

Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio

The relationship between Intensive Care Unit nurses and patients' relatives: Trends for change

Concha Zaforteza, Denise Gastaldo (*), Pilar Sánchez-Cuenca, Joan E. de Pedro, Pedro Lastra. Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears.

(*) Faculty of Nursing and Centre for International Health, University of Toronto, Canada

Correspondencia:

Concha Zaforteza Lallemand
Edificio Guillem Cifre de Colonya.
Universitat de les Illes Balears.
Crtra. Valledemossa, Km 7,5.
07122 Palma de Mallorca.
concha.zaforteza@uib.es

RESUMEN

Objetivo: Conocer cuáles son las expectativas de futuro que perciben las enfermeras de UCI al respecto de la relación y los cuidados a los familiares.

Métodos: Este artículo es parte de un proyecto más amplio titulado "Factores que influyen en la relación entre enfermeras de UCI con los familiares del paciente crítico". Es un estudio cualitativo de perspectiva post-estructuralista, realizado en 3 unidades de cuidados intensivos de 3 hospitales de la red pública de la isla de Mallorca. La recogida de datos fue a través de 8 episodios de observación participante y 6 entrevistas semi-estructuradas. Las descripciones de las observaciones y entrevistas transcritas se analizaron a través de su codificación en unidades de significado. El rigor se aseguró mediante la triangulación de fuentes y métodos y por la saturación de las principales categorías de análisis.

Resultados: Las enfermeras consideran que su papel como informadoras es insuficiente y algunas desean participar más en el proceso de atención a los familiares. Algunas de las enfermeras desean también flexibilizar las normas restrictivas de las unidades. Hay una cierta resistencia a la centralidad de los(as) médicos(as) en el proceso de información o en la creación de normas para la relación con los familiares.

Conclusiones: Se percibe una voluntad de cambio, aunque con distintos grados de compromiso, hacia una mayor implicación de las enfermeras en la atención a los familiares del paciente crítico.

Palabras clave: Cuidados intensivos, relación enfermera-paciente, relación enfermera-médico, familia, cambio.

ABSTRACT

Study's purpose: To find out which are ICU nurses' expectations regarding their relationship with ICU patients' relatives and how to care for them.

Methods: This paper is part of a wider research project entitled "Factors that influence the relationship between ICU nurses and critically ill patient's relatives". This is a qualitative study based on a poststructuralist perspective. It was conducted in 3 Spanish public hospitals' ICUs situated in the island of Mallorca. Data were collected through 8 participant observations and 6 semi-structured interviews. The observation descriptions and interviews' transcriptions were analyzed through the codification of units of meaning. Rigour was assured by the triangulation of sources and methods and by reaching saturation of the main categories of analysis.

Results: Nurses considered that their role as information givers is not sufficient and some wished to have a greater participation in the caring process of patient's relatives. Some of them also wished to make the unit restrictive access more flexible. A certain resistance was shown towards the physician centralism in the process of providing information as well as towards the design of rules governing the relationship between professionals and relatives.

Conclusions: We identified that ICU nurses attitude is intended for change, but different levels of commitment was observed regarding involvement in the care of ICU patient's family.

Key words: Intensive care, nurse-patient relationship, nurse-physician relationship, family, relatives, change.

INTRODUCCION

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) de adultos en España, por lo general, son espacios cerrados y regulados por los profesionales, en particular las enfermeras. Esto significa que "los de dentro" (pacientes y profesionales de la salud) mantienen poco contacto (físico, emocional y de comunicación) con los "de fuera" (familiares/allegados de los pacientes) y que éstos no tienen facilidad para acceder al interior de la unidad. La relación se restringe a los horarios de visita y al momento de la información médica. El médico (no sólo en España) es quién lidera la relación con los familiares (1)(2).

En la bibliografía más reciente sobre las UCI, en concreto acerca de la satisfacción de familiares y pacientes y acerca de los procesos informativos, subyace la idea de que los familiares son elementos externos a la unidad. Esta idea se expresa, mayormente, de dos maneras: bien a través de una falta de autocrítica hacia los sistemas cerrados (1)(3), bien en forma de deseo de cambio hacia una mayor adaptación de las dinámicas de las unidades a las necesidades de los familiares (4).

El punto de partida de este estudio es la observación de algunos de los(as) autores(as), a lo largo de su práctica profesional en diferentes UCI, que las enfermeras, en el momento de la visita de familiares, tenían un contacto muy reducido con ellos y con los pacientes, y se dedicaban a realizar actividades lejos de ellos. Nuestra reflexión también incluye la cuestión de si es o no necesario mantener restricciones a la entrada de los familiares a la unidad y sobre la forma en que el equipo de salud de las unidades debe abordar el contacto con los familiares.

Nuestra idea de atención de salud a la población general y en concreto a los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos se aproxima a las definiciones propuestas por diferentes autores, como King o Leininger, que contemplan a la persona de manera global e incluyen en el cuidar los componentes culturales, tanto personales como del entorno (5).

Esta es una perspectiva teórica y política que se ha ido desarrollando a lo largo de los últimos 40 años en enfermería y que, desde nuestro punto de vista y en España, no se ha interiorizado en los entornos clínicos, dado que éstos no se articulan en torno al usuario sino en torno a los profesionales y a la gestión del riesgo. Un ejemplo concreto (entre muchos más a todos los niveles), es la forma en que están organizadas las UCI, con una estructura que rompe la conexión de la persona con su entorno y que está pensada casi exclusivamente para facilitar el trabajo de médicos y enfermeras.

Conocemos que la UCI es probablemente el lugar de los servicios sanitarios donde los familiares sufren más (6). Sabemos que los deseos de los familiares/allegados acerca del entorno de la UCI implican contacto con el paciente y los profesionales del equipo de salud (cercanía, tener esperanza, estar informados y saber que su familiar está en buenas manos) (7)(8)(9), y por ello nos planteamos conocer cuál era la perspectiva de las enfermeras al respecto de su relación con los familiares y, en concreto, si pensaban que en un futuro la relación y la atención a los familiares podía ser diferente.

Pensamos que las acciones encaminadas a promover la atención a los familiares de los pacientes críticos tendrán mayor probabilidad de éxito si existe una cierta predisposición por parte de las enfermeras hacia el cambio conceptual que supone incluir a los familiares en las dinámicas del paciente.

Este trabajo forma parte de un estudio más amplio titulado "Factores que influyen en la relación entre enfermeras de UCI con los familiares del paciente crítico". Presentaremos una parte de sus resultados, en concreto, los que rastrean la predisposición de las enfermeras hacia un cambio en la forma en que se desarrolla la atención a los allegados al paciente de UCI.

OBJETIVOS

General

Conocer qué factores influyen en la relación que las enfermeras establecen con familiares de pacientes ingresados en estas unidades.

Específico

Identificar cuáles son las expectativas de futuro que perciben las enfermeras respecto de la relación y los cuidados a los familiares.

METODOLOGIA

Este estudio es cualitativo y de perspectiva post-estructuralista aplicada a enfermería (10). Utilizamos la teoría de Foucault (11) de las relaciones de poder como marco que permite analizar la forma en que se construyen las relaciones cotidianas dentro de la UCI y cómo se naturalizan patrones de conducta; por ejemplo, mantener a los familiares fuera de las unidades o cómo perpetuar los regímenes de información (o para ser más precisos, de poca información) dentro de las unidades. Lo llevamos a cabo en tres unidades de cuidados intensivos de tres hospitales de la red pública de la isla de Mallorca. Las técnicas

de recogida de datos de la investigación fueron la observación participante y la entrevista semi-estructurada.

En primer lugar, desarrollamos 8 episodios de observación participante del momento de la visita de familiares a la unidad. Esto permitió identificar patrones de conducta adoptados por 12 enfermeras en el momento de la visita de las familias. A partir de las observaciones elaboramos un guión de entrevista. En segundo lugar, hicimos una entrevista piloto a una enfermera de más de 20 años de experiencia en unidades de intensivos para ayudarnos a perfilar las preguntas finales de la entrevista. Esta entrevista piloto no se consideró adecuada para el análisis. Finalmente, desarrollamos entrevistas semi-estructuradas a 6 enfermeras de los tres hospitales públicos mencionados.

El análisis de los textos de las entrevistas comenzó tras la realización de la primera entrevista. Así, el guión de entrevista fue modificado a partir de la cuarta entrevista para explorar categorías de información que habían surgido de manera espontánea en las entrevistas previas.

Analizamos los textos de las entrevistas y las notas de la observación a través de su codificación en unidades de significado. Cada documento fue codificado tres veces, puesto que fue codificado de manera independiente por dos investigadores que posteriormente se reunían para poner en común la codificación. De esta reunión surgió la tercera y definitiva codificación del texto. El rigor se aseguró mediante la triangulación de fuentes y métodos. Además se alcanzó el punto de saturación de los datos.

Respecto a la ética del proceso, nos centramos en mantener el anonimato de los participantes a través de la eliminación de cualquier dato de las transcripciones que pudiera identificarles y las grabaciones fueron destruidas una vez finalizado el trabajo. Todos los participantes fueron informados del tipo de estudio y de sus objetivos antes de firmar un consentimiento informado del cuál conservaron un ejemplar original en su poder. Además, fueron informados de que podían abandonar el estudio en el momento en que quisieran sin que por ello tuvieran que proporcionar ningún tipo de explicación. Al acabar el estudio, se proporcionó a cada uno de los participantes una carpeta con el informe de investigación, los artículos publicados y las comunicaciones a congresos realizados hasta el momento.

RESULTADOS

Los resultados globales del proyecto muestran cuatro categorías analíticas de los procesos de relación entre enfermeras y familiares. Estas categorías son los **actores sociales** (qué o quiénes son los actores, activos o pasivos, del proceso de relación o bien qué o quiénes no aparecen definidos como parte del proceso); las **actuaciones** (cómo aparece descrita la forma de actuar de los actores sociales y, por tanto, qué ejes definen las actuaciones dentro de la unidad); las **relaciones** (cómo son las relaciones entre los diferentes actores sociales); y, las **expectativas** (qué expectativas tienen las enfermeras sobre el proceso de información, qué deseos formulan acerca de la situación actual, qué ideas de futuro tienen).

Las tres primeras categorías indican que las enfermeras consideran a los familiares elementos externos a la unidad y al proceso del cuidar al paciente crítico, que entienden el entorno de la unidad como un potente factor estresor para los familiares, que perciben al médico como el dueño del proceso de información a pacientes y familiares, y que el contacto con los familiares supone un factor de estrés emocional para ellas, entre otros motivos, porque no se sienten formadas en habilidades psico-sociales (12).

La última categoría, en la que se centrará el análisis de este trabajo, expresa de forma muy potente que las enfermeras consideran que su papel como informadoras es insuficiente, y se da el caso que algunas desean participar más en el proceso de atención a los familiares. En relación al proceso de información que lleva a cabo el(la) médico(a), hacen críticas al sistema vigente, lo comparan con el de otras UCI y algunas enfermeras imaginan otras posibilidades de actuación:

P: Hablando del tema de responsabilidad en el tema información-

R: (interrumpe) MÁS, más. Porque aquí, en teoría la información la dan los médicos, y para no superponer información, esto creo que lo tenemos muy mal organizado nosotros, por no superponer INFORMACIÓN..., cuando la familia entra nos pregunta "¿y qué tiene?, ¡claro! tú le tienes que decir "no se preocupe que esto se lo explicará el médico ahora cuando usted salga"... y tú no tienes ninguna responsabilidad sobre la información, quiero decir no puedes informar por miedo a que yo le digo esto y después él se lo pinta de otra manera y la liamos... porque aquí es muy fácil liarlos, depende de lo que tenga el enfermo es muy fácil liarlos...

P: ... Si pudieras decidir ¿cómo montarías la relación entre enfermeras y familiares de pacientes?

R: No lo he visto nunca, tal vez no me gustaría, pero creo que la enfermera debería salir con el médico a informar conjuntamente con él.

P:¿... qué te parece la participación de la enfermera en la atención a los familiares?

R: (interrumpe) No. No, no, porque yo sé de otros lugares que a la hora de informar hay una enfermera – no sé cómo lo hacen, si suben todas o sólo sube una por turno o cómo lo hacen, pero sí que enfermería participa directamente. En el momento en que el médico informa a la familia, enfermería es capaz de responder a preguntas que a lo mejor el médico no conoce directamente.

P: Sería compatible que la enfermera estuviera en el momento-

R: (Interrumpe) totalmente

P: -de la información?

R: Totalmente, totalmente, ahora bien, puede que sea un poco difícil de hacer, habría que mirar los horarios o algo. Sé que en otros lugares [UCI] se hace, pero no sé cómo lo hacen.

Al querer participar del proceso de información, las enfermeras tienen básicamente el objetivo de establecer una relación de confianza o una relación terapéutica para mejorar la atención a los familiares. Ellas valoran como positivas las oportunidades que las enfermeras tienen para dar soporte a través de la información a los familiares. Como explican ellas mismas:

... y que, de hecho, como a TI te preguntan, yo creo que es el momento de estar ahí para dirigir un poco también las preguntas que ellos [los familiares] no se atreven a hacerle al médico, y creo que eso también es importante, a la hora no sé, de hacer una acción el también tú estar ahí para apoyar,... no sé, en algunas circunstancias MÁS quizás sí que creo que sería necesario

...Ellos [los familiares] te CONOCEN más a ti que al médico, quiero decir, hablan con nosotras... A mí me gustaría poder entrar en el box... y decir "mira, está un poquito peor, pero tal" que ya veces lo hacemos! Pero si está mucho mucho peor, no sé porqué, tenemos la mala costumbre de ir al médico y decirle "ahora entrará la familia, ¿podrías venir al box y le dices que está muy mal?", y esto a veces me gustaría hacerlo yo también, porque si es una familia con la que yo tenía relación... pues ise apoyan más en enfermería que en lo médicos!

...Yo debería conocer la información que le da el médico, pero es que yo no la conozco... ellos tienen su despacho para informar y nosotras no entramos en la información, pero, es que a mí me gustaría estar por ejemplo cuando informan a la familia... después eres TÚ quién hablas con la familia, eres tú que estás allí delante, porque muchas veces los médicos no están cuándo entra la familia, o están haciendo pase de visita o lo que sea.

iHombre! A mí me gustaría estar en el momento que hablan los médicos con los familiares, porque tú ahí tienes mucho que decir ¿sabes?,

P: ¿Como sería la relación ideal de las enfermeras con los familiares, si tú lo pudieras decidir?

R: Yo creo que, en un mundo ideal tendría que ser bastante confianza con la enfermera, del familiar a la enfermera, luego con el paciente y tal, simpatizar con los familiares...

Otro de los deseos de algunas de las enfermeras es el de flexibilizar las normas restrictivas de la unidad. Este deseo es coherente con otro dato que aparece en las categorías previas y es que hay una cierta resistencia a la centralidad de los(as) médicos(as) en el proceso de información o en la creación de normas para la relación con los familiares. Simultáneamente, surgen relatos para el desarrollo de actuaciones de colaboración entre los profesionales.

... a veces yo creo que somos demasiado estrictos, que nosotros a veces lo hacemos, si hay poco trabajo y tal, y todo son coronarios, a lo mejor dejamos estar a la familia más tiempo dentro. Porque, sinceramente, ¡el enfermo está mucho mejor!, tiene a la familia, está tranquilo, hablan un rato... pero, que, no sé, no puedes poner un cartel fuera que diga "familia del enfermo coronario (ríe) entrará una hora y familia del enfermo sedado y relajado entrará media hora"... ¡o a lo mejor sí que se podría hacer!, quiero decir no (ríe) tampoco veo porqué no, pero bueno...

...porque, por ejemplo, muchas veces si un familiar lleva mucho tiempo aquí, o sea, un familiar, un paciente lleva mucho tiempo y ya por ejemplo está desconectado de la ventilación mecánica, está a lo mejor en, claro te digo siempre un poco ahora de los enfermos que yo trato, ¿no?, pero que en otras unidades también pasa lo mismo, y a lo mejor está ya en un estado vegetativo y, pues a lo mejor falta una semana para que se vaya a planta, entonces lo que ya empieza a necesitar más es estímulos conocidos ¿no?: la voz de los familiares, el que le estén motivando todo el tiempo. Entonces, por ejemplo se les deja pasar ANTES de la hora de la visita, si la visita, por ejemplo, empieza a las ocho, pues a lo mejor a partir de las siete y media se les deja pasar para que estén ahí, y, bueno, es algo que a nosotros nos influye, porque, quieras que no, tú estás trabajando y está ahí una persona que está todo el rato viéndote y si en ese momento hay una parada o cualquier cosa, te puede influir también ... ya te digo que esto antes tampoco se hacía, pero cada vez más motivados y vemos que es importante y de hecho los médicos nos preguntan, y siempre le dicen al familiar "si la enfermera puede en ese momento, sí", o sea, siempre nos lo dejan a nosotras la – o sea, ellos dan su consentimiento, pero siempre quién tiene la última palabra somos nosotras. Si en ese momento es imposible porque la unidad está muy mal "mire,

lo siento mucho pero no puede pasar”, si vemos que SÍ, nosotras somos las primeras que, bueno, por una parte te CORTA, pero SABES que es necesario para el paciente y para el familiar, entonces, sí, lo solemos hacer, que es una cosa que creo que está bastante bien.

Para que no haya contradicción [entre médico y enfermero] mejor, sería mucho mejor si se la das en conjunto [la información al familiar] o bien enfermería... tuviera su manera de dar información, que no puede, que va por libre, en mi hospital va por libre.

... Yo creo que sí, que la información SIEMPRE compartida con el médico, claro que sí, iclarísimo!

DISCUSION

Foucault indica que conocimiento y poder están unidos de manera indisoluble y que cada uno es condición del otro (13). Históricamente, el conocimiento acerca del proceso de atención al paciente crítico, y por extensión el poder, ha estado en manos del médico(a). Este hecho, en que la enfermera no participa en los momentos de génesis de conocimiento dentro de la unidad, como el pase de visita matinal, queda claramente reflejado en nuestros datos así como en el estudio de Bunch (2). En estos contextos, las enfermeras se sienten sujetas a la norma de “no informar” y a mantener a los familiares bajo una disciplina rígida de control del tiempo (horarios de visita), del espacio (acceso a la unidad) y del conocimiento (información como propiedad médica), derivada de las normativas internas de la unidad, que generalmente son consuetudinarias, no basadas en la evidencia.

Las enfermeras, a pesar de su interés en el bienestar de las familias presentan distintos grados de crítica hacia esta situación y distintos grados de compromiso con el cambio. Las razones para ello pueden ser variadas. Por ejemplo, la forma de entender quién es el cliente (atención técnica y centrada en el paciente). De hecho, algunos de nuestros datos apuntan también hacia una concepción meramente utilitarista de las familias como factores que pueden ayudar a la recuperación del enfermo. Otro factor puede ser el miedo a ser sancionadas por asumir liderazgo en la información a familiares o a enfrentarse a las normas. Otros datos de nuestro estudio nos llevan a pensar que el mantener a los familiares fuera de las unidades también puede responder a un intento de las enfermeras de protegerse frente a un estrés añadido al que ya supone el cuidado del paciente crítico, pues el contacto con los familiares muchas veces lo describen como amenazante para su bienestar emocional (12).

Así, las enfermeras de nuestro estudio muestran que no se sienten formadas para afrontar situaciones de estrés emocional, como por ejemplo el control de la ansiedad de los allegados a los pacientes críticos o el dar malas noticias, y se sienten afectadas por ello (12). Por tanto, el desafío a los docentes está servido. Además, estos resultados hacen patente que será necesario establecer estándares de atención al proceso de proporcionar información (4) comprometida en la misma medida en que se estandarizan, por ejemplo, los procesos para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica o los protocolos de prevención de úlceras por presión.

Pensamos que las enfermeras se encuentran en una encrucijada entre el pasado histórico y las posibilidades que se abren con el desarrollo académico y científico de la profesión. Sin duda, tal y como revela Foucault (13) en sus últimos trabajos, las personas no son sólo “cuerpos dóciles” que ven construida su identidad a través de técnicas disciplinarias externas, sino que participan de manera activa en la construcción de sí mismos.

El saber enfermero y el desarrollo de la profesión (de la cantidad y calidad del *corpus* de conocimientos) deben conducir necesariamente a que haya cambios en las relaciones de poder y de dependencia tanto con pacientes, colegas, como con familiares de pacientes. Un aumento en los conocimientos está conduciendo a las enfermeras a plantearse la idoneidad de su actuación y a cumplir con algunos de los requisitos que Alberdi (14) indica como propios de una profesión, entre ellos el control de la propia práctica y la capacidad de asumir la responsabilidad de las decisiones.

Así, las enfermeras empiezan a querer colaborar en igualdad de condiciones al proceso de información del paciente crítico y en adaptar los entornos a sus familiares, sobre todo a través de la flexibilización de las normas de acceso. La necesidad sentida de coordinar la información con otros profesionales aparece también en otros países, como los EEUU, en que estudios como el de Fins y Solomon (4) reclaman la coordinación del equipo multidisciplinar para mejorar la calidad de la asistencia a los enfermos y sus familiares.

CONCLUSIONES

En la mayoría de las enfermeras entrevistadas se aprecian ganas de superar el papel histórico de enfermeros como “técnicos sin pensamiento crítico”. Por tanto, se apunta el deseo de cambiar las relaciones de poder dentro de las unidades de cuidados intensivos a favor de una mayor calidad en el proceso de atención a los familiares. Las implicaciones que se derivan de esta voluntad de cambio deben repercutir a diferentes niveles:

Por una parte, los docentes de las escuelas de enfermería deben plantearse si la formación en pensamiento crítico y habilidades de relación capacita a los futuros profesionales para acometer los procesos de información en situaciones comprometidas.

Los gestores deben plantearse, en la era de la calidad total, la necesidad de establecer estándares de atención y de crear espacios que se centren en las necesidades de los familiares/allegados del paciente crítico (cercanía, información y sentir esperanza).

Los profesionales de enfermería asistenciales de las UCI deben buscar un cambio en las relaciones de poder dentro de sus unidades desde los conocimientos que proporcionan la evidencia científica y las teorías sobre el cuidado.

Por fin, nuestro estudio muestra que hay enfermeras comprometidas con una atención de enfermería que abarque a la familia/allegados, pero no se puede tomar el conjunto de enfermeras como homogéneo. Este estudio apunta que existen algunas limitaciones para el cambio dentro de propia profesión. Por lo tanto, a nivel de la enseñanza y a nivel de la práctica es necesario crear nuevos discursos (formulaciones teóricas y prácticas) que confronten el discurso dominante, para que el incremento del rol autónomo del profesional de enfermería genere un aumento de satisfacción de las necesidades de las familias.

BIBLIOGRAFIA

1. García MT, Ruiz J, Sánchez C. Descripción de la "nueva" unidad de cuidados intensivos del Hospital Río Hortega de Valladolid. *Enferm Intensiva* 2000; 11 (4): 170-178.
2. Bunch EH. Delayed clarification: information, clarifications and ethical decisions in critical care in Norway. *J Adv Nurs* 2000; 32 (6): 1485-1491.
3. Bernat MD, Tejedor R, Sanchis J. ¿Cómo valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una unidad de cuidados intensivos?. *Enferm Intensiva* 2000; 11(1): 3-9.
4. Fins JJ, Solomon MZ. Communication in intensive care settings: the challenge of futility disputes. *Crit Care Med* 2001; 29(2) Supplement: N10-N15.
5. Tomey AM, Allgood MR. Modelos y teorías en enfermería (4º ed). Barcelona: Harcourt -Brace; 1999.
6. Harvey M. Evolving toward but not to meeting family needs. *Crit Care Med* 1998; 26 (2): 206-207.
7. Wilkinson P. A qualitative study to establish the self-perceived needs of family members of patients in a general intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 1995; 11: 77-86.
8. Jamerson PA, Scheibmeir M, Bott MJ, Crighton F, Hinton RH, Cobb AK. The experience of families with a relative in the intensive care unit. *Heart Lung* 1996; 25 (6): 467-474.
9. Heyland DK, Rocker G, Dodek P, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med* 2002; 30 (7): 1413-1418.
10. Holmes D, Gastaldo D. Nursing as means of governmentality. *J Adv Nurs* 2002;38:557-65
11. Foucault M. Truth and power. En: Gordon C. Editor. Michel Foucault: power/knowledge. Hertfordshire (England): Harvester Wheatsheaf; 1980. p. 109-133.
12. Zaforteza C, de Pedro JE, Gastaldo D, Lastra P, Sánchez-Cuenca P. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? *Enferm Intensiva* 2003; 14 (3):109-119.
13. Riley R, Manias E. Foucault could have been an operating room nurse. *J Adv Nurs* 2002; 39 (4): 316-324.
14. Alberdi R. Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras. *Rev ROL Enferm* 1998; 239-240. p. 27-31.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento es, en primer lugar, para las enfermeras que accedieron participar en el estudio, que invirtieron parte de su tiempo libre en responder a nuestras preguntas. Sin su participación nuestro trabajo no habría sido posible.

En segundo lugar a Antoni J. Ferrer, psicopedagogo, que nos ayudó en la elaboración y realización de las entrevistas.

Por último, queremos agradecer a Pilar Delgado Hito su ayuda entusiasta en las primeras fases del proyecto.

ANEXO

GUIÓN GENERAL DE ENTREVISTA

-¿Cómo es para ti la relación con los familiares de los pacientes?

-¿Qué haces cuando llega un familiar a visitar a un enfermo? Piensa en un caso. ¿Cuándo se va, qué haces?

- ¿Qué aspectos crees que tienen repercusión en o que condicionan la relación que se establece entre los enfermeros y los familiares?

-¿Qué impacto tiene en ti el contacto con los familiares?

-¿Te parece adecuado el nivel de participación de la enfermera en la a los familiares?

-En un mundo ideal, ¿cómo planificarías la relación entre enfermeros y familiares? Espacios, tiempo, etc.