

Artículo de investigación

Lo que quiero saber: significado del familiar en la interacción enfermera paciente durante la hospitalización

What i want to know: meaning of the family member in nursing-patient interaction during hospitalization

Daniel González ¹ [✉ ORCID](#); Alex Mauricio Lopera Arango ² [✉ ORCID](#); Diana Patricia Montoya Tamayo ³ [✉ ORCID](#); Fredy Duván Tamayo Botero ⁴ [✉ ORCID](#); Indira Islem Tejada Pérez ⁵ [✉ ORCID](#)

Fecha correspondencia:

Recibido: junio 16 de 2020.

Revisado: julio 8 de 2020 .

Aceptado: marzo 12 de 2020.

Forma de citar:

Gonzales D, Lopera A, Montoya D, Tamayo F, Tejada I. Lo que quiero saber: experiencia del familiar durante la hospitalización. Rev CES Enf. 2020; 1: 3-16.

[Open access](#)

[Creative commons](#)

[Ethics of publications](#)

[Peer review](#)

[Open Journal System](#)

Filiación:

1. Estudiante de Enfermería. Universidad de Antioquia.

2. Magíster en Enfermería Docente Ocasional. Universidad de Antioquia.

3. Magister en Educación y Desarrollo Humano Docente Ocasional. Universidad de Antioquia.

4. Magíster en Enfermería Docente asociado. Universidad de Antioquia.

Resumen

Este artículo presenta los resultados de una investigación que tuvo como **objetivo** comprender el significado que los familiares le otorgan a la interacción con la enfermera durante el proceso de hospitalización. Mediante **metodología** cualitativa con enfoque etnográfico y fue realizada durante 18 meses. Se hicieron entrevistas semiestructuradas a diez familiares de pacientes que estuvieron hospitalizados por cualquier causa y en cualquier servicio. Los **resultados** dieron cuenta que, en esta interacción, la familia busca información para conocer del estado del paciente, solicitar intervenciones de enfermería o realizar cuidados de manera informal, mediante cuatro formas: observación del entorno, indagación al personal de enfermería, explicaciones que ofrecen los profesionales a los familiares y orientación de otras personas. La información obtenida mediante estas estrategias, puede ser incoherente, generando en los familiares sentimientos de desconfianza, angustia o disgusto. Se **concluyó** que, durante la hospitalización, el familiar busca saber del paciente para conocer su evolución y poder aprender a cuidarlo, mediante la interacción con el personal de enfermería; no obstante, encuentra que la enfermera es ajena, por ende, la información debe ser solicitada a otras personas, como auxiliar de enfermería, médicos, especialistas y personal de apoyo.

Palabras clave: relaciones interpersonales, enfermera, cuidado de enfermería, familia, información.

Abstract

This article presents the results of an investigation that aimed to understand the meaning that relatives give to the interaction with the nurse during the hospitalization process. Using qualitative methodology with an ethnographic approach and it was carried out for 18 months. Semi-structured interviews were conducted with ten relatives of patients who were hospitalized for any reason and in any service. The results showed that, in this interaction, the family seeks information to know the patient's condition, request nursing interventions or carry out care informally, through four ways: observation of the environment, inquiry to the nursing staff, explanations offered by the professionals to relatives and guidance of other people. The

5. Magíster en Enfermería
Docente Ocasional.
Universidad de Antioquia.

information obtained through these strategies may be incoherent, generating feelings of mistrust, anguish or disgust in family members. It was concluded that, during hospitalization, the family member seeks to know about the patient in order to know his evolution and to learn to take care of him, through interaction with the nursing staff; However, he finds that the nurse is alien, therefore, the information must be requested from other people, such as nursing assistants, doctors, specialists and support personnel.

Keywords: interpersonal relationships, nurse, nursing care, family, information.

Introducción

El eje central de la profesión de enfermería es el cuidado, considerado el acto más primitivo que un ser humano realiza (1), dirigido a individuos, comunidades y familia; en esta investigación se entendió familia como el grupo de individuos "que viven bajo un mismo techo, comparten una historia en común, rasgos genéticos, roles, estilo de vida, costumbres y creencias" (2), donde las dinámicas familiares determinan su funcionamiento como una unidad, como sistema de vínculos que pueden ser modificados por cualquier tipo de estímulo externo que afecte a alguno de sus miembros, lo que tendrá repercusión en las demás personas del grupo.

En este sentido, la estancia de un ser querido en el hospital, es para la familia una experiencia estresante, traumática y desagradable que se relaciona con enfrentarse a una situación de salud que puede estar cercana a la muerte, sufrimiento, incertidumbre, ruptura de roles y aún más, al desconocimiento del proceso de salud-enfermedad. En relación, Bautista y cols., plantean que "las experiencias que viven los familiares al separarse un miembro de la familia, debido a la hospitalización, desencadena una serie de reacciones emocionales, las cuales se van intensificado en relación a la gravedad de la enfermedad" (3).

Por otro lado, se consideró el concepto de cuidado como la base disciplinar de la enfermería, y como rasgo innato del ser humano que tiene por características fundamentales la compasión, confianza y compromiso. Rodríguez y cols. (4) afirman que el cuidado humano conlleva características que lo identifican y diferencian de otros, es un acto, actitud y preocupación consciente, bondadosa, amorosa, responsable, intencionada, libre y trascendente que no significa dominación, sino respeto por el otro.

Ahora bien, al hablar de la interacción, se definen los atributos como las formas y estrategias de comunicación que favorecen la relación de confianza y permiten el vínculo de la enfermera y la familia para la resolución de sus problemas. Sin embargo, para Santana y colaboradores (5), en el proceso de comunicarse y brindar información, puede presentarse insatisfacción en los familiares derivada de falta de interacción y gestión del cuidado. Lo anterior, potenciado por el ambiente hospitalario, pues autores como Surca y cols., plantean que "el tiempo de permanencia para el paciente y su familia, en este micro espacio social, lleno de tiempos lineales, monótonos, estáticos que le brinda la enfermera con un cuidado de predominio técnico" (6), disminuyen aún más la posibilidad de interacción entre el paciente, la familia y la enfermera.

Esa interacción surge a partir de la hospitalización de un paciente, entendido, no como la persona que "tiene paciencia o sufre una enfermedad física"(7), sino, según Waldow (8), como la persona que al ser cuidada se convierte en paciente, vive una experiencia única

de enfermedad y hospitalización, en la cual se enfrenta a ciertas amenazas como el sufrimiento, incapacidad, muerte, situaciones desconocidas como el pronóstico, ambiente y personas extrañas que generan mayor incertidumbre y vulnerabilidad personal.

Con lo expuesto hasta aquí y después de una revisión de la literatura se evidenció la necesidad de profundizar en este tema, y abordar el significado que los familiares le otorgan a la interacción con la enfermera durante la hospitalización.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación cualitativa con enfoque etnográfico; participaron diez personas que hubieran tenido un integrante de la familia hospitalizado en cualquier institución (pública o privada) y servicio (medicina interna, UCI, UCE, pediatría). Se utilizó la entrevista semiestructurada como instrumento de recolección de la información, de manera presencial, en un espacio seleccionado por el participante para garantizar su comodidad. Ninguno de los participantes se negó a la entrevista o se retiró después de iniciar la recolección de la información. Cada entrevista fue grabada previa autorización del participante y transcrita a la mayor brevedad. La selección de los participantes se realizó mediante la técnica de bola de nieve, el primer participante se captó por contacto social, se garantizó el respeto por la autonomía de las personas a participar o no de la investigación.

Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que los participantes fueran personas mayores de edad, participación voluntaria, sin importar la duración de hospitalización o de la institución donde estuvo ingresado el paciente. Para el análisis de la información, se realizó codificación manual por parte de los investigadores para caracterizar y clasificar la información, y así identificar las categorías y subcategorías, hasta lograr la saturación de la información.

En los criterios de rigor se tomaron los aportes de Castillo y Vásquez (9); para garantizar la credibilidad se realizaron reuniones grupales con algunos de los participantes con el fin de corroborar la información y enriquecer la existente, los cuales refirieron estar de acuerdo con los resultados mostrados. En cuanto a la transferibilidad se realizó la búsqueda bibliográfica que permitiera comparar, con otros autores, los hallazgos con otros estudios en diferentes ambientes. Se presentaron los avances y resultados en diferentes encuentros con miembros de la comunidad académica para poner en discusión los hallazgos.

Los principios éticos fueron transversales en todo el proceso investigativo, respetando la dignidad humana de los participantes. En los criterios éticos, el principio de confidencialidad se tuvo en cuenta desde la transcripción del material recolectado, pasando por el análisis hasta la publicación de los resultados para conservar su anonimato; para la publicación de los resultados se diseñó una codificación usando la letra *E* para identificar las entrevistas y un número arábigo según correspondiera. Las entrevistas, grabaciones y transcripciones, estuvieron bajo custodia del investigador principal. No hay conflictos de intereses de los investigadores.

Resultados

En esta investigación participaron 10 personas, de las cuales 7 eran mujeres y 3 fueron hombres; con edades entre los 18 y 58 años. La duración de las hospitalizaciones tuvo un promedio de dos semanas, siendo la más larga de 8 semanas y la más corta de 5 días.

El familiar del paciente que se encuentra hospitalizado, busca continuamente obtener información, con el fin de garantizar que los cuidados que realiza el personal de enfermería sean los que realmente el paciente necesita, y al mismo tiempo adquirir conocimientos para que él pueda ayudar a brindarlos. Es así, como el familiar tiene cuatro formas para saber del paciente.

La primera es *lo que ve* en la rutina del personal de enfermería y los cambios que observa en el paciente. En segundo lugar, está la *indagación*, dada por la interacción entre familiar y personal de enfermería, mediante la pregunta ¿qué tiene el paciente? En tercer lugar, la *explicación*, en la que el familiar indaga sobre el cómo y porqué de las actividades de cuidado. Finalmente, está la *orientación* que recibe el familiar de personas diferentes al personal de enfermería. Es a partir de estos elementos que para el familiar entiende que, en la interacción, la enfermera es ajena, por ende, la información debe ser solicitada a otras personas, como auxiliar de enfermería, médicos, especialistas y personal de apoyo.

Observación: “lo que ve el familiar”

Los participantes expresaron que conocen a su familiar hospitalizado mediante un proceso comunicativo fundamentado en la observación. En esta, los familiares conocen las situaciones o las necesidades de cuidado de los pacientes por medio de dos atributos, el primero es por medio de lo que ve directamente y el segundo, es a través de la información que le ofrece el *entorno intrahospitalario*. Por ejemplo, el familiar conoce del paciente por medio de lo que observa en su situación de salud:

“le cuento que mi mamá no ha eliminado hace 36 horas, los líquidos que tiene ordenados para 24 horas han estado suspendidos durante nueve horas en el día porque aquí no hay sino una bomba de infusión...” E1 P7

“Nosotros empezamos a ver la evolución de ella, que si comía, tragaba, ya empezamos a darle no tan líquido sino más bien ya espeso... no nos tosía... porque ya no se broncoaspiraba, ya no había riesgo.” E4 P5

Los familiares obtuvieron información mediante datos que observaban, escuchaban y relacionaban en el día a día con el entorno intrahospitalario, algunos de ellos son tan repetitivos que se convierten en una rutina del personal asistencial; sobre esto, algunos participantes expresaron:

“Me sorprende mucho que la enfermera o enfermero, solamente aparece en el servicio o en la habitación de la persona hospitalizada en la mañana, para saludar, y decir yo soy la enfermera de turno, cualquier cosa que necesite por favor me llama, me llamo fulanita de tal... entonces me avisa” E1 P1

“yo no sé para que apuntaban si no hacían nada tampoco.... yo veo que son un montón de cosas como mecánicas... ellas lo hacen muy cumplidas, van y hacen el micrométodo a las siete de la mañana, preguntan si orinó, vomitó o hizo popó, los líquidos están pasando, pero no se fijan como le están pasando” E1 P6

Es la rutina del contexto intrahospitalario, la interacción entre el personal de salud y el paciente, lo que le permite al familiar, reconocer las necesidades de cuidado, ya sea para realizarlo o solicitarlo al personal de enfermería; al respecto los participantes expresaron:

"Nosotros decíamos que por qué a mi mamá se le hinchó un brazo, inclusive dijimos que por qué la tenían tan amarrada... si supuestamente tenía la isquemia cerebral, ella ya había perdido parte de la movilidad, sin embargo, ¿por qué la tenían amarrada?" E4 P3

"Yo a la auxiliar no le decía ya nada porque me cansé de decirle que a mi mamá había que cambiarle las sábanas y que me respondiera que le dijera a alguien del aseo que pasara por ahí que me hiciera el favor de cambiarla, y yo prefería no preguntar más, preferí buscar mis medios y veía que a alguien le hacían algo y yo preguntaba donde lo hacían y yo me iba y buscaba..." E2 P4

Indagación: "¿Qué se sabe del paciente?"

La interacción entre el familiar y el personal de enfermería se da mediante la inquietud constante sobre el estado del paciente; es una pregunta bidireccional, que da como resultado la información que puede obtener tanto el familiar como el personal de enfermería.

"Nosotros íbamos a buscarlos, preguntábamos al enfermero ¿quién nos puede colaborar? o ¿quién es el jefe en este momento para hacerle unas preguntas?, es que nadie nos responde nada"; o si era el caso nos tocaba ir a buscar por toda la clínica al médico..." E4 P10

En el primer caso, el familiar solicitaba información sobre el estado del paciente, intentado conocer los últimos cambios y decisiones tomadas por el personal de salud; no obstante, se encuentra inmerso en un reproceso donde debe ir de una persona a otra buscando la información que necesita:

"uno a veces va al puesto de enfermería a hablar con la jefe, entonces uno va y habla con la jefe y dice, ah, no pero yo ya le dije a la auxiliar entonces como chutándose, yo ya le dije a la auxiliar, si la auxiliar no fue, vaya búsquela" E7 P10

"el jefe era el que nos tenía que dar la información, pero era muy ajeno, decía, 'hay que esperar al especialista, yo no les puedo dar ninguna información porque no estoy autorizado'. Lo mismo las enfermeras, llegaban le ponían el medicamento, le preguntábamos y decía, 'no, yo no sé, me dijeron que le colocara esto, pero no podemos decirle nada más porque no sabemos nada, solamente estamos haciendo lo que está escrito'" E4 P3

Ahora bien, el personal de enfermería solicitó información al familiar sobre el estado del paciente, indagando sobre la eliminación, alimentación y descanso; desde el significado de los participantes, para este personal es indispensable que siempre haya un familiar acompañando al paciente, debido a que ellos son quienes informan los cambios en su estado de salud o enfermedad:

"para ellos era indispensable que mi papá o mi mamá tuvieran un acompañante, porque lo que nosotros hacíamos era informarles a ellos qué era lo que habíamos hecho durante el turno... si la llevamos al baño, si orinó, si hizo popó, si vomitó, si le pasaron el líquido, todo como los cambios que tuvo durante el día, nosotros éramos los que finalmente pasábamos un reporte final de cada turno, de lo que había pasado" E1 P2

Sin embargo, a pesar que los familiares reportan al personal de enfermería los cambios del paciente, consideran que esa información está perdida, pues no se hacen ajustes a las actividades de cuidado con base en la información brindada.

"la enfermera no se enteró que mi mamá estuvo allá y las auxiliares hicieron lo que decía en el kárdex, o lo que están acostumbradas a hacer, a decir que orina, hace popó, no come, y ya, pero con eso no se hace absolutamente nada" E1 P7

En esos casos, los familiares desarrollaron alternativas que les permitía estar actualizados sobre los cambios del paciente e informarlos al familiar que mayores conocimientos o experiencia tuviera en el proceso de hospitalización; para ello, elaboraron libretas donde registraban lo acontecido:

"yo le hice un cuaderno a mis hermanos donde teníamos control de líquidos ingeridos y eliminados, control de la glucemia, y ellos me apuntaban a mí, mis hermanos me hacían un reporte a mí, porque el personal de enfermería no hacía nada con esa información" E1 P8

Explicación: "¿Qué? ¿Por qué? ¿Cómo?"

Durante la hospitalización, el familiar necesita tener claridad sobre el estado del paciente, lo cual se logra por medio de la explicación que el personal de salud le brinda. Existen diferentes tipos de explicación, la primera está relacionada con lo que está sucediendo con el estado de salud del paciente; la segunda, es la razón del porqué está recibiendo ese tipo de cuidados y finalmente la tercera, es la explicación que requiere el familiar para asumir el cuidado del paciente.

Para el familiar, la explicación que la enfermera le brinda sobre el estado del paciente, se constituye en una forma de obtener información de lo que está sucediendo y le permite tener mayor comprensión de la situación:

"de explicarle bien como tal el tratamiento y los procedimientos que se le van a hacer al paciente, de enseñarle metódicamente con palabras claras al acompañante qué debe hacer o qué está pasando con su paciente..." E4 P10

Luego que el familiar recibe una explicación sobre el estado actual del paciente, se pregunta sobre cuáles fueron las causas que lo llevaron a la condición actual y el porqué está requiriendo algunas intervenciones de cuidado; esta explicación pocas veces es comunicada a los familiares, lo que les genera inquietudes sobre cómo está siendo cuidado el paciente.

"nunca supimos por qué nunca nos explicaron, solamente llamábamos nosotros a preguntar por ella y nos decían que estaba estable..." E4 P2

"nosotros si le preguntábamos mucho porque unos días le ponían ampollitas y otros días le daban medicamento y que ellas no tenían esa forma de explicarnos el por qué... todo era callado, decían pregúntele al especialista" E4 P9

En otras ocasiones, el familiar tiene unas expectativas frente a la información que recibirá, sin embargo se encuentran con explicaciones insuficientes y en momentos, poco oportuna, lo que también les genera inquietudes sobre el cuidado:

"lo único fue la doctora al final que me dijo que le iba a dar salida a mi mamá y que los exámenes habían salido buenos... eso fue lo único que me dijeron, pero no hubo nada más, nadie se acercó" E2 P2

A pesar de todo, existen momentos donde la enfermera brinda explicación al familiar, lo cual le ayuda a tener claridad en el proceso de hospitalización.

"todo nos lo explicaron allá. Uno decía una inquietud y nos decían: lo que pasa con ella es esto; o hay mismo llamaban al internista o al médico para que ellos nos despejaran mejor las dudas..." E4 P14

Finalmente, el familiar recibía información para poder realizar el cuidado en el hogar, lo cual le genera dudas e inquietudes sobre cómo debe hacerlo:

"es que ustedes tienen que aprender porque para la casa se la van a llevar con esto, desde ya aprendan. Entonces nos explicaron un día y ya nos dejaban solas para nosotras alimentarla." E4 P4

Orientación: "Una ayuda diferente"

En la búsqueda por saber sobre el paciente, los familiares encontraron apoyo por personas diferentes al personal de enfermería, que los orientaron debido a que tienen conocimientos en el área de la salud:

"igual nosotros no sabíamos del tema, entonces como tengo una prima que es médica, yo la llamé y le conté, ella nos explicó qué había pasado, y que eso era como un infarto cerebral que le había dado" E4 P2

En otras circunstancias, los familiares se orientan entre ellos, dando las indicaciones principales para cuidar al paciente:

"yo les enseñé a mis hermanos como se revisaba una vena, cómo se calculaban las goticas... cuando nos tocaba pasar dos medicamentos al mismo tiempo" E1 P5

Una segunda fuente de orientación para los familiares fueron los médicos y los especialistas que dan las indicaciones, informando la evolución del paciente, mientras que, por parte de enfermería no reciben orientación o recomendaciones para el cuidado.

"el médico y los especialistas casi siempre eran los que estaban ahí dando el reporte y dando requisitos para uno llevarse a la casa, porque los auxiliares y las jefes no, nunca estuvieron para decir recomendaciones, siempre fueron los médicos o los especialistas" E4 P11

Incoherencia: lo oculto de la información

En la constante búsqueda de información, el familiar identifica incoherencias entre lo que explican, orientan e informan.

"me dijo que pidiera una cita en la EPS y yo sabía que tenía derecho a una revisión en 8 días y la jefe que no... entonces, yo hablé allá en la oficina y ahí mismo me dijeron, claro, a los 8 días tiene revisión..." E7 P6

Otra manera en que se manifiesta la incoherencia para los familiares, corresponde a dar la información de manera incompleta, o se omite, sin contemplar todas las opciones posibles, transfiriendo responsabilidades a otros profesionales.

"Usted nos dijo el pro y el contra, pero nunca nos puso al tanto en el momento que era, porque él no nos daba ninguna información, decía que había que esperar el cardiólogo y el internista para que nos diera la información" E4 P2

Para los participantes, en ocasiones, la información que reciben no tiene coherencia, pues observan dificultades en la comunicación entre el personal de salud, lo que genera desconfianza y que el proceso de hospitalización sea más difícil.

"nunca había coherencia, porque la doctora dijo que iba a ordenar ciertos exámenes y otros procedimientos... yo fui y le dije a la enfermera... y me dijo que no habían ningunos exámenes, entonces no sé si ellas no tenían comunicación" E2 P3

Sentimientos: desconfianza, angustia y disgusto

Como consecuencia de la incoherencia entre la observación, indagación, explicación y orientación, se generaron en los participantes sentimientos de desconfianza, angustia y disgusto.

Los familiares argumentaron que algunas acciones de cuidado les generaban desconfianza por la falta de comunicación, o por la incoherencia entre lo que se observa y se necesita para el cuidado del paciente, según su conocimiento previo; esta desconfianza produce un distanciamiento entre los familiares y el personal de enfermería.

"ella tenía que haber respondido a la cirugía a los dos días y ella no despertó, se llegaron ocho días y no despertó, inclusive nos pareció muy raro, ellos se debieron haber dado cuenta ahí mismo de que pasaba algo, ahí hubo algo oscuro porque nunca nos dijeron por qué ella no despertaba" E4 P2

Ese sentimiento de desconfianza se suma a la percepción de un cuidado limitado y con problemas no solo en la relación de las personas sino también, en la responsabilidad ética y legal, cuando esa desconfianza involucra acciones punibles.

"yo creo que hasta la dejaron caer porque a nosotros nos la entregaron... con unos puntos y cortada la cabeza, inclusive preguntamos si era que le habían hecho un examen o algo, y que no, que nunca; entonces me imagino que se les cayó y por evitar problemas o algo nos ocultaron, que ahí fue que le dio a ella la isquemia cerebral" E4 P2

Por otra parte, los participantes compartieron que la angustia es un sentimiento permanente suscitado por la condición de enfermedad y la incertidumbre que esta genera, además, por los procedimientos, medicamentos y atención del paciente; este sentimiento crece por la poca información que reciben los familiares por parte del personal de salud.

"cuando iban a aplicar la medicación uno como acompañante tiene mucho temor por tener el ser querido enfermo y es como todas las dudas emocionales, si se va a recuperar, el qué tiene, qué le están haciendo, se tienen muchas angustias y a veces los médicos o los enfermeros llegan a aplicar solo la medicación y se van" E2 P2

Por último, se identificó el disgusto como un sentimiento frecuente en los participantes, dado por las condiciones en las que se brinda el cuidado, pues consideran que el paciente merece mayor atención, lo que implica que deba haber mejor comunicación entre el equipo de salud para garantizar el cuidado.

"hubo un momento en el cual yo me puse muy seria y le dije, que pena contigo, yo creo que los pacientes merecen respeto, tú como me dices que no tienes comunicación con la doctora y que yo soy la que la tiene que ir a buscar... yo misma les llamé la atención"
E2 P3

Discusión

Asumir el proceso de hospitalización, implica cambios para la persona que afronta la enfermedad, pues pasa a vivir en un ambiente desconocido con normas y rutinas diferentes a las de su hogar; así mismo, el familiar que lo acompaña en este proceso, debe afrontar los cambios que conlleva la hospitalización (10), adecuar sus horarios, alimentación, descanso y realizar ajustes a sus actividades diarias (11). Cuando el familiar ingresa a la institución de salud, se propone como primer objetivo *saber del paciente*, para identificar oportunamente los cambios, aprender a cuidarlo y apoyar en el proceso. En este sentido, explica Durán (12) que las familias y los pacientes en el contexto actual, tienen unas demandas al sistema de salud, de cara a poder afrontar el cuidado intrahospitalario sino también, lo que vendrá después.

Continuamente, el familiar indaga sobre la situación del paciente, los procedimientos, exámenes, medicamentos, alimentación, higiene, descanso y evolución de la situación (13); no obstante, en ocasiones encuentra una respuesta silente, por parte de una enfermera ausente, que si bien, debe cumplir múltiples funciones, esto no debe alterar su trato humano con el paciente y sus familiares, pues puede volverse insensible ante la vida de los demás, olvidando que los familiares están afectados por la enfermedad y el internamiento de su paciente; por tanto, el familiar asume el rol del cuidado cuando las enfermeras están ocupadas y no tienen el tiempo adecuado para atender y evaluar a los pacientes como lo afirman Eghbali-Babadi & Shokrollahi (14). Se estima que cuando se brinda información adecuada los familiares podrán entender mejor los procesos y su colaboración con el cuidado del paciente será más efectiva y menos perturbadora como lo expresa Villagaray y Moreno (15).

Es claro que el enfermero debe ser el líder de este proceso informativo, y reconocer que, la acción de ignorar el derecho de la familia a ser escuchada y recibir informaciones relacionadas con el diagnóstico y evolución del paciente, compromete el bienestar físico y mental de los familiares, aumentando su ansiedad y estrés como lo expresan Santos y Colaboradores (16); no obstante, esta información en algunos casos es insuficiente, lo que obliga al familiar a desarrollar la observación, indagación, explicación y orientación, como estrategias para saber del paciente, con el fin de disminuir su nivel de angustia e incertidumbre. En este sentido, autores como Huriani (17), afirman que la familia tiene la necesidad de información sobre la salud del paciente, para estar equipada y poder dar respuesta a la responsabilidad de cuidar a su familiar con problemas de salud.

La primera estrategia es la observación, en la que el familiar detalla las rutinas y comportamientos que realiza el personal de enfermería frente al cuidado del paciente; esto lo hace con dos objetivos, el primero es identificar la evolución del paciente y el segundo aprender cómo debe ser el cuidado en casa o en el mismo hospital. Ramírez y cols., afirman que en la comunicación no solo se hace uso de las palabras y el tono de

voz, sino que el lenguaje corporal, tiene gran significado, es una herramienta muy eficaz para captar mensajes con los que la persona expresa sentimientos y necesidades, de manera que las relaciones interpersonales se logren adecuadamente (18); aspecto, que el personal de enfermería puede olvidar, pero el familiar identifica fácilmente, pues ve a la enfermera invisible, y reclama su presencia en el cuidado del paciente.

Otra estrategia que implementa el familiar, consiste en interactuar directamente con el personal de enfermería indagando sobre la evolución del paciente, los cambios evidenciados tanto por el familiar como por el equipo de salud. Paradójicamente, el familiar no obtiene respuestas claras, sino que se ve inmerso en el denominado *"reproceso de la información"*, donde hacen que el familiar circule entre el médico, auxiliar y enfermera, recibiendo mensajes contradictorios, como lo afirman Santos y cols., información simultánea discrepante, que provoca confusión, dificultad de discriminación, además dudas y ansiedad (16).

Sumado a esto, el familiar debe dar un informe al personal de enfermería acerca de los cambios en la eliminación, alimentación y descanso del paciente; siente la necesidad de brindar esta información, pues considera que el personal de enfermería debe saber todo lo que ha pasado con el paciente para poder brindar cuidados; no obstante, identifica que el personal no utiliza la información suministrada en la ejecución de los cuidados. El familiar evidencia una conducta fría, impersonal y puramente técnica en la atención, contraria a cualquier presupuesto de una asistencia terapéutica y humanizada; situación descrita por Jiménez y Torrealba, para las cuales las explicaciones del personal de enfermería tienen discrepancias, lo que genera sentimientos negativos en los pacientes y familiares (19). Cuando el profesional de salud no interactúa o establece comunicación con la persona a la que está atendiendo o sus familiares, los convierte en objetos, limitando los beneficios de la interacción en el cuidado. (16)

Ahora bien, con el propósito de ampliar su conocimiento sobre el paciente, el familiar utiliza una tercera estrategia al acudir al personal de enfermería para que éste le explique sobre la forma adecuada de brindar los cuidados, con el fin de irse entrenando y convertirse en un buen cuidador. Sin embargo, existe una respuesta insuficiente por parte del personal de salud, recibiendo una información resumida a lo estrictamente técnico, lo que hace más evidente el distanciamiento entre los familiares y el personal de salud. En este sentido Díaz, Barrios & Mendoza, (20) afirman que la información es percibida por los familiares como una necesidad, pero para los profesionales de enfermería el brindar información no es más que un procedimiento protocolario para evitar repercusiones legales.

Cuando el familiar no encuentra la información que busca en el personal de enfermería, implementa una última estrategia que le permite tener mayor orientación sobre el cuidado del paciente; en ese momento los demás pacientes, familiares, camilleros o personal de aseo, se convierten en orientadores y guías para saber del paciente. Adicionalmente, según Arcos, Rubio & Nieto (21), con los avances tecnológicos, existen otras fuentes de información, es el caso de las aplicaciones, buscadores y redes sociales, que producen conflictos entre el familiar y el equipo de salud, pues pueden generar discrepancias en la información.

Esa divergencia en la información aumenta cuando el familiar agrupa la información obtenida mediante la observación, indagación, explicación y orientación, encontrándose en una red de confusión e incoherencia que genera desconfianza, angustia y

disgusto. Para Meleis, la relación interactiva terapéutica de persona - persona, solo se establece mediante el conocimiento, respeto y manejo de las técnicas de comunicación (22), considerando al familiar como un participante del cuidado. No se puede obviar que el familiar tiene confianza en la experiencia de la enfermera, siente alivio cuando la enfermera se acerca al paciente, responde sus inquietudes, demuestra que conoce cómo cuidarlo, es diligente, hábil y realiza coordinaciones efectivas con el resto del equipo de salud. (16)

Esta confianza, sólo se obtiene mediante la interacción, que según los resultados de esta investigación tiene un elemento fundamental en la información, la cual debe ser clara, completa y ajustada a las necesidades del familiar y el paciente, teniendo en cuenta que el ambiente intrahospitalario es un lugar intimidante y desconocido, en el que el familiar se siente inseguro para exponer sus dudas, miedos y muchas veces, se siente excluido de las conversaciones realizadas por el personal de salud Micalizzi & Bismark (23), pues en ocasiones se usa un lenguaje que no es comprendido por el familiar, aumentando la angustia y alejándose de la interacción enfermera - paciente - familia. Finalmente, Waldow (24), plantea que para que se pueda dar un cuidado real, pacientes y familiares deben confiar plenamente en las habilidades técnicas del cuidador, además de que sean tratados como personas y no como objetos.

Conclusión

Durante la hospitalización el familiar busca saber del paciente, para conocer su evolución y poder aprender a cuidarlo, mediante la interacción con el personal de enfermería. No obstante, encuentra que esa interacción enfermera-paciente, ella es ajena y por ende, la información debe ser demandada en otras personas, como auxiliar de enfermería, médicos, especialistas y personal de apoyo. Es así, como el familiar comienza a desarrollar estrategias para obtener la información mediante la observación, indagación, explicación y orientación, las cuales, en conjunto pueden aclarar inquietudes o aumentar la desconfianza, el estrés y la angustia, pues encuentra frecuentemente incoherencias en la información.

El cuidado de enfermería se reconoce como un proceso de interacción en el cual, la enfermera, el paciente y los familiares juegan un papel esencial que se estructura con cada encuentro mediante la comunicación efectiva y afectiva.

Principal contribución

Conocer las estrategias que utiliza el familiar para obtener información acerca de la situación del paciente, permite que el profesional de enfermería diseñe alternativas que permitan mejorar la calidad de la atención, fundamentada en el proceso comunicativo, partiendo de las necesidades del familiar y no de los supuestos del personal de salud.

Aspectos éticos

Esta investigación tuvo aprobación del Comité de Ética y Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, mediante el acta N°256; hubo diligenciamiento del consentimiento informado por parte de los participantes, previa participación voluntaria en el trabajo. Así mismo, la investigación tuvo en cuenta lo dispuesto en la Resolución Colombiana 8430 de 1993 (25), según la cual, se calificó este estudio como de riesgo mínimo.

Se tuvieron en cuenta las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos propuesta por el CIOMS Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (26), se respetó a las personas participantes, quienes tuvieron la autonomía de participar o retirarse del estudio en cualquier momento del proceso investigativo; la confidencialidad fue transversal en el estudio, en ningún momento desde la transcripción del material recolectado, hasta la publicación de los resultados se permitió conocer la identidad de los participantes; por tanto, se garantizó el anonimato e intimidad de los mismos.

Para la publicación de los resultados se diseñó un sistema codificado en el cual se utilizó la letra (E) para identificar las entrevistas y un número arábico diferente para cada participante. Las grabaciones y transcripciones de las entrevistas estuvieron bajo la custodia de la investigadora principal. Los datos de los sujetos actores del estudio, solo serán empleados para esta investigación y para fines académicos (27, 28).

Conflictos de interés

Los investigadores que participaron en este artículo expresan no tener conflicto de intereses.

Fuentes de financiamiento

Este artículo es derivado de la investigación: "Significado del cuidado para el familiar del paciente hospitalizado", el cual fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Comité de Ética y Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y no recibió financiación de ninguna entidad.

Referencias

1. Guerrero Ramírez R, Meneses La Riva ME, De La Cruz Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015. Rev. enferm. Herediana. 2017; 9 (2): 133 – 138.
2. Pérez Giraldo B. El cuidado de enfermería en familia: un reto para el siglo XXI Aquichan. 2002; 2 (2): 24-26.
3. Bautista Rodríguez LM, Arias Velandia MF, Carreño Leiva ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Univ. Salud [Internet] 2016 [Consultado 16 de Oct de 2019];7(2):1297-1309. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732016000200007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
4. Rodríguez Jiménez S, et al. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. Enfer. univ. 2015; 11 (4): 145-153.
5. Santana L, Yañez B, Martín J, Ramírez F, Roger I, Sucilla A. Actividades de comunicación del personal de enfermería con los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Enferm Clin [Internet] Nov – Dic 2009 [Consultado 27 jun 2019]; 19(6): 335-339. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2060/science/article/pii/S1130862109000758>
6. Surca T, Rodríguez E. Cotidiano del cuidado de enfermera desde la perspectiva del paciente hospitalizado. Rev. Cienc. Tecnol. 2018; 13 (2): 35-46.

7. España. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española [Internet] 2019 [Consultado 13 Nov de 2019] Disponible en: <https://dle.rae.es/paciente?m=form>
8. Waldow R, Figueiró R. Cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet] 2008 [Consultado 20 sept 2019]; 16 (4): 765-771 Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/S010411692008000400018>
9. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica. 2003; 34(3): 164-176.
10. Goldenberg HG. Counseling Today's Families by Herbert Goldenberg. Brooks/Cole; 1997.
11. Bustos Alfaro E, Canga Armayor A. Instrumentos de evaluación de necesidades de la familia del paciente hospitalizado: Una revisión integrativa. En XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. 2018.
12. Durán MA. La calidad de vida de los enfermos y los cuidadores. En: La riqueza invisible del cuidado. Universidad de Valencia; Valencia. 2018. Pág. 339-410
13. Achury DM, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2016; 13 (1): 55-60 [Consultado 2019 Oct 22] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000100055&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.12.001>.
14. Eghbali Babadi M, Shokrollahi N, Mehrabi T. Efecto de la comunicación familiar-paciente sobre la incidencia de delirio en pacientes hospitalizados en cirugía cardiovascular UCI. Iranian J Nursing Midwifery Res [Internet] 2017; 22: 327-31 [consultado 2019 oct 19] Disponible en: <http://www.ijnmrjournal.net/text.asp?2017/22/4/327/212985>
15. Villagaray OL, Moreno TME. Relación terapéutica entre enfermera y familia basada en la teoría de Joyce Travelbee, en un hospital de Lima. Peruvian Journal of Health Care and Global Health. 2017; 1(1): 31-35.
16. Santos F, Oliveira L, Munari D, Barbosa M, Peixoto M, Nogueira A. Cuando la comunicación es nociva en el encuentro entre profesional y familia del niño hospitalizado. Enferm. glob. [Internet]. 2015; 14 (37): 192 - 203 [consultado 2019 Ago 29] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100009&lng=es
17. Huriani E. Myocardial infarction patients' learning needs: Perceptions of patients, family members and nurses. International Journal of Nursing Sciences [internet] 2019. [Consultado 20 sept 2019]; 6(3). 294-299. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.05.001>
18. Ramírez P, Muggenburg, C. Relações pessoais entre a enfermagem e o paciente. Enferm. univ [Internet]. 2015; 12 (3): 134-143. [consultados 2019 Oct 21] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000300134&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>.

19. Jiménez Picazo MS, Leal Torrealba C. Revisión bibliográfica. Percepción de cuidados de usuario y profesionales a nivel hospitalario. *Nure Inv.* 2015; 12 (77): 1-16.
20. Díaz Pérez A, Barrios Puerta Z, Mendoza Cataño C. Cuidado y comunicación por parte de enfermeros a familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos. [Internet]. 2012 [consultado 21 oct 2019]; 11 (2): 17 – 1 Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/3816>
21. Arcos C, Rubio A, Nieto R. La comunicación con el familiar del paciente dependiente. *Actuación de enfermería. RECS.* 2016: 324-330.
22. Meleis AI. *Theoretical Nursing: Development and Progress.* Fifth ed. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. 688 p
23. Micalizzi DA, Bismark DA. The Heart of Health Care: Parents' Perspectives on Patient Safety. *Pediatr. Clin. North Am.* 2012; 59 (6): 1233-1246.
24. Waldow Vera R. El cuidado humano: La vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index de Enferm.* 2014/ Cuarta edición; 23 (4): 234-38.
25. Colombia. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 008430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
26. Código de Nuremberg. Tribunal Internacional de Nuremberg, 1947 [Internet] [consultado 2019 sept 11]. Disponible en: <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>
27. Manzini JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación. *Acta Bioethica* [Internet]. 2000 [citado 2019 sept 11]. VI(2):321-334. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>
28. Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra 2002. [Internet] [consultado 2019 sept 11]. Disponible en: http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf