

**UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO**



TESIS

**VIVENCIAS DEL FAMILIAR DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN, 2017**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
"ÁREA DEL CUIDADO PROFESIONAL: ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN EMERGENCIA Y DESASTRES CON MENCIÓN
EN CUIDADOS HOSPITALARIOS"**

INVESTIGADORES:

Lic. Enf. YESSICA ROCIO CALVA HERRERA

Lic. Enf. DARWIN CAMPOS GARCIA

ASESORA:

Dra. EFIGENIA ROSALÍA SANTA CRUZ REVILLA

LAMBAYEQUE, 2019

Mg. Nora Elisa Sánchez de García
Presidenta

Mg. María Lucía Chanamé Carretero
Secretaria

Mg. Rosa Candelaria Alcalde Montoya
Vocal

Dra. Efigenia Rosalía Santa Cruz Revilla
Asesora

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2018-SINEACE/CDARP

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Libro de Acta N°: 03 Expediente: 687-2019-UPG-FE Folio N° 205
Licenciada: Darwin baumgartner Garcia en la
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 1 pm
horas del día Dos de Mayo - 2019 - D - FE, Los señores Miembros del Jurado designados
mediante Resolución N° 160 - 2017 - D - FE
PRESIDENTE: Mg. Nara Elisa Sanchez de Garcia
SECRETARIO: Mg. Mario Luis Chauane Carlsen
VOCAL: Mg. Rosa Baudelario Alcalde Montoya

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

Vivencias de familias del Paciente Hospitalizado frente
al cuidado de Enfermería en el Servicio de Emergencias,
del Hospital General de Jaén, 2017.

..... patrocinada por el profesor
(a) Dra. Elicenia Rosalía Santos Cruz Revillo

Presentada por el (los) Licenciados (as):

Darwin Baumgartner Garcia
Jessica Rocío Balve Herrera

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional: Area del
Cuidado Profesional Especialista en Enfermería en
Emergencias y Desastres con Atención en Cuidados Hospitalarios

Sustentada la Tesis, formuladas las Preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las
respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar,
declaró APROBADO por UNANIMIDAD, la tesis con el calificativo de BUENO;
debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

Nora Sanjurjo Curva
PRESIDENTE

Rosa
VOCAL

Mario Luis Chauane
SECRETARIO

Santos Cruz Revillo
PATROCINADOR

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2018-SINEACE/CDAHP

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Libro de Acta N°: 03 Expediente: 686-2019 Folio N° 205
Licenciada: Jessica Rocio balve Herrera en la
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 1 pm
horas del día Dos de Mayo 2019, Los señores Miembros del Jurado designados
mediante Resolución N° 160 - 2017 - D - FE
PRESIDENTE: Hg. Nora Elena Sanchez de Garcia
SECRETARIO: Hg. Flor Juicio Chanome Carretero
VOCAL: Hg. Rosa Landelaine Alardo Montoya

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

Unverciás del familias de Paciente Hospitalizado frente al
Cuidado de Enfermería en el Servicio de Emergencias
del Hospital General de Jaen, 2017

patrocinada por el profesor
(a) Dra. Efigenia Rosalio Santo Cruz Revilla

Presentada por el (los) Licenciados (as):

Jessica Rocio balve Herrera
Darwin Campos Garcia

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional: "Área del
Cuidado Profesional" Especialista en Enfermería en Emergencias
y Desastres con Atención en Cuidados Hospitalarios

Sustentada la Tesis, formuladas las Preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las
respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar,
declaró APROBADO por UNANIMIDAD, la tesis con el calificativo de BUENO;
debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

Nora E. Sanchez de Garcia
PRESIDENTE
Rosa Landelaine Alardo Montoya
VOCAL

Jessica Chanome
SECRETARIO
Santa Cruz Revilla
PATROCINADOR

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotros, **DARWIN CAMPOS GARCIA** y **YESSICA ROCIO CALVA HERRERA**, Investigadores Principales, y **Dra. EFIGENIA ROSALÍA SANTA CRUZ REVILLA**, Asesora del Trabajo de Investigación: “**VIVENCIAS DEL FAMILIAR DEL PACIENTE HOSPITALIZADO FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN, 2017**”; declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 02 de mayo de 2019.

Lic. Enf. Yessica Rocio Calva Herrera
Autora

Lic. Enf. Darwin Campos Garcia
Autor

Dra. Efigenia Rosalía Santa Cruz Revilla
Asesora

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres por guiarme para ser cada día mejor en mi carrera profesional, por apoyarme emocionalmente para hacer realidad mis sueños. A mi esposo por la comprensión y el apoyo incondicional y a mi hija por ser la fuente constante de inspiración y motivación para superarme cada día más.

Yessica Rocio Calva Herrera

A Dios por la vida y a mi madre de una manera muy especial que es el tesoro máspreciado del mundo por su amor, apoyo y comprensión; por mostrarme el camino de la superación.

Darwin Campos Garcia

AGRADECIMIENTO

A todos los familiares de los pacientes hospitalizados en el servicio de Emergencias del Hospital General de Jaén, quien con su ayuda desinteresada, nos brindaron información relevante.

A nuestra asesora Dra. Efigenia Rosalía Santa Cruz Revilla por darnos sus conocimientos, esmero, paciencia y dedicación, que nos permitió culminar nuestra tesis. Al jurado por sus valiosos y notables aportes.

Los autores.

ÍNDICE

ACTA DE SUSTENTACIÓN	iii
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO	6
1.1. Antecedentes del Problema	6
1.2. Base Teórica	7
CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES	20
2.1. Tipo de Investigación	20
2.2. Trayectoria Metodológica	20
2.3. Población y Muestra	24
2.4. Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos	25
2.5. Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos	26
2.6. Principios Éticos.....	27
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	31
I. EVIDENCIANDO SENTIMIENTOS DEL FAMILIAR FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA.....	33
II. EVIDENCIANDO EMOCIONES AMBIVALENTES DEL FAMILIAR FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA.	36
III. EMERGIENDO REACCIONES DEL FAMILIAR FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA	45
CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES	49
4.1. Consideraciones Finales	49
4.2. Recomendaciones	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÉNDICE	57

RESUMEN

Las vivencias de los familiares están influenciadas por experiencias pasadas, características de personalidad, el entrenamiento que haya tenido respecto a la enfermedad e ingresos previos al hospital decidiendo investigar: ¿Cómo son las vivencias del familiar del paciente hospitalizado frente al cuidado de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital General de Jaén 2017, cuyo objetivo fue: comprender las vivencias del familiar del paciente hospitalizado? Investigación cualitativa, con abordaje estudio de caso, la muestra se saturó con seis familiares, donde la recolección de datos, fue la entrevista semi estructurada. Se utilizó el análisis temático posterior a ello se procedió a la subcategorización, categorización, teniendo en cuenta los criterios éticos y rigor científico de una investigación. Obteniendo las siguientes categorías: Evidenciando sentimientos del familiar frente al cuidado de enfermería, emergiendo emociones del familiar frente al cuidado de enfermería y emergiendo reacciones del familiar frente al cuidado de enfermería durante la hospitalización, llegando a las siguientes consideraciones finales. Las vivencias del familiar es evidenciar diversos sentimientos, emociones y reacciones, como impotencia, cólera, miedo, temor tristeza por la desatención que brindan las enfermeras.

Palabras Claves: Vivencias del familiar, cuidado enfermero.

ABSTRACT

The experiences of the family members are influenced by the experiences of the people, the characteristics of the personality, the training that has been done in relation to the illness and the previous income in the hospital. of Emergency of the General Hospital of Jaén 2017, whose objective was: to understand the experiences of the hospitalized relative. Qualitative research, with approach, case study, the sample was saturated with six family members, where the data collection was the semi-structured interview. The thematic analysis was used, after which it was subcategorized, categorized, taking into account the ethical criteria and scientific rigor of an investigation. Obtaining the following categories: Evidence of feelings of the relative in front of the nursing care, emerging emotions of the relative in front of the nursing care and emerging reactions of the relative in front of the nursing care during the hospitalization, arriving at the following final considerations. The experiences of the relative is evidence of various feelings, emotions and reactions, such as impotence, anger, fear, fear sadness over the neglect provided by nurses.

Key words: Family life experiences, nursing care.

INTRODUCCIÓN

La vivencia de un proceso crítico en el servicio de emergencia constituye una de las mayores fuentes de crisis en las personas hospitalizadas, de igual forma sucede con la familia que vive paralelamente este proceso. La hospitalización de la persona enferma puede generar en la familia ansiedad, angustia, estrés, todo esto producido por situaciones como pérdida del contacto, sentimientos negativos de aprehensión o temor sobre el área hospitalaria, los múltiples métodos invasivos, las condiciones de la persona hospitalizada y la incertidumbre sobre lo que puede pasar.

En el área de observación del servicio de emergencia, son servicios específicos de las instituciones de salud destinados a la atención de la enfermedad grave, en estas áreas se hospitalizan las personas que requieren atención inmediata, el personal que labora allí posee habilidades especializadas para proporcionar cuidados avanzados”¹ Sin embargo los familiares, sienten temor, impotencia por no poder hacer nada por su familiar, solo tiene que esperar ; el modelo de cuidado inmediato, que predomina es el centrado en lo físico descuidando el cuidado emocional de la persona y familiar.²

En el día a día, enfermería asiste las necesidades de cuidado de las personas causadas por la pérdida de independencia y autonomía. De igual forma debe abordar no solo a la persona si no al familiar el cual hace parte del entorno, entendiendo que la enfermedad es un proceso colectivo que afecta a toda la unidad familiar”³. La familia es la primera célula social en el proceso de salud/enfermedad de sus integrantes, es un grupo cuyos miembros se interrelacionan, dicho grupo está sujeto a la influencia del entorno y por tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis. El ingreso de una persona enferma en una unidad emergencia, supone una barrera física y psicológica en la vida de

interrelación familia-paciente. El aislamiento del enfermo respecto de la familia tiene repercusiones para ambos y de forma indirecta influye también negativamente en el sistema.³

Uribe, en su estudio sobre necesidades psicosociales de la familia considera que la vivencia es impactante para los familiares durante la hospitalización de la persona que se encuentra en estado crítico, esto redundando en una dificultad para movilizar recursos de afrontamiento adecuados; Asimismo Molter (1979), identificó que la necesidad más importante para los familiares de pacientes en estado crítico, es la esperanza, aunque también resulta de gran relevancia para ellos recibir una información adecuada y honesta.³

Esta realidad no es ajena en los hospitales del Perú y sobre todo en las provincias a nivel nacional, los servicios de emergencias, son servicios específicos de las instituciones de salud destinados a la atención inmediata de las personas que ingresan en estado crítico; a partir de ese momento los familiares pierden contacto con su familiar, no reciben ninguna comunicación acerca del estado de salud de la persona que ingresa generando en el familiar diversos sentimientos y emociones incluso reacciones.¹

Los esfuerzos están centrados en la atención física, mas no en la atención emocional de los familiares, situación que es entendible dado que el usuario ingresa a un servicio de emergencia encontrándose críticamente enfermo y sus problemas demandan total atención necesitando un cuidado humanizado, predominando así un modelo centrado en la patología. En este servicio de emergencia los familiares preguntan a las enfermeras por el estado de salud de su familiar y ellos manifiestan que no reciben información, que las enfermeras no responden al saludo, generando en ellos reacciones de enojo, ansiedad y preocupación y otros se muestran estar callados a las represarías de las enfermeras. Además el recurso humano insuficiente para brindar cuidado enfermero; se observa que los familiares de los pacientes se encuentran en los pasadizos de este servicio mostrando preocupación, esperando

alguna noticia de ellos, los familiares manifiestan que muchas veces la enfermera de turno no se comunica con ellos, para saber el estado en la cual se encuentra el paciente, también manifiestan que no se preocupa por el estado emocional, psicológico y espiritual de cada uno de los familiares por la sobrecarga de trabajo causando en ellos desconfianza y sentimientos de tristeza.

Ante esta realidad los investigadores se plantearon la siguiente interrogante ¿Cómo son las vivencias del familiar del paciente hospitalizado frente al cuidado de enfermería en el servicio de Emergencias del Hospital General de Jaén, 2017?, tuvo como objetivo: comprender las vivencias del familiar del paciente hospitalizado frente al cuidado de enfermería en el servicio de Emergencias.

Vivencias son experiencias, suceso o hechos que vive una persona y que contribuye a configurar su personalidad y a vivir o experimentar una cosa determinada.⁴

La vivencia del familiar de forma indirecta aborda estas problemáticas, generando conocimiento sobre la situación real y referida por el familiar, favoreciendo la identificación de trayectorias que orientarán procesos, cualificación del personal de enfermería y elaboración de guías; el aporte para enfermería es al tener un basal de la realidad permitirá asumir estrategias para el cuidado de la dimensión emocional del familiar de los pacientes hospitalizados.⁴

El presente informe está estructurado de la siguiente manera:

Introducción, donde se encuentra la problemática, el problema, el objeto de investigación, el objetivo y la justificación.

En el capítulo I el diseño teórico aquí se encuentran los antecedentes de la investigación los cuales servirán para la discusión de los resultados. Base teórica conceptual lo cual nos da a conocer acerca del problema que estamos estudiando.

Capítulo II materiales y métodos aquí se encuentra el tipo de investigación, el diseño metodológico, la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de la información, análisis de los resultados, rigor científico y los principios éticos.

Capítulo III resultados y discusión, se da a conocer categorías y subcategorías producto del análisis temático de las entrevistas.

Capítulo IV consideraciones finales y recomendaciones, son las propuestas que se derivan de los resultados de la investigación con el fin de ser puestas en práctica.

CAPÍTULO I

DISEÑO TEÓRICO

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

1.1. Antecedentes del Problema

Mendoza et al.⁵ en Chiclayo, investigaron sobre las Vivencias del familiar con Paciente Hospitalizado en el Servicio de Emergencia-Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2017. Obteniendo como resultado tres grandes categorías: I. Expresando emociones durante la hospitalización de su familiar; II Expresando sentimientos frente a la hospitalización de su familiar y III Evidenciando reacciones frente a la hospitalización de su familiar. La discusión de los resultados, a la luz de la literatura existente y los antecedentes de estudio, permitieron obtener las siguientes consideraciones finales, Tener un familiar hospitalizado origina vivencias a los familiares exponiéndolos a diversos estados afectivos como emociones negativas: angustia, miedo, cólera, tristeza y emoción positiva como tranquilidad. También sentimiento negativo como impotencia por no poder hacer nada, Así mismo reacciones negativas como la negación al diagnóstico y positivas como la esperanza en Dios y agradecimiento al personal. Lo que evidencia que la enfermera debe desarrollar competencias en el área humanística, comunicación empática y trato humanizado e individualizado, en los momentos en que los pacientes y familiares demandan de los servicios de salud.

Chacón et al.⁶ en Trujillo, investigaron las vivencias del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional docente de Trujillo, en el año 2015. Los resultados indicaron que las situaciones de crisis, por la que atraviesan los familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos les genera emociones negativas o desagradables como: cólera, culpabilidad, decepción, tristeza, inseguridad, miedo, desesperación, afectándolos en el desempeño cotidiano.

Dentro de las emociones positivas surgieron la esperanza y confianza, cualidades propias de los seres humanos que les impulsó a esperar con optimismo que la situación de sufrimiento cambie.

Las vivencias de dolor y tristeza experimentados por los familiares de pacientes hospitalizados han generado reacciones de negación, de evitar una realidad para la cual no están preparados. El entorno que rodea a los familiares del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos les generó vivencias impactantes y aún más si se trata del personal de salud de quién esperan lo mejor, sin embargo, les afectó el trato frío, indiferente e insensible de alguno de ellos. Pero también, se sintieron bien ante el buen trato y la disponibilidad para informarles sobre la situación de su paciente. Los familiares al vivir situaciones de crisis vinculadas al dolor y sufrimiento se sintieron decepcionados y abandonados de un Dios en quien creen y confían y por ello, no deben experimentar estos momentos difíciles.⁶

Sin embargo, son escasos e insuficientes los estudios en el ámbito local que permitan evidenciar cuál es la experiencia como tal del familiar de la persona que se encuentra hospitalizada específicamente en los servicios de emergencias, no se conoce con precisión qué significado tiene esta vivencia para el familiar y que sea referida por el mismo de acuerdo a su percepción y situación particular.

1.2. Base Teórica

Siendo el objeto de estudio: vivencias del familiar, ante el cuidado enfermero servicio de emergencias: Como toda persona experimentan una serie de *vivencias* que son parte de su existencia personal. Son interiorizadas como contenidos psíquicos, importantes

para la persona, impregnada de participación emocional, lo que implicaría que dos personas no puedan vivenciar una misma situación de igual forma, no hay que olvidar que toda vivencia de vida es fugaz y está atrapada en la momentaneidad de la relación tiempo y espacio que la contiene.

Villarroya, O, menciona que la vivencia como la unidad de funcionamiento cognitivo del cerebro, es decir, la unidad de los procesos dedicados a gestionar la información del mundo exterior, y que sustentan el conocimiento y la inteligencia. Una *vivencia* es aquella experiencia que una persona vive en su vida y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter. La vivencia, además, supone la posibilidad de adquirir conocimientos y también habilidades que sin dudas enriquecerán a la persona, porque siempre tras una vivencia quedará registrada una información que en el futuro, de repetirse, permitirá no solamente saber cómo actuar ante tal o cual situación similar a la de la vivencia pasada, sino que además nos dejará un aprendizaje revelador, que será decisivo para no repetir una mala actitud, comportamiento. ⁷ La “vivencia es una realidad absoluta, lo que real y verdaderamente estamos experimentando en un momento preciso”, es decir una experiencia afectiva vivida.⁷

Por lo tanto, resaltamos que toda vivencia que se convierte en experiencia de vida incrustada en la conciencia otorga al ser humano nuevas posibilidades de percibir, conocer, entender, interpretar y recrear los múltiples estados visibles e invisibles de la materia con la que el universo está hecho, y cuyo fin último es la trascendencia.

Las vivencias involucran los sentimientos, las emociones y las experiencias. La experiencia autores hemos creído necesario definir “experiencia”, en nuestra investigación: *Experiencia*, es una forma de conocimiento o habilidad derivados de la observación, de la vivencia de un evento o proveniente de las cosas que suceden en

la vida. El ser humano como también muchos animales puede obtener esta forma de conocimiento llamada experiencia a lo largo de sus vidas.⁸

“La *experiencia* es todo aquello que se ha vivido o que le ha ocurrido a alguien. Es la percepción interna que una persona tiene de los acontecimientos en que ha participado. Consiste en “relaciones sentidas” o las deducciones que saca y que pueden ser identificadas.”⁹

Las descripciones de las respuestas por separado, de los sentidos, los informes del organismo en su totalidad y las observaciones que la enfermera realiza de los demás, son los principales componentes de los datos en bruto a partir de los cuales las enfermeras formulan lo que experimentan en una situación de trabajo, identificando y describiendo lo que ve, siente, piensa o realiza en una situación con un paciente, o lo que se ha notado respecto al paciente.

El ser humano como ser pensante, lo cual lo diferencia del resto de los animales, los autores hemos creído conveniente tratar sobre el “pensamiento”.¹⁰

El pensamiento es la actividad y creación de la mente; dicese de todo aquello que es traído a existencia mediante la actividad del intelecto.

El término es comúnmente utilizado como forma genérica que define todos los productos que la mente puede generar incluyendo las actividades racionales del intelecto o las abstracciones de la imaginación; todo aquello que sea de naturaleza mental es considerado pensamiento, bien sean estos abstractos, racionales, creativos, artísticos, etc.

En cuanto al pensamiento se dice que es una actividad mental compleja, integradora, cuya función consiste en la interpretación de la realidad.¹⁰ El pensamiento refiere a

cualquier contenido mental, es decir, ideas o asociación de ideas, que la enfermera es capaz de detectar en sí misma en el momento de su introspección. La misma autora refiere que las enfermeras tienden a tener mayor dificultad de identificar sus sentimientos a menos que estos sentimientos se puedan discernir fácilmente o sean extremos hasta cierto punto.¹⁰

Así como los pensamientos determinarán nuestro comportamiento, es igualmente cierto que las acciones o el comportamiento puedan cambiar nuestros pensamientos y sentimientos.

Todo ser humano experimenta emociones ya sean positivas o negativas. Dicha emoción, es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia. Estas emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea.

Es un proceso afectivo básico que consiste en una alteración orgánica y psíquica, que refleja la relación de nuestras necesidades con los objetos o situaciones del entorno, surgiendo súbitamente y desapareciendo pronto”. El aspecto somático dependiendo del grado de angustia, influirá sobre la frecuencia cardíaca, la respiración o sobre varios sistemas corporales.¹¹

Las emociones pueden agruparse, en términos generales, de acuerdo con la forma en que afectan nuestra conducta: si nos motivan a aproximarse o a evitar algo. En el ser humano la experiencia de una emoción generalmente involucra un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, que utilizamos para valorar una situación concreta.¹¹

Cada individuo experimenta una emoción de forma particular, dependiendo de sus expectativas anteriores, aprendizaje, carácter y de la situación concreta. La emoción, es una experiencia consciente. Para producir una emoción hay que percibir una situación de estímulo y reconocerla como significativa.

La presencia de una situación peligrosa, por ejemplo, no despierta en alguien miedo o pavor a menos que se la perciba como peligrosa.

Identificó y clasificó las emociones en 8 categorías básicas que motivan varias clases de conducta adoptiva: Miedo, sorpresa, pena, disgusto, ira, esperanza, alegría y aceptación, cada una de éstas nos ayudan a adaptarnos a las demandas de nuestro ambiente, aunque de diferentes maneras.¹²

Algunas de las emociones mencionadas que pueden presentar el personal de enfermería en la atención de pacientes con tuberculosis son: miedo, ira, pena.

El miedo es una emoción negativa que se produce como reacción ante la llegada rápida, intensa e inesperada de una situación que perturba nuestra costumbre, el cual da como respuesta la ansiedad, incertidumbre e inseguridad, y esto conlleva a la protección.⁷

La ira es una irritación, resentimiento, rabia y enfado muy violento con pérdida del dominio de sí mismo, tendiente a la destrucción.⁹ Se considera como una reacción negativa que se presenta ante una frustración o pena. Los seres humanos tenemos 42 músculos diferentes en la cara, dependiendo de cómo los movemos expresamos determinadas emociones, hay sonrisas diferentes, que expresan diversos grados de alegría.⁸

Lo que se piensa y siente se puede expresar con el comportamiento; por otro lado, la expresión de estos pensamientos y sentimientos pueden controlarse de tal manera que

el observador ocasional no se percate de ello. Algunas personas pueden controlar la expresión de sus sentimientos mejor que otras.

El sentimiento es un proceso afectivo superior porque se nutre de otros procesos básicos como la emoción, o superiores como el pensamiento, expresando la relación entre nuestras necesidades superiores adquiridas socialmente y el entorno. Por ejemplo, el sentimiento amoroso que tiene la enfermería hacia los pacientes es el resultado de asociar sus necesidades superiores de amor, con el entorno.

Los sentimientos se diferencian de las emociones por ser más intensos y más duraderos y no llegan a conmocionar a nuestro ser psicobiológico con la intensidad con que lo hacen las emociones. Los sentimientos expresan en forma de vivencia la realidad de las relaciones recíprocas del hombre como ser social, con el mundo, sobre todo con los demás seres.⁹

Los sentimientos y actitudes se transmiten no sólo con las palabras que dice una persona, sino también con su conducta no verbal.⁸

El ser humano actúa de acuerdo como piensa y siente en las diferentes situaciones, ante un problema de salud y más cuando se trata de personas que cuidan personas, el cuidador debe ponerse en el lugar de la persona que atiende y que sus emociones deben ser positivas y tener sentimientos profundos hacia la persona cuidada.

Vivencias, creencias y sentimientos de los familiares, ellos tienen la sensación de que puede producirse la muerte inminente de su ser querido, tienen confianza en Dios, sienten impotencia, tristeza, incapacidad, desasosiego, seguridad, esperanza, dolor, deseos de descansar (de morir), rabia. Sienten la incertidumbre de las esperas: antes de las visitas, durante las intervenciones quirúrgicas, etc.

La dinámica de las relaciones familiares se ve afectada y se produce un cambio de roles, que agrava la situación de estrés. La familia deja de funcionar normalmente cuando uno de sus miembros está grave y hospitalizado. En estas circunstancias, se tienen dificultades para tomar decisiones, cuidarse mutuamente o solucionar problemas. La percepción de los familiares está tremendamente influenciada por sus experiencias pasadas, sus características de personalidad, el entrenamiento que hayan tenido respecto a la enfermedad y hospitalizaciones previas, el contexto general, y por supuesto, también por las creencias, expectativas, actitudes y opiniones del grupo de pertenencia.

Es fundamental tener claro que los familiares necesitan saber si su ser querido está sintiendo dolor, temor o soledad; necesitan verlo lo antes posible y permanecer a su lado todo el tiempo posible, no solamente durante el horario de visitas; necesitan conocer las reglas y normas del hospital; necesitan información sobre su estado, y que sea otorgada pronto y con frecuencia; necesitan contactos inmediatos con la enfermera y con el médico que cuida del paciente; apoyo formal por parte de los profesionales.

Los familiares demandan información, no sólo sobre la enfermedad y el estado de su ser querido, sino sobre todo lo que está ocurriendo alrededor. Una información que no proporcione falsas expectativas. Los familiares valoran y demandan del equipo de salud relaciones de confianza, comprensión y apoyo.¹²

La familia está “compuesta por uno o más individuos íntimamente relacionados por vínculos de sangre, matrimonio o amistad”.

La ONU, describe a la familia como el “grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, establecido por lo general por el padre de familia quien es la cabeza del hogar siguiendo con la esposa y los hijos solteros que viven con ellos”¹³

La familia es un ente mutable, tiene la capacidad de transformarse de acuerdo con los cambios del entorno y de aquellos que internamente los individuos que forman parte del microsistema puedan experimentar. Eso hace que cada familia confeccione sus rasgos propios, que se forman a partir de la combinación particular de sus miembros y tomando en consideración elementos psicológicos, educativos, ideológicos y ecológicos que sustentan un estilo de vida y una forma de actuar frente al mundo exterior.¹³

Las construcciones establecidas, sin embargo, se encuentran en consonancia con el contexto social en el que se encuentran, constituyendo una influencia fuerte dentro de los procesos de consolidación de las fisonomías familiares particulares. La familia se muestra como una fortaleza constituida de manera coherente. La estructura familiar consta de un centro-familia, que no debe entenderse como una unidad de análisis sino como una condensación de entidad que refiere a vida-familia. Familia nuclear: Padres e hijos (si los hay); también se conoce como «círculo familiar».¹⁴

Familia extensa: Además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines.

Familia monoparental: En la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres.

Otros tipos de familias: Aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable.¹⁵

Ahora analizaremos sobre el cuidado enfermero: EL cuidado es una actividad permanente y cotidiana de la vida. Cuidar es un acto de vida que comporta infinitas actividades encaminadas al mantenimiento de la vida permitiendo su continuación y

reproducción. El cuidado se encuentra presente en todos los seres humanos, los cuales, gracias a él, se perpetúan.

Es así como el cuidado es un acto individual que cada uno de nosotros realizamos; para ello hemos de adquirir la autonomía suficiente; pero también es un acto de reciprocidad que damos a otras personas temporal o definitivamente, cuando precisa ayuda para cubrir sus necesidades. La ayuda queda circunscrita a aquellas circunstancias en las que la persona no pueda cuidar de sí misma. La disminución, insuficiente o pérdida de la autonomía personal serán el origen del cuidado interpersonal o recíproco. ¹¹

El cuidar es el núcleo de la profesión de enfermería; no obstante, analizando el contexto social y sanitario actual, debemos llevar a cabo un esfuerzo consciente para preservar la humanización en nuestra práctica, en la formación, investigación y gestión de los cuidados.

Enfermería posee un saber científico, habilidad técnica, comportamientos y actitudes. Cuidar exige a los profesionales de salud utilizar sus cualidades humanas: la capacidad de razonar, de sentir y demostrar empatía hacia el paciente. Incluye un compromiso científico, filosófico y moral hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida.

El cuidado enfermero según Peplau H. “Es un proceso interpersonal terapéutico, entre una persona que tiene necesidad de ayuda y una enfermería capaz de responder a la necesidad de ayuda, la utilización terapéutica de sus conocimientos y de su propia persona llevan a la enfermera a practicar el arte enfermero” ¹⁶

Ferreira A, apoya esta teoría diciendo que la herramienta central del cuidado es el vínculo. Medina sostiene: “Cuidar es prestar una especial consideración a la dimensión

psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad, se trata de valorar a la persona en términos de humanidad centrándose en sus necesidades y en un cuidado comprensivo y sensibles satisfaciendo la necesidad humana de estima a través de la manifestación del compromiso y el interés por cuidar”¹⁷

Según Watson el cuidado humanizado se basa en valores, dirigidos al mundo sanitario, se refiere al profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en el ámbito físicos, emotivo, social y espiritual. Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familiar, continuo, generador de vida, seguro para el paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona¹⁸.

El cuidado de los pacientes es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal (enfermera-paciente). Por esta razón el trabajo de Watson J, contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos, que contribuyan a mejorar la calidad de atención. El cuidado es la esencia de Enfermería, constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando así a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación.

“Para la medición del Cuidado Humano Transpersonal utilizaremos la Watson”, el cual presenta 6 dimensiones.¹⁸

Satisfacer las necesidades. Las necesidades humanas están estratificadas. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades

humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades.

Habilidades, técnicas de la enfermera. Se sustenta por la sistematización de la asistencia o proceso de enfermería bajo la responsabilidad de la enfermera

Relación enfermera-paciente. La comunicación representa una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado respecto a su enfermedad. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad.

Autocuidado del profesional. El cuidado profesional es la esencia de la Enfermería, y comprende acciones desarrolladas de acuerdo común entre dos personas, la que cuida y la que es cuidada. Cuidado profesional es el cuidado desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud

Aspectos espirituales del cuidado enfermero. En esencia la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de calidad en el paciente. Además, una fortaleza, motivación y búsqueda del significado de la vida. Es por esto por lo que el cuidado espiritual ofrecido por el profesional de enfermería debe ser uno con un sentido de responsabilidad, respeto y dedicación al paciente, sobre todo si el paciente está en el proceso de muerte.

Aspectos éticos del cuidado. La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, y los valores. Ante lo sustentado anteriormente podemos

concluir que el cuidado humanizado se debe estar inmerso en una filosofía de vida del quehacer enfermero que cuida y que debe cuidarse para garantizar la calidad de cuidados que brinda en los diferentes escenarios del ámbito de la salud.¹⁸

CAPÍTULO II
MÉTODOS Y MATERIALES

CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES

2.1. Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo cualitativa, recalca aspectos de fenómenos a profundidad y de manera holística, mediante la colecta de material narrativo y empleando un diseño de investigación muy flexible. Ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo, acerca de lo que las personas piensan y sienten, realizándose con grupos pequeños cuya participación es activa durante todo el proceso.¹⁹

El investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva de totalidad; las personas, los escenarios o los grupos, no son reducidos a variables, sino considerados como un todo integral, lo que confirma que es humanista. El investigador cualitativo busca acceder, por distintos medios, a lo personal y a la experiencia particular de cada persona.¹⁹

Este trabajo de investigación se sustenta dentro del enfoque cualitativo, ya que el objetivo está enmarcado en comprender las vivencias del familiar del paciente hospitalizado frente al cuidado de enfermería en el servicio de emergencias, a partir del análisis interpretativo de los diferentes discursos de carácter subjetivo los cuales revelan sus vivencias.

2.2. Trayectoria Metodológica

La trayectoria metodológica que se utilizó fue el estudio de caso, los cuales son investigaciones a profundidad sobre individuos, grupos, instituciones o entidades sociales y sirven para estudiar fenómenos que no se han investigado con el debido rigor

y brindar al investigador la oportunidad de obtener conocimientos íntimos del estado, actos pasados y presente, las intenciones y el entorno del sujeto.²⁰

Al respecto Polit; Refiere que los estudios de caso son investigaciones a fondo de un grupo o institución que se dirigen al descubrimiento¹⁸. El investigador se mantiene atento a nuevos elementos que puedan surgir durante la investigación y se van sumando a medida que va avanzando.¹⁹

Al estudio de caso le corresponde un análisis de tipo intensivo, cuyo propósito suele consistir en determinar la dinámica de por qué el sujeto piensa, se comporta o desarrolla de cierta manera en particular y no cuál es su condición, progreso, compartimiento, pensamiento.²¹

Se utilizó este método porque nos orientó a la realización de un análisis profundo para así comprender las vivencias de los familiares de pacientes hospitalizados en emergencia.

La investigación se basó y se guio de los principios o características fundamentales de los estudios de caso según Menga Ludke e Marlie: ²¹

LOS ESTUDIOS DE CASO SE DIRIGEN AL DESCUBRIMIENTO: Esta característica se fundamenta en que el conocimiento no es algo acabado, es una construcción que se hace y rehace en el desarrollo de la investigación, durante todo el proceso de la investigación, los investigadores mantuvieron elementos que se consideraron importantes y relevantes durante el estudio, teniendo como referencia el marco teórico, tratando de construir el caso con los elementos proporcionados por las personas investigadas, tal y como se presenta en esta población, pudiendo comprender

las vivencias de los familiares de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia .

LOS ESTUDIOS DE CASO ENFATIZAN LA INTERPRETACIÓN EN EL

CONTEXTO: Un principio básico de este tipo de estudio, es que, para una comprensión más completa del objeto de estudio es preciso tener en cuenta el contexto en que se sitúa.

En la investigación se tuvo en cuenta el contexto de los familiares de pacientes hospitalizados, se les entrevistó durante la hospitalización de los familiares para comprender sus vivencias durante la estancia hospitalización, y en el ambiente familiar, lo que nos permitió indagar a fondo sobre las vivencias los familiares.

LOS ESTUDIOS DE CASO BUSCAN RETRATAR LA REALIDAD EN FORMA

COMPLEJA Y PROFUNDA: Él investigador procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema enfocándose como un todo. En este estudio los investigadores tuvieron en cuenta las vivencias del familiar frente al cuidado de enfermería en el servicio de emergencias, incluyendo las emociones, sentimientos y reacciones, procurando así la mayor profundidad en las entrevistas y develar las diversas dimensiones del caso evidenciadas a través de ellos.

EN LOS ESTUDIOS DE CASO USAN UNA VARIEDAD DE FUENTES DE

INFORMACIÓN: En la presente investigación, este principio no fue aplicado, debido a que la única fuente de información fueron las manifestaciones de los familiares de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencias. Los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros momentos de la investigación. Los datos del estudio de caso se presentaron mediante relatos escritos, narrativos, que permitieron una trasmisión directa, clara y bien articulada del caso.

La investigación se desarrolló, teniendo en cuenta los 2 momentos, que caracterizaron el desarrollo del estudio de caso de la siguiente manera: ²¹

Fase exploratoria: El estudio de caso comenzó con un plan primario, que se fue delimitando más claramente en la medida que se desarrolló el estudio.

Particularmente al inicio nos planteamos preguntas orientadoras como, por ejemplo: ¿Qué sintió usted cuando fue hospitalizado su familiar en el servicio de emergencia? ¿Qué sintió usted sobre el trato que le brindó el profesional de enfermería durante la hospitalización de su familiar? ¿Qué es lo que más le impactó del cuidado que le brindó el profesional de enfermería a su familiar?

Estas interrogantes surgieron durante las prácticas, al estar en contacto con personas ligadas al fenómeno de estudio.

Posteriormente se revisó la literatura necesaria y pertinente, así como se realizaron acercamientos a la población sujeto de investigación para conocer mejor la problemática, lo cual sirvió de base para especificar los cuestionamientos o puntos críticos, así como fuentes de datos necesarios para el estudio, con la finalidad de descubrir nuestro objeto de investigación y determinar los instrumentos para la recolección de datos, con todo este conocimiento se planificó la investigación.

Fase de delimitación del estudio: Se procedió a recolectar sistemáticamente la información, utilizando la entrevista semi estructurada, lo que nos permitió obtener los datos en forma más completa. Esta entrevista se aplicó a una muestra de 6 familiares de pacientes hospitalizados comprender sus vivencias frente al cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital General Jaén.

El lugar de ejecución de la entrevista fue en un ambiente privado en el hospital. Se captó a los familiares en su segundo día de tener a sus pacientes hospitalizados, se procedió a solicitar el permiso del enfermero Jefe del Servicio lo que ha permitido determinar la población atendida y seleccionar a los familiares, para la entrevista previo consentimiento informado; posteriormente se procedió y realizar la entrevista semi estructurada a profundidad.

Antes de proceder a recolectar los datos se identificaron los elementos claves y los límites aproximados al problema que se investigó como son las vivencias del familiar del paciente hospitalizado frente al cuidado enfermería.

2.3. Población y Muestra

La población, estuvo conformada por los familiares de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencias de Hospital General Jaén.

Criterios de inclusión:

- ✓ Familiares directos de pacientes que ingresaron al servicio de Emergencia del Hospital General de Jaén.
- ✓ Familiares que aceptaron participar en la investigación voluntariamente.
- ✓ Los familiares cuidadores tuvieron una permanecía mínima de 3 días.

La muestra, se saturo con 6 familiares lo que permitió delimitar su tamaño una vez que los discursos no aportaron información nueva.

2.4. Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos

Se usó la técnica de la entrevista abierta a profundidad y la observación, las que se obtuvieron mediante tres fases:

Fase de coordinación: Se realizó a través de documentación administrativa (solicitudes y oficios), en la cual se pidió la autorización de las autoridades del Hospital General de Jaén, para la ejecución de la investigación. Durante esta fase también se ganó la confianza de las familias de los pacientes internados en emergencia y fueron partícipes de nuestra investigación y así se obtuvo la información a profundidad necesaria. Se les dio a conocer el objetivo de la investigación, anonimatos, uso de celulares para grabar las entrevistas, entre otros aspectos de la investigación, aceptando su participación voluntaria mediante la firma del consentimiento informado.

Fase de entrevista: La entrevista fue semi estructurada a profundidad. Ésta permitió la obtención detallada de la información relativa a las vivencias del familiar del paciente hospitalizado frente al cuidado de enfermería. Este tipo de entrevista es más flexible y abierta, y es considerada una forma no estructurada e indirecta de obtener información que, a diferencia de las sesiones de grupo, se realizan con una sola persona. La recolección de la información fue en los meses de noviembre y diciembre 2017, la información se recolectó en el servicio de emergencias de dicho hospital. Las entrevistas fueron grabadas para su posterior transcripción, así mismo se aseguró el anonimato y la confidencialidad de los datos proporcionados por las participantes.

Fase de contrastación: Luego de la transcripción de los discursos, se dio a conocer a cada uno de las participantes, para verificar si la información proporcionada por ellos fue lo que han querido manifestar o si desean que se modifique algo.

2.5. Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos

Se utilizó el análisis temático del contenido según Hernández (2014): “Es una técnica para analizar los procesos de comunicación en diversos contextos.”¹⁰ Dicha técnica nos sirvió para analizar a profundidad las vivencias de los familiares la investigación, evaluó sus discursos. Para ello se tuvo que seguir los siguientes pasos:

- **Revisión del Material:** Después de obtener los datos a través de la técnica de recolección de datos: la entrevista mediante la utilización de una grabadora se procedió a transcribirla para contextualizar el discurso, se realizó la lectura y relectura de los discursos para identificar las unidades de significado para luego contextualizarlas en subcategorías y luego agruparlas en categorías, manteniendo siempre la confidencialidad de los sujetos investigados.
- **Codificar los Discursos:** Se codificaron las unidades de significado, de los discursos manifestados por los familiares de pacientes hospitalizados a través de seudónimos u abreviaturas (D₁; D₂; D₃; D₄; D₅; D₆); después de realizar la transcripción
- **Interpretar los Resultados:** En el análisis cualitativo, es fundamental, darle sentido a las descripciones de cada categoría, esto implicó ofrecer una descripción completa para ubicarlo dentro del problema investigado; en éste caso las vivencias de familiares de pacientes hospitalizados en emergencias. Luego se procedió a la búsqueda de material bibliográfico (libros, revistas científicas, Internet, etc.).
- **Analizar los resultados a la luz de los conocimientos actuales en el Contexto:** Se procedió a describir las características de los sujetos de estudio; en este caso, a las vivencias de familiares de pacientes hospitalizados en emergencias y el contexto en el que interactúan de acuerdo a los datos obtenidos durante la entrevista. Este análisis

nos llevó a formular diferentes conclusiones, las que nos permitió responder al objetivo planteado.

2.6. Principios Éticos

Durante el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta tres principios éticos fundamentales que regularon y nos guiaron en todo momento la conducta ética. Los principios éticos se mantuvieron presentes durante toda la investigación.

Tuvimos como sujeto de estudio a los familiares de pacientes hospitalizados en emergencia; a quienes protegimos su identidad en todo momento.

Los tres principios éticos fundamentales y además el consentimiento informado: para la investigación que implica a los seres humanos: los principios del respeto a las personas, el principio de beneficencia y el principio de justicia.

La expresión “principios éticos básicos” se refiere a aquellos criterios generales que sirven como una justificación básica para diferentes reglas éticas y evaluaciones de las acciones humanas.²²

Principio de Beneficencia.

Este principio tiene como lema “no hacer daño”; por lo cual, la investigación no expuso a los participantes a daños físico ni psicológicos. Además se tuvo sumo cuidado al elaborar las preguntas. La información proporcionada no fue utilizada de ninguna forma contra ellas; garantizando el anonimato de los participantes mediante seudónimos.

Principio de respeto a la dignidad humana.

Derecho a la Autodeterminación: Este principio fue puesto en práctica al permitir que decidieran de forma voluntaria, si querían participar o no en el presente estudio; también se dio por terminada su participación en cualquier momento, de rehusarse a dar información o de exigir que se les explique el propósito del estudio.

Derecho de conocimiento irrestricto de la información: Nuestros sujetos de nuestra investigación fueron informadas sobre la investigación y se les aclaró las dudas que tenían durante la entrevista. Se les dio a conocer la naturaleza del estudio, el derecho a rehusarse a participar de la investigación, las responsabilidades del investigador y los probables riesgos y beneficios en que se incurrió.

Consentimiento Informado: Éste procedimiento garantizó que el sujeto de investigación exprese voluntariamente el deseo de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le proporcionó. Se aseguró que los individuos participen en la investigación propuesta, sólo cuando son compatible con valores, intereses y preferencias; y lo realizaron voluntariamente con el conocimiento necesario y suficiente, para decidir con responsabilidad sobre sí mismos.

Como investigadores presentamos un formulario de consentimiento informando a los participantes de la investigación, el mismo que fue explicado en su debido momento.

Principio a la justicia.

Derecho a un trato justo: Nuestros sujetos de la investigación, fueron seleccionados sin discriminación, con un trato justo y sin prejuicio. Se cumplieron con todos los acuerdos establecidos.

Derecho a la Privacidad: Se mantuvieron en la más estricta confidencialidad, los datos obtenidos durante la investigación; a través del anonimato. Así mismo se recolectaron en un lugar privado.²²

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Vivencia de los familiares frente a una situación particular que es trascendente en su vida. Dicha vivencia permite revelar y describir las estructuras fundamentales de nuestro mundo, para apropiarnos e interpretarlo como una verdad, en otras palabras, es comprender la situación de quienes han tenido esta vivencia y adjudicarlo a un significado.

La vivencia como la unidad de funcionamiento cognitivo del cerebro, es decir, la unidad de los procesos dedicados a gestionar la información del mundo exterior, y que sustentan el conocimiento y la inteligencia.⁷

Las vivencias del familiar del paciente hospitalizado se manifiestan por una variedad de estados afectivos del estado de ánimo, somete al familiar a una modificación de su comportamiento, donde experimenta una crisis y desarrolla estrategias que favorecen adaptación al escenario y aceptación de la situación.

El familiar para adaptarse a la hospitalización de su familiar, requiere que el profesional de enfermería les brinde un cuidado humanizado basado en valores, enfocado al mundo sanitario, se refiere al profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual para así mitigar su estado emocional durante la hospitalización de su familiar.²³

La presente investigación tuvo como objetivo comprender las vivencias del familiar del paciente hospitalizado frente al cuidado de enfermería en el servicio de emergencias del Hospital General de Jaén.

Después de realizar el análisis de los resultados temáticamente emergieron las siguientes subcategorías y categorías.

I. EVIDENCIANDO SENTIMIENTOS DEL FAMILIAR FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA.

1.1. Sienten preocupación por el incumplimiento del tratamiento.

1.2. Sienten tristeza por la desatención de la enfermera.

II. EVIDENCIANDO EMOCIÓN DEL FAMILIAR FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA.

2.1. Sienten impotencia ante el trato que da la enfermera a su familiar y no poder hacer nada.

2.2. Sienten cólera por la inadecuada comunicación entre la enfermera y el familiar.

2.3. Sienten confianza del profesional de enfermería que cuidan a su familiar.

2.4. Sienten agradecimiento por las enfermeras frente al cuidado que brindan a su familiar.

III. EMERGIENDO REACCIONES DEL FAMILIAR FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA

3.1. Desesperación ante la ausencia de la enfermera para brindar el cuidado

I. EVIDENCIANDO SENTIMIENTOS DEL FAMILIAR FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA

La hospitalización de un miembro de la familia en emergencia debido a su estado crítico genera diversos sentimientos, emociones y reacciones por la condición de salud de su familiar.

Sentimiento se refiere tanto a un estado de ánimo como también a una emoción conceptualizada que determina el estado de ánimo. Por tanto, «el estado del sujeto caracterizado por la impresión afectiva que le causa la hospitalización de su familiar, o un recuerdo o situación en general».²³

En ciencia cognitiva se ha comprobado que el funcionamiento normal del cerebro cambia según el estado de ánimo subyacente, y que en ocasiones incluso las decisiones racionales de las personas, pueden verse notoriamente afectadas por los sentimientos.⁷

1.1. Sienten preocupación por el incumplimiento del tratamiento.

El sentimiento puede definirse como la autopercepción que la mente hace de un determinado estado emocional, el que a su vez se ve influido por factores neurofisiológicos. La preocupación es un estado emotivo-cognitivo en el que se activa el cerebro emocional para buscar una salida o una situación problemática.

Preocuparse constituye la forma en el que los familiares tienen para buscar distintas alternativas de respuesta ante una situación conflictiva. La preocupación conlleva a la participación de peligros y su evitación.²⁴ La preocupación de los familiares, suele asociarse a la angustia y a la inquietud que se produce por la hospitalización de su familiar como se evidencian en los siguientes discursos.

” Por la enfermedad de mi esposa, yo me siento preocupado, porque la evolución no es favorable, escucho que mi esposa que llama a la enfermera y ella siempre le responde que está ocupada.” ...D...2

” Me sentí preocupada no sabía qué hacer, tenía preocupación demasiado, porque estábamos yo y mi padre y escuchaba que no le encuentran la vena a mi madre para colocarle el suero y ella se quejaba de dolor” ... D...1

” Me siento preocupada porque no sé si le están colocando su medicina a la hora indicada.” ... D...3

En los discursos se puede evidenciar preocupación que expresan los familiares, por la desatención que brindan las enfermeras en cuanto a la canalización de las vías endovenosas, al llamado que hacen los pacientes y a la administración inoportuna del tratamiento.

La hospitalización de un familiar despierta en la persona interés o atención, es decir el objeto o sujeto de máximo interés de alguien se suele expresar en términos de preocupación; y es justamente que cada persona según sus convicciones y experiencias desarrolla sus propias preocupaciones frente a cada situación.²⁴

El estímulo está dado en la situación de la enfermedad de un familiar, el cual es una amenaza presente, la preocupación por cualquier situación es un sentimiento normal en toda persona que atraviesa ante lo desconocido generando miedo, la cual tiene connotaciones de pérdida, de ocurrencia futura y de relativa inmediatez.²⁴

1.2. Sienten tristeza por la desatención de la enfermera.

La tristeza es uno de los sentimientos básicos de toda persona, podemos entender entonces que forma parte de la subjetividad y que por tanto es parte inherente de la vida de todo ser humano; tanto como los otros sentimientos básicos, al presentarse en la persona, puede llevarla a un “malestar” ocasionado por algún evento previo, como la hospitalización de un ser querido, puede ser una pérdida o separación física.

La función de ella parece estar en el procesamiento del acontecimiento previo que llevó a ese estado en el individuo. Es inevitable que se sienta la tristeza, no obstante, la tristeza opera de manera distinta en los individuos pues el temperamento difiere de persona a persona de acuerdo a la carga genética que ha heredado más la herencia ambiental que recibe, básicamente de su entorno primario, donde le es importante lo que toda figura de autoridad comunique manera verbal o conductualmente. ²⁵

Los efectos de estos cambios fisiológicos son el de una disminución de la energía y el entusiasmo por todo tipo de actividades, y cuanto más se incrementa la tristeza y se enlentece el metabolismo corporal más nos acercamos a la depresión. ²⁵

Expresados en los siguientes discursos:

“Sentía mucha tristeza al ver a mi madre enferma y sola, al ver acostada inconsciente, abandonada de las enfermeras, nadie la acompaña, ahora al encontrarme separada de ella me siento muy triste”. D...1

” Yo me siento muy triste, muy apenado, tengo la impresión que la voy a perder a mi madre, recién tuvimos el fallecimiento de mi padre el año pasado, y no es dable perder a mi madre” ... D...5

“Es fuerte cuando entro a visitar a mi familiar, verlo tendido en esa cama conectado al oxígeno, siento mucha tristeza, y a veces por la desatención de las enfermeras” ... D...2

La tristeza que los familiares experimentaron fue porque todos creían que su familiar no se iba a recuperar sino más bien creían que iban a fallecer y una de las hijas sentía tristeza de quedarse sola con su padre. Corroborando esto porque la mayoría de personas relacionan al servicio de emergencias con la muerte.

La tristeza es un estado anímico o afectivo, de contenido negativo, donde la persona siente abatimiento, deseos de llorar, expresado o no, y su autoestima baja.²⁶

II. EVIDENCIANDO EMOCIONES AMBIVALENTES DEL FAMILIAR FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA.

Las emociones son producidas en líneas generales, por estímulos exteriores e interiores (recuerdos, pensamientos, evocaciones). Suelen aparecer de forma súbita, sin esperarlo, bruscamente, manifestándose en la expresión corporal y más en concreto en la cara. Cuando se produce una emoción se dan una serie de consecuencias. En primer lugar, se da en el individuo una alteración consciente durante la exaltación que se produce a partir de una reacción emocional, apareciendo emociones muy fuertes como la alegría o la cólera.²¹

Los familiares de las personas que se encuentran en estado crítico en el servicio de emergencia presentan emociones de confianza frente a las actividades de enfermería durante cada turno, mientras que otras veces presentan sentimientos de desconfianza por no poder conversar con sus familiares sobre el cuidado que reciben durante la hospitalización.

En la inhibición al darse en nuestro organismo la paralización del pensamiento, habla e incluso perder la noción de tiempo. En segundo lugar, las denominadas orgánicas, en donde se pone de manifiesto una disminución o aumento de las funciones orgánicas, en donde se eleva o baja la presión arterial, la frecuencia cardíaca, se altera el ritmo de la respiración y la secreción salival disminuye notablemente.²¹

Sin embargo, otros autores, consideran que las emociones se deben clasificar en: Primarias, unidas a los instintos de fuga (miedo) o de agresión (cólera); Secundarias: son aquellas con caracteres propios, entre ellas: la envidia, vergüenza, o el desprecio; por último, las derivadas, relacionadas a condiciones que se dan en un momento determinado y que se manifiestan en actitudes anteriores o posteriores. Consideramos emociones que deben estar enclavadas en este grupo, la alegría, temor, esperanza.²¹

2.1. Sienten impotencia ante el trato que da la enfermera a su familiar y no poder hacer nada.

La impotencia corresponde a la dificultad en la comunicación con el ser querido durante la hospitalización, así como el concepto del riesgo que implica la hospitalización en la unidad de emergencias, para la persona como la posibilidad de infección. La gravedad de la enfermedad se convierte en generador de impotencia donde el familiar identifica que no puede participar activamente para lograr el restablecimiento de la salud del ser querido, sumado a la separación de la persona hospitalizada y la imposibilidad de satisfacer la necesidad de compañía del ser querido relacionada con las limitaciones de la visita, y por el trato no aceptado que brindan los enfermos a los familiares de los pacientes hospitalizados.²³

Esto se manifiesta en los siguientes discursos:

” ... siento mucha impotencia por el trato que le dan a mi familiar veo que está sola, acostada en su cama y en un mismo lugar.” ...D...1

” ...Siento impotencia al saber que no tengo apoyo de nadie, con algunas respuestas no favorables de los médicos y las enfermeras, algunas vienen a administrar su tratamiento y se retiran, yo le pregunto sobre la salud de mi familiar y me dicen es el médico quien da la información” ...D...3

” ...Si me siento impotente de ver a mi familiar ahí en esa cama y no poder hacer nada, las enfermeras no lo cuidan” ... D...5

Las familias también sufren la ruptura, o separación con su familiar querido, lo que es relatado en casi todas las entrevistas, afirman que sienten impotencia por la mala atención brindada por algunas enfermeras del servicio, por el factor económico, dificultad y la poca información brindada por los enfermeros, lo que conlleva a la frustración e impotencia del familiar.

Impotencia es el sentimiento que nos produce aquellas situaciones en las que queremos conseguir algo y vemos que no lo alcanzamos. La sensación de impotencia ira de la mano con la sensación de poder; el poder que nos otorgamos para ir por aquello que nos parece interesante. ²⁷

En el presente estudio los entrevistados se sienten impotentes por la falta de poder hacer algo por su familiar, no tiene información, por la demora en la atención e indiferencias de los médicos y enfermeras.

2.2. Sienten cólera por la inadecuada comunicación entre la enfermera y el familiar.

La cólera es un sentimiento que a menudo surge cuando las expectativas de un individuo no se cumplen que puedan estar relacionadas a uno mismo, o a un acontecimiento vital. La cólera también puede ser un sentimiento positivo ya que puede motivar a los individuos a organizar y contribuir a establecer un cambio cuando fuera beneficioso o cuando prevalece la injusticia. ²⁸

Los sentimientos de cólera se consideran, que es el principal obstáculo que impide el desarrollo de la compasión y el altruismo y el logro de la paz interior. La cólera, aunque a veces parece una reacción justa, es peligrosa porque nubla el razonamiento y no permite discernir. Tanto la cólera como el odio no se pueden suprimir porque forman parte de las reacciones humanas frente a la necesidad de actuar frente a un peligro que ponga en riesgo la supervivencia; pero sí se puede cultivar la fuerza de la paciencia y la tolerancia. ²⁹

Como se puede evidenciar en los siguientes discursos:

” A veces no me brindan mucha información las enfermeras, yo les hago preguntas ellas me ignoran no me explican, me dicen ya está bien su familiar, simplemente así yo les digo porque esta reacción, esto me da cólera” ... D...1

“Siento cólera porque las enfermeras antes de cuidar al paciente están por ahí conversando y cuando se las necesita para algo hay que ir a buscarlas y eso no debe ser así” ... D...3

“Son muchos sentimientos encontrados, como describirle, siento cólera al ver que las enfermeras no acuden al llamado de mi madre enferma y hospitalizada y no me dejan ayudar en su cuidado” ...D...5

“Algunas licenciadas si vienen con amor otras vienen con mal carácter, no tienen comunicación con el familiar y eso me causa cólera” ... D...1

La cólera es un sentimiento que se presentó en los familiares de los pacientes hospitalizados, pero esa cólera estaba encaminada hacia ellos mismos, por no tener mucha comunicación entre el familiar y las enfermeras y no saber en sí como estaba evolucionando su paciente, la cólera también se evidencia porque no están pendientes del paciente y se distraen mucho conversando entre colegas y los familiares sienten que la vida de su paciente depende del equipo de salud que lo cuida.

La cólera es una emoción normal ante amenaza, frustraciones y acontecimientos dolorosos, puede manifestarse de muchas formas como: comportamientos agresivos o bien proyectarse hacia el interior de uno mismo y transformándola en irritación.²⁹

2.3. Manifiestan confianza hacia el profesional de enfermería que cuidan a su familiar.

La confianza es la seguridad o esperanza firme que alguien tiene de otro individuo o de algo. También se trata de la presunción de uno mismo y del ánimo o vigor para obrar.³⁰

El buen trato y la comunicación que los profesionales de la salud brindan a personas, respecto a la salud, diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades,

genera en las mismas, estados de seguridad y confianza que se asocia a tres ideas fundamentales: disminuye la ansiedad, entienden mejor lo que tiene al enfermo y le pueden apoyar en su recuperación y tratamiento.³¹

Un acercamiento respetuoso de los profesionales médicos hacia los pacientes, permiten una satisfacción de una buena relación ofreciendo cercanía, seguridad y respeto.

Un paciente que es acogido en un ambiente amistoso donde siente que es bienvenido, que se lo valora como ser humano, donde se le permite expresar con libertad sus temores e inquietudes con respecto al tratamiento de una enfermedad, sin duda alguna, es un paciente que acepta con mayor facilidad el pronóstico de la enfermedad, y tiene en cuenta las recomendaciones sugeridas por el profesional médico.

Un trato amistoso crea un ambiente de confianza y seguridad en la persona, pero si por el contrario no se dan estas condiciones, se crea en la persona una respuesta negativa que con frecuencia crea en el médico una actitud negativa, y por ende interfiere en la atención del paciente.

Un factor que motiva al paciente es percibir una actitud de confianza y respeto hacia él, donde el personal médico se interesa, no solo en evaluar y facilitar el tratamiento, sino también en conocer sus preocupaciones, disminuir su ansiedad y ofrecer una atención que respete las condiciones actuales de cada paciente.³²

Tal como lo demuestran las personas entrevistadas en los siguientes discursos:

” ...Cuando converso con la enfermera siento confianza en su saber porque lo están tratando bien a mi hija, y me siento tranquilo, se me quita un peso de encima y

puedo comunicar a mis familiares que mi hija se está recuperando de salud”.....

D...4

” ...Cuando hospitalizaron a mi padre, al tratar con la enfermera me dio mucha confianza y en el personal que cuida a mi familiar porque yo vi que ahí iba a estar mejor atendido, por los médicos, enfermeras, a diferencia que en mi casa no había quien lo vea” ... D...3

...”al inicio desconfiaba, dejar a mi familia me daba miedo acerca del cuidado que les dan, pero ahora que los enfermeros la cuidan siento confianza en ellos sé que no le pasara nada” ... D...2

Los familiares de las personas hospitalizadas en el servicio de emergencia, confían en su saber y quehacer del profesional de enfermería, describen sensaciones de confianza, tranquilidad por la tecnificación del entorno y hacia los profesionales. La confianza que sienten los familiares es mayor si son atendidos por los mismos miembros del equipo, es decir, por los profesionales a los que van conociendo y en los que van depositando su confianza.

Los familiares notan que sus pacientes son cuidados por profesionales preparados en su campo laboral a comparación de tenerlos en sus casas con personas que de repente desconocen el diagnóstico y los cuidados de recuperación de su paciente. Esa seguridad que demuestran los familiares nos da a saber que si realmente se sienten contentos con el cuidado del enfermero.

2.4. Manifiestan agradecimiento por las enfermeras frente al cuidado que brindan a su familiar.

El cuidado profesional es asumir una respuesta meditada que envuelve un poder espiritual de afectividad. El cuidado profesional es desarrollado por profesionales de enfermería con conocimientos científicos y crítico y desarrollan experticias técnicas que auxilian a individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud.³³

A pesar que actualmente se habla mucho del cuidado humanizado se continúa brindando atención de salud con enfoque biomédico tradicional el cual está orientado al paciente y a la enfermedad, postergando la asistencia y cuidados a los familiares de los pacientes hospitalizados en emergencias.³⁴

Entre las teorías que aportaran a la investigación mencionamos a Jean Watson. “La Teoría del Cuidado Humano” Se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería. Filosofía de Jean Watson sostiene que el Cuidado Humano comprende; un Compromiso Moral (Proteger y realzar la dignidad humana; va más allá de una evaluación médica), la experiencia, percepción y la conexión: (Mostrando interés profundo a la persona).El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado.³³

Asimismo, Watson nos dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.³⁵

Las entrevistas realizadas al familiar de cada paciente hospitalizado en el servicio de emergencias brindaron las siguientes respuestas.

Como se puede evidenciar en los siguientes discursos:

” ...Lo que más me impacto a mi es observar que las enfermeras, están pendientes de mi familiar, con su tratamiento y por eso estoy muy agradecido” D...4

“...Me encuentro muy agradecido por el personal de enfermería de cada turno, aparte que, si le dan un buen trato a mi madre, me explican para que es cualquier cosa, sin preguntarles yo, me explican todo, vienen de rato en rato a ver a mi madre, y me da gusto porque viene a preguntar, pasan los licenciados y preguntan señora como se siente, y por eso me siento feliz...” D..5

“...Me siento muy agradecido, por el trato del personal de enfermería, todos atienden bien ante cualquier cosa que necesita el paciente “... D..5

Estas reacciones se presentan cuando los familiares de los pacientes hospitalizados en emergencias, sienten tranquilidad al ver a sus familiares evolucionado favorablemente en donde cada familiar brinda su propio concepto, respecto al trabajo realizado por cada profesional enfermero, donde todas las personas entrevistadas afirman que las enfermeras(os) de los servicios de emergencias, si cumplen en su mayoría actividades de interacción, comunicación, y brindan respuestas a sus interrogantes logrando resultados positivos.

Los familiares también expresaron que existe personal de salud que, si les brindó trato amable y les informaban sobre el estado de salud de su paciente, esto les originaba en ellos tranquilidad pues sabían cómo estaba su paciente disminuyendo de alguna manera la ansiedad, incertidumbre y miedo a la pérdida.

La persona – paciente como sus familiares son sujetos de cuidado del equipo de salud es responsabilidad de cada profesional y en especial de la enfermera (o) ofrecerle cuidados seguros, oportunos, humanos y continuos. Los familiares tienen necesidades, las cuales son conceptuadas como esenciales y éstas cuando son satisfechas alivian o disminuyen la aflicción y la angustia inmediata, mejorando su bienestar, un bienestar que de alguna manera es transmitido al paciente hospitalizado.³⁶

III. EMERGIENDO REACCIONES DEL FAMILIAR FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Las reacciones son conductas de respuestas a un estímulo, estas respuestas son de naturaleza dinámica y cambian conforme progresan las personas entre situaciones de vida cotidiana.

Las reacciones son expresiones subjetivas que conllevan a las emociones, sentimientos, pasiones y otros procesos afectivos normales, pero también pueden alterarse desde el punto de vista patológico.³⁷

3.1. Desesperación ante la ausencia de la enfermera para brindar el cuidado.

La desesperación es la pérdida total de la esperanza o alteración del ánimo causada por cólera, impotencia o enojo. Quien está inmerso en la desesperación vive la vida de una manera angustiosa. La desesperanza es la pérdida de la esperanza y la

desesperación el estado de ánimo que esa pérdida nos crea. Ante la desesperación, las personas tienden a mostrarse ansiosas, furiosas y angustiadas. Quienes se sienten desesperadas sienten verdadero dolor, podríamos llamarlo dolor del alma, sufren y no saben cómo afrontar esa situación que tanto dolor les está causando. Cuando hablamos de desesperación o desesperanza nos podemos referir a un estado de ánimo, pero también a una actitud ante la vida, hay personas que son pesimistas por naturaleza y fácilmente adoptan una actitud derrotista ante las adversidades.³⁸

La desesperación es una emoción difícil de sobrellevar, especialmente, cuando uno se centra en sí mismo. Es decir, cuando no pide ayuda. Y la realidad es que en ocasiones, incluso pidiendo ayuda, dependiendo del grado de malestar, la recuperación no es inmediata. Es decir, nadie desde fuera puede infundir una motivación extrínseca a modo de causa y efecto. La desesperación es una forma de tristeza profunda que causa cansancio, agotamiento, estrés y ansiedad.³⁹

La desesperación es la emoción contraria a la esperanza. En última instancia, es un grado de tristeza vivido de forma intensa. El suicidio es la manifestación más palpable de desesperación. Sin embargo, antes de llegar a ese punto, existen otros estados emocionales vinculados con la desesperación en los que la persona se siente mal, cansada y observa con rabia y negatividad la vida. Por ejemplo, es habitual que una persona que tiene que hacer frente a una enfermedad grave experimente rabia y no deje de preguntarse el motivo por el que le ha tocado a ella esa situación. Incluso, también las personas que tienen fe en Dios pueden llegar a sentir la misma rabia hacia la divinidad.⁴⁰

Esto se evidencia en los siguientes discursos:

”...Me desespero a cada momento que le pregunto a mi mamá como está y no me contesta, llamo a la enfermera y no viene atenderme” ... D...1

“A veces me siento como desesperada ver a mi madre postrada en esa cama y no poder hacer nada, llamo a la enfermera y no viene atenderme.” ... D...5

La experiencia del familiar de una persona que se encuentra hospitalizada en una unidad de emergencias se describe como una vivencia que genera gran impresión, en la que se exponen variedad de estados afectivos del ánimo tales como: sentimientos de pérdida, amenaza de muerte y duelo, angustia, y desesperación, enmarcados dentro de una ambivalencia permanente.³³

En los discursos antes mencionado, se evidencia que los familiares expresan desesperación frente al pronóstico de ver a sus familiares prostrados en sus unidades y no poder hacer nada para restablecer su salud.

Las situaciones difíciles nos generan variedad de sentimientos y emociones, en un inicio se produce un choque emocional, pero cuando transcurre el tiempo, se va asimilando la situación, surgiendo emociones más esperanzadoras.

Cuando la tristeza se da en un grado muy elevado y durante un tiempo prolongado entonces, en muchas ocasiones, surge la desesperación cuyo caso extremo es el suicidio. La desesperación provoca un sentimiento de pérdida, infelicidad, desolación absoluta y vacío interior. Es una emoción difícil de sobrellevar, es decir, aquel que está sufriendo ha perdido la confianza en el futuro por lo que también ha perdido el sentido de su propia existencia en tanto que tiene la sensación de caminar hacia ninguna parte.⁴¹

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES Y

RECOMENDACIONES

CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

4.1. Consideraciones Finales

El estudio de caso después de haber sido analizado llegamos a considerar lo siguiente:

- Los familiares frente al cuidado enfermero evidencian sentimientos de preocupación porque los pacientes no evolucionan favorablemente y esto genera tristeza por la desatención de la enfermera frente al cuidado de su familiar.
- Los familiares vivencian diversas emociones como impotencia al ver que su familiar se encuentra sola en la habitación, así mismo manifiestan cólera porque las enfermeras no acuden al llamado de sus familiares; miedo y temor a las complicaciones que se presenten por el cuidado inadecuado; sin embargo, algunos familiares evidencian confianza y agradecimiento por los cuidados que brinda el profesional de enfermería.
- La hospitalización del familiar genera diversos sentimientos frente al cuidado enfermero, como la desesperación ante la desatención de la enfermera a su familiar, sin embargo, otros familiares evidencian reacciones de gratitud a Dios por la recuperación de su familiar.

4.2. Recomendaciones

- A las autoridades de enfermería del Hospital General Jaén en especial a la enfermera jefe de los servicios de emergencias, conocer las conclusiones a fin de comprender y valorar el sentir de los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de

emergencias con el propósito de buscar planes para mejorar el cuidado enfermero bajo un enfoque holístico. Ello permitirá integrar en sus cuidados a la familia del paciente.

- Al Profesional de Enfermería que brinden un cuidado de calidad a los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de emergencias, teniendo en cuenta esta investigación que pone en manifiesto las vivencias del familiar ante el cuidado que debe brindar el profesional de enfermería en unidad de emergencias, enfatizando su actuar en la teoría del cuidado humano humanizado utilizando diversas estrategias para brindar apoyo emocional al familiar durante la hospitalización.

- Implementar un plan de capacitación dirigido a las enfermeras y al personal de enfermería del servicio de Emergencias que les permita desarrollar un perfil fundamentado en el cuidado humanizado, con respecto al paciente hospitalizado en la unidad de emergencias, además implementando una sala de espera, en donde se pueda brindar de manera efectiva y extendida la información sobre la hospitalización de su familiar en el servicio de emergencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Irwin, R, Rippe, M. Medicina Intensiva. Edición en español de: Irwin & Rippe's Intensive Care Medicine 5th ed. Marban Libros, S.L. 2006.
2. Molano M, Investigación sobre estrategias de afrontamiento familiar cuando uno de sus miembros entra a una Unidad de Cuidado Intensivo. En: Cuidado y práctica de Enfermería. Grupo de Cuidado. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2006. p. 116
3. Bautista L, Arias M y Carreño Z. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional, en Colombia. Revista CUIDARTE, Vol. 7 (2); 2016. [Consultado 28 de septiembre del 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3595/359546229007.pdf>
4. Definición de vivencia en español [sede web]. [consultado 12/ diciembre / 2017]disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/vivencia>.
5. Mendoza L, Saucedo A. Vivencias del familiar con Paciente Hospitalizado en el Servicio de Emergencia-Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, en Chiclayo. Repositorio Institucional UNPRG; 2017. [Consultado 14 de octubre del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/3442>
6. Chacón M, Ruiz L. Vivencias del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional docente de Trujillo, en Trujillo. Tesis; 2015. [Consultado 27 de Septiembre del 2016]. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/1635/BC-TES-TMP-472.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

7. Vilarroya, O. “Una Hipótesis Sobre Cómo Siente, Piensa y Se Comunica El Cerebro”
abril 2010. www.percepnet.com/cien 23 agosto 2011
8. Vidal, G., Alarcón, R. *Psiquiatría* Buenos Aires. Argentina: Editorial Médica Panamericana 1999
9. Mústieles, J. *Psicología General*. ed. 2°. Edit. Cultural S.A. España. 1997
10. Uculman, CH. *Introducción a la Psicología*. Biblioteca Peruana de Psicología. Lima – Perú. 1999
11. Vial, J, Rodríguez A. “La dignidad de la persona humana”. Scielo. 2009 [acceso 02 de oct del 2016] Disponible en: [<http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v15n1/art07.pdf>]
12. Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI, ART [Artículo en la Internet]. Abril 2011 [citado 02 Octubre -2016]; VOL 26(1): 27-34 Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2011-1/5.pdf>
13. Ramírez J, Ydrogo Y. *Ética del cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del familiar cuidador del paciente en estado crítico* (en línea). Chiclayo: Octubre del 2013 (consultado 29 de septiembre del 2016). Disponible en Web: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/410/1/TL_RamirezReynosoJudith_YdrogoDelgadoYaneth.pdf
14. Valladares M. *Familia y discapacidad: vivencias de madres y padres oyentes ante la deficiencia auditiva de un/a hijo/a*. Caracas, octubre de 2011. acceso 27 de septiembre 2016] disponible en:

http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/365/Tes_VilladaresM_FamiliaDiscapacidadVivencias_2011.pdf?sequence=1

15. La familia: concepto, tipos y evolución. [Enciclopedia británica-español en la Internet]; 2010 Oct [citado 01 Oct -2016]; Disponible en: http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf
16. Marriner T, Modelos y Teorías de Enfermería. Manual general de enfermería “Humanización del cuidado” Disponible en: http://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/humanizacin_del_cuidado.pdf
17. Ferreira A, Fort Z. Vivencias de familiares de pacientes colostomizados y expectativas sobre la intervención profesional (en línea). Uruguay: Abril del 2014 (consultado 28 de septiembre del 2016). Disponible en Web: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/es_0104-1169-rlae-22-02-00241.pdf
18. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Chile 2011. [Revista en internet] 2011 [citado 20 mayo 2018] Disponible; <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
19. Polit D. y Hungler, B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5ta. ed. México: McGraw-Hill; 2000.
20. Instructivo para la confección de tesinas para la contrastación empírica o diagnóstico de una situación problema siguiendo el paradigma cualitativo: doc. [Doc. en la Internet]. Abril 2013, Disponible en: www.fcs.uner.edu.ar/ciclodecomplementacion/Paradigmamacualitativo.doc

21. Estudio de Caso: Su potencial en Educación, [Artículo en la Internet]. Agosto 2014, Disponible <https://es.scribd.com/document/356481540/Estudio-de-Caso>
22. Principios éticos. [En línea]. [Consulta: 28 de abril del 2017] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/damed/rmh/4-3/v4n3ce1.pdf>
23. Márquez M. La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos (en línea). Colombia: 2012 (consultado 28 de noviembre del 2018). Disponible en Web: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8923/1/539569.2012.pdf>
24. Flores G. El Miedo. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Publicado 03/2013. consulta: [26/10/2017] disponible en: http://suite101.net/article/el-miedo-a1149#.V2F_FrvhDIU
25. De la tristeza a la depresión [Rev. en internet]. Diciembre 2012 [citado 02 noviembre-2017]; VOL 15(4): Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi124h.pdf>
26. Concepto de tristeza [sede web]. Copyright: deconceptos.com.2008-actualizado 2006. [consultado 12/ diciembre / 2017] disponible en: <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/tristeza>
27. Sánchez M. educación emocional: “la impotencia emocional” febrero -2105. [Consultado 06 de febrero del 2018]. Disponible en Web: <https://marsanchezpsicologa.com/2015/02/28/educando-emociones-la-impotencia-emocional/>
28. Johnson B. enfermería psiquiátrica y de salud mental. vol.11.4 Ed. España Mc Graw hill Interamericana; 2001

29. Malena, El Odio y la Cólera. Publicado 14 de abril del 2008 (consultado 05 de diciembre del 2017). Disponible en Web: <https://filosofia.laguia2000.com/filosofia-oriental/el-odio-y-la-colera>
30. Concepto de confianza [sede web]. Copyright: deconceptos.com.2009 [consultado 04 / enero / 2018] disponible en: <https://definicion.de/confianza/>
31. Pérez J. Elementos que componen el trato digno Informe Global. Departamento de Psicología, España 2103. [Artículo de internet] pág. 11; Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-9004_recurso_1.pdf
32. Cortés D. Serrezuela, A “nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de cuarto nivel de atención” (en línea) Bogotá – 2008 [Consultado 08 de febrero del 2018]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9783/Tesis12.pdf?sequence=1>
33. Guerrero R, Meneses M, y otros. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima Callao, 2015. [En línea]. [Consulta 01 de diciembre del 2017] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967>
34. Uribe M. Muñoz C. Restrepo J. Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. InvestEducEnferm 2004; 22(2): 50-61 disponible en:<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/2962/2670>
35. El cuidado. 2012 Agosto [citado 30 septiembre -2018]; Disponible en <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/jean-watson.html>

36. Zaforteza LLallemand Concha, Gastaldo Denise, Sánchez Cuenca P., Joan E. de Pedro, Lastra P.; Relación entre enfermeras de Unidad de Cuidados Intensivos y Familiares: Indicios para el cambio. Revista Científica de Enfermería [revista de internet] 2010[citado 16 mayo 2018] Disponible:http://www.nureinvestigacion.es/originales_detalle.cfm?ID_ORIGINAL=59&ID_ORIGINAL_INI=1
37. Mesías F. profesor de psicología jurídica. universidad central del ecuador – universidad sek intencional – miembro de la sociedad iberoamericana de psicología jurídica.
38. Martínez M. Psicología 2 Bachillerato. España [Consultado 06 de diciembre del 2017]. Disponible en Web: <https://fewayaguku.jimdo.com/sentido-y-sensibilidad/desesperaci%C3%B3n/>
39. Blog de salud y vida sana. Bienestar natural. Publicado agosto del 2016. [Consultado 06 de diciembre del 2017]. Disponible en Web: <http://www.bienestar-natural.es/efectos-de-la-desesperacion>
40. Nicuesa, M. Psicoblog. Como aliviar la desesperación. Publicado agosto 2015. [Consultado 06 de diciembre del 2017]. Disponible en Web: <https://psicoblog.com/como-aliviar-la-desesperacion-105.html>
41. Sahili, L Psicología Clínica: Transtornos Neurológicos, Hormonales y Psicológicos. 1ra. ed. Mexico: D.R. universidad de Guanajuato; 2010.

APÉNDICE

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

ESCUELA DE POSGRADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APÉNDICE N° 1

Yo...Acepto participar a ser entrevistado
(a) en la investigación “VIVENCIAS DEL FAMILIAR DEL PACIENTE HOSPITALIZADO FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN, 2017”, siendo realizada por los investigadores de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo: LIC. ENF. YESSICA ROCIO CALVA HERRERA y LIC. ENF. DARWIN CAMPOS GARCIA.

Esta investigación tiene como objetivo: Comprender las vivencias del familiar del paciente hospitalizado frente al cuidado de enfermería en el servicio de Emergencias del Hospital General de Jaén.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado. No se mencionará los nombres de las participantes, teniendo la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que esto genere algún perjuicio.

Por último, declaro que después de las aclaraciones convenientes considero participar de la presente investigación.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FIRMA DEL INFORMANTE

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

ESCUELA DE POSGRADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APÉNDICE N° 2

Entrevista semiestructurada

A continuación, se plantean preguntas referidas a las vivencias del familiar del paciente hospitalizado frente al cuidado de enfermería en el servicio de Emergencias del Hospital General de Jaén, 2017 se le solicita responder con sinceridad las preguntas. Agradezco anticipadamente su participación.

1.- ¿Qué sintió usted cuando su familiar fue hospitalizado y cuidado por la enfermera en el servicio de emergencia?

2.- ¿Qué sintió usted sobre el trato que le brindó el profesional de enfermería durante la hospitalización de su familiar?

3.- ¿Qué es lo que más le impactó del cuidado que le brindó el profesional de enfermería a su familiar?