



Investigaciones Andina

ISSN: 0124-8146

investigaciones@funandi.edu.co

Fundación Universitaria del Área Andina
Colombia

Cardozo García, Yadira; Escobar Ciro, Carmen Liliana; Cuartas Velásquez, Paula Andrea
Interacción del personal de enfermería con el cuidador familiar en el ámbito hospitalario
Investigaciones Andina, vol. 17, núm. 30, abril-septiembre, 2015, pp. 1224-1237
Fundación Universitaria del Área Andina
Pereira, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239035878007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Interacción del personal de enfermería con el cuidador familiar en el ámbito hospitalario[^]

Yadira Cardozo García*, Carmen Liliana Escobar Ciro**,
Paula Andrea Cuartas Velásquez***

Resumen

Objetivo: describir cómo interactúa el personal de enfermería con el cuidador familiar del paciente hospitalizado con enfermedad crónica.

Metodología: estudio cualitativo con enfoque etnográfico.

Resultados: la comunicación entre el personal de enfermería y el cuidador familiar fue unidireccional, encaminada a promover acciones que permitieran aliviar la carga laboral, es decir, una interacción cuyo fin era meramente instrumental. La relación con el cuidador era positiva si este aprendía lo enseñado, colaboraba y participaba en las actividades de cuidado de su paciente.

Conclusiones: la interacción personal de enfermería – cuidador familiar del paciente crónico hospitalizado, se construye a partir de una comunicación limitada a la entrega de información por parte del personal para instruirlo o entrenarlo en el cuidado tanto en el hospital como en la casa, desconociendo sus necesidades, saberes y sentimientos.

Palabras Clave

Cuidador Familiar; Personal de Enfermería; Interacción; Enfermedad Crónica; Hospitalización.

* Enfermera. Magister en Educación y desarrollo humano. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. Calle 64N°53 - 09. Teléfono 2196358. E mail: yadira.cardozo@udea.edu.co.

** Enfermera. Magister en Enfermería. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. E mail: cilianae@gmail.com.

*** Estudiante de pregrado de Enfermería. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. E mail: anax2000@gmail.com

Investigación financiada por el comité para el desarrollo de la investigación (CODI) de la Universidad de Antioquia.

[^] Artículo derivado del proyecto de investigación: "Significados que construye el personal de enfermería acerca de los cuidadores familiares de personas hospitalizadas en situación de enfermedad crónica".

Interaction of nursing staff with family caregivers in a hospital environment

Abstract

Objective: to describe how nursing staff interact with the family caregivers of hospitalized patients with chronic disease.

Methodology: qualitative study with ethnographic approach.

Results: communication between nursing staff and family caregivers was unidirectional, aimed at promoting actions that allow the reduce the workload, ie, an interaction whose purpose was purely instrumental. The relationship with the caregiver was positive if this was learning what is taught, collaborated and participated in the activities of patient care.

Conclusions: the interaction of the nursing staff - family caregivers of chronic hospitalized patient, is constructed from a limited communication to the release of information by the staff to instruct or training them in the care, both in hospital as same as in home, ignoring their needs, knowledge and feelings.

Key words

Caregivers; Nursers, Interaction; Chronic Disease; Hospitalization

Interação do pessoal de enfermagem com o cuidador familiar no âmbito hospitalar

Resumo

Objetivo: descrever a interação do pessoal de enfermagem com o cuidador familiar do paciente hospitalizado com doença crônica.

Metodologia: estudo qualitativo com enfoque etnográfico.

Resultados: a comunicação entre o pessoal de enfermagem e o cuidador familiar foi de mão única, encaminhada a promover ações que permitissem aliviar a carga de trabalho, ou seja, uma interação cujo fim era meramente instrumental. A relação com o cuidador era positiva se este aprendia o ensinado, colaborava e participava nas atividades do cuidado do seu paciente.

Conclusões: a interação pessoal de enfermagem – cuidador familiar de paciente crônico hospitalizado constrói-se a partir de uma comunicação limitada à entrega de informação por parte do pessoal para instruí-lo ou treiná-lo no cuidado tanto no hospital como em casa, desconhecendo as suas necessidades, saberes e sentimentos.

Palavras Chave

Cuidador Familiar; Pessoal de Enfermagem; Interação; Doença Crônica; Hospitalização.

Introducción

Problema. Para la disciplina de enfermería es un reto enfrentar el aumento de personas con enfermedad crónica, que según la Organización Mundial de la Salud OMS (1) representa el 63% del total de muertes al año a nivel mundial, 80% de las cuales se concentran en países medios y bajos. Con relación a la morbilidad, la OPS (2) atribuye el 45% a las enfermedades crónicas, y el Consejo Internacional de Enfermería CIE (3), conceptúa que serán la principal causa de incapacidad y de los altos costos para los sistemas de salud. En este contexto se crea la necesidad de incorporar a la familia, en especial al cuidador familiar (CF), como recurso valioso para el control, recuperación, apoyo y acompañamiento de la persona hospitalizada por estas causas.

En la presente investigación se definió al Cuidador Familiar CF, también llamado cuidador informal, según Castro y col, como aquella persona que brinda la mayor parte de los cuidados y apoya a diario a quien padece una enfermedad o requiere ayuda para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, sin recibir remuneración económica por ello (4).

El cuidado implica interacción entre el personal de enfermería, el paciente y su cuidador familiar, y tal como lo menciona Zabalegui Adelaida, es el profesional de enfermería quien debe establecer la conexión entre los diferentes actores, buscando la integración de los esfuerzos y la prevención de la fragmentación de los servicios de salud, creando relaciones mediante el reconocimiento de las necesidades y negociando el cuidado,

cuyo objetivo principal es brindarlo de manera holística (5).

Tanto el proceso formativo del futuro profesional de enfermería, como el del personal auxiliar se incluye al cuidador familiar como alguien importante, como un proveedor de cuidados fundamentales en la relación enfermera - paciente; sin embargo, en la práctica no se reconocen las necesidades propias del cuidador familiar como proveedor de cuidado, menos aún, sus contribuciones al sistema de salud.

Por lo anterior es importante describir la forma como interactúa el personal de enfermería con el cuidador familiar del paciente con enfermedad crónica durante su estancia hospitalaria, y así redimensionar su rol durante el proceso de formación académica y en el ámbito hospitalario.

Los estudios iniciales sobre enfermedades crónicas y el cuidador familiar o informal se centran en el distres del paciente, es decir, en el estrés que ocasiona la carga de su cuidado (6). A partir de los años 90, los estudios sobre cuidadores se interesan en su rol como facilitadores del bienestar del enfermo. Más adelante, se pasa a reconocer las consecuencias de la enfermedad crónica sobre aspectos emocionales, económicos y familiares (7); ya en los años 2000, la psicología y la sociología indagan acerca del impacto del rol del cuidador y otros estudios exploran la calidad de vida del cuidador familiar en su dimensión física, psicológica, social y espiritual (8-10).

Nos surge entonces una pregunta de investigación ¿cómo interactúa el personal de enfermería con el cuidador

familiar del paciente con alteraciones crónicas durante el tiempo de hospitalización?.

Para dar respuesta a la pregunta investigativa se eligió la metodología cualitativa desde un enfoque etnográfico, lo cual permite describir y analizar la manera en cuál equipo de enfermería interactúa con el cuidador familiar.

Materiales y métodos

Estudio cualitativo de corte etnográfico particularista (11) que se hizo en dos instituciones de salud de alta complejidad de la ciudad de Medellín, Colombia, desde noviembre de 2011 hasta noviembre de 2012. Participaron 11 personas del equipo de enfermería, 62% con formación profesional y 38% con formación técnica. Solo el 31% eran hombres. El 84% de las participantes laboraban en unidades de hospitalización, 8% en unidades especializadas e igual porcentaje en el área administrativa. En cuanto a los años de experiencia laboral, el 69% tenían de 1 a 5 años; 16% de 5 a 10 años y 15% más de 10 años.

La selección de los participantes se hizo por el método “bola de nieve”: (12) inicialmente se estableció contacto con las enfermeras del área administrativa de las instituciones, quienes actuaron como porteras (13), al permitir el acceso y el acercamiento al equipo de enfermería. Durante su permanencia en las salas de hospitalización, donde se hizo el estudio, las investigadoras lograron acercarse a los participantes, estableciendo una relación empática con ellos, es decir el *rapport* (14). Esta experiencia motivó su colaboración y facilitó el acercamiento

de las investigadoras a otras personas interesadas en participar.

Las técnicas que se utilizaron fueron: observación participante, la entrevista semiestructurada y el diario de campo. Las observaciones se hicieron durante 50 horas en diferentes momentos del cuidado, utilizando una guía de observación (ver cuadro 1) enfocadas en la forma como interactuaban los participantes y el cuidador familiar. Por ser participante las investigadoras apoyaron directamente las actividades de cuidado en dichos momentos, contribuyendo en la satisfacción de necesidades de confort y educación a los pacientes y sus familias, al tiempo que se compenetraban con el personal de enfermería. (Cuadro 1)

El análisis de las observaciones permitió verificar y contrastar las opiniones del equipo de enfermería con relación al cuidador familiar, lo mismo que observar su forma de actuar durante esa interacción.

Los testimonios se lograron mediante preguntas abiertas que permitieron establecer una conversación amplia sobre el fenómeno. En total se hicieron 13, debido a que fue necesario repetirlas a dos de los participantes hasta lograr la saturación de los datos, es decir cuando la información fue repetitiva y similar (15); se llevaron a cabo por fuera de la institución y de la jornada laboral para garantizar la tranquilidad y privacidad de las participantes. Cada entrevista duró en promedio 2 horas, los testimonios se almacenaron en medio magnético y se transcribieron en el menor tiempo posible para garantizar la confiabilidad de los datos (ver cuadro 2). Tanto las

Cuadro 1. Guía de observación participante

Duración: 2 o 3 horas y luego programar la hora siguiente para escribir el diario “en caliente”. Llevar libreta pequeña para escribir asuntos clave en la recopilación de la información durante la observación.

1. CONTEXTO INMEDIATO: (complejidad del servicio, número de pacientes a cargo, hora de inicio de visitas, cuántos acompañantes permiten por paciente)
2. ACTIVIDADES DEL ROL A CARGO (ronda de enfermería, baño de pacientes, educación para el alta o administración de medicamentos).
3. MOMENTOS DEL CUIDADO (Qué hacen con el cuidador en el momento del baño del paciente; cambios de posición, alimentación, manipulación de sondas o drenes, curaciones, sondajes entre otros)
4. RECURSOS QUE SE GESTIONAN PARA EL CUIDADO EN EL DOMICILIO: (Oxígeno, insumos para curaciones, manejo de dispositivos, disponibilidad del personal para educar y si los familiares hacen preguntas durante el cuidado).
5. CONVIVENCIA CON EL PERSONAL Y RELACIÓN CON EL CUIDADOR
6. Se pueden hacer preguntas durante la observación Sobre su quehacer, cómo se siente y cotidianidades para entrar en confianza
7. CONOCIMIENTOS
 - 7.1 DEL CUIDADOR FAMILIAR
 - 7.2 DE LA PERSONA CUIDADA
 - 7.3 DEL PERSONAL DE SALUD
8. INTERACCION
 - 8.1 COMUNICACIÓN
 - 8.2 COMUNICACIÓN ORAL
 - 8.3 COMUNICACIÓN CORPORAL O GESTUAL
 - 8.4 FORMAS DE INTERRELACION
(RELACIONES DE PODER, ACCION COMUNICATIVA, RESPETO- AUTONOMIA, APOYO MUTUO, RELACIONES AFECTIVAS).

entrevistas como las observaciones se identificaron con códigos alfanuméricos y se omitieron los relatos que dieran cuenta de lugares o personas, con el fin de garantizar la privacidad y confidencialidad. (Cuadro 2)

Cada una de las investigadoras llevó durante todo el proceso investigativo el diario de campo, en el cual registró todo lo relacionado con la observación, tanto de las interacciones como de las entrevistas, para evitar omisiones u olvidos de información que pudieran ser relevantes; así mismo se utilizó para escribir comentarios que pudieran ser útiles en la construcción del texto final.

Para el análisis se hizo lectura general y luego renglón a renglón de los testimonios (15), se fueron identificando códigos que paulatinamente contribuyeron a establecer las categorías y subcategorías. Con las categorías que emergieron se elaboraron mapas conceptuales que permitieran establecer algunas conexiones lógicas para comprender el fenómeno y facilitar la escritura del informe final.

Para conservar el rigor metodológico se mantuvieron los criterios de credibilidad, la cual se consiguió al obtener resultados verídicos y reales sustentados en las entrevistas grabadas,

Cuadro 2. Guía de entrevista individual

Entrevista #:

Fecha _____

Nombre: _____

Teléfono: _____ email: _____

Tipo de Servicio en el que labora: _____

Universidad o institución de donde es egresada (o):

Cuánto lleva de Egresada(o): _____

Años de experiencia laboral: _____

Campos en los que se ha desempeñado como Enfermera(o) y cuánto tiempo (investigación, promoción de la salud, Asistencial, docencia, entre otras)

Nivel de formación académica:

Técnica ___ Pregrado ___ Posgrado ___ ¿Cuál?: _____

Otros ___ ¿Cuál?: _____

1. ¿Qué significa para usted un cuidador familiar?
2. ¿De qué manera la compañía del cuidador le aporta o no a su quehacer diario de enfermería?
3. ¿En qué momentos del cuidado lo acompaña a usted el cuidador?
4. ¿Cómo usted o la institución identifican al cuidador principal?
5. ¿Qué actividades de cuidado ve usted se les dificulta enfrentar a los cuidadores durante la hospitalización? ¿y qué hace usted como enfermero para ayudarlos?
6. ¿En qué momento de la hospitalización cree usted que es importante comenzar a trabajar con el cuidador?
7. ¿Describa como hace usted el entrenamiento de los cuidadores o la educación al cuidador para el alta de su paciente?
8. ¿Qué aspectos considera usted que facilitan y/o limitan el acercamiento del personal de enfermería al cuidador?

Palabras Clave: Describame; Cuénteme; Hábleme

transcritas textualmente, manteniendo así la fidelidad de las expresiones de los participantes. La confiabilidad al mantener la imparcialidad de los investigadores en la interpretación

y análisis de la información y la transferibilidad, ya que se tuvo en cuenta la posibilidad de aplicación del estudio y de extender los resultados a otros grupos con características similares (16).

Desde la elaboración del proyecto investigativo, hasta el informe final se tuvieron en cuenta los aspectos éticos básicos de beneficencia no maleficencia, justicia y respeto a la autonomía, considerados en la normatividad para la conducción responsable de la investigación en el contexto colombiano (17).

El estudio se clasificó como de riesgo mínimo. Se estableció el compromiso de garantizar la privacidad, utilizar los datos solo con fines académicos y hacer la devolución de la información a las participantes y a las instituciones.

Se contó con el aval del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y de las instituciones hospitalarias donde se recolectó la información.

Resultados

Escenario y participantes: las instituciones en las cuales se realizó el estudio se denominaron institución uno e institución dos y compartían características similares como la de ser privadas, con un modelo de atención centrado en el paciente y la familia, con igual número de enfermeras asignadas por turno y con funciones similares. Los participantes con formación profesional realizaban actividades de tipo administrativo y procedimientos especiales de enfermería; los auxiliares se encargaban del cuidado directo y de la educación al paciente y al cuidador familiar. Ambas instituciones contaban con grupos de apoyo para la educación, entrenamiento y el cuidado en situaciones clínicas específicas.

Las diferencias en los escenarios estaban determinadas por la infraestructura física, la organización del espacio y la presencia de muebles para garantizar el confort del cuidador. La institución uno, por ejemplo, tenía cafetería en su interior, salas de espera con sofás y televisión, las habitaciones contaban con sofá cama, servicios de televisión y telefonía para uso del cuidador y el paciente; en cambio, la institución dos no disponía de espacios físicos dotados con mobiliario en el que el cuidador familiar pudiese estar cómodo durante la jornada. Cabe resaltar que las condiciones anteriores no influyeron en la interacción del personal de enfermería con el cuidador, pues, a pesar de las diferencias locativas para el confort de los cuidadores, su relación fue similar en las dos instituciones.

La interacción enfermera- auxiliar de enfermería- cuidador: los participantes centraron la interacción con el cuidador familiar de pacientes con enfermedad crónica, en la comunicación entendida como la transmisión unidireccional de contenidos, donde el cuidador era un sujeto pasivo que recibía información sobre normas institucionales, indicaciones para el alta, preparación para exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas, recomendaciones para evitar los eventos adversos como caídas, úlceras por presión y el retiro accidental de dispositivos invasivos, que el personal de enfermería consideraba como responsabilidad del cuidador familiar.

E4:5 “*yo informo al cuidador y no persigo un objetivo diferente que dar a conocer un contenido o una situación.*” Se vio cómo algunos de los participantes no tuvieron en cuenta las necesidades,

conocimientos y sentimientos del cuidador familiar durante la dicha interacción, siendo evidente una ruptura en el acto comunicativo, pues lo que decía el cuidador no era tenido en cuenta y el participante pasaba fácilmente de un discurso a otro como se evidencia en esta observación: O5:2 *“la enfermera se dirige a la habitación, revisa la paciente y le pregunta al cuidador como pasó la noche el paciente, él le responde: durmió poco pues tenía diarrea. La enfermera le explica los cuidados que debe tener con la sonda de gastrostomía y le dice que más tarde le explicará acerca de la gastrostomía y la diabetes”*.

Es importante señalar que la comunicación entre la enfermera y el cuidador familiar se restringió desde la llegada del paciente al servicio de hospitalización, pues se definieron unos canales jerárquicos que el cuidador familiar debía seguir: inicialmente se comunicaba con la auxiliar de enfermería asignada para el cuidado del paciente, quien servía de intermediaria con la enfermera, y esta a su vez hacía el puente comunicativo con el médico tratante si el cuidador lo requería. La persona más cercana al cuidador era la auxiliar de enfermería, porque dadas sus funciones permanecía más tiempo con él, brindándole mayor confianza para la comunicación.

O1:3 *“La enfermera entra a la habitación, y dice: “Buenos días yo soy (...) la enfermera que estará a cargo, cualquier cosa se la dice a la Auxiliar (...) que estará a su cuidado y ella me llama si necesita algo”*. Respecto a la enfermera, esta se comunicaba con el cuidador familiar para obtener información acerca del estado de

salud del paciente, informarle cuál auxiliar estaba a cargo del cuidado del paciente durante el turno, además de ser reconocida como la jefa del servicio, tal como lo expresó esta participante: E5:3 *“yo voy a la habitación entrada por salida para que me reconozcan, en caso de que alguien venga y le pregunte quien es la enfermera que no vayan a decir que no saben (...) pregunto al paciente: ¿comió bien, durmió bien, está eliminando, hizo deposición?, chao y me voy rápido”*.

La auxiliar de enfermería, en cambio, interactuaba con el cuidador durante la educación y el entrenamiento enseñándole lo que ella sabía, los cuidados básicos de enfermería, entre ellos el baño del paciente, los cambios de posición y la alimentación. Cuidados que, según ella, el cuidador familiar debía aprender y realizar durante el tiempo de hospitalización para luego practicarlos en el hogar.

Otro momento para comunicarse con el cuidador fue durante la evaluación que realizaban, tanto la enfermera como la auxiliar, con el fin de verificar los conocimientos y habilidades adquiridos por el cuidador familiar: E3:12 *“la enfermera de la unidad lo que hace es que antes de que se vaya el paciente, por lo menos verifica que la familia sepa algunos cuidados en casa...”*

Relaciones de poder/ roles: un aspecto relevante en la interacción personal de enfermería –cuidador familiar- eran los mecanismos de poder, derivados del rol que se tenía como enfermera o como auxiliar de enfermería. Para la enfermera, por ejemplo, su rol de jefe le permitía tener control del servicio y de las personas que allí se encontraban,

fueran pacientes o cuidadores familiares, otorgando “permisos y dando órdenes”. Los permisos para que el cuidador ingresara a la habitación del paciente en horas diferentes a las de la visita, se convertían en un premio o un castigo, dependiendo de su colaboración o participación en las actividades de cuidado dentro del hospital así: si colaboraba se le permitía entrar, deambular por el servicio, dormir en la noche, descansar y salir del hospital; si no, se castigaba y no se le daban estos beneficios: E3:16 “*si la auxiliar de enfermería ve que el cuidador no está haciendo nada, no ayuda a moverlo, no avisa cuando tiene algo, entonces lo llaman a uno, jefe dígame que ayude en alguna cosa (...) o dígame que se vaya*”.

Intencionalidad en la interacción: las formas como el personal de enfermería se relacionó con el cuidador familiar tuvieron varias finalidades o intencionalidades, una de ellas, que fuera útil, es decir, que participara, colaborara, que estuviera pendiente y se empoderara del cuidado del paciente durante el tiempo de hospitalización, lo que debía traducirse en una disminución de su carga laboral: E13:1 “*les explico mucho para que aprendan y así en los momentos que uno no pueda estar, porque como son tantos pacientes, y a uno no le queda tiempo de estar con todos... entonces ellos ayuden.*”

Del anterior discurso se desprende que la falta de tiempo percibida por el personal de enfermería, limita la escucha activa y tiene que ver con las condiciones de trabajo (carga, horarios) y falta de reconocimiento del cuidador familiar y sus capacidades como recurso valioso para el sistema de salud.

Discusión

De acuerdo con los hallazgos, la interacción entre personal de enfermería y cuidador familiar, se construye a partir de la forma en que se establece la comunicación, que en muchos de los casos conserva el patrón de unidireccionalidad en el que el cuidador es visto como un receptor de contenidos e información y quien, según los participantes, tiene la función de ayudar a satisfacer las necesidades básicas del paciente durante el tiempo de hospitalización. En otras palabras, la acción comunicativa del personal de enfermería se caracteriza por el acto de decir algo, sin considerar el efecto que produce en el cuidador familiar. Según Beltrán, hacer algo por alguien o suministrarle información, supone dos personas en contacto, un acto comunicativo y de ayuda; las relaciones interpersonales que determinan el cuidado de enfermería están sujetas a factores condicionantes como la naturaleza de la interacción, las fases de la misma y los roles del personal de enfermería en dicha relación (18).

Lo que se da en el proceso comunicativo de nuestro estudio es una ruptura, en tanto el personal de enfermería pasa de un discurso a otro sin mostrar interés por lo que el cuidador dice, ignorando sus preocupaciones, miedos y preguntas que pudieran surgir durante el tiempo de hospitalización de su paciente, sin lograr una relación empática que como expresa Guillen (19), se logra al ponerse en el lugar del otro, al comprender y aceptar sus opiniones, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas del otro, facilitando así el proceso comunicativo.

En la interacción enfermera-cuidador informal, debe considerarse la escucha como elemento importante de la comunicación, que implica entender lo que se quiere decir, demostrar interés por el otro e interpretar lo escuchado respetando las individualidades. Es primordial entonces, que la comunicación se convierta en un acto consciente en la práctica de enfermería, lo cual no ocurre de forma habitual (20).

A esto se añade que la falta de interacción entre el personal de enfermería y el cuidador familiar impide considerar las necesidades físicas, psicológicas y sociales del cuidador, lo que se traduce en una relación distante; por lo tanto las intervenciones del personal de enfermería no logran el impacto positivo que se busca en la salud del paciente y el bienestar del cuidador.

Algunos autores (21) expresan que los familiares consideran la comunicación y la interacción como elementos fundamentales de la relación con el personal de enfermería, y que no deben limitarse solo a la enseñanza del cuidado, sino también a la realización de intervenciones que los involucren y les den seguridad y ánimo.

Además en la relación personal de enfermería – cuidador familiar, se establecen unos vínculos durante la actividad cuidadora que están íntimamente relacionados con la cercanía y empatía que se dan durante el tiempo de hospitalización. En otras palabras, la interacción se construye a partir de la confianza que se da entre personal de enfermería – paciente y cuidador (22).

El acercamiento entre la auxiliar de enfermería y el cuidador sirve de puente

entre la enfermera y el cuidador; las enfermeras solo se acercan a este en situaciones complejas que no pueden ser resueltas por la auxiliar y que ameritan una formación académica superior. Algunos estudios reportan la escasa relación comunicativa entre enfermera y paciente, debido quizá a las múltiples funciones administrativas que tiene en el proceso salud – enfermedad de una manera indirecta, contrario a lo que sucede con los auxiliares de enfermería que son los que brindan cuidado directo al paciente y su familia, supliendo en buena parte, el cuidado que el profesional no puede dar (23).

Las enfermeras se acercan al cuidador familiar para que las reconozcan como jefes del servicio, “se comunican con los cuidadores familiares con la intención de ser reconocidas, es así como los familiares y pacientes diferencian el desempeño por la asignación de funciones y distinguen a la jefe por su toca con cinta negra y por sus actuaciones de poder, delegación de funciones, toma de decisiones y realización de procedimientos específicos”. (20); además, dentro de sus funciones, ellas facilitan su acercamiento con el médico, son las responsables de hacer que el cuidador cumpla con las normas institucionales y dar o negar los permisos, teniendo en cuenta su participación durante las actividades de cuidado.

Otra forma de interactuar con el cuidador familiar es durante su entrenamiento para cuidar, lo que garantiza su participación en el cuidado del paciente. La responsable de ello es la auxiliar de enfermería; si el cuidador demuestra habilidades para cuidar, se compromete, colabora, participa y ayuda, es decir, se clasifica como un cuidador que

sirve, y de esta manera obtiene como recompensa el reconocimiento que le permite algunos beneficios dentro de la institución, beneficios que son otorgados por la enfermera como se mencionó anteriormente, lo que crea un interés secundario por el cuidador como recurso o colaborador (24).

Se pudo concluir que la interacción personal de enfermería – cuidador familiar, del paciente crónico hospitalizado, se construyó a partir de una comunicación unidireccional limitada a la entrega de información por parte del personal, ya fuera para dar instrucciones o entrenarlo para el cuidado en el ámbito hospitalario y domiciliario, desconociendo sus necesidades, sentimientos y conocimientos.

El fin último de esta relación era mitigar en parte la carga laboral que implicaba para el personal de enfermería la complejidad de la atención a los pacientes crónicos hospitalizados, desconociendo la necesidad de establecer una escucha activa con los cuidadores familiares y considerarlos como recurso valioso dentro del sistema de salud.

El proceso comunicativo con el paciente y el cuidador familiar, es una habilidad fundamental que caracteriza a un profesional de enfermería competente

y son dominios que se deben adquirir para mantener una verdadera interacción interpersonal dentro del contexto del cuidado holístico.

Por todo lo anterior consideramos que se hace necesario redimensionar el rol del cuidador familiar dentro del ámbito hospitalario. El personal de enfermería debería ofrecer consejería y educación al cuidador familiar, buscando su mayor comprensión para lograr su participación en el cuidado, pero antes, este debe ser comprendido y visto como una persona con sus propias necesidades y expectativas.

El hospital deberá repensar el espacio que se le ofrece al cuidador familiar, y es necesario incluir protocolos dentro de la cultura organizacional que den cuenta del sistema que pretende poner en el centro de la atención al paciente y la familia.

Igualmente en la formación del recurso humano en salud, especialmente para las enfermeras, las habilidades comunicativas deben ser consideradas como una competencia genérica, lo que supone debe ser transversal a toda el programa. También deberán considerarse las actitudes necesarias para facilitar la comunicación: escucha, disponibilidad, interés por el otro, apoyo efectivo etc.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre las enfermedades no transmisibles [Internet]. OMS. [Acceso 24 de enero de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Crónicas No Trasmisibles [Internet]. [Acceso 2014 Ene 24]. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category§ionid=96&id=815&Itemid=338
3. Moiso A. Enfermedades crónicas no transmisibles: El desafío del siglo XXI. En: Barragán H, director. Fundamentos de Salud Pública. Argentina: Universidad Nacional de la Plata; 2007. p. 265-290 [Internet]. [Acceso 2014 Ene 24]. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo_.pdf?sequence
4. Castro Salas M, Vidal Gutiérrez D, Zavala Gutiérrez, M. Características sociodemográficas de los cuidadores de ancianos Concepción Chile. *Perspect., Notas interv. acción social.* 2003; 8(12): 87-95.
5. Zabagueli Yárnoz A. El rol del profesional de enfermería. *Rev. Aquichán,* 2003 Octubre año 3, no 3, p 19
6. Vega Angarita OM, González Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm. Glob.* [revista en la Internet]. 2009 Jun [Acceso 2014 May 16]; (16). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es.
7. Shumacher L, Stewart J, Archbold G, Dodd SL. Family caregiving skill: development of the concept. *Rev. Nurs Health.* 2000 Jun [Acceso 2010 Abr 28]; 23(3): 191-203.
8. Merino Cabrera SE. Calidad de vida de los cuidadores familiares que cuidan niños en situaciones de enfermedad crónica. *Av Enferm.* 2004 Ene-Jun; 22(1): 39-45.
9. Álvarez Rodríguez BE. Comparación de la calidad de vida de cuidadores familiares de personas que viven con el VIH/Sida y reciben terapia antirretroviral con la calidad de vida de cuidadores familiares de personas que viven con el VIH/Sida y no reciben terapia antirretroviral. *Av Enferm.* 2004 Jul-Dic; 22(2): 6-18.
10. Escobar Ciro CL. Perception of the quality of life of family caregivers of adults with cancer. *Invest Educ. Enferm.* 2012; 30(3): 320 – 329.
11. Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Universidad de Antioquia. 2005
12. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 1992. p. 109.
13. Schwartz H, Jacobs J. Sociología cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad. Medellín: Editorial Trillas; 1984.
14. Glaser BG, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Estados Unidos: Aldine de Gruyter; 1967.
15. Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos: estrategias complementarias de investigación. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2003. p. 33.
16. Ruíz JI. Metodología de la investigación cualitativa. 5 ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 2012. p. 302.
17. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N°008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la administración en salud [internet]. [Acceso 2011 Jun 05]. Disponible en: http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf
18. Beltrán OA. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de enfermería. *Invest.educ.enferm.* 2006;24(2):144-150
19. Guillén Fonseca M. Habilidades de comunicación en la relación médico-enfermera en la Atención Primaria de Salud. *Rev. Cubana Enferm.* [revista en la Internet]. 2011 Sep [Acceso 2014 Abr 08]; 27(3): 220-227. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000300006&lng=es
20. Estefo Agüero S, Paravic Klijn T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. *Cienc. Enferm.* [revista en la Internet]. 2010 Dic [Acceso 2014 Abr 09]; 16(3): 33-39. Disponible en: <http://www.scielo.cl/>

- scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005&lng=es.
21. Morales MJ, Puerta AM, Gómez MM. La comunicación entre el personal de enfermería, el paciente y la familia en algunos servicios hospitalarios medico quirúrgicos. Medellín, año 2000. *Actual Enferm.* 2001; 4(3): 8-13.
 22. Gaviria Noreña DL. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. *Invest. Educ. Enferm.* 2009; 27(1): 24 – 33.
 23. Ángel Jiménez G, López Herrera FE, Restrepo Múnera DM. La experiencia educativa del profesional de enfermería en el ámbito clínico. *Invest. Enferm: Imagen Desarrollo* [revista en la Internet]. 2013 Jul-Dic [Acceso 2014 Abr 10]; 15(2): 9-29. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145229803002>
 24. De la Cuesta C. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Invest. Educ. Enferm.* 2007; (25)1: 106-112.