



**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**“LA EMPATÍA EN LAS ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS
DE ADULTOS CON FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS”**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA
MENCION GESTIÓN DEL CUIDADO**

AUTORA:

EM Pamela Olea Cárdenas

DOCENTE GUÍA:

Prof. Sra. Cecilia Landman Navarro

VALPARAÍSO – CHILE

DICIEMBRE 2014

**“LA EMPATÍA EN LAS ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS
DE ADULTOS CON FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS”**

Tesis presentada a la Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina,
Escuela de Enfermería. En cumplimiento parcial de los requisitos para optar al
Grado de Magíster en Enfermería, mención Gestión del Cuidado,

por

EM Pamela Rosa Olea Cárdenas

Valparaíso, Chile

2014

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

INFORME DE APROBACIÓN TESIS DE MAGÍSTER

La Comisión Evaluadora de Tesis comunica al Director de la Escuela de Enfermería, de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magíster presentada por la candidata

EM Pamela Rosa Olea Cárdenas

Ha sido aprobada en el examen de defensa de Tesis, rendido el día 15 de Julio de 2015, como requisito para optar al grado de Magíster en Enfermería con mención Gestión del Cuidado y, para que así conste para todos los efectos firman como

Comisión Evaluadora:

Profesora Cecilia Landman Navarro

Guía de Tesis

Profesora Isabel Siefer Navas

Comité Académico

Profesora Liliana Pasten Ibáñez

Directora Escuela de Enfermería

Ministro de Fe

Profesor Alberto Caro Martin

Informante externo

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, deseo agradecer infinitamente a mis colegas y amigas de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos de Clínica Reñaca, que aceptaran los múltiples cambios de turno, permitiéndome la asistencia a clases y la realización de trabajos, por el estímulo, el cariño y la colaboración durante el desarrollo de este desafío.

Al equipo docente de post grado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, por la acogida en la vuelta a las aulas y por la formación entregada.

A todas las enfermeras clínicas y supervisoras de hospitales públicos y clínicas privadas, que aceptaron voluntariamente la participación en este estudio.

A mi docente guía, Cecilia Landman, por su generosidad, disposición y apoyo en la elaboración de esta tesis.

A mis amigas y amigos entrañables, que con su estímulo y colaboración, alentaron el arduo trabajo para la culminación de esta meta.

Y por último, a quienes han sido mi fortaleza desde siempre, mi familia, por la paciencia, entrega, amor y decidido apoyo en la formación y desarrollo a lo largo de mi vida personal y profesional.

DEDICATORIA

A mi adorada familia, por la colaboración, apoyo y estímulo para el logro de esta ansiada meta profesional.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	Pág.
1.1 Introducción	2
1.2 Justificación del problema.....	5
1.3 Pregunta de investigación.....	9
1.4 Definición de términos	10
1.5 Objetivos	11
 CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL	
2.1 Marco conceptual	13
2.1.1 Empatía	13
2.1.2 Relación de ayuda y actitud empática	19
2.1.3 Beneficios de la empatía sobre el ayudado	24
2.1.4 Funciones del profesional durante la relación de ayuda	25
2.1.5 Enfermería Psicodinámica. Hildegard Peplau.....	26
2.2 Marco contextual.....	35
2.2.1 Unidad de cuidados intensivos	35
2.2.2 Funcionamiento de la unidad de cuidados intensivos	37
2.2.3 Recursos humanos asociados a camas de intensivo	38
2.2.4 Funciones y actividades específicas del profesional de enfermería en una unidad de cuidados intensivos.....	39
2.2.5 Diferencias entre instituciones públicas y privadas	42
2.2.6 Perfil de la enfermera intensivista.....	44
2.2.7 Familiares en UCI	49

2.3 Definición y operacionalización de variables y factores.....	60
--	----

CAPÍTULO 3: MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Diseño de la investigación.....	62
3.2 Población en estudio.....	62
3.3 Selección de la muestra	62
3.4 Unidad de análisis	62
3.5 Descripción del instrumento.....	63
3.5.1 Especificaciones del instrumento	64
3.5.2 Validez y confiabilidad del instrumento	67
3.6 Procedimientos de recolección de datos.....	68
3.6.1 Organización y plan de trabajo.....	69
3.7 Procesamiento y análisis de datos	70
3.7.1 Análisis de los datos	70
3.7.2 Especificaciones estadísticas.....	70
3.8 Consideraciones éticas	70
3.9 Limitaciones del estudio.....	71

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1 Características de la muestra	73
4.1.1 Descripción de la población	73
4.2 Descripción de tablas y gráficos.....	75

CAPITULO 5: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Discusión.....	85
5.2 Conclusiones	89
5.3 Recomendaciones.....	91

BIBLIOGRAFIA.....	93
--------------------------	-----------

CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	100
--------------------------------------	------------

INSTRUMENTO.....	101
-------------------------	------------

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución geográfica de hospitales	73
---	-----------

Gráfico 2. Distribución geográfica de las enfermeras	74
---	-----------

Gráfico 3. Distribución de enfermeras por tipo de hospital	74
---	-----------

Gráfico 4. Distribución de frecuencia del nivel de empatía de las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de adultos	76
--	-----------

Gráfico 5. Razón enfermera/paciente versus empatía	78
---	-----------

Gráfico 6. Años de experiencia en UCI y empatía.....	79
---	-----------

Gráfico 7. Empatía por tipo de hospital	80
--	-----------

Gráfico 8. Empatía por tipo de hospital y número de pacientes por enfermera	82
--	-----------

Gráfico 9. Empatía por tipo de hospital y años de experiencia en UCI	83
---	-----------

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Descripción geográfica de la población	73
TABLA 2. Distribución del número de pacientes asignados por cada enfermera.....	75
TABLA 3. Datos generales de la población	75
TABLA 4. Estadística descriptiva de la distribución del nivel de empatía del total de enfermeras	77
TABLA 5. Estadística descriptiva de la distribución del nivel de empatía de enfermeras por tipo de hospital	81

RESUMEN

Estudio cuantitativo, retrospectivo, descriptivo y correlacional que aborda la empatía de las enfermeras con familiares de pacientes críticos hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos, en distintas instituciones de salud, en Chile.

Estudio inspirado por la Teoría de Hildegard Peplau, quien basa su teoría en las relaciones interpersonales y la relación terapéutica enfermera-paciente. El objetivo general fue determinar el nivel de empatía de las enfermeras con los familiares de pacientes críticos. Los objetivos específicos fueron: Relacionar la empatía con los años de trabajo en cuidados intensivos y la cantidad de pacientes asignados por enfermera, además de comparar los niveles de empatía obtenidos, entre las enfermeras del sector público y privado.

Se trabajó con una población de 64 enfermeras, 32 de hospitales públicos y 32 de privados, a las cuales se les aplicó en forma autoadministrada, la escala de empatía médica de Jefferson, modificada desde el punto de vista semántico, por la investigadora, para optimizar la comprensión de las enfermeras hacia los familiares.(alfa de Cronbach 0.8)

La empatía se midió a través de las tres dimensiones descritas: 1) Toma de perspectiva, 2) Atención con compasión y 3) Ponerse en el lugar del otro. El análisis de los datos fue procesado con programa Microsoft Excel 2010 del sistema operativo Windows 7. Se determinaron los estadígrafos de medidas de tendencia central y de dispersión, además de test de T de Student y de ANOVA DCA.

Del total de enfermeras encuestadas, se obtuvo un promedio general de empatía de 116 puntos de un máximo de 140. Las enfermeras que trabajan en el sector privado obtuvieron un valor promedio de 121 puntos, mayor al obtenido en el sector público (111 puntos). Asimismo, se encontró que no existe correlación entre el grado de empatía y los años de servicio como con la cantidad de pacientes asignados por enfermera.

Palabras claves: Empatía, Cuidados Intensivos, Interacción entre profesional y familia.
Descriptor de Ciencias de la Salud (DeCS) de Bireme.

ABSTRACT

Quantitative, retrospective, descriptive and correlational study the empathy of nurses towards the family members of critical patients, hospitalized in the Intensive Care Units for adults of different health institutions in Chile.

This study is inspired by the theory of Hildegard Peplau, who bases her theory in interpersonal relationships and on the therapeutic relationship between nurse and patient. The general goal was to determine the level of empathy nurses showed towards the family members of critical patients. The specific goals were: to relate the empathy with the years of experience the nurse had in the Intensive Care Unit and the amount of patients assigned to her, also compare the empathy levels obtained between the nurses working in the public sector and the ones in the private one.

The work was done in a population of 64 nurses, 32 from public hospitals and 32 from private ones. They administer themselves the Jefferson Medical scale for empathy, modified by the investigator from the semantic point of view to optimize the understanding of the nurses towards the family members (Cronbach's alpha 0.8)

The empathy was measured through three described dimensions: 1) Perspective view, 2) Assistance with compassion, 3) Put yourself in the place of the other. The analysis of the data was processed with the program Microsoft Excel 2010 of the operative system Windows 7. The statistics for the middle tendency and dispersion were determined, besides the T student test and the ANOVA DCA.

The average obtained for empathy was 116 points out of a maximum of 140 nurses interviewed. The nurses working in the private sector obtained an average score of 121 points, much higher than the ones working in the public sector (111 points). It was also found that no effects on empathy levels exist, between the years of service and the amount of patients assigned to each nurse.

Keywords: Empathy, Intensive Care, Professional Family Relations. Health Science Descriptors (DeCS) of Bireme.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1.- Introducción

1.2.- Justificación del problema

1.3.- Pregunta de investigación

1.4.- Definición de términos

1.5.- Objetivos

1.1.- INTRODUCCIÓN

Desde la creación de las unidades de cuidados intensivos, la atención médica y de enfermería, altamente tecnificada y centrada en un enfermo con riesgo vital, han dejado de lado las necesidades de información y de acogida del entorno social del enfermo, particularmente de sus familias.

En la experiencia práctica personal y recogiendo la opinión de varias enfermeras de unidades de cuidados intensivos, las familias de los pacientes críticos son poco consideradas en la atención general, pasando a convertirse en la mayoría de los casos, en un elemento molesto e inquisitivo. Si en gran parte de la atención hospitalaria, el hecho de no considerar a las familias constituye un problema, esto se acentúa aún más en las unidades de pacientes críticos, provocando situaciones de angustia y estrés elevado, tanto para las familias como para el personal que las atiende.

Las políticas actuales extranjeras y las propias nacionales, están intentando cambiar el concepto de atención de los familiares, incorporándolos cada vez más en los cuidados necesarios para la recuperación de los enfermos. El compromiso presidencial adquirido en el año 2006 en nuestro país, que instaló definitivamente el concepto de “Hospital Amigo”, ha desarrollado un programa de atención de las familias más inclusivo, con la finalidad no sólo de considerarlas en las decisiones terapéuticas, sino que también, involucrarlas en los cuidados necesarios durante la hospitalización y para la posterior alta.

Es así como las tendencias actuales, han comenzado a abordar el tema de atención a los familiares, bajo el discurso de humanizar aún más la atención en un concepto holístico de las personas. Sin embargo, gran parte de las unidades de cuidados intensivos a nivel nacional, han incorporado parcialmente los requerimientos de este compromiso, aludiendo principalmente a la poca participación que se requiere de las familias en la recuperación de personas cuyas necesidades son cubiertas por conocimientos y tecnología altamente especializadas.

La aún limitada consideración del equipo de enfermería al hecho de incluir a las familias como sujetos de cuidado, provoca diferentes cuestionamientos, tales como: ¿Es necesario que el personal de salud viva como experiencia propia y particular el hecho de tener a un ser querido hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos, para poder sensibilizarse

ante el dolor de las familias?, ¿Se requerirían de más estudios dirigidos a conocer las percepciones de los familiares, para evidenciar más el problema? o ¿Es necesario que enseñemos y aprendamos a empatizar con los sentimientos de las familias?.

Lo anterior se refleja, en que no existe una atención planificada y sistemática dirigida a las familias de los pacientes críticos, lo que no significa que éstas no presenten necesidades susceptibles de ser atendidas por los profesionales que trabajan en las unidades de cuidados intensivos, tal como lo demuestran Zaforteza, Sánchez y Lastra (2008), quienes con más de una década de estudios sobre los familiares de pacientes críticos, aluden a las carencias en necesidades fundamentales que presentan los familiares, como la necesidad de sentirse seguros, estar próximos a su ser querido, la necesidad de ser informados en un lenguaje comprensible, la necesidad de soporte y la necesidad de confort.

Otros autores, como Harvey (1998) señalan que las unidades de cuidados intensivos son el lugar, dentro del recinto hospitalario, donde las familias sufren más, debido a situaciones de espera incierta, sensaciones de amenaza y aproximaciones reales a la muerte.

Por otro lado, Zaforteza (2005), demuestra que los profesionales que trabajan en las unidades de cuidados intensivos, tienen que realizar un esfuerzo añadido, al que ya implica trabajar en dichas unidades, para otorgar atención a los familiares de sus pacientes, reconociendo enfermeros y médicos que se sienten incómodos y poco formados ante la muerte y las situaciones de incertidumbre que pudieran presentar los usuarios de sus servicios.

Sin embargo, dentro de lo que el perfil de una enfermera intensivista debiera poseer, como lo describe Guevara, Zambrano de Guerrero y Evies (2007), ésta debiera incluir una filosofía integradora que abarque conocimientos afectivos, emocionales, científicos y tecnológicos, resaltando cualidades tales como el altruismo, tolerancia, afectuosidad, capacidad para enfrentar el estrés y para mantener relaciones interpersonales armoniosas con todas las personas con quienes interactúa, pero por sobre todo empatía, que destaque la humanización del cuidado que proporciona no sólo con el paciente, sino que también con su familia. Es importante que la enfermera intensivista incluya y cuide al unísono “a la persona que está hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos y a sus familiares como un solo núcleo del cuidado, lo que facilita a ésta comprender las dificultades socio emocionales surgidas en el grupo familiar como una totalidad, esto a su vez permite darles apoyo más

decidido y comprometido durante el proceso de adaptación a la nueva situación que confrontan (Galicia y Zambrano de Guerrero, 2000)” (Guevara et al., 2007).

Dada la importancia que constituye la empatía para la realización del trabajo de las enfermeras intensivistas con sus pacientes y entorno social, y que además sólo se encontraron informes de estudios de empatía de enfermeras con pacientes, pero no con familiares, la necesidad de medir este tipo de actitudes, pudiera ser relevante para un primer paso en los cambios posteriores de las nuevas políticas de salud.

Por las razones anteriormente expuestas, se estimó necesario realizar un estudio sobre el nivel de empatía presente en enfermeras de hospitales públicos y clínicas privadas de diferentes partes del país, a fin de comparar los resultados de sus realidades y comprobar si los resultados encontrados, pudieran estar influenciados por la infraestructura, cantidad de recursos disponibles, años de trabajo en una unidad de cuidados intensivos y número de pacientes asignados por enfermera.

Para llevar a cabo la investigación, se aplicó la escala de Empatía Médica de Jefferson (Jefferson Scale of Physician Empathy. JSPE), versión HP, instrumento utilizado en el idioma inglés, traducido al español, ampliamente utilizado para estudios clínicos, cuya validez y confiabilidad ha sido demostrada, incluso en nuestro idioma. Se realizaron modificaciones gramaticales para adaptarla hacia los familiares, se probó su confiabilidad y se utilizó con 64 profesionales intensivistas del país.

Se derivó de este trabajo, que el nivel de empatía de las enfermeras con los familiares de pacientes críticos, en general es compatible con un alto porcentaje y que las enfermeras de clínicas privadas poseen niveles más altos de empatía en relación a las enfermeras de hospitales públicos. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre empatía, años de servicio en UCI¹ y cantidad de pacientes asignados por enfermera.

¹ Unidad de Cuidados Intensivos, en adelante UCI o UCIs.

1.2.- JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En el contexto de las unidades de cuidados intensivos, los procedimientos de alta tecnología, las restricciones de horario y la entrega de información poco alentadora, conllevan a una carga emocional adicional para los familiares de los enfermos hospitalizados en dichas unidades. Las sensaciones experimentadas por el grupo familiar, van ligadas principalmente a sentimientos de angustia, ansiedad, temor a la muerte, soledad e impotencia, sumado a la necesidad de información certera del estado de su ser querido.

Los esfuerzos del personal que labora en este tipo de unidades, apuntan a mantener con vida a las personas graves y a detectar precozmente todas las posibles complicaciones que pudieran presentarse, por lo que el centro de la atención está focalizado en la persona enferma y en la satisfacción de sus necesidades fisiopatológicas en forma inmediata, dejando por lo tanto de lado, su entorno familiar y social.

Varios estudios a nivel internacional, han identificado las necesidades de los familiares de pacientes críticos, dando lineamientos claros de lo que implica satisfacer sus amplias necesidades, tal es el caso de De Albístur et al. (2000) quienes demostraron las diferencias entre la realidad objetiva del médico al entregar información y la realidad subjetiva de las familias, en relación a sus miedos y expectativas. Santana et al. (2007), lograron concluir que la infraestructura física de la sala de espera, la flexibilidad horaria y una atención personalizada eran preponderantes para la atención de las familias. Hidalgo, Vélez y Pueyo (2007), concluyeron que las necesidades más sentidas por los familiares, eran la seguridad y confianza en los profesionales que atendían a su paciente, como también que el nivel educacional de las familias no determinaba el grado de importancia que se le daba a la necesidad de apoyo.

Por otro lado, Zaforteza (2005) advierte sobre las dificultades de la enfermera de la unidad de cuidados intensivos en la atención de familiares del paciente crítico, quedando al descubierto la necesidad de ampliar la formación de las enfermeras en aspectos relacionados con salud mental y habilidades comunicacionales.

La misma Zaforteza et al. (2008), realizó un análisis de la literatura sobre los familiares de pacientes críticos, llegando a la conclusión que las UCIs son consideradas un ambiente hostil para los familiares y que pese a los esfuerzos por mejorar en el ámbito de la

atención de éstos, sus necesidades no quedan cubiertas. Al mismo tiempo, hace un llamado a cambiar la dirección de los estudios investigativos en relación al tema, proponiendo establecer estrategias de intervención y recomendaciones para el cambio.

A nivel nacional, Díaz, Madrid y Martínez (2002), realizan un análisis crítico de la forma de atención de los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI del Hospital Barros Luco, en la región metropolitana, en el que a través de una encuesta aplicada a las familias, se encontró que las principales deficiencias, apuntaban a la forma de entregar información y a la poca participación de la enfermera en esta actividad, lo que motivó una propuesta destinada a mejorar la calidad de la atención.

También Ourcilleón, Espinoza, Fernández y Sobarzo (2003), en un estudio destinado a identificar los problemas de comunicación e información entre el personal de UCI y las familias, advierten sobre lo poco accesibles que son percibidos los profesionales por parte de los familiares y del rol poco activo de la enfermera en la entrega de información. La evidencia pone de manifiesto las muchas necesidades de los familiares de pacientes críticos, principalmente los aspectos relacionados con la información y la forma de entregarla, pero por otra parte, también critica el rol de los profesionales de enfermería, en cuanto a la poca participación en la atención de las familias.

Las causas recaen principalmente en la poca preparación de las enfermeras en aspectos psicológicos y en técnicas relacionales, como también en las características propias del rol de enfermería en el modelo biomédico, que por tanto tiempo marcó las actividades de esta profesión. (Zaforteza et al., 2005).

Pese a ello, ya Peplau en el año 1952, definía una serie de roles ligados al proceso de enfermería y a situaciones de enfermera-paciente, enfermera-familia o enfermera-comunidad que son posibles de desempeñar de manera eficaz. Así es como describe seis roles principales, entre muchos otros, que a lo largo de la relación van ocurriendo y también superponiendo: Rol de extraño, en el que el paciente debe ser tratado con cortesía; Rol de la persona recurso, en el cual la enfermera actúa como fuente de información; Rol docente, en el que se le enseña al paciente a través de la información y de sus propias experiencias; Rol de liderazgo, por medio de una relación de cooperación y participación activa de las partes; Rol de sustituto, en el que la enfermera asume actitudes y conductas de personas anteriores significativas para el

paciente; y Rol de asesoramiento, en que la ayuda consiste en hacer que el paciente entienda que la situación actual que vive, puede ser integrada a otras experiencias de su vida.

La realización exitosa de cada uno de estos roles, requiere de ciertas características personales y profesionales, en las cuales la capacidad de ponerse en el lugar del otro, es una de las habilidades interpersonales preponderante para la consecución de relaciones armoniosas en todo ámbito, por lo que resulta fundamental que las profesionales de enfermería posean un alto nivel de esta habilidad.

Esta capacidad de ponerse en el lugar del otro desde y respetando su propia perspectiva, es la empatía y como tal, requiere de enseñanza, práctica y desarrollo desde etapas tempranas de la vida. En lo que a enfermería se refiere, la empatía juega un rol fundamental para la práctica profesional, sin ella la atención brindada caería en lo impersonal y en la deshumanización por completo.

La empatía es uno de los tantos valores que guían el desempeño de la profesión de enfermería, así podemos ver que dentro del proceso de atención de enfermería y en especial en la etapa de valoración del paciente, el respeto, el afecto, la escucha activa, la honestidad y la empatía forman parte de los valores y principios éticos que rigen esta etapa, asegurando la confianza de quien recibe la atención (Travelbee, 1966).

Así es como dentro de la fundamentación de la profesión de enfermería, no sólo la asistencia sanitaria es importante, sino que también la capacidad de relacionarse con las personas necesitadas de atención. La ética del cuidado en enfermería, está orientada a guiar a los individuos de una forma integral acerca la situación de salud que presentan y a propender hacia el mayor bienestar posible. Como asimismo, destaca la sensibilidad ante el ser humano que sufre al brindar protección, apoyo y compañía.

Las actitudes del profesional que otorga los cuidados, requieren de una disposición especial para desempeñar bien su labor, que incluye respetar los principios bioéticos y la capacidad de ponerse en el lugar del otro.

Desde el punto de vista de los cuidados intensivos, se han descrito las necesidades de los pacientes y familiares en diversos contextos socioculturales, pero no se encontró bibliografía, principalmente en español, que diera cuenta de mediciones de empatía

relacionadas con familiares de pacientes críticos, más bien sólo se encontró mediciones de empatía de diferentes profesiones de la salud, en relación al individuo enfermo, por lo que para esta investigadora, resulta necesario realizar una medición de la empatía de las enfermeras hacia familiares de pacientes críticos y relacionarla con la experiencia y la cantidad de pacientes asignados, así como también comparar los niveles encontrados, entre enfermeras que se desempeñan en el sector público y en el privado.

1.3.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de empatía que poseen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de adultos con los familiares de pacientes críticos?

1.4.-DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Años de trabajo en UCI: Cantidad de tiempo medido en años, de trabajo en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Empatía: Habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento a esa persona. Abarca aspectos cognitivos, afectivos y emocionales.

Familiares: Conjunto de personas que tienen lazos de parentesco o afinidad con el individuo enfermo ingresado a la unidad de cuidados intensivos y que requieren la satisfacción de necesidades de información, afectivas, emocionales y de confort, para el afrontamiento de la situación crítica vivenciada.

Paciente crítico: Aquel enfermo cuya condición patológica afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad, que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado.

Razón paciente/enfermera: Cantidad de pacientes asignados por enfermera en una Unidad de Cuidados Intensivos

Unidad de Cuidados Intensivos: Aquella dependencia hospitalaria destinada a proporcionar cuidado médico y de enfermería permanente y oportuno a pacientes críticos inestables con posibilidad de recuperación. Se caracteriza por contar con residencia médica permanente, así como tecnología de alta complejidad, solamente disponibles en estas unidades.

UCI pública: Unidad de Cuidados Intensivos perteneciente a un hospital financiado y administrado con fondos del Estado.

UCI privada: Unidad de Cuidados Intensivos perteneciente a un hospital financiado y administrado con fondos provenientes del sector privado.

1.5.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de empatía de las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de adultos con los familiares de pacientes críticos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Caracterizar la población de estudio respecto al nivel de empatía, tiempo de trabajo y relación número de pacientes/enfermera, en unidades de cuidados intensivos de adultos.
- 2) Determinar el nivel de empatía del profesional de enfermería con los familiares de pacientes críticos respecto al tiempo de trabajo en una unidad de cuidados intensivos de adultos.
- 3) Determinar el nivel de empatía del profesional de enfermería con los familiares de pacientes críticos respecto al número de pacientes asignados por enfermera de cuidados intensivos de adultos.
- 4) Comparar el nivel de empatía que poseen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de adultos de centros de salud públicos y privados, con los familiares de pacientes críticos.

CAPÍTULO 2

MARCO REFERENCIAL

2.1.- Marco conceptual

2.2.- Marco contextual

2.3.- Definición y operacionalización de variables

2.1.- MARCO CONCEPTUAL

2.1.1.- EMPATÍA

A través de los años, variados han sido los intentos por definir lo que es realmente la empatía, diferentes enfoques teóricos y sus confrontaciones han logrado contribuir al enriquecimiento de un concepto de enorme relevancia para el entendimiento del comportamiento humano y sus implicancias en las conductas pro sociales que presentan algunos individuos.

Etimológicamente el término empatía proviene del griego *em – patheia*, que significa *sentir en o sentir dentro*. “Históricamente, el término fue usado por primera vez en el año 1873 por el alemán Robert Vischer (Davis, 1996), como *Einfühlung* cuyo significado traducido sería *sentirse dentro de*” (Fernández, López y Márquez, 2008). “En 1904, el diccionario inglés Webster, incluye la palabra *empathy* por primera vez y aunque a través del tiempo ha habido algunos cambios de su significado inicial, básicamente la define como la acción y la capacidad de ser sensible a, comprender o darse cuenta de los sentimientos, pensamientos y experiencias de otra persona, sin que esos sentimientos, pensamientos y experiencias hayan sido comunicados de una manera objetiva o explícita” (González, 2005). Por su parte, el diccionario de la Real Academia Española la incluye por primera vez sólo en el año 1992 en su edición N° 21, actualmente en su edición N° 22 la define como una identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro.

Las investigadoras españolas, Fernández, López y Márquez (2008), publicaron un extenso trabajo con la finalidad de definir el término empatía, basándose en aportaciones teóricas, metodológicas e investigaciones históricas, logrando unificar y por último proponer un modelo que permitiera colaborar al entendimiento de este constructo. Lo expuesto a continuación ha sido extraído de su trabajo.

Durante la primera mitad del siglo pasado, la empatía fue definida desde un punto de vista netamente cognitivo, aludiendo a la comprensión de los sentimientos de los otros o a la adopción de la perspectiva de los otros, intentando así comprender lo que pasa por la mente de los demás (Hogan, 1969). Desde finales de los años 60 una visión diferente de la empatía se comenzó a consolidar, en la cual se concedía más importancia a un componente afectivo que a uno cognitivo, definiéndola como un afecto compartido o sentimiento vicario que se

experimenta ante las experiencias emocionales ajenas, vale decir, sentir lo que la otra persona siente (Stotland, 1969). Sin embargo, ambas visiones se refieren a la perspectiva o a la disposición de un individuo en relación a otro o a otros.

También, Batson (1991), ha definido la empatía como una emoción vicaria congruente con el estado emocional del otro, es decir que los sentimientos de interés y compasión orientados hacia otra persona, resultan de tener conciencia del sufrimiento de ésta. Sin embargo, esta visión deja de lado el aspecto cognitivo de la empatía, argumentando que la presencia de estímulos situacionales concretos de otra persona, son los capaces de provocar una emoción.

A partir de 1980, Davis entrega una propuesta integradora de la visión cognitiva y de la visión afectiva, definiendo una multidimensionalidad del concepto de empatía, en la cual incluye diferentes componentes pero relacionados entre sí, creando además un instrumento para su medición. En 1996, el mismo autor, crea un nuevo modelo para explicar lo que es la empatía, el Modelo Organizacional, en el cual sitúa los antecedentes de la empatía en las características de la persona que va a empatizar y la situación, llegando incluso a proponer una de las definiciones más aceptadas hoy en día de lo que es la empatía: Conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas.

Por otro lado, a contar de los años 90, se aborda el estudio de la empatía desde la perspectiva de la inteligencia emocional, término introducido por Salovey y Mayer (1990) pero popularizado por Goleman (1995), quienes postulan que la empatía está formada por cuatro capacidades: percepción, facilitación, comprensión y regulación emocional, lo cual incluye aspectos relacionados tanto con la percepción de las emociones de los demás como con su comprensión, acorde con las propuestas cognitivas de la empatía, dejando de lado los aspectos afectivos.

Otro modelo relacionado con la inteligencia emocional, es el que postula Baron (1997), el modelo de la inteligencia socioemocional, el cual considera que la empatía es un componente del factor denominado habilidades interpersonales, definiéndola como la capacidad de ser consciente y comprender las emociones, sentimientos e ideas de los otros, cayendo nuevamente, en el componente cognitivo del término.

Las definiciones antes descritas, difieren en cuanto a la fundamentación de los aspectos cognitivos o afectivos, no logrando establecer claramente un concepto que explique el significado de empatía.

Como ya se mencionó anteriormente, Fernández et al, (2008), han intentado colaborar en la definición de este constructo, utilizando las diferentes teorías propuestas y en la que integran los diferentes procesos implicados en la experiencia empática, considerando algunos antecedentes:

- Características de la persona con la que se va empatizar, sus características principales y sus similitudes con la persona que empatiza.
- Estado emocional de la persona que empatiza, ya que el sentirse más o menos feliz, facilitará la experiencia.
- Situación que desencadena la respuesta emocional en la persona objetivo, vale decir, la gravedad o importancia del hecho que causa la emoción, así como el grado en que tal experiencia empática, es generalizable a otras personas en la misma situación.
- Situación en la que se desarrolla la emoción empática, con aspectos facilitadores o inhibidores de la empatía, en los cuales la instrucción es permanecer objetivo o imaginarse cómo se siente el otro.
- Emoción experimentada por la persona objetivo, tomando en cuenta el signo emocional de la misma, positivo o negativo, como también su intensidad.

Este modelo, muy parecido a lo planteado por Davis en 1980, contiene procesos tanto cognitivos como afectivos. Los procesos cognitivos, se denominan *Adopción de Perspectivas* (Capacidad intelectual o imaginativa de ponerse en el lugar de otra persona) y *Comprensión Emocional* (Capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales de otros). Los procesos afectivos pueden ser positivos o negativos, dependiendo del tipo de emoción experimentada por la persona objetivo. Si es negativa, se denomina *Estrés Empático* (Capacidad de compartir las emociones negativas de otra persona o resonancia emocional negativa) y si la emoción es positiva, se hablará de *Alegría Empática* (Resonancia emocional positiva).

Puede suceder que los procesos cognitivos y afectivos se den juntos o de forma separada, así lo describen Kerem, Fishman y Josselson (2001), afirmando que los procesos

cognitivos son la antesala de los afectivos y que sólo es posible hablar de empatía si se dan los procesos cognitivos, con o sin su correlato afectivo.

De esta forma, se pueden encontrar tres tipos de procesos distintos: Empatía cognitiva (tienen lugar tanto la Adopción de Perspectivas como la Comprensión Emocional, pero no existe resonancia emocional), Contagio emocional (únicamente se produce resonancia emocional) y Empatía cognitivo-afectiva (se dan todos los procesos conjuntamente). Los dos últimos pueden ser positivos o negativos, dependiendo de si la emoción de la persona objetivo es positiva o negativa. A continuación, se describen cada uno de tales procesos con sus consecuencias tanto a nivel intrapersonal como a nivel interpersonal:

Empatía cognitivo-afectiva de signo emocional negativo: Se activan los mecanismos cognitivos que a su vez ponen en marcha los mecanismos emocionales (Estrés Empático). Sus consecuencias a nivel intrapersonal pueden ser emociones de frustración, enfado, impotencia, etc. y dependiendo de algunos aspectos como la disposición de la persona que empatiza, como su capacidad de regulación emocional, la respuesta cognitivo-afectiva de empatía ante una emoción negativa, se convertirá en algo psicológico y socialmente saludable o todo lo contrario. A nivel interpersonal, las consecuencias pueden ser dos, dependiendo de la distinción anteriormente hecha entre empatía cognitivo-afectiva saludable y no saludable: Si la persona siente una empatía saludable, la conducta prosocial se dará con alta probabilidad. Sin embargo, si la empatía que siente no es saludable, entonces puede que si la situación le permite escapar, no ayude o que si lo hace, sea para aliviar su propio malestar (Batson, 1991).

Empatía cognitivo-afectiva de signo emocional positivo: Los procesos cognitivos son iguales a los encontrados en la empatía de signo emocional negativo, aunque en este caso activan un proceso emocional de signo positivo (Alegría Empática), según la propuesta de Fernández et al. (2007). Las consecuencias a nivel intrapersonal, pueden ser emociones de satisfacción, orgullo, etc., siempre en función de los antecedentes tanto de la propia emoción empática como de la emoción de la persona objetivo. A nivel interpersonal, se traducirá en una alta probabilidad de conducta de afiliación (Mehrabian, 1997).

Contagio emocional: Smither (1977) distingue entre “empatía” vía contagio emocional y empatía vía adopción de perspectivas. En este modelo, el contagio emocional tendría los mismos antecedentes que el componente anterior, aunque existen características que impiden

a la persona que va a empatizar “ponerse en el lugar del otro” y comprender qué es lo que siente. Tal y como ha señalado Hoffman (1982), el contagio emocional es una forma de empatía más superficial, que consiste en resonar emocionalmente con el otro sin comprender sus emociones ni cuál es su situación. Esta resonancia se produce a través del lenguaje no verbal, mientras que, si interviene el lenguaje (verbal), se hablaría del fenómeno “comunidad social de la emoción” (Rimé, 1995). Si el signo emocional del contagio es negativo, las consecuencias a nivel intrapersonal podrían ser una ligera variación negativa del estado emocional y a nivel interpersonal una menor probabilidad de conducta prosocial, aumentando a su vez la probabilidad de conducta antisocial. Si se trata de un contagio emocional de signo positivo, a nivel intrapersonal se traducirá en una ligera elevación del estado de ánimo y a nivel interpersonal la probabilidad de la conducta prosocial será media o baja, dependiendo de factores situacionales.

Empatía cognitiva: La persona se pone en el lugar del otro pero no resuena emocionalmente con la persona objetivo. La causa de esto, se puede deber a algunos aspectos de los antecedentes, como por ejemplo, el encontrarse en un contexto psicoterapéutico (Giordani, 1997). A nivel intrapersonal, se puede encontrar un incremento de interés hacia la otra persona. La consecuencia a nivel interpersonal es la facilitación de la interacción social.

Cabe destacar que es importante tomar en cuenta las variables disposicionales en esta nueva propuesta de empatía, ya que este proceso no se produce de la misma manera en todas las personas. Existen personas con una mayor tendencia a empatizar que otras, tanto a nivel global como a nivel más particular de cada uno de los aspectos de la empatía. Pueden existir personas que sean más hábiles en la adopción de perspectivas o la comprensión emocional pero tengan más dificultades en la resonancia emocional, o viceversa. Incluso, existen personas con mayor facilidad para la resonancia emocional positiva que para la resonancia emocional negativa. Es por esto, que es necesario hacer hincapié que la empatía experimentada por una persona en un momento determinado no va a depender sólo de los antecedentes inmediatos de la emoción, sino que también, de la disposición a empatizar que la persona tenga.

Por otro lado, existen otras variables disposicionales que intervienen en el proceso empático, como la intensidad emocional, la emocionabilidad y la regulación emocional de

cada individuo, las que juegan un papel importante en la experiencia de la empatía, a la hora de determinar si la emoción que se experimentará al resonar con una emoción negativa de la persona objetivo será sana o no, es decir, si se experimentará estrés empático o compasión (Eisenberg et al, 1994). También intervienen en este proceso las variables clásicas de personalidad, tales como el neuroticismo (inestabilidad e inseguridad emocional), la cordialidad y la apertura (Fernández et al, 2007). El estilo atribucional, vale decir, la forma en que las personas explicamos las situaciones que experimentamos, tiene un papel mediador relevante para entender las relaciones entre los antecedentes y el proceso empático: ante una misma situación y una misma emoción por parte de la persona objetivo, diferentes personas empatizarán de diferente manera, ya que las causales motivacionales de la persona objetivo, serán percibidas de distintas formas por las personas que empatizarán.

Si bien la definición de empatía conlleva variados enfoques, para los fines de este estudio, la visión integradora de Davis (1980) y de Fernández, López y Márquez (2008) se acerca a lo que este estudio intenta investigar.

Por lo anteriormente expuesto, se podría simplificar que la empatía es una destreza básica de la comunicación interpersonal y clave en las relaciones exitosas, permite un entendimiento sólido entre dos personas y es fundamental para comprender en profundidad el mensaje del otro y así establecer un diálogo. Esta habilidad de inferir los pensamientos y sentimientos de otros, genera sentimientos de simpatía, comprensión y ternura.

Si se comprende al interlocutor, se puede percibir lo que siente, tanto si es un sentimiento agradable o desagradable. La empatía puede cambiar la disposición del interlocutor, sea de molestia, desconfianza, oposición o simplemente tensión. En ocasiones realizamos grandes esfuerzos para poder comunicarnos, lo que puede llegar a producir una gran tensión. La respuesta empática tranquiliza al interlocutor, porque éste se da cuenta que no tiene que hacer esfuerzo para darse a entender.

La empatía puede interpretarse como nuestra conciencia social, ya que a través de ella, es posible apreciar los sentimientos y necesidades de los demás, permitiéndonos leer emocionalmente a las personas y dándonos la capacidad de establecer relaciones interpersonales acertadas.

Cada relación interpersonal que se establece, a través de las manifestaciones verbales, posturales, gestuales y hasta el mismo silencio que pudiera ocurrir, es susceptible de ser decodificada e interpretada en forma apropiada, por quien posea habilidad empática.

Una persona empática, es aquella que posee la capacidad de leer situaciones y ajustarse a ellas, con gran capacidad de escucha, hábil en la interpretación del lenguaje no verbal y cuidadosa de sus intervenciones, lo que otorga la posibilidad de regular en forma constructiva las emociones de los demás y beneficiando de paso, sus relaciones interpersonales.

Cabe destacar, que el proceder en forma empática, no significa estar de acuerdo con la otra persona siempre, sino que sin dejar de lado las propias convicciones, demostrar un sincero interés en las necesidades del otro, respetando su posición y motivaciones, posibilitando aún bajo esas circunstancias, ser una persona empática.

Sin embargo, ser una persona empática puede tener sus desventajas, ya que la gran capacidad de estar demasiado conciente de la vorágine de situaciones y emociones que ocurren alrededor nuestro, podría llegar a ser dolorosa e intolerable para quienes son altamente empáticos.

Las personas con empatía, hábiles en descifrar las señales sociales, son proclives a ser excelentes profesionales en las áreas de la enseñanza, salud, ventas y gestión.

2.1.2.- RELACIÓN DE AYUDA Y ACTITUD EMPÁTICA

Basándonos en el concepto holístico de lo que es la salud hoy en día, variadas disciplinas del área de la salud se han preocupado de prestar una ayuda psicológica efectiva a quienes son sus clientes. El apoyo técnico ofrecido va dirigido no sólo a una persona en particular, sino que también a familias, grupos y comunidades, quienes esperan ser acogidos, escuchados y comprendidos para poder encontrar los elementos que los ayuden a enfrentar las dificultades que se les presentan. Este tipo de apoyo, puede llegar a convertirse en la mayor y mejor ayuda de los profesionales hacia las personas.

Dentro del marco conceptual de la psicología humana y existencial, se entenderá por relación de ayuda un intercambio humano y personal entre dos personas, en el cual el profesional de salud captará las necesidades del cliente, con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual (Cibanal et al., 2003).

Carl Rogers (1961), la definió como “Toda relación en la que, al menos una de las partes, intenta promover en el otro el crecimiento, el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada...En otras palabras, podríamos definir la relación de ayuda diciendo que es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, en una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos”.

En concreto, la relación de ayuda siempre, tiene como objetivo principal un cambio, principalmente en el cliente, ya que al final de la relación, éste posee más recursos para enfrentar sus dificultades y percibirse a sí mismo, a los demás y al mundo, de mejor manera.

Sin embargo, la consecución de este gran objetivo, conlleva a su vez el logro de varios objetivos más específicos, que se irán dando en la medida que la relación avanza hacia el fin definitivo. Algunos de ellos, se enuncian a continuación:

- Ayudar al cliente a hacer frente a sus problemas presentes.
- Ayudar al cliente a identificar sus problemas.
- Ayudar al cliente a ser agente y no paciente de su propio proceso de cambio o de resolución de sus problemas.
- Ayudar al cliente a hacer frente a sus problemas con realismo, en la medida en que éstos aparezcan.
- Ayudar al cliente a considerar varias posibilidades de ver la realidad.
- Ayudar al cliente a ensayar nuevos modelos de comportamiento.
- Ayudar al cliente a comunicar.
- Ayudar al cliente a abrirse a los otros y a establecer contactos.

- Ayudar al cliente a encontrar un sentido a su situación de crisis.

Por otro lado, la relación de ayuda o relación terapéutica como también se le llama, posee dos características fundamentales que la hacen diferente a otro tipo de relaciones que se puedan establecer. Primero, todas las energías van enfocadas hacia el cliente, idea que fue planteada por la enfermera H. Peplau (1952), quien introdujo por primera vez, el concepto de interacción terapéutica como herramienta para contribuir a la recuperación de las personas. Y segundo, es una relación que se establece conscientemente, en la que el profesional de salud establece una conexión con el cliente para ayudarlo a manejarse con sus necesidades vitales y específicas. La relación de ayuda, por demás, posibilita relaciones humanas potenciadoras de actitudes que favorecen la interrelación humana.

Además de las características fundamentales enunciadas anteriormente, existen otras que ayudan a clarificar el significado de una relación de ayuda:

- Es una ayuda concreta y puntual: Se da entre dos personas, en un tiempo y plazo determinado.
- Es una ayuda que favorece el crecimiento personal y la autonomía del cliente: Puede ser correctiva o reeducativa, cuya finalidad es ofrecer al cliente los medios que le permitan crecer, desarrollarse y superar la crisis.
- Es una ayuda eficaz: Debe atender a los objetivos que se ha fijado el cliente con la colaboración del profesional.
- Es una ayuda a nivel de comunicación: Requiere de la necesidad que el cliente y el profesional puedan compartir algo en común, que pueda acercarlos.
- Es una ayuda en situación de crisis: Ocurre en el momento en que el cliente enfrenta una crisis.

La utilización de la relación de ayuda, es particularmente beneficiosa en el manejo de los problemas de salud que provocan alteraciones en los profesionales, en los usuarios y en los familiares de éstos. A las dificultades que presentan los profesionales de enfrentar sus propios sentimientos ante determinadas situaciones, se suman el enfrentamiento de los sentimientos que presentan los pacientes y sus familiares ante problemas relacionados con su

estado de salud, tales como: Ansiedad, angustia, miedo, agresividad, ira, rabia, desesperación, impotencia y otros mecanismos de defensa.

El desarrollo de ciertas habilidades interpersonales y la adquisición de conocimientos específicos en materia de comunicación, por parte de los profesionales de salud, son herramientas necesarias para poder establecer, mantener y concluir una buena relación de ayuda. Dentro de las habilidades (Cibanal et al., 2003), se destaca: Capacidad para trabajar en grupo y aceptar las observaciones de éste, madurez psicológica, motivaciones sólidas y sanas por el trabajo que realiza, capacidad de identificar la necesidad de una preparación sistemática en técnicas relacionales y comunicacionales, capacidad de apertura hacia los otros y a la trascendencia y por último, la capacidad de utilizarse a sí mismo como elemento terapéutico.

Dentro de la relación de ayuda, además de las habilidades y conocimientos que pueda tener el ayudante, lo más importante son sus actitudes, ya que son éstas las que le llevarán a poner sus conocimientos y sus destrezas al servicio de las verdaderas necesidades del ayudado.

Los mismos autores (Cibanal et al., 2003), describen consideraciones generales antes de establecer una relación de ayuda, dentro de las cuales se destacan algunas actitudes:

- Actitud de escucha: O escucha activa, que indica interés, aceptación y comprensión por lo que el otro dice, que calla con las palabras pero todo el cuerpo le está diciendo: Sigue hablando, te escucho.
- Actitud de retroalimentación: Devolver al cliente lo que ha dicho, a nivel de contenido, sentimiento y demanda, haciéndole saber que ha sido verdaderamente escuchado.
- Actitud de respeto: Demostrar la voluntad de estar a disposición del cliente con tiempo, energía y acciones que manifiesten una preocupación por su bienestar.
- Actitud de un cierto alejamiento emocional: Comprender las necesidades del otro, sus actitudes, sus respuestas desde una posición de suficiente alejamiento emocional, con la finalidad de ser realmente un agente de ayuda.
- Actitud empática: Capacidad de ponerse auténticamente en el lugar del cliente y ver el mundo como él lo ve.

Esta última actitud, fundamental en una relación de ayuda, amerita un desarrollo más extenso de lo que realmente significa para los implicados, por lo que a continuación se desarrollará con mayor exactitud.

Para que una interacción entre dos personas sea de ayuda, se requiere que en ella se produzca una comprensión, la cual no sólo implica la capacidad de captar el significado de la experiencia ajena, sino que también la capacidad de devolver este significado a quien lo vive, para que la persona ayudada sienta que realmente está siendo comprendida. Esta disposición de entender el mundo de referencia de otra persona, es la empatía.

C. Rogers (1976), define la empatía como “la capacidad de sumergirse en el mundo de subjetivo del otro y de participar en su experiencia en la medida en que nos lo permite tanto la comunicación verbal como la que no lo es o el paralenguaje del cliente”. “Es la capacidad de ponerse en el lugar del otro y de ver el mundo como él lo ve”. Esta descripción de la empatía, acompañada de otras actitudes descritas por él mismo (Rogers, 1967), como la consideración positiva incondicional del cliente y el ser congruente o auténtico, es lo que él denomina una “actitud empática”. La consideración positiva incondicional, se refiere a la atención de las experiencias de la otra persona, sin discriminar ni prejuzgar bajo una propia escala de valores, sean éstas cuales fueren, es decir, aceptar a la persona como tal en toda su dimensionalidad de ser humano. La autenticidad, por su parte, se refiere a un estar en consonancia interna entre lo que se dice, se piensa y se siente, lo cual implica una madurez emocional real y una comprensión auténtica de sí mismo.

Como ya se ha descrito, la empatía es por lo tanto una actitud, una disposición interior de la persona que despliega habilidades concretas, especialmente la escucha activa y la respuesta comprensiva, en favor de ayudar a una persona que lo requiera. Se trata de transmitir comprensión además de comprender lo que a la otra persona le sucede, de penetrar en su afectividad, de sentir con esa persona. Cabe destacar que la empatía, en principio es unidireccional hacia el otro, no siempre es recíproca, pero puede darse la reciprocidad y tiene que ver fundamentalmente con los valores del ayudante. Por lo tanto, es una percepción particularmente fina y sensible de las manifestaciones del otro, sin prejuicios ni juicios de valor que conlleva a un conocimiento íntimo y concreto de la otra persona a raíz de un verdadero interés por sus necesidades.

2.1.3.- BENEFICIOS DE LA EMPATÍA SOBRE EL AYUDADO

Como ya se ha mencionado, la empatía en la relación de ayuda es unidireccional, lo que implica que el ayudante se centra en el mundo del otro comunicándole comprensión, dejando de lado su mundo interior. Para algunos podría resultar ventajoso el hecho de haber tenido una experiencia similar a la que presenta el cliente, pero es necesario que el profesional sea capaz de evitar realizar proyecciones en base a su propia experiencia y concentrarse en lo que la otra persona experimenta.

Diferentes autores concuerdan que varios son los beneficios de la actitud empática sobre el ayudado. Según Tausch y Tausch (1987), los beneficios de esta actitud son: Suscita sentimientos y experiencias relevantes, estimula la autoexploración, favorece la autoconfrontación y transforma constructivamente a los interlocutores.

Por su parte, Dietrich (1985), habla de los siguientes beneficios: Favorece el dinamismo psíquico y el desarrollo constructivo de la personalidad, intensifica el diálogo crítico con las propias vivencias, alivia la carga afectiva al exteriorizarla, favorece la aceptación de sí mismo y despoja de las apariencias y las máscaras.

Rogers y Rosenberg (1981), en relación a los efectos de la empatía sobre el ayudado: “Podemos afirmar que cuando una persona se siente comprendida de manera correcta y sensible, desarrolla un conjunto de actitudes promotoras de crecimiento o terapéuticas en relación a sí misma. Me explicaré. 1) La característica no estimativa y aceptadora del clima empático, capacita al cliente para asumir una actitud de estimación e interés por sí mismo. 2) Ser oído por una persona comprensiva, le hace posible ofrecerse a sí misma de modo más correcto, con mayor empatía en relación a sus vivencias viscerales, a sus significados, los cuales percibe sólo vagamente. 3) Pero, la mayor autocomprensión y autoestima le muestran nuevos aspectos de la experiencia, que pasan a formar parte de un «sí mismo» y sus vivencias. Se vuelve así más aceptadora e interesada, más empática y comprensiva, más real y congruente en sus actitudes en relación a sí misma. Estos tres elementos son exactamente aquellos que tanto la experiencia como la investigación señalan como actitudes de un terapeuta eficiente. Así pues, quizá no exageramos al afirmar que el hecho de ser empáticamente comprendido por otra persona, capacita al individuo para convertirse en un facilitador más eficiente de su crecimiento, un terapeuta de sí mismo, más eficiente”.

La demostración de una verdadera actitud empática, afable, solidaria y sensible hacia una persona en crisis, puede llegar a proporcionar en quien la recibe, claridad, esperanza e incluso, los primeros atisbos de curación.

2.1.4.- FUNCIONES DEL PROFESIONAL DURANTE LA RELACIÓN DE AYUDA

Ya en el año 1962, H. Peplau describe una serie de funciones que debe asumir el profesional que se implica en una relación de ayuda, en pro del cliente. Algunas de las más fundamentales son:

- Ser una persona a quien se pueda recurrir: Convertirse en una persona que le suministra información, que escucha su demanda e intenta darle una respuesta en función de sus posibilidades.
- Ser para el cliente como un espejo: Con una actitud de respeto, de interés, de empatía, de escucha activa y de retroalimentación, el cliente podrá ver más claramente nuevas perspectivas para abordar el problema.
- Desempeñar el rol de acompañante: Acompañar al cliente durante el trabajo de exposición y clarificación del problema, además de aceptar la expresión de sus emociones y sentimientos. De esta forma, será posible conocer la manera de cómo el cliente ve o siente su situación para poder ayudarlo.
- Rol de sustituto: Asumir roles de padre, madre o algún otro significativo para el cliente en quien pueda confiarse, con la finalidad de ser escuchado y comprendido.
- Ser un consejero en determinadas situaciones: Principalmente durante las situaciones de crisis, en las que el cliente es incapaz de ver y hacer frente a su problema.
- Desempeñar un rol de prevención: Facilitar al cliente la posibilidad de disminuir su ansiedad o angustia y así prevenir cualquier consecuencia de estos sentimientos.

Durante el desempeño de las funciones de un profesional de enfermería, existe una variedad de situaciones y problemas a los que se pueda ver enfrentado. La mayoría de las veces, el cuidado físico ocupa gran parte de las energías de todo el personal de enfermería,

pero el cuidado emocional de los individuos y sus familias, por una infinidad de causales, algunas más o menos justificables que otras, queda relegado invariablemente a un segundo plano. La relación de ayuda, herramienta fundamental para este tipo de cuidado, entrega la oportunidad para que durante su desarrollo, el profesional ayude a los individuos en crisis a aceptar su situación, a aceptar a los demás, a aprender habilidades relacionales, a identificar sus necesidades, a mejorar sus competencias, a aprender sobre sí mismo y sobre las personas que le son significativas para él, potenciando su autocuidado y su independencia física y emocional.

2.1.5.- ENFERMERÍA PSICODINÁMICA. HILDEGARD PEPLAU

Para entender el concepto de enfermería Psicodinámica, es necesario referirnos al modelo que plantea Hildegard Peplau (1909-1999), cuyas ideas inspiradas en los cuerpos teóricos de la teoría psicoanalítica, los principios de aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad, aborda por completo el tema de las relaciones interpersonales, la enfermería y las experiencias psicobiológicas.

Para explicar su teoría, Peplau comienza por definir el concepto de enfermería a través de las funciones, servicios, prácticas y oportunidades que se desprenden de la propia disciplina, llegando a una definición que subyace a una serie de nociones planteadas por ella misma, las que resume de la siguiente manera: “La enfermería es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal. Funciona de forma cooperativa con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en el seno de las comunidades. En situaciones específicas en las que el equipo profesional de salud ofrece servicios sanitarios, las enfermeras participan en la organización de las condiciones que facilitan las tendencias naturales continuadas en los organismos humanos. La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que aspira a fomentar el progreso de la personalidad en la dirección de una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria”.

Su modelo por tanto, se refiere principalmente a la forma de practicar la enfermería, aludiendo que “La enfermería Psicodinámica consiste en ser capaz de entender la propia conducta, para ayudar a los demás a identificar los problemas que sienten y aplicar los principios de las relaciones humanas a las dificultades que surgen en todos los grados de la

experiencia”. En su opinión, la enfermería Psicodinámica consiste en reconocer, clarificar y construir una comprensión de lo que sucede, cuando la enfermera se relaciona de una manera útil con el paciente.

Como ya se ha mencionado, Peplau basa su teoría, en las relaciones interpersonales para la práctica de la enfermería, en que la naturaleza de la disciplina consiste en interactuar con el cliente a fin de considerar la enfermedad o la situación de crisis, como una oportunidad para el crecimiento personal y la maduración tanto del cliente como del profesional.

Su percepción de lo que propone consiste, en que la enfermería es una relación humana entre una persona que está enferma o en necesidad de servicios de salud y una enfermera con formación especializada para reconocer y responder a necesitar ayuda.

Reconoce la importancia de los cuidados físicos sobre las personas en primera instancia, como medio para establecer una especie de “intimidad interpersonal”, precursora de una interrelación cuyo enfoque principal, es el crecimiento personal a raíz de una situación problemática.

El objetivo de la enfermería es ayudar a los individuos y comunidades a lograr un cambio que influya positivamente en sus vidas (O’Toole, 1996). Al incluir a las comunidades dentro de los objetivos de cambio, Peplau reconoce la importancia del papel de la familia, la sociedad, la cultura y el medio ambiente para la consecución de los objetivos propuestos, desde un contexto hospitalario hasta fuera de él (Riehl y Roy, 1980).

La teoría de Peplau identifica conceptos y principios básicos que sustentan las relaciones interpersonales que se producen en las diferentes situaciones de enfermería.

Supuestos básicos, dos explícitos y uno implícito:

- El aprendizaje de cada paciente cuando recibe una asistencia de enfermería es sustancialmente diferente según el tipo de persona que sea la enfermera.
- Estimular el desarrollo de la personalidad hacia la madurez es una función de enfermería y de la formación en este campo. Sus profesionales aplican principios y métodos que orientan el proceso hacia la resolución de problemas interpersonales.

- La profesión de enfermería tiene la responsabilidad legal de hacer un empleo eficaz de la enfermería y de sus consecuencias para los pacientes.

Conceptos claves de la teoría, además de la definición de enfermería antes mencionada:

- Persona: Define a la persona como ser humano, al que entiende como un organismo que vive en una situación de equilibrio inestable.
- Salud: Define salud como un término simbólico que implica un avance de la personalidad y otros procesos humanos a favor de una vida personal y social, creativa, constructiva y productiva.
- Entorno: Define implícitamente el entorno como las fuerzas existentes fuera del organismo y en el contexto cultural a partir del cual se adquieren los gustos, hábitos y creencias. No obstante, las condiciones generales que probablemente contribuirán a la salud incluyen siempre los procesos interpersonales.
- Experiencias psicobiológicas: Peplau describe cuatro experiencias psicobiológicas: Necesidad, frustración, conflicto y ansiedad, las cuales generan una energía que se transforma en algún modo de acción, ya sean respuestas constructivas o destructivas tanto de las enfermeras como de los clientes. La comprensión de ellas, ofrece una base para fijar metas e intervenciones de enfermería.

En cuanto a estas últimas, Peplau afirma de cada una de las experiencias psicobiológicas:

- Necesidades Humanas: Se expresan en una conducta que tiene por meta la seguridad y satisfacción de necesidades, deseos y anhelos. El atender a las necesidades de las personas, es una forma de utilizar la enfermería como una “fuerza social” que ayuda a las personas a identificar lo que desean y a sentirse libres y capaces de luchar junto a otros en la consecución de metas que producen satisfacción y posibilitan el progreso. La identificación de las necesidades sólo es posible cuando la enfermera se comunica con el cliente a través de una relación interpersonal.

- Frustración: Peplau sostiene que la interferencia, bloqueo u obstáculo a una necesidad o fin deseados, antes de experimentar su satisfacción, constituye una frustración, ya que la satisfacción de necesidades y la sensación de seguridad son el resultado de la consecución de una meta. La frustración constituye a menudo, una amenaza o privación de la personalidad que puede expresarse en una conducta agresiva. Si la enfermera, terapéuticamente permite expresar al cliente su agresividad, éste puede tomar conciencia de sus sentimientos y metas y reflexionar acerca de su conducta. Las metas de enfermería, a menudo obstaculizan las del cliente, por lo que la relación interpersonal ayuda tanto a la enfermera como al cliente a clarificar las metas y a alcanzar una comprensión común.
- Conflicto: Cuando las metas encontradas, distorsionan las relaciones interpersonales y separan a las personas de las tareas que deben realizar para resolver sus problemas, se ocasiona un conflicto. Las metas incompatibles entre sí, hacen imposible la objetividad, por lo que la persona muestra dudas, vacilación y/o bloqueo, así como incapacidad para tomar decisiones. Se observa la tendencia a evitar actividades, personas y la exploración de sentimientos personales. El conflicto produce una tensión que puede aliviarse mediante la búsqueda activa de las dificultades y preocupaciones sentidas por el paciente. La enfermería puede ayudar a las personas, a ser conscientes de su situación de conflicto actual y a buscar las posibles soluciones.
- Ansiedad: Un malestar inexplicable puede reconocerse como ansiedad, asociado generalmente a culpa, duda, miedos y obsesiones. La ansiedad es una fuerza potente en las relaciones interpersonales y la energía que proporciona se convierte en acción destructiva o constructiva, en función de la percepción y comprensión de todas las partes involucradas en la situación. El utilizar esta energía, para encontrar lo que se siente y piensa del problema y para explorar metas y formular planes, contribuirá a que la persona fortalezca sus relaciones con los demás y mantenga así su ansiedad en un punto mínimo. La labor de enfermería, implica una comunicación con el paciente para promover la comprensión de qué espera cada parte de la otra y qué concepciones previas sobre la enfermera y el paciente están operando. Una vez alcanzada una relación de reciprocidad, es posible desarrollar metas comunes que ayuden a la solución del problema. La disminución de la ansiedad y la posibilidad de cambios

constructivos en el paciente, exige a menudo el análisis de cómo se siente el profesional de enfermería en relación al paciente y de cómo se siente el paciente acerca de los gestos, conductas y palabras de éste, por lo que se necesita una gran colaboración entre ambos para determinar lo que cada uno busca en la relación actual.

Peplau también identifica cuatro fases en la relación enfermera-paciente o relación terapéutica, que pese a que cada una tiene características especiales, además de tareas y roles definidos para el profesional de enfermería, éstas deben considerarse interrelacionadas y superpuestas entre ellas.

1. Fase de orientación: En esta fase, la persona enferma presenta una “necesidad experimentada” a raíz de un problema de salud, por lo que solicita asistencia profesional, vale decir, que reconoce la necesidad de ayuda para afrontar un problema. La enfermera ayuda al paciente tanto a reconocer y comprender su problema, como a determinar su necesidad de ayuda.
2. Fase de Identificación: El paciente se identifica con las personas que le pueden ayudar (relación). La enfermera facilita la exploración de las sensaciones para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad como una experiencia que reoriente sus sentimientos y que refuerce los mecanismos positivos de la personalidad y le proporcione la satisfacción que necesita.
3. Fase de Explotación: Durante la fase de explotación, el paciente trata de extraer el mayor partido de lo que se le ofrece a través de la relación. Se pueden alcanzar nuevos objetivos a través del esfuerzo personal y el poder se traslada de la enfermera al paciente cuando éste aplaza la gratificación de aspirar a las nuevas metas establecidas.
4. Fase de Resolución: Esta fase se produce cuando se abandonan de forma gradual los viejos objetivos y se adoptan otros nuevos. En este proceso, el paciente se libera de la identificación con la enfermera.

Durante todas las fases del proceso interpersonal, la enfermera puede asumir diferentes roles para otorgar una atención eficaz. El rol asumido dependerá de la fase de la

interrelación, las necesidades del paciente o lo que la misma enfermera identifique como propio de la situación. Peplau identifica seis roles principales:

1. Rol del extraño: Es el primer rol que representa la enfermera, dado que la enfermera y el paciente son desconocidos. El paciente deberá ser tratado como capacitado emocionalmente, a no ser que la evidencia demuestre lo contrario, con cortesía y sin prejuzgarlo. Esta fase coincide con la de identificación.
2. Rol de la persona recurso: En este rol, la enfermera entrega información sanitaria concreta, intentando despejar todas las dudas del paciente. El tipo de respuesta será en relación al contexto de la situación de salud y a la posibilidad de un aprendizaje constructivo, a través de respuestas claras o que proporcionen asesoramiento.
3. Rol docente: Este rol, es una combinación de todos los roles presentados. La enseñanza siempre es a partir de lo que el paciente conoce y se desarrolla según su interés por querer utilizar la información médica adicional. Peplau divide la enseñanza en dos categorías: *la instructiva*, que consiste principalmente en dar información y *la experiencial*, que se refiere a la utilización de la experiencia del alumno, como base donde se apoyan los productos del aprendizaje. Este rol se solapa con el de asesoramiento, ya que el aprendizaje tiene lugar a través de las técnicas psicoterapéuticas.
4. Rol de liderazgo: Implica un proceso democrático. La enfermera ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades, a través de una relación de cooperación y participación activa.
5. Rol de sustituto: El paciente asigna a la enfermera un papel de sustituto. La actitud y conducta de la enfermera, provoca en el paciente, la reactivación de sentimientos y vibraciones emocionales generados en una relación anterior. La función de la enfermera consiste en ayudar al paciente a reconocer las similitudes entre ella misma y la persona recordada, para luego ayudarlo a percibir las diferencias. En esta fase, la enfermera y el paciente definen áreas de dependencia, independencia y finalmente interdependencia.

6. Rol de asesoramiento: Este rol, es fundamental para Peplau dentro de la enfermería psiquiátrica. La enfermera debe responder a las peticiones del paciente, ayudándolo a que comprenda plenamente lo que le está sucediendo e integre la experiencia actual a otras experiencias de su vida.

Los diferentes roles que se les asignan a las enfermeras durante las relaciones interpersonales con las personas o comunidades, normalmente se superponen a medida que avanza la relación, por lo que la destreza para desempeñarse en cada rol y la habilidad para ir cambiando de uno a otro, está dado por la práctica de las situaciones de enfermería y por las competencias personales de cada enfermera.

Sin embargo, los sentimientos de dependencia de las personas en una situación de crisis, también juegan un rol importante para el éxito en una relación de ayuda. El aprendizaje de la dependencia de otros, la forma de solicitar y pedir ayuda, están marcadas por las experiencias tempranas de vida en la infancia y por las modificaciones posteriores de adaptación hacia la adultez, que dan curso al desarrollo de la personalidad.

Peplau plantea que cada persona nace con una materia prima, a partir de la cual se forma la personalidad, que se compone de: 1) Una constitución física y su capacidad para desarrollar una pauta de movimiento; 2) Una aptitud para expresar el temperamento que incluye la medida, ritmo y profundidad de la capacidad de percibir y sentir; 3) Una capacidad para relacionarse y actuar en un determinado nivel de inteligencia.

Por otro lado, toda persona nace dentro de una cultura que necesariamente influirá en la formación de la personalidad, cuya expresión final se manifestará en la vida adulta, con la adquisición de los hábitos, costumbres y creencias del medio cultural en el cual se desarrolló.

Es en este marco, biológico y sociocultural, en el cual se encuentran las tareas psicológicas que describe Peplau, en la que afirma que toda persona desde su nacimiento y durante el desarrollo de toda su vida, se ve enfrentada a exigencias en las que debe experimentar situaciones que le enseñen a aprender a vivir con los demás, a identificarse uno mismo, a posponer la satisfacción de sus necesidades y a participar en la toma de decisiones tanto para el bien común como para el propio.

Dadas las tareas psicológicas antes mencionadas, durante la relación enfermera-paciente, es primordial que el paciente aprenda a contar con la enfermera para poder conseguir bienestar y satisfacción de sus necesidades ante un problema que se le presente, como asimismo es necesario, que basado en el autoconocimiento de cada una de las partes y en la imagen que poseen el uno del otro, lleguen a una interdependencia recíproca y productiva. También, se debe considerar en esta relación, las posibles interferencias que puedan presentarse, relacionadas con deseos o expectativas de los pacientes, que no son acordes a la situación actual y en la que la enfermera debe demostrar y comunicar, en forma comprensiva, la negativa inmediata en pro de su bienestar, sin dejar de lado, el derecho de cada individuo a la toma de decisiones participativas y consensuadas.

La gran labor del profesional de enfermería, ante una persona necesitada de ayuda, requiere de éste, habilidades comunicativas, capacidad de comprensión y aceptación, pero por sobre todo una actitud empática, que haga que el paciente sienta confianza y seguridad de quien lo atiende, que lo llevará finalmente a restaurar la fe en sí mismo para enfrentar y solucionar las dificultades que se le presenten.

Peplau, con su acabado conocimiento de lo que son las relaciones interpersonales en enfermería, da lineamientos claros de los conceptos y actitudes que deben poseer los profesionales para poder establecer una verdadera relación de ayuda. Se deduce además, el especial énfasis que otorga a la empatía, como instrumento que permite reconocer y satisfacer de mejor forma las necesidades de un usuario. Sin este instrumento, la comunicación es disfuncional en cuanto a las características otorgadas a una comunicación terapéutica en enfermería, requisito indispensable para entablar una relación de ayuda. Expone también las dificultades, sus causas y la manera de resolverlas, que se presentan al entablar este tipo de relación, logrando así un desempeño adecuado y productivo en la consecución de metas, que lleven al éxito en la tarea de cuidar al necesitado. La tarea de las enfermeras, es conocerlas e incorporarlas como herramientas claves para un completo desarrollo personal y profesional.

La teoría de Peplau ha sido utilizada en múltiples estudios de enfermería y otras disciplinas, basados en las relaciones interpersonales y en los roles que asumen los profesionales al interactuar con sus clientes, por lo que en este estudio, dirigido a investigar la empatía de las enfermeras hacia el entorno social de los enfermos críticos que les toca

atender, los conceptos y supuestos subyacentes que enuncia, se adhieren al motivo de este estudio.

2.2.- MARCO CONTEXTUAL

2.2.1.- UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

La Real Academia Española, en su vigésima segunda edición (2001), define a la Unidad de Cuidados Intensivos como la sección hospitalaria donde se concentran aparatos y personal especializado para la vigilancia y el tratamiento de enfermos muy graves, que requieren atención inmediata y mantenida.

La Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, en sus Guías de Organización y Funcionamiento de las Unidades de Pacientes Críticos (2004), define a la unidad de cuidados intensivos (UCI) como aquella dependencia hospitalaria destinada a proporcionar cuidado médico y de enfermería, permanente y oportuno a pacientes críticos inestables con posibilidad de recuperación. Se caracteriza por contar con residencia médica permanente, así como tecnología de alta complejidad, solamente disponibles en estas unidades.

“Las unidades de cuidados intensivos son los lugares fundamentales en donde se realiza la labor propia de la medicina intensiva, cuyas características principales son tener una alta relación entre número de enfermeras y de pacientes, asistencia médica experta continuada y medios para proporcionar vigilancia y técnicas de soporte vital adecuados (Moreno, 2004)”. (Rodríguez et al, 2005)

“El objetivo principal de los cuidados intensivos es restablecer las funciones alteradas de uno o más sistemas orgánicos vitales y llevarlos a valores aceptables para la vida ulterior del individuo, con el fin de ganar tiempo para el tratamiento simultáneo de la enfermedad de base que provocó el cuadro clínico crítico y devolver a la sociedad a una persona útil a ella (Espinoza, 2005)” (Beltrán, 2007).

Históricamente, una de las precursoras del concepto de cuidados intensivos fue Florence Nightingale, quien durante la guerra de Crimea (1854 –1856), identificó la necesidad de crear una unidad aparte para brindar cuidados especiales a los soldados gravemente heridos, logrando disminuir la mortalidad de los combatientes de un 40% a un 2%. Su obra y

sus pensamientos, han formado parte de las directrices de lo que son hoy las unidades de cuidados intensivos.

Posteriormente, en los años 1930, se inició en Alemania la preparación de locales destinados al tratamiento de los recién operados, F. Sauerbruch y M. Kirscher establecieron servicios de este tipo en sus clínicas. Las epidemias de poliomielitis de los años 1947 a 1952, obligaron a concentrar pacientes con parálisis respiratoria en unidades de “Respiración Artificial”, las cuales contaban además, con recursos humanos y tecnológicos especiales. En este período fue realmente importante la labor desarrollada en Alemania por R. Aschenbrenner y A. Dónhardt, quienes en condiciones limitadas, realizaron una auténtica labor de pioneros. Los primeros servicios de respiración artificial fueron desarrollados en Dinamarca, por Lassen, Dam, Ipsen y Poulsen; en Suecia por Holmdahl y en Francia por Mollaret. (Perdomo, 1992).

Las primeras unidades de cuidados intensivos, en el sentido actual del concepto, fueron instaladas en Estados Unidos por iniciativa del médico austriaco Peter Safar, quien utilizó por primera vez el término “Unidad de Cuidados Intensivos”, en la ciudad de Baltimore (1958) y en Pittsburgh (1961). (Perdomo, 1992).

En nuestro país, la aparición de estas unidades comienza en el año 1968, con la creación de la primera Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital de Urgencias, Asistencia Pública, Dr. Alejandro del Río y en la misma época, con la primera Unidad de Cuidados Intensivos para pacientes coronarios del Hospital San Borja. Actualmente en nuestro país existen alrededor 58 unidades de cuidados intensivos, que corresponden al 3% de la totalidad de camas de hospitalización disponibles, lejos aún de los estándares internacionales que recomiendan un 8% (Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, 2010).

Con el paso del tiempo, han surgido diferentes tipos de unidades de cuidados intensivos, de acuerdo principalmente al tipo de hospital al que pertenecen y a sus necesidades, al tipo de población que atienden y a los recursos económicos con los que cuentan. La más común es la multidisciplinar o general, las de tipo especializadas incluyen las

unidades coronarias, quirúrgicas, neurológicas, renales, además de las unidades pediátricas y neonatales.

Dentro del modelo de atención progresiva actual, la unidad de cuidados intensivos, representa el lugar que brinda al usuario el máximo nivel asistencial, para el manejo de enfermedades graves y complejas, exigiendo tanto del personal médico como de enfermería, amplios conocimientos de fisiología y fisiopatología, además de habilidades y capacidades personales que les permitan desempeñarse bajo estrés constante, en un trabajo colaborativo e intuitivo y en donde la práctica y la experiencia forman juegan un rol fundamental.

2.2.2.- FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

El adecuado funcionamiento de una unidad de cuidados intensivos se encuentra ligado a una serie de requerimientos de infraestructura física, equipamiento técnico, recursos humanos, unidades de apoyo, normativas internas estandarizadas de procedimientos y coordinación, además de políticas funcionales y organizacionales claramente establecidas.

La demanda de unidades críticas en la mayoría de los casos, excede a los recursos disponibles en los hospitales, por lo que la distribución de las camas de intensivo recae en definiciones éticas, de equidad y de eficiencia. Sin embargo, el modelo actual de salud en relación a la atención de alta complejidad, incluye la tipificación de las camas, definición de recursos humanos y recursos físicos y lo más importante, la existencia de un modelo de gestión que permita unificar y optimizar el uso de los recursos para mejorar los estándares de calidad para la atención de pacientes de intensivo. Dado lo anterior, es que se han establecido criterios de ingreso y egreso en las unidades de cuidados intensivos, teniendo como premisa la recuperabilidad de las patologías que los pacientes presentan y los beneficios de la vigilancia y la monitorización intensiva que éstos obtengan.

Por otro lado deben existir protocolos y procedimientos claros, que indiquen las pautas a seguir de las diferentes actividades que se realizan en una unidad de cuidados intensivos, tales como el traslado de pacientes críticos fuera de la unidad, poseer un sistema de registro y

evaluación de la atención otorgada, entrega de turno de todos los estamentos que se desempeñan en la unidad, horarios de visitas de pacientes que se adecúen al funcionamiento de la unidad, capacitación permanente del recurso humano como factor motivacional y para el logro de un desempeño eficiente, control y vigilancia estricta de infecciones asociadas a la atención de salud, además de políticas y normas de comunicación externas a la unidad.

2.2.3.- RECURSOS HUMANOS ASOCIADOS A CAMAS DE INTENSIVO

La Unidad de Cuidados Intensivos debe asegurar una atención de calidad a los pacientes críticamente enfermos. Requiere de un equipo calificado de médicos, enfermeras y técnicos paramédicos en cantidad suficiente, que deberán proporcionar un cuidado multidisciplinario e integral.

Médicos: Un médico jefe y un equipo de médicos residentes, quienes deberán tener como requisito básico, alguna de las siguientes especialidades: Medicina interna, anestesia, cirugía o medicina de urgencia, además de una formación en medicina intensiva acreditada.

Los médicos residentes realizarán turnos para dar cobertura permanente a la unidad.

La dotación recomendada es de 1 médico por turno por cada 6 camas, más un médico diurno (22 hrs.). En unidades con un número mayor de camas, se hace necesario aumentar proporcionalmente el apoyo diurno.

Enfermeras: Una enfermera supervisora y un equipo de enfermeras clínicas.

Idealmente, el equipo de enfermería profesional debiera tener una capacitación previa en el área de manejo del paciente crítico o ser especialistas en cuidado intensivo, de lo contrario se recomienda una capacitación en una unidad acreditada.

Las enfermeras clínicas efectuarán un rol de turno determinado, para dar cobertura permanente a la unidad.

La dotación de enfermeras clínicas por turno, será de 1 por cada 3 camas.

Las enfermeras clínicas son las responsables de la atención directa del paciente, formulando, ejecutando y supervisando el plan de atención de enfermería de los pacientes a su cargo.

Técnicos Paramédicos: La dotación ideal es de 1 técnico paramédico por cada 2 camas por turno. En las unidades de mayor complejidad, se recomienda 1 técnico paramédico de refuerzo diurno.

Los técnicos paramédicos también efectuarán un rol de turno determinado, para dar cobertura permanente a la unidad. Son los encargados de cumplir funciones de confort y otras actividades de apoyo, además de los controles asignados directamente por la enfermera de turno, acorde al plan de enfermería definido para cada paciente crítico.

Este personal deberá contar con una capacitación en la unidad.

Auxiliar de Servicio: La dotación mínima deberá ser de a lo menos 1 auxiliar de servicio por cada 6 camas, cubriendo las 24 horas del día, con un refuerzo diurno en las unidades de mayor complejidad.

Los auxiliares de servicio serán los encargados de cumplir funciones de orden y limpieza de la unidad y de colaboración para la coordinación con otras dependencias del hospital.

Secretaria: Un funcionario administrativo en horario diurno que establece y mantiene la coordinación de la UCI con otros servicios, unidades y secciones del hospital, además de ser la responsable de la recepción, distribución, archivo y despacho de la correspondencia oficial y reservada de la UCI.

2.2.4.- FUNCIONES Y ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Asistenciales:

- Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua, respetando sus valores, costumbres y creencias.
- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de Atención de Enfermería.
- Recopilar y registrar en la historia clínica toda la información disponible de los problemas identificados en individuos, familia y comunidad.
- Valorar la información recogida para realizar acciones de Enfermería.
- Evaluar las respuestas del individuo.

- Garantizar las condiciones óptimas de todas las actividades a realizar, en los individuos bajo su cuidado.
- Realizar y controlar la entrega y recepción de turno de cada uno de los individuos hospitalizados, con revisión de la historia clínica.
- Participar y colaborar en todas las actividades y técnicas realizadas por el estamento médico.
- Identificar, comunicar y ejecutar acciones ante reacciones producidas por drogas y fármacos.
- Identificar y comunicar signos y síntomas de emergencia médico-quirúrgicos.
- Preparar, conectar y controlar funcionamiento del equipamiento médico utilizado en la unidad.
- Tomar e interpretar exámenes clínicos de laboratorio.
- Identificar y tomar decisiones en pacientes con alteraciones en los parámetros vitales.
- Manejar y preparar bombas de infusión con drogas vasoactivas, nutriciones parenterales y medicamentos.
- Vigilar en forma permanente monitoreo invasivo y no invasivo de los pacientes a su cargo.
- Planificar, ejecutar y controlar la preparación del paciente para exámenes clínicos especiales.
- Prevenir, detectar y curar úlceras por presión.
- Indicar y participar en la Resucitación Cardiopulmonar básica y avanzada.
- Aplicar y controlar programa de prevención y control de infecciones intrahospitalarias.

Gestión

- Planificar, ejecutar y controlar los cuidados de Enfermería.
- Realizar actividades de coordinación con las demás unidades clínicas y de apoyo de su institución.
- Manejar documentación clínica y estadística.
- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales a nivel institucional.
- Asesorar en materia de planificación sanitaria, al nivel que le sea solicitado.
- Dirigir y organizar el trabajo del equipo de enfermería en su unidad de trabajo.

- Diseñar, implementar, evaluar y participar en programas de evaluación de la calidad de la atención de enfermería.
- Establecer políticas de atención, educación e investigación en enfermería.
- Controlar el cumplimiento de los principios éticos y bioéticos.
- Participar y/o dirigir reuniones del servicio de enfermería.
- Supervisar el área de desempeño de enfermería para mantener y mejorar los servicios.

Educación

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de Enfermería.
- Asesorar en materia de planificación educacional en los ámbitos de su competencia, a nivel institucional.
- Desempeñar funciones directivas y docentes en carreras de escuelas universitarias y técnicas.
- Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo.

Investigativas

- Realizar y/o participar en investigación de enfermería y otras áreas, con el objeto de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población.
- Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones, a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.
- Coordinar, controlar y participar en la ejecución de ensayos clínicos.
- Integrar consejos científicos de su institución

2.2.5.- DIFERENCIAS ENTRE INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS

El cuestionamiento de la existencia o no, de diferencias entre los sectores de salud públicos y privados, ha sido motivo de estudio. Algunos han demostrado que puntualmente, las unidades de cuidados intensivos privadas tienen mejores resultados que las públicas (Celis, 2002), aún cuando la cantidad de recursos tecnológicos disponibles en ambos sectores, no ha demostrado diferencias significativas.

En el estudio anteriormente mencionado, realizado en 89 unidades de cuidados intensivos del mundo, se demostró lo siguiente:

- El promedio de días de hospitalización de los pacientes, fue mayor en las públicas (6,1 días) que en las privadas (4,3 días).
- El promedio máximo de días de estadía en la unidad de cuidados intensivos, fue mayor en las públicas (44 días) que en las privadas (30 días).
- Las unidades de cuidados intensivos privadas tuvieron un mayor índice ocupacional de camas, en relación a las privadas ($p= 0,03$).
- En ambos sectores, la causa de mayor rechazo de ingreso de pacientes fue la falta de disponibilidad de camas (85%), pero en las públicas, fue cuatro veces más frecuente, la falta de disponibilidad de camas asociada a la falta de recurso enfermera.
- El 73% de los médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos públicas, no tienen preparación formal en cuidados críticos, versus el 39% de los médicos de las unidades privadas.

Otro estudio realizado en Brasil, en relación a las necesidades de los familiares de pacientes críticos, demostró diferencias enfocadas a las características socioculturales tanto de los pacientes como de sus familiares (Santana, Kimura y Azevedo, 2007).

- El 25,6% de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos privadas, posee un nivel de escolaridad superior, versus el 6,4% de las públicas.
- El 50% de los familiares encuestados en unidades privadas, tenía un nivel de escolaridad de nivel superior, versus el 25,5 % de las públicas.
- En ambos sectores, los familiares más presentes fueron los hijos, pero en el privado representaron el 61,4% versus el 44,7% del público.

- En relación al salario, el 40,9% de los familiares de las instituciones privadas recibía el equivalente a más de 10 sueldos mínimos, mientras que en las públicas, sólo el 10,6% recibía igual cantidad.
- En las unidades privadas, el 81,8% de los familiares conocía el nombre del médico que estaba atendiendo a su familiar, mientras que en las públicas fue el 57,4%.
- El nombre de la enfermera que atendía a su paciente, era conocido por el 54,4% de los familiares de las unidades privadas, mientras que en las públicas, sólo era conocido por el 23,4%.
- En cuanto al grado de satisfacción de sus necesidades, demostró que los familiares de pacientes críticos de instituciones privadas, alcanzaron un puntaje estadísticamente significativo mayor, que los de instituciones públicas.

En nuestro país, se realizó un estudio (Fernández y Paravic, 2003), que comparaba el nivel de satisfacción laboral de las enfermeras de hospitales públicos y privados, en el cual los resultados fueron los siguientes:

- Perfil biosociodemográfico:

Enfermeras de hospitales públicos: La mayoría de ellas tiene más de 41 años de edad, tienen hasta dos hijos y tienen pareja. Un porcentaje importante trabaja más de 20 años en la institución y sus ingresos mensuales brutos son bajos (3,5 veces el salario mínimo)

Enfermeras de hospitales privados: La mayoría de ellas tiene entre 23 y 40 años de edad, tienen hasta 2 hijos y tienen pareja. Mayoritariamente, trabajan menos de 19 años en la institución y sus ingresos mensuales brutos son iguales a los del sector público.

- Las enfermeras de instituciones privadas, se encuentran significativamente más satisfechas de su trabajo, que las de instituciones públicas. En ambos sectores se observó que las enfermeras que se encontraban mayoritariamente satisfechas con su trabajo, se desempeñaban en los servicios de urgencia, UCI y UTI.
- En cuanto a las condiciones físicas del trabajo, las enfermeras de hospitales privados están más satisfechas que las de hospitales públicos, ya que éstas últimas consideran su lugar de trabajo como riesgoso e inadecuado, asociado a la falta de preocupación por su salud y seguridad por parte de la institución donde laboran.

- En relación a las promociones y/o ascensos, ambos grupos se encontraban insatisfechos, pero claramente esta tendencia era mayor en el sector público, debido a la percepción de injusticia y poca transparencia de estos procesos.
- La remuneración en ambos grupos fue percibida como mala, injusta y menor a lo que merecen, pero el descontento fue marcadamente mayor en las enfermeras de hospitales públicos.

Por lo tanto, en relación a los resultados encontrados, se puede concluir que las mayores diferencias se relacionan con las condiciones del lugar de trabajo, al tipo de unidad en la que se desempeñan y a las remuneraciones, siendo más favorables en el sector privado, avalando el mayor grado de satisfacción laboral que presentan las enfermeras que se desempeñan en este sector.

Por otra parte, a la luz de las tendencias economicistas del mundo actual, es importante considerar los principios que mueven a ambos sectores existentes, mientras que la salud pública se basa en la universalidad, integridad e igualdad de sus usuarios, el sector privado se centra en un nicho de clientes y su satisfacción en general, evitando actividades de menor rentabilidad y socialmente excluyentes.

2.2.6.- PERFIL DE LA ENFERMERA INTENSIVISTA

El cuidado de un individuo críticamente enfermo, requiere de un equipo profesional y técnico altamente calificado. La enfermera, como parte de este equipo, es responsable de velar por la dignidad de los cuidados que se otorgan, conservando la integralidad del ser humano desde un punto de vista físico, psicológico y social.

La hospitalización en general y más aún, el ingreso de una persona a una unidad de cuidados intensivos, conlleva a una serie situaciones objetivas, tales como el sometimiento a reglamentaciones establecidas, aislamiento del entorno familiar y social, pérdida de la intimidad y de la identidad al ser objeto de toda labor asistencial, que finalmente terminan por agredir al sujeto como persona.

La labor de la enfermera intensivista requiere de una comunión de características y cualidades personales, que debieran ir destinadas al resguardo de la persona como un ser holístico, con derechos y deberes, con historia y relaciones que no debieran resentirse mayormente con el ingreso a la UCI.

Guevara et al. (2007), describieron una aproximación a lo que debiera ser el perfil de una enfermera de cuidados intensivos, basado en una filosofía integradora que incluye conocimientos afectivos, emocionales, científicos y tecnológicos, los que a continuación se detallan:

Conocimiento afectivo y emocional: Incluye una serie de cualidades, tales como: Altruismo, afectuosidad, tolerancia, empatía, flexibilidad, capacidad para enfrentar el estrés, habilidad para establecer relaciones armoniosas con el resto del equipo de salud, entre otras. El trato solidario hacia sus iguales, refuerza el apoyo emocional consistente y afectivo como aspecto fundamental del cuidado dentro de la profesión de enfermería.

Conocimiento científico: Basado en el proceso de atención de enfermería, como método de trabajo para la práctica profesional en lo asistencial, gerencial, investigativo y docente. Este conocimiento científico, que favorece la reflexión y la toma de decisiones, es la base y guía de procesos investigativos que mueven a la ciencia de enfermería y de la cual, la enfermera intensivista no puede estar exenta.

Conocimiento tecnológico: Requiere de la enfermera destrezas, habilidades intelectuales y psicomotoras para el manejo de la persona críticamente enferma. Es fundamental, que la enfermera intensivista, se mantenga actualizada en los avances tecnológicos sin perder el horizonte del cuidado humano, considerando al paciente como un ente integral.

La humanización de la atención del paciente crítico, también incluye el proporcionar cuidado y apoyo a las familias, dadas las restricciones y normativas que poseen este tipo de unidades y que finalmente, las alejan de su ser querido enfermo. La comunicación que la enfermera de cuidados intensivos debe establecer con los familiares de sus pacientes, debe ser fluida, honesta, receptiva, con tiempo para escuchar sus inquietudes, responder a sus interrogantes y demostrar siempre una actitud de respeto y consideración.

Asimismo, cabe destacar que la etapa del desarrollo profesional de la enfermera intensivista, también juega un papel importante en la forma en que ésta enfrenta su actividad profesional clínica, tal como lo describe Patricia Benner (1984), quien en su obra *From Novice to Expert*, explica que el desarrollo del conocimiento es una experiencia práctica, a la que ella denomina *know-how* o saber hacer de la disciplina de enfermería.

Benner se basó en el Modelo de Adquisición y Desarrollo de Habilidades de Dreyfus y Dreyfus, descrito en 1980 y 1986 para explicar el desarrollo de la práctica clínica de enfermería. El modelo da cuenta de cinco niveles de adquisición y desarrollo de técnicas y habilidades (principiante, principiante avanzado, competente, eficaz y experto), los cuales a medida que se van experimentando, producen cambios en el rendimiento profesional de las enfermeras.

Principiante: El profesional no dispone de ninguna experiencia acumulada sobre la situación en la que se desenvuelve, por lo que se ha de regir por reglas y atributos objetivos no condicionados por el contexto. En esta fase, resulta difícil distinguir los aspectos relevantes o irrelevantes de una situación. Aplicable a los estudiantes de enfermería.

Principiante avanzado: La persona demuestra una experiencia y rendimiento ligeramente aceptables, en la que es capaz de advertir incluso, los componentes significativos de una situación real a la que se enfrentada, guiada tal vez, por un consejero designado. Las enfermeras que se encuentran a este nivel, se guían por normas orientadas al cumplimiento de las tareas y tienen dificultades para captar la situación actual del paciente con una perspectiva amplia. Se aplica a la mayoría del personal que acaba de completar los estudios de enfermería.

Competente: Este nivel se caracteriza por la puesta en práctica de un accionar planificado, coherente y con capacidad para prever situaciones riesgosas, lo que da una sensación de dominio como premio al esfuerzo realizado. Sin embargo, las actividades se centran más en el manejo del tiempo y en la organización de las tareas, que en la atención a las necesidades de los pacientes.

Eficaz: En esta fase, la enfermera es capaz de reconocer los aspectos más relevantes de la situación, e intuitivamente actúa de acuerdo a los conocimientos incorporados. Se demuestran nuevas capacidades en la ejecución y organización de su trabajo, incluso de innovación, dada la confianza en sus conocimientos y habilidades adquiridas. A este nivel, se produce una implicación mucho mayor con el paciente y su familia.

Experto: A este nivel, la enfermera desarrolla una capacidad especial de comprender intuitivamente cada situación y es capaz de identificar el campo del problema, sin perder el tiempo en múltiples diagnósticos o soluciones alternativas. Deja de basarse en principios analíticos para relacionar su conocimiento de la situación con una acción apropiada. Ve al paciente como una persona, comprendiendo los patrones de sus conductas a partir de una sólida formación experimental. Su principal tarea es satisfacer los problemas y necesidades del paciente, aunque ello requiera una modificación en el plan de atención original.

Benner, en su estudio, también describe las competencias que definen la práctica clínica en las diferentes etapas de desarrollo de la enfermera, dadas por la función y el objetivo de sus actividades. Es así como enumera siete dominios identificados:

- El rol de ayuda
- La función de enseñanza-preparación
- La función de diagnóstico y seguimiento del paciente
- El manejo eficaz de situaciones rápidamente cambiantes
- La administración y seguimiento de intervenciones y regímenes terapéuticos
- El seguimiento y garantía de la calidad de las prácticas de atención sanitaria
- Las competencias relacionadas con la organización del trabajo

Benner expone también una serie de conceptos que avalan su teoría en el desarrollo profesional de las enfermeras, afirmando que la experiencia no es sólo el paso del tiempo, sino que un proceso activo de afinamiento y modificación de teorías, nociones o ideas preconcebidas, que se produce al comparar éstas con las situaciones reales, vale decir que hay una readecuación constante entre lo que se encuentra y lo que se espera encontrar, concluyendo que con experiencia y dominio se consigue transformar la técnica.

El ejercicio experto de la enfermería clínica, ha resultado ser un conjunto de habilidades y conocimientos que se adquieren con la experiencia que se desarrolla acorde el profesional va comprobando y perfeccionando las proposiciones, hipótesis y expectativas, basándose en los principios aplicables a las situaciones prácticas reales a las que se enfrenta.

Conocer las diferentes fases del desarrollo profesional, también posibilita la factibilidad de reconocer e identificar los comportamientos esperados y las exigencias necesarias de la práctica profesional de los miembros de un equipo de salud, particularmente de las enfermeras, de tal forma de contribuir a la formación experta que se espera en cada uno de los ámbitos de desempeño.

Este conjunto de características y conductas esperadas descritas, apuntan a que la presencia de la enfermera en su lugar de acción sea significativa tanto para el paciente como para sus familiares, proporcionándoles junto a su equipo, el mayor bienestar posible, acorde a la situación de salud que pudiera llevar a la recuperabilidad o la muerte de la persona enferma.

2.2.7.- FAMILIARES EN UCI

Según la declaración de Ginebra (1999), la familia es la unidad fundamental de la sociedad humana, base de todas las civilizaciones saludables y progresistas. Se basa en lazos de parentesco o de afinidad, derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente o de consanguinidad y se caracteriza porque sus miembros viven juntos por un período indefinido de tiempo.

Es en este núcleo familiar, en donde se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir y alimentarse, además de prodigar amor, cariño, protección y preparar a los hijos para la vida adulta, colaborando así con su integración en la sociedad. La unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica, y es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar los derechos y deberes como persona humana.

Dentro de la sociedad, está establecido que la familia debe cumplir importantes tareas relacionadas con la preservación de la vida humana, su desarrollo y su bienestar, por lo que sus funciones están claramente delimitadas:

Función biológica: Se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción.

Función educativa: Se socializa a los niños, en cuanto a hábitos, sentimientos, valores y conductas.

Función económica: Se satisfacen necesidades básicas, como el alimento, techo, salud y ropa.

Función solidaria: Se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.

Función protectora: Se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.

Desde un punto de vista más psicológico, Arés, P. (1999), define a la familia como “la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común, que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad,

reciprocidad y dependencia” (Vía, 2008). Para Coomaraswamy, R. (2001), “la familia es el lugar donde las personas aprenden a cuidar y a ser cuidadas, a confiar y a que se confíe en ellas, a nutrir a otras personas y a nutrirse de ellas, más allá incluso de los lazos de parentesco. Es una fuente irremplazable de satisfacción emocional, que entrega comprensión, afecto, solidaridad y compañía” (Vía, 2008).

La familia por lo tanto, es un elemento fundamental dentro de todos los procesos vitales de los individuos, cualquiera sea la naturaleza de éste. Algunos acontecimientos podrán fortalecerla y otros podrán poner a prueba su estructura y organización. La forma en que cada familia enfrenta sus procesos y genera los recursos necesarios para enfrentarlos, están dados por las características propias de cada una de ellas, tales como la etapa del ciclo vital en que se encuentra, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico y la historia familiar, entre tantas.

Parte de algunas de las experiencias familiares, pueden llegar a transformarse en una crisis, tal es el caso de la enfermedad de uno de sus miembros, ya que la aparición de ésta, podría ocasionar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición, lo que la llevará invariablemente a buscar mecanismos de autorregulación para poder seguir funcionando, originando cambios en las interacciones familiares conducentes a un equilibrio o a un desequilibrio (Fernández, 2004).

El impacto que puede provocar una enfermedad en la familia, difiere si ésta es de carácter aguda, grave o terminal. La enfermedad aguda produce un shock emocional por su aparición brusca y por el peligro que implica para la vida de la persona, provoca grandes desajustes, pero generalmente de corta duración, ya que la situación familiar se clarifica rápidamente, ya sea por la recuperabilidad y pronóstico benigno, o por la muerte de la persona, en cuyo caso el grupo familiar será merecedor de un apoyo terapéutico más dirigido. La enfermedad crónica por su parte, que pudiera incluso llegar a convertirse en terminal, favorece una consideración especial de la persona enferma, ya sea por las expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidados o por su autoestima, que afectarán de manera favorable o no, las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia y sus conocidos.

Bajo cualquiera de las circunstancias antes mencionadas, la familia deja de funcionar en forma normal, ya sea por la dificultad en tomar decisiones, en encontrar soluciones adecuadas o para cuidarse mutuamente, debido a que pese que la enfermedad es un problema individual de uno de sus miembros, ésta trasciende y afecta a la familia como grupo.

La hospitalización a causa de una enfermedad, provoca aún más desajustes a la organización familiar. Los mecanismos familiares para adaptarse a la nueva situación involucran aspectos afectivos, físicos, sociales y económicos, con respuestas que afectan su rol social en la comunidad. La familia se siente amenazada por una crisis, que genera sentimientos de miedo, incertidumbre, cambio en los hábitos diarios y la cercanía, en mayor o menor grado, de la muerte.

Todos los sentimientos generados por una hospitalización, se exacerbaban aún más, si ésta se produce en una Unidad de Cuidados Intensivos. El ingreso a la UCI, implica una experiencia violenta y con mucho sufrimiento para el paciente, según lo describe Beltrán (2007), tanto por los efectos de la enfermedad, como por los elementos utilizados en el tratamiento y los procedimientos realizados para resolver la enfermedad. El sufrimiento que se padece, no sólo es físico, sino que también es psicológico y espiritual, ya que afecta al cuerpo, la mente y el espíritu, es decir al ser humano en su integridad. Sumado a esto, la situación se torna más dramática aún, por el hecho de tener que alejarse del hogar y mantenerse apartado de la familia durante la vivencia de la hospitalización.

Lo violento del ingreso a una UCI, somete a la persona enferma a una alta carga de estrés y ansiedad, por el componente crítico que supone la estadía en este tipo de unidades. El ambiente altamente tecnificado y la presencia de personal especializado, provoca tanto para el paciente como en sus familias, un estrés adicional a la situación de enfermedad que motivó el ingreso.

El estrés al que se ve sometido principalmente el paciente, pero también su grupo familiar, proviene de diferentes situaciones, según lo describen Novel y Lluch (1995):

- **Situación de riesgo vital:** La persona hospitalizada se encuentra en una situación de enfermedad que podría llegar a la muerte, lo cual genera incertidumbre y ansiedad, tanto en el paciente como en su grupo familiar

- **Falta de control del medio:** Sensación de inseguridad que se refleja a través de diferentes situaciones tales como: Dependencia del personal para la satisfacción de todas sus necesidades, dependencia de máquinas para la supervivencia, miedo a errores humanos y a posibles fallas del equipamiento, falta de conocimiento sobre la tecnología utilizada en estas unidades, sometimiento a procedimientos y técnicas invasivas y falta de información sistemática sobre la situación actual y futura.
- **Despersonalización:** Dada la gravedad de la situación del paciente al ingresar a la UCI, todos los esfuerzos se centran prioritariamente en lo físico, relegando a un segundo plano el aspecto psicosocial de la persona, lo que provoca sentimientos de impotencia y de despersonalización.
- **Aislamiento:** Personal y social, ya que ocurre una separación física del enfermo de todo su entorno habitual, como también una pérdida o disminución del contacto emocional con las personas significativas, lo que genera sentimientos de desesperanza, hostilidad, ira, impotencia y soledad.
- **Espacio físico:** La distribución arquitectónica, la gran cantidad de equipamiento y la presencia de otros pacientes en la misma sala, dan lugar a espacios físicos reducidos y a la falta de intimidad, aumentando aún más la despersonalización que sufren las personas al ingresar a este tipo de unidades.
- **Entorno emocional:** La frialdad de las unidades de cuidados intensivos dada por la necesidad de un ambiente seguro y aséptico, la percepción de gravedad de la persona enferma y la de los otros pacientes hospitalizados, generan sentimientos y pensamientos de temor, ansiedad e inseguridad. La relación que establezca el personal de la unidad con el paciente y su familia, puede convertirse en un elemento estresante de gran magnitud o en un factor de ayuda, para el mejor estado emocional de todos los involucrados.
- **Percepción sensorial:** Pueden ocurrir dos situaciones diametralmente opuestas: la deprivación sensorial o la sobre estimulación sensorial. La deprivación sensorial, se refiere a la disminución de los estímulos que el paciente recibe como consecuencia de la propia enfermedad, del aislamiento, del ambiente tenso de estas unidades y de la separación de objetos y personas habituales. Por otro lado, la sobre estimulación

sensorial viene dada por un exceso de estímulos puntuales, rápidos, inesperados y que se superponen entre ellos. Estas alteraciones sensoriales, pueden dar lugar al denominado *Síndrome de UCI*, que se caracteriza por: Trastornos de la conciencia (desorientación temporo-espacial, síndrome confusional), trastornos de la sensoripercepción (alucinaciones y pseudoalucinaciones), trastornos del contenido del pensamiento (delirio) y cambios en el comportamiento, así como también trastornos de la afectividad (estados depresivos, euforia).

- **Discomfort:** La falta de bienestar que experimenta el paciente es un elemento añadido a todo lo mencionado anteriormente, a causa del dolor, la inmovilidad física, numerosas sondas, catéteres y cables puestos en el paciente, alteraciones en el patrón del sueño por los controles y tratamientos continuos que se reciben, como también por la separación de las personas significativas y de sus pertenencias y objetos personales.

Las situaciones antes expuestas, dan cuenta de las necesidades que poseen el paciente y sus familias al encontrarse dentro del entorno de una UCI. Desde la creación de este tipo de unidades, se ha remarcado lo relevante que han sido dentro de los avances de la medicina, ya que lograron la recuperabilidad de las personas que antes fallecían irremediamente, por la falta de recursos físicos, tecnológicos y humanos. La atención, se encuentra centrada en el individuo gravemente enfermo y en la prevención de posibles complicaciones fatales, por lo que la familia es poco considerada en relación a la persona hospitalizada en la unidad.

El ingreso de una persona a una Unidad de Cuidados Intensivos, impone una barrera física y psicológica en la interrelación paciente-familia. El aislamiento al que se ve sometido el paciente, tiene repercusiones familiares, en cuanto al nivel de ansiedad y su aumento a lo largo de toda la hospitalización, relacionado con la evolución del proceso y con la falta de contacto directo con la persona enferma.

Las unidades de cuidados intensivos, son frecuentemente escenario de sufrimiento compartido por el paciente y sus seres queridos Harvey (1998), (Zaforteza et al., 2003). Bayes (2001), advierte que las UCI son el lugar del sistema sanitario en donde el familiar presenta los mayores índices de sufrimiento, derivado de una situación de espera incierta y amenaza, en que la muerte aparece como una realidad muy cercana” (Zaforteza et al., 2003).

Se ha descrito que los familiares tienen dificultades en la vivencia de los procesos de contacto con las UCI, que conllevan a situaciones de tensión, angustia e incertidumbre, que podrían resolverse en parte, si éstos recibieran cuidados enfocados a paliar tales situaciones (Bernat et al., 2000), (Zaforteza et al., 2003).

La organización y estructura de las unidades de cuidados intensivos, pone de manifiesto una serie de dificultades a las cuales las familias se ven enfrentadas (Velasco, 2005): Restricciones de horario para visitas, información proporcionada una vez al día e imposibilidad de implicancia en los cuidados del paciente; todas situaciones que colaboran a la creación de un ambiente frío, impersonal y molesto para los familiares. Incluso, las nuevas construcciones de unidades de cuidados intensivos, adheridas a protocolos y cánones de calidad, mantienen estructuras muy rígidas, en la que la norma subyacente es mantener a los familiares fuera.

Las necesidades de los familiares de UCI, ya han sido investigadas y descritas por numerosos estudios, las pioneras en este ámbito fueron dos enfermeras inglesas, Molter y Leske, quienes ya en el año 1979, crearon un cuestionario tipo Likert, para indagar acerca de este tema (Hidalgo et al., 2007). Estudios posteriores Bernat, Torres, Velasco (2005), han llegado a concluir que las principales necesidades de los familiares son: Tener información en términos que puedan comprender, sentir que hay esperanza, cercanía con su ser querido, necesidad de soporte y necesidad de confort (Santana et al., 2007). La información clara, les permite construir una base sobre la que enfrentarse a situaciones de espera (Ryan, 1988) y tener la expectativa de una recuperación o de una muerte sin sufrimiento (Hidalgo et al., 2007).

La resolución de cualquiera de estas situaciones, requiere de la cercanía y el apoyo de un profesional de enfermería, dispuesto a establecer una relación estructurada y sistemática, dirigida plenamente al grupo familiar que sufre, considerándolo como sujetos de atención y dignos de ser considerados como un todo, junto con la persona ingresada gravemente enferma. Sin embargo, otros estudios como el de Norris (1996), ha demostrado, que pese a la descripción de las necesidades de los familiares y a la evidencia demostrada, enfermeras y familiares perciben y categorizan la importancia de las necesidades de manera diferente, es así también como Hupcey (1996), explica las estrategias de unos y otros para inhibir y facilitar las relaciones entre estos dos grupos (Zaforteza et al., 2003).

Por otro lado, también se ha descrito que a las enfermeras de UCI, se les dificulta el contacto con los familiares, por lo que lo evitan la mayoría de las veces. Las causas radican en primer lugar, a que desconocen qué información les ha entregado el médico y temen contradecirle, sumado a que las enfermeras, por lo general, no participan en los procesos de toma de decisiones, junto con los médicos, debido a que la organización de sus tareas, les impide estar presentes en las reuniones y en los pasos clínicos. En segundo lugar, indican que no saben cómo manejar el estrés que les produce el contacto con familiares ansiosos, por lo que una manera de protegerse, es manteniendo una cierta distancia con ellos (Zaforteza, 2003). En la misma línea investigativa, (Díaz, 2004) los profesionales de enfermería, también describen factores que limitan su interrelación con las familias, debido a características propias tanto de ellos como grupo profesional, como de las familias, asociadas a variables psicológicas y sociodemográficas, tales como: influencias estereotipadas en cuanto a la vejez, la pobreza, la falta de atractivo físico, el nivel intelectual y el control emocional, el sexo de los interlocutores, el nivel de escolaridad de las familias y la clase social a la que pertenecen. Otro punto importante, mencionado tangencialmente por los profesionales, es un cierto grado de frustración en sus relaciones interpersonales con las familias y sus propios compañeros.

Otros autores, Cibanal (2003), han descrito puntualmente las situaciones en las cuales los profesionales presentan mayor impacto emocional por las dificultades en el enfrentamiento de ellas, ya sea por no saber qué decir o cómo actuar, o bien por temor a enfrentar situaciones difíciles:

- Abordar la comunicación de un diagnóstico difícil
- Manejar las situaciones en las que los usuarios expresan sus sentimientos
- Las relaciones con los familiares
- Abordar a los usuarios y sus familias que están viviendo una fase terminal
- Trabajar con determinados tipos de usuarios: Clientes con SIDA, toxicómanos, etc.
- No saber cómo manejar sus propios sentimientos ante las situaciones descritas: Ansiedad, sentimientos depresivos, ira, rabia, agresividad, sensación de fracaso e impotencia.

Un estudio de tipo cualitativo (Díaz Sánchez, 2004), acerca de las vivencias de los familiares en una UCI, además de describir las mismas necesidades antes expuestas, resalta la ineficacia de las relaciones entre los profesionales de enfermería y las familias, a causa de subvaloraciones de ellos mismos como para expresar libremente sus dudas y temores, a la gran sobrecarga de trabajo y escasez de personal que percibían, por lo que les dificultaba interrumpirlos en sus quehaceres, a la imposibilidad de comprender el lenguaje técnico, a la falta de espacios físicos adecuados para recibir la información y principalmente, a la falta de afectividad de las enfermeras para interesarse en sus problemas.

En cuanto a la afectividad de la conducta del profesional de enfermería, el mismo estudio destaca la gran importancia que otorgan los familiares a este aspecto. Las familias referían estar más satisfechos con los profesionales que les permitían hablar, que se daban el tiempo de escucharlos, que daban explicaciones claras acerca de la enfermedad y el tratamiento, y que proyectaban sentimientos de preocupación por los problemas del paciente. Otro aspecto fundamental que remarcaban los familiares, era la seguridad que les transmitían aquellos profesionales acogedores e interesados por ellos como personas, por la empatía demostrada hacia sus sentimientos, reflejada no sólo en el lenguaje verbal, sino que también en el gestual.

Las necesidades descritas de los familiares de un paciente crítico, recaen en un solo punto como partida para la satisfacción de todas las demás, que es la ayuda para enfrentar la problemática que les tocó experimentar, relacionada principalmente con el apoyo expresivo de parte del personal sanitario, en base a la confianza, aceptación y comprensión.

El trabajo de enfermería para ejercer esta relación de ayuda, incluirá la valoración tanto del paciente como de su familia al ingreso a la unidad de cuidados intensivos, incluyendo información detallada sobre los pensamientos, sentimientos y comportamientos, como también las condiciones del medio, para así asegurar un ambiente terapéutico. En relación a la valoración de la familia, se destaca:

- **Impacto de la enfermedad y de la hospitalización:** Valorar cambios en los roles familiares, tareas inacabadas y responsabilidades de la persona ingresada, dificultades económicas y cambios en los estilos de vida.

- **Respuesta de la familia a la situación de crisis:** Valorar la existencia de sentimientos de culpa por la imposibilidad de asumir el cuidado, miedo a las consecuencias de la enfermedad, capacidad o incapacidad de para adaptarse a las circunstancias buscando soluciones alternativas, capacidad de pedir ayuda y de proporcionar apoyo o colaboración.

Los objetivos de los cuidados hacia la familia se enfocarán de acuerdo al diagnóstico de enfermería, pero principalmente estarán orientados a ayudarlos a adaptarse a la situación de crisis con estrategias de afrontamiento efectivas.

Las actividades de enfermería estarán dirigidas principalmente hacia el asesoramiento y el apoyo:

El asesoramiento incluye acciones tales como:

- Informar acerca de la organización y funcionamiento de la unidad.
- Proporcionar información objetiva de la enfermedad, su evolución, expectativas y los cuidados que se brindarán.
- Estimular y colaborar en la búsqueda de redes sociales a las que pueden acudir para solicitar ayuda.
- Enseñar a la familia formas de comunicación efectivas con el paciente en caso de limitaciones, ya sea verbal o no verbal (palabras, gestos, tacto, mirada, postura) o formas no verbales alternativas (pizarras, material escrito, colores u otros).

El apoyo incluye acciones diversas, tanto en el aspecto emocional como el material:

- Facilitar la expresión de pensamientos y sentimientos, desvelando temores infundados y falsas concepciones, tanto de la situación real como potencial.
- Asegurar canales de comunicación familia-equipo expeditos.
- Reforzar positivamente los comportamientos que conducen a una mejoría de las habilidades de autocuidado

- Fomentar la participación activa en todas aquellas actividades de autocuidado, a fin de estimular la independencia y los sentimientos de autocontrol y control del medio, tanto del paciente como de su familia.
- Establecer una relación terapéutica que sirva de apoyo y ayuda efectiva a la persona enferma y a su familia.

Zaforteza et al. (2008), advierte en una revisión detallada acerca de múltiples estudios sobre familiares de pacientes críticos, que ya está establecido lo hostil que es el entorno de la UCI para los familiares y que sus necesidades, si bien ya han sido ampliamente descritas e informadas como no cubiertas en su mayoría, ya deben dejar de ser relegados a un segundo plano y otorgar cuidados sistemáticos basados en la evidencia.

Los cuidados voluntariosos, poco sistemáticos, no incorporados a la estrategias de la UCI, provistos de manera aislada, resultan en una atención desigual y poco resolutiva, cuya calidad e intensidad dependen del nivel de trabajo de la unidad, de la experiencia y seguridad de la enfermera, de sus habilidades comunicacionales y de su necesidad de protegerse del estrés emocional, por lo que la consideración de las familias de pacientes críticos como sujetos de cuidado, debería ahondar aún más, en las políticas institucionales actuales.

Asimismo, reconoce que se está produciendo un cambio en la cultura de las UCIs, que debe ser consolidado, en el que las enfermeras, con diferentes grados de compromiso, desean establecer cuidados dirigidos a los familiares del paciente, que los ayuden a paliar el sufrimiento que supone tener un ser querido en estado crítico.

Por su parte, la misma autora, establece recomendaciones que logren cambiar el paradigma de las unidades de cuidados intensivos en cuanto a los familiares:

- Que la investigación, pase de ser descriptiva a intervencionista, para poder evaluar la efectividad de los programas de cuidados hacia familiares. Para ello, es necesario cambiar a una metodología cualitativa que dé respuestas a los problemas específicos de cada contexto.
- Que los resultados de las investigaciones se traduzcan en recomendaciones para el cambio y así adaptar a las UCI en forma gradual, a las necesidades de los familiares y los pacientes.

- Es necesario preparar a las enfermeras para enfrentarse en forma eficaz y saludable, al reto que supone la familia del paciente crítico, ya sea en la formación de pregrado o en una de postgrado.

La atención a familiares de pacientes críticos, ha sido motivo de preocupación durante un largo período de tiempo. Las políticas actuales de atención al usuario en nuestro país, con el compromiso presidencial Hospital Amigo, han logrado una mayor consideración de la familia en los cuidados de los pacientes en los servicios hospitalarios no críticos. En las unidades de pacientes críticos, se han producido cambios en forma gradual, principalmente en cuanto a la ampliación de los horarios de visita, a la cantidad de información entregada y a la infraestructura para su acogida, lo que si bien mejora la percepción de las familias, aún queda pendiente la incorporación de éstas, en la implicación de los cuidados.

2.3.- DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES Y FACTORES

Variables/Factores: Definición nominal	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala
Tipo de hospital	Centro hospitalario con UCI administrada por fondos públicos o privados	UCI Administración	Encuesta (pregunta directa)	Hospital público Hospital privado
Relación paciente/enfermera	Número de pacientes asignados por enfermera	- N° de pacientes - N° de enfermeras	Encuesta (pregunta directa)	Razón
Experiencia	Cantidad de tiempo de trabajo en una UCI al momento de realizar este estudio	Número de años cumplidos trabajando en UCI	Encuesta (pregunta directa)	Años
Empatía	Conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas.	-Toma de perspectiva - Atención con compasión - Ponerse en el lugar del otro	Escala de Jefferson	Likert 1- 7

CAPÍTULO 3

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1.- Diseño de la investigación

3.2.- Población en estudio

3.3.- Selección de la muestra

3.4.- Unidad de análisis

3.5.- Descripción del instrumento

3.6.- Procedimientos de recolección de datos

3.7.- Procesamiento y análisis de datos

3.8.- Consideraciones éticas

3.9.- Limitaciones del estudio

3.1.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal, no experimental, que describe el comportamiento de las variables definidas, relacionadas con el nivel de empatía de las enfermeras que laboran en Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos, de hospitales públicos y privados de diferentes regiones del país, con los familiares de los pacientes críticos hospitalizados en dichas unidades.

3.2.- POBLACIÓN EN ESTUDIO

El universo corresponde a las enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos de adultos, de seis hospitales públicos y cinco privados de tres regiones del país; que aceptaron participar en el estudio.

N = 137 enfermeras y enfermeros

3.3.- SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Muestra no probabilística, por conveniencia, obteniéndose la participación voluntaria y con consentimiento explícito de 67 enfermeras, 33 del sector público y 34 del sector privado.

n = 67 enfermeras y enfermeros

No fueron consideradas 3 encuestas por estar incompletas, por lo tanto la muestra quedó constituida por 64 enfermeros/as, que representa un error muestral menor a 0,05 ($\epsilon = 0,039$).

3.4.- UNIDAD DE ANÁLISIS

Enfermeras/os que trabajan en unidades de cuidados intensivos de adultos de centros de salud públicos y privados.

3.5.- DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO: ESCALA DE EMPATÍA DE JEFFERSON

Dada la importancia de la empatía en la relación médico-paciente y el carácter mediador que tendría en el éxito de la atención clínica, la medición de ésta, resulta relevante al momento de conocer las habilidades y competencias personales de los profesionales para el desempeño de sus actividades, especialmente de las enfermeras(os).

La literatura describe una escasez de instrumentos para poder medir la empatía (Hojat et al., 2002), por lo que se vio la necesidad de crear uno, basado en un marco conceptual que abarcara los aspectos cognitivos y afectivos de la empatía, además de una operacionalización clara de los conceptos para su posterior medición.

Hojat et al. (2002), del Center of Research in Medical Education and Health Care at Jefferson Medical College of Thomas Jefferson University in Philadelphia, informaron acerca del desarrollo de la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), versión HP, para medir la empatía en los médicos y otros profesionales de la salud. En estudios posteriores, se crearon versiones dirigidas a estudiantes de medicina, versión S (2002) y a estudiantes de otras profesiones de la salud, versión EPS (2003).

La estructura de la escala fue construida en relación a aspectos conceptuales de una escala multidimensional, que define a la empatía en base a tres factores: Toma de perspectiva, atención con compasión y ponerse en el lugar del otro (Alcorta, González, Tavitas, Rodríguez y Hojat, 2005). Esta escala ha demostrado validez de constructo y de confiabilidad, además de validez convergente y discriminante (Hojat et al. 2002).

El instrumento contiene 20 ítems tipo Likert en una escala de siete puntos (1: Totalmente en desacuerdo, 7: Totalmente de acuerdo). Los puntajes pueden fluctuar entre un mínimo de 20 y un máximo de 140, siendo los puntajes más altos, los que significan un mayor grado de empatía. La versión HP, contiene 10 ítems redactados en sentido positivo y 10 en sentido negativo, con la finalidad de reducir el efecto de confusión, de un patrón de respuesta al estilo aquiescencia o de consentimiento continuo. La versión S, sólo contiene 3 oraciones redactadas en sentido negativo.

Actualmente, esta escala ha sido traducida a 38 idiomas para su libre utilización a nivel mundial.

Para este estudio se utilizó la escala de empatía médica de Jefferson, versión HP, diseñada para medir las actitudes de los médicos y otros profesionales de salud hacia la empatía en situaciones de atención de pacientes. (A libre disposición en <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2805/sm280557.pdf>).

3.5.1.- ESPECIFICACIONES DEL INSTRUMENTO

El instrumento consta de dos partes, la primera corresponde a la caracterización de la muestra y la segunda a la medición de la empatía propiamente tal, que consta de 20 ítems respondidos sobre una escala de Likert de puntos, de 1 (Totalmente en desacuerdo) a 7 (Totalmente de acuerdo), 10 se encuentran en sentido positivo y 10 en sentido negativo. Para la tabulación de los resultados, los puntajes obtenidos en los ítems en sentido negativo, se invirtieron utilizando la fórmula $8-X$, en que X es el valor asignado de ítem, para positivizar el resultado y así lograr que el promedio final de todos los ítems tenga una correlación directa al grado de empatía. Los puntajes de la escala, pueden fluctuar entre un mínimo de 20 a un máximo de 140, por lo que a mayor puntaje, mayor será la empatía del individuo.

I CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

FACTOR / VARIABLE: EXPERIENCIA DE LAS ENFERMERAS EN UCI

A este ítem corresponde una de las preguntas sobre los años de experiencia trabajando en una Unidad de Cuidados Intensivos.

No se le otorgó puntaje a este ítem

Años de trabajo en UCI: _____

FACTOR /VARIABLE: TIPO DE HOSPITAL

A este ítem corresponde una de las preguntas acerca del tipo de administración del hospital al que pertenece la Unidad de Cuidados Intensivos en el que se desempeña la enfermera.

No se le otorgó puntaje a este ítem

Tipo de Hospital: Público___ Privado___

FACTOR / VARIABLE: RAZÓN PACIENTES/ENFERMERA EN UCI

A este ítem corresponde una de las preguntas sobre el número de pacientes asignados por cada enfermera en una Unidad de Cuidados Intensivos.

No se le otorgó puntaje a este ítem

Nº pacientes x enfermera: _____

II FACTOR/VARIABLE: EMPATÍA

Se utilizó un instrumento basado en la escala de empatía de Jefferson, versión HP, para la recolección de la información y aunque el instrumento está validado, se realizó un pilotaje a una muestra de 7 enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos, que no entraron en el estudio. (alfa de Cronbach 0.7).

ÍTEMS EN SENTIDO NEGATIVO:

Ítem	Descriptor
N°1	Mi comprensión de los sentimientos de los familiares, es irrelevante para el tratamiento de los pacientes
N°3	Es difícil para mí verlas cosas desde la perspectiva de los familiares
N° 6	Las familias son diferentes, por lo que es difícil ver las cosa desde la perspectiva de ellas
N° 7	Trato de no poner atención a las emociones de los familiares cuando me relaciono con ellos
N°8	Prestar atención a las experiencias familiares es irrelevante para efectividad del tratamiento de la persona enferma
N°11	Las enfermedades de las personas pueden ser curadas solo con el tratamiento médico y de enfermería, por lo tanto los lazos afectivos con mis pacientes y sus familias, no tienen un valor significativo en este contexto
N°12	Preguntarles a las familias acerca de sus vivencias personales, no ayuda a entender su crisis familiar por la enfermedad de uno de ellos
N°14	Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad
N°18	No me permito ser afectada/o por las intensas relaciones emocionales entre mis pacientes y sus familias
N°19	No disfruto leer literatura que no sea médica, de enfermería o de su práctica

ÍTEMS EN SENTIDO POSITIVO:

Ítem	Descriptor
Nº2	Los familiares se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos
Nº4	Considero que el lenguaje no verbal de las familias es tan importante como el verbal
Nº5	Tengo un buen sentido del humor, que creo contribuye a una mejor interacción
Nº9	Trato de ponerme en el lugar de los familiares cuando los estoy atendiendo
Nº10	Las familias valoran que yo entienda sus sentimientos, lo cual es terapéutico en si mismo
Nº13	Trato de entender lo que está pasando en la mente de los familiares cuando me relaciono con ellos, poniendo atención a su comunicación no verbal y su lenguaje corporal
Nº15	La empatía es una habilidad terapéutica, sin la cual mi desempeño como enfermera/o podría estar limitada
Nº16	Un componente importante de la relación con las familias de mis pacientes, es mi comprensión de su estado emocional
Nº17	Trato de acordarme de mis sentimientos, cuando me ha tocado tener un familiar hospitalizado y así poder atender mejor a los familiares
Nº20	La empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento de las personas enfermas y sus familias

3.5.2.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

A nivel internacional, la versión HP de la escala de empatía médica de Jefferson, ha sido validada en dos estudios (Hojat, M. et al., 2002; Alcorta, A. et al., 2005) y se ha utilizado en dos estudios a nivel nacional (Carvajal et al., 2004; Castañeda y Parraguez, 2006)

Validación de constructo: La escala ya había sido traducida al español, pero para esta ocasión fue modificada gramaticalmente para la atención de familiares.

Para la valoración de la confiabilidad del instrumento tanto para las instituciones privadas y públicas, se decidió utilizar el índice alfa de Cronbach (α), que es el indicador más usado para investigaciones de este tipo. El alfa de Cronbach, permite evaluar homogeneidad en escalas cuyos ítems se responden en más de dos alternativas, como en el instrumento utilizado para el estudio.

Al aplicar la fórmula estadística, se obtuvo por resultado valores mayores a 0,8, lo que da cuenta de una buena consistencia interna. Para casos como este, según la bibliografía revisada, se acepta un valor de alfa, superior a 0,70. La fórmula utilizada para el cálculo del alfa de Cronbach se muestra a continuación:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K - 1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

S_i^2 Suma de varianzas de cada ítem.

S_t^2 Varianza del total de filas

K Número de preguntas o ítemes.

3.6.- PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de los datos se llevó a cabo por medio de una encuesta autoadministrada a los participantes del estudio junto con una carta de consentimiento informado. El envío y recepción de estos documentos se realizó por medio de correo certificado o electrónico a los participantes que se encontraban fuera de la región de Valparaíso.

3.6.1.- ORGANIZACIÓN Y PLAN DE TRABAJO

La investigación se inicia posterior a ser presentado y aprobado el proyecto por la investigadora a la comisión de postgrado de la Universidad de Valparaíso, en Noviembre de 2009.

Sucesivamente se revisa el estado del arte a nivel nacional e internacional. Con la información recabada, se inicia el diseño de la investigación, planteando los objetivos del estudio, la población que será estudiada, el instrumento a utilizar y formulando un plan de trabajo para la recolección de los datos.

Una vez modificado el instrumento, se realizó un pilotaje, aplicándolo a 7 enfermeras con experiencia en Unidades de Cuidados Intensivos de adultos, en forma autoadministrada.

Se envió el instrumento y el consentimiento informado a la Dirección de Postgrado de la Escuela de Enfermería y a la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

A continuación, se establecieron los contactos con las diferentes enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos para solicitar su participación en el estudio. En total se distribuyeron 67 carpetas, cada uno constaba de 1 Cuestionario y 1 Consentimiento Informado. Del total de 67 cuestionarios entregados, se obtuvo 67 consentimientos firmados y sólo 64 instrumentos contestados correctamente, los cuales se recopilaron durante los meses de Noviembre de 2009 a Junio de 2010.

Las enfermeras encuestadas pertenecían a 6 hospitales públicos y a 5 clínicas privadas de diferentes regiones del país.

Durante los años 2011 y 2014 se elabora el informe final de Tesis, para proceder a su calificación y posterior defensa, culminando así el proceso de graduación.

3.7.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

3.7.1 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis de los datos obtenidos, se utilizó nomenclatura alfabética y numérica, asignándole al azar, a cada enfermera la letra E y un número en orden correlativo, para así evitar la identificación de alguna de ellas y cautelar su confidencialidad.

Para el análisis de la información obtenida se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central, promedios puntajes totales y porcentuales, medidas de dispersión, como desviación estándar (s) y varianzas. Los datos se representaron en tablas y gráficos.

Para las pruebas de significancia, se realizaron los test F de Fisher, el test T de Student, y ANOVA.

3.7.2 ESPECIFICACIONES ESTADÍSTICAS

Para el análisis de los datos se utilizaron las respuestas obtenidas a través de la aplicación del instrumento y su respectiva tabulación con los puntajes asignados. Los datos obtenidos se ingresaron a una base de datos los que fueron procesados a través del programa computacional Microsoft Excel 2010 de Microsoft Windows y el programa estadístico MEET MINITAB versión 16.1.0 (Minitab, Inc., EE.UU., 2010).

3.8.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se cauteló durante toda la investigación el aspecto ético referente a la confidencialidad de la información. Junto con la entrega de cada cuestionario, se entregó a cada enfermera un consentimiento informado en el que se especificaban los datos generales del estudio, información de la investigadora y aspectos de confidencialidad para los participantes.

Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento, fueron codificados utilizando letra y números de identificación.

Para efectos de análisis posterior, los nombres de los hospitales y clínicas a las cuales pertenecían las enfermeras del estudio, fueron reemplazados por letras y éstas fueron asignadas al azar.

3.9.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Limitaciones encontradas por la investigadora para el desarrollo del estudio:

- Insuficiente material bibliográfico en relación a la atención de enfermería de familiares y mediciones de empatía en enfermeros, tanto a nivel nacional como internacional. La mayoría de la información de referencia, se obtuvo de internet, dada la especificidad del tema.
- Escasa accesibilidad por las formas protocolares, a los estamentos directivos o gerenciales de los establecimientos de salud, para la autorización del estudio en dichos campos, lo que dificultó la definición del universo y muestra.
- Escasa capacidad de respuesta y colaboración de los profesionales de enfermería para la participación en este estudio.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

4.1.- Características de la muestra

4.2.- Descripción de tablas y gráficos

4.1.- CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

4.1.1.- DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

Tabla 1. Descripción geográfica de la población.

Región	Total Hospitales	Total Enfermeras
Metropolitana	2	18
V	7	38
X	2	8
Total	11	64

Tabla 1: Descripción geográfica de la población en estudio, en la cual se observa la participación de enfermeras de tres regiones del país, teniendo la mayor concentración, la V región, de Valparaíso.

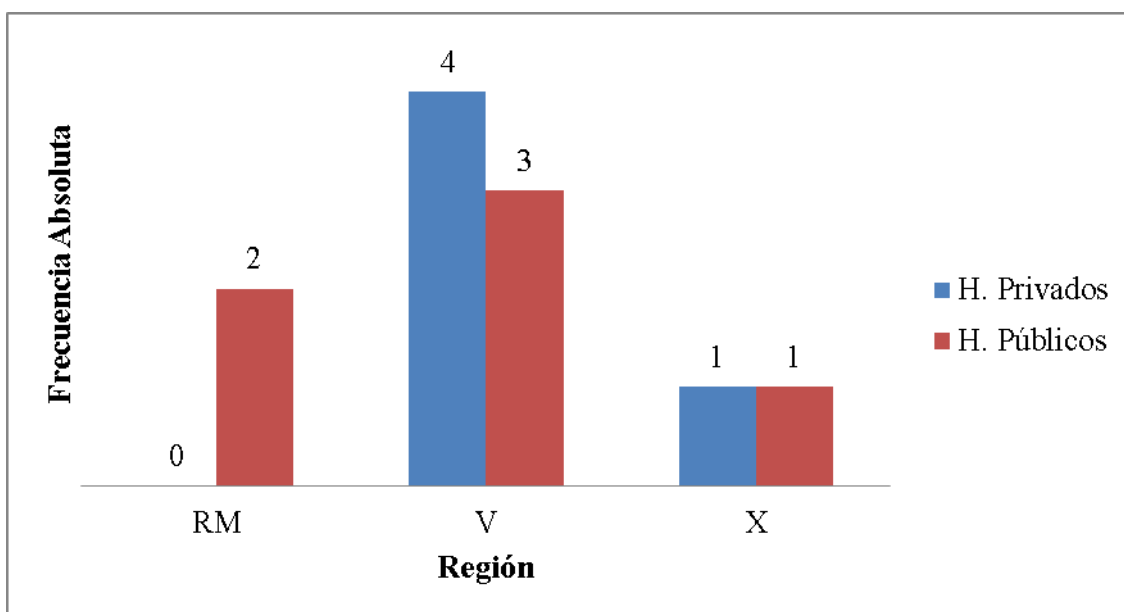


Gráfico 1. Distribución geográfica de hospitales. Se presenta el número de hospitales por región, tanto públicos como privados, en los cuales se desempeñan las enfermeras participantes en el estudio.

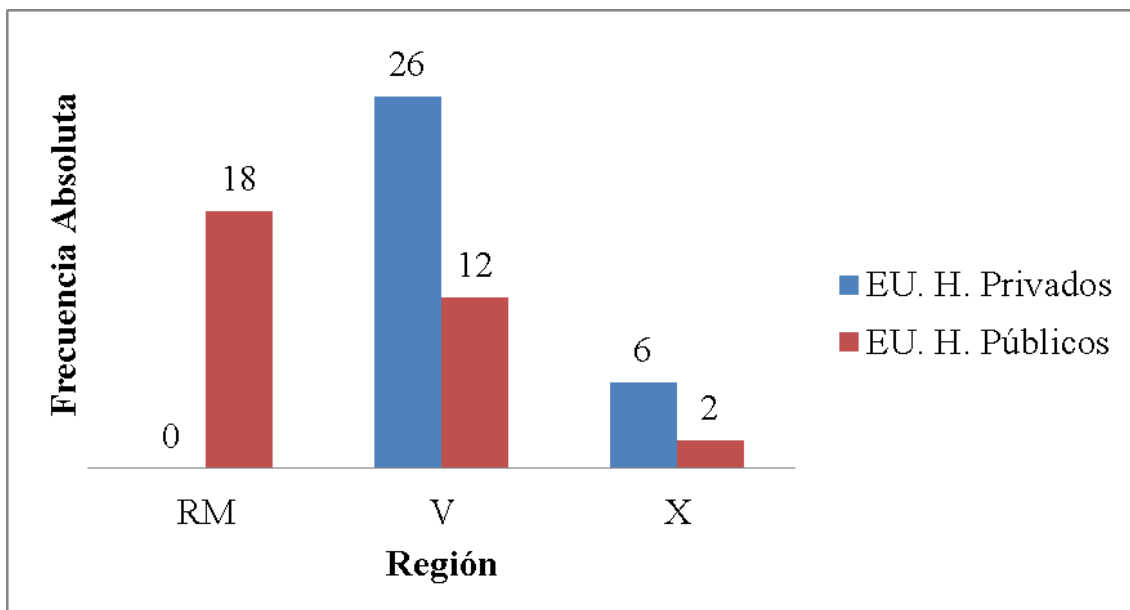


Gráfico 2. Distribución geográfica de las enfermeras participantes en el estudio por tipo de hospital, público o privado. Se observa que el mayor número de enfermeras, provienen del área privada, de la V región, de Valparaíso.

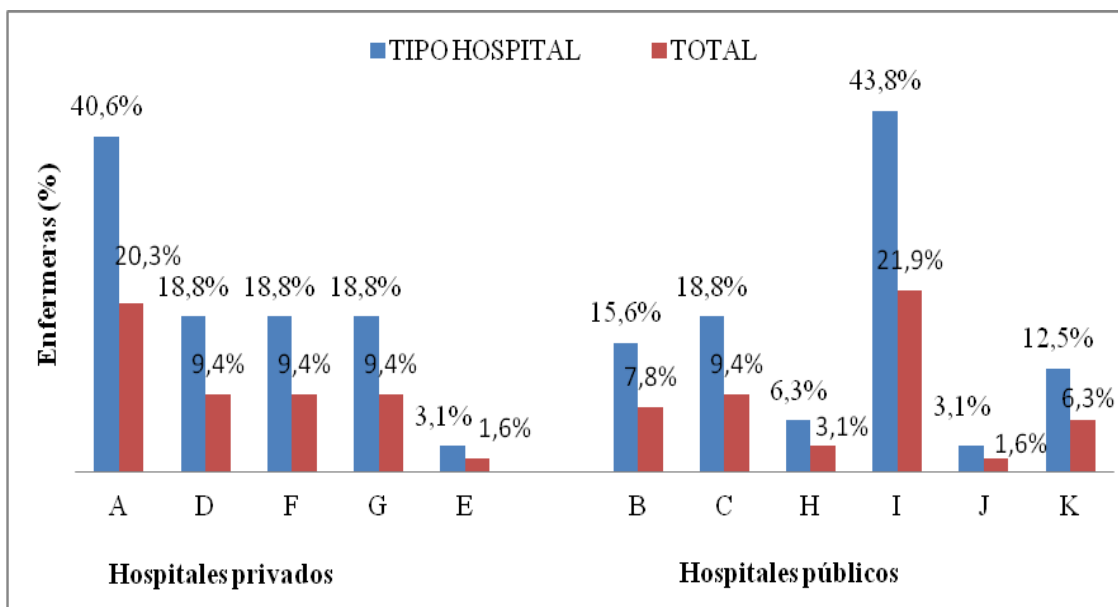


Gráfico 3. Distribución de enfermeras. Se caracterizó la frecuencia porcentual de enfermeras por el total de la muestra y por tipo de hospital (públicos: B, C, H, I, J, K y privados: A, D, F, G, E). Se observa que el 40,6% de las enfermeras de los hospitales privados, pertenecen al hospital A, las que a su vez corresponden al 20,3% del total de las enfermeras encuestadas. Asimismo, el 43,8% de las enfermeras de los hospitales públicos, pertenecen al hospital I, que a su vez corresponden al 21,9% del total de las enfermeras participantes.

Aunque, en el área privada se muestra una mayor homogeneidad en la distribución del personal profesional entrevistado, en ambos tipos de hospitales, se presenta uno con una mayor concentración de enfermeras.

Tabla 2. Distribución del número de pacientes asignados por cada enfermera.

Pacientes	PRIVADO		PÚBLICO		TOTAL	
	ENFERMERAS	HOSPITAL	ENFERMERAS	HOSPITAL	ENFERMERAS	HOSPITAL
3	59,4%	40,0%	50,0%	33,3%	54,7%	36,4%
4	21,9%	40,0%	31,3%	50,0%	26,6%	45,5%
6	18,8%	20,0%	18,8%	16,7%	18,8%	18,2%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 2. Número de pacientes asignados por enfermera de la población en estudio que considera a todas las enfermeras encuestadas (Hospitales públicos y privados). Se presentan los valores en frecuencias porcentuales. El número de pacientes asignados por enfermera que con mayor frecuencia se presenta, es el de tres pacientes por cada una.

4.2. DESCRIPCIÓN DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 3. Datos generales de la población.

Factores	General		Enfermeras Hospitales Públicos		Enfermeras Hospitales Privados	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Empatía	116,09	15,39	110,97	16,06	121,22	13,00
Antigüedad laboral (años)	4,03	4,07	3,69	3,73	4,38	4,41
Pacientes asignados por enfermera	4	1	4	1	4	1

Tabla 3. Características de la población en estudio que considera a todas las enfermeras encuestadas (Hospitales públicos y privados). Empatía según Escala de Jefferson (de 20 a 140 puntos), antigüedad laboral (años) y número de pacientes asignados por cada enfermera. Se presentan los promedios (media) y sus desviaciones estándar (DS).

Los valores obtenidos por las enfermeras para la empatía, fluctuó entre los 80 y 140 puntos, con un promedio para las enfermeras de hospitales públicos de 110,97 (DS 16,06) y de 121,2 (DS 121,22) para las de hospitales privados. El rango de años de servicio en las unidades de cuidados intensivos fue de menos de un año hasta 18 años, con un promedio para los hospitales privados de 4.38 años (DS 4.41), y de 3.69 años (DS 3.73) para los públicos, siendo el promedio general de 4.03 años (DS 4.07). Respecto a la cantidad de pacientes asignados por profesional, en ambos tipos de hospitales presentaron el mismo promedio. Sin embargo se observan diferencias en la distribución del número de pacientes asignados por enfermera que trabajan en los distintos hospitales (Ver tabla 3).

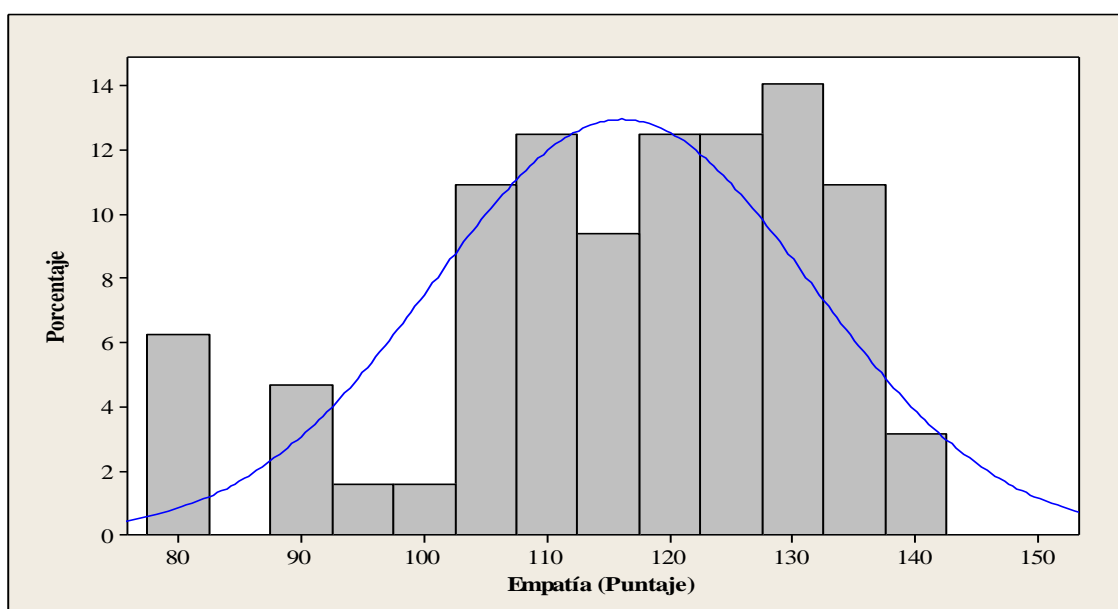


Gráfico 4. Gráfica de distribución de frecuencia del nivel de empatía de las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de adultos. El puntaje máximo corresponde a 140 puntos.

Se puede constatar que los datos no se distribuyen como una curva normal ($p=0,014$, prueba A. Darling), (Ver tabla 4), por lo que se sospecha que el tipo de hospital (Público y Privado) tiene alguna ingerencia en el nivel de empatía.

Tabla 4. Estadística descriptiva de la distribución del nivel de Empatía del total de enfermeras.

Prueba de normalidad de Anderson-Darling	
A-cuadrado	0,96
Valor P	0,014
Media	116,09
Desv.Est.	15,39
Varianza	236,78
Asimetría	-0,696565
Kurtosis	-0,150188
N	64
Mínimo	80,00
1er cuartil	107,25
Mediana	119,50
3er cuartil	128,00
Máximo	140,00
Intervalo de confianza de 95% para la media	
112,25	119,94
Intervalo de confianza de 95% para la mediana	
113,43	123,00
Intervalo de confianza de 95% para la desviación estándar	

Tabla 4. Estadígrafos que representan la distribución del nivel de Empatía medida en puntaje (20 a 140 puntos), según instrumento "Escala de Jefferson".

Se obtuvo un valor promedio de empatía de 116,1 (82,9%). Los valores de empatía fluctuaron entre 80 (6%) y 140 (3%) puntos. El 14% de las enfermeras obtuvieron un puntaje de 130 y menos del 2% obtuvo valores menores a 95.

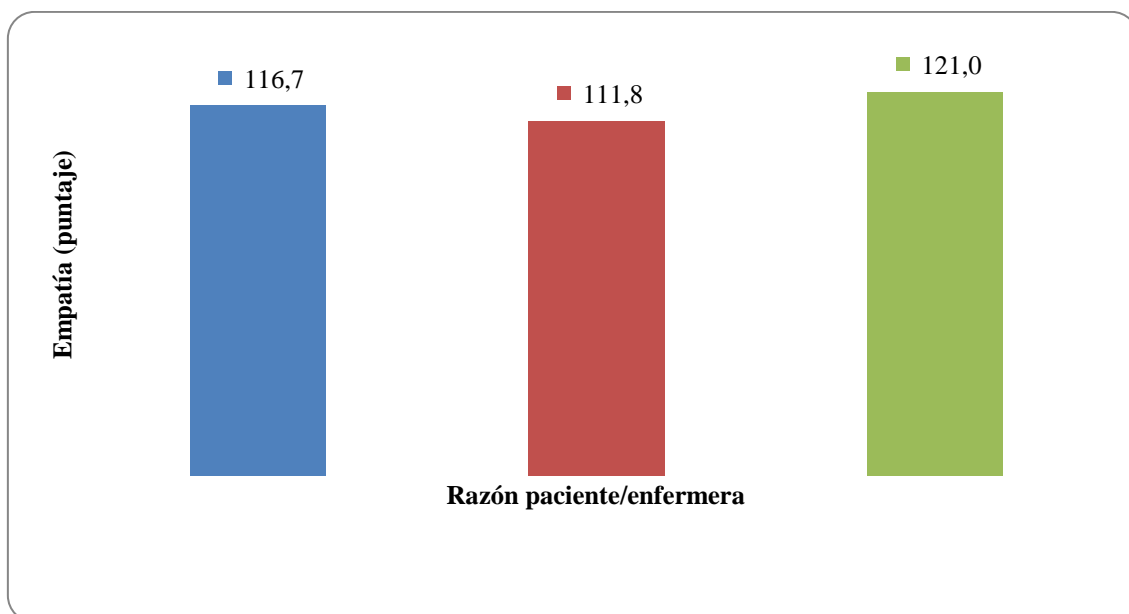


Gráfico 5. Razón paciente/enfermera versus empatía. Se presentan los promedios generales obtenidos de la empatía relacionados con el número de pacientes asignados por enfermera. El puntaje máximo corresponde a 140 puntos.

Se observa que el mayor puntaje de empatía lo obtiene la relación paciente enfermera 6 a 1 (121 puntos). El menor puntaje lo obtiene la relación paciente enfermera 3 a 1 (116,7 puntos).

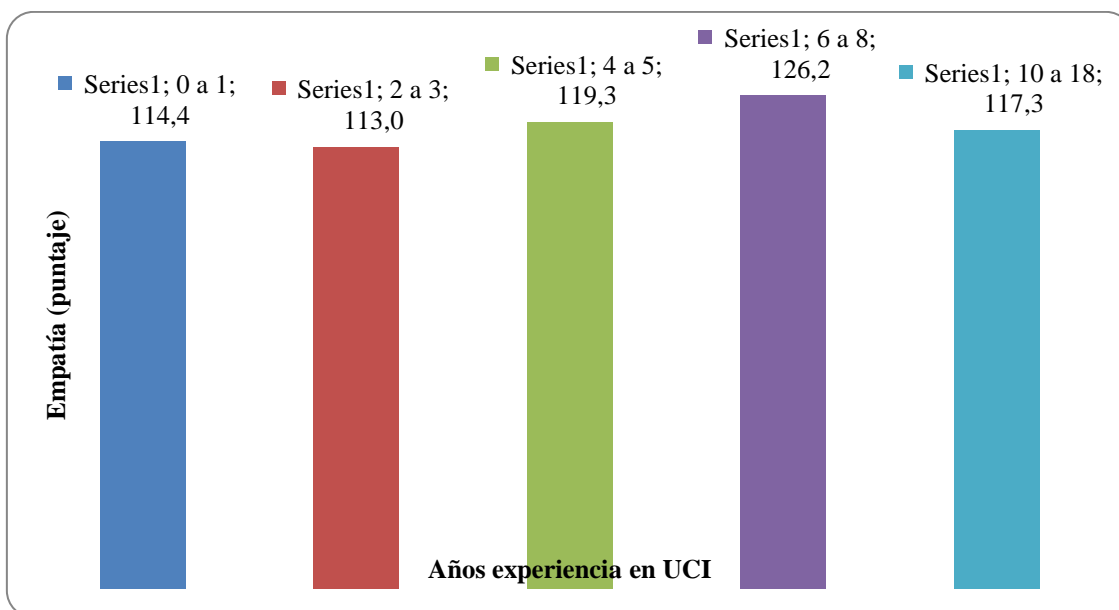


Gráfico 6. Años de experiencia en UCI y empatía. Se presentan los promedios generales del nivel de empatía obtenidos por las enfermeras, agrupadas por años de experiencia. El puntaje máximo corresponde a 140 puntos.

Se observa que el mayor puntaje lo obtienen las enfermeras de entre 6 a 8 años de experiencia (126,2 puntos). El puntaje mínimo lo obtienen las enfermeras de entre 2 a 3 años de experiencia (113 puntos).

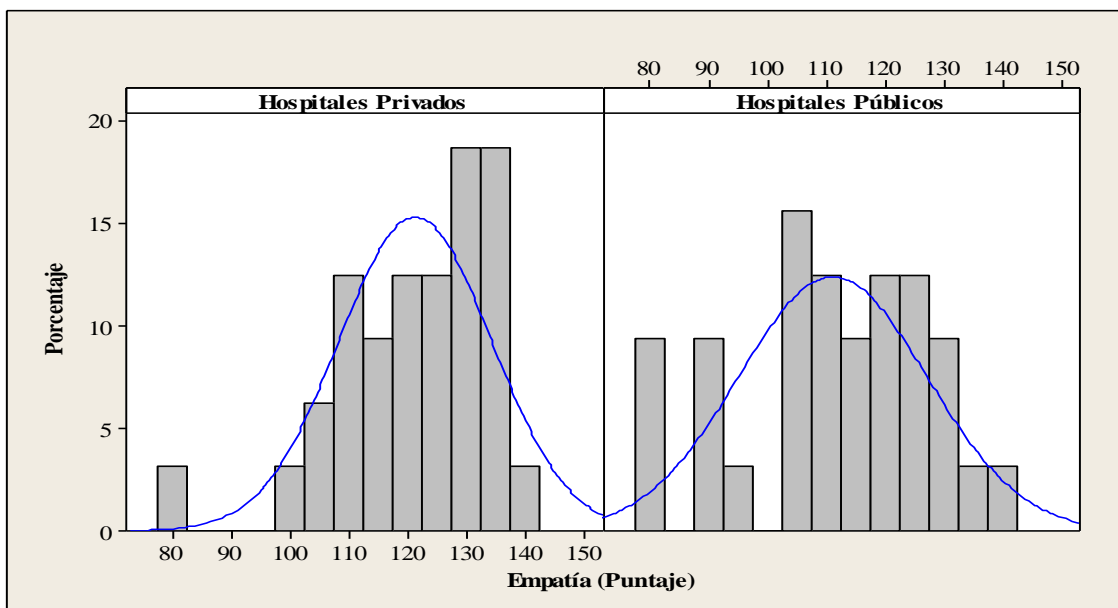


Gráfico 7. Empatía por tipo hospital. Nivel de empatía presentado por el profesional de enfermería que trabaja en unidades de cuidados intensivos de adultos en hospitales privados y públicos. El nivel de empatía se midió en una escala de 0-140 puntos.

Tabla 5. Estadística descriptiva de la distribución del nivel de Empatía de enfermeras por tipo de hospital.

Hospitales Privados		Hospitales Públicos	
Prueba de normalidad de Anderson-Darling		Prueba de normalidad de Anderson-Darling	
A-cuadrado	0,59	A-cuadrado	0,46
Valor P	0,118	Valor P	0,240
Media	121,22	Media	110,97
Desv.Est.	13,00	Desv.Est.	16,06
Varianza	169,02	Varianza	257,97
Asimetría	-1,02037	Asimetría	-0,393153
Kurtosis	1,18310	Kurtosis	-0,617744
N	32	N	32
Mínimo	82,00	Mínimo	80,00
1er cuartil	112,50	1er cuartil	103,00
Mediana	123,00	Mediana	112,00
3er cuartil	131,75	3er cuartil	124,50
Máximo	140,00	Máximo	140,00
Intervalo de confianza de 95% para la media		Intervalo de confianza de 95% para la media	
116,53	125,91	105,18	116,76
Intervalo de confianza de 95% para la mediana		Intervalo de confianza de 95% para la mediana	
116,00	130,00	106,00	120,00

Tabla 5. Estadígrafos que representan la distribución del nivel de Empatía medida en puntaje (20 a 140 puntos), según instrumento "escala de Jefferson", por tipo de hospital (Público y Privado).

Se evaluaron hospitales privados y públicos. Las enfermeras de hospitales públicos presentaron un promedio de 111 puntos (DS 16,1), menor al obtenido por las enfermeras de hospitales privados, con un puntaje promedio de 121 (DS 13,0). La diferencia de empatía entre las enfermeras de hospitales privados y las de hospitales públicos se encontró significativa ($p=0.003$).

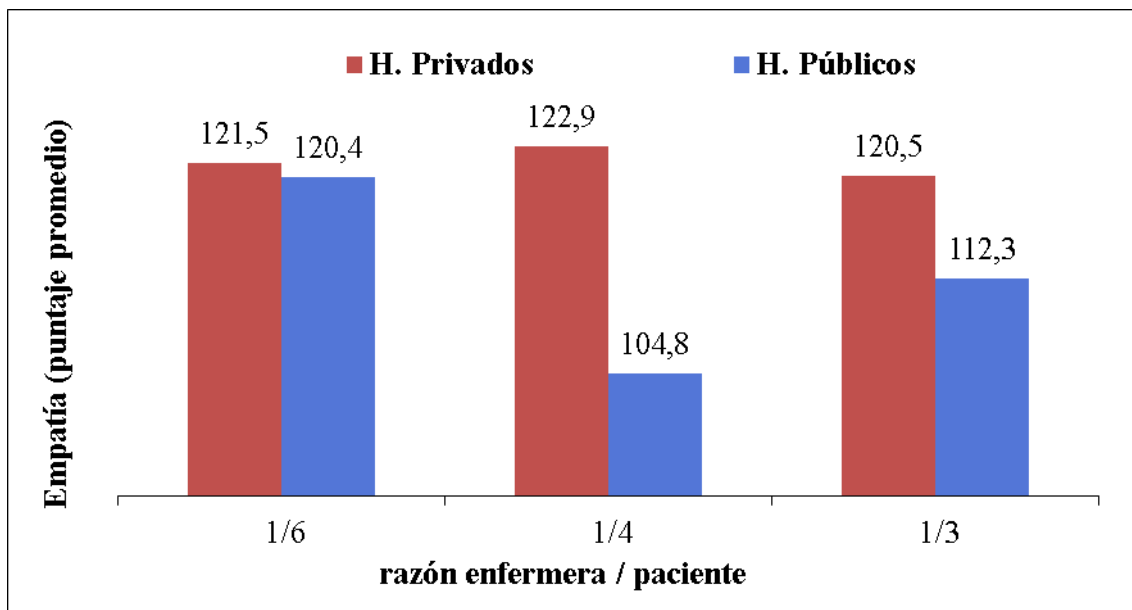


Gráfico 8. Empatía por tipo de hospital y número de pacientes por enfermera. Puntajes promedios de empatía con familiares de pacientes críticos en las enfermeras de hospitales públicos y privados, versus cantidad de pacientes asignados.

No se observan diferencias significativas entre los hospitales privados y públicos cuando la razón paciente/enfermera es de 3 a 1 y 6 a 1 con valores de $p= 0,073$ y $0,429$ respectivamente. Sin embargo, es discutible que con un valor de significancia de $p= 0.05$, cuando la razón paciente/enfermera es de 4 a 1, se interprete como la existencia de una diferencia significativa entre los distintos hospitales.

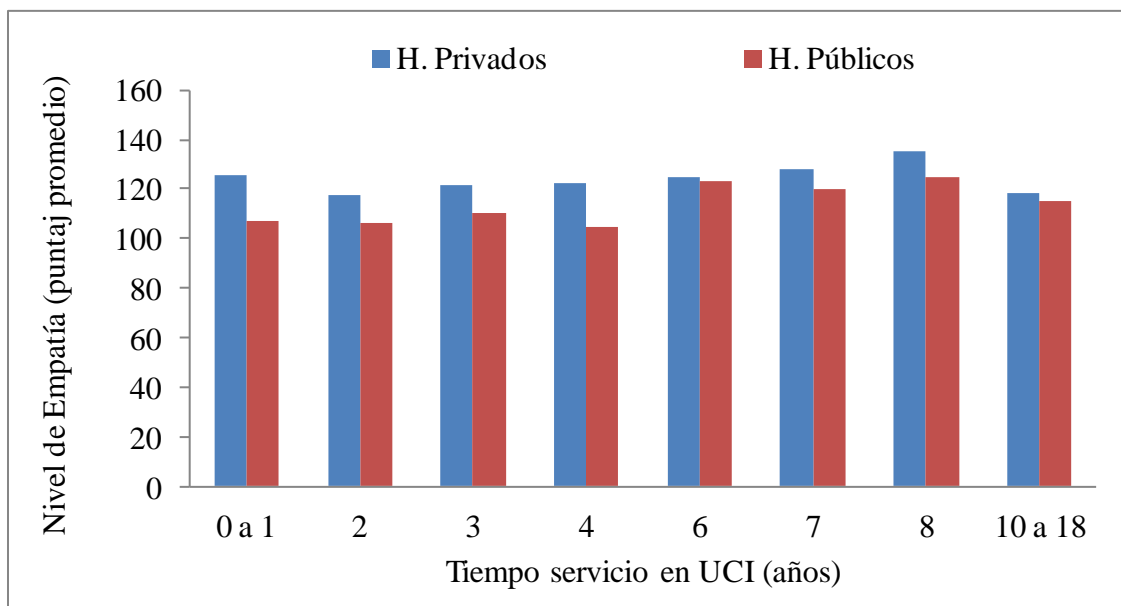


Gráfico 9. Empatía por tipo de hospital y años de experiencia en UCI. Puntajes promedio de empatía con familiares de pacientes críticos en las enfermeras de hospitales públicos y privados, versus años de experiencia en cuidados intensivos.

Se observa que la mayor diferencia de puntaje lo obtienen las enfermeras con 0 a 1 año de experiencia, con 18,5 puntos. La menor diferencia de puntaje lo obtienen las enfermeras con 6 años de experiencia con sólo 1 punto.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- Discusión

5.2.- Conclusiones

5.3.- Recomendaciones

5.1.- DISCUSIÓN

A la luz de los resultados obtenidos, el promedio general de empatía con los familiares de paciente crítico de las enfermeras intensivistas, presenta un promedio de 116 puntos de un total de 140, equivale a un 83% de logro para una actitud empática hacia quienes constituyen el foco de la necesidad de ayuda.

Respecto a la cantidad de años de trabajo en una UCI no se relacionan con el grado de empatía que poseen las enfermeras, pudiendo deberse a que la capacidad empática del profesional -de ponerse en el lugar del otro-, es inherente a su ser desde el punto de vista ontológico con un acervo valórico profundo en lo relacional. (Peplau, 1990, Olivera y Díaz, 2006, Hidalgo et al. 2007).

Teniendo en cuenta lo anterior respecto a los años de experiencia en unidades de paciente crítico no presentan significancia estadística, las enfermeras con desempeño clínico de entre 6 a 8 años, obtienen puntajes de empatía que oscilan entre 120 y 135 puntos, que coincide con enfermeras eficaces y expertas en cuanto a la adquisición de conocimientos, habilidades y experiencias que le otorgan capacidades de pensamiento crítico, autocrítico e intuición y un sentido más reflexivo de la ética del cuidado en el ejercicio de sus labores, generando una atención de enfermería que tiende a la mejora continua de ella y su equipo, hacia los pacientes y familiares.

Asimismo las enfermeras con menor experiencia, de 0 a 3 años presentan los menores puntajes de empatía, que de acuerdo a la clasificación de Patricia Benner, son las principiantes avanzadas y las competentes, en que sus actuaciones se orientan al cumplimiento de las tareas basadas en normas establecidas, centradas en el manejo del tiempo y la organización del trabajo, más que en las necesidades de los pacientes a su cargo y de sus familiares.

Por otro parte, el sustrato teórico de Peplau, logra demostrar que en el establecimiento de las interacciones de enfermería a nivel de los familiares de los pacientes críticos hospitalizados, se superponen los diferentes roles y etapas de la relación de ayuda para con los sufrientes en las salas de espera. Probablemente imperceptibles, en la medida que avanza el tiempo y la relación, todas las fases y roles se van desarrollando en la medida que los necesitados van aceptando su nueva condición de sufrientes, a la expectativa de lo que los profesionales pueden enseñarles, informar o simplemente consolar. Todas las experiencias

psicobiológicas experimentadas por las familias: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad, analizan y transforman el actuar de enfermería, mayoritariamente hacia una actitud empática, que dependerá en gran parte de las habilidades comunicacionales de la enfermera, de su bienestar personal y de su madurez profesional, en base a su propio análisis y autoconocimiento, para lograr una relación exitosa y satisfactoria, que finalmente repercutirá nuevamente en un bienestar personal y en una mayor madurez profesional.

Asimismo, dentro de los hallazgos de este estudio, no se encontró relación entre el grado de empatía y el ratio pacientes -enfermeras, en contrapartida con otros estudios que señalan que dada las características de las unidades de cuidado intensivo, referida a la alta demanda de cuidados especializados en pacientes graves y los elementos estresores involucrados en la atención, la relación con la familia se complica. (Zambrano 2006)

Considerando que la cantidad de pacientes asignados por enfermera fue en promedio, el mismo para ambos sectores y que las diferencias en la medición de empatía con familiares, en cuanto al número de pacientes asignados, no tiene significancia estadística ($p=0,491$), se observa variabilidad en la distribución del número de pacientes a cargo por enfermera que trabajan en los distintos hospitales, lo cual también podría influir en el nivel de empatía de las enfermeras hacia la familia, ya que sólo el 50% de las enfermeras de hospitales públicos se desempeña acorde a las recomendaciones de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, en que la relación número de pacientes asignados por enfermera debe ser de 3 es a 1, en contrapartida con el 59,4% de las enfermeras de hospitales privados lo hace acorde a lo recomendado. El resto de las enfermeras, principalmente las de hospitales públicos, ejerce su labor con un mayor número de pacientes a su cargo, reiterando que no pareciera ser que este factor intervenga en el grado de empatía de las enfermeras hacia los familiares.

En resumen, en lo relacionado con el ratio enfermera-paciente, llama la atención que el mayor puntaje de empatía lo obtienen las enfermeras que tienen a su cargo 6 pacientes cada una, pero que representan sólo el 18,8% del total de la muestra, cuyo puntaje podría estar en directa relación más con competencias y habilidades comunicacionales personales, que con el grado de satisfacción laboral que puedan presentar y tipo de hospital en el que se desempeñan.

En cuanto al nivel de empatía del profesional con la familia, si se relaciona con el tipo de centro de salud -público o privado- en el cual laboran las enfermeras, los valores de

empatía fluctuaron entre 80 y 140 puntos, obteniendo un mayor puntaje las enfermeras de hospitales privados con 121,2 puntos en promedio, a diferencia de los 110,97 puntos promedio que obtuvieron las enfermeras de hospitales públicos, con una significancia estadística de $p=0,003$; en la revisiones realizadas no se encontraron estudios similares que permita comparar ambas realidades.

La explicación del mayor nivel de empatía en las enfermeras de hospitales privados, podría deberse al mayor grado de satisfacción laboral que presentan estas enfermeras, en relación a las enfermeras de hospitales públicos, cuya evidencia se encuentra avalada en un estudio chileno (Fernández y Paravic, 2003), en el que concluyen que las condiciones físicas de los recintos públicos, inseguros y riesgosos, la poca transparencia de los procesos de ascenso y las remuneraciones percibidas mayoritariamente como injustas en este sector, merman la posibilidad de entregar un desempeño satisfactorio y adecuado a las circunstancias y necesidades de los usuarios enfermos y sus familias, como sujetos de atención en su conjunto.

Por otro lado, pese a que la cantidad de pacientes asignados por enfermera fue en promedio, el mismo para ambos sectores y que las diferencias en la medición de empatía con familiares, en cuanto al número de pacientes asignados, no tiene significancia estadística ($p=0,491$), se observa variabilidad en la distribución del número de pacientes a cargo por enfermera que trabajan en los distintos hospitales, lo cual también podría influir en el nivel de empatía de las enfermeras, ya que sólo el 50% de las enfermeras de hospitales públicos se desempeña acorde a las recomendaciones de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, en que la relación número de pacientes asignados por enfermera debe ser de 3 es a 1, versus el 59,4% de las enfermeras de hospitales privados que lo hace acorde a lo recomendado. El resto de las enfermeras, principalmente las de hospitales públicos, ejerce su labor con un mayor número de pacientes a su cargo, lo que sumado a la menor satisfacción laboral de las enfermeras de este sector, explicaría una directa relación en el nivel de empatía obtenido.

En lo referente al tipo de centro de salud, es importante relevar que el entorno laboral y el clima organizacional de las instituciones en general, influye no solo en la satisfacción profesional, personal y a la adaptación a la presencia de factores estresores en las UCIs; siendo que las enfermeras del área privada obtuvieron un puntaje significativamente superior que las del área pública, dada una percepción mejorada de satisfacción laboral evidenciada

empíricamente, lo que las predispone a tener una mayor tendencia empática hacia los familiares de sus pacientes. (Fernández, Pavaric, 2003)

Unas relaciones interpersonales exitosas, traen consigo un desempeño adecuado y productivo en la tarea de cuidar a los necesitados, el desafío de las enfermeras es utilizar las herramientas y los conocimientos claves, para así alcanzar un desarrollo personal y profesional, las condiciones físicas de los recintos públicos, inseguros y riesgosos, la poca transparencia de los procesos de ascenso y las remuneraciones percibidas mayoritariamente como injustas en este sector, merman la posibilidad de entregar un desempeño satisfactorio y adecuado a las circunstancias y necesidades de los usuarios enfermos y sus familias, como sujetos de atención en su conjunto. (Fernández, Pavaric, 2003)

Los estudios avalan las dificultades del personal de salud para relacionarse con las familias ante situaciones de crisis, dado principalmente por la poca preparación que sienten en materias de psicología y relación de ayuda, como también por el estrés y frustración que les provoca relacionarse con personas ansiosas y a veces, socioculturalmente diferentes. (García et als. 2006, Zambrano 2006, Rodríguez et als. 2005, Velasco et als. 2000)

Existen algunos estudios que han utilizado la misma Escala de Jefferson versión S, en estudiantes de quinto año de medicina (Carvajal et al, 2004), los cuales obtuvieron un promedio de 119 puntos, tres puntos más que el promedio de las enfermeras de unidades de cuidados intensivos. Otro estudio realizado con estudiantes de kinesiología de tres niveles diferentes de avance curricular (Rojas et al, 2009), se encontraron los mismos resultados expresados en mediana de 119 puntos, muy similares a los hallazgos de este estudio.

5.2.- CONCLUSIONES

Los estudios avalan las dificultades del personal de salud para relacionarse con las familias ante situaciones de crisis, dado principalmente por la poca preparación que sienten en materias de psicología y relación de ayuda, como también por el estrés y frustración que les provoca relacionarse con personas ansiosas y a veces, socioculturalmente diferentes.

Unas relaciones interpersonales exitosas, traen consigo un desempeño adecuado y productivo en la tarea de cuidar a los necesitados, el desafío de las enfermeras es utilizar las herramientas y los conocimientos claves, para así alcanzar un desarrollo personal y profesional completo.

Peplau basa su teoría de enfermería, en las relaciones interpersonales para la práctica propia de la profesión, en que la interacción con las personas en situación de crisis, es una oportunidad de crecimiento personal y de maduración tanto para los clientes como para el profesional de enfermería.

Las diferentes etapas y roles que suceden en esta relación, ocurren en forma imperceptible y superpuestas, y probablemente bajo un desconocimiento formal y acabado de lo que esta teorista plantea, por parte de los profesionales de enfermería.

Por lo tanto, caben las siguientes preguntas: ¿Una mayor preparación de los profesionales de enfermería en pre y post grado, en temas de Enfermería Psicodinámica o Psicología en general, mejoraría la atención a familiares de los pacientes críticos? ¿Un mejor entorno físico y contractual, sumado a un clima laboral agradable, posibilitaría una atención de enfermería de calidad hacia todos los sujetos de cuidado?

Interrogantes que si bien tienen una respuesta clara, también denotan falencias que son completamente posibles de mejorar. El reto entonces, es intentar igualar las condiciones laborales y readecuar las mallas curriculares de enfermería, para así aprovechar las habilidades y capacidades que cada profesional posee y lo predispone a querer ser enfermera/o y llegar a un desarrollo profesional pleno.

Pero no todo es tan simple, las políticas de Estado también tienen mucho que aportar. La salud en Chile ha estado transformándose en las últimas décadas, apuntando a una mejora

en la calidad de la atención, a través de diferentes mecanismos legales que finalmente provean una salud lo más igualitaria posible.

Las garantías explícitas de salud y puntualmente la garantía de calidad, exige la acreditación de los hospitales y de todas las entidades de salud en sus diferentes niveles de complejidad, bajo estándares establecidos. También es cierto, que la acreditación exige previamente, tener infraestructura, implementación técnica adecuada y recurso humano competente, para poder llevar a cabo el proceso que lo certifique finalmente como centro acreditado, y es aquí, en este punto, en que el Estado debe propender al cumplimiento de las exigencias establecidas por él mismo, cautelando que la dotación de equipamiento y principalmente personal sanitario, sea el que corresponde según la complejidad de los servicios, ya sea en instituciones administradas por él o en forma privada. La otra instancia a utilizar como mecanismo de mejora de la atención, es el programa del Hospital Amigo, el cual va dirigido en gran parte, a la acogida de las familias y amigos de las personas hospitalizadas, cuya base teórica está fundamentada claramente, en las relaciones interpersonales de la institución de salud como persona ficticia y de los propios funcionarios que allí laboran.

Los mecanismos legales y las herramientas están disponibles, el recurso humano tiene en su mayoría las habilidades y las ansias de mejorar, solo falta sistematizar aún más la atención del entorno social de los enfermos hospitalizados, para lo cual Peplau tiene mucho que aportar, partiendo por su concepción de la enfermería, el cual debe ser aprovechado y estimulado por las autoridades, si desean realmente mejorar la acogida de los usuarios, ***“La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que aspira a fomentar el progreso de la personalidad en la dirección de una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria”.***

5.3.- RECOMENDACIONES

- Realizar estudios locales destinados a la medición de la empatía de las enfermeras, ampliando dicha medición hacia los familiares y amigos de las personas hospitalizadas en diferentes servicios clínicos, aprovechando la instancia del programa Hospital Amigo, existente en todos los hospitales de Chile. Con los resultados obtenidos, proponer mejoras en la atención a familiares, principalmente desde el punto de vista de enfermería.
- Mejorar las mallas curriculares de pregrado, en cuanto al desarrollo de habilidades comunicacionales y enseñanza de la relación de ayuda, promoviendo aún más el concepto holístico de las personas, en la atención de enfermería.
- En los programas de postgrado, desarrollar módulos que apunten a temas de psicología y gestión del cuidado, a modo de mejorar la preparación de las enfermeras para enfrentar situaciones desde la perspectiva del otro.
- Aspirar a que las políticas de Estado, provean los recursos materiales y humanos necesarios, en todos los niveles de atención sanitaria, a fin de mejorar el bienestar laboral de sus funcionarios, lo que repercutirá directamente en la calidad de la atención otorgada.
- Incentivar la investigación en enfermería, formal y sistemática, a través de programas locales en los servicios de enfermería, a fin de estimular a las nuevas generaciones en el desarrollo de la disciplina profesional.
- Solidarizar, colaborar y empatizar con aquellas enfermeras que desean desarrollar la investigación, como una herramienta primordial para el crecimiento profesional.
- Realizar estudios con enfoque cualitativo que permitan hacer análisis comprensivos de la realidad desde la perspectiva de los profesionales, el paciente y su familia.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Burns, N. y Grove, S. (2003). *Investigación en enfermería*. Madrid: Elsevier.
- Chile, Ministerio de Salud. (2004). *Guía de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos. UPC adultos*. Santiago.
- Cibanal, L., Arce, M.C., y Carballal, M.C. (2003). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. Madrid: Elsevier.
- Espinoza, A. (2005). *El enfermo grave. En terapia intensiva*. (pp. 36-71). México D.F: Macgraw-Hill Interamericana.
- Goleman, D. (2010). *Inteligencia Emocional*. (pp.167-172). Barcelona: Editorial Kairós.
- Novel, G., Lluch, M., y Miguel, M. (1995). *Enfermería psicosocial y salud mental*. (pp. 217-237). Barcelona: Masson, S.A.
- Marriner, A. y Raile, M. (1999). *Modelos y teorías de enfermería*. (pp. 157-172; 335-349; 364- 374;). Madrid: Ediciones Harcourt, S.A.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.

RECURSOS ELECTRÒNICOS

- Alcorta, A., González, J., Tavitas, S., Rodríguez, F., y Hojat, M. (2005). *Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos*. Recuperado de <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2805/sm280557.pdf>
- Barbosa, L., y Azevedo, S. (2006). *Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos*. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-12962006000200004&script=sci_arttext

- Beltrán, O. (2007). *Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en UCI*. Recuperado de <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/153/1/SignificadoExperienciaCr%C3%ADticamenteEnfermo.pdf>
- Carvajal, A., Miranda, C., Martinac, T., García, C., y Cumsille, F. (2004). *Análisis del nivel de empatía en un curso de quinto año de medicina, a través de una escala validada para este efecto*. Recuperado de [http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6258/deploy/analisis%20nivel%20empatia\[1\].pdf](http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6258/deploy/analisis%20nivel%20empatia[1].pdf)
- Castañeda, S. y Parraguez, R. (2006). *Orientación empática de los estudiantes de kinesiología de dos escuelas de la región metropolitana*. Recuperado de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/castaneda_s/sources/castaneda_s.pdf
- Celis, E. (2002). *ICUs worldwide: results of a nationwide survey of Colombian intensive care units*. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC137316/>
- Chile. Biblioteca del Congreso Nacional. (s.f), *La familia: Concepto*. Recuperado de <http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil/>
- Cook, D. (2006). *Open visiting: does this benefit adult patients in intensive care units?*. Recuperado de <http://www.nzno.org.nz/LinkClick.aspx?fileticket=qIhpFH4oD2U%3D&tabid=421>
- Crandall, S., & Marion, G. (2009). *Commentary: identifying attitudes towards empathy: an essential feature of professionalism*. Recuperado de http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2009/09000/The_Jefferson_Scale_of_Physician_Empathy_.8.aspx
- De Albistur, M., Bacigalupo, J., Gerez, J., Uzal, M., Ebeid, A., Maciel, M., y Soto, J. (2000). La familia del paciente internado en la unidad de cuidados intensivos. *Revista médica del Uruguay*, 16 (3), 243-256. Recuperado de <http://www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/2000v3/art8.pdf>

- Díaz, A., y Díaz, N. (2004). *Ampliando horizontes: una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos*. Recuperado de http://www.fuden.es/FICHEROS_USUARIO/Originales_Imagenes/Original10.pdf
- Díaz, V., Madrid, A., y Martínez, X. (2002). *Incorporando a la familia en la UCI - U.P.C-H.B.L.T.* Recuperado de http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/INCORPORANDO_A_LA_FAMILIA_EN_LA_UCI.doc
- Di Lillo, M., Cicchetti, A., Scalzo, A., Taroni, F., & Hojat, M. (2009). *The Jefferson scale of physician empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in italian physicians*. Recuperado de http://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2009/09000/the_jefferson_scale_of_physician_empathy_.14.aspx
- Fernández, B., y Paravic, T. (2003). Nivel de satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile. *Revista Ciencia y Enfermería*, 9 (2), 57-66. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art06.pdf>
- Fernández, I., López, B., y Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Revista Anales de Psicología*, 24 (2), 284-298. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v24/v24_2/12-24_2.pdf
- Fernández, M. (2004). *El impacto de la enfermedad en la familia*. Recuperado de: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-6/RFM47606.pdf>
- García, S., Fernández, M., Cumbreira, E., Morano, M., Alfonso, D., y Contreras, I. (2006). *Cuidando a la familia en UCI*. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0248.pdf>
- González, J. (2005). Empatía y Ecpatía. *Revista Avances en Salud Mental Relacional*, 4 (2), 1-8. Recuperado de <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0402/ecpatia.pdf>
- Guevara, B., Zambrano de Guerrero, A., y Evies, A. (2007). *Una aproximación al perfil de la enfermera intensivista*. Recuperado de:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/756/1/Una-aproximacion-al-perfil-de-la-enfermera-intensivista.html>.

- Hidalgo, I., Vélez, Y., y Pueyo, E. (2007). *Qué es importante para los familiares de los pacientes de una unidad de cuidados intensivos*. Recuperado de <http://www.elsevier.es/en/node/2057975>
- Hojat, M., Gonnella, J., Nasca, T., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). *Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty*. Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=159&page=1563&journalID=13>
- Hojat, M.; Gonella, J., Nasca, T., & Mangione, S. (2003). *Definición y componentes de la empatía del médico*. Recuperado de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=24677&pagina=1>
- Lobo, A., Mozò, P., Piña, A., y Sandoval, M. (s.f). *Empatía*. Recuperado de <http://www2.udec.cl/~ivalfaro/apsique/soci/empatia.html>
- Marco, L., Bermejillo, I., Garayalde, N., Sarrate, I., Margall, M., y Asiain, M. (2000). *Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras*. Recuperado de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/142/142v11n3a10017624pdf001.pdf>
- Olvera, G., y Díaz, R. (2006). Empatía, elemento fundamental del cuidado de enfermería. *Revista Desarrollo científico de enfermería*, 14 (6), 217-220. Recuperado de <http://www.index-f.com/dce/14/r14-217.php>
- Ourcilleón, A., Espinoza, P., Fernández, P., y Sobarzo, K. (2003). Comunicación e información en unidades de cuidados intensivos. *Revista chilena de medicina intensiva*, 18 (4), 239-244. Recuperado de <http://medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2003-4/9.pdf>

- Perdomo, R. (1992). *Medicina intensiva y las unidades de cuidados Intensivos. Definición-desarrollo histórico-utilización de sus recursos*. Recuperado de <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1992/pdf/Vol60-1-1992-13.pdf>
- Rodríguez, M., Rodríguez, F., Roncero, Á., Morgado, M., Theodor, J., Flores, L.,... Almeida, C. (2003). *Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico*. Recuperado de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/142/142v14n03a13051385pdf001.pdf>
- Rodríguez, M., Gutiérrez, Á., Magallanes, B., Villafruela, R., Plaza, M., Rodríguez, C.,... Gutiérrez, J. (2005). *¿Qué sucede con la familia del paciente ingresado en nuestra UCI?*. Recuperado de http://www.ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo_EE/plantilla_articulo_EE&numRevista=9&idArticulo=1121327186047
- Santana, L., Sánchez, M., Hernández, E., García, M., Eugenio, P., y Villanueva, Á. (2007). *Necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional*. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912007000600002&script=sci_arttext
- Santana, K., Kimura, M., y Azevedo, K. (2007). *Necesidades de los familiares de pacientes en unidades de terapia intensiva: análisis comparativo entre hospital público y privado*. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000100013&script=sci_arttext&tlng=es
- Silva, L., y Martínez, N. (2004). *Satisfacción familiar en un área intensiva municipal*. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3_2_04/mie08204.htm
- Torres, L., y Morales J.M. (2004). *Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomendaciones de la sociedad andaluza de enfermería de cuidados críticos*. Recuperado de <http://www.tempusvitalis.com/Revista06/consenso41p.pdf>
- Uribe, M.T., Muñoz, C., y Restrepo, J. (2004). *Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular*. Recuperado de <http://revinut.udea.edu.co/index.php/iee/article/viewFile/2962/2669>

- Velasco, J., Castillo, J., Merino, N., Prieto, J.F., Terrón, M., Valero, R.,...Romero, M. (2000). *Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos*. Recuperado de <http://www.terra.es/personal3/josevb/lineas.htm>
- Velasco, J., Prieto, J., Castillo, P., Merino, N. y Perea-Milla, E. (2005). *Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España*. Recuperado de <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/142/142v16n02a13075391pdf001.pdf>
- Vía, J. (2008). *Algunas reflexiones sobre la familia actual*. Recuperado de http://www.psicologia-online.com/articulos/2008/06/reflexiones_familiar.shtml
- Zaforteza, C., Gastaldo, D., Sánchez-Cuenca, P., de Pedro, J., y Lastra, P. (2003). *¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico?* Recuperado de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/142/142v14n03a13051386pdf001.pdf>
- Zaforteza, C., Gastaldo, D., Sánchez-Cuenca, P., de Pedro, J., y Lastra, P. (2004). *Relación entre enfermeras de cuidados intensivos y familiares: indicios para el cambio*. Recuperado de http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original3.pdf
- Zaforteza, C. (2005). *Familiares del paciente crítico: sobre las dificultades de la enfermera de la unidad de cuidados intensivos (UCI)*. Recuperado de <http://www.index-f.com/presencia/n2/28articulo.php>
- Zaforteza, C. (2005). *Cambiar la atención a los familiares del paciente crítico: de cuidado arbitrario a cuidado sistemático*. Recuperado de <http://www.tempusvitalis.com/descargas/articulos/2005vol5num2/2opinion52.pdf>
- Zaforteza, C., Sánchez, C. y Lastra, P. (2008). *Análisis de la literatura sobre los familiares de paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados*

efectivos. Recuperado de <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-intensiva-142/analisis-literatura-los-familiares-paciente-critico-es-13121151-originales-2008>

- Zambrano, G. (2006). *Estresores en las unidades de cuidados intensivos*. Aquichan 6 (1), 156-169. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972006000100015&lng=en&tlng=es.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN

Título del estudio: La empatía en las enfermeras de cuidados intensivos de adultos con familiares de pacientes críticos.

Objetivo General: Determinar el nivel de empatía de las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de adultos con familiares de pacientes críticos.

Investigadora: Pamela Olea Cárdenas. Enfermera-Matrona. Fono: 32-2972856. Celular: 95216441. Correo electrónico: proleac@gmail.com

Por el siguiente documento se acepta la participación voluntaria en el estudio “La empatía en las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de adultos con familiares de pacientes críticos”, para la obtención del grado de magíster en la Universidad de Valparaíso de la investigadora. El diseño de la investigación ha sido revisado y aprobado por docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

El procedimiento del estudio consiste en la contestación individual y por escrito de un cuestionario tipo Likert, basado en una escala de empatía de la Universidad de Jefferson (EEUU) modificada, lo cual ocupará 20 minutos de tiempo, aproximadamente.

Usted no tiene ninguna obligación de participar y tiene derecho a abandonar el estudio cuando quiera, sin perjuicios laborales ni personales, como asimismo a preguntar cualquier duda acerca de la investigación y su participación en ésta.

La información obtenida será codificada a fin de proteger su identidad, durante todas las etapas del estudio y al momento de ser publicada.

He leído el formulario de consentimiento, por lo que acepto voluntariamente en participar.

Firma de la investigadora

Firma del participante

Fecha: _____

Escala de empatía de Jefferson modificada

1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo		

Años de trabajo en UCI: ____ Tipo de UCI: Pública ____ Privada ____ N° pacientes x enfermera: ____

1.- Mi comprensión de los sentimientos de los familiares es irrelevante para el tratamiento de los pacientes	1	2	3	4	5	6	7
2.- Los familiares se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
3.- Es difícil para mí, ver las cosas desde la perspectiva de los familiares	1	2	3	4	5	6	7
4.- Considero que el lenguaje no verbal de las familias es tan importante como el verbal	1	2	3	4	5	6	7
5.- Tengo un buen sentido del humor, que creo contribuye a una mejor interacción	1	2	3	4	5	6	7
6.- Las familias son diferentes, por lo que es difícil ver las cosas desde la perspectiva de ellas	1	2	3	4	5	6	7
7.- Trato de no poner atención a las emociones de los familiares cuando me relaciono con ellos	1	2	3	4	5	6	7
8.- Prestar atención a las experiencias familiares, es irrelevante para la efectividad del tratamiento de la persona enferma	1	2	3	4	5	6	7
9.- Trato de no ponerme en el lugar de los familiares, cuando los estoy atendiendo	1	2	3	4	5	6	7
10.- Las familias valoran que yo entienda sus sentimientos, lo cual es terapéutico en sí mismo	1	2	3	4	5	6	7
11.- Las enfermedades de las personas pueden ser curadas sólo con el tratamiento médico y de enfermería, por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes y sus familias, no tienen un valor significativo en este contexto	1	2	3	4	5	6	7
12.- Preguntarles a las familias acerca de sus vivencias personales, no ayuda a entender su crisis familiar por la enfermedad de uno de ellos	1	2	3	4	5	6	7
13.- Trato de entender lo que está pasando en la mente de los familiares cuando me relaciono con ellos, poniendo atención a su comunicación no verbal y su lenguaje corporal	1	2	3	4	5	6	7
14.- Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica	1	2	3	4	5	6	7
15.- La empatía es una habilidad terapéutica, sin la cual mi desempeño como enfermera/o podría estar limitada	1	2	3	4	5	6	7
16.- Un componente importante de la relación con las familias de mis pacientes, es mi comprensión de su estado emocional	1	2	3	4	5	6	7
17.- Trato de acordarme de mis sentimientos, cuando me ha tocado tener un familiar hospitalizado y así poder atender mejor a los familiares	1	2	3	4	5	6	7
18.- No me permito ser afectada/o por las intensas relaciones emocionales entre mis pacientes y sus familias	1	2	3	4	5	6	7
19.- No disfruto leer literatura que no sea médica, de enfermería o de su práctica	1	2	3	4	5	6	7
20.- La empatía es una factor terapéutico importante en el tratamiento de las personas enfermas y sus familias	1	2	3	4	5	6	7