

Percepción del profesional de enfermería sobre la comunicación con la familia del paciente crítico - Colombia

✉ **Luisa Fernanda Achury-Beltrán**

<https://orcid.org/0000-0001-6931-396X>
Pontificia Universidad Javeriana, Colombia
achuryl@javeriana.edu.co

Juliette Marie Brito-Suárez

<https://orcid.org/0000-0002-8388-9241>
Universidad Nacional Autónoma de México, México
juliette.brito@comunidad.unam.mx

Judy Ximena Ramos-Garzón

<https://orcid.org/0000-0002-8459-076X>
Universidad Industrial de Santander, Colombia
jxramosg@uis.edu.co

Ángela Marcela Ramírez-Cárdenas

<https://orcid.org/0000-0003-3240-6964>
Fundación Cardioinfantil, Colombia
angel_6584@hotmail.com

Recibido: 14/07/2024
Enviado a pares: 19/09/2024
Aceptado por pares: 14/04/2025
Aprobado: 29/04/2025

DOI: 10.5294/aqui.2025.25.3.3

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Achury-Beltrán LF, Brito-Suárez JM, Ramos-Garzón JX, Ramírez-Cárdenas ÁM. Nursing Professionals' Perceptions of Communication with the Family of a Critically Ill Patient – Colombia. *Aquichan*. 2025;25(3):e2533. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2025.25.3.3>

Temática: Procesos y prácticas de cuidado.

Aporte a la disciplina: este estudio aporta al conocimiento disciplinar de la enfermería, pues resalta la necesidad de una comunicación más integral con las familias de pacientes críticos en unidades de cuidado intensivo. Al identificar que las actividades de comunicación se centran principalmente en la transmisión de información, con un menor énfasis en las necesidades psicoespirituales, se evidencia la importancia de desarrollar estrategias que aborden de manera más completa las preocupaciones y emociones de los familiares. Por último, subraya el impacto de la sobrecarga laboral en la realización de estas actividades, lo que incide directamente en la calidad de los cuidados proporcionados.

Resumen

Introducción: La comunicación entre el profesional de enfermería y la familia del paciente crítico es un aspecto imprescindible en la calidad del cuidado, por lo tanto, su medición es un insumo relevante para mejorar la atención en salud. El objetivo fue determinar las actividades de comunicación desarrolladas por el profesional de enfermería con la familia del paciente crítico y su asociación con las variables sociodemográficas. **Materiales y método:** estudio transversal analítico, con una muestra intencional de 100 profesionales de enfermería de cuidado intensivo de la Región Andina colombiana. Se usó el instrumento “Actividades de enfermería para comunicarse con las familias de pacientes críticos”, el cual cuenta con 16 ítems y un alfa de Cronbach global de 0,92. Se aplicó estadística descriptiva y un análisis bivariado; el nivel de significación se fijó en 0,05. **Resultados:** los profesionales de enfermería desarrollan “casi siempre” actividades de comunicación dirigidas a la trasmisión de información y “algunas veces” actividades centradas en la identificación y satisfacción de necesidades psicoespirituales. Las variables más asociadas con las actividades de comunicación fueron el número de pacientes asignados y el nivel de estudios ($p < 0,05$). **Conclusiones:** la información es una necesidad prioritaria para los familiares de pacientes críticos, por lo que actividades de comunicación relacionadas con aspectos físicos, emocionales, culturales y relacionales son esenciales en el cuidado de enfermería. No obstante, algunas variables pueden limitar la comunicación. Deben fortalecerse las actividades de comunicación por parte del profesional de enfermería, de manera que se mejore la calidad de cuidado brindado a la familia del paciente crítico.

Palabras clave (Fuente DeCS)

Enfermería de la familia; cuidados críticos; comunicación; familia; relaciones profesional-familia.

4 Nursing Professionals' Perceptions of Communication with the Family of a Critically Ill Patient – Colombia

Abstract

Introduction: Communication between nursing professionals and the families of critically ill patients is an essential aspect of quality care. Therefore, measuring this communication is an important factor in improving healthcare. The objective was to determine the communication activities performed by nursing professionals with the families of critically ill patients and their association with sociodemographic variables. **Materials and Methods:** This was an analytical cross-sectional study with a purposeful sample of 100 intensive care nursing professionals from the Colombian Andean Region. The instrument Nursing Activities to Communicate with the Families of Critically Ill Patients was used, which consists of 16 items and has an overall Cronbach's alpha of 0.92. Descriptive statistics and bivariate analysis were applied; the significance level was set at 0.05. **Results:** Nursing professionals “almost always” develop communication activities aimed at transmitting information and “sometimes” activities focused on identifying and satisfying psycho-spiritual needs. The variables most associated with communication activities were the number of patients assigned and the educational level ($p < 0.05$). **Conclusions:** Information is a priority for the families of critically ill patients, so communication activities related to physical, emotional, cultural, and relational aspects are essential in nursing care. However, some variables can limit communication. Communication activities by nursing professionals should be strengthened to enhance the quality of care provided to the families of critically ill patients.

Keywords (Source: DeCS)

Family nursing; critical care; communication; family; professional-family relationships.

Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a comunicação com a família do paciente crítico, Colômbia

Resumo

Introdução: A comunicação entre o profissional de enfermagem e a família do paciente crítico é um aspecto essencial na qualidade da assistência. Sua mensuração constitui, portanto, um insumo relevante para a melhoria da atenção à saúde. O objetivo foi determinar as atividades de comunicação desenvolvidas pelo profissional de enfermagem com a família do paciente crítico e sua associação com variáveis sociodemográficas. **Materiais e método:** estudo transversal analítico, com amostra intencional de 100 profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva da Região Andina colombiana. Utilizou-se o instrumento “Atividades de enfermagem para a comunicação com familiares de pacientes críticos”, composto por 16 itens e com alfa de Cronbach global de 0,92. Foram aplicadas estatísticas descritivas e análise bivariada; o nível de significância adotado foi de 0,05. **Resultados:** Os profissionais de enfermagem realizam “quase sempre” atividades de comunicação voltadas à transmissão de informações e “às vezes” atividades centradas na identificação e satisfação de necessidades psicoespirituais. As variáveis mais associadas às atividades de comunicação foram o número de pacientes sob responsabilidade do profissional e seu nível de escolaridade ($p < 0,05$). **Conclusões:** A informação é uma necessidade prioritária para familiares de pacientes críticos; portanto, atividades de comunicação relacionadas a aspectos físicos, emocionais, culturais e relacionais são essenciais na assistência de enfermagem. No entanto, algumas variáveis podem limitar a comunicação. As atividades de comunicação do profissional de enfermagem devem ser fortalecidas, a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada à família do paciente crítico.

Palavras-chave (Fonte DeCS)

Enfermagem da família; cuidados intensivos; comunicação; família; relações profissional-familiar.

Introducción

Durante las últimas décadas, el cuidado del paciente crítico, la atención centrada en la familia y la corriente de la humanización de las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) han hecho cada vez más evidente la importancia de la familia, no solo como un recurso clave en la recuperación del paciente, por ofrecer una oportunidad potencial de colaboración en la UCI y ser facilitadores en la toma de decisiones compartidas (1), sino también como objetivo de los cuidados de enfermería (2).

A pesar de este contexto, en la práctica se percibe que al interior de las UCI se da más relevancia a la atención del paciente crítico, desconociendo en gran medida que la experiencia es percibida por la familia como una situación catastrófica (3). Hasta donde conocemos, en el contexto colombiano no se cuenta con suficiente evidencia de las actividades de comunicación que permitan el reconocimiento de la familia de los pacientes críticos como sujetos de cuidado con necesidades específicas.

Algunas investigaciones han encontrado que una adecuada información y comunicación son las necesidades prioritarias de las familias de pacientes críticos (4, 5), puesto que aseguran la obtención de datos coherentes, realistas y oportunos sobre la salud del paciente y la efectividad de los tratamientos instaurados, así como respuestas sinceras sobre el pronóstico y aceptación de la situación.

En el marco de los referentes de enfermería, las teorías de las relaciones interpersonales soportan el vínculo terapéutico que se genera entre el sujeto de cuidado y el profesional de enfermería: ejemplo de ello es la propuesta de Hildegard Peplau, cuya teoría se centra en el fenómeno de la relación persona-persona, a través de la cual se genera un proceso interpersonal significativo que permite alcanzar la satisfacción de las necesidades (6). Por su parte, en la teoría de Imogene King, centrada en el sistema interpersonal, la relación enfermera-paciente tiene como componente central la comunicación de información, que facilita el cumplimiento de objetivos y metas conjuntas. King define la comunicación como todo aquel comportamiento que expresa objetivos y valores, y que puede darse de una persona a otra, cara a cara o indirectamente por distintos canales (6).

De este modo, la comunicación se convierte en un aspecto esencial en el cuidado, ya que incrementa la satisfacción familiar (7), la confianza en el personal de salud y el bienestar psicológico de los miembros de la familia, además de que fortalece la relación empática entre el profesional de enfermería y la familia (8). Todos estos aspectos, sustentados en la propuesta de cuidado humanizado de Jean Watson, se articulan con la empatía y la escucha activa, vinculándose directamente con los procesos de comunicación que nutren el vínculo terapéutico (6).

Por su parte, la Joint Commission International (9) ha determinado a la comunicación efectiva como un estándar de calidad, lo que permite alcanzar resultados óptimos en la atención del paciente, reduciendo los riesgos y mejorando los resultados en salud. No obstante, algunos autores (4) consideran que los familiares no reciben orientaciones suficientes sobre la situación del paciente en el contexto de la UCI, ni adecuadas directrices para interactuar, lo cual, sumado a la ruptura de la unidad paciente-familia y el potencial déficit de comunicación con el personal asistencial, constituye un entorno que puede generar situaciones inquietantes, conflictos interpersonales y una repercusión negativa sobre la calidad de la atención percibida por la familia (10).

La comunicación y el establecimiento de canales apropiados son fundamentales en el reconocimiento y la satisfacción de las necesidades de la familia del paciente crítico, de manera que el establecimiento de las actividades que desempeña el profesional de enfermería para comunicarse con la familia en el contexto nacional permite a este precisar las fortalezas y los aspectos que requieren ser reforzados en el proceso de cuidado y, con ello, visibilizar opciones de mejora que refinen el proceso de la atención a la familia en el medio hospitalario.

Por lo anterior, el objetivo principal de este estudio fue describir las actividades de comunicación que el profesional de enfermería desarrolla con la familia del paciente crítico en el contexto colombiano.

Metodología

Diseño y ámbito

Se llevó a cabo un estudio transversal analítico para evaluar las actividades de comunicación que los profesionales de enfermería desarrollan con la familia del paciente crítico en la Región Andina colombiana entre diciembre de 2020 y diciembre de 2021. Se siguieron los lineamientos de la guía STROBE para estudios observacionales.

Sujetos

La población estuvo conformada por profesionales de enfermería que se desempeñaban laboralmente en varias UCI de adulto y que contaban con mínimo seis meses de experiencia en el área. No se consideraron criterios de exclusión, más allá de no completar la encuesta en su totalidad. Se usó un muestreo no probabilístico consecutivo hasta completar una muestra de cien participantes.

Variables

Se recolectaron datos sociodemográficos como edad, sexo, estado civil, jornada laboral, número de pacientes asignados,

máximo nivel de estudios y tipo de unidad en donde se labora. La variable principal fue la comunicación que desarrolla el profesional de enfermería con la familia del paciente crítico, la cual se midió en el desarrollo de actividades.

Procedimiento

Se usó el instrumento “Actividades de enfermería para comunicarse con las familias de pacientes críticos”, elaborado por Curtis *et al.* (11). Cuenta con 16 ítems que puntúan en escala tipo Likert y un alfa de Cronbach de 0,88 en su versión en inglés (12). Fue traducido en Español por Santana *et al.* (13) y su versión validada y adaptada para la población colombiana reportó un alfa de Cronbach global de 0,92 (14). Se obtuvo el permiso de los autores del instrumento para su uso.

Los profesionales de enfermería fueron contactados por medios electrónicos e invitados a diligenciar el instrumento, disponible en formato digital, previa aceptación de participación en la investigación por medio de un consentimiento informado electrónico. Los resultados fueron migrados a una matriz en Excel, la cual fue revisada y depurada para el análisis final, realizado con el software estadístico Stata versión 14 (Stata Corp, College Station, Tex, USA).

Análisis de datos

Las variables cuantitativas se presentan como mediana y rango intercuartil (RIQ), de acuerdo a su distribución, y las variables cualitativas se presentan en frecuencias absolutas y relativas. En el análisis bivariado se usó la prueba de Kruskal-Wallis para variables cuantitativas y el test exacto de Fisher para variables cualitativas; el nivel de significación se fijó en 0,05.

Consideraciones éticas

Se tuvo en cuenta la normatividad vigente del Consejo de Organizaciones de Ciencias Médicas, la OMS y la Resolución 008430 de 1993 del entonces Ministerio de Salud de la República de Colombia. Los profesionales de enfermería participaron de forma voluntaria y aprobaron su participación en la investigación, aceptando un consentimiento informado electrónico. Se mantuvo la confidencialidad de la información, asignando a cada uno de los participantes un número consecutivo; la información reposa en el computador del investigador principal. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana (Acta 004 del 3 de septiembre de 2018).

Resultados

Los participantes fueron en su mayoría mujeres, solteras, con una mediana de edad de 34 años, ubicadas geográficamente en la Re-

gión Andina, con máximo nivel de estudios de especialización y una mediana de 6,5 años de experiencia de trabajo en UCI, pertenecientes a unidades médicas y con turnos rotatorios, tal como se evidencia en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

Variable		n (%)
Edad (años) (Mediana, RIQ)		34 (29,5-38)
Sexo	Femenino	78 (78)
	Masculino	22 (22)
Estado civil	Casado	26 (26)
	Soltero	49 (49)
	Divorciado	3 (3)
	Unión libre	21 (21)
	Viudo	1 (1)
Nivel de estudios	Diplomado	4 (4)
	Universitario	25 (25)
	Especialización	57 (57)
	Maestría	14 (14)
Experiencia en cuidado intensivo (años) (Mediana, RIQ)		6,5 (3, 11)
Tipo de unidad	Cardiovascular	34 (34)
	Médica	53 (53)
	Quirúrgica	13 (13)
Turno	Mañana	27 (27)
	Tarde	16 (16)
	Noche	23 (23)
	Rotatorio	34 (34)
Número de pacientes asignados (Mediana, RIQ)		5 (4, 7)

Fuente: elaboración propia.

Entre las actividades de comunicación que desarrolla el profesional de enfermería con la familia del paciente crítico, se evidenció que las más desarrolladas fueron aquellas en las cuales la comunicación se concibe como una herramienta para informar a las familias sobre la enfermedad, tratamientos, dispositivos y planes de cuidados. No obstante, aquellas en las que la comunicación se orienta a la identificación de necesidades espirituales, culturales, religiosas, fueron llevadas a cabo solo algunas veces, al igual que aquellas que permiten identificar los deseos del paciente y la aceptación de los tratamientos, como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Actividades de comunicación con la familia del paciente crítico

Ítem	Nunca n (%)	Algunas veces n (%)	Casi siempre n (%)	Siempre n (%)
1. ¿Explica a los familiares el tratamiento que recibe el paciente?	2 (2)	27 (27)	47 (47)	24 (24)
2. ¿Explica a los familiares el propósito de los dispositivos y equipos con los que se encuentra el paciente?	0	23 (23)	41 (41)	36 (36)
3. ¿Proporciona información a la familia sobre el propósito de las diferentes actividades de cuidado que se ejecutan?	3 (3)	16 (16)	49 (49)	32 (32)
4. ¿Proporciona información a la familia sobre el objetivo de los encuentros que puede tener con los demás miembros del equipo de salud?	3 (3)	28 (28)	43 (43)	26 (26)
5. ¿Habla con la familia sobre sus posibles necesidades espirituales (encontrarle sentido a la situación) o religiosas (relación con un ser superior)?	10 (10)	46 (46)	26 (26)	18 (18)
6. ¿Ayuda a los familiares para que las necesidades espirituales y religiosas queden satisfechas?	8 (8)	35 (35)	35 (35)	22 (22)
7. ¿Habla con la familia sobre sus necesidades culturales (aquellas de origen material o ideológico que representan a una persona como parte de un grupo)?	14 (14)	55 (55)	26 (26)	5 (5)
8. ¿Ayuda de alguna forma para que las necesidades culturales de la familia queden satisfechas?	7 (7)	46 (46)	33 (33)	14 (14)
9. ¿Habla con los familiares sobre lo que el paciente más valora en la vida?	18 (18)	40 (40)	31 (31)	18 (18)
10. ¿Habla con los familiares sobre la enfermedad y el tratamiento que se le está aplicando al paciente?	1 (1)	23 (23)	38 (38)	38 (38)
11. ¿Habla con la familia sobre los sentimientos que ellos están sintiendo?	5 (5)	37 (37)	36 (36)	22 (22)
12. ¿Pregunta a los familiares si encuentran algún impedimento para hablar o tocar al paciente?	14 (14)	33 (33)	33 (33)	20 (20)
13. ¿Habla con la familia sobre lo que el paciente hubiera querido si fuese capaz de participar en las decisiones, de aceptar las pruebas y los tratamientos que se le están aplicando?	13 (13)	39 (39)	29 (29)	19 (19)
14. ¿Indaga si existe algún desacuerdo entre los miembros de la familia en relación a los tratamientos?	15 (15)	45 (45)	24 (24)	16 (16)
15. ¿Comunica a los familiares los cambios en el plan de cuidados?	2 (2)	28 (28)	43 (43)	27 (27)
16. ¿Asegura a los familiares que el paciente está confortable?	1 (1)	13 (13)	38 (38)	48 (48)

Fuente: elaboración propia.

En relación con el análisis bivariado de la tabla 3, las variables sociodemográficas, número de pacientes asignados, nivel máximo de estudios, edad, turno y años de experiencia en UCI mostraron asociación con algunos de los ítems del instrumento ($p < 0,05$). Los ítems del instrumento que más asociaciones demostraron fueron: “¿Habla con los familiares sobre lo que el paciente más valora en la vida?”, “¿Indaga si existe algún desacuerdo entre los miembros de la familia en relación con los tratamientos?” y “¿Asegura a los familiares que el paciente está comfortable?”.

Tabla 3. Asociación entre las características sociodemográficas y las actividades de comunicación que realiza el profesional de enfermería con la familia del paciente crítico

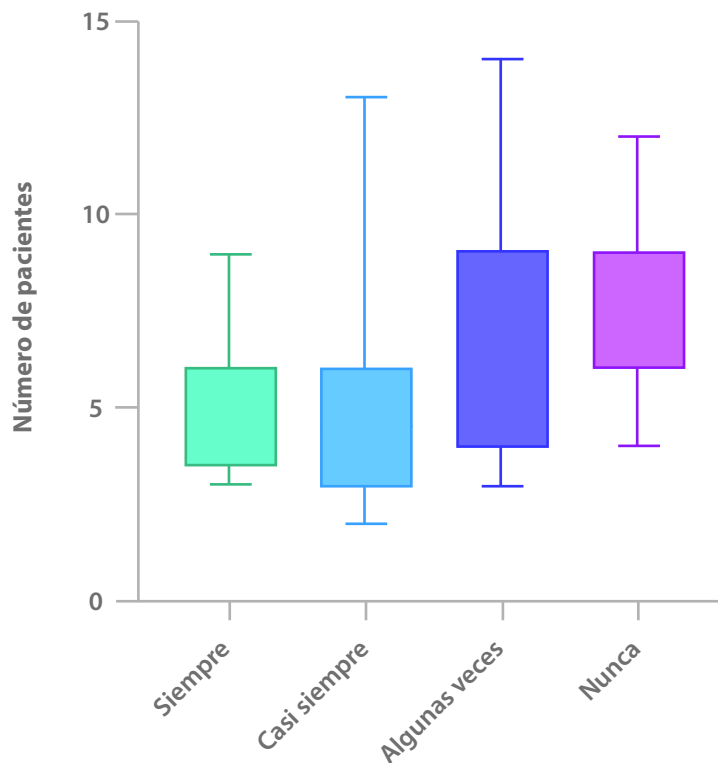
Ítem	Número de pacientes valor-p*	Edad valor-p*	Años de experiencia en UCI valor-p*	Nivel de estudios valor-p**	Turno valor-p**
1. ¿Explica a los familiares el tratamiento que recibe el paciente?	0,14	0,54	0,32	0,15	0,09
2. ¿Explica a los familiares el propósito de los dispositivos y equipos con los que se encuentra el paciente?	0,03	0,61	0,96	0,48	0,08
3. ¿Proporciona información a la familia sobre el propósito de las diferentes actividades de cuidado que se ejecutan?	0,08	0,92	0,54	0,63	0,05
4. ¿Proporciona información a la familia sobre el objetivo de los encuentros que puede tener con los demás miembros del equipo de salud?	0,22	0,29	0,51	0,29	0,46
5. ¿Habla con la familia sobre sus posibles necesidades espirituales (encontrarle sentido a la situación) o religiosas (relación con un ser superior)?	0,65	0,28	0,16	0,77	0,11
6. ¿Ayuda a los familiares para que las necesidades espirituales y religiosas queden satisfechas?	0,17	0,94	0,85	0,10	0,67
7. ¿Habla con la familia sobre sus necesidades culturales (aquellas de origen material o ideológico que representan a una persona como parte de un grupo)?	0,95	0,43	0,66	0,20	0,21
8. ¿Ayuda de alguna forma para que las necesidades culturales de la familia queden satisfechas?	0,07	0,31	0,54	0,30	0,08
9. ¿Habla con los familiares sobre lo que el paciente más valora en la vida?	0,02	0,75	0,36	0,79	0,00
10. ¿Habla con los familiares sobre la enfermedad y el tratamiento que se le está aplicando al paciente?	0,16	0,28	0,27	0,27	0,13
11. ¿Habla con la familia sobre los sentimientos que ellos están sintiendo?	0,09	0,72	0,50	0,10	0,05

12. ¿Pregunta a los familiares si encuentran algún impedimento para hablar o tocar al paciente?	0,23	0,40	0,38	0,80	0,20
13. ¿Habla con la familia sobre lo que el paciente hubiera querido, si fuese capaz de participar en las decisiones de aceptar las pruebas y los tratamientos que se le están aplicando?	0,30	0,87	0,97	0,83	0,70
14. ¿Indaga si existe algún desacuerdo entre los miembros de la familia en relación a los tratamientos?	0,65	0,00	0,00	0,51	0,29
15. ¿Comunica a los familiares los cambios en el plan de cuidados?	0,27	0,30	0,34	0,73	0,28
16. ¿Asegura a los familiares que el paciente está comfortable?	0,31	0,00	0,07	0,02	0,43

Fuente: elaboración propia. * Kruskal-Wallis Test; ** Test exacto de Fisher.

Como se observa en la figura 1, hubo una tendencia inversa a hablar con los familiares sobre lo que el paciente más valora en la vida, con menor frecuencia cuando hay una mayor asignación de pacientes; esta asociación fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Figura 1. Asociación ítem 9 y número de pacientes asignados



Fuente: elaboración propia * Kruskal-Wallis Test, $p < 0,05$

Discusión

La caracterización de los profesionales de enfermería en nuestro estudio es similar a la reportada por un estudio latinoamericano (15), en donde se evidencia una mediana de edad de 34 años, predomi-

nio del sexo femenino, estado civil soltero, turnos rotatorios, una mediana de experiencia en UCI cercana a 6,5 años y un número de pacientes asignados de 5 o más, lo cual revela el panorama de los profesionales de enfermería de cuidado intensivo en el ámbito colombiano.

En relación con las actividades de comunicación, los profesionales reportaron que “casi siempre” las desarrollaban con el objetivo de brindar información sobre el estado de salud del paciente, los tratamientos implementados, los dispositivos instaurados, el propósito de las actividades de cuidado ejecutadas, el objetivo de los encuentros con los demás profesionales de la salud, los cambios en el plan de cuidados, y para indagar sobre la percepción de impedimentos para hablar o tocar al paciente. Estos datos difieren de otros estudios (13, 16), en donde la mayoría de las actividades de comunicación se realizan solo “algunas veces”. La información ha sido descrita como una de las necesidades prioritarias de la familia del paciente crítico (17), de forma que las actividades implementadas por el profesional se orientan en su mayoría a satisfacer esta necesidad y con ello disminuir los efectos emocionales deletéreos asociados a la situación (18). Sin embargo, vale la pena resaltar que, de acuerdo con los reportes de los profesionales, algunas familias podrían no recibir la información que se requiere, afectando con ello la percepción de la atención recibida y generando angustia y estrés por desconocimiento de la situación.

En cuanto a las actividades de comunicación relacionadas tanto con la valoración como con la satisfacción de las necesidades culturales, espirituales y religiosas, estas solo son llevadas a cabo “algunas veces” por los profesionales de enfermería. Este hallazgo es similar a los reportes de Cabrera y Murillo (13, 16), ratificando la prioridad que se le otorga a la dimensión física del paciente en la UCI, que pone en un segundo plano la dimensión psicoespiritual. Al respecto, Roze des Ordonis reconoce la importancia de la multidimensionalidad del ser humano como un elemento clave en la integridad y estabilidad del paciente y su familia (18); por lo tanto, es necesario que el profesional de enfermería oriente sus acciones más allá del contexto físico y considere, a su vez, el acompañamiento de un practicante de salud espiritual que facilite el proceso de adaptación durante la estancia en la UCI, brindando apoyo familiar, generando un puente entre los profesionales y las familias, facilitando las conversaciones difíciles, atendiendo a las necesidades individuales y promoviendo el manejo de las tensiones (19).

De forma similar a otras investigaciones (13, 16), se evidenció poca ejecución de actividades de comunicación dirigidas a identificar los deseos del paciente, los sentimientos de la familia y el acuerdo entre familiares acerca de los tratamientos, algo que puede guardar relación con la creencia de que dichos aspectos son competencia exclusiva de otros profesionales del área de la

salud. Sin embargo, no se puede olvidar que el personal de enfermería es quien más contacto establece con la familia durante la estadía del paciente en la UCI (2) y, por lo tanto, debe estar más atento a los sentimientos de los familiares y a brindar apoyo emocional por medio de una relación empática, de confianza, con comprensión y sensibilidad, que permita mitigar el impacto que genera la UCI, facilitando el tránsito por esa experiencia (20).

Si bien, en ninguna de las actividades de comunicación predominó la respuesta “nunca”, vale la pena mencionar que se encontró una frecuencia entre 1 y 18 personas por ítem, aspecto que debe llamar la atención de los profesionales, en el marco del reconocimiento de la familia como un sujeto de cuidado en la UCI y como un elemento clave en la recuperación de la salud del paciente (2).

Así mismo, solo se evidenció predominancia de la respuesta “siempre” en dos de las actividades de cuidado valoradas por el instrumento: “¿Habla con los familiares sobre la enfermedad y el tratamiento que se está aplicando al paciente?” y “¿Asegura a los familiares que el paciente se encuentra comfortable?”. Estos resultados pueden estar influenciados, por una parte, por la importancia que tiene para el familiar y el profesional la información relacionada con el estado de salud del paciente (21), y por otra, debido a los cambios estructurales y funciones de las unidades en el marco de la pandemia por Covid-19, en donde las restricciones implementadas para mitigar los contagios redujeron el contacto entre los profesionales y las familias, lo que limitó los espacios de comunicación (22) y centró las conversaciones en la transmisión de información sobre aspectos físicos y fisiológicos del paciente, dejando de lado las otras dimensiones.

Finalmente, a diferencia del estudio de Murillo (16), en donde solo se encontró asociación entre el tipo de unidad y la información que brinda el profesional a la familia sobre la enfermedad y el tratamiento, la presente investigación evidenció asociaciones entre las actividades de comunicación y el número de pacientes asignados, la edad, los años de experiencia en UCI, el nivel de estudios y el turno.

Este estudio encontró diferencia estadísticamente significativa en la asociación entre el número de pacientes asignados y las actividades de comunicación en las cuales se informa a la familia sobre los dispositivos y equipos con los que se encuentra el paciente y aquellas en las que se explora lo que el paciente más valora en la vida. A nivel internacional, se han establecido algunos lineamientos en los cuales la proporción enfermera-paciente debe ser de 1:1 para paciente ventilado y 1:2 en el resto de los casos; no obstante, en el contexto latinoamericano y nacional no se cuenta con un estándar, lo que da lugar a relaciones de 1:5 o más (15), aspecto que puede condicionar el tiempo que el profesional de enfermería destina para interactuar y comunicarse con la familia del paciente crítico, dando mayor relevancia a la dimensión física y poniendo en segundo plano las otras necesidades familiares.

El nivel de estudios del profesional de enfermería reveló asociación con los ítems en los cuales la comunicación es usada por el profesional para explicar los tratamientos que recibe el paciente, asegurar a los familiares que el paciente se encuentra confortable y ayudar a que las necesidades espirituales, religiosas y culturales de la familia queden satisfechas. Si bien el presente estudio no discriminó si la formación postgraduada era en cuidado intensivo, pareciera ser que un mayor nivel de estudios favorece una visión integral del paciente y su familia, fortaleciendo la satisfacción tanto de necesidades que guardan relación con el ámbito físico como aquellas del ámbito cultural, espiritual y religioso. En este sentido, el estudio realizado por Duffield (23) encontró mayores puntuaciones en los dominios de liderazgo, investigación, educación, optimización de los servicios de salud y cuidado clínico a medida que el nivel de formación es mayor, mostrando una diferencia estadísticamente significativa en todos los dominios, excepto en el cuidado clínico, lo que podría explicar, en parte, los resultados de la presente investigación.

Este estudio mostró una predominancia del turno rotatorio, así como una asociación entre el turno y las actividades de comunicación orientadas a las actividades de cuidado, los sentimientos de la familia y la identificación de los aspectos que el paciente más valora en la vida. Otros estudios también revelan un predominio de los turnos rotatorios o de más de una jornada (15, 24), en los cuales el contacto con la familia puede ser variable, asociándose también a la política de visitas establecida. Algunos autores refieren que los turnos rotatorios son de los que generan mayor carga de trabajo y consecuencias sobre la salud del profesional (24, 25), lo que puede condicionar el desempeño profesional y limitar las actividades de comunicación que se establecen con las familias de los pacientes críticos.

A diferencia de los hallazgos de Murillo (16), el presente estudio sí encontró asociación entre los años de experiencia laboral en UCI y el conocimiento sobre desacuerdos entre los miembros de la familia acerca de los tratamientos, lo que pareciera indicar que la experiencia fortalece la visión integral del ser humano. Edward (26) encontró que los enfermeros se sintieron muy seguros al comunicarse con la familia del paciente crítico, probablemente en relación con que el 88 % de los profesionales que contaban con más de once años de experiencia, lo que ratifica la importancia de esta variable en el establecimiento de un canal comunicativo apropiado que repercuta positivamente sobre la satisfacción de los familiares.

Con frecuencia, los familiares del paciente crítico perciben que la comunicación es fragmentada e inconsistente, por lo que se sienten insatisfechos con la comunicación, la información compartida y el soporte emocional recibido (26). Estos resultados de la presente investigación ponen de manifiesto para los profesionales de enfermería la necesidad imperante de fortalecer las

competencias y habilidades comunicativas que les permitan identificar y satisfacer las necesidades evidenciadas durante la experiencia generada por la estadía en UCI.

Esta investigación presenta las limitaciones propias de los estudios transversales, además de que los profesionales se encontraban ubicados geográficamente en la Región Andina, por lo que los resultados no deberían ser extrapolados a la población general.

Conclusiones

Los profesionales de enfermería se comunican en mayor medida con las familias de pacientes críticos para brindar información sobre aspectos físicos como la enfermedad y los tratamientos del paciente, dejando en un segundo plano la identificación de necesidades culturales, religiosas y espirituales. El número de pacientes y el nivel de estudios que poseen los profesionales de enfermería son las variables que más asociaciones demostraron, por lo que deben considerarse como parte de la planeación y gestión del cuidado de enfermería para mejorar los resultados en salud de los pacientes críticos.

Se recomienda hacer estudios con poblaciones más amplias e investigaciones en donde se valore la efectividad de intervenciones tendientes a mejorar la comunicación con la familia del paciente crítico.

No se declara ningún conflicto de interés por parte de los autores.

Referencias

- Schwartz AC, Dunn SE, Simon HFM, Velasquez A, Garner D, Tran DQ, et al. Making Family-Centered Care for Adults in the ICU a Reality. *Front Psychiatry*. 2022;24:13:1–9. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.837708>
- Nygaard AM, Haugdahl HS, Laholt H, Brinchmann BS, Lind R. Professionals' narratives of interactions with patients' families in intensive care. *Nurs Ethics*. 2022;29(4):885–98. DOI: <https://doi.org/10.1177/09697330211050995>
- Secunda KE, Kruser JM. Patient-Centered and Family-Centered Care in the Intensive Care Unit. Vol. 43, *Clinics in Chest Medicine*. W.B. Saunders; 2022. p. 539–50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2022.05.008>
- Digby R, Manias E, Haines KJ, Orosz J, Ihle J, Bucknall TK. Family experiences and perceptions of intensive care unit care and communication during the COVID-19 pandemic. *Australian Critical Care*. 2023;36(3):350–60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.03.003>
- Frivold G, Ågård AS, Jensen HI, Åkerman E, Fossum M, Alfheim HB, et al. Family involvement in the intensive care unit in four Nordic countries. *Nurs Crit Care*. 2022;27(3):450–9. DOI: <https://doi.org/10.1111/nicc.12702>
- Mastrapa YE, Gibert Lamadrid M del P. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev. cuba. enferm.* [Internet]. 2016;32(4). <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>
- Fortunatti CP, Silva NR, Silva YP, Canales DM, Veloso GG, Acuña JE, et al. Association between psychosocial factors and satisfaction with communication in family members of intensive care unit patients during COVID-19 pandemic: An exploratory cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023;76. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103386>
- Duque-Ortiz C, Arias-Valencia MM. Nurse-family relationship in the intensive care unit. Towards an empathic understanding. *Revista Ciencias de la Salud*. 2021;19(1):1–20. DOI: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10059>
- Joint Commission International. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals; 2020.
- García De Cezar A, Del Castanhel F, Grossemann S. Needs of family members of patients in intensive care and their perception of medical communication. *Critical Care Science*. 2023;35(1):73–83. DOI: <https://doi.org/10.5935/2965-2774.20230374-en>
- Curtis JR, Engelberg RA. Nurse activities for communicating with families (Nacf) [Internet]. University of Washington; s.f. <http://depts.washington.edu/eolcare/pubs/wp-content/uploads/2011/09/nacf.pdf>

12. Downey L, Engelberg R, Shannon Sarah E, Curtis R. Measuring intensive care nurses' perspectives on family-centered end-of-life care: Evaluation of 3 questionnaires. *American Journal of Critical Care*. 2006;15(6):568–79. DOI: <https://doi.org/10.4037/ajcc2006.15.6.568>
13. Cabrera LS, Quintana BY, Alonso JM, Ramírez Montesdeoca F, Marrero IR, Susilla Pérez De La Blanca A. Actividades de comunicación del personal de enfermería con los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Clin [Internet]*. 2009;19(6):335–9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2009.02.007>
14. Achury Beltrán LF, Ramos Garzón JX. Validación de un instrumento para medir la comunicación con la familia del paciente crítico. *Avances en Enfermería*. 2024;42(1). DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v42n1.110362>
15. Achury Saldaña DM, Achury Beltrán LF, Rodríguez Colmenares SM, Alvarado Romero HR, Cavallo E, Ulloa AC, et al. Professional profile and work conditions of nurses working in intensive care units: A multicentre study. *J Clin Nurs [Internet]*. 2022;31(11–12):1697–708. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.16026>
16. Murillo Pérez MA, López López C, Torrente Vela S, Morales Sánchez C, Orejana Martín M, García Iglesias M, et al. Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Enferm. Intensiva [Internet]*. 2014;25(4):137–45. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.09.001>
17. Yoo HJ, Lim OB, Shim JL. Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *PLoS One*. 2020;15(7): e0235694 DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235694>
18. Parada SRG, Castaño ÁMH, Robayo CLM, Restrepo MCT, Herrera JDB, Fernández KDN, et al. Nursing interventions to meet information needs of family members of critically ill patients. *Revista Cuidarte*. 2021;12(2).
19. Roze des Ordon AL, Stelfox HT, Sinuff T, Grindrod-Millar K, Sinclair S. Exploring spiritual health practitioners' roles and activities in critical care contexts. *J Health Care Chaplain*. 2022;28(1):41–62. DOI: <https://doi.org/10.1080/08854726.2020.1734371>
20. Bautista Rodríguez LM, Arias Velandia MF, Carreño Leiva ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte [Internet]*. 2016;7(2):1297–309. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
21. Reifarth E, Garcia Borrega J, Kochanek M. How to communicate with family members of the critically ill in the intensive care unit: A scoping review. Vol. 74, *Intensive and Critical Care Nursing*. Churchill Livingstone; 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103328>
22. Casabella García C, Pálizas F, Solano Rueda CA, Guantay ME, Garay CD. Cambios en las visitas a cuidados intensivos durante la pandemia COVID-19. *Medicina (Buenos Aires) [Internet]*. 2020;80(6):119–20. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020001000119
23. Duffield C, Gardner G, Doubrovsky A, Adams M. Does education level influence the practice profile of advanced practice nursing? *Collegian [Internet]*. 2021;28(3):255–60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.08.006>
24. Nassiri P, Bakhtom S, Borgheipour H. The Relationship between Shift Work and Burnout among ICU Nursing Staff in Hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Novelty in Biomedicine [Internet]*. 2019;4:181–6. <https://eds-s-ebsohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=7c10e049-6af1-4965-bcfc-1e25fce5e284%4oredis>
25. Ejebu OZ, Dall'Ora C, Griffiths P. Nurses' experiences and preferences around shift patterns: A scoping review. *PLoS One*. 2021;16(8):e0270446. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270446>
26. Edward KL, Galletti A, Huynh M. Enhancing communication with family members in the intensive care unit: A mixed-methods study. *Crit Care Nurse*. 2020;40(6):23–32. DOI: <https://doi.org/10.4037/ccn2020595>