HUMANIZANDO LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO: UNA PROPUESTA DESDE LA COMUNICACIÓN CENTRADA EN LAS NECESIDADES DE LA FAMILIA

AUTORES

LISBEY MORENO PEREZ

FRANCY ELENA POLO MENDEZ

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN FONOAUDIOLOGIA EN CUIDADO CRITICO

SEPTIEMBRE 2018

HUMANIZANDO LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO: UNA PROPUESTA DESDE LA COMUNICACIÓN CENTRADA EN LAS NECESIDADES DE LA FAMILIA

AUTORES

LISBEY MORENO PEREZ

FRANCY ELENA POLO MENDEZ

DOCENTE ASESOR

ANA MILENA RINCON VEGA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN FONOAUDIOLOGIA EN CUIDADO CRITICO

SEPTIEMBRE 2018

Agradecimientos

Agradecemos La Fundación Hospital San Carlos por permitirnos ejecutar el proyecto de investigación

A nuestras docentes asesoras Gloria Elsa Rodríguez y Ana Milena Rincón quienes siempre nos apoyaron y nos brindaron sus conocimientos.

A nuestras familias por ser el motor de nuestra vida, sin ellos esto no sería posible

Francy Polo M y Lisbey Moreno P

"El ser humano es un ser integral que se desenvuelve dentro de un ambiente; en él influye un sin número de características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Está dotado de conciencia, inteligencia, voluntad, intencionalidad, afectividad y creatividad" (L. Alonso Palacio & amp; col, 2003).

Contenido

Introducción 8
Capítulo 1. Descripción general del proyecto 10
Problema de investigación 10
Planteamiento del problema. 12
Objetivos 12
Objetivo General. 12
Justificación 13
Capítulo 2. Marco de referencia 16
Marco Teórico 16
Antecedentes históricos. 16
Antecedentes normativos. 19
Antecedentes internacionales 22
Antecedentes nacionales. 25
Marco Conceptual 26
Unidad de cuidado intensivo. 26
Humanización en cuidado intensivo. 27
Comunicación 29
Comunicación en cuidado intensivo. 31
Humanización y comunicación. 32
Unidad de cuidado intensivo y familia. 32
Capítulo 3. Marco Metodológico 36
Tipo de estudio 36
Alcance 36
Diseño 36
Población 37
Tipo de Muestra 37
Tamaño de la muestra 37
Criterios de inclusión 38
Criterios de exclusión. 38
Procedimientos 38
Técnicas para la recolección de la información. 40

Técnicas para el análisis de la información. 41
Consideraciones éticas 42
Capítulo 4. Resultados 44
Características sociodemográficas de la población objetivo. 44
Cuantitativamente cuales son las necesidades de la familia a partir del análisis desde las categorías de comunicación, cuidado al paciente y cuidado dirigido al familiar. 49
Categoría 1: Necesidad de Comunicación. 49
Categoría 2: Necesidades de cuidado hacia el paciente 59
Categoría 3: Necesidades de cuidado hacia la familia. 68
Indagar cualitativamente las necesidades de la familia a partir del análisis desde las categorías de comunicación, cuidado al paciente y cuidado dirigido al familiar. 78
Características de un programa de humanización basado en la comunicación dirigido a la familia de usuarios hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. 85
FODA Necesidades de comunicación. 85
FODA Necesidades de cuidado hacia el paciente. 86
FODA Necesidades de cuidado hacia el familiar. 88
Propuesta del programa de humanización basado en la comunicación dirigida a la familia de usuarios hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. 89
Capítulo 5. Discusión 92
Capítulo 6. Conclusiones 95
Capítulo 7. Recomendaciones 97
Referencias 98

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de genero de familiares de pacientes en unidad de cuidado intensivo 44
Tabla 2. Distribución de familiares por ciclo vital 45
Tabla 3. Distribución de edad de familiares participantes 46
Tabla 4. Distribución de familiares por parentesco 47
Tabla 5. *Distribución frecuencia de la visita que realizan los familiares* 48
Tabla 6. Distribución de escolaridad de los familiares 49
Tabla 7. Pregunta 3: ¿Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender? 50
Tabla 8. Pregunta 4: ¿Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado y progreso del paciente? 51
Tabla 9. *Pregunta 5: ¿Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado y progreso del paciente?* 52
Tabla 10. Pregunta 8: ¿Le ha explicado el personal del hospital los equipos que se están utilizando? 53
Tabla 11. ¿Tabla de contingencia Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en terminos que usted pueda comprender? * Usted comprende lo que le está sucediendo al paciente y porque motivos le están haciendo cosas 54
Tabla 12. Tabla de contingencia ¿Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender? * Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado y progreso del paciente 56
Tabla 13. ¿Tabla de contingencia Usted comprende lo que le está sucediendo al paciente y porque motivos le están haciendo cosas? * Le ha explicado el personal del hospital los equipos que se están utilizando? 58
Tabla 14. Pregunta 1: ¿Usted siente que le están dándolos mejores cuidados posibles al paciente? 59
Tabla 15. Pregunta 2: ¿Usted siente que el personal del hospital se preocupa por el paciente? 60
Tabla 16. Pregunta 8: ¿Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente? 61
Tabla 17. Pregunta 11: ¿Hay algunas cosas respecto a los cuidados Médicos recibidos para el paciente que podrían ser mejoradas? 62
Tabla 18. Tabla de contingencia ¿Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente? * Usted siente que se le están dando los mejores cuidados posibles al paciente? 64
Tabla 19. Tabla de contingencia ¿Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente? * Hay algunas cosas respecto a los cuidados médicos recibidos para el paciente que podrían ser mejoradas. 66
Tabla 20. Pregunta 6: ¿Están siendo los miembros del equipo atentos con usted? 68
Tabla 21. Pregunta 6: Muestra algún miembro del equipo interés por cómo está usted? 69
Tabla 22. Pregunta 10: ¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera? 70
Tabla 23. Tabla de contingencia ¿Muestra algún miembro del equipo interés por cómo está usted? * Usted se siente solo y aislado en la sala de espera? 71
Tabla 24. Tabla de contingencia ¿Están siendo los miembros del equipo atentos con usted? * Muestra algún miembro del equipo interés por cómo está usted? 73
Tabla 25. Tabla de contingencia Escolaridad * ¿Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente? 75
Tabla 26. Tabla de contingencia. Relación * ¿Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente? 76
Tabla 27. Tabla de contingencia. Genero de familiar * ¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera? 77
Tabla 28. Tabla de contingencia. Relación * ¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera? 78
Tabla 29. Matriz de análisis datos cualitativos por categorías 79
Tabla 30. Matriz FODA sobre necesidades de comunicación 85
Tabla 31. Matriz FODA sobre necesidades de cuidado hacia el paciente. 86
Tabla 32. FODA sobre necesidades de cuidado hacia la familia. 88

Índice de figuras

Figura 1. Distribución de participantes por genero 45
Figura 2. Distribución de participantes por ciclo vital 46
Figura 3. Distribución por edad de participantes 47
Figura 4. Distribución de participantes por parentesco 48
Figura 5. Respuesta a pregunta 3 CCFN 50
Figura 6. Respuesta a pregunta 4 CCFNI 51
Figura 7. Respuesta a pregunta 5 CCFN 52
Figura 8. Respuesta a pregunta 8 CCFNI 53
Figura 9. Relación entre explicaciones en términos adecuados y comprensión del familiar 55
Figura 10. Relación entre explicaciones en términos adecuados y sinceridad 57
Figura 11. Relación entre comprensión del familiar y explicaciones sobre los equipos 59
Figura 12. Respuesta a pregunta 1 CCFNI 60
Figura 13. Respuesta a pregunta 2 CCFNI 61
Figura 14. Respuesta a pregunta 8 CCFNI 62
Figura 15. Respuesta a pregunta 11 CCFNI 63
Figura 16. Relación entre nivel de satisfacción y cuidados al paciente. 65
Figura 17. Relación entre nivel de satisfacción y cosas por mejorar 67
Figura 18. Respuesta a pregunta 6 CCFNI 68
Figura 19. Respuesta a pregunta 7 CCFNI 69
Figura 20. Respuesta a pregunta 10 CCFNI 70
Figura 21. Relación entre interés por el familiar y sentimiento de soledad y aislamiento en sala de espera 71
Figura 22. Relación entre atención del personal e Interés por cómo está la familia 73
Figura 23. Ejemplo Matriz de análisis por categorías. 91

Introducción

La Política de humanización al interior de las Instituciones de salud, se ha convertido en pilar dentro de los procesos de mejoramiento continuo de la calidad del servicio, dado que conlleva el compromiso de las instituciones por brindar mecanismos, herramientas e instrumentos que favorezcan el bienestar y participación de cada uno de los actores involucrados en el proceso: personal de salud, paciente y familia.

Hasta el momento las acciones realizadas por las instituciones de salud inician en la capacitación del personal de salud, lo cual tiene sentido si se considera, que es el equipo que tiene a cargo el cuidado de la salud de los pacientes y en las dinámicas de la humanización se considera su capacitación permanente, sin embargo el actor que representa la familia como componente esencial dentro del proceso salud- enfermedad, resulta interesante desde su construcción interior como un sistema irrompible, revelando que el bienestar de esta tiene efectos en todos los integrantes, y por tanto conocer y cubrir sus necesidades puede traer efectos positivos en la recuperación del paciente.

La comunicación dentro de los procesos de humanización de las Unidades de cuidado intensivo se ha identificado como una de las mayores fuentes de necesidad en la familia, de forma que es necesario iniciar acciones desde esta como eje primordial dentro del proceso de humanización dirigido a la familia. Considerando el objeto de estudio de la fonoaudiología, se contempla pertinente realizar una aproximación desde el estudio de la comunicación interpersonal.

Por lo que, la presente investigación tiene como objetivo general, Diseñar un programa de humanización desde un enfoque de comunicación centrado en las necesidades de las familias de usuarios en Unidad de cuidado intensivo, que busque favorecer la calidad de los servicios de salud.

Para la construcción de esta propuesta fue necesario realizar una medición de las necesidades de la familia, por lo que se realizó un estudio de tipo mixto con diseño anidado o incrustado concurrente de modelo dominante con dominancia cuantitativa, con alcance descriptivo, de diseño no experimental con corte trasversal que se centró en la definición de las necesidades de la familia para identificar las características que debía tener el diseño del programa que permitiera generar una propuesta acorde a estas.

Capítulo 1. Descripción general del proyecto

Problema de investigación

De acuerdo con el Plan Nacional de Mejoramiento de la calidad en Salud (2016), el cual contempla como principio orientador la Humanización, reconociéndola como fundamento esencial del Sistema de Calidad en Salud, se establece la necesidad que las EPS e IPS creen políticas de Humanización, donde las acciones giren en torno a las personas y enfoquen su misión de servicio hacia el cumplimiento del derecho fundamental a la vida forjando organizaciones dirigidas al ser humano.

En la actualidad se hace evidente que los prestadores de salud en cumplimiento de lo establecido se encuentran desarrollando acciones en pro de mejorar la calidad del servicio, que además les permitan apuntar al máximo reconocimiento en calidad como lo es la acreditación en salud.

La Fundación Hospital San Carlos lugar donde se propone desarrollar la propuesta de investigación, cuenta actualmente con una política de humanización, comprometiéndose a promover estrategias que aseguren los principios de respeto, dignidad y privacidad, sin embargo las acciones realizadas hasta el momento han estado dirigidas principalmente hacia la capacitación y sensibilización del personal de salud, que si bien son actores importantes en el proceso y por ser responsabilidad de la institución su formación se entiende de sobre manera el por qué las acciones se dirigen hacia ellos, se considera importante adelantar acciones que involucren a la familia.

Teniendo en cuenta que la familia se considera un elemento primordial dentro del proceso salud- enfermedad, y por esto cuando una persona se enferma e ingresa a un hospital, el cuidado debe estar dirigido tanto al paciente como a la familia. El-Masri y Fox-Wasylyshyn (2006); Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Duijnstee y Grypdonck (2004) de forma que como señala Burr (1997) involucrar a la familia en el proceso es de vital importancia ya que esto tiene un efecto positivo no solo en la misma familia, sino también en el paciente.

Por esta misma línea Charry; Ordoñez; Tiempos& Cortes (2012), Lee y Lau (2003) (2003) indican que la familia del paciente que se encuentra hospitalizado en Unidades de Cuidado Intensivo, requiere de atención e información oportuna, dado que esto permite que la familia tenga necesidades cubiertas y a su vez proporcione apoyo y estabilidad al paciente.

Las necesidades de los familiares que han sido estudiadas en varias investigaciones Achury y Achury (2013), Bernal y Horta (2014), García, Sánchez, Amorós, Balager, Díez, Durán, González, Lastra, Sánchez, Zaforteza (2010) exhiben que la comunicación – información es considerada el eje principal de estas, considerando que procesos de comunicación eficientes permiten la generación de espacios amigables, además de contribuir a disminuir las tensiones generadas alrededor de la enfermedad.

En la actualidad las investigaciones en torno a las necesidades de las familias de pacientes hospitalizados, han sido principalmente realizadas por profesionales en enfermería, quienes tiene a su cargo el cuidado y bienestar del paciente.

Sin embargo, considerando el objeto de estudio de la profesión de fonoaudiología, que es la comunicación humana y sus desordenes, parece interesante darle una mirada desde el estudio de la comunicación interpersonal a las necesidades percibidas por los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de cuidado intensivo, lo cual podría aportar a la construcción de estrategias que apoyen y fortalezcan las acciones iniciadas por los otros profesionales.

Por lo que se considera necesario que se inicien aproximaciones desde la fonoaudiología que permitan ubicar a la comunicación como eje primordial dentro de los procesos de humanización dirigidos a la familiar como actor importante dentro del proceso.

Planteamiento del problema.

¿Cuáles son las características que se deben tener en cuenta para el diseño de un programa de humanización desde la comunicación centrada en las necesidades de las familias de usuarios en Unidad de Cuidado Intensivo?

Objetivos

Objetivo General.

Diseñar un programa de humanización desde un enfoque de comunicación centrado en las necesidades de las familias de usuarios en Unidad de cuidado intensivo, para favorecer la calidad de los servicios de salud.

Objetivos Específicos.

- Identificar las características sociodemográficas de la población objetivo
- Definir cuantitativamente cuales son las necesidades de la familia a partir de las categorías de comunicación, cuidado al paciente y cuidado dirigido al familiar
- Indagar cualitativamente las necesidades de la familia a partir las categorías de comunicación, cuidado al paciente y cuidado dirigido al familiar.

- Identificar las características que se deben tener en cuenta para el diseño del programa de humanización basado en la comunicación dirigida a la familia de usuarios hospitalizados en unidades de cuidado intensivo.

- Elaborar la propuesta del programa de humanización basado en la comunicación dirigida a la familia de usuarios hospitalizados en unidades de cuidado intensivo.

Justificación

En cumplimiento con la Ley N° 1438, 2011el Ministerio de Salud y Protección Social establece el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021, donde señala como principio orientador la Humanización, estableciendo dentro de sus objetivos, estrategias y metas de cumplimiento, tareas que involucran la creación e implementación de Políticas de Humanización en Salud, por parte de las EPS e IPS.

La humanización nace de lo que algunos autores señalan como re humanizar el servicio, considerando que los avances científicos y tecnológicos en salud, han dejado de lado las necesidades humanas y emocionales de los actores involucrados: profesionales de salud, paciente y familia, quienes deben participar conjuntamente en pro del cuidado de la vida. Correa (2015)

Por consiguiente, hablar de humanización involucra acciones y reestructuraciones desde sistema, que inician desde quienes prestan el servicio y quienes crean las políticas y programas de salud, sin embargo, la trasformación no debe involucrar únicamente a un actor del proceso, ni mucho menos basarse únicamente en trasmitir información y establecer comunicación, sino que debe ir mas halla en la búsqueda de mecanismos, herramientas e instrumentos que favorezcan la participación. Quero y Molina (2010), Martins, Stein-Backes, da Silva, Lorenzini & Alburquerque (2008)

De forma que, si bien es responsabilidad de las instituciones de salud conocer al personal que trabaja con ellos y proveerles de estrategias y formación para la humanización, también debe implementar estrategias de participación, que involucren a la familiar dentro del proceso de cuidado, Ariza (2012), considerando que la familia representa un sistema con vínculos irrompibles en donde cualquier modificación que se genere tendrá consecuencias en toda la unidad, por lo que si un miembro de esta familia presenta una situación que afecta su salud, es innegable que toda la familia como tal se va a ver afecta y por tanto como unidad deben ser atendidas sus necesidades. Bernal y Horta (2014)

Por tanto, el propósito de esta investigación nace de la preocupación de repensar y construir estrategias de humanización en donde la familia se involucre como componente esencial dentro del proceso de salud- enfermedad, considerando que el bienestar del grupo familiar tiene efectos beneficiosos sobre la recuperación del paciente, Vázquez & Eseverri (2010), Garrouste, Philippart, Timsit, Diaw, Willems, Tabah,Bretteville, Verdavainne, Misset&Calet(2008), Davidson, Powers, Hedayat, Tieszen, Kon, Shepard, Spuhler, Todres, Levy, Barr, Ghandi, Hirsch, Armstrong. (2007). Constituyendo una estructura de apoyo primordial, en la que muchas veces recaen las decisiones clínicas y resultados, dado que los pacientes no pueden comunicarse.

De acuerdo con Molter (1979) citada por Escudero, Viña, & Calleja. (2014). Los esfuerzos profesionales se han dirigido principalmente al cuidado del paciente, dejando de lado la atención a la familia, por lo que es necesario que los cuidados sean ampliados a la concepción de unidad familiar, en donde se tenga en cuenta a la familia y amigos del paciente.

Teniendo en cuenta además que las investigaciones sobre las necesidades de la familiar y el cómo involucrarla en los procesos de salud revelan la importancia de la comunicación como eje de la interacción entre los actores, por la necesidad que tiene la familiar de conocer principalmente el estado de salud de su familiar, en términos claros y con sinceridad, Bautista, Arias y Carreño (2016)

De forma que la identificación de las necesidades de las familias de pacientes en unidad de cuidado intensivo representa un tema de interés creciente en las dinámicas de humanización de los servicios, Zaforteza, C., Prieto, S., Canet, T., Díaz, Y., Molina, M., Moreno, C., . . . Val, J. (2010), Olano & Vivar (2012)., que buscan brindar una atención integral y a la que deben apuntarle todos los prestadores de salud en cumplimiento de PNMCS (2016- 2021), y en la búsqueda del proceso de acreditación en salud.

Por lo que se espera que la presente investigación contribuya a nivel de contexto, a dos rutas, la primera que tiene que ver con la mejora en la calidad del servicio hacia la familia, generando que esta se sienta involucrada en el proceso de cuidado, permitiéndole que sus necesidades se hagan visibles y sean atendidas acorde al modelo de atención centrado en el ser humano, y la segunda aportando a la política de humanización del servicio de la Fundación Hospital San Carlos, de forma que a través de esta se soporten acciones sobre el eje de acreditación en salud.

Por otra parte, se espera que la realización de esta investigación favorezca la inclusión del fonoaudiólogo especialista en cuidado critico en procesos de humanización en salud desde una corriente basada en el fortalecimiento de acciones en comunicación, aportando a la ampliación del campo de acción desde una visualización más amplia de su objeto de estudio, generando además aportes al interior del equipo interdisciplinar en el desarrollo de habilidades de comunicación que impulsen la comunicación efectiva entre los actores del proceso.

Finalmente, en cuanto a las implicaciones teórico – científicas busca aportar al conocimiento sobre la importancia de identificar las necesidades en comunicación de la familiar, destacando las relaciones existentes entre comunicación y calidad del servicio humanizado.

Capítulo 2. Marco de referencia

Marco Teórico

Antecedentes históricos.

En la identificación de los antecedes históricos que subyacen al concepto de humanización en salud, es necesario partir de la historia misma de la medicina racional, en la que se aleja su fundamento de especulaciones religiosas y se separa la enfermedad de atribuciones sobrenaturales, identificando a Hipócrates (460 a.C - 277 a.C) como fundador de esta, quien a través de los tiempos ha sido conocido como el “Padre de la Medicina”. Patiño (2004)

Ya desde los tiempos de Hipócrates, quien promulgo el juramento hipocrático en búsqueda de dar un carácter ético a la práctica del oficio de la medicina, se identifican orientaciones hacia la importancia de cultivar el concepto de humanidad, destacándose los principios de respeto, confidencialidad y competencia profesional, que refuerzan el compromiso por el servicio social, en un marco de la ética y la moral. Santacruz (2015)

Sin embargo, en el nacimiento de la medicina como enseñanza, aparece posteriormente, el nacimiento de la clínica como institución para el cuidado y el aprendizaje, donde la relación entre la enfermedad y la cura, en un principio se veían intrínsecas a el individuo, eran del él y para él, pero donde la dinámica de aprendizaje trasmitido de generación en generación, va desdibujando la humanidad del servicio, ya que el individuo representa el sujeto y objeto de conocimiento, por lo que el papel del médico se convierte en el describir la enfermedad, estableciendo dinámicas en donde se tratan enfermedades pero su portador es indiferente, percibiendo al enfermo como el texto que se debe leer para aprender de la enfermedad. Santacruz (2015)

Aparecen pues en la historia algunos otros médicos como Pinel (1745 – 1826) conocido como el padre de la psiquiatría moderna, quien en total desacuerdo hacia la mirada el individuo por su enfermedad y no como individuo, pensaba que los enfermos mentales debían ser tratados de una forma más humana, implantando así una reforma hospitalaria en donde se introduce el enfoque humano como de gran valor terapéutico, volviendo al naturalismo hipocrático, redefiniendo que no solo se debía tener la necesidad de realizar una observación clínica rigurosa, sino también de visibilizar la naturaleza a través del enfermo. (Alejandro Goic Goic,2004)

Y posteriormente Esquirol (1772-1840) su discípulo quien crea el tratamiento moral, el cual consiste en el uso de medidas no físicas, que favorecen la moral del enfermo como antecedentes de la identificación de la importancia del trato humanizado en la recuperación del paciente, en esta misma línea tal como señala Santacruz (2015) aparecen otros grandes defensores de la humanidad como referente de calidad en salud tales como Florence Nightingale(1850), Ernest Codman (1914), Donabedian(1966), Lee y Jones (1990).

De aquí que instituciones como la Joint Comisión on Acreditation of Health Care Organizations, señalen la saliente preocupación por que la calidad en salud se mida no solamente desde la morbimortalidad, sino que se hagan mediciones a la calidad desde la ética con el componente de humanización del servicio. De forma que otro de los avances sobre la creación de conciencia en torno a entornos de salud humanizados se vislumbra desde 1948 con la adopción formal por parte de las Naciones Unidas sobre la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Santacruz (2015)

En la actualidad pese a la los antecedes que identifican la humanización en salud, puede decirse que el proceso de globalización y las dinámicas de conseguir curar la enfermedad, han generado trasformaciones y choques, en donde coexisten múltiples factores que interactúan entre sí y conllevan nuevamente a la deshumanización de la salud, la cual de acuerdo con la revisión realizada por Arredondo y Siles (2009), se debe

a la responsabilidad compartida entre “el entramado social, la estructura sanitaria, la formación académica, la hegemonía técnica y el propio paciente”

Identificando a nivel del entramado social, contraposiciones frente a los valores técnicos- científicos con el desarrollo de tecnologías y los intereses en la calidad- calidez del servicio, dentro de una cultura donde la persona deja de ser importante en la medida en que responda con base a criterios de productividad. Arredondo y Siles (2009)

A nivel de estructura sanitaria, se destacan factores como la perdida de la identidad de la persona al interior de la institución, donde pasa a convertirse en una cifra o una patología, y las estrategias gerenciales donde la priorización a nivel de inversión se centra en modernización de los servicios, favoreciendo la atención centrada en la tecnología. Arredondo y Siles (2009).

Acciones de deshumanización que debieran ser contrarrestadas con la formación de los profesionales y el equilibrio en el concepto de hegemonía técnica, pero donde se identifica que la enseñanza se centró el desarrollo de las habilidades técnicas, que, si bien contribuyen a estructurar la conducta humana colectiva, generalmente dejan de lado los fenómenos de diferencia individual. Motivo por el que la formación actual de los profesionales en salud se encuentra en trasformación y reconstrucción, buscando volver a su ideología cultura y ética, de forma que permita fortalecer la capacidad de desarrollarse desde lo humano. Bedoya (2012)

En lo que respecta al propio paciente, la visión de esta variable en procesos de humanización contempla dos miradas por un lado la cultura de cuidado y como el paciente la concibe, volviéndose dependiente del uso de tecnología, y por el otro en la concepción del contexto mismo donde la familia aparece como unidad, pero al interior de la enfermedad se desdibuja su papel. Santos (2003)

Antecedentes normativos.

De acuerdo con la presente investigación se tendrán en cuenta los antecedentes normativos referentes el Sistema de Seguridad Social Colombiano y su relación con el desarrollo de proceso de humanización del servicio y la normatividad frente al quehacer del Fonoaudiólogo reconocida por la Ley, con el fin de permitir la vinculación de humanización y fonoaudiología desde la normatividad.

En Colombia el sistema de salud de acuerdo con Orozco (2006) podía a grandes rasgos, dividirse en tres etapas, la primera que inicia con la promulgación de la Constitución Política de 1886 hasta mediados de 1950 en donde se vislumbraba el modelo de atención en salud higienista, donde la salud pública se dedicaba únicamente a atender acciones en salud- enfermedad. En esta misma etapa se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales en el que se atendía a los empleados privados formales.

La segunda etapa corresponde al periodo comprendido entre 1970 y 1989, caracterizada por la creación del Sistema Nacional de Salud donde los recursos del estado para salud se destinaban a las instituciones públicas hospitalarias, aún no se lograba el cubrimiento total de la población. Orozco (2006)

Razón que dio lugar a la tercera etapa que inicia desde 1990, con la aparición de la Ley 10 de ese mismo año, con la que se planteó modificar el Sistema Nacional de Salud a partir de un modelo descentralizado, que tuviera autonomía territorial y permitirá la contratación de entidades privadas, por medio del fortalecimiento del mecanismo de subsidios a la oferta. Orozco (2006), en la búsqueda de favorecer el acceso de toda la población, y es a partir de este momento en donde la normatividad colombiana da un paso hacia la Humanización de los servicios, con la aprobación de la Constitución Política del 1991, en donde el artículo 48, se establece que la seguridad social es un servicio público obligatorio a cargo del Estado, dependiente de los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, donde el estado debe garantizar que todas las personas

tengan acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. (Constituyente, Asamblea Nacional, 1991).

Continuando con la formulación de la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el nuevo Sistema General de Seguridad Social, que busca garantizar los derechos irrenunciables a la persona y la comunidad, que les permitan tener una buena calidad de vida acorde a procesos de dignidad humana, mediante la atención integral en salud, dividiendo el sistema en dos regímenes denominados contributivo y subsidiado, por lo que se vincula al sector privado en la prestación de los servicios de salud. Orozco (2006)

A partir de esta se han realizado reformas y se han vinculado otros decretos en la búsqueda continua del mejoramiento de la calidad de la atención, como lo es el Decreto 1011 de 2006, por el cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGSC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde se establece que los servicios deben estar orientados a lograr los mejores resultados en la atención en salud, por lo que estos deben ser centrados en el usuario.

Según el artículo 3 del decreto en mención, para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Dando cabida a la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario que permite garantizar la Calidad del Servicio de Salud, dentro del respeto por los derechos y los principios de dignidad humana, convirtiéndose en el medio para garantizar el cumplimiento de los estándares superiores de calidad. Agrado (2017).

Aparece en esta misma línea La ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 del 2011, en las cual se sugieren ajustes al Sistema General de Seguridad Social, que giran en torno a el mejoramiento en la prestación de los servicios, definiendo la implementación de un plan nacional de mejoramiento de calidad, donde se imponen condiciones al Ministerio de Salud y Protección Social, frente al mejoramiento de la calidad en la atención y la obtención de resultados evaluables, reconocidos y direccionados que permitan evidenciar el compromiso de todos los agentes del sistema. Agrado (2017).

A partir de la promulgación del decreto y las leyes anteriormente mencionadas, se fortalece el Sistema Único de Acreditación en Salud, que cuenta con unos estándares de acreditación diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad, incentivando al manejo de las buenas prácticas en la atención y afianzando la competitividad de las organizaciones de forma que el usuario tenga claridad a la hora de elegir su entidad de atención.

Los procesos del Sistema Único de Acreditación en salud se fundamentan sobre unos ejes trazadores que se centran en el paciente y la familia, dentro de estos aparece como pieza fundamental la Humanización de la atención, vista como un asunto ético, en el que los valores rigen la conducta, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección social

la humanización debe ser vista de esta manera, no solo como un adjetivo que acompaña a los servicios de salud, como si fuera un producto o un cumulo de información. Ministerio de Salud y Protección Social (2014)

En lo que respecta a la Fonoaudiología a nivel de marco normativo, aparece la Ley 376 de 1997, por la cual se reglamenta la profesión de Fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia, en esta se define como objeto de estudio *"Los procesos comunicativos del hombre, los desórdenes del lenguaje, el habla y la audición, las variaciones y las diferencias comunicativas, y el bienestar comunicativo del individuo, de los grupos humanos y de las poblaciones"* y se definen los campos generales de trabajo dentro de los que se encuentran la investigación científica, la asesoría y consejería en individuos y grupos de población con o sin desordenes de la comunicación y todas aquellas áreas donde el conocimiento de la profesión, se considere conveniente para el beneficio social. Ministerio de Educación Nacional (1997)

Antecedentes internacionales.

La medición de las necesidades de los familiares de pacientes hospitalizados, representa un tema de creciente interés considerando la importancia de su participación en la recuperación del paciente.

Dentro de las investigaciones que se han realizado a nivel internacional aparece Henneman y Cardin, S. (2002). Para quienes es innegable que las necesidades de los familiares críticamente enfermos están relacionadas con tres categorías, la necesidad de información, la necesidad de consuelo y apoyo y la necesidad de estar siempre cerca del usuario, estos investigadores proponen en su artículo que la atención centrada en el usuario y la familia debe ir más allá del reconocimiento teórico de la misma, pues las investigaciones se han centrado en la medición de necesidades pero no sobre cómo hacer que funciones este modelo de atención, de forma que ofrecen sugerencias de tipo practico que puedan ser útiles para los profesionales y administradores en salud.

De igual forma Lee, L. Y., & Lau, Y. L. (2003). Señalan en la justificación de su estudio, que las practicas del cuidado reconocen cada vez más la importancia de tratar a paciente y familiar como un pequeño sistema social, lo que genera un cambio frente a la práctica de cuidado dejando de lado la atención exclusivamente fisiológica de la enfermedad para dar lugar a una atención centrada en el paciente y su familia, sin embargo estos exhiben su preocupación frente a el esclarecimiento del propósito de la participación del familiar, pues si bien se miden las necesidades de la familia se da poca información sobre como las acciones de participación funcionan.

En la revisión de los alcances que podría tener la participación de la familia identificaron 5 componentes principales (i) presencia y visitas, (ii) necesidades satisfechas o apoyadas, (iii) comunicación / recepción de información, (iv) toma de decisiones y (v) contribución a la atención. Hallando que el enfoque a estado dirigido principalmente a la comunicación con la familia, pero faltan contribuciones sobre como la participación genera implicaciones en el cuidado del paciente.

Verhaeghe et al. (2004), en su estudio, realizo una revisión de la literatura en torno al reconocimiento de las necesidades y experiencias de las familias de usuarios en unidad de cuidado intensivo, estableciendo que la comprensión de estas, representa un paso inicial y necesario para lograr proporcionar una atención humanizada. En esta revisión se encontró que la mayoría de las investigaciones utilizan como instrumento la Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) como instrumento validado y confiable, mostrando dentro de los resultados, que la familia a menudo prioriza el bienestar de su familiar por encima del suyo, por lo que, en la fase aguda del proceso, la familia ni siquiera es consciente de sus propias necesidades.

Álvarez y Kirby. (2006), de la misma manera buscaron realizar una revisión de la literatura sobre las necesidades de las familias durante la experiencia en unidades de cuidado intensivo, resaltando que consistentemente se evidencian 3 problemas principales sobre los cuales podría mejorarse la calidad del servicio ofrecido: cantidad de

la información suministrada sobre el estado del paciente, horarios de visitas mas flexibles y la presencia de niños durante las visitas. Dejando como conclusión general que es necesario dedicar esfuerzos hacia las necesidades de las familias que estos requieren atención en el proceso, dentro del marco de una atención centrada en el paciente y su familia.

Otro de los estudios encontrados con respecto a la identificación de necesidades de las familias de pacientes en Unidad de cuidado intensivo es el de Hidalgo, Vélez y Pueyo (2007), quienes plantearon un estudio descriptivo, trasversal con el que se busca no solo conocer cuáles eran las necesidades prioritarias para los familiares entre: seguridad, apoyo, información, comodidad y proximidad; sino como los datos sociodemográficos podrían influir en estas, encontrando que la necesidad considerada más importante es la de seguridad y confianza, y la de menor importancia es la comodidad, en cuanto a los daos sociodemográficos que se consideraron influyentes se identificó que el nivel de estudios básicos no determina el grado de importancia que se le da a la necesidad de apoyo, los hermanos y padres le dan más importancia a la seguridad y confianza mientras que las esposas se la dan al apoyo.

Pardavila y Vivar (2012), realizan la revisión de la literatura más reciente, con el objetivo de analizar y presentar de forma resumida las necesidades de la familia identificadas en estudios recientes, seleccionando para revisión 30 artículos, entre los que se incluían de revisión de la literatura, cualitativos y de investigación cuantitativa, presentando los resultados de la revisión de acuerdo a 4 grupos de necesidades que se enmarcan dentro de áreas cognitiva, emocional, social y práctica. Identificando de forma general que la información que pertenece a el área cognitiva representa la necesidad prioritaria para las familias, por lo que propone que se favorezcan los procesos de comunicación y se haga una medición con casos control para evaluar la eficacia de las distintas intervenciones realizadas. Carlson, Spain, Muhtadie, McDade y Macia (2015),

Estas investigaciones, revelan las necesidades que presentan los familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo, donde se evidencia que la

mayor necesidad es la correspondiente con información- comunicación, señalando que las intervenciones que se puedan realizar a nivel comunicativo que busquen cubrir estas necesidades, se espera contribuyan a mejorar la calidad de la atención. De igual forma establecen la necesidad creciente de generar estrategias y evaluar su implementación, con el fin de esclarecer desde la evidencia como la participación de la familiar mejora los procesos de cuidado del paciente. De igual forma cabe señalar que las investigaciones previas realizadas en torno al tema de estudio han sido en su mayoría llevadas a cabo por profesionales en enfermería.

Antecedentes nacionales.

A nivel nacional, las investigaciones revisadas son más recientes, dentro de estas se encuentra la realizada por Jiménez, Zapata y Díaz (2013), donde el objetivo era identificar la capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares de los paciente adultos hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo, este estudio fue de tipo cuantitativo descriptivo, utilizando como herramienta de recolección de datos la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy, dicha investigación arrojo como resultado que el 85,2% de los participantes demostraron una alta capacidad de afrontamiento y adaptación, lo cual relacionan los autores con la capacidad de enfrentar un problema a través de la capacidad de construir nuevos conocimientos a través de los recuerdos y las nuevas experiencias.

Por otro lado, Bautista, Parra, Arias, Parada, Ascanio, Villamarin y Herrera. (2015). Realizan una investigación cuantitativa, con abordaje descriptivo y de corte trasversal, con la que buscaban describir la percepción de los usuarios hospitalizados frente a los comportamientos del cuidado humanizado, encontrando que los usuarios valoran más las acciones de atención, cariño, orientación y escucha recibidas por parte del personal de enfermería, lo cual para efectos de la presente investigación revela que el paciente el trato humanizado contempla la necesidad de crear relaciones de complementariedad tales como las que existe entre la familia y el paciente.

Otro de los estudios encontrados a nivel nacional, es el realizado por Bautista, Arias, y Carreño, (2016). en donde los autores se permiten introducir en tema señalando que la familia cumple un papel fundamental en el entorno del paciente, más aun cuando el entorno inmediato corresponde a una Unidad de cuidado intensivo, indicando que la enfermedad no afecta únicamente a la persona, sino que se extiende hacia las familias, en la medida que se comportan como unidad, además de considerar que los procesos de comunicación representan una de las necesidades más importantes para la familia, partiendo de la premisa, que la comunicación requiere de dos personas que se relacionan, y que esta tiene diferentes formas de comunicar.

Marco Conceptual

Unidad de cuidado intensivo.

La unidad de cuidado intensivo en un servicio destinado a la hospitalización de pacientes críticamente enfermos, que por su condición de salud requieren de monitoreo 24 horas, asistencia médica y enfermería permanente, con frecuencia se interconsulta con otros profesionales tales como neurología, nefrología, neurocirugía, cirugía, nutrición, fisioterapia y/o fonoaudiología que contribuyen al diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

Una característica importante de la unidad de cuidado intensivo es el uso de tecnología, se usan equipos que permiten monitorizar de forma constante los signos vitales del paciente y otras variables fisiológicas de relevancia en medicina intensiva; de la misma manera se usan equipos de forma terapéutica contribuyendo a la recuperación de esta población. Herrera, (2012)

Humanización en cuidado intensivo.

Los avances científicos y tecnológicos han contribuido a mejorar las prácticas médicas, sin embargo aunque se ha avanzado en estos aspectos y los resultados son positivos para los usuarios, en los últimos años se ha venido estudiando como estos avances contribuyen a dejar de lado los aspectos humanos; los usuarios de las unidades de cuidado intensivo son atendidos con respecto a sus necesidades médicas y fisiológicas, pero se ha desdibujado su identidad como ser humano, dejando de lado sus necesidades emocionales y espirituales, sin tener en cuenta que en la unidad de cuidados intensivos, estas emociones se incrementan por situaciones extremas en el límite vida-muerte, además con frecuencia sufren incomodidades derivadas de las características propia de la unidad como son el ruido, la luz, la infraestructura , el monitoreo constante y la separación física y emocional de su familia, está situación por la que atraviesan amerita que la atención recibida sea de mayor cuidado que en otros espacios, por tanto se requieren un cuidados especialmente cálidos y confortable (Escudero , Viña , y Calleja, 2014)

El termino humanizar hace referencia al ser humano; pero ¿qué es el ser humano? El concepto de ser humano se ha intentado explicar por diferentes autores, Artigas (2005) afirma que el hombre es igual a los demás seres de la naturaleza, pero se diferencia de ellos por su componente espiritual , para Ortega (como se citó en Gurmendez, 1983) La base o cimiento de toda la persona humana es el alma corporal o Vitalidad, este concepto relaciona lo físico y lo psíquico, lo corporal y lo espiritual, sin que esto signifique que estos conceptos se pueden separar o analizar como si fueran dos entes aislados, por el contrario estos se fusionan armónicamente y se nutren el uno al otro para formar al hombre.

Bermejo (2014) describe que el concepto de humanización no hace referencia exclusivamente a un trato cordial o cálido hacia el usuario, la humanización tiene un significado más comprometedor , que implica numerosas acciones, que van más allá de ser amable; abarca aspectos referentes a la dignidad del ser humano y lo derechos

que conlleva; es realizar una atención que sea capaz de ver a la persona como un ser integral, que tiene en cuenta no solo aspectos físicos, si no también lo emocional, lo psíquico, lo espiritual; su entorno en relación a su familia, su trabajo, su ser como parte de una comunidad. Para este autor la vocación de cuidado y la capacidad de preocuparse por aquel ser que atraviesa un momento difícil, es lo que constituye el eje principal de la humanización.

Humanizar el mundo de la salud es un proceso complejo, que se relaciona con todos los actores del sistema, que incluye la cultura, La formación de los trabajadores de la salud y el desarrollo de las políticas gubernamentales que diseñen, apoyen y vigilen los planes de humanización; humanizar requiere realizar acciones para promover y proteger la salud, incluyendo ambientes tranquilos, que minimicen los factores estresantes de la enfermedad; para que la humanización sea realidad los trabajadores de la salud, no deben olvidar que cada persona es única, que debe ser tratada con dignidad, con respeto a su ser, es posible que en el momento de la enfermedad pierda su independencia, pero no por esto pierde su identidad, ni su dignidad como persona, es importante tener en cuenta los valores, costumbres culturales, necesidades individuales y mantener su identidad como persona. (Bermejo, 2014)

Bermejo (citado por Oliva, 2017) hace referencia a los valores que el personal de enfermería debe reunir con el fin de realizar una buena atención en contexto hospitalario y crear una relación de ayuda profesional- paciente, a continuación, se describen:

- Empatía: es ponerse en el lugar del paciente, Ser capaz de adoptar el punto de vista del enfermo para percibir como se siente con su enfermedad, es comprenderlo y hacerle experimentar que nuestra comprensión se ajusta a su experiencia.
- Autenticidad y congruencia: Una relación de lo que somos por dentro como personas, y lo que enseñamos y practicamos como profesionales.
- Respeto: valorar la dignidad de la persona cuidada y tomar medidas para no afectarlos.

- Comprensión: entender a la persona y qué es lo que le sucede según su perspectiva.
- Solidaridad: brindar apoyo a las personas que sufren
- Tolerancia: prestar servicios sin ningún tipo de actitud selectiva ni marginación ante cualquier aspecto de nuestros pacientes.
- Altruismo: actuar siempre en beneficio de nuestro paciente de forma incondicional.
- Moderación: saber medir el grado de intensidad de nuestras actividades y cuando aplazar nuestras intervenciones.
- Equidad: no tener preferencias en nuestra labor a no ser que sea necesario por el estado del paciente y aceptar la importancia de todos por igual.
- No violencia: nunca recurrir a actos violentos ante ninguna situación.

Es menester que los profesionales de la salud comprendan y apliquen en su vida laboral que el individuo es un ser integral, que no debe verse en una única dimensión, es transcendental tener en cuenta la integralidad del ser humano, verlo como un todo donde confluyen características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, donde los valores de quienes cumplen con la aplaudible vocación de cuidar cumplen un papel fundamental; para esto se requiere: trabajo interdisciplinario y reflexionar sobre los elementos básicos de la dignidad humana, con el fin de garantizar el respeto de las diferentes necesidades del paciente.

Comunicación.

La comunicación es más que un proceso de intercambio de información donde se recibe o entrega un mensaje, le permite al individuo no solo establecer relaciones con su entorno, el ser humano pueda usar la comunicación de una manera dinámica, para comprender, estudiar, indagar y descubrir el mundo que lo rodea, siendo así la comunicación se estable como eje fundamental del bienestar y la calidad de vida de las personas. (Calvache Mora, 2015).

Modelo sistémico de la comunicación.

El modelo sistémico describe la comunicación como un proceso holístico, que dista de ser un acto lineal, donde hay un receptor y un emisor de información, desde esta perspectiva la comunicación humana es un proceso complejo en el hombre, que permite la interacción social, la participación y construcción individual del ser humano, es decir que le permite al individuo formarse a partir de la interacción social y a su vez esta interacción le permite no solo constituirse individualmente sino también construir sociedad, la comunicación es la herramienta que permite que el ser vivo se desarrolle como ser humano, participe de una sociedad dinámica, donde puede contribuir al desarrollo de la sociedad y también recibir aportes que favorezcan su desarrollo como ser social, este proceso solo se puede obrar si se coordinan ciertas dinámicas y habilidades, algunas van a depender del individuo y otras del entorno, estas se agrupan en tres dimensiones de análisis: intrapersonal, interpersonal y sociocultural. (Bernal, 2017.)

Dimensión Intra-Personal.

Esta se encuentra relacionada con las condiciones, capacidades y potencialidades individuales que definen y determinan a la persona que se comunica

Dimensión Interpersonal.

La comunicación interpersonal se define como la interacción entre dos personas que sostienen una relación de interdependencia a través de un intercambio de mensajes que proceden de señales tanto verbales como no verbales. (Rizo; 2009)

Dimensión Sociocultural.

la dimensión sociocultural hacer referencia a todas las normas o reglas sociales que determinan las formas de comportamientos verbales y no verbales, así como las formas o normas de interacción. Bernal (citado en Rodríguez, 2009)

Comunicación en cuidado intensivo.

En las unidades de cuidado intensivo con frecuencia la comunicación de los usuarios se ve afectada, muchas veces por la presencia de aditamentos orales que restringen la comunicación bajo la modalidad verbal oral, efectos de sedación o consecuencia del proceso de enfermedad que afectan directamente las áreas del leguaje/o el habla; estos aspectos conllevan a una pérdida del rol del usuario, limitando la interacción con familiares y equipo médico. Autores como Rotondi et al. (Citado en Rojas, Bustamante Troncoso y Castellón, 2014) Describen como aterradora la experiencia que viven los usuarios al no poder comunicar sus necesidades en la unidad de cuidado intensivo.

Ballesteros (2014) hace referencia a otros aspectos a tener en cuenta y que con frecuencia afectan la interacción del profesional con la familia como son: el espacio físico de la unidad de cuidado intensivo, el horario restringido de visitas y la poca privacidad, estos aspectos aumentan el estrés y conllevan a un entorpecimiento de las relaciones entre las partes, además la pobre información que reciben los familiares por parte del equipo médico ha contribuido a incrementar la insatisfacción de usuarios y familiares

Es importante resaltar que la comunicación no solo es necesaria en relación a la interacción equipo médico- usuario, es relevante establecer una comunicación efectiva entre el equipo médicos y familiares, en relación a esto los familiares refieren que el equipo médico con frecuencia, hace uso de lenguaje técnico que no es fácil de entender para ellos, hay una necesidad frecuente de información producto del desconocimiento del servicio y estado de salud de su familiar, además la gran carga emocional no permite una adecuada comprensión de la información dada por el profesional. (Ballesteros, 2014).

Fernández y Hernández (2006) afirman que la comunicación no debe ser utilizada por el profesional de la salud únicamente como estrategia para indagar sobre síntomas que

guíen el diagnóstico, es importante que la comunicación sea un vehículo para disminuir los niveles de ansiedad y estrés que se viven en la unidad, fomentando que el usuario se sienta escuchado, comprenda con mayor facilidad su enfermedad y se sienta participante de su atención durante el proceso de salud enfermedad.

Humanización y comunicación.

Ariza Olarte, (2012) refiere que hablar de humanización conlleva a pensar en todas las acciones que vuelven al hombre más humano; para esto hay que tener en cuenta que, según Bernal, (2017) el hombre se humaniza a través de formas de interacción social, entre ellas la comunicación, la autora explica que la existencia humana es solo posible en la comunicación y la existencia de la comunicación es solo posible con la existencia de lo humano. Por tanto, desde esta perspectiva es imposible pensar en la separación de los conceptos hombre, sociedad y comunicación

El centro de humanización de la salud de Madrid (citado en Ariza, 2012) afirma: "ninguna máquina puede suprimir el efecto curador y o terapéutico de una mirada, de la palabra adecuada o del silencio oportuno. La presencia humana es insustituible en los procesos de enfermedad, dolor o muerte" esta afirmación lleva a reflexionar sobre la importancia de la comunicación en los procesos de humanización, en una época en la que se cuestiona como el uso de tecnología en las unidades de cuidado intensivo ha contribuido a deshumanizar la atención en salud. Mejía Lopera (2006) hace un llamado a todo el equipo de salud a ser recursivo frente a la comunicación, en situaciones donde el usuario por su condición actual pasa a ser dependiente en sus actividades siendo importante facilitar la interacción para lograr la satisfacción de sus necesidades.

Unidad de cuidado intensivo y familia.

Cuando el usuario ingresa a la unidad de cuidado intensivo se enfrenta a una situación inesperada, el paciente experimenta un cambio brusco y radical del nivel de independencia, que genera una pérdida de autonomía casi absoluta, una vez el paciente

ingresa a la unidad de cuidado intensivo va a depender del equipo de salud para cubrir la mayoría de sus necesidades fisiológicas. Ballesteros, (2014) afirma que este sufrimiento afecta también a la familia del paciente crítico, la familia experimenta de un modo u otro miedo y preocupación ante la enfermedad y hospitalización de su ser querido; Escudero, Viña y Calleja (2014) señalan que es importante tener en cuenta que en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), estas emociones se incrementan por situaciones extremas que ponen en riesgo la vida del paciente, así como la incertidumbre y sobrecarga emocional, que da lugar a percepciones e ideas generadoras de angustia y a una reducción de su capacidad de afrontar la situación.

Cuando un miembro de la familia enferma, el seno familiar puede presentar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición, dado por el desprendimiento físico y emocional que sufre el usuario al entrar a un centro hospitalario, en reacción a esto los familiares suelen prepararse para aceptar la situación y empiezan a diseñar estrategias para que la familia pueda seguir funcionando, sin embargo, es inevitable que se generan cambios en las interacciones familiares que llevan a la familia a situaciones complejas, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar. Cuando la persona presenta una enfermedad aguda-grave, como es el caso de los usuarios de unidades de cuidado critico el desajuste suele ser mayor debido a que la familia se enfrenta a una situación extrema e inesperada que va afectar la organización familiar. (Fernández Ortega, 2004).

En la unidad de cuidado critico generalmente el personal de enfermería se ha preparado académicamente para el cuidado de los pacientes, con frecuencia los profesionales muestran preocupación por cuidado de los usuarios, sin embargo con frecuencia se dejan de lado las necesidades de la familia: Achury Saldaña y Achury Beltrán, (2013) han estudiado cuales son las necesidades de la familia de pacientes críticos hospitalizados, encontrando como resultados destacables la necesidad de cercanía e interacción y la necesidad de información clara y de calidad.

Fernández Ortega (2004) del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, de La Universidad Nacional Autónoma De México en su artículo El Impacto De La Enfermedad En La Familia, describe que La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal puede alterar el funcionamiento o composición de las familias que se enfrentan a esta Situación, y cita algunos signos y síntomas que pueden sufrir las familias durante el proceso de enfermedad, esto son:

- Aislamiento y abandono. La familia busca aislarse, limita las relaciones sociales con el fin de poder manejar la situación de la mejor manera posible.
- Conflicto de roles y límites. Las familias pueden presentar serios problemas de adaptación en el manejo de la crisis familiar, lo que podrá hacerse visible a través de las luchas internas por el poder en los diferentes subsistemas.
- Conflictos de pareja. En muchos casos sobre todo cuando el enfermo es un hijo, es frecuente ver que la enfermedad y el tratamiento son utilizados por los padres para agredirse mutuamente y que el resultado sea la dificultad e ineficiencia para tomar decisiones y llevar a cabo las acciones necesarias para el tratamiento.
- Problemas económicos. Como se ha mencionado, las familias con un enfermo crónico o enfermedad grave entran en una situación de desgaste económico cada vez más serio, aunque incluso es motivo en muchos de los casos de abandono de tratamiento, estos problemas aumentan en el caso de enfermedades crónicas.
- Síndrome del cuidador. Este síndrome se caracteriza por el desgaste físico de quien cuida al paciente, son frecuentes problemas osteoarticulares y dolor mecánico crónico, alteraciones del ritmo del sueño, cefalea y astenia. En la esfera psíquica destacan la ansiedad y la depresión.
- Negación, cólera y miedo. durante el proceso de la enfermedad terminal tanto el paciente como la familia atraviesan por diferentes etapas que son: la negación, ira, negociación, depresión y aceptación, sin que necesariamente éste sea el orden de aparición de cada uno de los estados mencionados,

- Ambivalencia afectiva. Se trata de la presencia simultánea de sentimientos encontrados en los miembros de la familia, mientras que por un lado desean que el paciente mejore y viva más tiempo, por el otro desean que ya todo termine con la muerte. Se trata de un síntoma que es sistemáticamente abolido por la familia por ser moralmente inaceptable.

Referente a los beneficios de la participación del familiar en la unidad de cuidado crítico, permitir la cercanía de familiares a su paciente dentro de la unidad, aporta de manera positiva a la recuperación de la salud física y emocional, con respecto a esto Anativia Montenegro & Farias-Reyes, (2016) refieren que el ingreso de familiares a la unidad, no aumenta el riesgo de infección, por el contrario trae beneficios como disminuir la ansiedad del paciente, permitir la cercanía del familiar ayuda a la recuperación, además facilita la comunicación permitiendo que la familia está más informada, satisfecha y con mejor conocimiento de situación por la que atraviesa el paciente; de la misma manera otros estudios manifiestan que la presencia de la familia en la unidad de cuidado intensivo, genera beneficios tanto para la familia como para el paciente, disminuyendo el estrés y la ansiedad que produce la hospitalización , acelera la recuperación del paciente e incluso aporta beneficios posterior a la hospitalización como la disminución de las secuelas psicológicas, acelerando la recuperación del paciente. (Mateos Picado, 2017).

Capítulo 3. Marco Metodológico

Tipo de estudio

En el presente estudio se realizó una investigación de tipo ***mixto con Diseño anidado o incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC) con dominancia cuantitativa,*** considerando las virtudes de este tipo de estudios, que de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014) buscan utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación (cualitativa y cuantitativa), combinándolas con el fin de tener una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno.

Esto teniendo en cuenta, que con este estudio se pretenden identificar las necesidades de la familia y para efectos prácticos en torno al propósito de favorecerá la calidad en la atención dentro del proceso de acreditación que lleva la institución son necesarios los datos cuantitativos y que la explicación de estos a través de las experiencias relatadas por los sujetos tomada de forma cualitativa permite un mejor acercamiento y explicación de un fenómeno social.

Alcance

Su alcance es descriptivo, pues se pretende con los datos recolectados describir el fenómeno, las características y los rasgos importantes de las necesidades de la población objeto.

Diseño

Basado en un diseño no experimental y trasversal, ya que los investigadores no realizaron intervenciones sobre el fenómeno y la recolección de datos fue tomada únicamente en el periodo comprendido entre los meses de junio y julio del 2018.

Población

Para dar cumplimiento al objetivo de la presente investigación se vincularon 80 personas en calidad de familiares, de las cuales 57 diligenciaron el cuestionario para datos cuantitativos y las 23 restantes participaron de la entrevista semiestructurada, el 72,5% (n=58) de los familiares fueron mujeres y solo el 27,5%(n=22) fueron hombres, en cuanto al parentesco o relación con el paciente hospitalizado al interior de la Unidad de cuidado intensivo el 61,3% (n=49) de los familiares eran los hijos, el 17,5% (n=14) eran los esposos y en menor proporción se encontraban familiares como nietos 8,8% (n=7), otros 7,5% (n=6) y 5% (n=4) hermanos.

Tipo de Muestra

Se definió que el tipo de muestra seria no probabilístico por conveniencia, considerando la dinámica cambiante de la unidad de cuidado intensivo, los horarios de visita y la característica flotante de los familiares que pueden estar difícilmente disponibles, razón por la que este tipo de muestra permite seleccionar a los familiares que estén fácilmente disponibles y se encuentren en el momento de toma de muestras.

Tamaño de la muestra

Para la definición del tamaño de la muestra, se pensó necesario definir un tamaño de muestra que fuera representativa de la población, por lo que se calculó este considerando la cantidad de camas en cada Unidad y la rotación día cama reportada por el hospital, estableciendo que el tamaño de la muestra debía ser de 148 personas entrevistadas para un nivel de confianza del 95% con un margen de error del 5%, y de 53 personas entrevistadas para un nivel de confianza del 90% con un margen de error del 5%, por lo que durante la toma de muestras se consideró lograr un una cantidad de entrevistas entre 53 y 148 con el fin de lograr un nivel de confianza entre el 90% y 95% con un margen de error entre el 5% y 10%.

Criterios de inclusión.

Se establecieron como criterios de inclusión: a). Familiares cuyo paciente tuviera una estancia superior a 24 horas, b) Identificado como cuidador principal del paciente, c). Que aceptaran participar en el estudio (consentimiento informado), d). Que fueran mayores de edad, e). cuidadores que visitaron al paciente al menos una vez durante las primeras 24 h de su estancia.

Criterios de exclusión.

Como criterios de exclusión se tuvieron: a). Familiares de pacientes con reingreso, b) Familiares de paciente con pronóstico de muerte inminente o a corto plazo menor a 24 horas.

Procedimientos

Para el desarrollo de esta investigación inicialmente se realizó una revisión frente al tema de humanización y la relación con la comunicación, así como la identificación de antecedentes nacionales e internacionales en la identificación de necesidades de las familias en unidades de cuidado intensivo, con base en estas revisiones se realizó el planteamiento de la investigación definiendo 5 fases para su desarrollo:

Fase 1: Planteamiento del proyecto con presentación del mismo al comité de ética de la Fundación Hospital San Carlos, inicialmente se definió el tipo, alcance y diseño del estudio, el objetivo general y específicos, así como las formas o instrumentos de recolección de datos, se verifico la Resolución número 8430 del Ministerio de Salud donde se establecen las consideraciones éticas para investigaciones en salud, se solicitó cita en el comité de ética y se presentó la propuesta, por ajustes solicitados por los integrantes del comité se realizó una nueva presentación la cual obtuvo aprobación para realización

Fase 2: Fase de evaluación y definición final de instrumentos de recolección de datos, en esta fase se realizó la verificación de los instrumentos para recolección de datos cuantitativos y cualitativos, el instrumento cualitativo que ya se encontraba validado para el español, fue verificado y se realizaron modificaciones en cuanto a la presentación escrita de algunas preguntas y el tipo de escalamiento tipo Likert dado que se consideraba podrían generar confusiones; Estas modificaciones fueron revisadas por 3 jueces expertos quienes la validaron; para el instrumento cualitativo se realizó la construcción de preguntas con base en la prueba cuantitativa con el fin que este instrumento permitirá ampliar el conocimiento del fenómeno, este instrumento de igual forma fue revisado por 5 jueces expertos quienes validaron su aplicación.

Fase 3: Recolección de datos, para la realización de esta fase se determinaron las fechas de recolección de datos a la luz de los tiempos establecidos por la universidad y la aprobación dada por el comité de ética del Hospital, definiendo que se tomarían datos durante 6 semanas contemplando que estos datos se tomarían de lunes a viernes principalmente en el horario de la tarde el cual era considerado de mayor afluencia de familiares y al menos 2 sábados para lograr captación de los familiares que asisten el fin de semana.

Fase 4: Análisis de los datos, Con el fin de permitir realizar un análisis organizado de los datos tanto cualitativos como cuantitativos, se definió la utilización de 3 categorías de análisis: Necesidades de comunicación, necesidades de cuidado hacia el paciente, necesidades de cuidado hacia la familia.

Los datos cuantitativos fueron tabulados en una tabla de Excel y posteriormente se pasaron al paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) de forma aislada y por categoría de análisis, con el fin de obtener las medidas de tendencia central y dispersión. De forma que los datos obtenidos de los instrumentos, el análisis y la interpretación dieron lugar a los capítulos de resultados, discusión y conclusiones

Fase 5: Diseño de la propuesta de programa, Finalmente posterior a la culminación del estudio se realizó la propuesta en borrador de un programa de Humanización centrado en las necesidades comunicativas detectaras en las familias de pacientes hospitalizados en las Unidades de cuidado intensivo e intermedio de la Fundación Hospital San Carlos.

Técnicas para la recolección de la información.

Con el fin de cumplir el alcance del estudio y de conservar su diseño no experimental se definió que la toma de muestras se realizaría al interior de las unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio con el abordaje del investigador a el familiar que se encontraba visitando a su paciente, previa verificación del estado de salud de este, los días de estancia, y la comprobación de denominarse cuidador principal, estableciendo un protocolo para la toma de muestras:

- El investigador realiza la revisión por sistema de los usuarios que se encuentran en unidad y los días de estancia.
- Se dirige al Médico o Enfermera jefe de la unidad para indagar los pronósticos a corto plazo.
- Ingresa a la unidad durante el horario de visita (11:00 am. – 8:00 p.m.).
- La Investigadora se acerca a los familiares que se encuentren en la unidad e indaga sobre su parentesco y rol de cuidador.
- Si el familiar es el cuidador principal se presenta, explica su presencia en la unidad, solicita amablemente su participación, si el cuidador acepta se lee el consentimiento informado.
- Una vez firmado el consentimiento informado se procede a realizar el cuestionario o encuesta de acuerdo con el orden al azar asignado y el tiempo con el que familiar refería contaba.
- Al finalizar se agradece por la participación y se entrega un folleto sobre comunicación asertiva.

Los instrumentos utilizados corresponden uno para los datos cuantitativos y otro para los datos cualitativos, respectivamente:

Cuantitativo (Anexo 1):

Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptado y validado a población española por Gómez Martínez, Ballester Arnal y Gil Juliá (2011) que cuenta con 11 preguntas, se realizaron modificaciones sobre el tipo de escala Likert las cuales fueron validadas por juicio de experto de acuerdo con el estudio, para esta validación se obtuvieron respuestas de 3 jueces los tres correspondían a profesionales con conocimientos en investigación.

Cualitativo (Anexo 2):

Entrevista abierta semiestructurada que cuenta con 6 peguntas basadas en las del instrumento cuantitativo con el fin de ampliar el conocimiento del fenómeno, esta fue validada por juicio de expertos, obteniendo respuesta de 5 jueces considerados expertos por ser fonoaudiólogos con conocimiento en el manejo de la Unidad de cuidado intensivo e intermedia y de la comunicación interpersonal.

De igual forma se consideró la recolección de variables comunes referentes a datos personales tales como: sexo, edad, parentesco, frecuencia de las visitas y días de estancia, con el fin de conocer la distribución de los familiares que asisten a la visita y la caracterización de la población.

Técnicas para el análisis de la información.

Los datos cuantitativos se tabularon en una base de datos en Excel 365 y el análisis estadístico descriptivo e inferencial se realizó con el software estadístico SPSS Statistics versión 19.0., usando herramientas de estadística descriptiva de acuerdo con el alcance del estudio, realizando el cálculo de medidas de tendencia central tales como frecuencia, media y mediana y para el análisis inferencial por el uso de tablas de contingencia.

Se establecieron para el análisis de los datos cuantitativos y cualitativos categorías de análisis, realizando una matriz para los cualitativos, las categorías establecidas corresponden a:

Categoría de Necesidad de Comunicación**,** comprende las preguntas relacionadas con necesidades de información y comunicación (3,4,5 y 8) en el cuestionario cuantitativo y (3, 4 y 6) entrevista cualitativa.

Categoría Necesidades de cuidado hacia el paciente**,** comprende las preguntas sobre necesidades hacia el cuidado del paciente y la satisfacción con el mismo, en el instrumento cuantitativo corresponde a las preguntas 1,2,9 y 10; y en el instrumento cualitativo a la pregunta 1.

Categoría Necesidades de cuidado hacia la familia**,** comprende las preguntas relacionadas con las necesidades de cuidado y atención hacia la familia, como estos perciben el trato hacia ellos, en el instrumento cuantitativo corresponde a las preguntas 6, 7 y 10; y en el instrumento cualitativo las preguntas: 2 y 5.

Consideraciones éticas

De acuerdo lo establecido en la Resolución número 8430 DE 1993 (Octubre 4) del Ministerios de Salud, en su artículo 11, esta investigación se clasifico como sin riesgo considerando que esta contempla estudios de emplean técnicas y métodos de investigación donde no se modifican variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, usando como instrumentos de recolección de datos entrevistas y cuestionarios.

Se contó con el aval de la dirección de Investigaciones de la Corporación Universitaria Iberoamericana y con el aval del comité ético de la Fundación Hospital San Carlos, donde se llevaron a cabo la toma de muestras.

La información suministrada para el estudio se manejó con absoluta confidencialidad y teniendo en cuenta los principios del informe Belmont para la protección de los sujetos humanos de beneficencia, no maleficencia y justicia. En cuanto a la beneficencia el estudio buscó identificar las necesidades de las familias para proponer estrategias que permitan una mejor calidad del servicio prestado en la institución. Se diseño el consentimiento informado (Anexo 3) en el cual se identifican los tres elementos primordiales establecidos en el informe de Belmont: Información, comprensión y voluntariedad.

Las investigadoras no presentan conflictos de interés con la institución con la cual se realizó la investigación.

Capítulo 4. Resultados

Los resultados de la presente investigación se presentarán de acuerdo a los objetivos específicos planteados y las categorías de análisis definidas, por lo que se encuentra organizados en 4 apartados correspondientes a cada objetivo.

Características sociodemográficas de la población objetivo.

De acuerdo con la información sociodemográfica de los participantes de las dos partes del estudio, se encontró:

Tabla 1. *Distribución de genero de familiares de pacientes en unidad de cuidado intensivo*

			Participante		Total
			Cualitativa	Cuantitativa	
Genero	Mujer	Recuento	19	39	58
		% dentro de Genero	32,8%	67,2%	100,0%
		% dentro de Participante	82,6%	68,4%	72,5%
	Hombre	Recuento	4	18	22
		% dentro de Genero	18,2%	81,8%	100,0%
		% dentro de Participante	17,4%	31,6%	27,5%
Total		Recuento	23	57	80
		% dentro de Genero	28,8%	71,3%	100,0%
		% dentro de Participante	100,0%	100,0%	100,0%

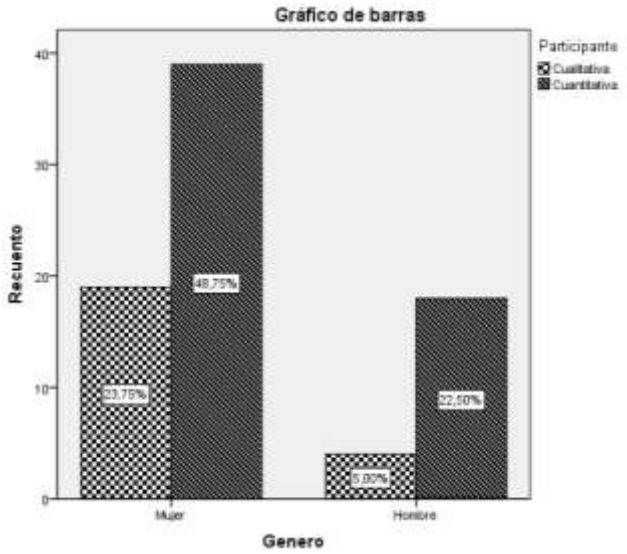

Figura 1. Distribución de participantes por genero

- El 72, 5% (n=58) de los familiares de pacientes en unidad de cuidado intensivo participantes fueron mujeres y solo el 27,5% (n=22) fueron hombres.
- De los participantes el 71,3% (n=57) contesto el cuestionario CFNN y solo el 28,8% contesto la entrevista semiestructurada.
- La relación entre participantes mujeres y hombres para las dos muestras fue mayor de mujeres siendo el 82,6 (n=19) en la entrevista semiestructurada y el 68,4% (n=39) en el cuestionario CFNN

Teniendo en cuenta la división por etapas del ciclo vital señalada por el Ministerio de Salud y protección Social se presentan los datos de edad de la población participante: Juventud de 18 a 26 años, Adultez de 27 a 59 años y vejez de 60 años y más.

Tabla 2*. Distribución de familiares por ciclo vital*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Juventud	7	8,8	8,8	8,8
	Adultez	64	80,0	80,0	88,8
	Vejez	9	11,3	11,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

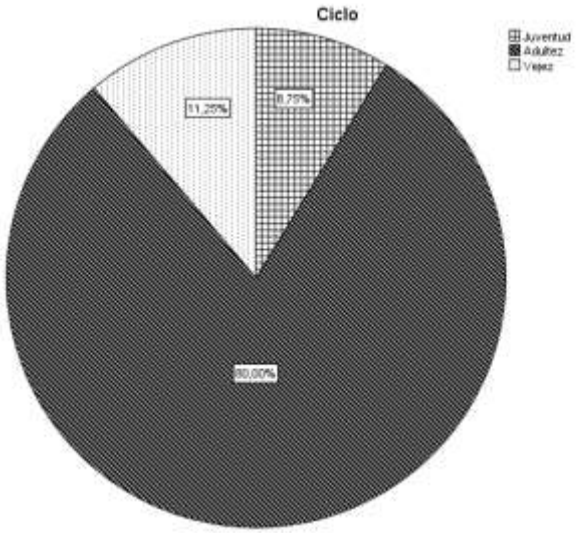

Figura 2. Distribución de participantes por ciclo vital

- El 80% (n=64) de los Familiares participantes pertenecen al ciclo vital de Adultez, seguidos del 11,3% (n=9) que pertenecen al ciclo vejez y el 7% (n=7) restante pertenece a el ciclo juventud.

En cuanto a las medidas de tendencia central, frente a la edad de los Familiares de pacientes en unidad de cuidado intensivo se encuentra:

Tabla 3*. Distribución de edad de familiares participantes*

Edad		
N	Válidos	80
	Perdidos	0
Media		44,26
Mediana		42,50
Rango		54
Mínimo		18
Máximo		72

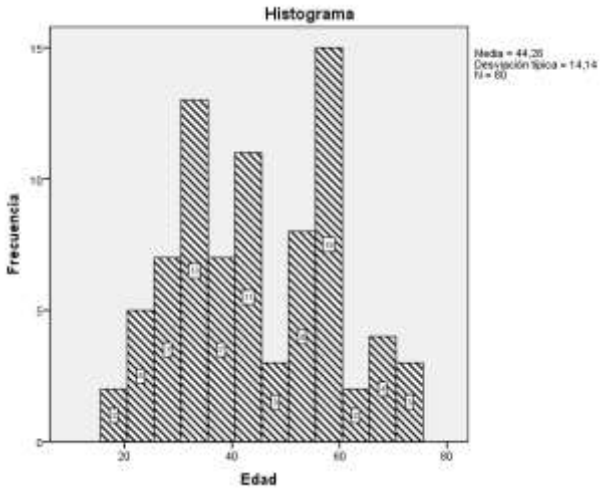

Figura 3. Distribución por edad de participantes

- La edad promedio de los participantes fue de 44,26 años no muy alejada de la media de edad que fue de 42,5 años.
- El rango entre edades entre del de menor (18) y el de mayor edad (72) fue de 54 años, con una desviación de 14, 14.

Tabla 4*. Distribución de familiares por parentesco*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Hijo	49	61,3	61,3
	Esposo	14	17,5	78,8
	Hermano	4	5,0	83,8
	Nieto	7	8,8	92,5
	Otro	6	7,5	100,0
	Total	80	100,0	

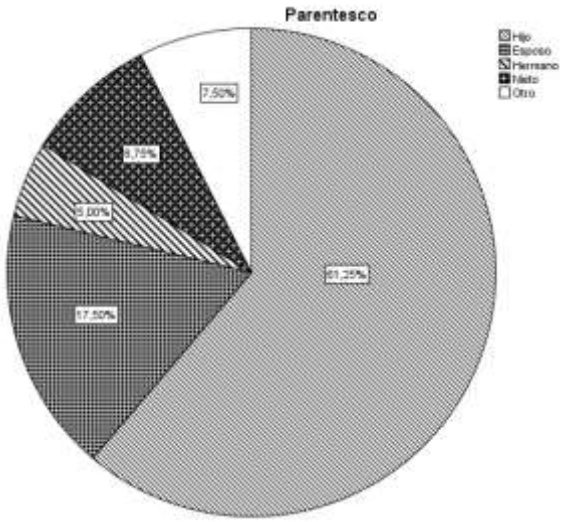

Figura 4. Distribución de participantes por parentesco

- El 61,3% (n=49) de los familiares participantes eran los hijos de los pacientes hospitalizados en Unidad de cuidado intensivo, seguidos de un 17.5% (n=14) que correspondían a los esposos (as), y en menor proporción se encontraban familiares como nietos 8,8% (n=7), otros 7,5% (n=6) y 5% (n=4) hermanos.

Tabla 5. *Distribución frecuencia de la visita que realizan los familiares*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Todos los días	58	72,5	72,5
	Dia Intermedio	20	25,0	97,5
	1 vez por semana	2	2,5	100,0
	Total	80	100,0	

- La mayoría de los familiares visitan al paciente todos los días 72,5% (n=58)
- Ninguno de los familiares reporto visitar con otra frecuencia a su familiar
- Solamente 2 (2,5%) de los familiares reportaron que visitaban a su paciente 1 vez por semana

Tabla 6. *Distribución de escolaridad de los familiares*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria	16	20,0	20,0
	Bachiller	36	45,0	65,0
	Técnico	7	8,8	73,8
	Tecnólogo	1	1,3	75,0
	Pregrado	19	23,8	98,8
	Posgrado	1	1,3	100,0
	Total	80	100,0	

- Del total de los familiares el 45% (n=36) tenían como último estudio terminado el bachillerato, mientras que solo el 1,3% (n=1) reportaron estudios posgraduales.
- Los porcentajes de familiares con escolaridad primaria 20% (n=16) y pregrado 23,8 (n=19) representan los datos intermedios y no presentan una marcada diferencia.

Cuantitativamente cuales son las necesidades de la familia a partir del análisis desde las categorías de comunicación, cuidado al paciente y cuidado dirigido al familiar.

En los resultados que se presentan a continuación, se encuentran los datos relacionados según la categoría de análisis establecida. En primer lugar, se encuentran los resultados por frecuencia de cada una de las preguntas que hace parte de la categoría, seguido de la presentación de tablas de contingencia en donde se relacionan de a dos variables de la misma categoría.

Categoría 1: Necesidad de Comunicación.

Tabla 7. *Pregunta 3: ¿Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi siempre	31	54,4	54,4	54,4
	Con Frecuencia	13	22,8	22,8	77,2
	A veces	10	17,5	17,5	94,7
	Casi nunca	3	5,3	5,3	100,0
	Total	57	100,0	100,0	

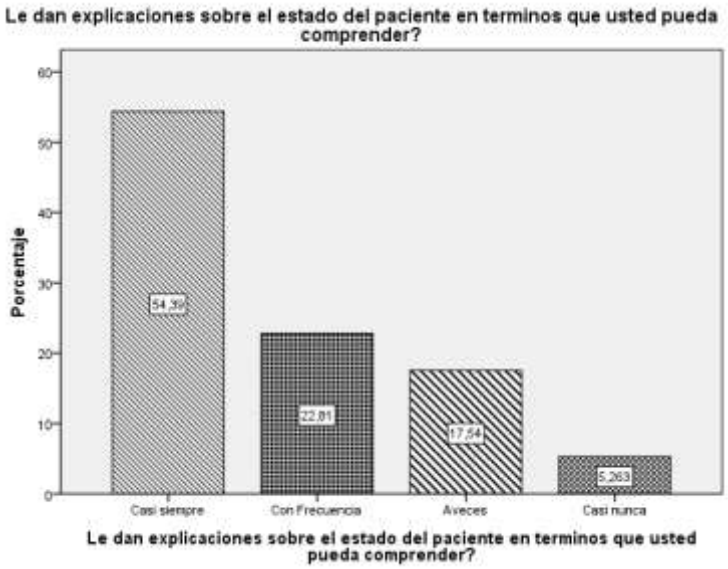

Figura 5. Respuesta a pregunta 3 CCFN

- El 77,2 (n=44) de los familiares dan respuestas positivas frente a la claridad de la información suministrada por el equipo en donde el 54,4% (n=31) de los familiares refiere que siempre le dan explicaciones en términos que puede comprender y el 22,8% (n=13%) refieren que con frecuencia le dan explicaciones en términos que puede comprender
- Solo el 5,3% (n=3) de los familiares participantes señalaron que casi nunca le daban explicaciones en términos que puede comprender.
- Ninguno de los familiares refirió que nunca recibe información en términos incomprensibles.

Tabla 8*. Pregunta 4: ¿Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado y progreso del paciente?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi siempre	32	56,1	56,1	56,1
	Con frecuencia	15	26,3	26,3	82,5
	A veces	8	14,0	14,0	96,5
	Casi nunca	1	1,8	1,8	98,2
	Nunca	1	1,8	1,8	100,0
	Total	57	100,0	100,0	

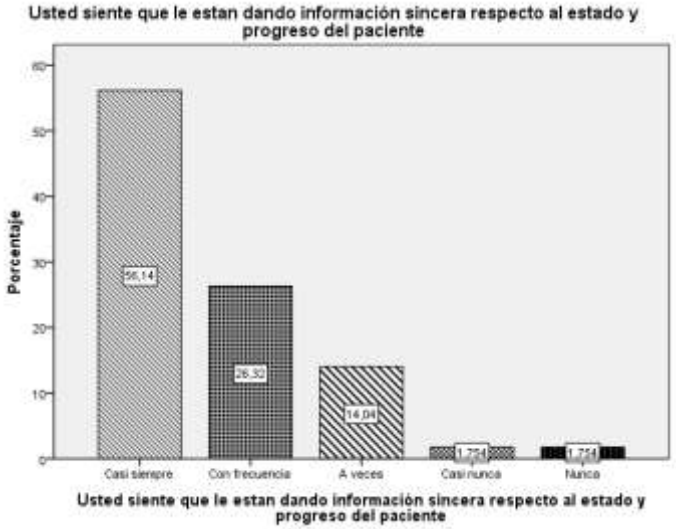

Figura 6. Respuesta a pregunta 4 CCFNI

- La mayoría de los familiares 82,5% (n=47) refieren que la información brindada por el equipo es sincera, en donde el 56% (n=32) indican que casi siempre reciben información sincera y el 26,3% (n=15) señala que con frecuencia.
- Solo 2 (3,5%) de los participantes considera que la información que le brindan casi nunca o nunca es sincera.

Tabla 9. *Pregunta 5: ¿Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado y progreso del paciente?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi siempre	34	59,6	59,6	59,6
	Con frecuencia	17	29,8	29,8	89,5
	A veces	4	7,0	7,0	96,5
	Casi nunca	1	1,8	1,8	98,2
	Nunca	1	1,8	1,8	100,0
	Total	57	100,0	100,0	

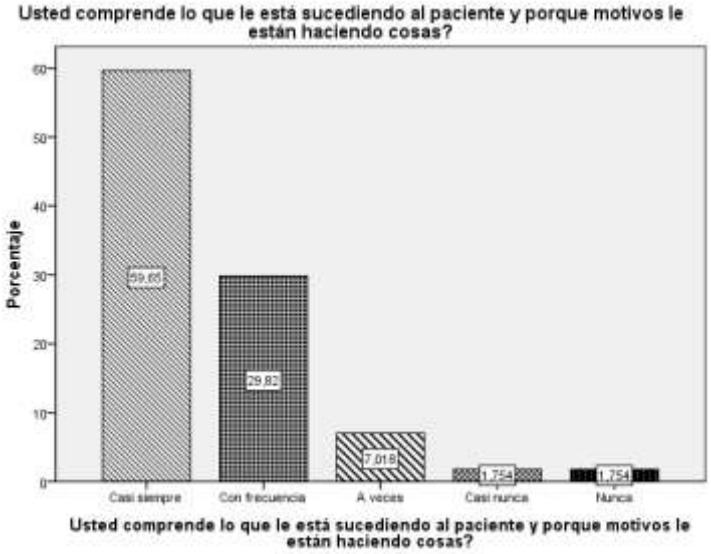

Figura 7. Respuesta a pregunta 5 CCFN

- Mas de la mitad de los familiares participantes un 59,6% (n=34) considera que casi siempre comprende lo que le esta sucediendo al paciente.
- Mientras que tan solo 2 (3,8%) de los familiares consideran que casi nunca o nunca comprenden lo que le sucede a su familiar.

Tabla 10. *Pregunta 8: ¿Le ha explicado el personal del hospital los equipos que se están utilizando?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi siempre	8	14,0	14,0	14,0
	Con frecuencia	2	3,5	3,5	17,5
	A veces	6	10,5	10,5	28,1
	Casi nunca	6	10,5	10,5	38,6
	Nunca	35	61,4	61,4	100,0
	Total	57	100,0	100,0	

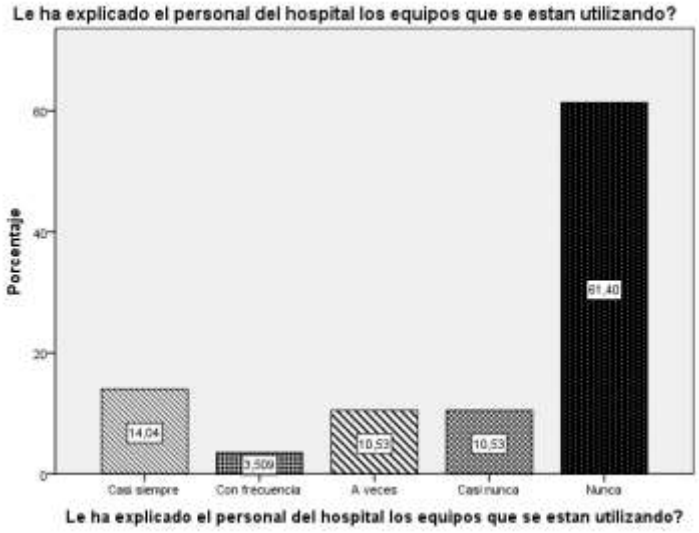

Figura 8. Respuesta a pregunta 8 CCFNI

- En relación recibir explicación por parte del personal del hospital sobre los equipos de se utilizan en la atención se evidencia en la Tabla 10 que el mayor porcentaje de la muestra (61,4%) refiere que nunca ha recibido explicación, mientras para las opciones de identifica 14% (n=8) casi siempre, 10,53% (n=6) refiere que casi nunca, 10,53% (n=6) a veces y solo el 3,5% (n=2) refiere que con frecuencia.

Tablas de contingencia.

Tabla 11. *¿Tabla de contingencia Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en terminos que usted pueda comprender? * Usted comprende lo que le está sucediendo al paciente y porque motivos le están haciendo cosas*

			¿Usted comprende lo que le está sucediendo al paciente y porque motivos le están haciendo cosas?					
			Casi siempre	Con frecuencia	A veces	Casi nunca	Nunca	Total
¿Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en terminos que usted pueda comprender?	Casi siempre	Recuento	24	6	0	1	0	31
		% dentro de Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en terminos que usted pueda comprender?	77,4%	19,4%	,0%	3,2%	,0%	100,0%
	Con Frecuencia	Recuento	6	6	1	0	0	13
		% dentro de Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en terminos que usted pueda comprender?	46,2%	46,2%	7,7%	,0%	,0%	100,0%
	A veces	Recuento	4	2	3	0	1	10
		% dentro de Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en terminos que usted pueda comprender?	40,0%	20,0%	30,0%	,0%	10,0%	100,0%
	Casi nunca	Recuento	0	3	0	0	0	3
		% dentro de Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en terminos que usted pueda comprender?	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Total		Recuento	34	17	4	1	1	57
		% dentro de Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en terminos que usted pueda comprender?	59,6%	29,8%	7,0%	1,8%	1,8%	100,0%

Figura 9. Relación entre explicaciones en términos adecuados y comprensión del familiar

- Del total de los familiares que consideran que casi siempre que le dan explicaciones en terminos que puede comprender, el 77,4 % (n=24) refiere que comprende lo que le esta sucediendo al paciente, mientas que solo el 3,2 % (n=1) de los participantes refiere que casi nunca comprende lo que esta sucediendo.
- Del total de los participantes que refieren que casi nunca le dan explicaciones en terminos que pueda comprender el 100% (n=3) considera que frecuentemente comprende lo que le esta sucediendo al paciente.
- La figura 9 muestra los porcentajes en la relación de las dos variables.

Tabla 12. *Tabla de contingencia ¿Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender? * Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado y progreso del paciente*

			Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado y progreso del paciente					
			Casi siempre	Con frecuencia	A veces	Casi nunca	Nunca	Total
¿Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender?	Casi siempre	Recuento	22	6	2	1	0	31
		% dentro de Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender?	71,0%	19,4%	6,5%	3,2%	,0%	100,0%
	Con Frecuencia	Recuento	7	5	1	0	0	13
		% dentro de Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender?	53,8%	38,5%	7,7%	,0%	,0%	100,0%
	A veces	Recuento	2	3	4	0	1	10
		% dentro de Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender?	20,0%	30,0%	40,0%	,0%	10,0%	100,0%
	Casi nunca	Recuento	1	1	1	0	0	3
		% dentro de Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender?	33,3%	33,3%	33,3%	,0%	,0%	100,0%
Total		Recuento	32	15	8	1	1	57
		% dentro de Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender?	56,1%	26,3%	14,0%	1,8%	1,8%	100,0%

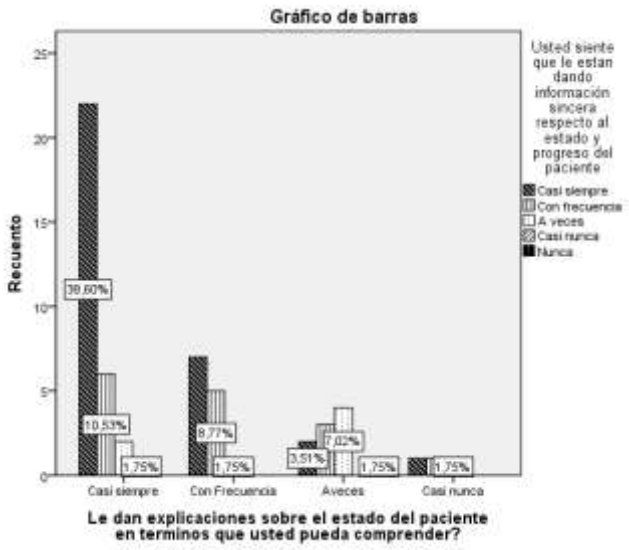

Figura 10. Relación entre explicaciones en términos adecuados y sinceridad

- Del total de los familiares que señalan que casi siempre que le dan explicaciones en terminos que puede comprender, el 71,0 % (n=22) refiere que comprende lo que le esta sucediendo al paciente, mientas que solo el 3,2 % (n=1) de los participantes refiere que casi nunca comprende lo que esta sucediendo.
- Solo uno de los participantes refirio que considera que la información que le brindan casi nunca es sincera, indicando de igual forma que a veces la explicación que le dan esta en terminos que puede comprender.
- La figura 10 muestra los porcentajes en la relación de las dos variables.

Tabla 13. *¿Tabla de contingencia Usted comprende lo que le está sucediendo al paciente y porque motivos le están haciendo cosas? * Le ha explicado el personal del hospital los equipos que se están utilizando?*

			¿Le ha explicado el personal del hospital los equipos que se están utilizando?					
			Casi siempre	Con frecuencia	A veces	Casi nunca	Nunca	Total
¿Usted comprende lo que le está sucediendo al paciente y porque motivos le están haciendo cosas?	Casi siempre	Recuento	7	0	5	3	19	34
		% del total	12,3%	,0%	8,8%	5,3%	33,3%	59,6%
	Con frecuencia	Recuento	1	2	0	2	12	17
		% del total	1,8%	3,5%	,0%	3,5%	21,1%	29,8%
	A veces	Recuento	0	0	1	1	2	4
		% del total	,0%	,0%	1,8%	1,8%	3,5%	7,0%
	Casi nunca	Recuento	0	0	0	0	1	1
		% del total	,0%	,0%	,0%	,0%	1,8%	1,8%
	Nunca	Recuento	0	0	0	0	1	1
		% del total	,0%	,0%	,0%	,0%	1,8%	1,8%
Total		Recuento	8	2	6	6	35	57
		% del total	14,0%	3,5%	10,5%	10,5%	61,4%	100,0 %

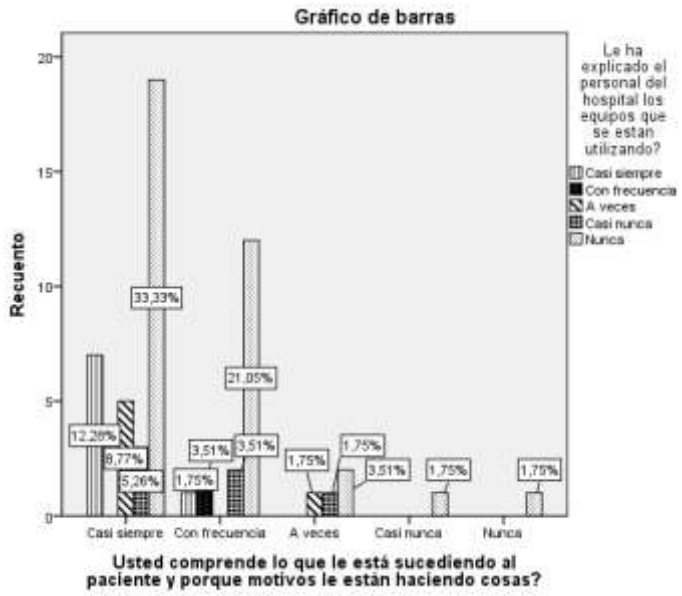

Figura 11. Relación entre comprensión del familiar y explicaciones sobre los equipos

- El 33,3 %(n=19) de los familiares participantes consideran que comprenden lo que está sucediendo con su familiar y los motivos por lo que le hacen los procedimientos, pero refieren que nunca les han explicado el funcionamiento de los equipos, del mismo modo el 21,1% (n=12) del total de los familiares, señala que frecuentemente comprende lo que sucede con su familiar pero nunca les explicado cómo funcionan los equipos, representando de esa forma a el 54,4% de la población.

Categoría 2: Necesidades de cuidado hacia el paciente

Tabla 14. *Pregunta 1: ¿Usted siente que le están dándolos mejores cuidados posibles al paciente?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi siempre	37	64,9	64,9	64,9
	Con frecuencia	14	24,6	24,6	89,5
	A veces	6	10,5	10,5	100,0
	Total	57	100,0	100,0	

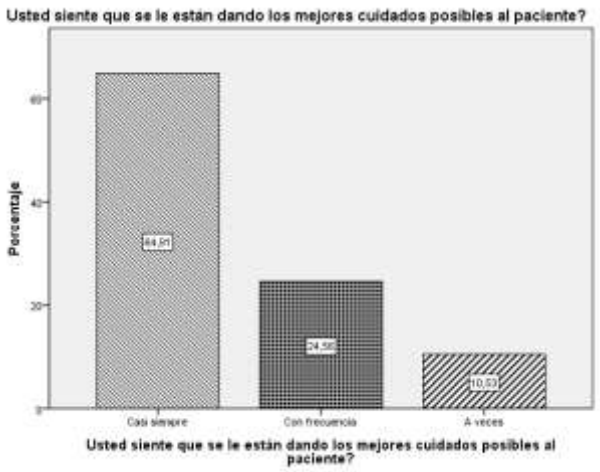

Figura 12. Respuesta a pregunta 1 CCFNI

- Las respuestas dadas por los familiares en torno a si consideran que se le están dándolos mejores cuidados posibles al paciente, se ubicaron solo en tres categorías de respuesta el 64,9% (n=37) de los familiares considera que casi siempre se le dan los mejores cuidados, mientas que el 24,6% (n=14) consideran que frecuentemente se dan los mejores cuidados y solo el 10,5 (n=6) refieren en menor proporción que solo a veces se brindan los mejores cuidados al paciente.

Tabla 15. *Pregunta 2: ¿Usted siente que el personal del hospital se preocupa por el paciente?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi siempre	34	59,6	59,6	59,6
	Con frecuencia	16	28,1	28,1	87,7
	A veces	4	7,0	7,0	94,7
	Casi nunca	3	5,3	5,3	100,0
	Total	57	100,0	100,0	

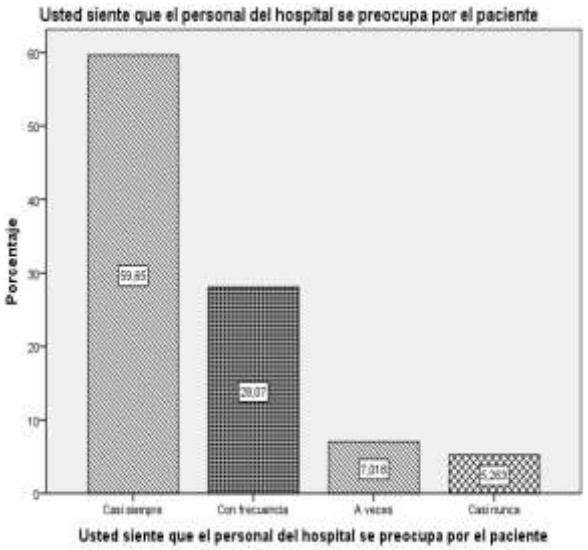

Figura 13. Respuesta a pregunta 2 CCFNI

- El 59,6% (n=34) familiares señalan que casi siempre el personal del hospital se preocupa por el paciente, de igual forma con una respuesta positiva el 28,1%(n=16) refiere que con frecuencia el personal del hospital se preocupa por el paciente.
- Tan solo el 5,3% (n=3) familiares considera que casi nunca el personal del hospital se preocupa por el paciente.

Tabla 16. *Pregunta 8: ¿Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi siempre	35	61,4	61,4	61,4
	Con frecuencia	17	29,8	29,8	91,2
	A veces	1	1,8	1,8	93,0
	Casi nunca	2	3,5	3,5	96,5
	Nunca	2	3,5	3,5	100,0
	Total	57	100,0	100,0	

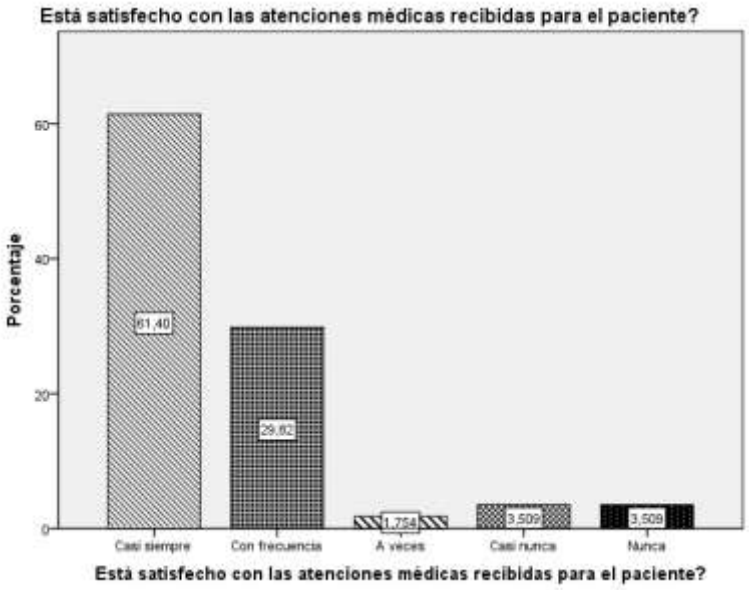

Figura 14. Respuesta a pregunta 8 CCFNI

- El 91,2% de los familiares participantes dan respuestas positivas frente a la satisfacción del servicio que se ha prestado al paciente, encontrando que un 61,4 (n=35) refiere que casi siempre está satisfecho y el 29,8 (n=17) restante refiere que con frecuencia está satisfecho.
- Mientras que el 7% (n=4) de los familiares refiere que Casi nunca (n=2) o nunca (n=2) están satisfechos con las atenciones recibidas para el paciente y tan solo 1 de los familiares refirió que a veces está satisfecho.

Tabla 17. *Pregunta 11: ¿Hay algunas cosas respecto a los cuidados Médicos recibidos para el paciente que podrían ser mejoradas?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi siempre	7	12,3	12,3	12,3
	Con frecuencia	11	19,3	19,3	31,6
	A veces	14	24,6	24,6	56,1
	Casi nunca	9	15,8	15,8	71,9
	Nunca	16	28,1	28,1	100,0
	Total	57	100,0	100,0	

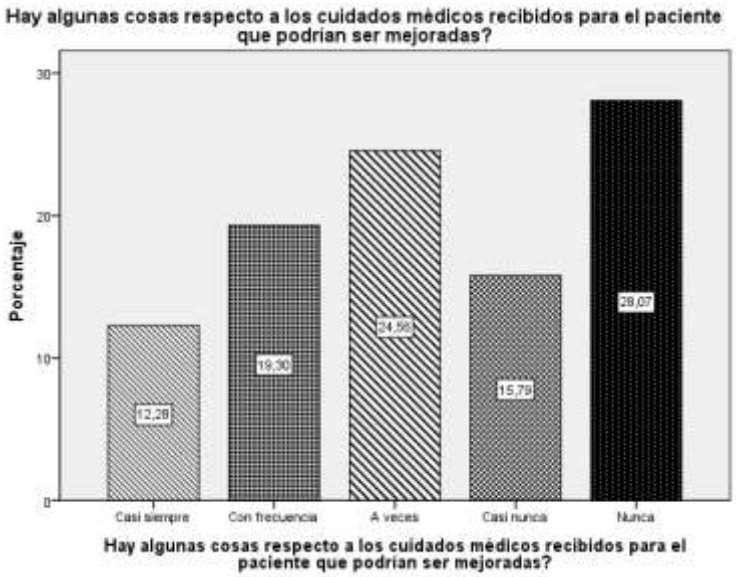

Figura 15. Respuesta a pregunta 11 CCFNI

- Frente a si hay algunas cosas respecto a los cuidados recibidos para el paciente que podrían ser mejoradas, las opiniones de los familiares estuvieron divididas encontrando que de mayor porcentaje a menor el, el 28,1% (n=16) de los familiares refieren que no hay cosas por mejorar (nunca), el 24,6% (n=14) consideran que a veces hay cosas por mejorar, el 19,3% (n=11) que con frecuencia hay cosas por mejorar, 15,8% (n=9) casi nunca hay cosas por mejorar y el 12,3% (n=7) que casi siempre hay cosas por mejorar.

Tablas de contingencia

Tabla 18. *Tabla de contingencia ¿Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente? * Usted siente que se le están dando los mejores cuidados posibles al paciente?*

			¿Usted siente que se le están dando los mejores cuidados posibles al paciente?			
			Casi siempre	Con frecuencia	A veces	Total
¿Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente?	Casi siempre	Recuento	28	6	1	35
		% dentro de Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente?	80,0%	17,1%	2,9%	100,0%
	Con frecuencia	Recuento	7	8	2	17
		% dentro de Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente?	41,2%	47,1%	11,8%	100,0%
	A veces	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente?	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	Casi nunca	Recuento	2	0	0	2
		% dentro de Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente?	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Nunca	Recuento	0	0	2	2
		% dentro de Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente?	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	37	14	6	57
		% dentro de Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente?	64,9%	24,6%	10,5%	100,0%

Figura 16. Relación entre nivel de satisfacción y cuidados al paciente.

- Del total de los familiares que refieren que están satisfechos con las atenciones médicas recibidas el 80% (28) indican además que consideran que le están dando los mejores cuidados, el 17,1%(n=6) que con frecuencia le dan los mejores cuidados y el 2,9%(n=1) restante considera que a veces le dan los mejores cuidados.
- Del total de los participantes que consideran que con frecuencia están satisfechos por las atenciones recibidas el 41,2% (n= 7) considera adicionalmente que le dan los mejores cuidados, el 47,1% (8) considera que con frecuencia le dan los mejores cuidados y un 11,8% (2) considera que a veces le dan los mejores cuidados.
- Los 2 familiares (100%) que señalan que casi nunca están satisfechos con las atenciones médicas recibidas para el paciente, indican que pese a esto casi siempre le están dando los mejores cuidados posibles al paciente. Por otro lado, los 2 familiares que señalan nunca estar satisfechos con las atenciones médicas indican que los mejores cuidados solo se brindan a veces.

Tabla 19. *Tabla de contingencia ¿Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente? * Hay algunas cosas respecto a los cuidados médicos recibidos para el paciente que podrían ser mejoradas.*

			¿Hay algunas cosas respecto a los cuidados médicos recibidos para el paciente que podrían ser mejoradas?					
			Casi siempre	Con frecuencia	A veces	Casi nunca	Nunca	Total
¿Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente?	Casi siempre	Recuento	1	6	8	7	13	35
		% del total	1,8%	10,5%	14,0%	12,3%	22,8%	61,4%
	Con frecuencia	Recuento	4	2	6	2	3	17
		% del total	7,0%	3,5%	10,5%	3,5%	5,3%	29,8%
	A veces	Recuento	0	1	0	0	0	1
		% del total	,0%	1,8%	,0%	,0%	,0%	1,8%
	Casi nunca	Recuento	2	0	0	0	0	2
		% del total	3,5%	,0%	,0%	,0%	,0%	3,5%
	Nunca	Recuento	0	2	0	0	0	2
		% del total	,0%	3,5%	,0%	,0%	,0%	3,5%
Total		Recuento	7	11	14	9	16	57
		% del total	12,3%	19,3%	24,6%	15,8%	28,1%	100,0 %

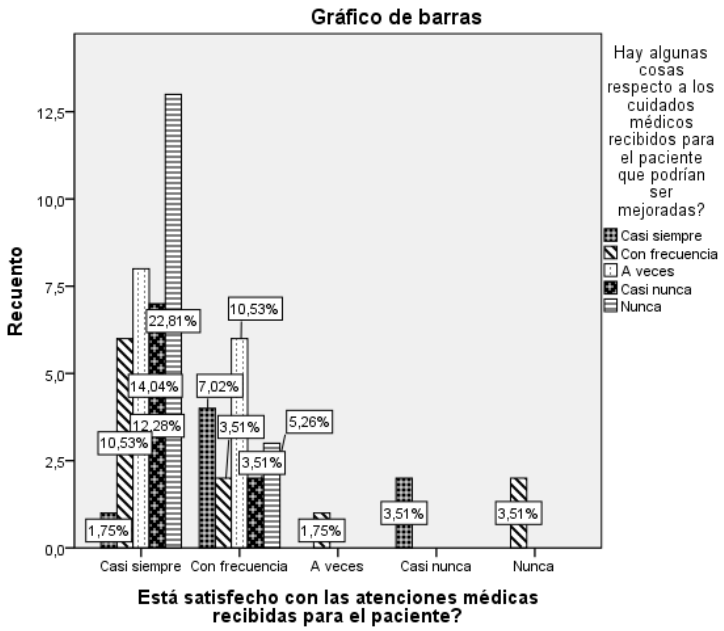

Figura 17. Relación entre nivel de satisfacción y cosas por mejorar

- Del 100% de los familiares participantes el 61,4% refiere que está satisfecho con las atenciones recibidas, de este grupo sobre el total de los participantes el 22,8% (n=13) refiere que está satisfecho con las atenciones recibidas para el paciente y no hay cosas por mejorar, el 12,3% (n=7) considera que está satisfecho y casi nunca hay cosas por mejorar, el 14% (n=8) refiere que está satisfecho y que a veces hay cosas por mejorar, el 10,5% (n=6) indica que frecuentemente hay cosas por mejorar, mientras que solo el 1,8%(n=1) refiere que está satisfecho y casi siempre hay cosas por mejorar.
- De los familiares que señalan que con frecuencia están satisfechos con las atenciones recibidas que representan el 29,8% (n=17) del total de los participantes, el 5,3 (n=3) refiere que no hay cosas por mejorar, el 3,5%(n=2) que casi nunca hay cosas por mejorar, el 10,5(n=6) que a veces hay cosas por mejorar, el 3,5 (n=2) que frecuentemente hay cosas por mejorar y el 7% (n=4) que casi siempre hay cosas por mejorar.
- 2 de los participantes sobre el 100%, refiere que casi nunca está satisfecho con las atenciones recibidas y que casi siempre hay cosas por mejorar del servicio. En igual proporción 2 de los participantes que indican que nunca están satisfechos

con las atenciones recibidas consideran que frecuentemente hay cosas por mejorar.

Categoría 3: Necesidades de cuidado hacia la familia.

Tabla 20. *Pregunta 6: ¿Están siendo los miembros del equipo atentos con usted?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi siempre	37	64,9	64,9	64,9
	Con frecuencia	9	15,8	15,8	80,7
	A veces	8	14,0	14,0	94,7
	Casi nunca	3	5,3	5,3	100,0
	Total	57	100,0	100,0	

Figura 18. Respuesta a pregunta 6 CCFNI

- El 64,9% (n= 37) de los familiares refiere que con casi siempre los miembros del equipo son atentos con ellos el 15,8%(n=9) que con frecuencia son atentos ,14% (n=8), a veces son atentos, y el 5,3% (n=3) restante consideran que nunca son atentos.

Tabla 21. *Pregunta 6: Muestra algún miembro del equipo interés por cómo está usted?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi siempre	4	7,0	7,0	7,0
	Con frecuencia	3	5,3	5,3	12,3
	A veces	3	5,3	5,3	17,5
	Casi nunca	5	8,8	8,8	26,3
	Nunca	42	73,7	73,7	100,0
	Total	57	100,0	100,0	

Figura 19. Respuesta a pregunta 7 CCFNI

- Con respecto a si los familiares consideran que los miembros del equipo muestran interés por ellos como familia, el mayor porcentaje el 73,7% (42) señala que nunca, el 26,3% tiene opiniones divididas por lo que el 7% (n=4) considera que casi siempre, el 5,3% (n=3) refieren que, con frecuencia, el 5,3% (n=3) que a veces y en 8,8% (5) que casi nunca.

Tabla 22. *Pregunta 10: ¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi siempre	18	31,6	31,6	31,6
	Con frecuencia	11	19,3	19,3	50,9
	A veces	6	10,5	10,5	61,4
	Casi nunca	6	10,5	10,5	71,9
	Nunca	16	28,1	28,1	100,0
	Total	57	100,0	100,0	

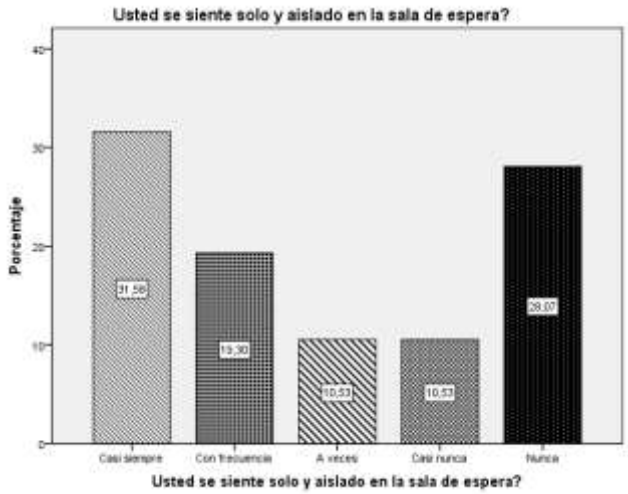

Figura 20. Respuesta a pregunta 10 CCFNI

- Del total de los familiares el 31,6% (n=18) refiere que casi siempre se siente solo y aislado en la sala de espera, el 19,3%(n=11) considera que con frecuencia se siente solo y aislado en la sala de espera, representando así el 50,9% del total de la población que refieren soledad.
- Mientras que el 38,6 % (n=22) no se sientes solos en sala de espera, dado que el28,1% (n=16) nunca se sientes solos y el 10,5% (6) consideran que casi nunca se sienten solos.

Tablas de contingencia.

Tabla 23. *Tabla de contingencia ¿Muestra algún miembro del equipo interés por cómo está usted? * Usted se siente solo y aislado en la sala de espera?*

			¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera?					
			Casi siempre	Con frecuencia	A veces	Casi nunca	Nunca	Total
¿Muestra algún miembro del equipo interés por cómo está usted?	Casi siempre	Recuento	1	0	0	1	2	4
		% del total	1,8%	,0%	,0%	1,8%	3,5%	7,0%
	Con frecuencia	Recuento	0	0	0	1	2	3
		% del total	,0%	,0%	,0%	1,8%	3,5%	5,3%
	A veces	Recuento	0	1	0	1	1	3
		% del total	,0%	1,8%	,0%	1,8%	1,8%	5,3%
	Casi nunca	Recuento	1	2	2	0	0	5
		% del total	1,8%	3,5%	3,5%	,0%	,0%	8,8%
	Nunca	Recuento	16	8	4	3	11	42
		% del total	28,1%	14,0%	7,0%	5,3%	19,3%	73,7%
Total		Recuento	18	11	6	6	16	57
		% del total	31,6%	19,3%	10,5%	10,5%	28,1%	100,0%

Figura 21. Relación entre interés por el familiar y sentimiento de soledad y aislamiento en sala de espera

- Para la relación entre el interés que tiene el personal por la familia y como se siente está en la sala de espera, el 73,7 %(n=42) de los familiares se encuentran el en grupo que señala que nunca algún miembro del equipo muestra interés por cómo se siente el familiar, dentro de este porcentaje sobre el total de la población además señala el 28,1%(n=16) casi siempre se siente solo en la sala de espera, el 14% (n=8) que con frecuencia se siente solo en la sala de espera, el 7%(n=4) que a veces se siente solo en la sala de espera, el 5,3% (n=3) que casi nunca se siente solo en la sala de espera y un 19,3% (n=11) que nunca se siente solo en la sala de espera.
- De las 5 personas que señalan casi nunca el personal muestra interés por como esta como familia, que representan el 8,8% sobre el total de los familiares, 1 refiere que casi siempre se siente sola en la sala de espera, 2 que con frecuencia se siente solo en la sala de espera y los 2 restantes que a veces se siente sola en la sala de espera.
- el 17,6% (n=10) restante de la población sobre el total, refieren que el personal casi siempre 7% (n=4), con frecuencia 5,3% (n=3) o a veces 5,3% (n=3) muestra interés por como esta como familia, y dentro de este porcentaje el 14, 2% (n=8) señalan que casi nunca 5,4% (n=3) y nunca 8,8% (n=5) se sienten solos o aislados en la sala de espera.

Tabla 24. *Tabla de contingencia ¿Están siendo los miembros del equipo atentos con usted? * Muestra algún miembro del equipo interés por cómo está usted?*

			¿Muestra algún miembro del equipo interés por cómo está usted?					
			Casi siempre	Con frecuencia	A veces	Casi nunca	Nunca	Total
¿Están siendo los miembros del equipo atentos con usted?	Casi siempre	Recuento	1	3	3	3	27	37
		% del total	1,8%	5,3%	5,3%	5,3%	47,4%	64,9%
	Con frecuencia	Recuento	3	0	0	1	5	9
		% del total	5,3%	,0%	,0%	1,8%	8,8%	15,8%
	A veces	Recuento	0	0	0	1	7	8
		% del total	,0%	,0%	,0%	1,8%	12,3%	14,0%
	Casi nunca	Recuento	0	0	0	0	3	3
		% del total	,0%	,0%	,0%	,0%	5,3%	5,3%
Total		Recuento	4	3	3	5	42	57
		% del total	7,0%	5,3%	5,3%	8,8%	73,7%	100,0%

Figura 22. Relación entre atención del personal e Interés por cómo está la familia

- El 64,9% (n=37) sobre el total de los participantes, consideran que casi siempre el personal es atento con ellos, sin embargo, dentro de este porcentaje el 47,4% (n=27) refiere que nunca algún miembro del equipo muestra interés por como esta; el 17,5 % (n=) restante considera que casi nunca 5,3% (n=3), a veces 5,3% (n=3),

con frecuencia 5,3% (n=3), y casi siempre 1,8% (n=1), el personal demuestra interés por cómo está el como familia.

- De los 9 (8.8%) familiares que señalan que con frecuencia el personal es atento con ellos, 5 (5,3%) refieren que nunca muestran interés por cómo están ellos, 1(1,8%) casi nunca y 3 (5,3%) casi siempre
- El 100%(n=3) de los participantes que indica que el personal nunca es atento con ellos, refieren también que nunca demuestran interés por como están.

Tablas de contingencia.

Se considero realizar tablas de consistencia para crear relaciones entre las características sociodemográficas y algunas de las variables de las categorías de análisis, que se considera podrían tener relación

Respuestas por genero de familiar

*Tabla 25. Tabla de contingencia Escolaridad * ¿Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente?*

			¿Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente?					Total
			Casi siempre	Con frecuencia	A veces	Casi nunca	Nunca	
Escolaridad	Primaria	Recuento	9	2	0	0	1	12
		% dentro de Escolaridad	75,0%	16,7%	,0%	,0%	8,3%	100,0%
	Bachillerato	Recuento	17	7	0	1	0	25
		% dentro de Escolaridad	68,0%	28,0%	,0%	4,0%	,0%	100,0%
	Técnico	Recuento	5	2	0	0	0	7
		% dentro de Escolaridad	71,4%	28,6%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Tecnólogo	Recuento	0	1	0	0	0	1
		% dentro de Escolaridad	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Pregrado	Recuento	4	5	1	1	1	12
		% dentro de Escolaridad	33,3%	41,7%	8,3%	8,3%	8,3%	100,0%
Total		Recuento	35	17	1	2	2	57
		% dentro de Escolaridad	61,4%	29,8%	1,8%	3,5%	3,5%	100,0%

- Referente a la relación entre Escolaridad y nivel de satisfacción por las atenciones médicas recibidas para el paciente, de los familiares con primaria el 75% (n=9) refieren casi siempre estar satisfechos, bachillerato el 68% (n=17), técnico el 71,4% (n=5), Pregrado el 33,3% (n=4) mientras que los familiares con escolaridad tecnólogo el 100% refirieron que casi siempre están satisfechos.

Tabla 26. *Tabla de contingencia. Relación * ¿Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente?*

			¿Está satisfecho con las atenciones médicas recibidas para el paciente?					Total
			Casi siempre	Con frecuencia	A veces	Casi nunca	Nunca	
Relación	Hijo	Recuento	21	11	1	2	1	36
		% dentro de relación	58,3%	30,6%	2,8%	5,6%	2,8%	100,0%
	Esposo	Recuento	8	3	0	0	0	11
		% dentro de relación	72,7%	27,3%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Hermano	Recuento	2	0	0	0	1	3
		% dentro de relación	66,7%	,0%	,0%	,0%	33,3%	100,0%
	Nieto	Recuento	3	1	0	0	0	4
		% dentro de relación	75,0%	25,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Otro	Recuento	1	2	0	0	0	3
		% dentro de relación	33,3%	66,7%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Total		Recuento	35	17	1	2	2	57
		% dentro de relación	61,4%	29,8%	1,8%	3,5%	3,5%	100,0%

- Referente a la relación entre Parentesco y nivel de satisfacción por las atenciones médicas recibidas para el paciente, de los hijos el 58,3% (n=21) refieren casi siempre estar satisfechos, de los esposos el 72,7% (n=8), de los hermanos el 66,7% (n=2), nietos el 75% (n=3) y de otros familiares el 33,3% (n=1).

Tabla 27. *Tabla de contingencia. Genero de familiar * ¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera?*

			¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera?					
			Casi siempre	Con frecuencia	A veces	Casi nunca	Nunca	Total
Genero de familiar	Mujer	Recuento	12	8	4	4	11	39
		% dentro de Genero de familiar	30,8%	20,5%	10,3%	10,3%	28,2%	100,0%
	Hombre	Recuento	6	3	2	2	5	18
		% dentro de Genero de familiar	33,3%	16,7%	11,1%	11,1%	27,8%	100,0%
Total		Recuento	18	11	6	6	16	57
		% dentro de Genero de familiar	31,6%	19,3%	10,5%	10,5%	28,1%	100,0%

- Referente a la relación entre género y sentirse solo en la sala de espera, los valores entre genero no varían y entre sentirse caso siempre solo o nunca sentirse solo tampoco, encontrando el 30,8%(n=12) de las mujeres refieren que casi siempre se sienten solas y el 33,3% (n=6) de los hombres también , así como el 28,2% (n=11)de las mujeres refieren que nunca se sienten solos y el 27,8% (n=5) de los hombres dicen que tampoco.

Tabla 28. *Tabla de contingencia. Relación * ¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera?*

			¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera?					
			Casi siempre	Con frecuencia	A veces	Casi nunca	Nunca	Total
Relación	Hijo	Recuento	10	7	4	4	11	36
		% dentro de Relación	27,8%	19,4%	11,1%	11,1%	30,6%	100,0%
	Esposo	Recuento	5	3	0	2	1	11
		% dentro de Relación	45,5%	27,3%	,0%	18,2%	9,1%	100,0%
	Hermano	Recuento	1	1	1	0	0	3
		% dentro de Relación	33,3%	33,3%	33,3%	,0%	,0%	100,0%
	Nieto	Recuento	2	0	0	0	2	4
		% dentro de Relación	50,0%	,0%	,0%	,0%	50,0%	100,0%
	Otro	Recuento	0	0	1	0	2	3
		% dentro de Relación	,0%	,0%	33,3%	,0%	66,7%	100,0%
Total		Recuento	18	11	6	6	16	57
		% dentro de Relación	31,6%	19,3%	10,5%	10,5%	28,1%	100,0%

- Referente a la relación entre parentesco y sentirse solo en la sala de espera, se encuentra que entre los familiares que señalan casi siempre sentirse solos en la sala de espera, por parentesco están el 27,8%(n=10) de los hijos, el 45,5% (n=5) de los esposos, el 33,3% (n=1) de los hermanos, el 50% (n=2) de los nietos. Mientras que los familiares considerados como otros el 66,7% (n=2) de estos refieren que nunca se sienten solos en la sala de espera.

Indagar cualitativamente las necesidades de la familia a partir del análisis desde las categorías de comunicación, cuidado al paciente y cuidado dirigido al familiar.

Para la presentación de los resultados cualitativos estos se organizaron en una Matriz por las categorías de análisis planteadas, en donde se señala parte de la narrativa realizada por los familiares entrevistados y se establece el indicio interpretativo, que para

la presente investigación representa la pista que emerge de la narrativa para lograr interpretar y dar respuesta al objetivo del presente estudio.

Tabla 29. *Matriz de análisis datos cualitativos por categorías*

MATRIZ DE CATEGORIAS DE ANALISIS			
Categoría	**Sub categoría**	**Narrativa**	**Indicio Interpretativo**
Necesidades de comunicación	**Información adecuada y positiva**	**Positivo** "Sí, es muy buena, todo el tiempo nos informan o nos dicen a qué horas lo harán y la información es clara de forma que entendamos, pero mantienen el vocabulario científico sin ser excesivo, son muy claras y ofrecen claridad si la necesitamos" "Si, porque ellos son los directamente indicadores de darnos la suficiente información y nos hacen aclaraciones de dudas que tengamos al respecto" "Si, por que se informa de manera clara lo que el necesita, aunque esto lo hace solo el personal médico, enfermeros no" "Si es adecuada, pero necesita claridad es muy rápida, no es suficiente por que es solo una vez al día, se puede hacer una sola vez, pero si se tiene una duda es posible que la resuelvan y permitan resolverlas" "Es adecuada, pero podría mejorar, no es suficiente debería ser más veces, por motivos laborares me gustaría que pudieran darme información por teléfono bajo autorización, las personas que trabajo social fueron muy groseras, es difícil asistir por trabajo soy la única hoja y me hacen citaciones por abandono" "El informe que me da el medico es adecuado, sin embargo, no es suficiente ya que solo nos da información después de las 5 de la tarde eso genera angustia en la familia, en ocasiones cuando no nos podemos quedar nos vamos sin saber cómo esta" **Negativo** "No, usan mucho lenguaje técnico, no se sabe bien el pronóstico, no se entiende que tiene realmente, en cada examen sale una	- Es buena - Claridad - Vocabulario científico, pero no excesivo - Son responsables de la información - Aclaraciones - Información solo dad por médicos no enfermería - Necesita claridad es rápida - Frecuencia de la información - Uso de otros medios de información - Jornada laborar de familiares - Conocer información de la familia. - Sensación de angustia por frecuencia de la información. - Uso de lenguaje técnico - Claridad en le pronostico - Distancias del recorrido familiar

		cosa distinta, si no están especializados por qué no lo entregan o lo dejan en otro lado, debido a que viajamos de lejos, esperar el reporte es difícil, considero que para estar más tranquilo sería ideal 3 reportes en el día” “Considero que hay información, pero creo que se puede profundizar, es información muy concreta, pero no permite tener toda la tranquilidad” “No he podido recibir información, le dicen a uno que hasta las 5, solo una vez al día debería ser al menos 2 veces al día”	- Muy concreta genera falta de tranquilidad - Frecuencia de información.
	Forma de comunicación con el familiar	**Positivo** “Si son claros al momento de explicar la situación de mi papá y también cuando son requeridos exámenes y otras cosas como medicamentos” “Hasta el momento a habido excelente comunicación ya que las inquietudes que uno tiene sobre los medicamentos o maquinas lo explican en sentido que uno entiende” “Si, por que nos informan bien y entendemos la situación que él está pasando” “Si, por que pregunto y siempre me responden, si no quedo satisfecha siempre sigo preguntando” “Si, por que no niegan la información, son muy amables, muy profesionales y muy claros, no ocultan información ni la niegan” **Negativo** “Depende del personal, se siente que el personal femenino es más agresivo, le hablan a uno de forma dura y no está preocupado, el personal masculino se comunica mejor” “Yo no entiendo las palabras que dicen porque yo no soy escuchada pero mi hija si ella si entiende” “No quisiera un poco más de sinceridad y sensibilidad, que explicaran mejor no dicen bien lo que tiene”	- Claridad en la información - Resuelven inquietudes - Informan bien - No niegan información - Comunicación de acuerdo al rol del profesional - Personal femenino más agresivo - Diferencia por rol/edad del familiar. - Mayor sinceridad - Información de afán - Claridad en el pronostico

		"No porque es de afán, que dediquen más tiempo a dar información" "Si son dedicados, pero no me queda claro que tiene, entiendo que es porque no saben que tiene y entonces no se entiende, deberían tener más tacto al hablar, la forma de decir las noticias es impactante y que le digan a uno que tiene de 24 a 48 horas o si no se muere.	- Indicación de tiempo de pronóstico.
	Conocimiento de los equipos que se usan	**Positivo** "El día que llegamos nos dijeron que no podíamos entrar anillo, reloj, chaqueta, que no podíamos entrar comida y también a qué hora es la visita" "No todo, solo las normas que hay que tener para ingresar y permanecer allí, sería interesante conocerlo, aunque ver a las personas que trabajan allí con tanta eficiencia cuidado como tratan al paciente y a los acompañantes, al paciente lo llaman por el nombre, saben lo que tiene y eso es suficiente para confiar en la institución y en los profesionales" "Conozco que están más pendientes de ellos las 24 horas y los cuidan mejor" "Si por que responden cuando uno pregunta para que sirven los equipos" **Negativo** "No me han explicado, creo importante, sobre todo, explicar las razones por las que están ya que esto genera ansiedad" "No, pero me parece importante referente al familiar, porque el manejo de las maquinas es bueno saberlo, me haría sentir más tranquila" "No, nadie me ha explicado yo nunca había visto tanto aparato, tanta cosa que le ponían a mi papa, me parece importante que alguien me explique que es cada cosa" "Nadie nos ha explicado cómo funciona lo que sabemos es porque nosotros preguntamos, no nos permiten saber cosas más allá" "No, el conocimiento que tengo es de años atrás por la enfermedad, sin embargo, nadie me ha explicado, me parece	- Recomendaciones de ingreso - Normas de ingreso - Confianza en el equipo - Conciencia de cuidado permanente - Responden a preguntas. - Explicar razones de su uso - Con0cer del manejo daría tranquilidad - Poca o nada de relación con la aparatología

		importante para no caer en temores, podría mejorar la calidad de vida, deben dar recomendaciones que permitan evitar el reingreso” “No nadie, si me parece importante para un momento de emergencia, para poder colaborar, si supiera no me tienen que dar a operar los aparatos, pero si saber si está bien.	- Por interés propio - Conocimiento anterior - Momento de emergencia - Ayudaría a saber que está bien.
Necesidades de cuidado hacia el paciente	**Cuidados humanizados**	**Positivo** “Si, mientras yo estoy sí, pero cuando no estoy no sé por que como no sé si lo dejan solo debería siempre estar alguien con el” “Si, es un buen trato uno piensa que al uno irse es igual” “Si, por que lo tratan bien, yo le pregunto y ella acentúa con la cabeza diciéndome que si” “Por qué en todo momento andan cuidando, en ningún momento lo dejan solo y siempre andan pendiente de los que necesite el paciente” “Si, por que el personal para mí, es profesional y así mismo sensible a momento de atender un paciente y más así delicado” “Si, por que en el tiempo que he acompañado a mi esposo he notado que el personal médico, enfermeras, auxiliares y demás tienen un trato muy delicado con las personas que están a su cuidado, demostrando que entienden su dolor, si situación y los tratan con respeto y cariño igual los porteros, recepcionistas, tratan con mucho respeto a la geste que acompaña a los pacientes” **Negativo** “Algunos enfermeros son atentos y otros no se nota que algunos tienen vocación, pero su profesión y otros no, con el caso de los médicos es igual” “No, porque hay doctores que no ven el sufrimiento y tratan al paciente como una cosa, no le ponen cuidado por la edad. nos dijeron que necesitaban la cama para otra persona, eso nos dijo enfermería”	- Confían que cuando no están el trato se mantiene adecuado - Familiares que logran comunicar - Personal profesional y sensible - Todo el personal tiene trato delicado - Comprensión del dolor - Vocación profesional - Diferencia de trato por la edad o pronostico - Pacientes altamente demandantes - Rompimiento de rutinas.

		"No, en este momento tenemos dificultad con eso, ya que mi madre (paciente) tiene un temperamento fuerte, ella exige lo mejor es capaz de solicitar sus derechos a como de lugar y esto a generado molestias en los enfermeros, ellos con su método de trabajo como de ordenar todo y eso ha entrado en conflicto, por lo que el trato no ha sido adecuado"	
	Personal pendiente del paciente	**Positivo** "Si, están viniendo seguido" "Si, por que están al pendiente de sus medicamentos y si me preguntan por la salud del paciente lo hacen atentamente" "Si por que están pendientes de sus medicamentos y se pregunta por la salud del paciente lo que hacen atentamente" "Si sobre todo del paciente, porque siempre están pendientes revisando los instrumentos de medición y los controles, les dan la droga con afecto, les hablan muy bien" **Negativo** "Algunos, el personal de enfermería femenino no apoya los procesos, los enfermeros hombres apoyan más son más dados al cuidado" "Si, pero depende de cada persona, depende de la humanidad de cada uno hay unos que sí y otros que no"	- Acompañamiento - Entregan medicamentos - Revisan los instrumentos de medición y los controles. - Forma de comunicación. - Diferencias entre el trato por el género del personal - Dependiente de cada persona.
Necesidades de cuidado hacia la familia	**Personal pendiente de la familia**	**Positivo** "Si, por que son amables al dar información a al pedirles un favor" "Porque están pendientes de él y de paso preguntan cómo esta uno como familiar" **Negativo** "Cuando uno requiere información en ocasiones uno queda incierto, pero yo pregunto tratando de exigir lo que no me parece" "Depende de la persona hay casos donde están pendientes siempre atentos y otros no, muy secos muy fríos, responden de forma cerrada no es posible generalizar"	- Brindan información - Pendientes del paciente - Preguntan por el familiar - Información incompleta - Depende de la persona - Diferentes formas de responder y dar información - La información no fluye

		"Con la familia marcan un poco de distancia son amables siempre, pero a veces hay que sacar la información, no fluye fácil" "A veces hace falta más atención a los familiares"	- Falta atención a familiares.
	Sentirse incluido en el proceso	**Positivo** "Si, nos permiten visitarlos varias horas al día y estar al tanto de todo" "Si, por que nos permiten estar cerca de ellos dándoles ánimo, cariño y compañía, nos tratan bien, y todo bajo las normas del hospital, del área de cuidados y son muy respetuosos y amables" "Pues si, por que me informan como esta él, me dicen que le aplique crema y yo lo hago" "Si, el medico nos ha dicho que la apoyemos en el estado emocional, hacemos bromas con el personal para que ella se sienta bien" "Si, por que puedo entrar le paso el pato, le coloco crema en las piernas si están secas le doy agüita" **Negativo** "No, porque hablan solo cuando se pregunta" "No, porque cuando le van a hacer algo no lo dejan a uno estar ahí, ellas no quieren que uno escuche lo que le están diciendo al otro" "Hasta el momento no preguntan quién es que viene a visitarlo" "En el dialogo si, sin embargo, en actividades de cuidado no porque tampoco me atrevo" "Hay información, pero podríamos estar más al tanto y de pronto saber cómo apoyar más.	- Tiempo de visita largo - Comunicación de su estado - Permiten cuidados básicos - Estado emocional - Información restringida - Identidad del familiar - Temor del familiar al cuidado - La familia podría dar más.

Características de un programa de humanización basado en la comunicación dirigido a la familia de usuarios hospitalizados en unidades de cuidado intensivo.

Atendiendo a los resultados presentados frente a las necesidades de la familia a partir de las 3 categorías de análisis planeadas: necesidades de comunicación necesidades de cuidado hacia el paciente y necesidades de cuidado hacia el familiar, se propuso para la identificación de las características que debe contener el programa la realización de un cuadro de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA).

FODA Necesidades de comunicación.

Tabla 30. *Matriz FODA sobre necesidades de comunicación*

	Positivos	**Negativos**
	Fortalezas	**Debilidades**
Origen Interno	- El 77,4% de los familiares dan respuestas positivas respecto a la claridad de la información suministrada - El 82,5% de los familiares refieren que le brinda el equipo es sincera. - El 59,6% de los familiares consideran que casi siempre comprenden lo que le sucede al paciente. - Existe una fuerte relación entre la explicación adecuada y la comprensión que refieren tener los familiares dado que el 24 de los familiares lo reportan. - La relación entre la claridad de la información y la sinceridad de esta es reportada por 22 de los participantes - En las narraciones realizadas por los familiares se identifican características como: la información es buena, clara, usan vocabulario científico, pero no excesivo, se brinda información sobre recomendaciones de bioseguridad.	- El 61,4% de los familiares refieren que nunca han recibido explicación del personal del hospital sobre los equipos que se están utilizando - En las narraciones realizadas por los familiares se identifican características como: la información que dan es muy rápida y concreta, necesita claridad, la frecuencia de la información es poca, uso de lenguaje técnico, falta de claridad en el pronóstico.

	Oportunidades	Amenazas
Origen Externo	- Los familiares que reportan que casi nunca le dan explicaciones en términos que pueda comprender, consideran sin embargo que frecuentemente comprenden lo que le esta sucediendo al paciente. - Los 3 familiares que reportan que la información no es clara, señalan que pese a esto la información es clara. - La familia esta dispuesta a establecer otras formas de comunicación.	- De los familiares que dan resultados positivos frente a la comprensión del estado de su familiar, el 63,2% señalan resultados negativos frente a la información sobre el funcionamiento de equipos. - En las narraciones realizadas por los familiares se identifican características como: las jornadas laborales de los familiares no permiten asistir a la hora de la información, se desconoce la situación de la familiar frente a organización y distancia en recorridos, uso de un solo medio de información, personal de salud femenino es mas agresivo.

FODA Necesidades de cuidado hacia el paciente.

Tabla 31. *Matriz FODA sobre necesidades de cuidado hacia el paciente.*

	Positivos	Negativos
	Fortalezas	**Debilidades**
Origen Interno	- El 89,5% de los familiares dan respuestas positivas en casi siempre y con frecuencia a considerar que se le están dando los mejores cuidados posibles. - El 87,7 % de los familiares indicaron respuestas positivas frente a si consideran que el personal del hospital se preocupa por el paciente. - El 91,2% de los familiares participantes dan respuestas	- En las narraciones realizadas por los familiares se identifican características como: sensación de diferencias en el trato por edad o pronóstico, dificultad frente al rompimiento de rutinas de atención,

	positivas frente a la satisfacción del servicio que se ha prestado al paciente. - La mayor cantidad de familiares que reportan respuestas positivas frente a la satisfacción de las atenciones médicas, reportan también respuestas positivas frente a considerar que se le están dando los mejores cuidados. - El 61,4% Los familiares satisfechos con la atención reportan que no hay cosas por mejorar. - En las narraciones realizadas por los familiares se identifican características como: El personal es profesional y sensible, comprensión del dolor, entregan medicamentos y revisan los instrumentos de medición.	
	Oportunidades	**Amenazas**
Origen Externo	- Las opiniones frente a si hay algunas cosas que mejorar en el servicio hacia el paciente se encuentran divididas, encontrando porcentajes similares para todas las opciones de respuesta. - En las narraciones realizadas por los familiares se identifican características como: confianza en cuanto a el mantenimiento del trato en todo momento,	- 2 familiares reportan que casi nunca están satisfechos con la atención y que casi siempre hay cosas por mejorar. - En las narraciones realizadas por los familiares se identifican características como: Vocación profesional, usuarios altamente demandantes, diferencias en el trato debido al género del personal.

FODA Necesidades de cuidado hacia el familiar.

Tabla 32. *FODA sobre necesidades de cuidado hacia la familia.*

	Positivos	**Negativos**
	Fortalezas	**Debilidades**
Origen Interno	- El 64,9% de los familiares refieren que casi siempre los miembros del equipo son atentos con ellos. - En las narraciones realizadas por los familiares se identifican características como: Brindan información, están pendientes del paciente, el tiempo de visita es largo, permiten participación en cuidados básicos.	- El 73,7% de los familiares señalan que nunca ningún miembro del equipo muestra interés por como esta. - Del total de los familiares el 61,4% dan respuestas negativas frente a que se sienten solos y aislados en la sala de espera ubicando sus respuestas en casi siempre, con frecuencia y a veces se sientes solos. - En la relación entre si los miembros del equipo muestran interés y si se sienten solos, la relación con mayor porcentaje corresponde a el 28,1% sobre el total de los familiares que refieren que nunca muestran interés y casi siempre se sienten solos. - En las narraciones realizadas por los familiares se identifican características como: información en ocasiones incompleta, información restringida, falta de identificación del familiar.
	Oportunidades	**Amenazas**
Origen Externo	- El 38,6% de los familiares refieren que no se sientes solos en la sala de espera indicando respuestas en casi nunca y nunca. - En la relación entre si los miembros del equipo son atentos y el interés que muestran estos hacia el familiar el porcentaje de relación mas alto es de 47,9% de los familiares sobre el	En las narraciones realizadas por los familiares se identifican características como: la atención hacia la familia depende de la persona, los miembros del equipo tienen diferentes formas de responder y dar información, la comunicación no fluye, falta atención hacia la familia, temor del familiar hacia apoyar el cuidado.

	total, refiere que casi siempre el personal es atento pero que nunca muestra interés por como esta como familia. - En las narraciones realizadas por los familiares se identifican características como: los familiares están dispuestos a aprender y ayudar.	

De forma que posterior a la realización de los FODA para cada categoría se identificó no solo que la comunicación es un aspecto importante trasversal a todas las categorías de análisis, sino que era necesario que el programa no solo se dirigiera a las necesidades no cubiertas durante la atención, sino que también debía apuntarle a los aspectos de la atención que requerían tener un proceso de vigilancia, mantenimiento y de fortaleza.

Por lo que se considero a groso modo el las características del programa de humanización debían ir dirigidas a favorecer la atención desde la comunicación para cada una de las categorías desde la generación de estrategias de cobertura, mantenimiento, fortalecimiento y vigilancia.

Propuesta del programa de humanización basado en la comunicación dirigida a la familia de usuarios hospitalizados en unidades de cuidado intensivo.

El programa de humanización propuesto se tituló: ***Humanización en Unidades de Cuidado Intensivo: Una propuesta desde la comunicación centrada en las necesidades de la familia.***

Con el apoyo de una diseñadora gráfica, se origino un logo que representara por medio de una imagen de fácil reconocimiento, el programa de Humanización en salud.

El corazón representa a la humanización como un sentimiento que todos deben tener, un órgano vital de la estructura compleja que es el cuidado del otro y la esperanza de vida que buscan los servicios de salud dar a sus usuarios y a la familia de estos.

Por su parte, el suero representa no solo a los servicios de salud reconocidos por su medicación, sino que además representa al programa mismo, que busca hidratar el servicio permitiendo que continué mejorando en calidad.

La utilización de dos elementos representa además la unión de estos dos, el vínculo entre el sentimiento y el uso de instrumentos de cuidado que deben estar en constante comunicación para lograr un equilibrio.

Dentro de la estructura del programa se estableció presentar los objetivos general y específicos del mismo, seguidos de un capítulo de fundamentación teórica en donde se definen conceptos como: Unidad de cuidado intensivo, Concepto de Humanización, Concepto de comunicación y se expone el Modelo sistémico de la comunicación, como pilar de la formación de los profesionales especialistas en fonoaudiología en cuidado critico de la Corporación Universitaria Iberoamericana.

Posteriormente se continua con el establecimiento de líneas estratégicas de acción, en donde en un primer momento se explica como fueron creadas, para dar la introducción

a cada una de ellas las cuales están organizadas con la siguiente estructura interna: presentación, justificación, objetivo general, objetivos específicos y cuadro de propuesta, cuyo ejemplo se encuentra en la figura a continuación

Actividades y Evaluación				
Objetivo 1: Establecer herramientas de comunicación entre equipo médico- familiar.				
Actividades	**Estrategias**	**Herramientas**	**Indicador**	**Responsable**
Capacitar al equipo de profesionales asistenciales en el uso de herramientas de comunicación oportuna, clara y suficiente.	Actividades formativas en comunicación clara oportuna y suficiente para profesionales.	Sesiones breves (máximos 10 minutos con información concisa), Talleres Folletos	Evidencia escrita-lista de capacitaciones específicas para la mejora de la comunicación profesional-familiar. Formato de asistencia a capacitaciones.	Programa humanización-fonoaudiología.

Figura 23. Ejemplo Matriz de análisis por categorías.

De forma que por cada objetivo específico se proponen: Actividades, estrategias, herramientas, indicadores de seguimiento y responsables.

En esta ultima parte se considero la necesidad de hacer responsable a cada a diferentes actores dentro de los trabajadores de la salud, con el fin que estos se hagan participes del proceso y de esta forma se enriquezca la propuesta desde la mirada de otras ciencias.

Capítulo 5. Discusión

En primer lugar, es importante aclarar que los resultados encontrados en el presente estudio solo se pueden atribuir a la población de familiares de La Fundación Hospital San Carlos, debido al alance del estudio que solo pretendía describir el fenómeno de esta población, al diseño no experimental de corte trasversal donde los datos fueron recogidos en un periodo muy corto por lo que la población puede variar por épocas del año y a el tipo de muestra que se tomó que fue no probabilístico por conveniencia por lo que no se pueden hacer conjeturas frente a relaciones de causalidad o transpolar los resultados a otra población.

Frente a la caracterización sociodemográfica de los familiares participantes se identifica que la mayor proporción de familiares por genero corresponde a las mujeres, este mismo comportamiento se identifica en estudios como el realizado Pardavila y Vivar (2012), donde también el porcentaje más alto de los familiares participantes correspondió al género femenino, lo que podría estar relacionado con lo que Vaquiro y Stiepovich (2010) señalan frente a el papel femenino en el cuidado, que viene desde la connotación misma del cuidador principal la cual se identifica feminizada e inequitativa, además de lo que significa culturalmente para una mujer el cuidado, encontrándolo dentro de sus muchos significados como una responsabilidad, un compromiso moral y hasta un deber propio del género femenino.

En este mismo sentido se puede relacionar la edad de los familiares participantes en donde el mayor porcentaje pertenece al ciclo vital de adultez, con una media de edad de 44,26 años, y considerando que la concepción de cuidador implica en muchos casos el papel de una mujer sin empleo, de menos nivel educativo y responsable de las tarareas domésticas, este perfil correspondería con la edad. Vaquiro y Stiepovich (2010), por otro lado, para comprender porque la edad promedio es la referida se debe considerar el tipo de población que se atiende en la Fundación Hospital Sa Carlos, en donde de acuerdo con las estadísticas de atención de la institución, la mayor distribución de población se

encuentra en el ciclo vital de vejez, y por tanto si la distribución por parentesco indica una mayor proporción de hijos y esposos, la edad correspondería en este aspecto.

Con respecto a la relación entre los aspectos sociodemográficos de los familiares, un estudio realizado por Verhaeghe et al. (2004) que corresponde a una revisión de la literatura sobre las necesidades y experiencias de familiares de pacientes en unidad de cuidado intensivo, se encuentra que algunos estudios señalan que las personas más educadas refieren más necesidades que los familiares menos educados, Bijttebier et al.,(2000), Delva et al., (2002), sin embargo los datos obtenidos de la población no demuestran diferencias por nivel de estudio y grados de satisfacción lo cual podría estar más relacionado con otros estudios donde se señala que no hay diferencias significativas entre la necesidad de información por la edad, el género y el nivel de educación. Stillwell (1984), Kreutzer et al. (1994), Mendonca y Warren (1998), Bijttebier et al. (2000), Delva et al (2002).

De acuerdo con Bijttebier et al., (2000), Verhaeghe et al. (2004), Llamas, et al, (2008). La necesidad de información representa una necesidad extremadamente importante para los familiares, se destaca por ser la principal y es necesaria para disminuir nivel de estrés, lo que podría tener relación con los resultados de la presente investigación en donde pese a que los familiares refieren niveles de satisfacción altos con la comunicación recibida, expresan en sus narraciones necesidad de aumentar la frecuencia de la información, mejorar la cantidad y tiempo de dar la información y disminuir el uso de lenguaje técnico. Con resultados muy parecidos se encuentra la investigación de Llamas, et al, (2008). En donde los familiares manifiestan haber entendido adecuadamente la información médica, pero solicitan mayor información.

Los resultados de los diferentes estudios de acuerdo con Verhaeghe et al. (2004), Llamas, et al, (2008), Pardavila y Vivar (2012). ponen en manifiesto que la necesidad de información - comunicación es la principal para familiares de pacientes hospitalizados en unidad de cuidado intensivo.

Bernal y Horda (2014) estudiaron las necesidades cognitivas, emocionales y sociales más relevantes de la familia del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado crítico encontrando como de mayor prevalencia la necesidad de obtener información honesta, veraz, oportuna y en términos comprensibles, lo que se relaciona con los resultados cualitativos obtenidos en donde se señala satisfacción por el servicio, pero se sugiere frecuentemente mejorar procesos dentro de esa comunicación.

Por el mismo camino Charry *et al* (2012) refiere en su estudio que el 80% de los encuestados indica que la información dada a los familiares ha sido clara, pero que se contrarresta frecuentemente con lo que expone Ballesteros (2014), los familiares de pacientes críticos tienen una necesidad frecuente de información producto del desconocimiento del servicio y estado de salud de su familiar, además de la gran carga emocional del momento que no permite una adecuada comprensión de la información dada por el profesional, por lo cual se hace un llamado a que los profesionales brinden información oportuna y de calidad teniendo en cuenta las características propias de esta población

Con respecto al cuidado que reciben los pacientes el presente estudio muestra que el 89.5% de los participantes consideran que sus familiares reciben los mejores cuidados posibles, estos datos son similares a los obtenidos por Llamas *et al* (2008) quienes describen que la mayoría de los familiares valoraron muy positivamente la atención recibida de los profesionales de enfermería, Bautista, Arias y Carreño (2016) que indican en la evaluación global de la percepción frente al cuidad del familiar un 80% de satisfacción.

Capítulo 6. Conclusiones

Las características sociodemográficas de los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad cuidado crítico del Hospital fundación San Carlos corresponde el 82.6% a mujeres, El 80% de los familiares participantes pertenecen al ciclo vital de Adultez, por último, se estableció que del total de los familiares el 45% tenían como último estudio terminado el bachillerato.

Los familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado critico tienen necesidades de acuerdo a tres categorías, la primera de ella la categoría de comunicación donde se evidenció que 77. 2% de la población refiere recibir información clara sin embargo en preguntas más detallas como información referida a los equipos que se utilizan en la unidad se evidencia que la mayor parte de la población refiere que nunca ha recibido explicación, lo cual demuestra que información que reciben los familiares no es suficiente. con respecto a la categoría necesidades de cuidado hacia el paciente el 92.1% de los familiares encuestados se sienten satisfechos con la atención recibida mientras que de la categoría necesidades de cuidado hacia la familia se concluye que esta no está siendo incluida en el proceso de atención, puesto que a pesar de que más del 80% afirman recibir un buen trato; el 73,7% señala que nadie del equipo muestra interés por cómo se sienten, además más de la mitad refieren sentirse solo en la sala de espera, evidenciado que relación a la familia solo se tiene en cuenta el trato amable, lo cual indica necesidad de atención y acompañamiento al familiar.

Al realizar la entrevista cualitativa se puede concluir que a pesar de que en general los familiares se sienten satisfechos en relación a la necesidad de comunicación dentro de la unidad, se hacen evidentes necesidades relacionadas con la frecuencia, claridad de la información y contexto de la unidad de cuidado intensivo, respecto a la necesidad de cuidado hacia el paciente se percibe satisfacción por la mayoría de los familiares, las

personas no satisfechas manifiestan situaciones relacionadas con pobre comunicación familiar- profesional, convirtiéndose esta en una necesidad; con respecto al cuidado dirigido hacia la familia, esta manifiesta la necesidad de sentirse incluidos en el proceso de recuperación de su familiar.

Teniendo en cuenta las necesidades identificadas en familias de pacientes críticos hospitalizados, se diseñó la propuesta de un plan de humanización denominado humanización de las unidades de cuidado intensivo: Una propuesta desde la comunicación centrada en las necesidades de la familia, para lo cual se establecieron 3 líneas de trabajo: Línea de información oportuna, clara y suficiente, línea de cuidado del usuario, línea de cuidado de la familia.

Capítulo 7. Recomendaciones

Se recomienda a la Fundación Hospital San Carlos implementar la propuesta: humanización de las unidades de cuidado intensivo: Una propuesta desde la comunicación centrada en las necesidades de la familia con el fin de favorecer la calidad de los servicios de salud y fortalecer los procesos de humanización que adelanta la institución.

Es importante que el servicio de fonoaudiología sea incluido en la implementación de esta propuesta, puesto que se destaca el rol del fonoaudiólogo como profesional de la comunicación humana y sus desordenes.

Se sugiere contar con el apoyo de la psicología para satisfacer la necesidad de atención dirigida al a familiar, siendo esta necesidad la que reporto mayor inconformidad por parte de familiares.

Referencias

Achury, D. M, & Achury, L. F. (2014). Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 15(2), 137–151. Recuperado de http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/index

Agrado, E. (2017). *Avances de la humanización en los servicios de salud en Colombia durante el periodo 2006- 2016.* (tesis de posgrado). Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá, Colombia.

Alejandro Goic Goic. (2004). *Grandes médicos humanistas* (Ed. rev.). Santiago de Chile, Chile: Editorial Universitaria.

Alonso Palacio, L. M., & Escorcia de Vásquez, I. (2003, 17 julio). El ser humano como una totalidad. Recuperado 10 julio, 2018, de http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4163/5617

Alonso, J. P. (2013, 30 mayo). Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. Recuperado 12 julio, 2018, de http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a08.pdf

Álvarez GF, Kirby AS.(2006). The perspective of families of the critically ill patient: their needs. *Curr Opin Crit Care*, 12, 614-618.

Ariza Olarte, C. (2012). Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Enfermería Universitaria, 9(1). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100006

Ariza, C. (2012). Soliciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enfermería Universitaria*, 9(1), 45–51. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v9n1/v9n1a6.pdf

Arredondo-González, Claudia Patricia, & Siles-González, José. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index de Enfermería*, 18(1), 32-36. Recuperado en 02 de septiembre de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es&tlng=es.

Ballesteros Pinzón, G. A. (2014). comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. Universidad Nacional de Colombia.

Bautista, L. M, Arias, M. F, & Carreño, Z. O. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista cuidarte*, 7(2), 1297–1309. Recuperado de https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/330

Bautista, L. M, Parra, E. L, Arias, K. M, Parada, K. J, Ascanio, K. A, Villamarin, M. I, & Herrera, Y. M. (2015). Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. *Revista ciencia y cuidado,* 12(1), 105–118.

Bedoya, I. (2012). La humanización, principio vital en la formación de profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud de USB-Cartagena. *Cienciactual,* 1(1), 9–13.

Bernal, D., & Horta, S. (2014). Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enfermería universitaria*, 11(4), 154–163. Recuperado de http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-cuidado-enfermeria-familia-del-paciente-S1665706314709285?redirectNew=true

Calvache Mora, C. A. (2015). Perspectiva sistémica de la comunicación humana y sus desórdenes*. ciencias de la salud*, 13(3), 327–329.

Cañas Fernández, J. L. (2010, 30 mayo). De la deshumanización a la rehumanización. Recuperado 3 septiembre, 2018, de file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Dialnet-DeLaDeshumanizacionALaRehumanizacionElRetoDeVolver-3257827.pdf

Carlson, E. B, Spain, D. A, Muhtadie, L., McDade, L., & Macia, K. (2015). Care and caring in the intensive care unit: family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *Journal of Critical Care*, 30(3), 557–561. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25682345

Castañeda, C., Orozco, M., & Rincón, G. (2015). “Empoderamiento”, una utopía Posible para reconstruir la Humanización en unidades de Cuidado crítico. *Hacia la Promoción de la Salud,* 20(1), 13–34. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v20n1/v20n1a02.pdf

Charry, R; Ordoñez, L; Tiempos, M & Cortes, M (2012). *Interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos de dos instituciones de salud en las ciudades de Pitalito y Neiva* (tesis de posgrado). Universidad de la sabana, Bogotá, Colombia.

Constituyente, Asamblea Nacional. (1991). CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA, 1991. Alcaldía de Bogotá Recuperado el 01 agosto, 2018, de http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125

Correa. (2015). La Humanización de la Atención en los Servicios de Salud: Un Asunto de Cuidado. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1227-1231. Recuperado de https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/300/527

Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, Spuhler V, Todres I, Levy M, Barr J, Ghandi R, Hirsch G, Armstrong D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient- centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. Critical Care Medicine. 35(2), 605–622. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17205007

El-Masri, M, & Fox-Wasylyshyn, S. (2006, 9 julio). Nurses' roles with families: Perceptions of ICU nurses*. Intensive and Critical Care Nursing*, 23(1), 43–44.

Escudero, D., Viña, L., & Calleja, C. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Medicina intensiva, 38(6), 371–375. Recuperado de https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569114000370?via%3Dihub

Escudero, D., Viña, V., & Calleja, C. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Medicina intensiva, 38(6). Recuperado de http://www.medintensiva.org/es/por-una-uci-puertas-abiertas/articulo/S0210569114000370/id=S1665-70632012000100006

Fernández Ortega, M. A. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. Revista de la facultad de medicina, 47(6). Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm111/revisionclinica.html

Fernández Ortega, M. A., & Hernández, M. A. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en la medicina familiar. Archivos en medicina familiar, 8, 137–143.

García, A., Sanchez, F., Amorós, S. M, Balager, F., Díez, M., Durán, M. T, . . . Zaforteza, C. (2010). Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería intensiva*, 21(1), 20–27. Recuperado de http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-desarrollo-una-guia-atencion-los-S1130239909000042

Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, et al. (2008). Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Critical Care*

Medicine. 36(1), 30–35. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18090167

Gurméndez, C. (1983). Ortega y la Antropología. Teorema, 13(3), 407–419.

Henneman, E., & Cardin, S. (2002). Family-Centered Critical Care: A Practical Approach to Making It Happe. *Critical care nurse,* 22(6), 12–19. Recuperado de http://ccn.aacnjournals.org/content/22/6/12.full

Hidalgo, I., Vélez, Y., & Pueyo, E. (2007). Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos*. Enfermeria Intensivista*, 18(3), 106–114. Recuperado de http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-que-es-importante-los-familiares-13109369

Jiménez, V., Zapata, L., & Díaz, L. (2013). Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan,* 13(2), 159–172. Recuperado de http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2407

Lee, L. Y., & Lau, Y. L. (2003). Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong.. *Journal of clinical nursing*, 12(4), 490–500. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12790862

Ley N° 1438. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de Colombia, 19 de enero de 2011.

Ley N° 376 de 1997. Por medio de la cual se reglamenta la profesión de Fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia. Congreso de Colombia, 4 de julio de 1997.

Llamas, F., Flores, J., Acosta, M. E, González, J., Albar, M. J, & Macías, C. (2008). Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enfermería Intensivista*, 20(2), 50–57. Recuperado de http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidades-los-familiares-una-unidad-cuidados-criticos-13138296

Martins J, Stein-Backes D, da Silva-Cardozo R, Lorenzini-Erdmann A, Luiz-de Alburquerque G.(2008) Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. *Revista Enfermeria*.16(2): 276-281.

Mejía Lopera, M. E. (2006). Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. Index de Enfermería, 15(54).

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS)* (Ed. rev.). Recuperado de

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf

Olano, M., & Vivar, C. G.. *(2012*). Instrumentos para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos: una revisión sistemática*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 35(1), 53-67. https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000100006*

Oliva Mederos, J. R. (2017). La Humanización de los cuidados de enfermería intensiva: La posición a posición de las enfermas de UCI frente al aspecto humano del cuidado intensivo. Universidad de La Laguna.

Orozco, J M. (2006). Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia. Recuperado de http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/386/index.htm#indice

Pardavila, M. I, & Vivar, C. G. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Enfermería Intensivista, 23(2), 51–67. Recuperado de http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidades-familia-las-unidades-cuidados-S1130239911000460

Patiño, J. F. (2004b). El juramento hipocrático. *Revista colombiana de cirugía*, 20(2), 62–64. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822005000200001

Quero-García M, Molina-Fernández N. Humanización de los cuidados: una reflexión sobre nuestra práctica profesional. *Enfermería docente* 2010; 92: 20-22.

Rodríguez Hernández, Y. (2009). La competencia comunicativa adulta: producto de un complejo mundo de saberes y experiencias. Arete, 9, 6–10.

Santacruz, J. D. (2015). Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. *Revista Universidad y salud,* 18(2), 373–384. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a17.pdf

Santos, M. (2003). Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. Recuperado 30 agosto, 2018, de http://aebioetica.org/revistas/2003/14/1/50/39.pdf

Schwarzkopf, D., Behrend, S., Skupin, H., Westermann, I., Riedemann, N., Pfeifer, R., . . . Hartog, C. (2013b). Family satisfaction in the intensive care unit: a quantitative and qualitative analysis. *Intensive Care Medicine*, 39(6), 1071–1079. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23417207

Stricker, K., Kimberger, O., Schmidlin, K., Zwahlen, M., Mohr, U., & Rothen, H. (2009b). Family satisfaction in the intensive care unit: what makes the difference? *Intensive Care Medicine*, 35(12), 2051–2059. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19730813

Vaquiro, S., & Stiepovich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y Enfermería*, 16(2), 9–16. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n2/art_02.pdf

Vázquez, M., & Eseverri, M. C. (2010). El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. *Enfermería Intensiva*, 21(4), 161–164. Recuperado de http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-el-cuidado-las-familias-las-S1130239910000593

Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnstee, M., & Grypdonck, M. (2004, 31 agosto). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing,* 14(4), 501–509. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15807758

Zaforteza, C., Prieto, S., Canet, T., Díaz, Y., Molina, M., Moreno, C., . . . Val, J. (2010). Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enfermería Intensiva*. 21(1), 11-19. Recuperado de http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-mejorando-el-cuidado-los-familiares-S1130239909000054