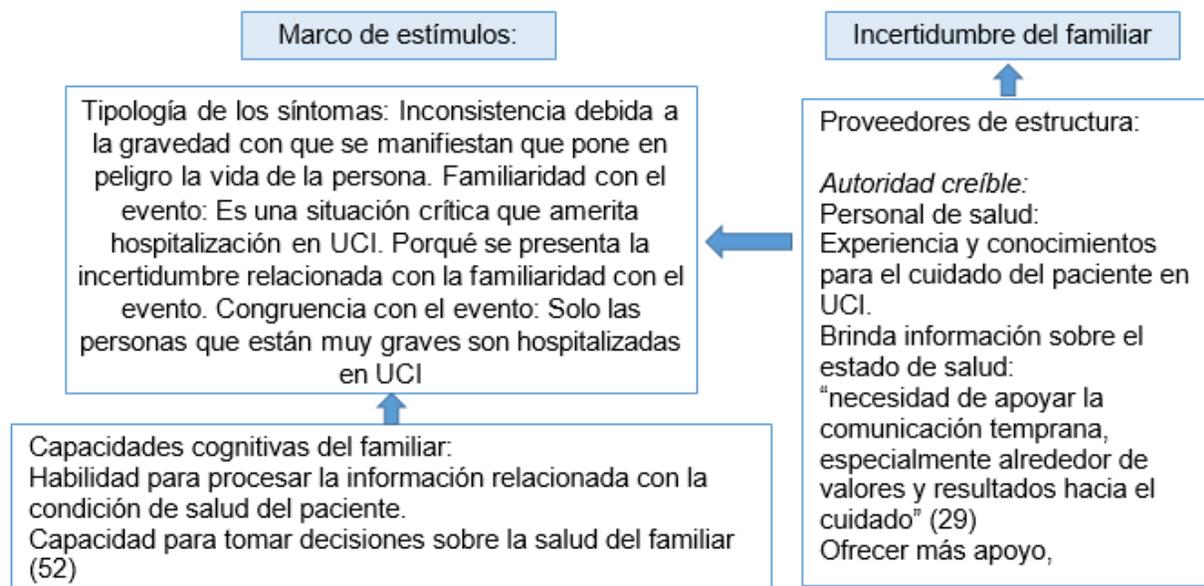
Con relación a los *proveedores de estructura*, la autoridad creíble la constituyen los profesionales de la salud, entre ellos las enfermeras (os), quienes deben comprender el concepto de incertidumbre y sus efectos en pacientes críticamente enfermos y sus familias para poder brindar atención que les ayude a tomar decisiones más informadas sobre las opciones de tratamiento y las intervenciones posteriores y la capacidad de construir significados para los eventos de enfermedad. Una mejor conceptualización de la incertidumbre y su importancia puede cambiar la práctica clínica y permitir el desarrollo de intervenciones que ayudarán a facilitar la adaptación a la experiencia de enfermedad crítica (32).

Un estudio realizado por Díaz y Díaz (59), constató que existe relación entre el grado de estrés percibido por los familiares durante la estancia en la UCI y el apoyo percibido por los profesionales, de forma que los familiares que habían conseguido establecer una relación adecuada con éstos manifestaban un menor grado de estrés y una percepción mayor de apoyo, frente a la incertidumbre. Así mismo, algunos familiares entrevistados, afirmaron que les resultaba más fácil soportar la propia enfermedad de su ser querido, que la angustia emocional que sufrían.

La gran vulnerabilidad originada ante la enfermedad grave, el peligro asociado a la muerte inminente y los eventos inesperados generan en los pacientes incapacidad para otorgar significados a la hospitalización en UCI (62).

En la figura 2 se presenta la adaptación de la teoría de la incertidumbre en este proyecto de investigación.

Figura 2 Incertidumbre en los familiares de pacientes hospitalizados en UCI



Fuente: Adaptado por los autores de la teoría de la Incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel (53)

En la actualidad existen varios instrumentos para evaluar el nivel de incertidumbre de los familiares, entre ellos se encuentra la escala de la incertidumbre en la enfermedad formulario para miembro de la familia versión en español (PPU-FM) que está conformada por 31 ítems en donde se mide la percepción de la incertidumbre sobre la enfermedad de los miembros de la familia, (esposa, esposa, hermanos, hijos, amigos) es una escala tipo Likert que va desde muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, o muy en desacuerdo. Esta escala se ha empleado en estudios de investigación que incluyen miembros de la familia en las unidades de cuidados críticos, los familiares de las personas con cáncer o con diversas patologías (63) (64). La adaptación cultural de esta escala fue realizada por Arias et al., en 2015 donde se obtuvo el Instrumento "Escala de incertidumbre en la enfermedad formulario para miembro de la familia (PPUS-FM)" versión en español que explora todas las dimensiones pertenecientes a la teoría de la incertidumbre en la enfermedad (65).

2.3. Comunicación en la UCI:

La comunicación en la UCI es un desafío debido a la complejidad, la condición crítica de salud del paciente, la incertidumbre y los problemas éticos.

Aunque existen intervenciones específicas basadas en evidencia para cada tipo de desafío de comunicación, todas dependen de que los profesionales sean competentes, respetuosos, buenos comunicadores y escuchas. Las enfermeras con conocimientos de cuidado crítico promueven un ambiente de equipo positivo, aumentan la satisfacción del paciente y modelan una buena comunicación, sin embargo, también deben ser expertos en tener conversaciones difíciles, manejar conflictos y proporcionar cuidados paliativos básicos, incluyendo apoyo emocional (36). Las intervenciones basadas en la evidencia pueden mejorar la comunicación para estos 3 tipos de interacciones. La implementación de estas intervenciones no eliminará los desafíos de comunicación, sino que puede ayudar a reducirlos o resolverlos.

También es importante que todo el personal de cuidados intensivos conozca los conceptos básicos de cuidados paliativos, tales como manejo de síntomas y dolor, evaluación cultural y espiritual, la atención a la familia y el cuidado al final de la vida, para poder ayudar a los familiares a manejar la incertidumbre (36). Un acercamiento con estas familias es limitar sus opciones a una estrecha gama de factores médicos y opciones éticamente aceptables. No es un requisito legal o ético que todas las posibles intervenciones médicas se ofrezcan a todos los pacientes en la UCI. En su lugar, cada tratamiento debe ser recomendado sobre la base de su probabilidad de atender las necesidades del paciente, mientras que minimizamos el daño al paciente (39).

La falta de comunicación incrementa la incertidumbre en los familiares, por ello se deben establecer sistemas de apoyo, para que puedan afrontar mejor una enfermedad crítica y las decisiones difíciles que sean necesarias; el equipo de la unidad cuidados intensivos deben tener una evaluación psicosocial y habilidades básicas de comunicación, porque no siempre hay recursos adicionales disponibles. Las habilidades clave para la comunicación incluyen la escucha activa, la presencia auténtica y mostrar compasión hacia los pacientes y sus familias (66).

Asimismo, Boozet y Gibbons, encontraron que una de las estrategias de adaptación utilizadas por la familia, es la de obtener información adecuada que ayude a conocer las expectativas y aquello que se debe hacer. Así pues, es importante que la enfermera que labora en UCI proporcione la información verbal y escrita que los familiares necesitan con claridad, concisión y en el momento adecuado. Todo ello disminuye la incertidumbre, el concepto negativo que se tiene de la unidad y aumenta el bienestar y satisfacción del paciente y su familia por los servicios prestados a sus seres queridos (67).

Dentro de un marco multidisciplinar de atención, se hace imprescindible la existencia de una adecuada estrategia que promueva en el equipo de salud la disposición para valorar las necesidades de la familia del paciente en UCI y el buscar estrategias que permitan al profesional de enfermería mejorar el proceso de comunicación como forma de acercamiento a la familia y a su vez, permita a la misma un adecuado afrontamiento a la nueva situación de vida que se está presentando y disminuya síntomas como la incertidumbre, estrés, ansiedad entre otros.

La evidencia científica (68), pone de manifiesto que la necesidad de información es considerada por los familiares como una de las más importantes, ellos a su vez desean información sobre el estado clínico de su paciente por parte médica, y los cuidados generales brindados por parte de enfermería. Torrents R, destaca la importancia de una guía que contenga la información más relevante con relación a la normativa y tipo de unidad, teléfonos de interés, horarios de visita y ciertos aspectos que consideramos importantes en relación con el equipo asistencial. El desarrollo del protocolo de acogida a los familiares debe contener la descripción, la secuencia de las intervenciones y las intervenciones relacionadas con los posibles problemas que pueden presentar las familias. En éste se incluye la interacción con los familiares, en el que uno de los interlocutores (enfermera) capta las necesidades del otro (familia) con el fin de ayudarles a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual (69).

El estudio realizado por Murillo Pérez et al., concluyó que la comunicación es algo más que las palabras que se dicen, para que sea eficaz se debe transmitir un mensaje que pueda ser entendido y recordado (39). Las intervenciones que han mejorado la comunicación con las familias de los pacientes en la UCI incluyen el suministro de información veraz y simple que orienta a la familia hacia el equipo de la UCI y el ambiente y la consulta de un servicio de ética o cuidados paliativos si los desacuerdos ocurren (61). Estas intervenciones pueden potencialmente reducir la incertidumbre que causa angustia emocional en los familiares. Se ha evidenciado que tener una reunión formal de la familia multidisciplinaria dentro de los 3 a 5 días después de una admisión en la UCI y luego cada 3 a 5 días después puede mejorar la comunicación sobre los objetivos de la atención (70).

Las enfermeras de cuidados intensivos pueden desempeñar un papel importante en el empoderamiento de las familias mediante el apoyo psicológico y el cumplimiento de la necesidad fundamental de información de la familia (67), el estudio de Chiang destaca el potencial del uso de tecnología móvil interactiva para la educación familiar de los pacientes críticos. Los resultados muestran cómo las enfermeras de la UCI pueden brindar apoyo psicológico a los familiares de pacientes críticos mediante la provisión de información y la educación con la tecnología móvil interactiva. También se destaca el potencial de dicha

tecnología en la UCI para mejorar la satisfacción de la información / educación de los miembros de la familia (71)

Para concluir, el estudio de Grant demostró que la comunicación siempre será un desafío en la UCI en las 3 esferas, pero varias intervenciones personales, educativas y de sistemas pueden hacer que la comunicación sea más efectiva. Todos estos esfuerzos tienen el objetivo común de brindar atención centrada en el paciente y la familia y de conocer, honrar y respetar los deseos de un paciente informado o familiar. Las diversas intervenciones de atención crítica desempeñan un papel relevante en esta área, y en caso de duda, siempre se valorará el uso de la comunicación terapéutica y la compasión ante la situación (36).

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Estudio: Cuantitativo

Este estudio tuvo un abordaje cuantitativo para determinar el efecto de una intervención de enfermería fundamentada en la comunicación, comparada con el cuidado convencional, sobre la incertidumbre de los familiares de personas hospitalizadas en UCI adultos de una institución prestadora de salud de la ciudad de Bucaramanga.

3.2. Tipo de diseño:

Cuasi experimental pre- prueba y pos- prueba con dos grupos, uno de intervención y otro de comparación. Un estudio cuasiexperimental es aquel que tiene como objetivo examinar las relaciones causales o determinar el efecto de una variable que se manipula sobre otra, el cuasi experimento se utiliza cuando no es posible realizar la selección aleatoria de los sujetos participantes en dichos estudios. Por ello, una característica de los cuasi experimentos es el incluir "grupos intactos", es decir, grupos ya constituidos (72).

Este tipo de estudios es factible dado que:

- Se pueden realizar en pequeñas unidades y tienen menos obstáculos prácticos.
- Permiten realizar investigaciones dentro de un marco de restricciones, particularmente la falta de aleatorización.
- Facilitan el desarrollo de estudios en ambientes naturales.
- A través de los cuasi experimentos es posible inferir relaciones causales entre la variable independiente y la variable dependiente, pero su probabilidad de ser verdadera es relativamente baja en comparación con los diseños experimentales verdaderos (72).

De tal manera que a los familiares del grupo de intervención y de comparación, se les aplicó una prueba antes y después de la intervención convencional o de comunicación para determinar el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad de su ser querido.

El estudio se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos de una institución de cuarto nivel ubicada en un departamento de la región nororiental de Colombia, cuya misión es “brindar servicios integrales de salud de talla mundial, formación humana y académica, desarrollo científico y esperanza de vida con responsabilidad social” (73). Los pacientes que ingresan a la UCI acuden en compañía de un familiar o cuidador principal, así mismo pertenecen a diferentes culturas, niveles sociales, a zonas rurales, urbanas, o veredas aledañas. En esta institución se

atienden en promedio 34 pacientes por día, en la unidad médica UCI A y la Polivalente UCI D, las 24 horas del día los 7 días de la semana, con diagnósticos y patologías complejas.

3.3. Población, muestra y muestreo

3.3.1 Población:

Son todos los familiares adultos de los pacientes hospitalizados en la UCI adultos de una institución de cuarto nivel de la ciudad de Bucaramanga.

3.3.1. Muestra:

El análisis tuvo como propósito central la comparación del nivel medio de incertidumbre entre los familiares de personas adultas hospitalizadas en la UCI que reciben una intervención de comunicación frente a otro grupo de familiares que reciben el cuidado convencional, por ello fue pertinente llevar a cabo una prueba unilateral de comparación de dos promedios, en donde se seleccionaron 45 participantes para el grupo intervención, por posterior a eso los 45 participantes para el grupo control (74).

La determinación del tamaño de muestra se obtuvo de manera iterativa para v , y en consecuencia es menor entero v par que satisface la igualdad,

$$\frac{v}{2} + 1 = 2 \left(\frac{\sigma}{\delta} \right)^2 \{t_{1-\alpha}(v) + t_{1-\beta}(v)\}^2.$$

Asumiendo $\alpha=\beta=0,05$ y $\delta=0,7\sigma$, el tamaño requerido fue de 45 familiares para la intervención convencional y 45 familiares para la intervención propuesta

El muestreo se realizó por conveniencia durante los meses de junio a noviembre de 2017, en los cuales se seleccionaron 45 familiares de los pacientes que ingresaron a la UCI polivalente que reunían los criterios de inclusión.

3.4. Criterios de inclusión

- Familiar o acudiente para quien la persona hospitalizada en la UCI fuera una persona significativa.
- Familiar cuyo ser querido llevara por lo menos 1 día, máximo 2, hospitalizado en la UCI.
- Familiar o acudiente que visitaron diariamente a su pariente hospitalizado en la UCI y aceptan participar en la investigación.
- El familiar que estaba hospitalizado en la UCI era la primera vez que se enfrentaba a esta situación

3.5. Criterios de exclusión:

- Familiares o acudientes menores de 15 años.
- Cuidadores formales de la persona hospitalizada en la UCI por primera vez.
- Familiar o acudiente con trastornos cognitivos que dificultara comprender la información.

3.6. Variables

3.6.1. Variable independiente

Intervención de enfermería basada en la comunicación.

3.6.2. Variable dependiente:

Nivel de Incertidumbre de los familiares de las personas adultas hospitalizadas en UCI.

En la tabla 1 se presenta la descripción de las variables del estudio

Tabla 1. Variables del estudio

Variable	Tipo de variable	Escala de Medición	Forma de medición
Intervención basada en la comunicación	Independiente	Nominal	
Escala Incertidumbre	Dependiente Cuantitativa	Intervalo Discreta	Escala PPUS-FM.
Sexo	Contextual Cualitativa dicotómica	Nominal	Ficha sociodemográfica
Edad	Contextual Cuantitativa	Razón	
Estado civil	Contextual Cualitativa categórica	Nominal	
Religión	Cualitativa	Nominal	

Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	
Ocupación	Cualitativa	Nominal	
Parentesco	Cualitativa	Nominal	

Fuente: Elaboración propia

3.7 Instrumentos

3.7.1. Ficha sociodemográfica:

Esta ficha tuvo como propósito caracterizar la muestra del estudio con información de los familiares que se intervinieron. En ella se incluyeron datos como edad, estado civil, género, religión, escolaridad, ocupación, parentesco entre otros. (Anexo 1)

3.7.2 Familiograma o genograma y ecomapa:

El Familiograma o genograma es el instrumento que permite valorar la dinámica, la composición, la estructura, el tipo de familia, las relaciones, los roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual está cursando la familia en un momento determinado. Es un formato para dibujar el árbol genealógico o familiar que registra la información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos 3 generaciones.

A través de su simbología se puede registrar el género, embarazos, abortos, miembros de la familia que presentan problemas físicos o mentales, tipo de unión entre las parejas, tipo de ruptura entre los cónyuges, las defunciones, las familias que viven bajo el mismo techo y la dinámica familiar (75). En el instructivo se describe con claridad cómo elaborar el Familiograma (Anexo 2)

3.7.3 Escala de valoración de la incertidumbre

La primera escala de incertidumbre en la enfermedad se desarrolló en 1980 y fue publicada en 1981, la escala original fue llamada “Mishel Uncertainty in Illness Scale (MUIS-A)” y se realizó para evaluar el nivel de incertidumbre en pacientes hospitalizados y con enfermedades crónicas, patologías de origen cardiaco, en procedimientos diagnósticos como el cateterismo coronario (76). Posteriormente se desarrollaron otras escalas como: la forma comunitaria “MUIS_C” (76), la “Parents Perception of Uncertainty in Illness” (PPUS) (76), la cual puede ser aplicada a cualquier familiar.

Esta escala ha sido traducida a varios idiomas como el sueco, alemán, coreano, hebreo, mandarín, cantonés, árabe, tailandés y español; la forma original de la escala se desarrolló en poblaciones heterogéneas pacientes, pero algunos estudios mostraron dudas acerca de la aplicabilidad de los resultados a la población específica a la que iban dirigidos, por lo cual ha sido modificada adaptada para diferentes tipos de poblaciones (76).

La PPUS está organizada en cuatro factores (77)

- Ambigüedad: se refiere al estado de la enfermedad que es vago por ausencia de señales o imprecisión sobre la planificación y realización de los cuidados.
- Falta de claridad o complejidad: se refiere a recibir o percibir la información sobre el tratamiento y el sistema de cuidado como algo complejo y poco definido.
- Falta de información: se relaciona con la ausencia de información acerca del diagnóstico y la gravedad de la enfermedad.
- Imprevisibilidad: se refiere a la imposibilidad de hacer predicciones diarias o futuras respecto a la sintomatología y los resultados de la enfermedad (77).

La validación transcultural es esencial para determinar la fiabilidad y validez que mide una emoción o estado cognitivo como es la incertidumbre, el cual puede variar por las diferentes formas de ver la vida, además se puede encontrar influenciado por la cultura la cual representa valores, actitudes y creencias de una persona (77)

La versión en español de la Escala de Incertidumbre frente a la enfermedad , formulario para miembro de la familia -PPUS-FM, se utiliza para medir incertidumbre en situaciones específicas de enfermedad y consta de 31 ítems distribuidos así: “Factor I Ambigüedad, en los ítems: 3, 4, 8, 13, 15-18 y 20-22, 24,25 . El Factor II: Falta de claridad en el evento: ítems 2, 5-7, 9, 10, 14, 29, 31. El Factor III: Falta de Información, en los Ítems: 1, 12, 26, 28, 30. El Factor IV: imprevisibilidad en los Ítems: 11, 19, 23. La confiabilidad de la escala medida con el alfa de Cronbach, es de 0.81. El puntaje promedio de la PPU-FM es similar en hombres y mujeres, y entre diferentes grupos de edad.

La traducción y validación de la versión original de la escala, fue realizada por Arias et al., quienes la aplicaron a 800 personas con bajo nivel de escolaridad; dentro de los resultados se obtuvieron niveles de comprensibilidad por encima del 90% para los 31 ítems que la conforman. Para establecer la validez de contenido de la versión en español del instrumento, se conformó un grupo de nueve expertas en el tema de incertidumbre, con experiencia en diseños metodológicos. Los resultados de las pruebas de validez de contenido, mostraron un valor entre 0.75 y 1, para la mayoría de los ítems lo cual es aceptable de acuerdo con el índice de Lawshe modificado por Tristan (65).

Finalmente se obtuvo el Instrumento “Escala de incertidumbre en la enfermedad formulario para miembro de la familia (PPUS-FM)” versión en español que explora todas las dimensiones pertenecientes a la teoría de la incertidumbre en la enfermedad, lo que permite fortalecer los mecanismos proveedores de estructura de enfermería y dirigir el cuidado de enfermería humanizado hacia los familiares (65).

3.8. Descripción de la intervención enmarcada en la teoría

El proyecto de investigación se realizó en dos etapas, con el propósito de asegurar el control de los sesgos, la primera con el grupo de comparación y la segunda con el grupo de intervención. A continuación, se describen cada una de ellas:

Primera etapa: Grupo de Comparación

Este grupo recibió el cuidado convencional de enfermería que se brinda a todos los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad y tuvo dos fases:

Primera fase:

- Se realizó la selección por conveniencia de los familiares que reunían los criterios de inclusión, cuyos parientes fueron hospitalizados durante los meses de junio a octubre de 2018, hasta completar la muestra estipulada de 45 familiares o acudientes.
- La investigadora principal los abordó para explicarles el objetivo del estudio y describirles la intervención que se iba a realizar con el grupo de intervención y los invitó a participar. A quienes aceptaron, se les solicitó la firma del consentimiento informado (anexo 3).
- Una vez firmado este documento se procedió a diligenciar la ficha sociodemográfica, el Familiograma y posteriormente se aplicó la escala de incertidumbre en la enfermedad PPUS-FM.

Segunda fase:

- Aplicación de la escala de la incertidumbre en la enfermedad -PPUS-FM, a los 4 días de haber ingresado el paciente a la unidad.

Segunda etapa: Grupo de intervención

Este grupo recibió la intervención de enfermería basada en la comunicación. Esta etapa comprendió las siguientes fases:

Primera fase

Tabla 2 Descripción primera fase grupo intervención

Actividad	Descripción	Tiempo
Elección de los familiares a intervenir	Una vez se terminó la recolección de la muestra del grupo de comparación, se realizó la selección por conveniencia de los familiares que reunían los criterios de inclusión, hasta conseguir la muestra de 45.	
Firma de consentimiento informado	La investigadora principal los abordó para explicarles el objeto del estudio, describirles la intervención que se iba a realizar e invitarlos a participar. Una vez aceptaron se les solicitó la firma del consentimiento informado (anexo 3).	5 minutos
Aplicación de instrumentos y escala	Una vez firmado este documento se procedió a diligenciar la ficha sociodemográfica, el Familiograma y posteriormente se aplicó la ficha sociodemográfica, el Familiograma y la escala de incertidumbre -PPUS-FM.	20 min

Fuente: Elaboración propia

Segunda fase

Esta fase se inició con la primera parte de la intervención: **Conociendo la UCI**

Lo cual se hizo en forma grupal con los miembros de la familia presentes en el horario de la visita en 4 momentos (Tablas 3 y 4):

Tabla 3. Descripción de aplicación de la intervención fundamentada en la comunicación

Momento	Teoría	Propósito de la intervención	Descripción	Entrega (Lugar, tiempo)

1.Nombre del momento: Conociendo la UCI	Proveedores de estructura Educación	Políticas y Funcionamiento de la UCI	Información sobre: Horario de las visitas Elementos de cuidado personal Alimentación Ingreso de menores de edad El tratamiento (Santana) Los equipos y dispositivos médicos Personal de la UCI	Primer acercamiento con los familiares en forma grupal: Se entregó un folleto con indicaciones sobre políticas y funcionamiento de la Unidad, en la sala de espera de la UCI Durante una hora (ver descripción en tabla 4).
	Autoridad creíble	Persona Contacto	Contar con alguien a quien pueda llamar. A quién y qué tipo de información le pueden dar los miembros del equipo de salud. Conocer a los miembros del equipo de salud que atienden a su familiar Comunicación con la misma enfermera todos los días Comunicación con el médico tratante Recibir Información telefónica Responder las inquietudes con sinceridad.	Acompañamiento a la familia, durante los 4 días que duró la intervención: Sentirse reconocido por el personal del hospital Presentar al personal de enfermería y médicos.
	Marco de estímulos	Patrón de síntomas	Explicación sobre riesgos y / o complicaciones, así como los procedimientos y los tratamientos médicos	Explicación que se brindó a los familiares durante los cuatro días que duró la intervención. En esta también participó el médico tratante de la UCI
	Congruencia con el evento	Información sobre el estado de salud del familiar:	Se despejaron las dudas relacionadas con el tratamiento, las complicaciones, y pronóstico de la enfermedad	Esta información se brindó durante el tiempo que permaneció el paciente hospitalizado en la UCI
	Significado de la experiencia	Familiar como sujeto de cuidado	Escuchar cómo se siente frente a la situación de un familiar en la UCI. Despejar todas las dudas del familiar, permitirle un acercamiento a otros profesionales para que le puedan ayudar con problemas emocionales	Acompañamiento que se dio a los familiares y apoyo para la toma de decisiones relacionadas con el cuidado del paciente.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Contenido de la intervención

TEMATICA DE LA INTERVENCION		
Taller de “conocimiento y exploración de la UCI para abordar la incertidumbre de no conocer el lugar, ni el personal de salud “ (fase 2 – momento 1)	Se entregó un folleto donde se encuentren los ítems más importantes para conocer el manejo y el protocolo de ingreso a la UCI como familiar.	5 min
Taller sobre herramientas de comunicación: (fase 2 – momento 3)		10 min
Taller sobre comunicación asertiva.	Se dan pautas específicas sobre la forma más asertiva para comunicarse con el personal de salud para despejar las dudas que se tengan sobre su paciente. (fase 2 – momento 3) supliendo la necesidad del familiar de comunicarse para obtener información que le ayude a manejar su incertidumbre	10 min
Aplicación del instrumento de la valoración de la incertidumbre		5 min
Taller de “expresión de sentimientos”	Se le da al familiar las razones principales por las cuales debe expresar sus sentimientos según lo aprendido anteriormente sobre la forma asertiva de hacerlo. (fase 2 – momento 4)	10 min

3.9. Análisis de los resultados:

Para realizar el análisis de la información, se construyó una base de datos en Excel que fue sometida a verificación y depuración de datos errados y faltantes, luego se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 22).

El primer paso fue establecer si los datos recolectados con la escala de Merle Mishel incertidumbre en la enfermedad, formulario de miembro de la familia (PPU- FM), versión en español tenían una distribución normal y por lo tanto se ajustaban al modelo Gaussiano; para ello se empleó la prueba de Kolmogorov- Smirnov.

Los resultados mostraron que la medición al ingreso tenía una distribución normal, pre y post intervención. Por esta razón se utilizó una prueba no paramétrica, la U de Mann Whitney que permite la comparación inter grupo, entre el grupo de intervención con la de comparación y la prueba de Wilcoxon que permite la comparación intragrupo, entre pre intervención y post intervención en cada grupo.

3.10 Rigor metodológico:

Para reducir los sesgos de procedimiento, primero se recolectó la muestra del grupo de comparación y posteriormente la del grupo de intervención. Además, la investigadora principal realizó la intervención, para garantizar que siempre se realizara de la misma manera en tiempo y contenido, así mismo, se fue muy estricto en el tiempo de ingreso del paciente y la estancia en el momento del pretest y post- test.

3.11. Aspectos Éticos

En este estudio se tuvo en cuenta la reglamentación del Ministerio de Salud: 8430 DE 1993, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, por ejemplo, se plantean:

Artículo 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- A la prevención y control de los problemas de salud.
- Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
- A la producción de insumos para la salud.

Capítulo 1. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Artículo 5. Dice que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 12. El investigador principal suspendió la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Así mismo, será suspendida de inmediato para aquellos sujetos de investigación que así lo manifiesten.

Artículo 14. Se entiende por consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Para llevar a cabo este estudio primero se tuvo el aval del comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana y del comité de ética de la Foscal Internacional. En esta última se presentó el proyecto por escrito y se socializó frente a los integrantes del comité, quienes autorizaron la realización del estudio con estándares éticos nacionales e internacionales.

A los familiares que asistieron a las diferentes actividades se les solicitó el consentimiento informado escrito (Anexo 3). En cada una de las actividades realizadas se tuvo en cuenta los principios que plantea el código deontológico de enfermería: beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, confiabilidad, solidaridad, tolerancia, privacidad, veracidad y fidelidad. Los cuales se tuvieron en cuenta durante la intervención con los familiares, es decir se buscó en todo momento generar beneficencia a la familia y sus relaciones interpersonales con el equipo de salud dando las pautas para una comunicación asertiva, evitando hacerle daño a los mismos, tomando cada familiar como ser único y especial que necesita ser abordado para aceptar y comprender las necesidades y las vivencias del paciente internado en la UCI.

Se aceptaron las actitudes, expresiones y sentimientos que experimentaron dichos familiares como parte de su privacidad, y se les brindó una información veraz y confiable durante su estancia como familiar en la UCI adultos.

4. MARCO DE ANÁLISIS

4.1. Resultados

Los resultados de este estudio muestran el efecto de la intervención de enfermería basada en la comunicación sobre la incertidumbre de los familiares de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidado intensivo. En este apartado se presentan los resultados del análisis estadístico del estudio, en el cual se incluyeron 45 personas en el grupo de comparación y 45 en el grupo de intervención.

A continuación, se presentan las características sociodemográficas de la muestra, los resultados del efecto del cuidado convencional de enfermería y de la intervención basada en la comunicación sobre el nivel de incertidumbre y la comparación de los resultados obtenidos por el grupo de comparación y el grupo de intervención de cada una de ellas.

4.1.1 Características sociodemográficas de la muestra:

En este estudio se tuvieron en cuenta las variables demográficas de sexo, edad, estado civil y religión de los familiares de las personas adultas hospitalizadas en la UCI (tabla 5). El análisis de las características socio demográficas de los familiares o personas significativas que visitan diariamente a las personas hospitalizadas en la UCI muestra que la mayoría son mujeres, con edades que oscilan entre los 29 a 55 años, la mayoría de ellos viven con su pareja, que es quien está hospitalizada en la unidad.

En cuanto a la religión de los familiares, predomina la católica, aunque es evidente que un número significativo profesan otras religiones, aspecto que debe tenerse en cuenta a la hora de brindar apoyo espiritual.

Tabla 5. Características sociodemográficas de los familiares de personas hospitalizadas en la UCI

VARIABLES		Grupo de comparación	%	Grupo de intervención	%
Genero	Masculino	14	31	17	38
	Femenino	31	69	28	62
Edad	18 a 28	2	4	4	9
	29 a 40	9	20	12	27
	41 a 55	19	42	13	29
	56 a 65	14	31	10	22
	>66	1	2	6	13
	Religión	crisiano	15	33	11
	católico	18	40	17	38
	testigo J	4	9	11	24
	evangélico	5	11	4	9
	ateo	1	2	2	4
Escolaridad	primaria	9	20	3	7
	secundaria	19	42	11	24
	técnico	15	33	18	40
	universitario	2	4	13	28
Ocupación	hogar	8	18	9	20
	empresarial	18	40	14	31
	independiente	19	42	17	38
	estudiante	0	0	5	11

Estado civil	soltero	4	9	6	13
	casado	14	31	16	35
	separado	15	33	11	24
	unión libre	11	24	10	22
	viudo	1	2.2	2	4
Parentesco	padres	9	20	9	20
	pareja	16	35	14	31
	hijos	10	22	8	18
	Hermanos	10	22	8	18
	nieto	0	0	3	7
	otros	0	0	3	7

Fuente: Elaboración propia

Con base en estos resultados, se puede establecer que el grupo comparación y el grupo de intervención fueron bastante homogéneos en sus aspectos sociodemográficos en cada una de las variables estudiadas.

Con relación a la escolaridad se puede observar que el nivel es más alto en el grupo de intervención que en el grupo de comparación, donde la mayoría de los familiares tienen un nivel de primaria y secundaria, mientras que en el grupo de intervención un mayor número tienen estudios universitarios.

4.1.2. Familiograma y Ecomapa:

Para realizar el análisis del Familiograma se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: estructura familiar y antecedentes familiares.

Estructura familiar

En el Familiograma del grupo de comparación, se observó que 14 (32%) familiares tienen una familia nuclear, 18 (40%) familiares aseguran pertenecer a una familia extensa y el 13 (28%) familiares tienen una familia ampliada o multi nuclear. Por otra parte, en el grupo de

intervención 16 familiares (35%) tienen una familia nuclear, 20 (45%) pertenecen a una familia extensa y 9 (20%) tienen una familia ampliada o multinuclear.

Asimismo 16 personas (35%) del grupo de comparación y 14 personas (31%) del grupo intervención viven con el paciente a quien visitan además de vivir con sus hijos y un 10% de ellos viven con sus padres o con los suegros bajo el mismo techo.

De los familiares del grupo intervención 9 (20%) familiares se han divorciado y 5 (11%) están separados de su pareja, 12 (27%) están casados, 13 (28%) conviven si estar casados y 6 (13%) son solteros, mientras que de los familiares del grupo comparación 5(11%) familiares se han divorciado y 10 (22 %) están separados de su pareja, 19 (42 %) están casados, 7 (16 %) conviven si estar casados y 4 (9%) son solteros

Antecedentes familiares:

En el grupo de intervención, 4 (9%) familiares, manifestaron haber perdido miembros de la familia hospitalizados en UCI lo cual les genera angustia e incertidumbre. Llama la atención la presencia de gemelos en varias familias 1 (2%) en el grupo de comparación y 2 (5%) en el grupo intervención, pues uno de ellos estaba en la unidad de cuidados intensivos mientras el otro brindaba apoyo.

A su vez 18 (40%) familiares en el grupo de comparación y 12 (27%) del grupo intervención manifestaron la presencia de repatriación de familiares que han regresado al país en su gran mayoría venezolanos, pero también 10 (22%) del grupo intervención y 4 (9%) del grupo de comparación manifestaron que sus seres queridos están en países lejanos y hace mucho tiempo no los han visto.

En el grupo intervención 24 (53%) familiares comentaron que tienen una relación estrecha con el paciente, 10 (22%) son cercanos, 5 (11%) tienen una relación muy estrecha pero algunas veces conflictiva, 4 (9%) tienen una relación conflictiva y 2 (5%) estaban distantes cuando inicio la enfermedad; mientras que en el grupo de comparación 28 (62%) familiares comentaron que tienen una relación estrecha con el paciente 12 (27%) son cercanos, 4(9%) muy estrecha pero algunas veces conflictiva y 1 (5%) estaban distantes cuando inicio la enfermedad. En general todos manifiestan tener relaciones estrechas con la mayor parte de la familia con la que conviven a diario, también refieren tener algunas relaciones distantes con poca interacción o solo en momentos difíciles o situaciones especiales.

Ecomapa

El ecomapa se elaboró con el objetivo de profundizar el conocimiento y análisis de las redes de apoyo de la familia; el análisis muestra que en el grupo intervención 20 (44%) familiares tienen una conexión fuerte con la religión, 40 (89%) fuerte con los amigos, 29 (64%) una

conexión fuerte con la recreación, 30 (67%) tienen una conexión tenue con los servicios de salud, , 22 (49%) una conexión estresante con el trabajo, con un mayor flujo de energía y de recursos desde el trabajo y hacia la salud y la recreación.

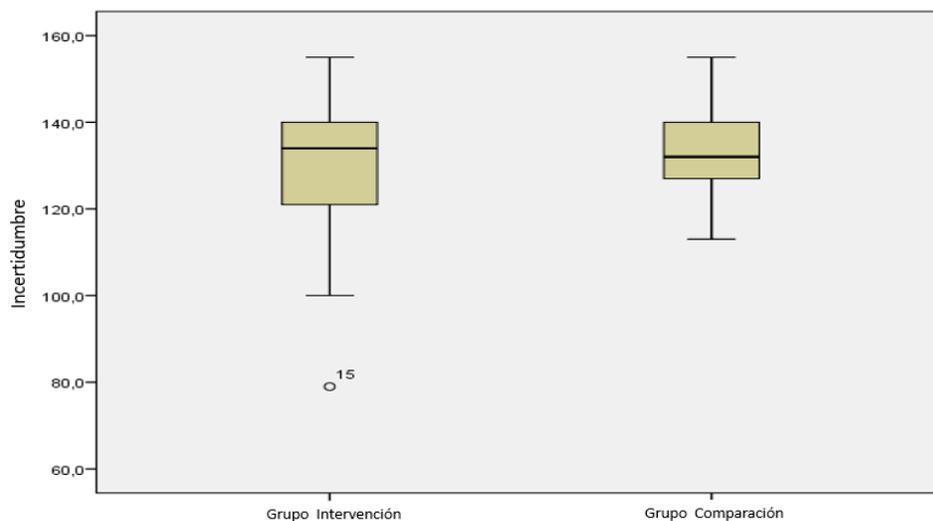
Mientras que en el grupo de comparación el 28 (62 %) tienen una conexión fuerte con la religión, 25 (55%) tienen una conexión fuerte con los servicios de salud, 39 (87%) una conexión fuerte con los amigos, 20 (44%) tiene una conexión con la recreación, 19 (42%) una conexión estresante con el trabajo, con un mayor flujo de energía y de recursos desde el trabajo y hacia la salud y la recreación.

En general todos manifiestan que los miembros de la familia y del entorno cuentan con acceso a salud, educación y que tienen tiempo de ocio y recreación, este tipo de actividades también ayudan a los familiares a que tengan momentos de tranquilidad frente a la situación actual.

4.1.3. Evaluación del nivel de incertidumbre de los familiares antes de la intervención

Previo a evaluar el efecto de la intervención convencional al grupo de comparación y la intervención basada en la comunicación al grupo de intervención, se estableció el nivel de incertidumbre con la escala de incertidumbre de los familiares (PPUS-FM) en ambos grupos, encontrando que en el primero fue de 132 y en el grupo de intervención de 130, sobre el valor total de 155. Lo cual indica que el nivel de incertidumbre de los familiares era elevado en los dos grupos (gráfico 1).

Gráfica 1. Resultados de comparación del puntaje total de la escala de incertidumbre de los familiares de personas hospitalizadas en UCI pretest



Fuente: Elaboración propia

Con relación al comportamiento de los subdimensiones de la incertidumbre, la tabla 5, muestra la comparación en los dos grupos antes de la intervención, mientras que en la tabla 6 se aprecia este comportamiento en los dos grupos posterior a la intervención.

Tabla 5. Comportamiento de los subdimensiones de la incertidumbre de los familiares en el grupo intervención y de comparación previo a la intervención.

Subdimensiones	Grupo intervención					Grupo comparación				
	Ambigüedad	Claridad	Falta de información	Imprevisibilidad	Total	Ambigüedad	Claridad	Falta de información	Imprevisibilidad	Total
Media	54,31	37,44	21,56	16,76	130,067	55,62	38,58	21,33	17,44	132,978
DS	7,54	5,07	2,55	3,05	16,71	4,80	3,71	2,00	1,67	9,933

Fuente: Elaboración propia

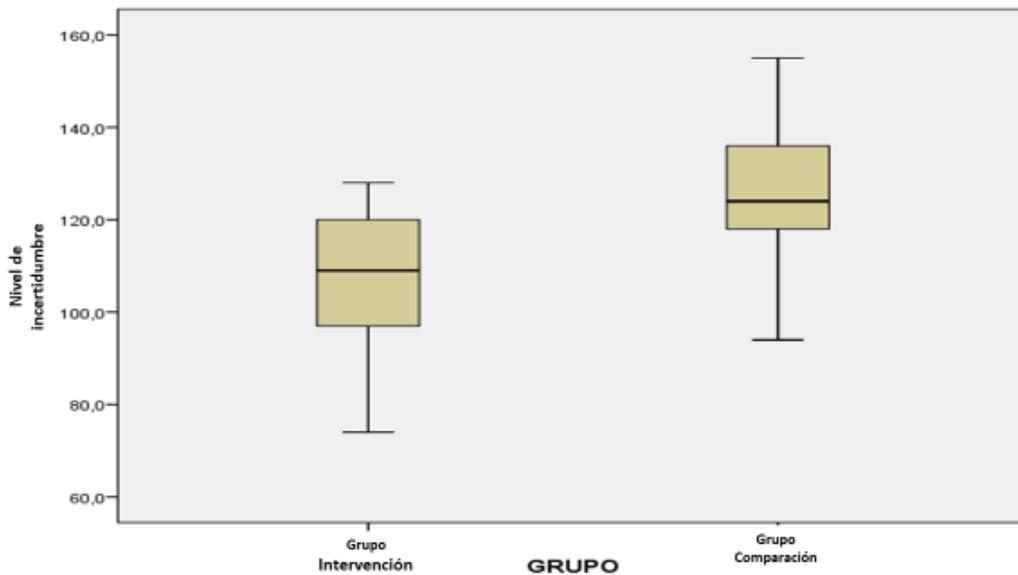
Tabla No. 6. Comportamiento de los subdimensiones de la incertidumbre de los familiares en el grupo Intervención y de comparación posterior a la intervención

Subdimensiones	Grupo intervención					Grupo comparación				
	Ambigüedad	Claridad	Falta de información	Impre_Visibilidad	Total	Ambigüedad	Claridad	Falta de información	Impre_Visibilidad	Total
Media	45,73	31,51	17,69	14,04	108,98	53,09	36,84	20,00	16,33	127,6
DS	5,63	4,12	2,02	2,25	13,00	5,52	4,23	2,24	1,65	12,51

Fuente: Elaboración propia

Con relación al comportamiento de las sub- dimensiones de la incertidumbre después de la intervención en la tabla 6 se observa que el nivel de incertidumbre se redujo en todas las sub- dimensiones de la escala, alcanzando valores aún más bajos en el grupo de intervención que en el de comparación, lo cual puede atribuirse al efecto de la intervención de enfermería basada en la comunicación. Es decir, la media disminuye significativamente en el grupo intervención mientras que el grupo de comparación se observa una disfunción leve.

Grafica 2, Comparación del Nivel de incertidumbre después de la intervención en ambos grupos



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Comparación del nivel de incertidumbre antes y después de la intervención convencional en los dos grupos

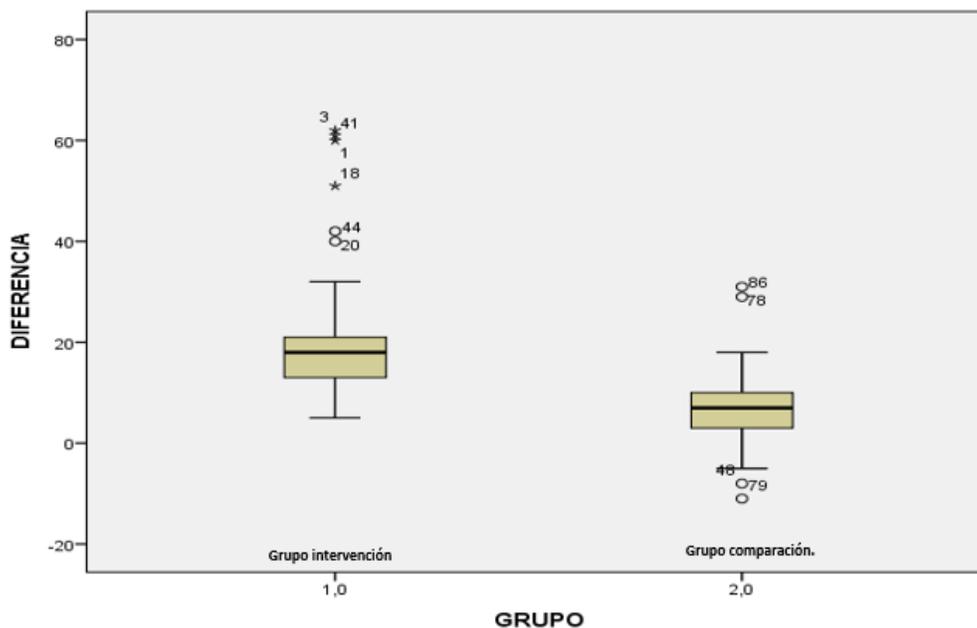
Grupo		Incertidumbre-Pre	Incertidumbre-Pos	Diferencia
Grupo intervención	Media	130,067	108,978	21,09
	N	45	45	45
	Desviación estándar	16,7174	13,0009	14,291
	Mínimo	79	74	5

	Máximo	155	128	62
	Asimetría	-0,756	-0,569	1,719
Grupo comparación.	Media	132,978	126,267	6,71
	N	45	45	45
	Desviación estándar	9,935	12,5125	8,187
	Mínimo	113	94	-11
	Máximo	155	155	31
	Asimetría	0,399	0,109	0,678

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7 se observa que el grupo de Intervención inicia con una media de incertidumbre de 130 en el pretest y termina con una media de 108 en el pos-test con una diferencia de 21, mientras que el grupo 2 de comparación tiene una media al inicio en el pretest de 132 y termina con una media de 126, con una diferencia de 6,71. además de presentar el grupo Intervención en el inicio una desviación estándar de 16,7 y finaliza con una de 13 mientras el grupo de comparación inicia con una desviación estándar 9,9 y termina con una media de 12,5.

Grafica 3. Diferencia en incertidumbre entre el grupo intervención y el grupo de comparación



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Comparación de los subdimensiones de la incertidumbre antes de la intervención en los dos grupos

Subdimensiones	Estadístico T	Valor P
Ambigüedad	-0,983	0,329
Claridad	-1,21	0,227
Falta de información	-0,476	0,635
Impresivilidad	-1,312	0,194

Fuente: Elaboración propia

Los promedios de cada una de los subdimensiones, fueron iguales estadísticamente entre los dos grupos, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis, dándose igualdad de promedios.

Tabla 9. Comparación de los subdimensiones de la incertidumbre después de la intervención en ambos grupos

Subdimensiones	Estadístico T	Valor P
Ambigüedad	-6,262	1,23E-08 (<0,001)
Claridad	-6,055	3,10E-08(<0,001)
Falta de información	-5,137	1,58E06(<0,001)
Impresivilidad	-5,506	3,92E-07(<0,001)

Fuente: Elaboración propia

Los promedios de cada una de las sub-dimensiones, difieren significativamente en los dos grupos, después la intervención. Dando como resultado que después de ser aplicada la intervención se rechaza la igualdad de promedio, rechazando a su vez la hipótesis nula.

Evaluación del efecto de la intervención sobre el nivel de incertidumbre de los familiares en el grupo intervención y de comparación:

Los resultados obtenidos por el grupo intervención y de comparación antes y después de la intervención, se aprecian en la tabla 7.

4.1.4. Prueba de hipótesis

Tabla 10. Resumen contraste de la prueba de hipótesis

Prueba	Mediana diferencia de la intervención pre y post	Significancia.
Signos para muestras relacionadas	0,0	,000
Wilcoxon	0,0	,000

Valor $p < 0.005$

Fuente: Elaboración propia

los resultados de la prueba de Wilcoxon, que reflejan la comparación intergrupos (tabla 10), con base en los cuales se rechaza la hipótesis nula, ($p < 0.005$) la mediana en los dos grupos es de 0, es decir se muestran significaciones asintónicas

Tabla 11. Inter grupos con la U de Mann-Whitney

Prueba	Mediana diferencia de la intervención pre y post	Significancia.
Signos para muestras relacionadas, en la distribución de la incertidumbre pos, es la misma entre las categorías del grupo.	0,0	,000
Prueba de U de Mann-Whitney	0,0	,000

Valor $p < 0.005$

Fuente: Elaboración propia

Lo mismo ocurre con los resultados de la prueba Mann-Whitney, que reflejan la comparación intragrupo (tabla 11), con base en los cuales se rechaza la hipótesis nula, ($p < 0.005$) la mediana es de 0, es decir se muestran significaciones asintónicas.

5. DISCUSION

Esta investigación tuvo como objetivo explorar el efecto de una intervención de enfermería basada en la comunicación, comparada con el cuidado convencional, sobre el nivel de incertidumbre de los familiares de personas que son hospitalizadas por primera vez y de manera inesperada en una UCI.

Los familiares experimentan angustia, ansiedad y temor, debido a la incertidumbre que sienten al desconocer cómo será la evolución de su ser querido, el tratamiento que recibirá y si con éste logrará sobrevivir a la condición crítica de salud que padece ((15) (32), (4)). Uno de los factores que influyen en el nivel de incertidumbre de la familia, es la falta de información apropiada y actualizada, que los ayude a comprender la situación de salud del ser querido (78), por ello, atender esta necesidad de los familiares es fundamental para ayudarlos a sentirse mejor y de esta manera pueden contribuir a brindar apoyo al paciente (47).

En esta investigación, la aplicación de la escala de Incertidumbre frente a la enfermedad formulario para miembro de la familia -PPUS-FM_evidenció este fenómeno, al obtener niveles elevados en el puntaje total de incertidumbre en los familiares ambos grupos, en el momento del ingreso del paciente a la UCI y en cada uno de los factores que mide la escala: falta de claridad, falta de información, imprevisibilidad y ambigüedad. Este resultado concuerda con los hallazgos de otros estudios como el de Márquez quien describió que para los familiares esta es una experiencia impactante (70), que redunde en una dificultad para movilizar recursos de afrontamiento adecuados ya que según Engstrom el estado de incertidumbre sobre el resultado esperado, es difícil de afrontar (79).

Los niveles elevados de incertidumbre al inicio del estudio, se deben a la falta de conocimiento en cuanto a la enfermedad, sus síntomas y el tratamiento; la literatura ha demostrado que la incertidumbre frente a los síntomas evidencia que la mayoría de los cuidadores no están seguros de la mejoría de su familiar; señalan, además, la falta de claridad sobre el dolor que experimentan sus familiares y el cambio en la sintomatología de manera impredecible (4).

En este mismo sentido, un estudio realizado por Flórez et al., mostró un elevado nivel de incertidumbre en los familiares de los pacientes hospitalizados en una UCI, quienes manifestaron desacuerdo con las explicaciones que recibían, por ser confusas, e incomprensibles por el lenguaje utilizado por el personal de salud y porque no tenían claro quién era el responsable del cuidado (4).

Las unidades de cuidados intensivos son servicios complejos que necesitan personal con conocimientos, habilidades y capacidad para brindar un cuidado humanizado, es así como las diferentes instituciones y organismos de control actualmente buscan estrategias para abordar y

suplir sus necesidades, en este caso la comunicación. Esta es una característica de excelencia en los servicios de salud, por ello, dos de los estándares que contempla la Joint Commission, para promover la seguridad y calidad de la atención son: el respeto a los derechos del paciente y de su familia y la educación de estos; en ellos se hace referencia a los valores y creencias, intimidad, seguridad, protección, confidencialidad, la información y el consentimiento informado.

Los resultados de este estudio muestran que la intervención de enfermería basada en la comunicación ocasionó una reducción mayor del nivel de incertidumbre de los familiares del grupo de intervención con relación a los resultados obtenidos por el grupo comparación, quienes recibieron la intervención convencional.

La intervención, se fundamentó en la teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad de Mishel, quien sostiene que este fenómeno se presenta cuando las situaciones son complejas y ambiguas y la persona no posee la información suficiente para otorgarle un significado a los eventos relacionados con la enfermedad y desde este punto de vista se enfocó en los proveedores de estructura, con especial énfasis en: la educación y la autoridad creíble, con el propósito de fortalecer la capacidad cognitiva de los familiares para procesar la información e influir de manera positiva en el marco de estímulos que refleja la percepción que tienen sobre la condición de salud de su ser querido (59),(61)).

El proceso educativo inició cuando el paciente ingresó a la UCI, con una reunión informativa a los familiares acerca de las políticas institucionales, el funcionamiento de la unidad, los equipos y dispositivos y personal de salud responsable del cuidado de su ser querido y se complementó con un folleto que contenía la información relevante. Además, se incluyeron un taller de comunicación asertiva y de expresión de sentimientos, para facilitar los procesos de interacción con el personal de la Unidad. Este programa educativo se complementó con el apoyo brindado por la investigadora principal a los familiares, al estar pendiente de atender su necesidad de información a través de comunicación telefónica y con el acompañamiento durante la visita cuando los familiares lo requerían, durante su estancia en la UCI.

Una revisión sistemática de la literatura realizada por Cipress sobre las reuniones con los familiares demuestra que hay evidencia suficiente que respalda la importancia de estas para mejorar la comunicación entre el personal responsable del cuidado y las familias. La información que adquieren los familiares, la oportunidad de aclarar las dudas y las experiencias compartidas, favorecen la construcción de nuevos conocimientos, que los ayudan a disminuir la incertidumbre (32) y a fortalecer la capacidad para afrontar la situación (80).

Algunos estudios como el de Bailey encontraron efectos significativos en una intervención que se realizó con 6 acercamientos a familiares y pacientes para el manejo del autocontrol de la incertidumbre (81). Así mismo en el estudio de Eggenberger mostró que un taller de 4 horas

tenía efectos más positivos en las familias de pacientes en UCI que los que tuvieron un taller de una hora de intervención (82).

Con relación al taller de expresión de sentimientos de los familiares, los estudios indican que compartir la vivencia del momento, es primordial para exteriorizar la angustia e incertidumbre que sienten ante lo que puede suceder a su ser querido. La literatura confirma que las conductas de los profesionales de enfermería en la cual se muestran atentos y comprensivos, propicia la expresión de sentimientos (83)(84).

En cuanto a consolidar la autoridad creíble, los familiares obtuvieron información sobre el diagnóstico y evolución del estado de salud de su ser querido por parte del médico tratante y la investigadora principal quien mantuvo contacto permanente con el acudiente que permanecía la mayor parte del tiempo en la UCI, brindando información y aclarando dudas e inquietudes relacionadas con el estado de salud y el tratamiento.

La comunicación se convierte en una estrategia esencial para el acercamiento con los familiares y para promover la humanización de la atención. En los procesos comunicativos enfermero(a) –familia existe el propósito de reducir la incertidumbre al atender la “necesidad de información”, relacionada con el estado de salud o los cambios presentados en la condición clínica de la persona hospitalizada, con las necesidades físicas, emocionales y espirituales y otras que ellos consideren prioritarias (85) (67) (86) (87).

Los familiares al interactuar con el personal de enfermería desean que esta comunicación sea comprensible, coherente, sincera, cordial, una comunicación humanizada. Lo anterior, genera un ambiente propicio para la relación de ayuda y genera un marco ideal para que se dé el proceso comunicativo en forma adecuada, efectiva y eficaz; más aún, permitiendo al personal de enfermería ejercer un cuidado con calidad y calidez, esto produce en el familiar seguridad y confianza en que su ser querido está siendo bien atendido (67).

Los resultados de esta investigación muestran que los familiares pasaron de un nivel elevado a un nivel intermedio de incertidumbre, con la intervención basada en la comunicación, esta intervención mostró un mayor fortalecimiento de los vínculos con la enfermera como autoridad creíble (88).

La interacción de los profesionales de salud y del personal de enfermería con las familias, favorece la comunicación y tiene un impacto positivo en el nivel de incertidumbre al atender la necesidad de comunicación que es una de las más apremiantes, en este momento (88). La JCAHCO (Joint Commission International) exige unos elevados estándares de calidad y considera fundamental un abordaje multidisciplinar de la investigación en el ámbito familiar para promover un desarrollo de medidas de garantía, de calidad permitiendo evaluar la satisfacción de los familiares en cuanto a las intervenciones, enfermería debe identificar

necesidades para disminuir y ayudar a los familiares.(89) Es clave que las instituciones de salud en el país se concienticen sobre el proceso de información para así brindar un mejor cuidado enfatizado hacia las necesidades de los familiares, y propender la recuperación del paciente.

La actividad del personal de enfermería en las unidades de cuidados intensivos específicamente las de adultos, exige profesionales competentes, con buena formación y capacitados para responder a las necesidades que plantean tanto los pacientes críticos como sus familiares (90). Entre las competencias Camelo destaca las capacidades de liderazgo, toma de decisiones, comunicación y educación de los familiares de manera permanente (91).

Las intervenciones propias de enfermería han demostrado ser efectivas en las familias como población de cuidado, pero se necesita que la enfermera este consciente de aquello que puede alcanzar con sus acciones y el lograr una comunicación con los familiares es crucial a la hora de dar un cuidado holístico. Las habilidades, estrategias y gestos de los profesionales de enfermería más destacados para poder realizar una eficaz comunicación con los familiares, es la empatía, la confianza, el empleo de una información adecuada, clara y sencilla al nivel sociocultural del familiar, además de un tono de voz cálido y comprensivo con un volumen y ritmo combinado con posturas corporales, expresión facial y mirada dulce que genere tranquilidad y esperanza en cada uno de los miembros de esa familia que está en crisis, (92) lo cual se logró en este estudio debido a la notoria y significativa reducción de la incertidumbre en los familiares.

Es decir, este estudio aporta al conocimiento de enfermería un primer acercamiento a una intervención propia de la disciplina que se puede aplicar en todas las unidades de cuidados intensivos donde se aborda el manejo de la incertidumbre en los familiares siendo un cuidado integral no solo pensando en el paciente sino también en el entorno y en sus familiares.

6. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- Los resultados de este estudio muestran que tanto el grupo de intervención como el de comparación tienen características sociodemográficas similares, la mayoría son mujeres cuyas edades oscilan entre los 29 y 55 años, viven con el paciente y la mayoría son la pareja de éste. Aunque la religión predominante es la católica, es notoria la diversidad de religiones y cultos que practican, lo cual es importante tener en cuenta a la hora de brindar cuidado espiritual. El nivel educativo predominante es secundaria y técnico, aunque en el grupo de intervención se encontró con mayor frecuencia el nivel universitario que en el grupo de comparación. En su mayoría son trabajadores independientes.

Los familiares de ambos grupos estaban viviendo por primera vez la experiencia de tener un pariente cercano hospitalizado en una UCI, lo cual constituye un aspecto que, desde el punto de vista de la teoría de Mishel, altera el marco de estímulos de las personas, al modificarse el patrón de los síntomas, la familiaridad con el evento y la congruencia con el evento, lo cual, incrementa la incertidumbre.

- Con relación al nivel de incertidumbre de los familiares, los resultados del grupo de comparación mostraron que este se redujo con el cuidado convencional que recibieron. Sin embargo, al compararlo con los resultados obtenidos por el grupo de intervención, se aprecia que estos familiares mostraron un nivel de incertidumbre aún menor, posterior a la intervención en comunicación. Estos resultados muestran que el efecto de la intervención de enfermería basada en la comunicación contribuyó a reducir el nivel de incertidumbre total en los familiares del grupo experimental evidenciado con el resultado de la prueba de hipótesis que mostró un valor p de 0.000.

Este resultado también se evidenció en la reducción del nivel de incertidumbre en cada una de las dimensiones de la escala, siendo mayor con la intervención basada en la comunicación, siendo mayor el efecto en la subdimensión de ambigüedad. Desde el punto de vista de enfermería estos resultados muestran la importancia que tiene para los familiares, tener acceso a la información sobre las políticas y el ambiente de la UCI, la condición de salud del paciente y las características del tratamiento que recibe. Así mismo, tener la posibilidad de contar con una persona contacto, con quien se pueden comunicar en cualquier momento para que les dé información en forma clara y precisa, bien sea en la Unidad o por vía telefónica, contribuye a modular la incertidumbre.

Desde el punto de vista de la teoría, esta intervención muestra la influencia que tienen los proveedores de estructura, en general y la autoridad creíble en particular como moduladores de la incertidumbre en los familiares.

6.2 Limitaciones

- En este estudio no se midieron variables confusoras como el estrés y la ansiedad estado, que son consecuencias comunes en los estados de incertidumbre, por lo cual se recomienda tenerlo en cuenta en futuros estudios sobre este tema.
- Si bien la mayoría de los pacientes estuvieron hospitalizados durante los cuatro días que se administró la intervención al grupo de comparación, en otros casos este tiempo fue mayor. Por ello sería interesante hacer un seguimiento hasta el final de la estancia en la UCI y posteriormente en la fase de hospitalización, previo al momento del alta.

6.3 Recomendaciones.

Los resultados de este estudio permiten indicar algunas recomendaciones tanto para la asistencia, y la generación de políticas. A continuación, se enuncian las recomendaciones en cada área derivadas de los hallazgos.

Recomendaciones para la práctica:

- La enfermera debe reconocer la necesidad de los familiares para la comunicación, la necesidad de humanización del entorno de la UCI, los profesionales deben estar preparados para hacer frente a cada uno de los sentimientos de los familiares, proporcionar el tiempo adecuado para tratar con ellos, identificar e indagar que sienten las familias.
- La intervención de enfermería estrechó los vínculos entre los familiares y la investigadora principal del estudio. En la interacción con las familias la enfermera crece en la experiencia del cuidado porque la sensibiliza al comprender las vivencias, sentimientos y el significado que adquiere para ellos, esta experiencia le ayuda a tener consciencia de la importancia de los aspectos intangibles del cuidado como la empatía, la interacción enfermera- familia – paciente.
- Facilitar las condiciones que le permitan al núcleo familiar adaptarse y así minimizar los cambios que deben realizar.
- Generar estrategias que minimicen el impacto generado por los equipos y dispositivos y fortalecer las estrategias de afrontamiento del familiar.

- Fortalecer la esencia del cuidado, La atención integral de enfermería debe incluir la evaluación de las necesidades de la familia y el impacto de la enfermedad en la unidad familiar y trabajar para que el familiar logre crecer derivado de la experiencia.
- Organizar programas de apoyo y continuar con la información que se brinda sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Como también el evaluar intervenciones de cuidado que realiza enfermería. También se recomienda el abordaje de la experiencia de la enfermera con el objetivo de contrastar las experiencias y conocerlas en paralelo para permitir el trabajo dirigido basado en enfermería y el familiar. Para la generación de políticas: Contemplar en las políticas y normativas de la atención en salud, como se debe brindar la atención en los casos de familiares que tienen hospitalizados pacientes en ciudades o regiones diferentes a las de residencia.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ågård AS, Harder I. Relatives' experiences in intensive care-Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007;23(3):170-7.
2. Minton C, Batten L, Huntington A. A multicase study of prolonged critical illness in the intensive care unit: Families' experiences. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. Elsevier Ltd; 2019;50:21-7. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.010>
3. Pardavila Belio MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva* [Internet]. SEEIUC; 2012;23(2):51-67. Recuperado a partir de: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239911000460>
4. Elida I, Torres F, Massa ER. Incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Investig En Enfermería Imagen Y Desarro*. 2018;20(1).
5. Raile Alligood Martha AMT. Modelos y teorías en enfermería. 2011. 173 p.
6. Mishel MH, Germino BB, Lin L, Pruthi RS, Wallen EM, Crandell J, et al. Managing uncertainty about treatment decision making in early stage prostate cancer: A randomized clinical trial. *Patient Educ Couns*. 2009;77(3):349-59.
7. Paul L. Marino M.D. El libro de la UCI. 3rd Editio. 2008. 620 p.
8. Dominguez Cherit G. Manejo del Paciente en Estado Critico. *Secr Salud, Mex D,F*. 2009;Primera ed:1-46.
9. Mas N, Olaechea P, Palomar M, Alvarez-Lerma F, Rivas R, Nuvials X, et al. Analisis comparativo de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos españolas por causa medica y quirurgica. *Med Intensiva*. 2015;39(5):279-89.
10. Koulouras V, Konstanti Z, Lepida D, Papathanakos G, Gouva M. Shame feeling in the Intensive Care Unit patient's family members. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. Elsevier Ltd; 2017; Recuperado a partir de: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0964339717301040>
11. Mendes Vieira J, Paraíso de Matos KA, de Andrade-Barbosa TL, Mourão Xavier-Gomes L. Sentimientos vivenciados por familiares de pacientes internados no centro de terapia intensiva adulto. *Rev Cubana Enferm*. 2013;29(1):18-28.
12. Nielsen MK, Neergaard MA, Jensen AB, Bro F, Guldin MB. Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement. *Clin Psychol Rev* [Internet]. Elsevier Ltd; 2016;44:75-93. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.01.002>
13. Padilla Fortunatti CF. Most important needs of family members of critical patients in light of the Critical Care Family Needs Inventory. *Investig Educ en Enferm* [Internet]. 2014;32(2):306-316 11p. Recuperado a partir de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107818894&site=ehost-live&scope=site>
14. McKiernan M, McCarthy G. Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2010;26(5):254-61.
15. Tarquino L. La familia del paciente en unidad de cuidado intensivo (UCI). *Univ del*

- rosario. 2014;1-57.
16. Chan KS, Twinn S. An analysis of the stressors and coping strategies of Chinese adults with a partner admitted to an intensive care unit in Hong Kong: An exploratory study. *J Clin Nurs*. 2007;16(1):185-93.
 17. Benito Domingo ML, Garcia Manzano AI, Lopez Sagospe I, Maria Benito R, Pelrez Ortiz R, Rojas Cabrera A. Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la unidad de ictus. *Rev Cient la Soc Esp Enferm Neurol* [Internet]. Elsevier; 2012;2012(35):6-11. Recuperado a partir de: [http://dx.doi.org/10.1016/S2013-5246\(12\)70012-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2013-5246(12)70012-0)
 18. De conceptos. Concepto de familia disfuncional [Internet]. 2017 [citado 6 de junio de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-070-15.htm>
 19. Aliberch Raurell AM, Miquel Aymar IM. Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva* [Internet]. SEEIUC; 2015;26(3):101-11. Recuperado a partir de: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239915000310>
 20. Canabal Berlanga A, Hernandez Martinez G. Puede la satisfacción de los pacientes y familiares influir en la gestión de los servicios de medicina intensiva? *Med Intensiva* [Internet]. Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC; 2017;41(2):67-9. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.12.010>
 21. Hidalgo Fabrellas I, Vélez Pérez Y, Pueyo Ribas E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva* [Internet]. Elsevier; 2007;18(3):106-14. Recuperado a partir de: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239907743924>
 22. Zazpe C, Margall MA, Otano C, Perochena MP, Asiain MC. Meeting needs of family members of critically ill patients in a Spanish intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. febrero de 1997 [citado 6 de junio de 2017];13(1):12-6. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9095877>
 23. Zaforteza Lallemand C, Prieto González S, Canet Ferrer TP, Díaz López Y, Molina Santiago M, Moreno Mulet C, et al. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enferm Intensiva*. 2010;21(1):11-9.
 24. Quijano Boada LC. La principal necesidad de las familias en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). 2016;10-23.
 25. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: A review of the literature. *J Clin Nurs*. 2005;14(4):501-9.
 26. Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Hear Lung J Acute Crit Care*. 2007;36(5):367-76.
 27. Galvis López CR, Salamanca Ramos E. Percepción de necesidades en cuidadores familiares de adultos internados en una unidad de cuidados intensivos de una institución prestadora de salud (IPS) privada en Villavicencio, Colombia. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro* [Internet]. 2014;16(2):81. Recuperado a partir de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/8065>

28. Higginson IJ, Rumble C, Shipman C, Koffman J, Sleeman KE, Morgan M, et al. The value of uncertainty in critical illness? An ethnographic study of patterns and conflicts in care and decision-making trajectories. *BMC Anesthesiol* [Internet]. *BMC Anesthesiology*; 2016;16:11. Recuperado a partir de: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4746769&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
29. Mitchell ML, Chaboyer W. Family Centred Care-A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. Elsevier Ltd; 2010;26(3):154-60. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2010.03.003>
30. Abizanda Campos R, Bernat Adell A, Ballester Arnal R, Bisbal Andrés E, Vidal Tegedor B, Cubedo Bort M, et al. Estrategias de información en una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente. *Med Intensiva* [Internet]. Elsevier; 2008;32(5):216-21. Recuperado a partir de: [http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5691\(08\)70943-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5691(08)70943-4)
31. Cypress BS. The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. Elsevier Ltd; 2011;27(5):273-80. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2011.08.001>
32. Cypress BS. Understanding Uncertainty Among Critically Ill Patients in the Intensive Care Unit Using Mishel's Theory of Uncertainty of Illness. *Dimens Crit Care Nurs* [Internet]. 2016;35(1):42-9. Recuperado a partir de: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84950349620&partnerID=tZOtx3y1>
33. Van Keer R-L, Deschepper R, Francke AL, Huyghens L, Bilsen J. Conflicts between healthcare professionals and families of a multi-ethnic patient population during critical care: an ethnographic study. *Crit Care* [Internet]. *Critical Care*; 2015;19(1):441. Recuperado a partir de: <http://ccforum.com/content/19/1/441> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26694072> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4699338>
34. Downey BL, Engelberg RA, Shannon SE, Curtis JR. Measuring intensive care nurses' perspectives on family-centered end-of-life care: evaluation of 3 questionnaires. *Am J Crit Care*. 2006;15.
35. Azoulay É, Sprung CL. Family-physician interactions in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2004;32(11):2323-8.
36. Grant M. Resolving communication challenges in the intensive care unit. *AACN Adv Crit Care*. 2015;26(2):123-30.
37. Furqan MM, Zakaria S. Challenges in the implementation of strategies to increase communication and enhance patient and family centered care in the ICU. *Med Intensiva (English Ed)* [Internet]. 2017;41(6):365-7. Recuperado a partir de: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2173572717301169>
38. Au SS, Roze des Ordon A, Soo A, Guienguere S, Stelfox HT. Family participation in intensive care unit rounds: Comparing family and provider perspectives. *J Crit Care* [Internet]. Elsevier B.V.; 2017;38:132-6. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.10.020>

39. Murillo Pérez MA, López López C, Vela ST, Morales Sánchez C, Orejana Martín M, García Iglesias M, et al. Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2014;25(4):137-45. Recuperado a partir de: www.elsevier.es/ei
40. Nava Quiroz C, Méndez PO, Zaira C, Valero V, Soria R, Resumen T. Inventory of Strategies of Coping: A replication. *Psicol y Salud*. 2010;20(2):213-20.
41. Söderström IMK, Saveman BI, Hagberg MS, Benzein EG. Family adaptation in relation to a family member's stay in ICU. *Intensive Crit Care Nurs*. 2009;25(5):250-7.
42. Bailey JJ, Sabbagh M, Loisel CG, Boileau J, McVey L. Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. Elsevier Ltd; 2010;26(2):114-22. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2009.12.006>
43. Gro Frivolda, Bjorg Dalea, b AS. Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. Elsevier Ltd; 2015;31(4):232-40. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.006>
44. Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixà M, et al. Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel. *Index de Enfermería* [Internet]. Fundación Index; junio de 2013 [citado 6 de junio de 2017];22(1-2):60-4. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=en
45. Tamayo Fuquen DC. Validación de la escala de satisfacción familiar CCFSS en unidades de cuidado crítico en hospitales universitarios de Bogotá. *Fac Med Pontif Univ Javeriana*. 2013;106.
46. Harrison DA, Ferrando-Vivas P, Wright SE, McColl E, Heyland DK, Rowan KM. Psychometric assessment of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit questionnaire in the United Kingdom. *J Crit Care* [Internet]. Elsevier Inc.; 2017;38:346-50. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.10.023>
47. Pauline W. Barriers to Regaining Control within a Constructivist Grounded Theory of Family Resilience in ICU: Living with Uncertainty. *Int J Lab Hematol*. 2016;38(1):42-9.
48. Pardavila Belio MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos.Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2012;23(2):51-67. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21775182>
49. Gómez-Carretero P, Soriano Pastor JF, Monsalvez Dolz V, de Andrés Ibañez J. Satisfacción con la Información: Posible Variable Interviniente en el Estado de Ánimo de Cuidadores Primarios de Pacientes Críticos. *Clínica y ...* [Internet]. 2009;20(M):91-106. Recuperado a partir de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=11305274&AN=43184056&h=21KYIw1F9RGocMB+AkeuHo2dA94SEA7nd6gAPFtXpBcRQMPPtrogw/1So85JNldiACgXFuVHpMOnjptXfbAIDw==&ctrl=c%5Cnhttp://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v>
50. Herranz N, Gonz M, Universi- H. De Pacientes Ingresados En Una Unidad De Cuidados Intensivos. 2004;28(5):237-49.

51. Rigaud JP, Moutel G, Quesnel C, Eraldi JP, Bougerol F, Pavon A, et al. How patient families are provided with information during intensive care: A survey of practices. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2016;35(3):185-9.
52. Gloria, M., Howard, B., & Joanne MD. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6° Edición. 2011.
53. Luis Cibanal Juan. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud.
54. Verhaeghe STL, Van Zuuren FJ, Defloor T, Duijnste MSH, Grypdonck MHF. How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit? *J Clin Nurs*. 2007;16(8):1488-97.
55. Zaforteza C, Gastaldo D, Sánchez P, de Pedro J, Lastra P. Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *Nure Investig*. 2004;3:1-7.
56. Diccionario de cáncer - National Cancer Institute. Definición de terapia convencional - [Internet]. [citado 29 de noviembre de 2017]. Recuperado a partir de: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=44198>
57. Medicare. ¿ Es un paciente hospitalizado o ambulatorio ? 2014;
58. Barrera Ortiz L, Vargas Rosero E, Cendales PA. Encuesta de caracterización para el cuidado de una persona con enfermedad crónica. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro* [Internet]. 2014;17(1):27-43. Recuperado a partir de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/9122>
59. Smith MJ, Liehr PR. Middle range theory for nursing. Third Edit. 2014. 458 p.
60. Smith, Mary Jane PRL. Middle Range Theory for Nursing [Internet]. Middle range theory for nursing. 2014. 109-140 p. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100007&lng=en&tlng=en
61. Mishel MH. Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. *Image J Nurs Scholarsh*. 1990;22(4):256-.
62. Montalvo Prieto AA, Florez Torres IE, Romero Massa E. Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI. *Av en Enfermería*. 2018;36(3):283-91.
63. Walker M, Kublin JG, Zunt JR. Uncertainty, Symptoms and Quality of Life in Persons with Chronic Hepatitis C Undergoing Watchful Waiting. 2009;42(1):115-25.
64. Mishel MH. The measurement of uncertainty in illness. *Nurs Res* [Internet]. 1981 [citado 30 de octubre de 2017];30(5):258-63. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6912987>
65. BAILEY DE SJ. Adaptación transcultural, validez facial y de contenido de la Escala de la Incertidumbre frente a la enfermedad (MUIS). *Formulario para miembro de la familia, versión española (PPUS - FM)*. 2015;541-51. Recuperado a partir de: https://www.google.com.co/_/chrome/newtab?espv=2&ie=UTF-8
66. Pérez Fernández MC, Najarro Infante F, Dulce García M, Gallardo Jiménez N, Fernández Fernández A. Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia. Una competencia de Enfermería. *Rev Páginasenferurg.com* [Internet]. 2009;1(3):15-20. Recuperado a partir de: revista@paginasenferurg.com %7Cwww.enferurg.com

67. Pinzón GB. Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. BdigitalUnalEduCo [Internet]. 2014; Recuperado a partir de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/47111/>
68. Zaforteza Lallemand C, Sánchez C, Lastra P. Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: Es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. *Enferm Intensiva* [Internet]. Elsevier Masson SAS; 2008;19(2):61-70. Recuperado a partir de: [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399\(08\)72746-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399(08)72746-9)
69. Ros RT, Sancho CJ. Artículo original Impacto de los familiares del paciente crítico Ante una acogida protocolizada Impact of the relatives of the critically ill patient In light of a protocolized reception. 2017;14(2):49-60.
70. Márquez Herrera M. La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. *bucaramanga. Fac Enfermería, Univ Nac Colomb.* 2012;118.
71. Chiang VCL, Lee RLP, Ho FM, Leung CK, Tang YP, Wong WS, et al. Fulfilling the psychological and information need of the family members of critically ill patients using interactive mobile technology: A randomised controlled trial. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. Elsevier Ltd; 2017;41:77-83. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.006>
72. María A, Cardona S. Diseños Cuasiexperimentales. *Fac Salud Pública Univ Antioquia.* 2003;4.
73. Cupabán G. Manual institucional código de buen gobierno corporativo y de ética. *Fund Fosunab- Clin Foscal Int.* 2015;49.
74. Mellor B. *Sample size methodology.* M. M. Desu and D. Raghavarao, Academic Press, Boston, 1990. No. of pages: xii + 135. Price: £21.50. ISBN: 0-12-212165-1. *Stat Med* [Internet]. Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company; 1 de enero de 1992 [citado 28 de enero de 2018];11(4):562-3. Recuperado a partir de: <http://doi.wiley.com/10.1002/sim.4780110421>
75. *Emprendimiento Social. Cómo elaborar un familiograma o genograma paso a paso* - [Internet]. 2015 [citado 20 de enero de 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.adecos.com/blog-de-formacioacuten/como-elaborar-un-familiograma-o-genograma-paso-a-paso>
76. Moreno LYD. Validación de la escala de valoración de incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel Muis-A frente a procedimientos diagnósticos. Tesis [Internet]. 2013;103. Recuperado a partir de: [http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/10409/1/Lina Maria Arangure Burgos\(TESIS\).pdf](http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/10409/1/Lina%20Maria%20Arangure%20Burgos%28TESIS%29.pdf)
77. Suarez-Acuña. Escala de incertidumbre en la enfermedad---formapadres/hijos: validación de la adaptación al español. *Soc Española Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC).* 2018;(xx).
78. Vandall-Walker V, Clark AM. It starts with access! A grounded theory of family members working to get through critical illness. *J Fam Nurs.* 2011;17(2):148-81.
79. Engström Å, Söderberg S. The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2004;20(5):299-308.
80. Jimenez-Ocampo VF, Zapata-Gutiérrez LS. Capacidad de afrontamiento y adaptación

de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Aquichan [Internet]. 1 de agosto de 2013 [citado 9 de diciembre de 2018];13(2):159-72. Recuperado a partir de:

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2407/html>

81. Bailey DE, Hendrix CC, Steinhauer KE, Stechuchak KM, Porter LS, Hudson J, et al. Randomized trial of an uncertainty self-management telephone intervention for patients awaiting liver transplant. *Patient Educ Couns* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2017;100(3):509-17. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.017>
82. Eggenberger SK, Sanders M. A family nursing educational intervention supports nurses and families in an adult intensive care unit. *Aust Crit Care*. 2016;29(4):217-23.
83. Bautista Rodríguez LM, Arias Velandia MF, Carreño Leiva ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Rev Cuid* [Internet]. 2016;7(2):1297. Recuperado a partir de: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/330>
84. David S. MacDougall. Incorporate Family Members in the Care of ICU Patients [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2018]. Recuperado a partir de: https://www.mdmag.com/journals/internal-medicine-world-report/2007/2007-06/2007-06_35
85. Cypress BS. Family conference in the intensive care unit: A systematic review. *Dimens Crit Care Nurs*. 2011;30(5):246-55.
86. Arnold KU. Interpersonal relationships : professional communication skills for nurses [Internet]. [citado 3 de noviembre de 2018]. Recuperado a partir de: https://trove.nla.gov.au/work/8891236?q&sort=holdings+desc&_=1541304339793&versionId=211165218+254417043
87. Collado CF. La comunicacion en las organizacinoes modernas. 1981;25-6.
88. Juan Carlos Díaz-Álvarez1 María Victoria Rojas-Martínez. Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo. *Aquichán* [Internet]. 2009;9(1):73-92. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100007&lng=en&tlng=en
89. The Joint Commission ARR. The Joint Commission [Internet]. [citado 15 de marzo de 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.jointcommission.org/>
90. Roselló M, Valls Andrés S. Determinación del perfil de enfermería en las unidades de cuidados intensivos cardiológicos según sus competencias. *Enfermería en Cardiol Rev científica e Inf la Asoc Española Enfermería en Cardiol* [Internet]. 2012;(57):51-8. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6294197>
91. Camelo S. Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2012;20(1):1-9. Recuperado a partir de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_25.pdf
92. Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Robaina P, Villanueva Ortiz Á. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: Percepcion de los familiares y del profesional. *Med Intensiva* [Internet]. Elsevier; 2007;31(6):273-80. Recuperado a partir de: [http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5691\(07\)74826-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5691(07)74826-X)

8. ANEXOS

Anexo 1 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

Datos Sociodemográficos del familiar o acudiente				
Nombres y Apellidos:				
Genero	M	F	Edad:	Religión:
Escolaridad:			Ocupación:	
Estado Civil:			Parentesco:	
Diagnóstico del familiar:				

Fecha:

Fecha de ingreso a la UCI:

Familiograma y ecomapa:

--

Escala de Merle Mishel incertidumbre en la enfermedad. Formulario de miembro de la familia (PPU- FM). Versión en español

INSTRUCCIONES: Por favor, lea cada pregunta. Tómese su tiempo para pensar en lo que cada pregunta se refiere. Luego, coloque una "X" en la columna que mejor relación tiene con lo que está sintiendo sobre su familia hoy. Cada pregunta tiene cinco respuestas posibles.

Totalmente de acuerdo = 5

De acuerdo = 4

Indeciso = 3

En desacuerdo = 2

Totalmente en desacuerdo = 1

Ítem		De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
	5	4	3	2	1
1. No sé qué está pasando con mi familiar	No sé nada 	Sé poco 		Se algo 	Se todo 
2. Tengo muchas dudas acerca de la enfermedad de mi familiar.	Muchas 	Algunas 		Pocas 	Ninguna 
3. No sé con seguridad si la enfermedad de mi familiar esta mejor o peor.	No sé con ninguna seguridad 	No estoy seguro 		Algo seguro 	Sé con seguridad 
4. Para mí, no es claro qué tan fuerte es el dolor de mi familiar	Nada claro 	Poco claro 		Algo claro 	Totalmente claro 
5. No entiendo la información que me dan sobre mi familiar.	No entiendo nada 	Entiendo poco 		Entiendo algo 	Entiendo todo 
6. No entiendo la información que me dan sobre mi familiar	Todo 	Algo 		Poco 	Nada 

<p>7. No sé cuándo le realizarán procedimientos médicos a mi familiar.</p>	<p>No sé nada</p> 	<p>Se poco</p> 		<p>Se algo</p> 	<p>Se todo</p> 
<p>8. El estado de salud de mi familiar cambia de un día para otro</p>	<p>Siempre cambian de manera inesperada.</p> 	<p>Algunas veces cambian de manera inesperada.</p> 		<p>Pocas veces cambian de manera inesperada.</p> 	<p>Nunca cambian de manera inesperada.</p> 
<p>9. Entiendo todo lo que se ha explicado.</p>	<p>Entiendo todo.</p> 	<p>Entiendo algo.</p> 		<p>Entiendo poco.</p> 	<p>No Entiendo nada.</p> 
<p>10. Los médicos utilizan un lenguaje que me confunde.</p>	<p>No entiendo nada</p> 	<p>Entiendo poco</p> 		<p>Entiendo algo</p> 	<p>Entiendo todo.</p> 
<p>11. Puedo saber cuánto durara la enfermedad de mi familiar</p>	<p>Puedo presentirlo del todo.</p> 	<p>Puedo presentir algo.</p> 		<p>Puedo presentir poco.</p> 	<p>No lo puedo presentir.</p> 
<p>12. El tratamiento médico de mi familiar es difícil de entender.</p>	<p>Muy difícil.</p> 	<p>Algo difícil.</p> 		<p>Poco difícil.</p> 	<p>Nada difícil.</p> 
<p>13. Es difícil saber si los medicamentos que recibe mi familiar realmente le están ayudando.</p>	<p>Muy difícil.</p> 	<p>Algo difícil.</p> 		<p>Poco difícil.</p> 	<p>Nada difícil.</p> 
<p>14. Hay muchos médicos y enfermeras que atienden a mi</p>	<p>Muy difícil.</p>	<p>Algo difícil.</p> 		<p>Poco difícil.</p>	<p>Nada difícil.</p>

familiar, para mí no es claro quién es el responsable.					
15. Por la condición de enfermedad de mi familiar, no puedo hacer planes para el futuro	Muy difícil. 	Algo difícil. 		Poco difícil. 	Nada difícil. 
16. Los cambios de la enfermedad de mi familiar son variables, tiene días buenos y malos.	Cambia seguido. 	Cambia a veces. 		Cambia poco. 	No cambia. 
17. Para mí no es claro ,como será el cuidado de mi familiar cuando salga del hospital	No sé nada. 	Se poco. 		Se algo. 	Se todo. 
18. No tengo claridad sobre lo que le pasara a mi familiar.	Nada claro. 	Poco claro. 		Algo claro. 	Todo claro. 
19. Normalmente no sé si mi familiar va a tener un buen o mal día.	Siempre. 	Algunas veces. 		Pocas veces. 	Nunca. 
20. Los resultados de los exámenes de mi familiar son inconsistentes con su estado de salud.	Muy confusos. 	Algo confusos. 		Poco confusos. 	Nada confusos. 
21. No sé cuál va a ser el resultado del tratamiento de mi familiar.	Nada definido. 	Poco definido. 		Algo definido. 	Definido. 

<p>22. Es difícil saber cuándo podre comenzar a cuidar a mi familiar yo mismo (a).</p>	<p>Muy difícil.</p> 	<p>Algo difícil.</p> 		<p>Poco difícil.</p> 	<p>Nada difícil.</p> 
<p>23. Normalmente puedo conocer los cambios de mi familiar por su condición de salud.</p>	<p>Siempre.</p> 	<p>Algunas veces.</p> 		<p>Pocas veces.</p> 	<p>Nunca.</p> 
<p>24. Lo que mi familiar puede o no hacer varía para los efectos del tratamiento</p>	<p>Cambia muy seguido.</p> 	<p>Cambia a veces.</p> 		<p>Cambia poco.</p> 	<p>Nunca cambia.</p> 
<p>25. Estoy seguro que no van a encontrar algo peor en mi familiar.</p>	<p>Totalmente seguro.</p> 	<p>Algo seguro</p> 		<p>Poco seguro.</p> 	<p>Nada seguro.</p> 
<p>26. A mi familiar no le han dado un diagnostico especifico</p>	<p>Nada.</p> 	<p>Poco.</p> 		<p>Algo.</p> 	<p>Todo.</p> 
<p>27. Puedo saber el sufrimiento físico de mi familiar, yo sé cuándo va a mejorar o empeorar.</p>	<p>Siempre lo sé.</p> 	<p>Algunas veces lo sé.</p> 		<p>Pocas veces lo sé.</p> 	<p>Nunca lo sé.</p> 
<p>28. El diagnostico medico de mi familiar es definitivo y no va a cambiar.</p>	<p>Siempre lo sé.</p> 	<p>Algunas veces lo sé.</p> 		<p>Pocas veces lo sé.</p> 	<p>Nunca lo sé.</p> 

<p>29. Confío en que las enfermeras van a estar ahí cuando las necesite.</p>	<p>Siempre.</p> 	<p>Algunas veces.</p> 		<p>Pocas veces.</p> 	<p>Nunca.</p> 
<p>30. La gravedad de la enfermedad de mi familiar ha sido bien definida.</p>	<p>Definida totalmente.</p> 	<p>Definida en forma parcial.</p> 		<p>Poco definida.</p> 	<p>Nada definida.</p> 
<p>31. Los médicos y las enfermeras utilizan un lenguaje común que me permite entender lo que están diciendo.</p>	<p>Siempre.</p> 	<p>Algunas veces.</p> 		<p>Pocas veces.</p> 	<p>Nunca.</p> 

ANEXO 2

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FAMILIOGRAMA

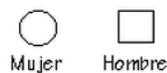
Crear un familiograma supone abordar 3 niveles en su configuración:

- 1.- Trazar la estructura familiar.
- 2.- Registrar la información sobre la familia.
- 3.- Marcar las líneas de las relaciones familiares.

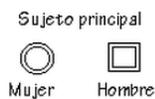
1.- Trazar la estructura familiar.

La columna vertebral de un famiogramas es una descripción práctica de cómo diferentes miembros de la familia están biológica y legalmente ligados entre sí de una generación a otra. Este trazado es la construcción de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones.

La estructura familiar muestra diferentes miembros de la familia en relación los unos con los otros. Cada miembro está representado por un cuadro (hombre) o un círculo (mujer) según su género.



Para la persona índice (o paciente identificado) alrededor del cual se construye el famiogramas, las líneas son dobles.



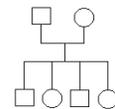
Para una persona fallecida se coloca una X dentro de la figura. Las fechas de nacimiento y de fallecimiento se indican a la izquierda y a la derecha por encima de la figura. La edad de la persona al morir se indica por lo general dentro de la figura. Sólo las muertes relevantes se indican en ese tipo de famiogramas.



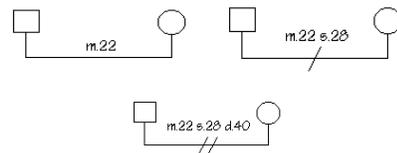
Los embarazos, abortos y partos de un feto muerto se indican por medio de otros símbolos.



Las figuras que representan a los miembros de la familia están conectados por líneas que indican sus relaciones biológicas y legales.

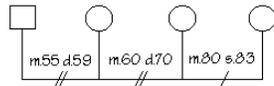


Las barras inclinadas significan una interrupción en el matrimonio: una barra para la separación y dos para el divorcio.



Los casamientos múltiples agregan un grado de complejidad que a veces resulta complicado representar. Si los cónyuges previos han tenido otras parejas es

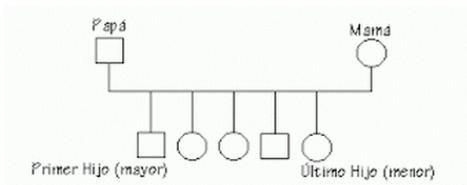
necesario el trazado de una segunda línea, encima de la línea del primer casamiento, para indicar así estas relaciones.



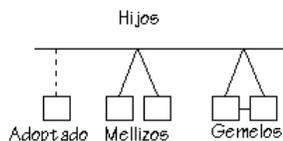
Si una pareja tiene una relación o viven juntos pero no están legalmente casados, se ilustra su relación como con las parejas casadas, pero se utiliza una línea de puntos.



Si una pareja tiene hijos, la figura de cada hijo pende de la línea que conecta a la pareja. Los hijos se van situando de izquierda a derecha desde el mayor al más joven.

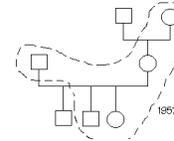


Se utiliza una línea de puntos para conectar un niño adoptado a la línea de los padres. Por último, las líneas convergentes conectan mellizos a la línea de los padres. Si los mellizos son idénticos, éstos a su vez están conectados por una barra.



Las líneas de puntos se utilizan para encerrar a los miembros de la familia que viven en el hogar inmediato. Esto tiene particular importancia en las familias

casadas en segundas nupcias donde los hijos pasan tiempo en diferentes hogares



2.- Registrar la información sobre la familia:

Para el registro de la información familiar se puede comenzar agregando información sobre la familia, cómo por ejemplo:

- a) Información demográfica.
- b) Información sobre el funcionamiento.
- c) Sucesos familiares críticos.

La información demográfica incluye edades, fechas de nacimiento y muertes, situaciones, ocupaciones y nivel educacional.

La información funcional incluye datos más o menos objetivos sobre el funcionamiento médico, emocional y de comportamiento de distintos miembros de la familia.

Los sucesos familiares críticos incluyen transiciones importantes, cambios de relaciones, migraciones, fracasos y éxitos.

Debe consignarse el año y una breve descripción de cada hecho. Luego, en una hoja separada se puede colocar una cronología más extensa sobre los sucesos familiares. Si se necesita

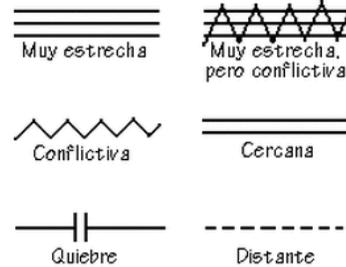
3.- Marcar las líneas de las relaciones familiares:

Este nivel es el de mayor importancia y de mayor deducción en la construcción del familiograma.

Comprende el trazado de las relaciones de los miembros de una familia. Dichas características están basadas en el informe de los miembros de la familia y en observación directa.

Para ello se utilizan distintos tipos de líneas para simbolizar los diferentes tipos de relaciones entre 2 o más miembros de la familia.

Relaciones interpersonales



- **Relaciones entre dos miembros.** La información del genograma se puede obtener entrevistando a uno o varios miembros de la familia. Claramente, el obtener información de varios miembros de la familia entrega la oportunidad de comparar perspectivas y observar directamente las interacciones.

- **Relaciones habitacionales.** Una familia viviendo en un mismo lugar se señala con una línea punteada alrededor de los integrantes que comparten habitación; alrededor de dicha línea puede ir indicado el período en el cual la familia está junta.



Universidad de
La Sabana

ANEXO 3

Consentimiento informado

Apreciado señor o señora:

Soy Jacqueline Taboada Suárez, enfermera profesional de la Foscil Internacional del área de cuidados intensivos adultos y estudiante del programa de Maestría en Enfermería de la Universidad de La Sabana, en Chía.

Lo invito a participar en el proyecto de investigación **“NECESIDAD DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE RECIBIR INFORMACION PARA MODULAR LA INCERTIDUMBRE”**

El objetivo de este proyecto es diseñar una intervención de cuidado basada en la información para modular la incertidumbre de los familiares de los pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos adultos.

Esta investigación se desarrolla porque Las familias que están en una situación de salud con su familiar viven las experiencias inesperadas y abrumadoras, hay una crítica condición de vulnerabilidad, emocional esta vulnerabilidad está directamente relacionada con la incertidumbre que viven estas familias, aquí hay la necesidad de creación de estrategias que ayuden a aliviar este tipo de sentimiento que vas más allá de algo que no se espera.

Nuestra disciplina nos permite responder a este tipo de necesidades por lo tanto el abordaje y la comprensión debe ser iniciando con la identificación de las familias afectadas, categorizarlas según sus ideologías y creencias.

Me han informado que la investigación está dada mediante una intervención que abordará la comunicación, y será respaldada por un cuestionario, estos datos serán analizados y guardados por la investigadora principal. Los beneficios de su participación son mejorar la comunicación entre la familia y los enfermeros (as), en la Unidad de cuidado intensivo, para que esta sea más asertiva y responda a las necesidades de los familiares y las personas hospitalizadas en UCI.

De igual forma sé que diligenciar este cuestionario es el inicio de la participación, pero no me obliga a participar hasta finalizar la investigación y por lo tanto puedo desistir en cualquier momento y que cualquier decisión no acarreará ninguna consecuencia.

He sido informado que este proyecto de investigación no representa riesgo para la salud o integridad de las personas y se acoge a los principios éticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. La información recogida se utilizará únicamente con fines académicos y de mejoramiento del cuidado que se brinda en la clínica Foscal Internacional.

Si usted acepta participar necesitaremos su colaboración en algunas actividades: Charlas educativas, talleres.

Aspectos a tener en cuenta:

- De acuerdo con la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud los procedimientos incluidos en las presentes investigaciones representan “riesgo mínimo” para la salud e integridad del participante
- Su participación es de carácter voluntario.
- Usted puede negarse a participar en la misma en el momento que así lo desee, sin que ello represente alguna consecuencia.
- La información suministrada será grabada en formato de audio y será tratada con estricta confidencialidad únicamente para los fines de la investigación. Esta será guardada y encriptada por el investigador principal y eliminada 12 meses después de su recolección.
- Usted no se beneficiará económicamente por su participación en la investigación.
- Usted estará en plena libertad de solicitar información en el momento que lo desee comunicándose telefónicamente con la investigadora principal, Enfermera Jacqueline Taboada Suarez al teléfono 3014108035 o al correo electrónico: jacquelinetasu@unisabana.edu.co, o jacquetaboada@hotmail.es

Finalmente, me han informado que los datos serán utilizados de manera confidencial y solo para fines académicos de esta investigación y que el mayor beneficio para mí será la satisfacción de haber participado en la contribución al desarrollo de la investigación en enfermería y el cuidado de las personas que viven una situación de enfermedad y sus familiares.

Firma y número de identificación del participante

Nombre y firma del investigador: Jacqueline Taboada Suarez. Estudiante Maestría en Enfermería.

Universidad de la Sabana Chía Cundinamarca. Septiembre de 2017.

Directora de Tesis: Doctora María Elisa Moreno.

Actividades	E n e	Feb.	Mar	Ab r	Ma y.	Ju n	Jul	Ag t	Sept	Oc t	Nov	Di c
2017												
Formulación del problema												
Revisión de la bibliografía del Fenómeno de estudio.												
Formulación de la pregunta de investigación.												
Búsqueda de la justificación del fenómeno bajo parámetros social, disciplinar y teórico												
Definición del marco Conceptual												
Objetivos general y específico												
Selección de instrumentos												
Selección del diseño de investigación												
Selección del diseño metodológico												
Autorización para el uso del instrumento												
Presentación al Comité de investigación y Ética												
Elaboración del anteproyecto												

ANEXO 5 FOLLETO

<p>4. No se permitirá el ingreso de comidas ni bebidas, con el fin de mantener al paciente con las dietas indicadas por el personal de nutrición.</p>	<p>6. El uso de cables y dispositivos es necesario para mantener a su paciente con vida, así que no se asuste cuando escuche una alarma; dirijase al personal de enfermería: ellos le apoyarán para explicarle la importancia del porqué suena y cómo podemos minimizar este ruido durante su estancia.</p>	<h3>Unidad de Cuidados Intensivos Adultos Foscal Internacional</h3>
<p>5. -Podrán ingresar menores de edad (hijos, nietos) a estar con su familiar, siempre y cuando la condición lo amerite y haya acompañamiento del área de Psicología.</p>	<p>"NO TOQUE CABLES NI NINGÚN DISPOSITIVO, BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA. SON DE USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DEL DE LA SALUD DE LA INSTITUCIÓN"</p>	<h3>Información General</h3> 
	 <p>Universidad de La Sabana Facultad de Enfermería y Rehabilitación. Jacqueline Taboada Suárez Estudiante de Maestría en Enfermería.</p>	<h3>Propósito</h3> <p>Orientar a los familiares sobre el protocolo disponible con el que cuenta la Unidad de Cuidados Intensivos de la FOSCAL Internacional para brindar un cuidado seguro.</p>

<p>Apreciado visitante: Se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos de la FOSCAL Internacional, donde atender sus necesidades con calidad y validez es nuestra prioridad. Durante su estancia, el personal médico estará muy pendiente de atender sus inquietudes y de mantenerle informado sobre la condición de la salud de su familiar.</p>		<p>3- Una vez ingrese su familiar a la Unidad de Cuidados Intensivos, usted deberá permanecer una media hora en sala de espera en donde será recibido por el personal encargado, en la recepción principal (servicio de atención al paciente y la familia), mientras se le realizan los procedimientos correspondientes, de acuerdo con su patología.</p>
	<p>Tenga en cuenta la siguiente Información:</p> <p>1- Antes de ingresar y después de salir de la Unidad, debe lavarse las manos según normas institucionales para proteger a su familiar de posibles infecciones.</p> <p>2- El horario de visitas será de 11 a.m a 6 p.m De Lunes a Domingo y podrán ingresar cuatros familiares durante el día. El cuidador principal podrá permanecer en la unidad del paciente hasta la 6:00 p.m junto con otro familiar. Las cuatro personas se podrán turnar el ingreso y en casos especiales se permitirá la permanencia de dos familiares al tiempo.</p>	<p>La información inicial será brindada por el profesional en enfermería de turno, quien hará su respectiva presentación así como del auxiliar de enfermería encargado.</p> <p>Ellos le solicitaran estos elementos de aseo personal:</p> <ul style="list-style-type: none">-Crema dental-Enjuague bucal-Cepillo de dientes-Jabón líquido-Pañales desechables-Paños húmedos

ANEXO 6 CARTA COMITÉ DE ETICA FOSCAL INTERNACIONAL



FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER
FOSCAL
NIT 890.205.361-4
Comité de Ética en Investigación CEI-FOSCAL

Floridablanca, 03 de Agosto de 2018

Doctor
Jacqueline E. Taborda Suarez
Investigador Principal

De nuestra consideración:

En Floridablanca, a los 03 días del mes de Agosto de 2018, el CEI FOSCAL se reunió en sesión ordinaria dando cumplimiento a lo dispuesto en el ESTATUTO del Comité de Ética de la Investigación en el "ARTÍCULO 10. CONFORMACION: que expresa: "El CEI-FOSCAL estará integrado por un grupo multidisciplinario de ocho miembros"; en el "ARTÍCULO 20". QUÓRUM: Para que exista quórum decisorio se debe cumplir los siguientes criterios: a) Contar con mínimo cinco miembros del comité b) Estar presente, al menos, un miembro no vinculado laboralmente a la FOSCAL. c) Estar presente, al menos, un miembro no experto en el área de investigación clínica. d) Estar presente el Presidente del Comité, o el Vicepresidente. e) Estar presente, al menos, un miembro médico. f) Estar presente, al menos, un miembro no científico. g) Estar presente, al menos, el Representante de la comunidad. e) Las discusiones y deliberaciones de cada sesión se documentarán en el acta de sesión que estará a disposición de los entes regulatorios y auditorías de los patrocinadores. f) Solamente los miembros del CEI-FOSCAL que participen en la revisión y discusión deberán dar su opinión y/o asesoramiento y documentarán su presencia firmando los actas y en el numeral que define el Quórum decisorio cuando se cumplan los siguientes criterios: Contar con mínimo cinco miembros del Comité. Estar presente al menos, un miembro no vinculado laboralmente a la FOSCAL, un miembro no experto en el área biomédica, y un miembro con experiencia en investigación en salud." y en su "ARTÍCULO 21o. MECANISMO DE LAS DECISIONES: Las decisiones del CEI-FOSCAL, se tomarán preferencialmente por consenso, y ocasionalmente por mayoría absoluta de votos, requiriéndose en esta situación del voto favorable del experto en investigaciones biomédicas y del representante no vinculado a la FOSCAL, contando con el quórum para sesionar de la mitad más uno de los miembros, para expedir la aprobación de un estudio."

Asistieron los siguientes miembros activos: CARLOS PAREDES GOMEZ Médico Salubrista Presidente del Comité, DAISY ALEJANDRA MENDEZ CLAVIJO Abogada, ELIZABETH NIÑO MOSQUERA- Enfermera Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico, LUZ AMPARO HERNANDEZ DURAN Trabajadora Social -Especialidad en Gestión Humana -Representante de la Comunidad, SERGIO SERRANO GOMEZ - Médico Epidemiólogo, CLARA INES PRADA FORERO Medico con Especialización en Gerencia en Seguridad Social y Proyectos en Salud y Docencia, EDGAR DAVID GOME LAITON - Médico Especialista en Medicina Interna, para desarrollar el orden del día 03 de Agosto de 2018, y procedieron a revisar el Estudio: "Efecto de una intervención de enfermería fundamentada en la comunicación sobre la incertidumbre de los familiares de las personas Hospitalizadas en la unidad de cuidados intensivos adultos" Investigador Principal Jefe Jacqueline E. Taborda Suarez, Universidad de Sabana, se desarrolla en la Fundación Oftalmológica de Santander -FOSCAL con la siguiente documentación:

- Respuesta requerimientos de corrección que se le hicieron al Investigador Principal.
 - Se hizo revisión al protocolo, en cuanto al marco teórico y planteamiento del problema, recolección de la muestra y duración del estudio.
 - Se hizo revisión del consentimiento informado en cuanto a la forma gramatical y aclaración del significado para el estudio de núcleo familiar.

El CEI-FOSCAL revisada la documentación decide **APROBAR** Protocolo y Consentimiento informado del Estudio: "Efecto de una intervención de enfermería fundamentada en la comunicación sobre la incertidumbre de los familiares de las personas Hospitalizadas en la unidad de cuidados intensivos adultos" y en consecuencia se registra en el Acta No. 27 del 03 de Agosto de 2018.

Atentamente,


CARLOS PAREDES GOMEZ
Presidente -CEI-FOSCAL

U y AGU 2018

Calle 158 No. 20-95 Cañaveral Teléfono (7)6797979 Ext: 6237 correo electrónico comite.etica.foscal@gmail.com
Floridablanca Santander.

ANEXO 7: CARTA SUBCOMISIÓN DE ENFERMERÍA UNIVERSIDAD DE LA SABANA



SUBCOMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

EXTRACTO DE ACTA 002

FECHA: Chía, 12 de febrero de 2018

LUGAR: Universidad de La Sabana, Facultad de Enfermería y Rehabilitación

CONVOCATORIA: Convoca la Dirección de profesores e investigación de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación, a través de correo electrónico.

ASISTENTES: Gloria Carvajal Carrascal, Directora de Profesores e Investigación
María Elisa Moreno Fergusson, Líder del grupo de investigación:
Cuidado de Enfermería - Unisabana
María Andrea Domínguez, Líder del grupo de investigación: Movimiento Corporal Humano.
Alejandra Fuentes Ramírez, profesora e investigadora del grupo Cuidado de Enfermería – Unisabana
Maritza Durán Guzmán, Coordinadora de Investigación, Facultad de Enfermería y Rehabilitación.

Presidió la reunión: Gloria Carvajal Carrascal, Directora de Profesores e Investigación
Actuó como Secretario Ejecutivo: Maritza Durán Guzmán, Coordinadora de Investigación

ORDEN DEL DÍA:

1. Verificación del quorum
2. Lectura y aprobación del acta anterior
3. Proyectos de maestría:
 - ❖ Título: EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA FUNDAMENTADA EN LA COMUNICACIÓN SOBRE LA INCERTIDUMBRE DE LOS FAMILIARES DE LAS PERSONAS HOSPITALIZADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS DE UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA. Estudiante: Jacqueline Esther Taboada Suárez

DESARROLLO

- ❖ Título: EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA FUNDAMENTADA EN LA COMUNICACIÓN SOBRE LA INCERTIDUMBRE DE LOS FAMILIARES DE LAS