

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIDAD DE POSGRADO**



**TESIS**

Interrelación enfermera, paciente y familia en una unidad de cuidados intensivos, de un Hospital de Piura 2017.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL  
“ÁREA DEL CUIDADO PROFESIONAL: ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN  
CUIDADOS CRÍTICOS CON MENCIÓN EN ADULTO”

**INVESTIGADORAS:**

Lic. Enf. Susana Silvestre Soto Mendoza  
Lic. Enf. Yuri Malú Timaná Chavez

**ASESORA:**

Dra. ARANDA MORENO, LUCÍA

LAMBAYEQUE-PERÚ  
2020

**Aprobado por:**



---

Dra. Olvido Idalia Barrueto Mires  
Presidenta del jurado



---

Mg. Viviana del Carmen Santillán Medianero  
Secretaria del jurado



---





Mg. Ana Medalid Deza Navarrete  
Vocal del jurado



---

Dra. Lucía Aranda Moreno  
Asesora

## ACTA DE SUSTENTACIÓN

	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO FACULTAD DE ENFERMERÍA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN	
	<u>ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL N° 18 -2020-UI-FE</u>	

Siendo las 9:00 a.m. del día 29 de diciembre del 2020, se reunieron vía plataforma virtual, <https://meet.google.com/gjm-wgio-ibb>, los miembros de jurado evaluador de la tesis titulada: **"Interrelación enfermera, paciente y familia en una unidad de cuidados intensivos, de un hospital de Piura 2018"**, designados por **RESOLUCIÓN N° 147-2017-D-FE**, de fecha 24 de febrero del 2017, con la finalidad de Evaluar y Calificar la sustentación de la tesis antes mencionada, conformados por los siguientes docentes:

Dra. Olvido Idalia Barrueto de Larrea	Presidente
Mg. Viviana del Carmen Santillán Medianero	Secretario
Mg. Ana Medalid Deza Navarrete	Vocal
Dra. Lucía Aranda Moreno	Asesora

El acto de sustentación fue autorizado por **RESOLUCIÓN N° 284-2020-D-FE** de fecha 29 de diciembre del 2020.

La tesis fue presentada y sustentada por las **Licenciadas Enf. Susana Silvestre Soto Mendoza, Lic. Enf. Yuri Malú Timaná Chávez** y tuvo una duración de 61 minutos. Después de la sustentación, y absueltas las preguntas y observaciones de los miembros del jurado; procedió a la calificación respectiva, otorgándole el calificativo de (18) Dieciocho, **MUY BUENO**.

Por lo quedan **APTAS** para obtener el Título profesional de Segunda Especialidad: "Área del Cuidado Profesional: Especialista en Enfermería en Cuidados Críticos con Mención en Adulto" **así** de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normatividad vigente de la Facultad de y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 11.30, se dio por concluido el presente acto académico, dándose conformidad con la firma de los miembros del jurado.

  
Olvido Idalia Barrueto Miras  
Presidente

  
Viviana Del Carmen Santillán  
Secretaria

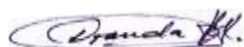
  
Ana Medalid Deza Navarrete  
Vocal

  
Lucía Aranda Moreno  
Asesor

## DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotras **Soto Mendoza Susana Silvestre, Timaná Chávez Yuri Malú y Dra. Lucía Aranda Moreno**, Asesora de la Tesis de Investigación “Interrelación enfermera, paciente y familia en una unidad de cuidados intensivos, de un Hospital de Piura, 2017”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrare lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe, y por ende el proceso administrativo al que hubiere lugar y que puede conducir a la anulación del título emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, octubre 2020



---

**Dra. Lucía Aranda Moreno**  
**DNI: 16415433**  
**Asesora**

## DEDICATORIA

A Dios por la fortaleza que cada día me da para continuar con mis metas, a mis padres por el apoyo incondicional que me brindan para alcanzar mis objetivos, a mis hijas Jasmin y Milena que son mi motor y motivo de lucha cada día, a mi pequeño angelito Hansel Mateo quien es mi estrella que guía mis pasos y a mi asesora Dra. Lucía Aranda por brindar su valioso tiempo y conocimientos. (SSSM)

El presente trabajo de investigación está dedicado con mucho amor para mi amada hija Mariangela Mercedes quien es el motor y motivo de mi vida, a mi esposo quien me brindó la ayuda necesaria para continuar con mis metas, a mis padres que son el eje fundamental en mi caminar y a mi asesora Dra. Lucía Aranda fuente de conocimientos. (YMTCH)

## AGRADECIMIENTO

*A Dios, porque gracias a Él hemos seguido adelante en cada dificultad, nos dio fortaleza para seguir a pesar de los obstáculos; y porque a pesar de nuestros errores no nos abandona.*

*A nuestras hijas, las cuales llenan nuestra vida de alegría y dicha y son el más grande y puro amor que tenemos.*

*A nuestros Padres por el esfuerzo y dedicación que han tenido para hacernos mujeres de bien.*

*A nuestros esposos que durante todo este tiempo han sido incondicionales.*

*A nuestra asesora Dra. Lucía Aranda Moreno por su apoyo y exigencia para culminar de forma científica este trabajo.*

## ÍNDICE

ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	3
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD.....	4
DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTO.....	6
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I.....	16
CAPÍTULO II.....	33
ANEXOS.....	66

## RESUMEN

Esta investigación cualitativa con enfoque estudio de caso titulada: “Interrelación enfermera, paciente y familia en una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Piura”, tuvo como objetivo: Develar, analizar y comprender la interrelación enfermera, paciente y familia en dicha unidad. Se utilizó como respaldo principal la teórica King. Los sujetos de estudio fueron enfermeras de dicha unidad. La muestra de 6 enfermeras se delimitó por saturación. La información se obtuvo mediante entrevista semi-estructurada a profundidad. En la investigación se respetaron la ética y principios de rigor científico. El análisis temático permitió develar tres categorías: A- Componentes de la interrelación enfermera – paciente de UCI, cuyas subcategorías: La comunicación entre enfermeras al inicio de la interrelación, Comunicación verbal con el paciente y familia, la comunicación No verbal y el toque terapéutico al paciente, la comunicación Verbal y No verbal constante y horizontal, La empatía en la relación enfermera/ paciente, la ayuda espiritual al paciente y familia, el apoyo psicológico y generando esperanza a la familia; Categoría B: Momentos de la interrelación con el paciente y familia, cuyas subcategorías: La relación terapéutica enfermera paciente durante técnicas y procedimientos, la interacción y comunicación durante el cuidado, la Integración al paciente con su familia durante la hospitalización, la interacción y la información a las familias finalizado el turno de trabajo y brindando educación a la familia; Finalmente la categoría C: Limitaciones en las interrelaciones: El Cumplimiento de protocolos limita la información a la familia y el estado crítico del paciente limitante de la comunicación.

**PALABRAS CLAVES:** Interrelación, comunicación, Enfermera, paciente, unidad de cuidados intensivos.



## **ABSTRACT**

This qualitative research with a case study approach entitled: "Nurse, patient and family interrelation in an intensive care unit of a hospital in Piura", had as objective: To reveal, analyze and understand the nurse, patient and family interrelation in said Unit. The King theory was used as the main support. The study subjects were nurses from that unit. The sample of 6 nurses was delimited by saturation. The information was obtained through an in-depth semi-structured interview. In the investigation ethics and principles of scientific rigor were respected. The thematic analysis revealed three categories: A- Components of the ICU nurse-patient interrelation, whose subcategories: Communication between nurses at the beginning of the interrelation, Verbal communication with the patient and family, Non-verbal communication and therapeutic touch when patient, constant and horizontal Verbal and Non-verbal communication, Empathy in the nurse / patient relationship, spiritual help to the patient and family, psychological support and generating hope for the family; Category B: Moments of interrelation with the patient and family, whose subcategories: The therapeutic nurse-patient relationship during techniques and procedures, interaction and communication during care, Integration of the patient with his family during hospitalization, interaction and information to families after the work shift and providing education to the family; Finally, category C: Limitations in the interrelationships: Compliance with protocols limits the information to the family and the critical state of the patient limits communication.

Keywords: Interrelation, Nurse, patient, intensive care unit

## INTRODUCCIÓN

El ser humano desde que nace se caracteriza porque vive en relación con sus semejantes; es decir se desarrolla en el seno de grupos e instituciones que lo convierte en un ser social sujeto a interrelacionarse entre personas, esto significa que en el medio en el cual se desarrolla el ser humano, las personas juegan un rol importante en cada actividad humana y a medida que crece y se desarrolla ya sea desempeñándose en alguna carrera u oficio. En enfermería los profesionales establecen relaciones con pacientes y familiares, de modo que le permita a la enfermera favorecer la relación terapéutica, identificar las necesidades del paciente y brindándoles ayuda para la solución de su problemática al brindar cuidados de enfermería.<sup>1</sup>

La interrelación de enfermera-paciente y familia se desarrolla durante las interacciones; es decir, no solo es la interpretación de signos y síntomas característicos de una enfermedad. En esos momentos es necesario establecer una verdadera empatía, entendiendo esta como la capacidad de reconocer y compartir emociones y estados de ánimo con la otra persona para así comprender el significado de su comportamiento, colocándose de alguna manera en el lugar de los pacientes y familia. Una buena relación enfermera, paciente y familia para elaborar un plan de cuidados que se ejecute debe ser más personal y humanizado con la finalidad de contribuir a mejorar el estado de salud del paciente; así mismo, permite generar una estancia más agradable en el hospital y reducir de manera significativa el miedo y la ansiedad que puede estar sintiendo el paciente en una unidad de cuidados intensivos.<sup>2</sup>

La interrelación enfermera- paciente de tipo terapéutico, es considerada también una relación ética; en la cual se respeta los derechos del paciente y se da importancia también

a los derechos y deberes de la enfermera. La práctica de estos valores durante la interrelación enfermera-paciente debe ser un compromiso ético-moral.<sup>3</sup>

Respecto a la interrelación Imogene King, en la interrelación “cada miembro de la díada percibe al otro, realiza juicios y desempeña acciones, por lo que estas actividades culminan en la reacción. En consecuencia, se produce una relación de modo que en caso de que exista una coherencia perceptiva y se subsanen los trastornos, se producen las transacciones”; así mismo King enfatiza que las enfermeras establecen relación de modo intencional con los pacientes la cual sirve para determinar objetivos, así como los medios para lograrlos a partir de la valoración por parte de la enfermera la misma que identifica preocupaciones y problemas de salud de los pacientes. Es importante señalar que la enfermera al valorar al paciente crea un juicio y determinaciones en tanto el paciente desde su punto de vista emite un juicio sobre su problema produciéndose así las interrelaciones que al fijar metas conllevan al desarrollo de las relaciones finalmente.<sup>2</sup>

Referente a las relaciones interpersonales Travelbbee<sup>5</sup> refiere que la enfermera lleva a cabo la relación persona-persona. La principal característica de estas experiencias es que satisfacen las necesidades que presentan los pacientes y sus familias. La autora mencionada considera que, en las situaciones de enfermería, la relación enfermera-paciente constituye el modo de lograr el objetivo de la enfermería. La relación se establece cuando la enfermera y el paciente alcanzan una fase máxima de relación después de haber pasado primero por la fase de encuentro original, que progresa a través de fases de identidades emergentes, sentimientos progresivos de empatía y posteriormente simpatía, compasión, hasta que la enfermera y el paciente consiguen la compenetración en la última fase.<sup>4</sup>

Cuando un paciente ingresa a un hospital su estado emocional varía es así que al ingreso puede encontrarse alterado, pero cuando intercambia experiencias con la enfermera se genera un ambiente de confianza y se estabiliza su estado emocional, coopera con el tratamiento y su estadía hospitalaria será mejor comprendida; es decir la interrelación y la comunicación es una necesidad que le permite conocer sobre su estado de salud y estar actualizado sobre la enfermedad.<sup>5</sup>

De ahí que la función en enfermería incluya el desarrollo de competencias comunicativas a partir de la potencialidad que tiene la enfermera de lograr una adecuada interrelación con el paciente, teniendo en cuenta el dominio e integración en la práctica de enfermería de los conocimientos acerca del proceso de comunicación humana, habilidades comunicativas, emociones, principios, valores, actitudes para desempeñarse eficientemente y tomar decisiones oportunas que conduzcan al logro de los objetivos para la recuperación del paciente.<sup>2</sup>

En una unidad de cuidados intensivos (UCI) se tiene como objetivo; brindar un cuidado digno del ser humano como persona que deje evidencias de un cuidado humanizado a los pacientes en condiciones críticas en donde su vida se ve amenazada por diferentes causas ya sean estas; por un trauma, complicaciones en el postoperatorio o en la agudización de la insuficiencia renal o de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras.

Dichas unidades tienen características particulares a diferencia de otros servicios hospitalarios, desde su infraestructura y la complejidad tecnológica sin embargo el área de enfermería en estas unidades siempre está al frente del paciente por lo que es evidente que es la enfermera quién tendrá una interrelación continua con el paciente la cual irá cambiando en el transcurso de la estancia del paciente.

Un área crítica también se caracteriza por restringir el ingreso de la familia, el ruido constante de los equipos, el frío ocasionado por el aire acondicionado y la iluminación, hacen de la permanencia en la UCI una experiencia poco placentera además que está cargada de incertidumbre para la familia y paciente. También podemos mencionar que en la tecnología de la UCI hay diversidad de equipos que permiten conocer algunas variables fisiológicas, contribuir a la interpretación de la situación clínica del paciente y enfocar la terapéutica, los cuales pueden ocasionar discomfort en el paciente debido a que están adheridos a la piel, algunos pueden transgredir las barreras naturales y limitar la autonomía, la movilidad y el bienestar.<sup>6</sup>

En el ámbito de cuidados a los pacientes críticos, las enfermeras de la UCI son responsables de aplicar el tratamiento específico, prevenir la aparición de problemas, y proporcionar un cuidado integral y humano ya que son la que constantemente mediante todas estas actividades están continuamente interrelacionándose con el paciente, dando respuesta con prontitud a los problemas, tanto de riesgo como reales, así como las necesidades no satisfechas de los pacientes; necesidades que no son sólo físicas sino que también están ligadas a sus vivencias, valores, creencias y cultura.<sup>7</sup>

Por lo mencionado, la enfermera se interrelaciona con todos los pacientes y sobre todo cuando la enfermera sea científica, reflexiva durante los procedimientos terapéuticos, desde la perspectiva empírica y experimental, y a la vez relacional por excelencia en la visión humanista, en todos los procedimientos que se llevan a cabo.<sup>8</sup>

Ante la vulnerabilidad y la situación que lo convierte en un ser indefenso del paciente crítico, no se puede obviar como dice Watson que el cuidado para las enfermeras es su razón moral, no es un procedimiento o una acción, es un proceso intersubjetivo, en permanente conexión, de sensaciones compartidas entre la enfermera y el paciente.

Supone la máxima consideración hacia la otra persona en el cuidado que da, respetando los significados y el sentido que el paciente asigna a su vivencia. Se trata de considerar al paciente en su totalidad, como un ser humano con nombre que sufre una enfermedad y que necesita ayuda. Implica una relación de comunicación, respeto y colaboración. En este contexto de complejidad, no se puede perder de vista que la práctica enfermera se conforma a partir de una compleja constelación de conocimientos y competencias que interconecta aspectos intelectuales, físicos, emocionales, éticos, técnicos, clínicos y médicos y que las enfermeras en su práctica cotidiana integran y articulan.<sup>9</sup>

En la unidad donde se llevó a cabo la investigación tiene una infraestructura para siete camas, se cuenta con 5 monitores cardíacos externos y 2 monitores cardíacos invasivos, con 5 ventiladores mecánicos, 01 ventilador mecánico de transporte, oxígeno empotrado, aspiradores empotrados, 01 coche de paro. Respecto al profesional de enfermería es uno por cada tres pacientes, en cuanto al personal técnico de enfermería hay 01 por cada tres pacientes en la mañana y tarde, mientras que en la noche hay 2 técnicos de enfermería. Nuestra unidad de estudio también es conformada por; un terapeuta respiratorio, un fisioterapeuta, una nutricionista, 04 intensivistas y los demás interconsultantes, lo que hace que el paciente interactúe con diversas personas en diferentes momentos durante las 24 horas. En esta unidad de cuidados intensivos se acogieron argumentos como: Bueno yo me interrelaciono con el paciente porque al ingreso del servicio nosotros por medio del reporte...(Roberto), En una unidad de cuidado crítico, nosotras como enfermeras nos avocamos a la parte del método de estabilización del paciente que ingresa a UCI y por lo tanto el diálogo es nulo en el inicio...(Cielo); ...Me gusta también que el paciente pueda tener el apoyo de su familiar por ello es importante que puedan verse y saber que tienen a alguien que se preocupa por ellos... (Jacky), entre otros

Por todo lo descrito se planteó la siguiente interrogante: ¿Cómo son las interrelaciones enfermera, paciente y familia en una unidad de cuidados intensivos del Hospital Privado del Perú? Planteándose el siguiente objetivo: Develar, analizar y comprender la interrelación enfermera con el paciente y familia en la unidad de cuidados intensivos, del Hospital Privado del Perú. Siendo el objeto de Investigación: La interrelación enfermera con el paciente y familia en una unidad de cuidados intensivos.

La presente investigación servirá para que los profesionales de enfermería reflexionen sobre la forma cómo están interrelacionándose con el paciente y familia ya que una buena interrelación con la comunicación adecuada y acorde soluciona grandes retos tanto con el paciente, familia y todo el equipo multidisciplinario y no habrá limitantes para actuar en beneficio de un cuidado empático de calidad y calidez.

Por otro lado, servirán a los comités de ética y jefaturas del servicio para organizar reuniones de discusión y capacitación para sensibilizar a los profesionales de enfermería y fortalecer su práctica basada en principios ético-morales.

La importancia de este estudio no solo se limita a su contribución de conocimiento básico, sino que es relevante por su carácter aplicado ya que ayudará a mejorar la interrelación de la enfermera con el paciente y familia. Además, los resultados sirven de base para mejorar la labor diaria de la enfermera, lo cual repercutirá en beneficio de los pacientes.

# **CAPÍTULO I**



## **I. METODOS Y MATERIALES**

### **1.1. Tipo de Investigación**

El presente trabajo de investigación es de tipo cualitativo y con un enfoque de estudio de caso. La investigación cualitativa que se desarrolló en el presente estudio se orienta a develar las interrelaciones de la enfermera, paciente y la familia en una unidad de cuidados intensivos, tomando en cuenta lo que los participantes dicen sus experiencias, actividades, creencias, pensamientos y reflexiones.

La investigación de tipo cualitativa suele relacionarse con los seres humanos y su entorno, con frecuencia se basa en la premisa de que el conocimiento de los seres humanos no es posible, sin describir experiencias de los propios hombres y mujeres, como ellos lo viven, expresan y describen (Polit, 1997).

El tipo de investigación empleada en el presente estudio fue cualitativo, la que permitió extraer descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, grabaciones, transcripciones de audio sobre la temática de la interrelación enfermera con el paciente y familia.

El estudio cualitativo tiene la característica de permitir la reflexión de las acciones desarrolladas por el ser humano, en situaciones que pueden ser expresadas y detectadas por lo subjetivo, buscando en su interior ideas y sentimientos que muchas veces el lado objetivo no permite percibir. Es así que, a través de lo expresado por las enfermeras, se logró develar las interrelaciones de la enfermera intensivista con el paciente y familia.

## **I.2. Abordaje de la investigación**

El abordaje metodológico que guio la investigación fue el llamado: “Estudio de Caso”. El estudio de Caso según Polit, los estudios de caso son investigaciones de fondo sobre un individuo, grupo, institución o algún grupo social; el investigador que lo lleva a cabo trata de analizar y comprender las variables importantes para los antecedentes, desarrollo o cuidado del sujeto, o de los problemas del sujeto. En este método el investigador intenta analizar y comprender los fenómenos más importantes para la historia, el desarrollo o la atención de un individuo o de sus problemas.

El estudio de caso es siempre bien delimitado, debiendo tener sus contornos claramente definidos en el desarrollo del estudio. El caso puede ser similar a otros, pero es al mismo tiempo distinto pues tiene un interés propio y singular.

El estudio de caso ya sea simple o específico siempre debe ser bien delimitado debiendo tener sus contornos claramente definidos en el desarrollo del estudio.<sup>23</sup> El estudio de caso es la profundización de un tema específico e intenta identificar los distintos procesos interactivos que lo conforman bajo un interés propio y singular del investigador. Asimismo, permite al investigador conocer íntimamente las condiciones, los pensamientos, los sentimientos, los actos presentes, las intenciones y el entorno de la persona.

SEGÚN NISBET Y WATT, CITADO POR LUDKE (1986). Caracterizan el desarrollo del estudio de caso en tres fases, siendo una primera abierta o exploratoria, la segunda más sistemática en términos de recolección de datos y la tercera consistiendo en el análisis e interpretación de datos y la elaboración del informe con ellos mismos se enfatizan esas tres fases y se sobreponen en diferentes momentos, siendo difícil precisar el límite que lo separa.

Es por ello que la investigación abordó este enfoque metodológico, ya que permitió realizar un análisis profundo de las interrelaciones enfermera con el paciente y familia en una unidad de cuidados intensivos. Al haber realizado la

presente investigación se tuvo en cuenta los principios del estudio de caso según el modelo de Ludke<sup>31</sup>, tales como:

El estudio de caso se dirige al descubrimiento; a pesar que el investigador parta de algunos supuestos teóricos iniciales se procuró mantenerse atento a nuevos elementos que pudieron surgir como importantes durante el estudio. El marco teórico inicial sirvió de esqueleto, de estructura básica a partir del cual se detectaron nuevos aspectos, nuevos elementos, o dimensiones que pudieron ser sumados a medida que el estudio avanzó.

Por ello la investigación, partió de un marco conceptual previo y durante todo el proceso se mantuvo atento a nuevos elementos importantes y relevantes, pudiendo recurrir a nuevas fuentes de información que permitió caracterizar y comprender las interrelaciones enfermera con el paciente y familia en una unidad de cuidados intensivos del Hospital Privado del Perú, manifestados a través de las acciones, emociones, sentimientos y reacciones de las mismas.

El estudio de caso enfatizan la interpretación en el contexto; un principio básico de este estudio es que para una comprensión más completa del objeto fue preciso tener en cuenta el contexto en que él se situaba. Así para comprender mejor la manifestación general de un problema, las acciones, las percepciones, los comportamientos y las interacciones de las personas tuvieron que estar relacionados a la situación específica donde ocurrió la problemática.

El estudio de caso busca retratar la realidad en forma compleja y profunda; el investigador procuro revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema enfocándolo como un todo.

En este tipo de abordaje se enfatizó en la complejidad natural de las situaciones evidenciadas, en las interrelaciones con sus componentes respecto a las

interrelaciones enfermera con el paciente y familia en una unidad de cuidados intensivos. El marco teórico y el análisis que se realizó retrataron la realidad de la interrelación de la enfermera con el paciente y la enfermera en el área de UCI, develando y analizando sus complejas interrelaciones permitiendo construir el caso.

Los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesibles con relación a otros relatos de investigación; pueden estar presentados en una variedad de forma tales como dramatizaciones, diseños, fotografías, discusiones, mesas redondas. Se puede decir que el caso, es construido durante el proceso de estudio.

En la presente investigación la construcción del caso se realizó en forma narrativa valiéndose del análisis temático siendo ilustradas las categorías y subcategorías con unidades, producto de las entrevistas. Además, se utilizó en la redacción del informe un lenguaje sencillo y científico, entendible para los lectores.

El estudio de caso caracteriza en tres fases, siendo la primera abierta o exploratoria; la segunda más sistemática en término de recolección de datos y la tercera consintiendo en el análisis e interpretación de datos y la elaboración del informe como ellos mismos, enfatizan esas tres fases, se sobreponen en diferentes momentos, siendo difícil precisar el límite que las separa.<sup>23</sup>

Fase abierta o exploratoria: El estudio de caso comienza con un plan muy incipiente, que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio. Pueden existir inicialmente algunas preguntas o puntos críticos, que van siendo explicados, reformulados o eliminados en la medida en que se muestran más o menos relevantes en la situación estudiada. Estas preguntas o puntos críticos iniciales pueden tener origen en el examen de la literatura pertinente, pueden ser producto de observaciones y declaraciones hechas por especialistas sobre el problema, pueden surgir de un contacto inicial con la

documentación existente y con las personas ligadas al fenómeno estudiado o pueden ser derivadas de especulaciones basadas en la experiencia personal del investigador.

En este momento se especificaron las cuestiones o puntos críticos respecto a las interrelaciones enfermera con el paciente y familia en una unidad de cuidados intensivos, se establecieron contactos iniciales para localizar a los informantes y fuentes de datos necesarios para el estudio. Esta fase permitió describir la situación problemática, se plantearon preguntas orientadas que luego fueron reformuladas, teniendo como base la literatura relacionada con el tema, con la finalidad de describir el objeto de estudio, lo cual se dio a medida que se avanzó la investigación.

Fase Sistemática o de Delimitación del estudio: Luego de identificar los elementos claves y los límites aproximados del problema, el investigador procedió a recolectar sistemáticamente las informaciones, utilizando instrumentos más o menos estructurados, técnicas más o menos variadas, su elección es determinada por las características propias del objeto estudiado.

La importancia de determinar los focos de investigación y establecer los límites del estudio es consecuencia del hecho de que nunca será posible de explorar todos los ángulos del fenómeno en un tiempo razonablemente limitado. La selección de aspectos más relevantes y la determinación del recorte de estos, fueron cruciales, para lograr los propósitos del estudio de caso y para llegar a una comprensión más completa de la situación estudiada.

En esta fase se procedió a recolectar la información necesaria, de modo sistemático, para lo cual se utilizó la entrevista semi-estructurada abierta y a profundidad eligiéndose esta técnica porque permitieron registrar los datos de forma completa. Antes de proceder a recolectar los datos se tuvo en claro los límites del estudio, es decir se delimitó lo que se quería investigar.

El análisis sistemático y la elaboración del informe. Ya en la fase exploratoria del estudio surgió la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes para que manifieste sus reacciones sobre las relevancias e importancia de lo que se ha relatado. Estos “borradores” de relatorio pudieron ser presentados a los interesados por escrito o construirse en presentaciones visuales y auditivas. A partir de los datos encontrados se llevó a cabo el análisis temático, lo que permitió una mejor comprensión del discurso. Se identificaron los temas estableciéndose las categorías y subcategorías.

Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento. Las investigadoras se mantuvieron atentas a nuevos elementos que surjan y sean relevantes durante el estudio; siendo el cuadro teórico inicial una base o estructura en la cual a partir de estos pueden ser descubiertos nuevos aspectos o dimensiones durante el trayecto del estudio, ya que el conocimiento es una construcción que se hace y rehace constantemente.

Este principio nos permitió descubrir las interrelaciones enfermera con el paciente y familia en una unidad de cuidados intensivos, para lo cual nos apoyamos en una base teórica inicial, ampliándose y reforzándose durante el transcurso del estudio.

Los estudios de caso enfatizan la interpretación del contexto. Es necesario tener en cuenta el contexto en el que se situó el objeto y así comprender mejor la manifestación general de un problema, comportamiento, reacciones de los involucrados en los cuales ocurre una problemática determinada.

En la presente investigación, se tuvo en cuenta las características propias de cada enfermera, su experiencia, el ambiente físico y complejidad de los procedimientos en los que se desenvuelven.

Los Estudios de caso buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda. Consiste en hacer un retrato de la realidad en acción, enfatizando la complejidad natural de las situaciones e interrelacionando algunos componentes físicos, informativos y de los elementos.

En la presente investigación, las interrelaciones enfermera con el paciente y familia, se aprecia no solo en forma aislada, sino también la interrelación de

sentimientos, emociones, experiencias y reacciones, lo cual permitió profundizar un poco más en el objeto de estudio.

Los estudios de caso revelan experiencias secundarias pero importantes y permiten generalizaciones.

Las investigadas procuran relatar sus experiencias durante el estudio, de modo que el lector o usuario pueda hacer sus generalizaciones naturales.

### **I.3. Escenario de la Investigación.**

El Hospital Privado del Perú es un centro asistencial de referencia que brinda atención de alta complejidad, cuya finalidad es brindar una atención con calidad técnica y humanizada, basado en la eficiencia de los procesos, de la toma de decisiones, fortalecimiento de competencias y fomento de la participación de los pacientes.

El área de unidad de cuidados intensivos del Hospital Privado del Perú, es un servicio crítico que tiene bajo responsabilidad varias unidades de atención: pacientes con insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca, cuidados post operatorios descompensados, shock séptico, pacientes neurocríticos y neuroquirúrgicos, terapia del dolor y cuidados paliativos. Brinda atención de alta complejidad.

Cuenta con un equipo multidisciplinario constituido por médicos intensivistas, enfermeras intensivistas, nutricionista, médicos Inter consultores de las diferentes especialidades, técnicos de enfermería, personal de mantenimiento y de limpieza y el apoyo permanente de los servicios de laboratorio, patología, radiología, y otros.

Cuenta con 8 enfermeras de las cuales 3 tienen la especialidad en cuidados críticos con mención en el adulto, 01 enfermera con especialidad en cuidados críticos en neonatología , y 4 enfermeras que se encuentran en el último semestre académico de la especialidad de cuidados críticos con mención en el adulto contratadas y con más de 4 años de experiencia en áreas críticas, con edades que oscilan entre los 27 y 40 años, altamente capacitadas en diferentes procedimientos y manejo de equipos de última generación egresadas en su gran mayoría de la Universidad Nacional de Piura, una minoría son solteras, pero en general con un gran sentido de entrega al trabajo y al cuidado integral del paciente crítico.

Su infraestructura es la adecuada y cuenta con amplio espacio para poder reestructurarla ya que en algunas ocasiones se ha requerido de mayor número de camas por la gran demanda de pacientes, su infraestructura data de hace 15 años. La Unidad de Cuidados Críticos el primer piso del Hospital Privado del Perú y cuenta con:

- Un área no rígida con 01 oficina administrativa.
- Un área semirrígida; una sala de descanso, 1 ambientes de almacenamiento de insumos y materiales, 1 ambiente de tratamiento de instrumental, 1 ambiente de anestesia y 1 vestidores para el personal asistencial.
- Un área rígida con 7 camas, 1 almacén de equipos, 1 ambiente de instrumental estéril y área de lavabos.
- El abastecimiento de insumos, materiales y equipos se hace a través del almacén central del Hospital Privado del Perú.

#### **I.4. Población y Muestra.**

La población estuvo conformada por las enfermeras que laboran en la unidad de cuidados críticos de un hospital de Piura que reunieron los siguientes criterios de inclusión:



- Enfermeras que tengan un mínimo de 02 años de servicio laborando en área crítica.
- Que sean contratados.
- Que acepten participar voluntariamente en el presente estudio de investigación.

La muestra fue determinada por la técnica de saturación la que nos permitirá delimitar su tamaño una vez que los discursos se tomarán repetitivos, lográndose la saturación.

#### **I.5.Técnica e Instrumentos de recolección de datos.**

Una vez obtenida la autorización de la Institución Prestadora de Servicio de Salud, para realizar la investigación, se procedió a la recolección de datos previa firma del formato de consentimiento informado, en original y copia quedando una con el informante y otra con la investigadora. El cual contenía el título, los objetivos de la investigación y el consentimiento para participar o no de la misma. Los datos fueron obtenidos a través de la entrevista semi estructurada a profundidad a las enfermeras.

Se utilizó como instrumento de recolección de datos: la entrevista semi estructurada a profundidad, al respecto Burns, refiere que es un formato que acostumbra a no ser limitado de antemano. Consta de preguntas dirigidas que cambian a medida que el investigador aumenta sus evidencias, a partir de entrevistas previas y observaciones que profundizaron el estudio.

Este tipo de entrevista siempre permitió sacar a flote impresiones importantes, pero no son dirigidas por las investigadoras. Durante las entrevistas para los estudios cualitativos, el entrevistador y el entrevistado estuvieron activamente

comprometidos en la construcción de una visión del mundo. El objetivo de las investigadoras fue obtener una idea profunda de las experiencias de los participantes. Las estrategias utilizadas para registrar la información de las entrevistas fueron: tomar notas durante la entrevista, escribir notas detalladas después de esta o registrar la entrevista en una grabadora.

El investigador utilizó una serie de materias o preguntas que deberá abordar con cada uno de los sujetos en estudio<sup>23</sup>. El cometido del entrevistador, consistió en motivar a los participantes a expresarse con libertad acerca de todos los temas de la lista y en registrar las respuestas, normalmente mediante una grabadora.

Como vemos, la entrevista semi-estructurada facilitó obtener datos precisos respecto a las interrelaciones enfermera con el paciente y familia en una unidad de cuidados intensivos, el cual fue grabado previa firma del consentimiento informado; luego fueron transcritos por la investigadora inmediatamente para su análisis y develación del fenómeno en estudio.

La entrevista semi-estructurada es una técnica personal que permitió la recolección de información a profundidad, donde el informante expresó y compartió oralmente sus opiniones, creencias, sentimientos, puntos de vista y actitudes con el investigador.

Para la validación de la entrevista, se hicieron entrevistas pilotos, con las enfermeras que trabajan en unidad de cuidados intensivos del Hospital Cayetano Heredia, quienes no formaron parte de la muestra y de acuerdo a los resultados, permitieron modificar, anular e incrementar algunas preguntas para su mejor comprensión. Concluida la validación del instrumento se procedió a la aplicación del instrumento en el escenario de la investigación.

Las entrevistas fueron desarrolladas en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Privado del Perú, para lo cual se presentó a las enfermeras, (previa coordinación de hora y de fecha) o según disponibilidad de las enfermeras a quienes se les informó el objetivo y metodología del trabajo de investigación, utilizando para ello varios encuentros ya sea en la unidad crítica o fuera de él, de acuerdo a su disponibilidad y a tranquilidad.

Los encuentros fueron:

1ero. Para coordinar sobre la participación en la investigación

2do. Entrevista inicial y firma del consentimiento informado

3ero. Entrevista a profundidad.

Las entrevistas se realizaron del 01 de octubre al 15 de octubre del 2017, previa coordinación de hora y fecha según disponibilidad de las enfermeras, la entrevista se ejecutó en forma individual a cada participante en un ambiente tranquilo en un tiempo estimado de 20 a 30 minutos por cada sesión dependiendo del caso garantizando la privacidad y confidencialidad de las grabaciones en dispositivo Mp3, el audio fue utilizado para obtener mayor fidedigna de los datos ya que la reproducción a través de la memoria y las anotaciones son menos confiables.

#### **I.6. Análisis de Datos.**

El análisis de contenido, parte de datos textuales que tratan de descomponer el corpus en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías y subcategorías siguiendo el criterio de analogía. Es decir, considerando las similitudes o semejanzas que existían entre éstas, en función de criterios preestablecidos.

Para el autor Arbeláez & Enrubia (2014) el Análisis de Contenido Temático comprende tres etapas:

La primera etapa es el Preanálisis; es la etapa de organización del material a analizar, en la que se diseñan y definen los ejes del plan que permitirá examinar los datos y realizar efectivamente el análisis de contenido.

En esta fase las investigadoras hicieron uso de las entrevistas, con la finalidad de realizar una recopilación de los datos permitiendo hacer una lectura superficial para posterior a esto se someta a una selección de la documentación más relevante,

logrando la familiarización de la investigadora con el contenido. Este permitió tener una idea general de los resultados y establecer una posible esquematización de los mismos.

La segunda fase la Codificación; consistió en realizar una transformación de los “datos brutos” (el material original) a los “datos útiles”. Las operaciones implicadas en esta etapa son: fragmentación del texto, es decir, el establecimiento de unidades de registro, y la catalogación de elementos. Luego se realizó la lectura y relectura de los datos de las entrevistas, posterior a ello se llevó a cabo la descontextualización, en donde las declaraciones se separaron en segmentos constituyendo los núcleos de significado, es decir, la categorización, lo cual permitió la agrupación en categorías y subcategorías; las que fueron analizadas a la luz de la literatura.

La fase de Categorización; que consistió en la organización y clasificación de las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación; es decir, se agruparon las unidades por similitudes en cuanto a su significado.

Las investigadoras agruparon los códigos seleccionados por similitud en cuanto a su significado, estableciendo conexiones entre las mismas contrastando la realidad, con otras literaturas y con el punto de vista de la investigadora. Para luego hacer las reagrupaciones respectivas, tratando que las categorías y subcategorías establecidas, tengan relación con el objeto de estudio y con los objetivos de la investigación. Que luego fueron analizadas con literatura del marco teórico y otras en el capítulo de análisis y discusión de los resultados. Para finalmente formular las consideraciones finales.

### **I.7. Criterios de Rigor Científico.**

Durante el desarrollo de la investigación científica se practicó el rigor de la investigación. Los datos fueron obtenidos y utilizados con su autorización, asimismo se garantizó el anonimato de los informantes. Las entrevistas realizadas para este estudio fueron grabadas con autorización de los participantes, manteniendo la confidencialidad, previa firma del consentimiento informado<sup>20</sup>.

En el rigor de la investigación se tuvo en cuenta, los siguientes criterios que se han visto convenientes:

**Confidencialidad:** Los participantes tuvieron el derecho a esperar que la información obtenida durante el estudio se mantuviera en la más estricta reserva, a través del anonimato. Consiste en guardar el secreto y reservar la información y que esta se mantenga solamente en los involucrados en la investigación, las confidencias de las enfermeras fueron anónimas<sup>20</sup>.

**Credibilidad/ valor verdadero:** se refiere al valor de la “verdad” o “verosimilitud de los hallazgos” que las investigadoras han establecido por medio de observaciones prolongadas, participación con los informantes, o las experiencias vividas por quienes son estudiados, de igual modo se refiere a la verdad tal como la conocen, lo experimenta o lo sienten profundamente las personas que están siendo sujetos de estudio. Se refiere al valor de la verdad, la que se consideró desde la descripción del fenómeno<sup>20</sup>.

**Confiabilidad:** Una investigación con buena confiabilidad es aquella que es segura, congruente, igual a sí misma en diferentes tiempos y previsible para el futuro.<sup>20</sup> La confiabilidad de la investigación está dada por medio de los sujetos de estudio, las técnicas de investigación y las investigadoras.

Se consideró a enfermeras de un Hospital privado de Piura, que cumplan con los criterios de inclusión. En lo que a las técnicas respecta, es específicamente la entrevista con la cual se logró la consolidación de datos, contrastándose éstos paralelamente con el fundamento teórico con el que se tuvo

**Objetividad:** En nuestra investigación se adoptó una conducta objetiva detallando lo que efectivamente sucede, realizando un análisis racional de los datos para llegar a una explicación sobre la temática en estudio<sup>20</sup>.

Por ello este trabajo fue realizado con altura científica, garantizando la transferencia hacia poblaciones con características semejantes al de esta investigación, con el fin de develar las interrelaciones enfermera con el paciente y familia en una unidad de cuidados intensivos.

Comentado [CM1]: NO ENTIENDO COMO GARANTIZA LA TRANSFERENCIA

## **I.8. Aspectos éticos de la investigación.**

Dentro de los aspectos éticos se consideraron a los principios de beneficencia, autonomía. Justicia, fidelidad y veracidad son aceptadas como los principios fundamentales para la realización ética de investigaciones con seres humanos.<sup>22</sup>

### **Principio de Beneficencia**

Benevolencia, por este principio se debe hacer el bien y evitar el daño o lo malo en contra del sujeto o para la sociedad. Actuar con benevolencia significa ayudar a los otros a obtener lo que es beneficio para ellos, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos maléficos, que les puedan causar daños físicos o psicológicos.<sup>22</sup>

En el presente trabajo de investigación, las investigadoras no expusieron en ningún momento a las enfermeras frente a cualquier tipo de daño, por lo que los resultados obtenidos en la investigación fueron utilizados de manera estricta solo para fines de ésta.

### **Principio Autonomía**

Resguarda la libertad individual que cada persona tiene para determinar sus propias acciones realizadas, de acuerdo con su libre elección. <sup>22</sup> el respetar a personas como individuos autónomos, significa reconocer sus decisiones, tomadas de acuerdo a sus valores y convicciones personales que ellos tienen, dentro de este principio se considera:

Derecho a la autodeterminación: “Las participantes tuvieron derecho a decidir voluntariamente si participan o no, dar por terminada su participación en cualquier momento sin temor a sufrir coerción o algún tipo de represalia”

### **Principio de Justicia**

Por el principio de justicia se predica el ser equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad individual de cada persona. El principio de justicia está relacionado íntimamente a los principios de fidelidad y veracidad. <sup>22</sup>

Derecho a un trato justo: “las enfermeras de la UCI fueron tratadas de una manera justa y equitativamente antes, durante y después de su participación, empezando por una selección sin discriminación alguna y el cumplimiento de todo lo establecido por las investigadoras”.

### **Principio de Fidelidad:**

Principio de establecer confianza entre las investigadoras y los sujetos de estudio, se trata de hecho, de una obligación o compromiso de ser fiel en la relación que se da con las participantes, en que el investigador debe cumplir promesas y mantener la confiabilidad; dentro de este principio se considera;

Derecho al Secreto Profesional: la confianza es el cimiento para la confidencia espontánea, y los hechos revelados en confidencia hacen parte del secreto profesional del enfermero. <sup>22</sup> en la presente investigación se trató en lo posible que las investigadoras y las enfermeras logren una reciprocidad de confianza, de tal manera que se desarrolló la investigación bajo un clima de armonía con la firme

promesa de que la información obtenida de los participantes de la investigación no fue revelada por motivo alguno.

**Principio de Veracidad:** Principio ético por el cual siempre se debe decir la verdad, no mentir ni engañar a las personas. En muchas culturas la veracidad es considerada como base para el establecimiento y sustento de la confianza que existe entre las personas<sup>22</sup>. En este principio de consideró:

Derecho a ser informado verazmente: El hecho de no informar con la verdad a los participantes de la presente investigación pudo dificultar su consentimiento para participar en la investigación. <sup>22</sup>

Por ello, para el desarrollo de este trabajo, las enfermeras fueron informadas con la verdad desde un primer momento sobre la finalidad y la metodología de la investigación a realizarse.



# **CAPÍTULO II**

## II. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### CATEGORIAS Y SUBACTEGORIAS

#### A. COMPONENTES DE LA INTERRELACION ENFERMERA –PACIENTE DE UCI

- La comunicación entre enfermeras al inicio de la interrelación.
- La Comunicación verbal con el paciente y familia
- La comunicación No verbal con el paciente y el toque terapéutico
- La comunicación Verbal y No verbal con el paciente
- La comunicación constante y horizontal
- La empatía en la relación enfermera/ paciente
- La ayuda espiritual enfermera al paciente y familia
- El apoyo psicológico y generando esperanza a la familia

**Comentado [CM2]:** ME PARECE QUE DEBE IR COMUNICACIÓN CON El paciente.  
Comunicación con la familia  
Toque terapéutico

#### B. MOMENTOS DE LA INTERRELACION CON EL PACIENTE Y FAMILIA

- La relación terapéutica enfermera paciente con énfasis durante técnicas y procedimientos
- La interacción y comunicación en todos los momentos del cuidado
- La Integración al paciente con su familia durante la hospitalización
- La interacción y la información a las familias finalizado el turno de trabajo
- Brindando educación a la familia.

#### C. LIMITACIONES EN LA INTERRELACIONES

- El cumplimiento de los protocolos como limitante para la información a la familia.

- El estado crítico y sedación del paciente como limitante de la comunicación.

A continuación, se presentan y discuten los resultados a la luz de la literatura:

#### **A. COMPONENTES DE LA INTERRELACION ENFERMERA –PACIENTE DE UCI.**

Interrelación según King considera la enfermería como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción. Esta teórica considera que la comunicación, es un proceso por el cual la información pasa de una persona a otra bien sea directamente o indirectamente; la comunicación es el componente informativo de las interacciones. El intercambio de signos verbales y no verbales, y de símbolos entre la enfermera y el paciente, o entre el paciente y el entorno, en este caso el intercambio de información o mensajes es entre la enfermera con el paciente en UCI y con la familia.<sup>2</sup>

Los elementos o componentes señalados por King se verificaron en el presente estudio cuando se originan las siguientes subcategorías:

- **La comunicación entre enfermeras al inicio de la interrelación.**

La enfermera al iniciar su turno recibe el reporte de la colega saliente de turno, en ese momento toma conocimiento de la problemática del paciente, así lo refieren:

*Bueno yo me interrelaciono con el paciente porque al ingreso del servicio nosotros por medio del reporte que hay entre el profesional de enfermería tanto del entrante como del saliente de turno va explicando lo que pasa con el paciente, desde su diagnóstico el tipo de patología y uno a medida que va escuchando el reporte, va conociendo el paciente y uno se interrelaciona uno por lo que la colega ya ha manifestado, y otro porque nosotros durante el turno nos vamos acercando al paciente (Roberto)*

La comunicación al inicio del cuidado enfermero, permite el acercamiento para iniciar con la valoración como primera fase del proceso enfermero. La valoración de enfermería es la parte más importante en la realización de los Planes de Cuidado, ya que, en una buena valoración inicial, se detectan los problemas de salud que se traducirán posteriormente en los Diagnósticos Enfermeros. La valoración proporciona datos útiles en la formulación de juicios éticos referidos a los problemas que se van detectando.

En la práctica, la valoración se suele realizar tanto por Necesidades de Virginia Henderson como por Patrones de Salud de Marjory Gordon.

Tal como lo menciona King en este momento, hay intercambio de mensaje y en este escenario la comunicación es Verbal con el paciente y quizá mayormente con la familia; así se verifico en este estudio cuando surge la subcategoría:

- **La Comunicación verbal con el paciente y familia.**

Los profesionales de enfermería dedican gran parte de su tiempo a comunicarse con sus pacientes, a hablarles, escucharlos y responderles. Por este motivo, si se quiere ser efectivo en su trabajo, esta interacción cara a cara con intercambio de información es esencial. En otras palabras, los cuidados de enfermería se desarrollan a través de una relación terapéutica o también denominada ayuda, que se establece a través del diálogo y la escucha <sup>10</sup> y se corrobora de la siguiente manera:

*Al darle una palabra de aliento, estamos generando relación enfermera- paciente... Nosotros le manifestamos a la familia una respuesta general lo cual puede darse durante la visita, o también a la hora de ingreso y salida del turno, decirle a pesar del estado en que se encuentra su paciente nosotros vamos a darle con todo, vamos a cuidarlo, a estar pendientes de sus necesidades, si tiene*

*dolor lo vamos a calmar, si está cómodo en esa postura lo vamos a cambiar de posición. Hay que cuidar lo que comunicamos al familiar sobre su paciente ha habido casos en los que la enfermera manifiesta que el paciente está mejor y en el momento han presentado paradas cardiorrespiratorias, el familiar entra en duda entre lo que le dijeron y lo que ha pasado, hay que tener mucho cuidado, es mejor dar información sobre la apreciación de nuestros cuidados, sobre lo que hacemos en cuanto a su alimentación, sobre las actividades de relajamiento como la musicoterapia, el consuelo. (Roberto)*

*Bueno, con la familia en el área crítica como no está presente las 24 horas, el momento en que se puede interrelacionar es durante la visita. (Miguel)*

*Por ejemplo, un paciente que ingresa despierto hiperventilando, en ese primer contacto sí podemos decirle: señor, por favor necesitamos que esté tranquilo, vamos hacerle tal procedimiento” (Cielo)*

*Bueno con la familia, una vez que ya se estabiliza el paciente, que ya ha pasado su etapa inicial de su ingreso, iniciamos la interrelación llamando a los familiares directos, que generalmente ingresa un solo familiar; si es adulto joven, el padre o si es casado la esposa y en todo caso con ellos conversamos, le explicamos por qué está su paciente allí, porque muchas veces la familia de repente llegó a la emergencia y subió rápido a la UCI, y no tuvieron tiempo de explicarle. Entonces allí empieza el diálogo. (Cielo)*

La comunicación verbal, es la interacción entre dos o más personas, ya sea de forma oral o escrita. Es fundamental en cualquier relación humana ya que a través de ella se pueden transmitir conocimientos, información, emociones, experiencias, expresar dudas etc.

Es necesario mencionar que la enfermera no solo se comunica verbalmente o con la palabra, sino que también la comunicación es NO VERBAL y acompañado de alguna forma de toque terapéutico; tal como se observa en la siguiente subcategoría:

- **La comunicación No verbal con el paciente y el toque terapéutico**

El toque terapéutico es un enfoque de medicina alternativa para el tratamiento de condiciones médicas, especialmente el dolor, la ansiedad y el estrés. Fue desarrollado por Dolores Krieger, PhD, RN, en la década de 1970. No existe una formación estándar o requisito de licencia para los profesionales del toque terapéutico, aunque esta técnica se utiliza con mayor frecuencia por los enfermeros.<sup>12</sup>

En la relación profesional de enfermería-paciente ha cobrado una especial relevancia las señales no verbales que se producen durante todo el proceso de comunicación. El profesional de enfermería debe estar atento a su propia comunicación no verbal, ya que de la conducta no verbal del terapeuta depende en gran medida que el paciente le considere como una persona experta que puede ayudarlo, así como el grado de colaboración de éste en el tratamiento. Esto se verifica en los siguientes discursos:

*Por mi parte, aunque el paciente este sedado yo hablo con él, mientras lo acomodo, le hago la higiene, lo movilizo eso es la interrelación. (Jacky)*

*hay pacientes que no hablan porque están intubados, tienen ventilación mecánica, pero con solamente una caricia, él va a sentir que hay alguien allí para apoyarlo, que esa persona le va a dar seguridad y le da además la empatía el cariño. (Roberto)*

*Bueno el paciente aun así este sedado, él te siente, te escucha. (Miguel)*

Los principales componentes no verbales de la comunicación que la enfermera muestra:

La expresión facial, la mirada, la sonrisa, la orientación y postura, el contacto físico, los gestos y la apariencia física. La expresión facial: Las emociones humanas suelen reflejarse en la cara y pueden traducirse en expresiones específicas. Podemos hablar de

diferentes expresiones de las emociones, a saber, alegría, sorpresa, tristeza, miedo, etc. No obstante, esto no quiere decir que el ser humano sólo pueda mostrar ese pequeño número de expresiones. Al contrario, las emociones pueden combinarse (sorpresa combinada con miedo, alegría con pena), y cada una de estas reacciones puede variar con intensidad. Por lo tanto, resulta necesario prestar atención a la expresión facial de nuestros pacientes para así percibir sus emociones y sentimientos. La mirada: constituye uno de los elementos no verbales de mayor importancia, ya que proporciona mucha información.<sup>24</sup>

Mantener el contacto visual con el paciente transmite interés hacia él; sin embargo, no hay que olvidar que un contacto demasiado intenso puede resultar amenazador e intimidatorio. Por otra parte, la evitación del contacto visual con el paciente (por desgracia, tan frecuente en el ámbito sanitario) indica informalidad o falta de atención.<sup>24</sup> La sonrisa es un elemento básico en la bienvenida y la despedida de las personas, además de transmitir aceptación, amabilidad y gusto por la persona a la que sonreímos. Si queremos que el paciente tenga una impresión nuestra favorable un elemento clave es sonreír.<sup>24</sup>

Los gestos: Hacen referencia al movimiento de las manos que sirve de apoyo al contenido del mensaje verbal. Estos movimientos actúan como ilustradores del mensaje verbal, enfatizando el mismo, y demostrando estados emocionales, normalmente de manera no intencionada.

Otro aspecto importante en la comunicación no verbal es La orientación y postura. La orientación se refiere a la posición relativa de la persona con relación a su o sus interlocutores, pudiendo presentarse orientada frente a frente o inclinada en mayor o menor grado con relación al interlocutor. Para facilitar la comunicación y transmitir

interés hacia el paciente es importante adoptar una orientación enfrentada. En la postura se establecen dos categorías fundamentales que a su vez se subdividen en dos dimensiones: acercamiento-retirada y expansión-contracción. El acercamiento, producido por la inclinación del cuerpo hacia su interlocutor, se interpreta como atención e interés, mientras que la retirada, que se hace de la forma contraria, que se interpreta de forma negativa, como rechazo o repulsión. La expansión, cuando es muy pronunciada, se interpreta como una postura engreída, arrogante o despreciativa, mientras que cuando es la contracción que es extrema, se considera como depresiva o abatida.<sup>24</sup>

Luego el contacto físico, es decir, la mayor o menor proximidad se establece por el tipo de relación planteada y el grado de aceptación de la misma, resultando inconvenientes distancias que no son admitidas por ambas partes. El contacto se regula con el movimiento del cuerpo, con la mirada, con el acercarnos demasiado o demasiado poco. Si nos acercamos demasiado, algo muy frecuente en la práctica sanitaria, el paciente puede sentirse «amenazado» en su espacio íntimo. Por ello, si hay que hacerlo, que sea con respeto y explicándole el por qué, e incluso pidiendo excusas. Además, por medio del tacto se puede expresar la acogida al paciente, cuando se le saluda con un apretón de manos, o se le pasa la mano por el hombro o se le sujeta el brazo para expresarle comprensión o apoyo si está triste o preocupado.<sup>24</sup>

La apariencia personal: La apariencia personal, se refiere al aspecto exterior de una persona que puede ser susceptible de cambio a voluntad de la misma. Fundamentalmente nos referimos al aseo personal, ropas y adornos. A través de ello, los demás se generan impresiones sobre atractivo, estatus, inteligencia, personalidad, clase social, estilo y gusto. La enfermera no debe olvidar que su apariencia física su tarjeta de presentación y o visita, y que va a influir en la relación con los demás; en este caso en el paciente de UCI y con su familia.<sup>11</sup>



También es necesario remarcar que con fines didácticos se separan la comunicación verbal y luego la no verbal, porque en este estudio se verificó que la enfermera utiliza los dos tipos de comunicación, tal como se verifica cuando surge la siguiente subcategoría:

- **La comunicación Verbal y No verbal con el paciente**

Las relaciones interpersonales en la práctica de la enfermería también conllevan el trato y la relación con los pacientes, con sus familiares y con sus propios compañeros. Así se manifiesta:

*...nos interrelacionamos, también lo hacemos al acariciarle la mano, al darle una palabra de aliento, así nos estamos interrelacionando con él, estamos generando relación enfermera-paciente. (Roberto)*

*La interrelación es en el momento de la valoración, esta interrelación puede ser verbal y no verbal, porque el paciente puede estar despierto o dormido, esta interrelación va ir mejorando ya que al inicio el paciente se encuentra inestable hemodinámicamente, pero a medida avance su recuperación va a favorecer a que podamos comunicarnos con mayor facilidad... (Mía)*

*En el caso que ingresan pacientes y su cuadro es de emergencia, pero no ingresan inestables, por ejemplo, el paciente de IMA que ya en emergencia ha sido de alguna manera estabilizado, llega a la UCI para ser monitorizado y que pasen los tres días críticos de su IMA entonces estos pacientes llegan conscientes, aquí nos interrelacionamos mediante el diálogo, los gestos, el tacto, nosotros nos presentamos conversamos con él, le explicamos primero dónde está, le damos a saber parte de la patología que tiene, entonces al primer contacto que tenemos con él dialogamos muy sucintamente, tampoco nos explayamos, pero al menos le damos a conocer dónde está y por qué está. Es decir, en el caso del paciente que es crítico pero que de alguna manera se puede conversar con él, sí lo hago y si no me limito. (Cielo)*

*Cuando logro la estabilidad de mi paciente, el también poco a poco me va ir respondiendo, me va a verbalizar sus necesidades y yo seguiré comunicándome con sonrisas, con el toque terapéutico, con las palabras. (Frescia)*

Aquí se presenta una comunicación mixta; todas las formas comunicativas que combinan la comunicación verbal y la no-verbal, es decir donde se combinan palabras y formas para transmitir un mensaje.

La comunicación es un arte, una habilidad que debe de ser denominada por el personal enfermero ya que tenemos que hacer frente no solo a los pacientes sino también a sus familias, a los médicos y al resto de profesionales del equipo.<sup>13</sup>

- **La comunicación constante y horizontal**

La comunicación<sup>24</sup> en todas sus formas debe ser un elemento de apoyo y confianza para los pacientes durante su estadía en el hospital; en ese sentido la comunicación debe favorecer el dialogo; es decir, considerando una apertura sin imposición, Así lo manifiestan las mismas enfermeras:

*La comunicación y el diálogo con mi paciente en realidad es constante y si está despierto, sobre todo, la comunicación es horizontal es directa, converso con él, si quiere conversar, contarme alguna anécdota de alguna situación se conversa y le escucho, siempre y cuando no demande mucho tiempo ni tampoco afecte su estado hemodinámico, es decir no se vean alterados sus signos vitales. (Jacky)*

La comunicación es el proceso activo y recíproco mediante el cual se puede transmitir información, a través de un sistema ordenado y de un canal físico para ello dispuesto. Es la herramienta más importante y si esta es constante y sobre todo en el momento necesario u oportuno va a generar un entorno de confianza entre enfermero- paciente ya que al ser también horizontal no habría barreras jerárquicas de comunicación es decir es directa y favorece el intercambio de mensajes. Además, es momento en que la enfermera es capaz de colocarse en el lugar de los pacientes; así se observa en la siguiente subcategoría:

- **La empatía en la relación enfermera/ paciente**

La empatía es considerada como otro elemento de las relaciones interpersonales enfermera- paciente.

AL respecto, Travelbee define a la empatía como la capacidad de compartir la experiencia de la otra persona. El resultado de este proceso de empatía es la capacidad de predecir la conducta de la persona con la que se mantiene esta forma de relación.

*Sin embargo, nuestra relación con ellos va a generarles motivación, ánimos, palabras de aliento, una sonrisa, un abrazo en esos momentos les ayuda en el proceso de la enfermedad de su paciente. Para mí, de esa forma me interrelaciono respondiéndoles de la mejor forma; es decir sonreír, cuidar el tono de mi voz, de esta forma lograremos que el familiar sienta seguridad y confianza acerca de la persona que está al cuidado de su paciente. (Miguel)*

*La interrelación es en el momento de la valoración, esta interrelación puede ser verbal y no verbal, porque el paciente puede estar despierto o dormido, esta interrelación va ir mejorando ya que al inicio el paciente se encuentra inestable hemodinámicamente, pero a medida avanza su recuperación va a favorecer a que podamos comunicarnos con mayor facilidad. (Mía)*

La empatía, involucra al paciente en el acto comunicativo, apelando a su sensibilidad, esto puede ir desde mirarlo a los ojos al hablar, hablar con un tono amable, permitir las interrupciones y ayudarse con la gestualidad.

La relación de enfermera-paciente debe ir más allá, no solo es la interpretación de los signos y síntomas. También es preciso establecer una verdadera empatía, entendiendo esta como la capacidad de reconocer y compartir emociones y estados de ánimo con la otra persona para así comprender el significado de su comportamiento. Una buena relación

enfermera-paciente permite elaborar un plan de cuidados más personalizado, humanizado y ético, con el propósito de mejorar el estado de salud del paciente, haciendo su estancia más agradable en el hospital y reducir de manera significativa el miedo y la ansiedad que genera la hospitalización.

La relación terapéutica es también una relación ética, donde los valores de cada uno deben ser conocidos y considerados de igual importancia, es una relación terapéutica que exige de la enfermera profesional un comportamiento que puede etiquetarse como comportamiento práctico moral; sino como la ayuda que necesita el paciente en las diferentes esferas. Es así como surge la ayuda en la esfera espiritual.<sup>14</sup>

- **La ayuda espiritual enfermera al paciente y familia**

Referente a la esfera espiritual, Bennett, plantea que la ayuda espiritual es la habilidad para afirmar que la vida lo es todo. Involucra la fortaleza de la persona en el sentido de su identidad, valor, esperanza, propósito, especialmente cuando la persona tiene dificultad en aceptar su propio valor y dignidad. Ésta no es súbita, ocurre gradualmente. Propone que las enfermeras encargadas de lo concerniente con lo espiritual necesitan el tiempo y la inclinación para proveer el soporte espiritual necesario. Sugiere que el cuidado espiritual y el soporte se deben brindar a través de una relación de cuidado.

El cuidado espiritual, las personas lo relacionan con la fe, la esperanza o religión, así se observa:

*...así como también lo es pues si el paciente quiere rezar, se reza.  
(Jacky,)*

*Otra forma de interrelacionarnos y acercarnos a la familia es mediante el apoyo espiritual; decirles que tengan mucha esperanza ya que la fe mueve montañas, y si ellos son católicos o la religión que practiquen igual decirles que hay que orar y pedirle*

*al señor la pronta recuperación de su paciente. De esta forma me interrelaciono con la familia a la hora que ingreso o a la hora de la visita. (Roberto)*

*Por eso no es solo dar apoyo en el tratamiento sino también el apoyo espiritual, el apoyo moral que se le da al paciente, hablarles y darles esa fuerza que necesitan para que salgan de ese estado de inestabilidad. (Miguel)*

*...y mediante el transcurrir de los días aumenta el grado de confianza para que podamos seguir con el apoyo espiritual. (Frescia)*

La ayuda espiritual, como estrategia de intervención, posee versatilidad en su estructuración y manifestación, de tal forma que su expresión única, íntima y personal involucra no sólo experiencias de vida, sino también formas particulares de manejar la información procedente del entorno con quien la persona interactúa permanentemente y en forma dinámica consigo misma, con los demás y con un ser superior, de tal forma que logra interpretar la situación vivenciada, darle un significado. Por ello, la relación terapéutica que se establece entre paciente-familia y enfermera se constituye en esa situación particular, única e irrepetible, en la cual se pueden identificar las diferentes manifestaciones de espiritualidad que idealmente conforman el referente de intervención para lograr el equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu<sup>15</sup>. Así mismo, esta esfera va unida a la psicológica, tal como se aprecia en este estudio cuando se origina la siguiente subcategoría:

- **El apoyo psicológico y generando esperanza a la familia**

El apoyo psicológico consiste en brindar al paciente habilidades y estrategias para saber responder de una forma adecuada y favorable a sus problemas diarios. El entorno familiar, cobra una

importancia esencial en la evolución del paciente, por lo que existe también un apoyo continuado para la familia. El generar esperanza a la familia es fundamental ya que esta se define como la energía terapéutica que puede ejercer un poderoso efecto sobre los resultados del cuidado del paciente. Este apoyo ayuda a sobrellevar afecciones físicas o de otra índole

*Con los días que pasan ya vamos conociendo más a la familia, podemos de alguna manera tener un diálogo más abierto con ellos, pero siempre siendo breves, no nos explayamos demasiado ya que en mi caso lo hago durante la visita o al momento en que estoy saliendo del turno... (Cielo)*

*Bueno, con la familia la interrelación es cuando se les llama para pedirles algún accesorio, también a la hora de la visita, a la hora de que ellos piden información acerca de su familiar, de cómo está, y yo siempre estoy apta para guiar al familiar interrelacionarme con ellos mediante una palabra de aliento... (Roberto)*

A pesar de que la enfermería y la psicología son dos campos separados, ambos están muy vinculados. En el campo de la enfermería, la atención se centra en ayudar a las personas a mejorar su salud y recuperación. La psicología por su parte se ocupa de los procesos mentales y el comportamiento. Estas dos materias están muy relacionadas, porque para ayudar a las personas a recuperarse de manera adecuada de sus problemas de salud, una enfermera debe entender el comportamiento y el estado emocional de un paciente.

Las enfermeras, tienen el objetivo de relacionarse y de entender las necesidades emocionales y biológicas de sus pacientes. Tienen la importante tarea de apoyar a los pacientes para que desarrollen su capacidad de ser independientes. Una enfermera optimista brinda consuelo a los pacientes y tiene la capacidad de estimular el pensamiento positivo.

Cuando se aplica a la persona, el concepto de cuidado, se debe tomar en cuenta que este deberá ser holístico, resaltando el hecho de que las enfermeras deben conservar en su

mente a la persona de manera integral, y esforzarse por comprender la zona de preocupación del paciente que guarda relación con sus esferas biológica, psicológica, social y cultural. La enfermera, como ente proveedor de servicios de salud, realiza un acto personal, ético y solidario en el proceso salud-enfermedad, en los pacientes que precisan de una atención adecuada. Para brindar ese apoyo que requieren los pacientes, se debe contar con un cuerpo de conocimientos científicos, tomando en cuenta que al individuo se le contempla en sus tres esferas; biológica, social y psicológica. Esta última abarca el apoyo emocional que El apoyo emocional “comprende la empatía, el cuidado, el amor y la confianza que una persona ofrece a otra”, por consiguiente, la enfermera debe tener los conocimientos necesarios y la sensibilidad para poder atender y brindar esta necesidad, que el individuo demanda día con día.

Se puede encontrar entonces que hay una necesidad de apoyo y acciones ajustadas a la situación de vida de un paciente. Estas acciones deben contribuir a aumentar el nivel de apoyo emocional y esperanza, además de influir positivamente en el nivel de satisfacción con la cantidad de apoyo social que recibe el paciente, a su vez, ofrecer una mejor convalecencia, por parte de las personas que se encuentren a su alrededor.

La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas. Diversos estudios han mostrado que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida; así mismo el impacto del estrés es mucho menor que en las personas que no tienen este tipo de apoyo.

El apoyo psicológico y el generar esperanza en un elemento esencial para fortalecer la interrelación enfermera, paciente y familia.<sup>16</sup>

## **B. MOMENTOS DE LA INTERRELACION CON EL PACIENTE Y FAMILIA**

Para Berger y Luckman en las interrelaciones se dan intercambios de relación directa; es decir, cara a cara, siendo estas de carácter inevitable en los diferentes momentos en que se brinda el cuidado al paciente y se interrelaciona con la familia. Por lo que podemos afirmar que se lleva a cabo una relación directa, recíproca, dinámica e inevitable entre la enfermera y el paciente, en un determinado momento del proceso salud enfermedad. Para la enfermera esta relación se constituye en el medio de aplicación del proceso de enfermería; por ende, como la base científica del cuidado. Esto lo realiza la enfermera sobre todo durante la aplicación de técnicas y procedimientos. Así se verifica en este estudio:

- **La relación terapéutica enfermera paciente con énfasis en técnicas y procedimientos**

Así pues, la enfermería basada en el cuidado es un campo de conocimiento, lo que le va a permitir que sea reconocida como una profesión que involucra aspectos cognitivos y habilidades en el cuidado del paciente y que dicha experticia, se compruebe a través del contacto cálido, afectivo y empático con el paciente y familia.

*Le explico al paciente los procedimientos que se van a realizar, las dudas que tenga, siempre y cuando no transgreda lo que podemos y no podemos decir ya que eso le corresponde al médico tratante.  
(Jacky,)*

*Me interrelaciono con los pacientes en el momento de sus cuidados, al momento de la colocación de tratamiento, en cada procedimiento que se le realiza, en el momento en que está en destete de ventilación mecánica, en el momento de que algún paciente este en agonía (Migue)*



*La interrelación con el paciente en el área de uci, es en cada momento me refiero a que se da desde un inicio en que el paciente ingresa al servicio, cómo lo hago mediante la valoración de sus necesidades cuando le comunico el procedimiento que le voy a realizar, cuando le inicio la administración de medicamentos, cuando monitorizo sus funciones vitales, cuando realizo los cambios de posición, cuando realizo su higiene, cuando realizo de repente alguna curación de sus heridas operatorias de esta forma mediante los cuidados que le brindo me voy interrelacionando.*  
(Frescia)

La habilidad práctica que es aprendida durante la experiencia con el paciente y familia es otro elemento fundamental para que se pueda lograr y mantener las interrelaciones de la enfermera con el paciente y familia.

La experiencia basada en conocimiento, hace que gradualmente la enfermera adquiera habilidades y destrezas las cuales le van a permitir percibir de manera oportuna las necesidades de interacción del paciente y sus familias, y de tal forma proporcionar un cuidado de relación en forma relajada y segura, ya que al estar familiarizada con el contexto de la enfermería, disminuye su preocupación por los problemas asociados con seguridad, tecnología y un trato cálido y afectivo, en este proceso la enfermera aumenta su interés por comprender al paciente y por disponer del tiempo necesario para interactuar con ellos.

La enfermera adquiere experiencia lo que genera sabiduría clínica, la cual da pautas para que sea lo suficientemente madura, involucre sentimientos, actitudes y conductas, que le permiten comprender la situación del paciente y desempeñar dentro de las relaciones interpersonales con calidez humana. Dicha experiencia es uno de los principales factores que influyen en la capacidad de la enfermera para interactuar y solucionar sus problemas; lo cual podría radicar en la experiencia, pues garantiza que esta tenga confianza en sí misma, habilidad en la relación y habilidad en la comunicación, que son dominios que la enfermera debe tener y llevar a la práctica con el fin de mantener relación y comunicación

dentro de un contexto holístico y en todo momento<sup>17</sup>. Así se observa en las siguientes subcategorías.

- **La interacción y comunicación en todos los momentos del cuidado**

La relación y la comunicación son ejes fundamentales, que, de la mano de la mano de la experiencia clínica progresiva, logran fusionarse al cuidado del paciente dando como resultado una relación enfermera-paciente más comprometida.

*Entonces la interrelación que se da entre la enfermera y paciente también se da cuando le hacemos los cuidados de enfermería, la colocación del tratamiento, algún procedimiento que se le va a realizar; se le explica a pesar de que está consciente o inconsciente, se le explica y comunica de esta forma seguimos interrelacionándonos, a la hora del baño, a la hora de los cambios posturales, a la hora de los masajes corporales, a la hora de la alimentación, a la hora de la administración del tratamiento.  
(Roberto, edad)*

Al respecto, resulta imprescindible resaltar que la práctica de una enfermera con experiencia redundante en una alta sensibilidad interpersonal y una recíproca intimidad enfermera paciente, que le ayudan a interpretar los significados conscientes e inconscientes que se dan durante la comunicación con cada paciente.<sup>17</sup>

Este punto se puede destacar más claramente a través de una situación sencilla que vive la enfermera diariamente, cuando los pacientes que se encuentran en una unidad de cuidados intensivos, en donde el paciente se encuentra temeroso, ansioso por lo desconocido, lo cual puede ser manifestado de forma verbal o no verbal en diversos momentos de su estancia hospitalaria; es entonces, el momento oportuno, cuando la enfermera encuentra

un espacio para establecer un cuidado de relación interpersonal con reciprocidad que le permite al paciente expresar los temores y las preocupaciones que lo agobian.

Las unidades de cuidados intensivos se encuentran inmersos en una alta gama de tecnología, equipos médicos, procedimientos, los cuales a pesar de que facilitan el manejo del paciente es aquí donde se puede hacer evidente la habilidad de la enfermera cuando pone entre sus prioridades la interacción con el paciente a través de una presencia auténtica. De esta forma los elementos de habilidad y conocimiento enfocan una manera distinta de visualizar la relación enfermera-paciente, se adquiere un grado de madurez para dar respuesta a las necesidades individuales, habilidad en la comunicación, y conexión con el cuidado, lo que trae como resultado una expresión de satisfacción por parte del paciente de sentirse escuchado y comprendido, además de la satisfacción personal de la enfermera<sup>18</sup>.

En este estudio se encontró que la enfermera es un medio para facilitar la integración del paciente y su familia:

- **La Integración al paciente con su familia durante la hospitalización**

La evidencia señala que una enfermedad influye en todos los miembros de la familia y en sus relaciones, pudiendo generar tensiones y conflictos, o agudizar los ya existentes, siendo necesario que la familia se adapte a nuevas exigencias, como la distribución de nuevos roles y funciones. Además, cuando la enfermedad conlleva la hospitalización, son momentos de preocupación, miedo y ansiedad familiar, ya que una hospitalización supone un cambio en el estado de salud de un ser querido. Cuando una familia llega al hospital se enfrenta a nuevas situaciones que le hacen romper con su rutina habitual y cuestionarse aspectos relacionados con la enfermedad, el dolor y, en algunos casos la muerte<sup>19</sup>. Todo ello puede producir alteraciones en la dinámica familiar y en la salud de todos sus

integrantes, por lo que es necesario que se mantenga con esa filiación de paciente y familia para que el afrontamiento a dicha enfermedad sea exitoso y contribuya a su recuperación y aceptación del tratamiento. Así lo refieren:

*Me gusta también que el paciente pueda tener el apoyo de su familiar por ello es importante que puedan verse y saber que tienen a alguien que se preocupa por ellos... (Jacky)*

Igualmente, sucede, en la mayoría de los casos, que los hospitales están diseñados y organizados con el propósito de facilitar el trabajo a los profesionales que desarrollan su labor en ellos, en lugar de para ayuda a la familia a adaptarse a un ambiente desconocido y hostil para ella. La familia suele encontrar el ámbito hospitalario como un lugar amenazante, siendo pocas las ocasiones en las que pueden hablar sobre sus experiencias en esta situación difícil. Es por todo ello, que la familia debe ser considerada como una unidad que necesita integrarse en el proceso salud enfermedad de su paciente.

El objetivo de la profesión de enfermería es el cuidado del paciente, sin olvidar que forma parte de un grupo social, la familia" poniendo, por tanto, la mirada en el paciente, y entendiendo la familia como su contexto. Es un hecho que los servicios de salud, por lo general, se organizan alrededor de la persona enferma. De este modo, a la familia se la considera como contexto. Es decir, como un mero recurso y, por lo tanto, las interrelaciones enfermera- paciente van orientadas a mantenerla en su rol de cuidadora; sin embargo, hay enfoques de cuidados que consideran a los cuidadores familiares como personas que necesitan ayuda, y no solo como un mero recurso que proporciona una solución en la atención a sus familiares hospitalizados<sup>19</sup>. Así mismo, la enfermera al

interactuar en todo momento ayuda a la familia incluso a la hora de salida, tal como se observa:

- **La interacción y la información a las familias finalizado el turno de trabajo**

Las relaciones enfermera-familia pueden ser complejas y dinámicas, y merecen una atención cercana si se pretende una mayor comprensión de su naturaleza, origen y propósito.

*Con la familia la interrelación es más puntual, más corta, solamente se le puede brindar información general, del estado de su paciente. Con la familia generalmente no suelo interrelacionarme, la comunicación no es constante durante mi turno... Con la familia la interrelación es más puntual, más corta, solamente se le puede brindar información general, del estado de su paciente. Con la familia generalmente no suelo interrelacionarme, la comunicación no es constante durante mi turno. (Jacky, edad) (Jacky, edad)*

*En el caso de la familia dicha interrelación la inicio ... pregunto sobre los antecedentes del paciente, la familia me dice cómo se desencadenó su enfermedad, si fuma, si es hipertenso, si es diabético, alérgico...cuando tengo el primer contacto, me identifico con ellos, trato en lo posible de responder sus dudas, cuando se me pregunta por el estado de su familiar yo particularmente les digo, por el momento sus funciones vitales están dentro de lo normal, pero él es un paciente muy inestable, así que esta estabilidad puede ser variable mientras este en esta área de uci, así que deben estar tranquilos, calmados. (Frescia – edad)*

Referente a las interacciones de los profesionales de la salud y los cuidadores familiares, Ward-Griffin y McKeever, desarrollaron una tipología de relación enfermera-familia que incluye los siguientes patrones:

- Relación enfermera-"familia", en la que el profesional de enfermería proporciona y coordina la mayoría de los cuidados, mientras que los familiares asumen funciones de apoyo a las enfermeras.

- Relación enfermera-paciente en el que los familiares son vistos como personas que necesitan atención por derecho propio. Como resultado de su exigente implicación en el cuidado, junto con posibles condiciones preexistentes de salud en algunos casos, muchos cuidadores familiares se convierten en los pacientes de las enfermeras.

Es importante reconocer que la presencia de la familia en el cuidado es de suma importancia para la recuperación del paciente. Sin embargo, si la familia recibe escaso apoyo y atención, se puede caer en el error de sobrecargarla. Es más, incluso se puede distorsionar el fundamento de involucrar a la familia en el proceso de cuidado, porque la familia es importante para el paciente, o porque supone un recurso para los profesionales y alivia la carga de trabajo y cuidado de los mismos.

Por todo ello, la enfermera trabaja reconociendo a la familia como la unidad de cuidado, para que así reciba un apoyo sostenido, personalizado y oportuno, evitando así que "se sientan abandonados" y así agoten sus recursos y capacidades; así mismo, en todo momento brindara educación<sup>19</sup>.

- **Brindando educación a la familia.**

Para Peplau, este proceso de interrelación enfermera-paciente que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos que hacen de la salud una posibilidad de desarrollo, teniendo como herramienta a la educación que apunta a promover en la

personalidad un movimiento que nos orienta hacia una vida creativa, constructiva y productiva.

*el familiar hace preguntas, le explicamos las respuestas en base a lo que él nos pregunta, después conversamos acerca del protocolo en sí de la UCI y del paciente cuando ingresa, cuáles son los horarios de visita, qué es lo que se le debe traer al paciente y bueno de alguna manera el trato inicial es así. (Cielo)*

*Al momento del egreso del paciente también es fundamental la educación que se le brinda a la familia. (Frescia)*

La educación a la familia busca que estos momentos comprendan qué le sucede a su paciente y tengan mayores elementos para tomar decisiones relacionadas con el proceso salud enfermedad y participen activamente en su cuidado y tratamiento, a fin de que cooperen para que la recuperación se dé más rápida y satisfactoriamente. Otro fin mencionado de la educación es la seguridad del paciente en la medida en que educar ayuda a evitar complicaciones y reingresos. Señalan que, si la familia conoce bien lo que debe hacerse y cómo hacerlo, se evitarán errores que ponen en riesgo la salud de los pacientes. Los profesionales también consideran que se educa para que su familia tenga los elementos necesarios para el cuidado y autocuidado en casa; para que cuenten con los conocimientos necesarios para discernir lo que es bueno para el paciente y así tomar las decisiones más adecuadas en el ámbito domiciliario. Otro fin de la educación mencionado, se refiere al cambio de modos de pensamiento y estilos de vida de las personas y este se centra en el cuidado de la salud, más que de la enfermedad.

Es necesario recalcar que en este estudio se develaron las interrelaciones enfermera-paciente y familia a través de los diversos elementos y en todo momento; sin embargo, emergieron limitaciones.

### C. LIMITACIONES EN LA INTERRELACIONES

#### **El cumplimiento de los protocolos como limitante para la información a la familia.**

Es la enfermera quien inicia las relaciones interpersonales tanto con los pacientes y a la vez la familia; es ella quien permanece las 24 horas al cuidado de los pacientes, brindan asistencia de naturaleza biológica, técnica, psicológica, social y espiritual y las relaciones personales sustentan la realización de sus actividades. Se considera que la relación personal tiene un efecto terapéutico, en algunos casos afirman que esta puede ser determinante en el éxito de su desempeño, por ello cuando se tenga contacto con la familia podemos expresar los cuidados que realizan las enfermeras donde se puede educar para que sean el apoyo del proceso de recuperación de su paciente. Así lo refieren:

*Cuando la familia me pregunta sobre el estado de su paciente yo solo suelo darle información de cómo lo veo en ese momentito, les digo por el momento sus funciones vitales están estables pero el estado de salud más específica se lo tiene que dar su médico tratante. (Jacky)*

*¡,, le explicamos que los informes los da el médico y decirles que nosotras estamos al llamado. (Roberto, edad)*

*Muchas veces la familia quiere información de cómo está su paciente, y como nosotras sabemos no se le puede dar información profunda ya que esa función le pertenece al médico. (Miguel)*

Para contemplar las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI como parte de los cuidados integrales del paciente, es necesario que las enfermeras se formen para tener una visión más amplia de lo complejo del ser humano y sus



circunstancias, que les permita comprenderse lo que está ocurriendo para poder apoyar a las personas en la toma de decisiones sobre la salud y tal vez la preparación para la muerte.

Se debe hacer un esfuerzo para ir integrando e informar a los familiares de los cuidados básicos del paciente y plantear intervenciones eficaces para conseguirlo. La información brindada, responde a la necesidad de seguridad y de comunicación que tiene el paciente y familia, mejorar la comunicación es el propósito que los profesionales de enfermería perseguimos. Diseñar a través de la formación vías de comunicación con el equipo médico-paciente-familia para desarrollar una relación terapéutica.

El Protocolo es un documento que describe en resumen el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud.

En Enfermería, cuando se refiere a la información de los pacientes se tiene que el responsable es el médico quién da a conocer a la familia; el estado del paciente, su evolución, tratamiento y sus complicaciones.

Hay que tener en cuenta el papel de la familia en la UCI, es fundamental en el plano emocional, es el único soporte afectivo y nexo de unión con el exterior, por lo que necesita conocer cuál es el plan de intervención que enfermería plantea para la recuperación de su salud.<sup>21</sup>

#### **El estado crítico y sedación del paciente como limitante de la comunicación.**

Es el proceso de comunicación verbal o no verbal la expresión más importante que tiene el ser humano pues esta es la que le permite manifestar sus necesidades y deseos, darse a conocer y relacionarse con el mundo que lo rodea.

Dicha comunicación, entendida como un proceso de envío y recepción de mensajes, es la que involucra la interacción recíproca de la enfermera con el paciente la cual debe ser

efectiva no solo en el momento de lucidez del paciente sino también cuando este se encuentre inducido en un sueño profundo, este es el arte de la enfermería poder lograr la satisfacción del paciente a pesar de las circunstancias que lo rodean, a pesar del coma profundo. Así se observa cuando las enfermeras lo manifiestan:

*En una unidad de cuidado crítico, nosotras como enfermeras nos avocamos a la parte del método de estabilización del paciente que ingresa a UCI y por lo tanto el diálogo es nulo en el inicio. En un primer momento la interrelación sólo está dirigida a los cuidados para estabilizar la hemodinamia del paciente, en el caso que el paciente llegue despierto pero con tanta demanda de oxígeno que en el momento lo que necesitamos es intubarlo porque ya su saturación bajó a cincuenta y no hay tiempo para hablar entonces de frente nos avocamos a la parte del procedimiento...el médico dice sedación para el paciente entonces sedación para el paciente y el paciente entra en estado ya de sedación entonces empezamos con los procedimientos, más no el diálogo directo con el paciente. (Cielo)*

En la UCI se convive constantemente con el estado crítico de pacientes, se añade también el sufrimiento de familiares y la vivencia constante de la vida y de la muerte. En este contexto, los pacientes que requieren apoyo ventilatorio y que son inducidos al coma profundo señalan que los problemas de comunicación vividos son desde moderados a extremadamente molestos. No poder hablar debido a la presencia de un dispositivo en la boca puede convertirse en una experiencia aterradora. Un factor adicional de interferencia en el proceso de relación y comunicación, enfermera paciente, es el uso de sedantes, los cuales se utilizan para favorecer la adaptación del paciente a la ventilación.

La relación enfermero-paciente se ve limitada muchas veces por la gravedad de los pacientes; sin embargo, la comunicación vence barrera o limitaciones porque involucra variados contactos físicos en la realización de procedimientos, la interpretación de gestos, movimientos y posiciones con las cuales los pacientes en estado crítico comunican sus

emociones, sentimientos y percepciones, debido a que no pueden expresarlos por medio del lenguaje hablado, por lo que no se limita la comunicación al contrario se hace uso del lenguaje no verbal.

### CONSIDERACIONES FINALES

Finalmente se considera que:

La interrelación entre enfermera, paciente y familia se inicia con encuentros cortos denominados interacciones; sin embargo, desde el inicio estas interacciones tienen como componente principal la comunicación que consiste no solo en la emisión de la palabra por tanto, se afirma que puede ser verbal o no verbal de manera constante y horizontal sin dejar de lado el toque terapéutico y la empatía; es decir, por ser un ser humano no es tratado como objeto sino como sujeto, respetando la dignidad de la persona, en una relación horizontal lo que le permite el logro de los objetivos planteados; sin descuidar el apoyo espiritual y psicológico que requiere el paciente.

La interrelación enfermera, paciente y familia se da en todo momento de inicio a fin desde una explicación de técnica y/o procedimiento hasta la educación a la familia para su integración con el paciente durante la hospitalización; sin embargo, surgen limitaciones en la interrelación enfermera, paciente y familia siendo uno de ellos el cumplimiento de los protocolos para brindar la información; asimismo, el estado crítico del paciente en la Uci no permite una comunicación verbal. Es ahí cuando la enfermera brinda cuidado considerando la empatía y apoyando al paciente y familia mediante el toque terapéutico.

Comentado [YM3]:

### **RECOMENDACIONES**

- ✓ A las enfermeras del servicio de UCI escenario del estudio reflexionen sobre los resultados y mejoren si es necesario.
- ✓ Al Hospital realizar capacitaciones, implementar planes de trabajo, talleres permanentes, donde permita desarrollar habilidades y destrezas que permitan afianzar el toque terapéutico en una interrelación enfermera, paciente y familia.
- ✓ Realizar trabajos de investigación donde se relacione la variable de estudio, debido a que esta área crítica de investigación ha sido poco estudiada por nuestros medios en la actualidad.
- ✓ A la Facultad de Enfermería que continúen las investigaciones en la temática con diferentes tipos de población en diferentes áreas de la enfermería.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramírez P. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Revista Universitaria [Internet] 2015[consultado 17 Jul 2018]; 3(10). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n3/1665-7063-eu-12-03-00134.pdf>
2. Mastrapa YE, Gibert Lamadrid Md. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Revista Cubana de Enfermería [Internet]2016 [consultado 15 Nov 2017]; 32(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>.
3. Escobar B. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud [Internet]. Chile: Universidad de Concepción; 2018 [consultado 17 Ene 2018]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v24n1/1726-569X-abioeth-24-01-00039.pdf>
4. Mejía L, María E. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. Index de Enfermería [Internet], [consultado 20 Nov 2018; 15(54). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132)
5. Asmat Ortiz N, Mallea Butron Y, Rodríguez López F. Comunicación y apoyo emocional de enfermería según el familiar del paciente crítico en un hospital de Lima Metropolitana. [Tesis Posgrado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018.

6. Mendieta Bailón E, Munarriz Palomino L, Zamora Córdova M. Efecto de un programa educativo en el conocimiento y la incertidumbre de los familiares de pacientes críticas. [Tesis Posgrado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016.
7. Jover Sancho. La práctica reflexiva en el desarrollo profesional de las enfermeras de atención al paciente crítico: Liderazgo de los cuidados. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universito de Barcelona; 2016
8. Margarita Poblete Troncoso, Sandra Valenzuela Suazo. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta. [Internet] 2007 [Consultado 10 Agt. 2018]; 20(4). Disponible en:  
<https://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
9. Jover Sancho. Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico. Enfermería Intensiva [Internet] 2014[Consultado 20 Nov 2018]; 26(1). Disponible en:  
<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239914000947>
10. Leonel AA, Fajardo G, Tixtla, Aparqui J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. Enf Neurol Mex. 2012 [citado 13 Feb 2016]; 11(3):138-41. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123d.pdf>
11. Calderón Ya chachi. Comunicación enfermera- familia y nivel de estrés por hospitalización de familiar en la unidad de cuidados intensivos del hospital

Ramiro Priale. [Tesis Postgrado]. Huancayo; Universidad Nacional del Centro del Perú; 2014.

12. Rosa M. El Tacto Terapéutico: una herramienta al servicio de enfermería [Internet] [Consultado Dic 2018]; 48(14). Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4984761>
13. CODEM. Comunicación efectiva enfermera-paciente: Una estrategia más en el cuidado. Madrid: Colegio oficial de enfermería de Madrid; 2015 [Consultado 10 Nov 2018]. Disponible en:  
<https://www.codem.es/noticias/comunicacion-efectiva-enfermera-paciente-una-estrategia-mas-en-cuidado>
14. Vidal Blan R. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. Enfermería Global [Internet] 2009 [Consultado 20 Dic 2018]; (17). Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000300021&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300021&lng=es).
15. Veloza G., Mónica del Mar y Pérez G., Beatriz. La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería. Hallazgos. 2009; 6 (11): 151-162. [Consultado 27 de octubre de 2018]. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4138/413835199009>
16. Muggenburg Rodriguez Vigil, María y Riveros Rosas, Angélica. Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario: Parte I. Enferm. univ [Internet]. 2012, vol.9 (1). Disponible en:

<http://www.scielo.org.mx/scieloOrg/php/reference.php?pid=S1665-70632012000100005&caller=www.scielo.org.mx&lang=es>

17. González Ortega Y. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. Aquichan [Internet] 2009 [Consultado 20 Nov 2018]; 7(2). Disponible en: <<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/108/217>>. Fecha de acceso: 27 oct. 2018
18. Gómez L. El paciente crítico en la UCI: saber comunicarse con él y su familia. UIC [Internet] 2015 [Consultado 15 Ene 2018]; 52 (14). Disponible en: [https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/253926/Llu%C3%ADs\\_G%C3%B3mez\\_G%C3%B3mez.pdf?sequence=1](https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/253926/Llu%C3%ADs_G%C3%B3mez_G%C3%B3mez.pdf?sequence=1)
19. Canga A., Esandi N. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2016 [citado 2018 Oct 27]; 39(2): 319-322. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272016000200016&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200016&lng=es)
20. Meo, Analía Inés. Consentimiento informado, anonimato y confidencialidad en investigación social. la experiencia internacional y el caso de la sociología en argentina. Aposta. Revista de Ciencias Sociales [Internet] 2010 [Consultado 27 de octubre de 2018]; 44(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4959/495950240001>
21. Campo Martínez M.C., Cotrina Gamboa M.J. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. Enferm. glob. [Internet] 2011 [citado 2018 Oct 27]; 10(24). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-)



61412011000400009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400009>

22. Siurana Aparisi J. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas [Internet] 2010 [consultado 10 Ago. 2018]; 22(121). Disponible en:  
  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>
23. Ceballos Herrera, Froylán Antonio. El informe de investigación con estudio de casos. Magis. Revista Internacional de Investigación en Educación [en línea] 2009 [fecha de Consulta 27 de Octubre de 2020]; 1(2), 413-423. Disponible en:  
  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281021548015>
24. Quiles Marco Y. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. Generalitat [Internet] 2006 [Consultado 10 oct 2018]; 1(169). Disponible en:  
  
<http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Tecnicas-de-comunicacion-en-Enfermeria.pdf>.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1



### **FACULTAD DE ENFERMERÍA**

### **GUIA DE ENTREVISTA**

### **PARA LA ENFERMERA (O)**



“INTERRELACIÓN ENFERMERA, PACIENTE Y FAMILIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DE UN HOSPITAL DE PIURA, 2017”

La presente entrevista tiene como objetivo: Develar las interrelaciones de la enfermera, paciente y familia en la unidad de cuidados intensivos, de un Hospital de Piura.

Los resultados de la presente investigación son netamente confidenciales, por lo que solicitamos la veracidad de sus expresiones.

#### **I. Datos Generales:**

- ☐ Edad:.....☐ Tiempo de servicio:.....
- ☐ Especialidad:.....
- ☐ Seudónimo:.....

#### **II. Datos Específicos:**

1. Cómo se interrelaciona con el paciente, en qué momento y cómo lo hace?
2. Cómo se interrelaciona con la familia, en qué momento y cómo lo hace?

## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENFERMERA (O)

Fecha \_\_\_\_\_

Yo.....,

acepto participar de forma voluntaria en la investigación titulada : “Interrelación enfermera, paciente y familia en una unidad de cuidados intensivos, de un Hospital de Piura - 2017 ”, realizado por Enfermeras de la Especialidad de UCI – ADULTO de la facultad de enfermería de la UNPRG -POSTGRADO; cuyo objetivo es, Develar las interrelaciones de la enfermera, paciente y familia en la unidad de cuidados intensivos, de un Hospital de Piura, estando de acuerdo con la utilización de los datos de mi entrevista para los fines de esta investigación.

Declaro que fui informada sobre los siguientes aspectos:

1. Mi participación será espontánea y que concuerdo con la utilización de datos de esta entrevista para fines de la investigación.
2. Las informaciones obtenidas serán tratadas bajo absoluto secreto, anonimato y fielmente relatadas por las investigadoras.
3. Que las investigadoras estarán disponibles para cualquier aclaración que sea necesario respecto al asunto abordado.
4. Que la información brindada será utilizada solo para fines de trabajo científico.

5. Que tendré el derecho de retirar el consentimiento para mi participación cuando lo desee.
6. Que la entrevista será grabada y será transcrita tal cuál se manifiesta en la grabación.
7. Que se observará también el lenguaje no verbal se realizará el análisis de las observaciones pertinentes tales como gestos, ademanes y reacciones respectivas.
8. Que para cualquier duda o necesidad de realizar un cambio con respecto a la entrevista se podrá llamar al teléfono de las investigadoras: 963657367-968000488, o también al número de la Secretaria de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo: 942162521.

Confiando plenamente que todo lo expresado en esta entrevista será de estricta confidencialidad entre mi persona y las investigadoras.

Firma del entrevistado

Firma del entrevistador

Teléfono:

Teléfono: 963657367



## Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Susana Silvestre Soto Mendoza  
Título del ejercicio: INTERRELACIÓN ENFERMERA, PA..  
Título de la entrega: INTERRELACIÓN ENFERMERA, PA..  
Nombre del archivo: 2020\_oct\_15\_Turnitin\_Yuri\_y\_Susa...  
Tamaño del archivo: 275.59K  
Total páginas: 68  
Total de palabras: 15,415  
Total de caracteres: 83,571  
Fecha de entrega: 17-oct-2020 12:22a.m. (UTC-0500)  
Identificador de la entrega: 1417869604

Dra. Lucía Aranda Moreno  
ORCID:0000-0002-6029-6638  
DNI: 16415433

UNIVERSIDAD NACIONAL  
"PEDRO RUIZ GALLO"



TESIS

El presente es un documento de carácter confidencial y no debe ser publicado ni difundido en ningún medio de comunicación social, ni en Internet, ni en cualquier otro medio de comunicación social.

PROFESORADO:

Dr. José Manuel Sánchez (Catedrático)  
Dr. José Manuel Sánchez (Catedrático)

ASISTENTE:

Dr. José Manuel Sánchez (Catedrático)

## INTERRELACIÓN ENFERMERA, PACIENTE Y FAMILIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL DE PIURA 2017

ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN



FUENTES CONSULTADAS

1	<a href="http://scielo.isciii.es">scielo.isciii.es</a> Fuente de Internet	4%
2	<a href="http://www.redalyc.org">www.redalyc.org</a> Fuente de Internet	2%
3	<a href="http://aprenderly.com">aprenderly.com</a> Fuente de Internet	2%
4	<a href="http://www.coursehero.com">www.coursehero.com</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://nive.usdp.mx">nive.usdp.mx</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="http://www.revenfermeria.sld.cu">www.revenfermeria.sld.cu</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="http://www.scielo.org.co">www.scielo.org.co</a> Fuente de Internet	1%
9	<a href="http://idoc.pub">idoc.pub</a> Fuente de Internet	

*Lucía Aranda Mero*

Dra. Lucía Aranda Mero  
CÓDIGO 0000-0002-4029-4638  
DOI: 10.1515/000