

UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO**



TESIS

“Vivencias de los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios de un hospital nivel III Essalud Piura 2018”

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
“ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS Y EMERGENCIA”**

INVESTIGADORAS:

**Lic. Enf. Alfaro Vásquez ,Amelia Verónica
Lic. Enf. Bayona Sandoval, Denissi Elizabeth**

ASESORA:

Dra. Vallejos Sosa, Tomasa.

LAMBAYEQUE – PERÚ - 2019

Dra. EFIGENIA ROSALIA SANTA CRUZ REVILLA
PRESIDENTA DE JURADO

Mg. MARÌA LUCIACHANAMÉ CARRETERO
SECRETARIA DE JURADO

Mg. ROSA AUGUSTA LARIOS AYALA
VOCAL DE JURADO

Dra. TOMASA VALLEJOS SOSA
ASESORA

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



00014

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

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

Libro de Acta N° 04 Expediente N° 2361-2019-UPB-PE Folio N° 014
Licenciada: Bafone Sandra del Denisse Elezabeth - Alfaro Varquez, Julia Vivian en la
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 3 pm
horas del día 27 de noviembre, Los señores Miembros del Jurado designados
mediante Resolución N° 163-2016-D-PE.
PRESIDENTE: Dra. Efraim Paralisa Santa Cruz Revilla
SECRETARIO: Mg. Rami Luis Choname Cornejo
VOCAL: Esq. Rosa Angélica del Carmen Porco Ayala

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

Atenciones de los familiares de Pacientes Hospitalizados en la
Unidad de Cuidados Intermedios de su Hospital por el III
Estado June 2018

patrocinada por el profesor

(a) Dra. Tonara Callejos Sosa

Presentada por el (los) Licenciados (as):

Alfaro Varquez, Julia Vivian
Bafone Sandra del Denisse Elezabeth

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional: Enfermería en Cuidados Intermedios y Emergencia

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 APROBADA 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.

Santa Cruz
PRESIDENTE

Rosa Rami
VOCAL

Julia
SECRETARIO

Alfaro
PATROCINADOR

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Lic. Enf. Alfaro Vásquez Amelia Verónica, Lic. Enf. Bayona Sandoval Denissi Elizabeth; investigadoras principales y **Dra. Tomasa Vallejos Sosa,** asesora del trabajo de investigación **“Vivencias de los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios de un hospital nivel III Essalud Piura 2018”** “; 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.

Lic. Enf. Alfaro Vásquez Amelia Verónica
Investigadora

Lic. Enf. Bayona Sandoval Denissi Elizabeth
Investigadora

Dra. Tomasa Vallejos Sosa
Asesora

DEDICATORIA

A Dios: Por su inmenso amor, por ser mi fortaleza y mi consuelo, gracias por permitir este momento tan esperado, contágame señor mío de tu paciencia y sabiduría.

A mis queridos padres: Lizardo y Basilia, a quienes admiro mucho por su gran esfuerzo y sacrificio, por sus deseos de verme siempre feliz, ¡LOS AMO MUCHO!

A mi amado Esposo: Alberto, por su apoyo incondicional, todo mi amor es para él.

A mis adorados hijos: Stefany y Alberth que con su sola presencia llenan mi vida de dicha, mis tesoros más preciados.

Verónica.

DEDICATORIA

A Dios: Quien con su poder divino es mi guía y me ayuda en cada momento de mi vida.

A mis padres: Por su apoyo y sacrificio incondicional esto me ayudo a mejorar cada día y así lograr crecer como persona y forjarme como profesional.

A mi familia: Mi esposo Martin y mis hijas Alejandra y Arlet que me impulsaron a conseguir mis metas, gracias por qué siempre estuvieron cuando más los necesité.

A mis maestros: Quienes han contribuido con sus conocimientos en el proceso de mi formación profesional

Denissi

AGRADECIMIENTO

- A los familiares de los pacientes, nuestro más profundo agradecimiento por brindarnos la confianza de verbalizar todas sus vivencias experimentadas durante la hospitalización de su familiar en la unidad de cuidados intermedios de un Hospital Nivel III Es salud Piura 2018
- Nuestro agradecimiento a nuestras docentes del posgrado de la Facultad de Enfermería, de la UNPRG, quienes nos impartieron sus conocimientos y nos enriquecieron con su experiencia.
- A nuestra asesora la Dra. Tomasa Vallejos Sosa por su asesoría, apoyo y aporte científico en la realización del presente trabajo de investigación.
- A nuestros jurados Dra. Efigenia Rosalía Santa Cruz Revilla, Mg. María Lucia Chanamé Carretero y Mg. Rosa Augusta Larios Ayala, por sus valiosos aportes en esta investigación.

ÍNDICE GENERAL

ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	iii
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I.....	6
I. MÉTODOS Y MATERIALES.....	7
1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	7
1.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	7
1.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	9
1.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	10
1.5 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS.....	12
1.6 PRINCIPIOS ÉTICOS.....	12
CAPITULO II.....	15
II. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	16
CAPITULO III.....	45
RECOMENDACIONES.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS.....	52

RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo analizar y comprender las vivencias de los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital José Cayetano Heredia Diciembre del 2018. De tipo cualitativo, descriptivo, con abordaje de estudio de caso, la población conformada por 18 participantes y la muestra un numero de 14 personas obtenidas por la técnica de saturación y redundancia, recolectándose los datos por entrevista semiestructurada a profundidad y observación participante, luego del análisis temático se encontraron las siguientes categorías: Experimentando sentimientos y reacciones frente a la hospitalización de su familiar, experimentando el apoyo del personal de salud, experimentando la incomprensión del personal de salud, sintiéndome bien por la evolución favorable de mi familiar. Se concluye que los familiares de pacientes con estancia en una unidad de cuidados intermedios experimentan diversos sentimientos, emociones y reacciones, como son pena, tristeza, temor, angustia, impotencia, desesperación, que la intensidad depende de los mecanismos de afrontamiento y su red de apoyo que utilicen.

Palabras claves: vivencias, familiares, hospitalización en Unidad de Cuidados Intermedios.

ABSTRACT

The objective of this research study was to analyze and understand the experiences of family members of patients hospitalized in the Intermediate Care Unit of Hospital José Cayetano Heredia December 2018. Qualitative, descriptive, with a case study approach, the sample by saturation and redundancy, collecting the data by semi-structured in-depth interview and participant observation, after the thematic analysis the following categories were found: Experiencing painful feelings, reactions to prolonged hospitalization of their family member. Experiencing the support of the health personnel, experiencing the incomprehension of the health personnel, feeling good about the favorable evolution of my family member. It is concluded that relatives of patients with prolonged stay in a NICU experience various feelings, emotions and reactions such as grief, sadness, fear, anguish, helplessness, despair, that the intensity depends on the coping mechanisms and their support network that uses and at the same time it helps them overcome them.

Keywords: experiences, relatives, hospitalization in NICU.

INTRODUCCIÓN

La unidad de cuidados intensivos es un área hospitalaria creada para la atención de pacientes que por su grave estado de salud, se encuentran con una alta probabilidad de morir. Dicha situación genera incomodidad e inquietud, tanto para el paciente como en la familia, y en ocasiones en el propio personal de salud integrado para su atención. Considerando este panorama se agregan normatividades y protocolos rigurosos que favorecen la recuperación de la persona desde el punto de vista de la enfermedad, pero que en algunos casos no pudieran considerar los aspectos emocionales del paciente y la familia.¹

El ingreso a los servicios de unidad de cuidados intensivos, supone estrés para el paciente y sus familiares originado no solo por la gravedad del estado de salud del paciente sino por las dificultades en la comunicación que existe, así mismo la rápida y abrupta instauración de una enfermedad crítica y su subsiguiente ingreso a la unidad de cuidados intensivos, inhibe la preparación psicológica, lo que supone estrés para el paciente y la familia.²

La unidad de cuidados intermedios del Hospital Regional José Cayetano Heredia de Piura es un espacio que alberga a pacientes que requieren cuidados especiales, por su condición delicada de salud, son más vulnerables a daños y complicaciones que impiden su pronta recuperación, por tal motivo el equipo de salud y en especial la enfermera, centran sus cuidados directos para minimizar dichos daños y evitar la aparición de complicaciones.

Pero muchas veces los cuidados están enfocados a los pacientes dejando desatendidos a los familiares, quienes también experimentan emociones, sentimientos de sufrimiento e intensa preocupación.

La unidad de cuidados intermedios, escenario del estudio cuenta con 10 camas, para albergar a los pacientes los cuales se encuentran bajo el cuidado de 2 enfermeras y 2 técnicos de enfermería por turno de 6 horas diurnas y 12 horas nocturnas en forma permanente. La enfermera es el profesional de salud que mantiene contacto directo con el paciente que se encuentra hospitalizado en esta unidad las 24 horas del día, en ocasiones enfrentando el cuidado de pacientes agudamente delicados, en estado crónico, muchos de ellos en etapa terminal, lo cual demandan de mayor tiempo en su cuidado generándole experiencias y sentimientos de desesperanza y angustia.

Durante el ejercicio profesional las autoras del estudio han observado que el plan de cuidado de enfermería está enfocado prioritariamente al paciente, pocas veces orientado a la familia. La enfermera interrelaciona con la familia por breve tiempo, de manera que le resulta difícil conocer con precisión los sentimientos e inquietudes que ellos perciben o sienten respecto a la hospitalización de su familiar en la unidad de cuidados intermedios.

La unidad de cuidados intermedios en estudio, no cuenta con espacios o salas de espera donde puedan permanecer los familiares del paciente hospitalizado, comúnmente los pasadizos se han convertido para ellos el lugar propicio para aguardar alguna noticia que le pueda dar el personal de esta unidad. Es en estos espacios donde el familiar permanece la mayor parte del tiempo y sin ver a su familiar como ellos quisieran, ya

que por norma los horarios de visita son muy restringidos. El contacto que tiene la familia con su paciente enfermo es muy corto, quedando insatisfecho por el poco tiempo que le permiten permanecer junto a su familiar. Todas estas vivencias que experimentan los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios, es preocupante por todos los sentimientos negativos que enfrenta el familiar del paciente.

Diariamente las investigadoras observan a familiares angustiados por el estado de salud de su paciente, preocupados porque dejan de trabajar, permanecen muchas horas en el hospital y a la espera de recibir información de la evolución de su paciente. Algunos de ellos muestran mayor angustia y preocupación comentan que han realizado préstamos en el banco, para comprar medicamentos que no cubre el seguro social de salud.

Motivadas por conocer las vivencias que experimentan los familiares de los pacientes hospitalizados se realizó la presente investigación, siendo el objeto de estudio: las vivencias de los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios, el objetivo general fue analizar y comprender las vivencias de los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios de un hospital nivel III Es Salud Piura 2018.

Este trabajo se justifica, porque el rol del personal de salud que labora en la unidad de cuidados intermedios está orientado a satisfacer en forma integral las necesidades del ser humano, cuidando holísticamente a la persona en sus diferentes dimensiones biopsicosocial y espiritual. Es dentro de este holismo que la dimensión emocional requiere de especial atención por que repercutirá en la salud de las personas. La familia

del paciente hospitalizado es más vulnerable a desarrollar temor, angustia e incertidumbre, por ello, es importante que la enfermera como integrante de este equipo de salud, cuide la dimensión emocional de la familia ya que repercutirá finalmente en la salud de su familiar hospitalizado.

Los resultados del estudio se constituyen en un nuevo conocimiento que posibilita conocer a profundidad cómo van viviendo las familias este proceso, qué demandas concretas nos hacen y cómo piden ser atendidos, a partir de allí se puede ofrecer cuidados a sus requerimientos, una actitud más receptiva, aprenderíamos algo de cómo acercarnos a su dolor y de cómo ajustarnos a sus necesidades de cuidado.

En el futuro mejorar los cuidados en el área social y emocional de familiares de pacientes hospitalizados ayudará a lograr un mejor afrontamiento al estrés y angustia y por ende beneficiará al paciente, a su familia, al personal que labora en la unidad de cuidados intermedios, a la institución y a la sociedad misma.

Los resultados permitirán la reflexión a todo el equipo de salud de la unidad de cuidados intermedios sobre la calidad de los cuidados que brindan, a una mayor valoración de la familia, y poder dirigir su plan de cuidados bajo un paradigma transformador, humanístico, holístico e integral, considerando todas las dimensiones de la persona. En este sentido se debe tener en cuenta a la familia del paciente como parte de la dimensión social.

Al no encontrar trabajos de esta naturaleza en nuestra ciudad que sirva de fundamento para protocolizar el cuidado a la familia del paciente hospitalizado en la unidad de

cuidados intermedios, el presente estudio pretende develar a profundidad las diferentes vivencias de los familiares inmersos en esta situación, además se pretende conocer mejor lo que sucede en nuestro propio medio y aportar conocimiento desde la experiencia. Este estudio servirá como fuente bibliográfica para otros investigadores que deseen estudiar esta temática o realizar estudios con otros enfoques.

CAPITULO I

I. MÉTODOS Y MATERIALES

1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es cualitativa de tipo descriptiva, porque observamos y describimos a profundidad las vivencias de los familiares sin influir sobre ellos de ninguna manera.³

1.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La trayectoria metodológica que se utilizó fue el “Estudio de caso”. Al respecto Polit, refiere que los estudios de caso son investigaciones a fondo de un grupo o institución que se dirigen al descubrimiento. El investigador se mantiene atento a nuevos elementos que puedan surgir durante la investigación y se van sumando a medida que va avanzando.³

En este estudio se descubrió las vivencias de los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios del hospital José Cayetano Heredia.

Los estudios de caso enfatizan la interpretación del contexto, en el presente estudio el contexto fue los pasadizos de la unidad de cuidados intermedios, donde los familiares relataron sus vivencias al tener a su familiar hospitalizado en dicha unidad y de esta manera al analizarlos permitió comprender a mayor profundidad el objeto de estudio.

El estudio de caso busca retratar la realidad en forma compleja y profunda las autoras estudiaron las diferentes dimensiones del objeto en estudio y buscaron profundizar a medida que avanzó la entrevista, estableciendo una relación de confianza.³

Los relatos de estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación, los datos obtenidos en el estudio fueron redactados con un lenguaje claro, sencillo y de fácil comprensión.⁴

Fases del estudio de caso:

Se desarrolló de tres fases:

Fase abierta o exploratoria: La investigación se inició con un plan incipiente que se aclaró a medida que se desarrolló la presente investigación permitiendo definir de manera más precisa nuestro objeto de estudio: vivencias del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intermedios.

Sistemática o delimitación del estudio: Una vez identificado los elementos claves y límites aproximados del problema en ese caso se identificaron a los familiares de los pacientes que estuvieron hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios, se procedió a recolectar la información a través de la guía de entrevista.

4

Análisis temático y elaboración del informe: Luego de recolectado los datos estos fueron leídos y releídos buscando las unidades de significado a través de la descontextualización de los discursos obtenidos de los familiares en estudio, se procedió a elegir las categorías y subcategorías, las mismas que se analizaron en base a marco teórico y finalmente se elaboró el informe , con abordaje de estudio de caso donde se analizó y comprendió las vivencias de los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios del Hospital Regional José Cayetano Heredia EsSalud Piura.

1.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por 18 familiares directos de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios del Hospital Regional José Cayetano Heredia EsSalud Piura durante el mes de agosto del 2018.

Criterios de inclusión:

- Familiares de pacientes que se encuentran hospitalizados más de 10 días en la unidad de cuidados intermedios.
- Familiares cuidadores que permanecen mayor tiempo con el paciente.
- Familiares que deseen participar voluntariamente.
- Familiares que tenga edad entre 18 a 60 años.

Muestra:

La muestra se obtuvo mediante la técnica de saturación y redundancia, la primera se refiere al hecho de que a partir de cierto momento, los nuevos discursos o relatos no otorgan correcciones ni complementos al estudio, esto ocurrió cuando las entrevistas no producían ningún tema nuevo, por tanto es declarado saturado y redundancia se refiere a la acumulación de los discursos repetitivos por parte de los participantes, es decir los discursos que ya no aportaban al estudio se obviaron y se procedió a profundizar las ya existentes.³

Teniendo en cuenta estas condiciones la muestra quedo constituida por 14 personas, familiares de los pacientes hospitalizados.

1.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la presente investigación se utilizó como técnica la entrevista semiestructurada a profundidad y como instrumento una guía de entrevista para los familiares en la que se formularon 3 preguntas orientadoras a fin de lograr los objetivos del estudio.

La entrevista es una técnica de investigación para la colecta de datos cuyo objetivo básico es entender y comprender el significado que los entrevistados atribuyen a preguntas y situaciones, en contextos que no fueron estructurados anteriormente, con base en suposiciones y conjeturas del investigador.⁴

La entrevista semi-estructurada, se basa en una guía temática, que deberá abordar el investigador con los sujetos de investigación; constituye la técnica de más amplio uso para recabar datos de informes no estructurados. Utiliza una estrategia mixta, con preguntas estructuradas y no estructuradas. La parte estructurada proporciona una base informativa que permite la comparación entre cada persona y la no estructurada añade interés al proceso que permite conocer características específicas del entrevistado. La entrevista a profundidad permite conocer más a fondo lo que se desea conocer de la persona entrevistada, puesto que permite la participación activa, razón por la cual se logra conocer a fondo la situación.⁴

La entrevista semi-estructurada contó con preguntas ya elaboradas, pero en el transcurso de la misma se formularon otras preguntas que surgieron a medida que los familiares relataban sus vivencias. Con este método se obtuvo buenos resultados, ya que permitió mayor libertad y flexibilidad en la obtención de información.

La validación de la guía se realizó mediante la aplicación en una muestra piloto, la cual estuvo conformada por 3 familiares de pacientes hospitalizados con anterioridad al estudio y que no integraron la muestra definitiva

La recolección de datos se llevó a cabo mediante el siguiente procedimiento. En primer lugar hubo un acercamiento de las investigadoras con los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCIN, con la finalidad de informarles sobre la investigación a fin de obtener la firma voluntaria del consentimiento informado, teniendo presente en todo momento los principios éticos. Así mismo se estableció la fecha, hora y ambiente conveniente para recolectar la información a fin de mantener la fidelidad de datos.

Posteriormente se inició la entrevista, haciendo uso del instrumento que constó de tres preguntas elaboradas por las investigadoras y validada por los expertos, simultáneamente se realizó la grabación de la entrevista solicitando previamente el permiso.

Durante la ejecución de la entrevista se permitió en todo momento que los familiares se expresen libremente, a través de preguntas abiertas con el uso de un lenguaje adecuado, utilizando el parafraseo, toque terapéutico, en ocasiones se buscó alguna aclaración, ratificación o centrarse en el tema. No se ocasionó daño físico ni psicológico a la persona entrevistada. Sobre todo, se respetó la confidencialidad y el anonimato protegiendo la intimidad de la persona.

A los familiares entrevistados se les asignó un seudónimo, que fue determinado por un código, consistiendo en los nombres de los colores: Amarillo, turquesa, anaranjado, coral, azul, celeste, rojo, blanco, verde, marrón, rosado, lavanda y fucsia.

Después de analizar cada uno de los discursos, se agruparon en categorías y sub categorías.

1.5 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Para el análisis de datos se ejecutó el análisis temático de las entrevistas que se realizaron a los familiares de los pacientes, siendo ellos mismos los sujetos informantes, Se empleó el análisis temático utilizando datos textuales, el que consistió en descomponer el corpus en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías siguiendo el criterio de analogía. Considerando las similitudes o semejanzas que existen entre estas, en función de criterios preestablecidos. Es así que en un principio se procedió a escuchar las entrevistas, luego se transcribió el contenido exacto, los discursos se leyeron, releeron, ordenaron y agruparon. Posteriormente se realizó la segmentación de los discursos o descontextualización, previa codificación de cada uno, teniendo en cuenta los seudónimos, se procedió a la identificación de las subunidades de significado y su agrupación en subcategorías que dieron origen a las categorías. Cuando se encontró discursos repetitivos, se tuvo en cuenta la exclusión por saturación o redundancia.

1.6 PRINCIPIOS ÉTICOS

Para el presente trabajo de investigación se tuvo en cuenta los tres principios éticos postulados por Belmont Report, con la finalidad de asegurar los derechos de los sujetos de la investigación. ⁵

Se les describió detalladamente la naturaleza del estudio y sus derechos como participantes del presente estudio. A continuación, se detallan cada uno de ellos:

Principio de Beneficencia: Este principio postula que por sobre todas las cosas, no dañar: en el que se tendrá en cuenta las posibles situaciones que pudieran causar daño en los investigados.⁵

Considerando que en este estudio nos avocamos a las vivencias de los familiares de pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados intermedios, se les aseguró que su participación o información brindada, no sería utilizada en contra ellos.

Se les explicó los riesgos y beneficios de la investigación a fin de que los investigados pudieran decidir libremente su participación de acuerdo a sus intereses. En el presente estudio se les informó que no existían riesgos físicos, ni psicológicos por el contrario, se beneficiaría el servicio y en consecuencia el paciente y su familia.

Los participantes contaron con la información adecuada y oportuna respecto a los objetivos de la investigación, así como el carácter anónimo de la entrevista, de manera que su participación sea capaz de comprenderla y de elegir libremente, el cual les permitió aceptar o declinar voluntariamente la invitación a participar. Para dar conformidad a su participación firmaron el consentimiento informado

Respeto a la dignidad humana: dentro del cual se encuentra el derecho a la autodeterminación; los seres humanos deben ser tratados como entidades autónomas capaces de conducir sus propias actividades y destinos. Los posibles participantes tendrían derecho a decidir voluntariamente su participación se les explicara que no hay riesgo a represalias o a un trato prejudicial.⁵

Es así que para efectos de la presente investigación se tuvo pleno respeto a la dignidad de todos los participantes no se cuestionó los discursos vertidos durante el desarrollo de la misma mostrando siempre en todos sus ámbitos lo importante que son los sujetos en estudio.

Principio de Justicia: Este principio postula que los investigados tendrán derecho a un trato respetuoso y amable, derecho a la privacidad de cada uno de ellos.

Los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios fueron seleccionados sin ninguna discriminación También pudieron decidir de participar o retirarse si lo deseaban.⁵

Los familiares directos de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios fueron considerados dentro de la población de la investigación, además participaron en la investigación recibiendo un trato justo antes, durante y después de cada entrevista. Se tuvo en consideración que durante el desarrollo de la entrevista, las preguntas realizadas se orienten al objetivo de la investigación sin entrar en detalles más profundos de la vida de los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios asegurando de esta manera su privacidad.

CAPITULO II

II. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La hospitalización del paciente en la unidad de cuidados intermedios genera sentimientos, emociones, reacciones, comportamientos que originan un desequilibrio emocional tanto para el paciente como para la familia. La familia constituye un elemento importante en la recuperación del paciente hospitalizado, por ello el profesional de enfermería debe tenerlos en cuenta a la hora de programar el plan de cuidados.

La hospitalización es el periodo de tiempo que una persona permanece internada para la ejecución de cualquier acción que busque la recuperación de su salud, se efectúa por la ruptura del bienestar físico-biológico que también repercute sobre el estado emocional y social, ya que esta circunstancia involucra a todos aquellos que de una u otra forma se sienten identificados con la persona enferma.

La familia se ve afectada directamente porque existen cambios significativos en el rol que desempeñaban dentro del círculo familiar presentándose en ellos diversas vivencias enmarcadas en sentimientos, emociones y reacciones, en forma constante y particular; y de acuerdo a la intensidad de las experiencias, muchas de ellas son impactantes, dejando serias secuelas que dependerá de los mecanismos de afrontamiento de cada miembro de la familia, y su red de apoyo para superarlas.

La presente investigación tuvo como objetivo analizar y comprender las vivencias de los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios; en tal sentido, para poder obtener la información acerca de las vivencias se utilizó la entrevista semiestructurada a profundidad en una muestra constituida por 14 familiares directos que permanecieron junto al paciente durante la hospitalización.

Las vivencias dependieron de las situaciones por las que cada familiar atravesó, la particularidad en afrontar la enfermedad y la hospitalización de su familiar enfermo.

A los familiares entrevistados se les asignó un seudónimo, que fue determinado por un código, consistiendo en los nombres de los colores: Amarillo, turquesa, anaranjado, coral, azul, celeste, rojo, blanco, verde, marrón, rosado, lavanda, crema y fucsia.

Después de analizar cada uno de los discursos, se agruparon en las siguientes categorías y sub categorías que a continuación se describen:

I. Experimentando sentimientos.

- 1.1. Sintiendo tristeza por el pronóstico de mi familiar enfermo.
- 1.2. Angustia por el sufrimiento de mi familiar enfermo.
- 1.3. Impotencia ante lo prolongado que ha resultado ser el tratamiento médico.
- 1.4. Desesperación ante el final incierto.

II. Reaccionando frente a la hospitalización de mi familiar.

- 2.1. Queriendo huir de esta realidad.
- 2.2. Me siento afectado por las circunstancias.

III. Experimentando el apoyo del personal de salud.

- 3.1. Me brindan amistad y confianza.
- 3.2. Me permiten cuidar a mi familiar.
- 3.3. Me informan del estado de salud y su evolución.

V. Experimentando la incomprensión del personal de salud

I. EXPERIMENTANDO SENTIMIENTOS

En el presente estudio las vivencias experimentadas por los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios han generado una variedad de sentimientos dolorosos que se expresan en las siguientes subcategorías:

1.1.Sintiendo tristeza por el pronóstico negativo de mi familiar enfermo.

La tristeza es un estado afectivo del ser humano, la cara opuesta de la alegría o el amor, y se encuadra dentro de las emociones básicas, está considerada como una de las cuatro emociones básicas o primarias, junto a la cólera, la alegría y el miedo. En un segundo orden emociones secundarias se encuentran el amor, la sorpresa, la aversión y la vergüenza. Es la manifestación de un dolor afectivo provocado por alguna causa conocida, por lo general debido a ciertas expectativas que no se cumplen o a situaciones que se modifican de un modo radical.

La tristeza es un estado anímico que ocurre por un acontecimiento desfavorable que suele manifestarse con signos exteriores como el llanto, pesimismo, melancolía, falta de ánimo, baja autoestima, entre otros estados de insatisfacción.

La tristeza es un sentimiento frecuente que puede presentarse en diferentes grados de intensidad desde la tristeza pasajera hasta la tristeza profunda o intensa que puede persistir por varios días o semanas, puede ser tomada como una señal de un problema más complejo como la depresión. Existen diferentes motivos que desencadenan sentimientos de tristeza como una desilusión, pérdida de empleo, enfermedad y o muerte de un amigo, familiar y otras situaciones que sean consideradas de modo negativo por el individuo. En este sentido la tristeza

supone en una fijación de pensamientos pesimistas y tristes, sensación de inferioridad en relación a los demás, pérdida de interés en la labor profesional, doméstica y efectiva.⁶

Lo cual se evidencia en los siguientes discursos:

“Sentí mucha tristeza cuando los médicos me dijeron que mi hermano nunca más caminaría, quedará postrado en una cama toda su vida”.

Amarillo.

“Cuando el médico me dijo el diagnóstico de mi hijo sentí una inmensa tristeza, todo mi mundo se derrumbó ante esta noticia”.

Turquesa.

“Siento una gran tristeza verlo postrado en esa cama sin poder moverse, conectado a esa máquina para respirar, ya han pasado 6 meses y aún no puede respirar solo”.

Coral.

“La enfermedad de mi madre nos ha sumergido en una gran tristeza a toda la familia, siento pena ver cómo termina la vida de mi madre, en estos días la han tenido que sedar”.

Fucsia.

Estos discursos demuestran que todos los familiares entrevistados sienten tristeza, por el estado de salud de su familiar, manifestándolo con el llanto, fascies de abatimiento, deseos de estar sólo, entre otros, es un sentimiento

con el cual tienen que convivir día a día, así mismo les genera cambios en sus vidas, particularmente tienden a ser negativos y pesimistas con respecto a la situación del familiar enfermo, pero al mismo tiempo reconocen que la familia los apoya, les brinda consuelo y poco a poco se adaptan a la situación difícil que les tocó vivir, de esta forma aceptan la realidad, del mismo modo observamos los resultados del estudio de investigación realizado por Chacón M. y Ruiz L. 2015 En el trabajo titulado “Vivencias del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo” Concluyeron que el familiar del paciente hospitalizado experimenta situaciones negativas que provocan sentimientos de angustia, ansiedad, tristeza, miedo, desesperación y temor a la muerte.⁷

Así mismo Márquez M. 2012. Bogotá Colombia. En el trabajo titulado: “La experiencia del familiar de la Persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos” Bogotá Colombia. Concluyéndose que los familiares experimentan sentimientos de pérdida, amenaza de muerte y duelo, angustia, depresión, dolor, sufrimiento, esperanza, impotencia, preocupación, tranquilidad e intranquilidad y frustración y ambivalencia de sentimientos, estos sentimientos dependen del cuidado que brinde el personal de salud, y pueden coexistir y variar a través de la vivencia.⁸

Vemos que tanto en el presente estudio como los dos revisados, la familia del paciente críticamente enfermo se encuentra abatida por las noticias desalentadoras que reciben del personal de salud que cuida a su paciente, generándole sentimientos negativos como la tristeza. Pero existe otro sentimiento tal como lo expresan en los siguientes discursos:

1.2. Angustia por el sufrimiento de mi familiar enfermo

La angustia es el sentimiento que experimentan las personas cuando sin motivo se preocupan en exceso por la posibilidad de que en el futuro les ocurra algo temido sobre lo que no tenían control y que, en caso de que sucediera considerarían "terrible" o haría que se considerarían personas totalmente inútiles. También se puede definir la angustia como un sentimiento de amenaza cuya causa es por el momento desconocida pero que puede aparecer en el momento en que menos lo esperamos y revelar a todos sin excepción que somos unos incompetentes o personas totalmente ridículas.

Se puede llegar a sentir angustia por miedo. La angustia crece por momentos y nos conduce a pensamientos cada vez más angustiantes. El proceso se desarrolla con gran rapidez y de lo único que somos conscientes es de un progresivo sentimiento de pánico.⁹

Este sentimiento se ve expresado en los siguientes discursos:

“Esta angustia a veces no lo puedo controlar, lloro en silencio este episodio tan doloroso que nos ha tocado vivir, ha pasado mucho tiempo, ya no quiero verlo así”.

Amarillo.

“Siento mucha angustia ver a mi hijo postrado en esa cama y no poder hacer nada por él, quisiera ser yo la que ocupe su lugar”.

Turquesa.

“.....siento angustia cuando veo a mi esposo que no puede moverse y respirar sólo, temo que pueda quedar así por siempre.

Coral.

“Es angustioso verla postrada en cama, conectada a esa máquina, quisiéramos hacer algo por ella para que deje de sufrir”.

Fucsia.

Estos discursos nos revelan como los familiares manifiestan su estado afectivo de carácter penoso, en efecto nos manifiestan a la vez su temor a lo desconocido, a algo que aún no ocurre, pero que lo sienten tan cercano, la angustia más fundamental proviene del peligro a perder a su ser querido.

Del mismo modo Márquez M. 2012. Bogotá Colombia. En el trabajo titulado: “La experiencia del familiar de la Persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos” Bogotá Colombia, Concluyéndose que los familiares experimentan sentimientos de pérdida, amenaza de muerte y duelo, angustia, depresión, dolor, sufrimiento, esperanza, impotencia, preocupación, tranquilidad e intranquilidad y frustración y ambivalencia de sentimientos, estos sentimientos dependen del cuidado que brinde el personal de salud, y pueden coexistir y variar a través de la vivencia.⁸

Así mismo Tarquino L. 2014 En el trabajo titulado “La familia del paciente en la unidad de cuidados intensivos” Bogotá, Colombia. El autor considera que es importante tener en cuenta que la muerte en la unidad de cuidados intensivos es una posibilidad, algunos síntomas como ansiedad, depresión pueden aparecer y mantenerse en el tiempo. Concluyeron que los temores, expectativas, actitudes,

estrategias de afrontamiento, factores generadores de estrés permiten explicar y comprender la experiencia de la familia del paciente en la unidad de cuidados intensivos¹⁰

El ingreso de un paciente a la unidad de cuidados intermedios, representa para muchos una gran incertidumbre, reina el temor y la angustia por los hechos que puedan acontecer en adelante con respecto al futuro del paciente, es así que las investigadoras consideran que la familia del paciente ingresado a unidad de cuidados intermedios, experimentan sentimientos de angustia constante, desde el momento que conocen el diagnóstico y durante los acontecimientos penosos que tienen que afrontar día a día. Coincidiendo con los dos estudios revisados las investigadoras señalan que la familia experimenta angustia ante lo incierto que resulta una hospitalización en una unidad crítica.

1.3.Impotencia ante lo prolongado que ha resultado ser el tratamiento médico.

La impotencia es una sensación intensa de pura desesperación, de desolación y sumado a esto, está entrelazado el sentimiento de que no valemos nada, que no pueden hacer nada bien y se sienten mal por no ayudar o intentar encontrar una salida, se entristecen, lloran, se reprochan constantemente, gritan y no llegan a nada. ¹¹

A continuación describimos los relatos:

“Los médicos me dijeron que tienen que operar a mi hermano para estabilizar su columna, pero ya pasaron 2 meses y aún no hay fecha para la operación, siento impotencia al no poder hacer nada por mi hermano”.

Amarillo.

“Los médicos me han repetido una y otra vez que ya no hay nada que hacer por mi hijo, se quedará cuadripléjico toda su vida, es una impotencia tan grande, daría mi vida para que algo cambiara a favor de mi hijo”.

Turquesa.

“Siento impotencia cuando los médicos me dicen que tenemos que esperar y ver la evolución de mi esposo, es mucho tiempo que esta postrado en cama y los resultados de la primera operación fueron negativos”.

Coral.

“Mi hijo tiene tres escaras grandes, al inicio no le atendían porque no era asegurado lo cual me generaba impotencia porque pensaba que empeoraría y podría suceder lo peor”.

Rosado.

Estos discursos dan a conocer como la familia vive el proceso de la enfermedad de su paciente y como ante ciertas situaciones extremas no pueden hacer nada por ellos, sienten perder el control y no saber a dónde ir para buscar una solución que aún no la encuentran. Creyendo que todo el amor que une a la familia no es suficiente para encontrar un rumbo positivo ante tanta circunstancia adversa.

Vemos que Chacón M. y Ruiz L. 2015 En el trabajo titulado “Vivencias del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo” Concluyeron que el familiar del paciente hospitalizado experimenta situaciones negativas que provocan sentimientos de angustia, ansiedad, tristeza, miedo, desesperación y temor a la muerte.⁷

Así mismo Pechon A. 2016 en el trabajo titulado “Necesidades sociales, emocionales y cognitivas que influyen en el bienestar familiar de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos hospital Almanzor Aguinaga Asenjo Trujillo” Concluyeron que en las necesidades sociales el familiar se ve obligado a realizar modificaciones relevantes de sus hábitos, en las necesidades emocionales se manifiestan variedad de estados afectivos tales como sentimiento de pérdida, amenaza de muerte y duelo, angustia, depresión, dolor sufrimiento, esperanza, impotencia, preocupación, intranquilidad y frustración. En las necesidades cognitivas se manifiesta en el momento en que el familiar cuidador utiliza diferentes estrategias para soportar la crisis, tales como recurrir a los amigos, aferrarse a sus creencias religiosas y reconocer en la familia una red de apoyo.¹²

Otros de los sentimientos que manifestaron los familiares fue la desesperanza. Es el conjunto de experiencias frustrantes dolorosas y desalentadoras que viven varios de ellos, es probable que la experimenten por primera vez. Este sentimiento es un estado de pérdida de la motivación, de alcanzar los sueños, una renuncia a toda posibilidad de que las cosas se resuelvan

o mejoren, es así que otras de las subcategorías que se consideraron luego de los resultados de las entrevistas es la desesperación ante el final incierto.⁹

1.4.Desesperación ante el final incierto.

La desesperación es un estado de ánimo negativo ante cualquier esperanza o posible salida de una situación. 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. Si partimos de la idea de esperanza como una confianza que nos da fuerza y seguridad para afrontar el futuro a pesar de las dificultades que esto conlleve, la desesperanza será la negación de esta posibilidad de futuro lo que nos llevará a la desesperación.

Cuando hablamos de desesperación o desesperanza nos referimos 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, esta negatividad frena en el individuo la posibilidad de afrontar los problemas con éxito.

Ante la desesperación, las personas tienden a mostrarse ansiosas, furiosas y angustiadas. Poseen la sensación de haber caído en un pozo muy profundo, donde todo es oscuridad, no consiguen ver el camino que les saque de esa situación.⁹

Todo ello se ve reflejado en los siguientes discursos:

“....., siento desesperación por que el día de la operación aún no llega y no sabemos que pueda pasar si se demoran tanto para operarlo”.

Amarillo.

“Siento desesperación ante la situación de mi hijo, no se cuál va a ser su futuro, me dicen que quedará postrado en cama”.

Turquesa.

“Me desespero, ahora después de 2 meses yo la veo igual, temo por lo que pueda pasar con ella, no queremos que se muera”.

Fucsia.

“El médico que evaluó un día a mi esposa me dijo que el caso de mi señora estaba perdido, que no mejoraría nunca, esto me hace perder las esperanzas que mejore”.

Azul.

En los discursos arriba descritos, se evidencia que los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios, presentan experiencias de sufrimiento, donde las expectativas que tienen son negativas ante lo incierto del futuro de su paciente enfermo. El panorama de esperanza cambia a desesperanza cuando las promesas no funcionan y simultáneamente el tiempo de esperanza se acaba para ellos. Las personas piensan que no es posible modificar la realidad, y que independientemente de las acciones que emprendan para cambiarla, las cosas se quedaran como están. Del mismo modo Chacón M. y Ruiz L. 2015 En el trabajo titulado “Vivencias del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo” Concluyeron que el familiar del paciente hospitalizado experimenta

situaciones negativas que provocan sentimientos de angustia, ansiedad, tristeza, miedo, desesperación y temor a la muerte.⁷

Coincidiendo con el presente estudio

Finalmente las investigadoras consideramos que los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios presentan el sentimiento de desesperanza, debido a la situación compleja que atraviesa su paciente críticamente enfermo, sumado a esto perciben que la información que reciben del personal de salud es muchas veces desalentadora, creando una situación de incertidumbre y zozobra para ellos.

En todo el proceso de vivencias, los familiares también reaccionan ante ellas. Surgiendo así las siguientes categorías:

II. REACCIONES FRENTE A LA HOSPITALIZACIÓN DE SU FAMILIAR.

La reacción forma parte también de las vivencias; se las define como una acción que obra en sentido contrario a otra acción, ofreciendo resistencia u oposición. Se trata también de la forma en que algo o alguien se comportan ante un determinado estímulo. La hospitalización en un área crítica implica situaciones estresantes para la familia y el paciente, pues se altera la vida familiar que normalmente llevaban. Es importante que la familia acepte sus sentimientos y sean conscientes de sus emociones y reacciones, por extremas que sean, también forma parte de la asimilación de la hospitalización.¹³

Es usual que la familia exprese sentimientos de tristeza, dolor, ira, culpa, impotencia y desamparo, llegando a desear que todo sea sólo una gran pesadilla de

la que quieren despertar. Ante esta realidad los familiares expresan las siguientes conductas, las cuales se han agrupado en las siguientes subcategorías:

2.1. Queriendo huir de esta realidad de sufrimiento.

La hospitalización de un paciente críticamente enfermo genera situaciones de dolor y sufrimiento para la familia, ellos muestran sentimientos y emociones de intensidad variable. Es así que la familia experimenta situaciones intolerables ante el dolor de ver a su paciente críticamente enfermo y en ocasiones no acepta la gravedad de la enfermedad.

Por otro lado, alguno de ellos se ven abrumados por las malas noticias que surgen de la evolución de la enfermedad de su paciente, llegando al extremo de querer desconocer la realidad o huir de esta mala experiencia, es así como en los diferentes discursos encontramos lo siguiente:

“Desde que mi hermano enfermó la vida no es igual, cambió, me siento muy mal, quisiera huir de esto...”

Celeste.

“Quisiera que todo esto fuera un sueño, ya no podemos más, quiero huir de esta realidad, es doloroso ver a mi hermano postrado en esa cama”.

Amarillo.

“Mi hijo tiene 19 años, siempre me pregunto ¿por qué le tuvo que pasar a él? Es duro lo que tenemos que afrontar, ya no quiero verlo sufrir, esto es una pesadilla que ya no quiero seguir viviendo”.

Turquesa.

“Quisiera huir... los días pasan y pasan y no se termina este sufrimiento”.

Rojo.

En los discursos mencionados podemos apreciar que los familiares están abrumados por los sentimientos de dolor de ver a su paciente críticamente enfermo y ya no toleran la situación que atraviesan y pretenden que su realidad sea sólo una pesadilla. Por otro lado quieren abandonar y no continuar con la lucha por recuperar la salud perdida. Algunos de ellos manifiestan lo increíble que les resulta experimentar todos los días situaciones difíciles y extremas, y otros simplemente pretenden cerrar los ojos y creer que están experimentando una terrible pesadilla. La intensidad de cómo cada uno de ellos vivencia esta situación depende de las circunstancias particulares de cada ser, siendo única y diferente.

Una vez más las investigadoras resaltan la importancia de los mecanismos de apoyo social a la familia, de lo importante que es mejorar los sistemas de apoyo para la familia dentro de una institución de salud.

Cuando un miembro de la familia enferma gravemente y requiere hospitalización en la unidad de cuidados intermedios normalmente simboliza la ruptura de la armonía, verdaderos dramas familiares son vivenciados día a día constituyendo grandes cambios para la vida de todos quienes integran esa familia.¹⁴

Encontrando así otra subcategoría que a continuación se describe

2.2.Me siento afectado por las circunstancias.

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en algún de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición: Podría considerarse como una crisis,

dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.

Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generen cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente e inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, etcétera.

En caso de enfermedad aguda grave puede que el grado de desajuste es muy grande, dado la necesidad de cambios homeostáticos en breves lapsos, generalmente de corta duración, ya sea por la rehabilitación del enfermo o por su muerte, en cuyo caso la familia se enfrentará al duelo que muchos casos serán merecedores de apoyo terapéutico especializado.

Durante todo este proceso de enfermedad; la familia sufre al igual que el paciente y se puede generar cambios catastróficos dentro del seno familiar, ante esto el médico debe prevenir, diagnosticar e intervenir ya sea directamente o a través del equipo multidisciplinario de salud. ¹⁴

Así mismo observamos que el rol del cuidador se ve afectado por las circunstancias en los siguientes discursos.

“El accidente de mi hermano nos ha cambiado la vida, permanezco todo el día en el hospital.

Amarillo.

“.....Prácticamente vivo aquí en el hospital, he dejado de trabajar para estar junto a él,....

Turquesa.

“Permanezco en el hospital aguardando cualquier noticia, mi suegra se hace cargo de mis hijos, yo viajo cada 15 días a verlos”

Coral.

“Somos tres hermanos y nos turnamos para quedarnos en los pasadizos del hospital ante cualquier eventualidad que ocurra con mi madre. Yo he pedido permiso en 3 ocasiones en mi trabajo, ahora quiero pedir licencia para estar junto a mi madre”

Fucsia.

Estos discursos nos demuestran que la hospitalización y la evolución de la enfermedad genera en la familia y en especial en el cuidador una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, lo que conlleva a un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la cual se les añaden valores, costumbres y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, con de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla.

En función de este proceso se generan una serie de respuestas adaptativas que pueden ser funcionales o disfuncionales, que pudieran llevar a mayor estrés en la familia y a una crisis todavía más severa. Por ello resulta indispensable que los miembros del equipo de salud, se mantenga atento para apoyar a la familia de manera que las respuestas adaptativas sean lo más funcionales posibles dentro del potencial de cada grupo familia.¹⁴

Del mismo modo observamos los resultados del estudio de investigación Chavero R. 2017. Córdoba, España. En el trabajo titulado “La familia del paciente crítico, sus necesidades y el abordaje de Enfermería” Córdoba, Colombia, proponiendo el siguiente objetivo: Presentar las necesidades de la familia en unidad de cuidados intensivos, describiendo los factores que obstaculizan la inclusión del familiar en los cuidados de su ser querido, del mismo modo describir los factores facilitadores en el proceso de relación en el cuidado integral de la familia. Concluyeron que es necesario, identificar a la familia del paciente crítico, como una unidad de cuidado por parte de enfermería, también es fundamental nuestros conocimientos de sus necesidades para determinar intervenciones que los ayuden a sobrellevar la situación de angustia

que les toca atravesar. Además ser ese nexo entre el paciente y su familia, que viven en desesperanza, soledad e impotencia, es nuestra función fundamental.¹⁵

III. EXPERIMENTANDO EL APOYO DEL PERSONAL DE SALUD

3.1 Me brindan amistad y confianza.

La amistad es un tipo de unión afectiva que se basa en la comunicación, el apoyo mutuo, la comprensión, el cariño y la absoluta armonía entre dos personas. Una amistad sana tiene que tener cuatro características, entre ellas: la autenticidad, expresa claramente el modo de sentir sin máscaras ni reservas. La cordialidad, es la aceptación y consideración incondicional, sin pretender que los demás hagan lo que uno quiere. La empatía que es la capacidad para comprender lo que la otra persona siente. A veces es preciso escuchar intensamente lo que dice, y otras se percibe sin necesidad de palabras. La disposición de apertura hacia el otro, de compartir de puertas para afuera. Las personas que más se abren suelen tener más amigos.

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.

Se trata de una creencia que estima que una persona será capaz de actuar de una cierta manera frente a una determinada situación. En este sentido, la confianza puede reforzarse o debilitarse de acuerdo a las acciones de la otra persona. La confianza supone una suspensión, al menos temporal, de la incertidumbre respecto a las acciones de los demás. Cuando alguien confía en

el otro, cree que puede predecir sus acciones y comportamientos. La confianza, por lo tanto, simplifica las relaciones sociales.¹⁶

Lo cual se evidencia en los siguientes discursos:

“A veces no entiendo las palabras de las enfermeras, pero siento que si comprenden mi dolor, en ocasiones conversan conmigo y me dan aliento y esperanzas cuando a veces las voy perdiendo”.

Amarillo.

“El día que me dieron el diagnóstico de mi hijo sentí que me moría, no podía creerlo, sentí el apoyo del doctor y de las enfermeras que se acercaron y compartieron mi tristeza”.

Turquesa.

“Me he ganado la confianza de las enfermeras, siento que me estiman y valoran el esfuerzo que hago por mi esposo”.

Coral.

“Los médicos, las enfermeras para mí son los ángeles que cuidan a mi madre, he sentido apoyo y comprensión por parte del personal que trabaja en la unidad de cuidados intensivos, les agradezco mucho”.

Fucsia.

Estos discursos demuestran que el personal de salud brinda seguridad, esperanza y la confianza que necesitan los familiares en estos momentos; del mismo modo observamos los resultados del estudio de investigación realizado por Bautista L. y

otros 2016, Cúcuta, Colombia. En el trabajo titulado “Percepción de familiares de pacientes críticos hospitalizados, respecto a la comunicación y apoyo emocional” La percepción global de los familiares es favorable en un 80% expresando una connotación positiva. Los familiares de los pacientes ven la labor de enfermería como un comportamiento de cuidado humanizado centrado en la valoración del ser humano como ser holístico, donde el cuidado estuvo caracterizado por la empatía, la comunicación afectiva, el afecto y el tacto. Concluyendo que humanizar la unidad de cuidados intensivos, permite reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales, una familia participativa es una familia más sana con más herramientas para luchar contra la desesperanza que genera el ingreso de un paciente la unidad de cuidados intensivos.¹⁷

Del mismo modo Díaz V. 2017 en el trabajo titulado “Percepción del familiar respecto al cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente en la unidad de cuidados intensivos, del Hospital Nacional Arzobispo Loayza” Concluyeron que la percepción del familiar respecto al cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente es medianamente favorable. En cuanto a la dimensión biológica, y emocional fue medianamente favorable la dimensión sociocultural fue favorable y la dimensión espiritual fue desfavorable.¹⁸

Las investigadoras reconocen que los resultados del presente estudio coinciden con los resultados de los estudios revisados, resaltando la necesidad del cuidado humanizado no sólo al paciente sino también a la familia.

3.2 Me permiten cuidar a mi familiar.

El cuidado humano en enfermería se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente el paciente, sino también a la enfermera, como receptor y como transmisora de él. Tratar humanamente al enfermo significa considerarle una persona que sufre, en su cuerpo, y en su espíritu, y ha de ser entendido en su totalidad. Significa también prestar atención a su familia y contar con su colaboración en el cuidado del mismo. El trato humano al enfermo exige humanizar nuestra propia persona y reconocer que ese trato, a su vez nos humaniza. Esta humanidad manifestada en la entrega al enfermo es la mejor medicina que podemos ofrecer.

Relación de persona: Es el resultado de una serie de interacciones planeadas entre dos seres humanos (enfermera – paciente). Constituye una serie de experiencias de aprendizaje para ambos participantes, durante los cuales desarrollan habilidades cada vez mayores para relacionarse.

Propósito de la enfermera es proporcionar una relación personal en la cual su paciente pueda aprender estrategias de adaptación para afrontar el estrés de toda relación. Las fases de la relación de enfermera – paciente son, tratar amablemente y con delicadeza al paciente, interesarse por el problema del paciente, aplicar justicia al brindar atención, explicarle cada procedimiento al paciente antes de realizarlo, valorar al paciente de manera holística, aplique el principio de no maleficencia al brindar atención al paciente, aplique el principio de autonomía, acuda al llamado del paciente, escuche sus problemas y brinde apoyo emocional.

Dentro de las características de la relación de enfermera – paciente encontramos confianza, Se define como la convicción de que los demás individuos son capaces de proporcionar ayuda en momentos de sufrimiento, y probablemente lo harán y

fomenta un dialogo abierto terapéutico; empatía: capacidad para comprender y aceptar la vida de otra persona y para captar sufrimientos con exactitud; preocupación: preocuparse por alguien es tener en consideración de manera positiva. Es el elemento básico de la relación enfermero-paciente, así mismo es la base de la enfermería como ciencia humana; autonomía y mutualidad. ¹⁹

La enfermera y el paciente trabajan en equipo, en un proceso en la toma de decisiones con la finalidad de alcanzar y mantener un óptimo bienestar.

Lo cual se evidencia en los siguientes discursos:

“Me dan oportunidad de verlo y atenderlo, ahora ingresamos a darle masajes en sus brazos, acomodarle su almohada, él se siente mejor cuando ingresamos a atenderlo”.

Amarillo.

“Me hago cargo de proporcionarle sus alimentos, aprovecho para conversar con él, darle ánimos para que no se deprima”.

Turquesa.

“Estoy con él a la hora de las comidas, él se siente contento cuando estoy a su lado, los médicos autorizaron el ingreso de mis tres menores hijos para que puedan ver a su padre después de 1 año”.

Coral.

“Estamos pendientes de ella, ahora nos permitan tocarla y hablarle, ella está dormida, pero nos alegra estar más tiempo con ella”.

Fucsia.

Estos discursos nos demuestran que el personal de salud proporciona una relación personal en la cual los familiares han logrado aprender estrategias de adaptación para afrontar el estrés de esta situación.; del mismo modo observamos los resultados del estudio de investigación realizado por Díaz A.; Díaz, N. 2018. En el trabajo titulado: *“Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes crítico”* en el cual se concluyó que, las relaciones interpersonales que mantuvieron familiares y profesionales sanitarios fueron percibidas y descritas como ineficaces por ambas partes. La característica de la interacción entre familia y profesional sanitario es descrita como asimétrica. Los familiares identifican como necesario el apoyo social del profesional de enfermería en el manejo adecuado de su situación estresante y expresan como herramienta fundamental una adecuada relación interpersonal con el equipo cuidador.²⁰

Así mismo Etxeberria J. En el trabajo titulado “Sobrecarga emocional de las familias de los pacientes de Unidad de Cuidados Intensivos” Navarra, España. Siendo su objetivo analizar el impacto que supone el ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos sobre las necesidades emocionales de los familiares e identificar cuáles son los factores que inciden con mayor intensidad en la sobrecarga emocional, Concluyendo que existe una necesidad de atender las necesidades de los familiares mediante un abordaje multidisciplinario, identificando las necesidades individuales de las familias para planificar intervenciones efectivas, planteando intervenciones para integrar a la familia en el cuidado de su paciente, estableciendo criterios de transmisión de información según competencias, de manera que esta necesidad sea cubierta y por ultimo flexibilizando las políticas de visita.²¹

3.3. Me informan del estado de salud y su evolución

En la relación enfermera - familia; el proceso de comunicación es el elemento fundamental para brindar cuidado, la comunicación es un proceso dinámico fundamental para la existencia, el crecimiento, el cambio y la conducta de todos los seres vivos, ya sean individuos u organizaciones.

La comunicación es una herramienta terapéutica esencial que da acceso a la autonomía, a la confianza mutua, la seguridad e información que es imprescindible para coordinar entre el equipo de salud la familia y el paciente. Al establecer contacto con la familia, la enfermera puede utilizar los dos sistemas básicos de comunicación (la comunicación verbal y la no verbal), que pueden hacer de este proceso algo sencillo o complicado para ambos, más aún si no se tiene un conocimiento mínimo de la cultura, la personalidad de la familia y el tipo de comunicación que es particular en esta adicionalmente el contexto y las circunstancias propias del ambiente de la unidad de cuidados intensivos.¹⁹

Lo cual se evidencia en los siguientes discursos:

“A pesar de que no son buenas las noticias, la doctora nos comunica que el estado de salud de mi hermano es estable”.

Amarillo

“Hace 10 días le hicieron la traqueotomía, la enfermera me dijo que mi hijo ya podrá hablar, eso me hace feliz, por fin voy a escuchar su voz, eso es un avance para mi hijo”.

Turquesa.

“Los médicos me informaron que infección que tenía en los pulmones esta curada, ya tiene menos flema y no hace fiebre, eso me tranquiliza, las enfermeras dicen que mi esposo es fuerte y valiente”.

Coral.

“Los médicos nos han dado muchas esperanzas, sólo tenemos que esperar, hay una lenta mejoría, los resultados de los análisis de sangre, que le hicieron ayer, han mejorado, dice la enfermera que la infección está remitiendo”

Fucsia.

Estos discursos nos demuestran que es primordial que el equipo de salud brinde facilidades y acceso a la información del estado del paciente, transmitiendo seguridad y confianza con el objeto de ayudarlos a satisfacer necesidades en los momentos de gran vulnerabilidad y contribuir a la homeostasia familiar

Los profesionales de enfermería deben hacer uso por igual de todos los canales de comunicación con la familia de manera que se pueda establecer una buena relación comunicativa ya que se encuentran en una situación generalmente difícil y en la que es muy importante la forma en la que la enfermera interactúa con ellos.

Bautista L. y otros 2016, Cúcuta, Colombia. En el trabajo titulado “Percepción de familiares de pacientes críticos hospitalizados, respecto a la comunicación y apoyo emocional” cuyo objetivo fue evaluar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico respecto a la comunicación verbal y no verbal, y el apoyo emocional brindado

por el personal de enfermería durante la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos. La percepción global de los familiares es favorable en un 80% expresando una connotación positiva. Los familiares de los pacientes ven la labor de enfermería como un comportamiento de cuidado humanizado centrado en la valoración del ser humano como ser holístico, donde el cuidado estuvo caracterizado por la empatía, la comunicación afectiva, el afecto y el tacto. Concluyendo que humanizar la unidad de cuidados intensivos, permite reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales, una familia participativa es una familia más sana con más herramientas para luchar contra la desesperanza que genera el ingreso de un paciente a la unidad de cuidados intensivos.¹⁷

Etxeberria J. En el trabajo titulado “Sobrecarga emocional de las familias de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos” Navarra, España. Concluyendo que existe una necesidad de atender las necesidades de los familiares mediante un abordaje multidisciplinario, identificando las necesidades individuales de las familias para planificar intervenciones efectivas, planteando intervenciones para integrar a la familia en el cuidado de su paciente, estableciendo criterios de transmisión de información según competencias, de manera que esta necesidad sea cubierta y por ultimo flexibilizando las políticas de visita.²¹

V. EXPERIMENTANDO LA INCOMPRENSIÓN Y MALTRATO DEL PERSONAL DE SALUD

El maltrato es la acción y efecto de maltratar (tratar mal a una persona, menoscabar, echar a perder). El concepto está vinculado a una forma de agresión en

el marco de una relación entre dos o más personas. Sus características dependen del contexto.

El maltrato más leve es aquel que se produce en una situación espontánea o esporádica y que suele estar relacionado con la falta de respeto y la agresión verbal. Ese tipo de situaciones, por lo general, termina de manera abrupta y sin mayores consecuencias. Cuando el maltrato es cotidiano, en cambio, resulta mucho más grave, ya que puede dejar marcas físicas y psicológicas en la víctima.²²

Lo que se evidencia en los siguientes discursos:

“El personal no es amable, nos dicen que hay que esperar la visita, nos gritan, nos sacan de la unidad, me parece que deben ser más comprensivas”.

Anaranjado

“Soy bien sincera, yo no estoy contenta con el trato que dan a los familiares, ellas se ponen molestas cuando uno pregunta, esa no es la manera de tratarnos, ellos son médicos, enfermeras preparadas para saber atendernos”.

Marrón

“El personal, no nos trata bien, nos hacen salir de la unidad de muy mala manera, se molestan cuando uno les hace una pregunta sobre nuestro paciente”

Blanco.

“No nos atienden bien, a veces su trato es indiferente hacia nosotros que somos la familia, no entienden que estamos preocupados por lo la salud de mi madre”.

Celeste.

Estos discursos nos demuestran que la relación que desarrolle el personal de enfermería con el familiar del paciente es percibida por ellos como de maltrato e incompreensión, lo que favorece su sufrimiento, del mismo modo observamos los resultados del estudio de investigación realizado por Díaz A.; Díaz, N. 2018. En el trabajo titulado: “Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos en el Hospital de Fuenlabrada-Madrid”, en el cual se concluyó que, las relaciones interpersonales que mantuvieron familiares y profesionales sanitarios fueron percibidas y descritas como ineficaces por ambas partes. La característica de la interacción entre familia y profesional sanitario es descrita como asimétrica. Los familiares identifican como necesario el apoyo social del profesional en el manejo adecuado de su situación estresante y expresan como herramienta fundamental una adecuada relación interpersonal con el equipo cuidador. Por su parte, los profesionales de enfermería del estudio no asumen como sujeto de cuidados a los familiares del paciente crítico.²⁰

Mientras que Chilin N. 2017 En el trabajo titulado “Comunicación y apoyo emocional de enfermería en percepción del familiar del paciente critico internado en el Hospital Naval 2017” Concluyeron que hay una relación positiva y significativa entre la comunicación y el apoyo emocional de enfermería.²³

CAPITULO III

CONSIDERACIONES FINALES

- Los familiares de pacientes con hospitalización en la Unidad de Cuidados Intermedios, manifiestan que existen cambios significativos, desde que se inicia la hospitalización, presentándose diversas vivencias enmarcadas en sentimientos, emociones y reacciones.
- Experimentan emociones negativas como angustia, impotencia y desesperanza, las cuales fueron verbalizadas por cada uno de ellos.
- Las vivencias marcan mayor o menor relevancia dependiendo de los mecanismos de afrontamiento de cada miembro de la familia y su red de apoyo para superarlas, es así que algunos manifiestan querer huir de la realidad que están viviendo. Así mismo otros manifiestan que la experiencia difícil vivenciada por ellos fortaleció su fe en Dios.
- Algunos de los familiares sienten que no recibieron el apoyo adecuado por parte de los profesionales, quienes sólo se interesaron por la enfermedad de su paciente, por otra parte otros experimentaron el apoyo y confianza, permitiéndoles el cuidado de su familiar enfermo.
- Humanizar la Unidad de Cuidados Intermedios, permite reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales, una familia participativa es una familia más sana con más herramientas para luchar contra la desesperanza.

RECOMENDACIONES

- **AL DIRECTOR DEL HOSPITAL**

- A crear espacios físicos para la permanencia de los familiares de los pacientes con hospitalización en la Unidad de Cuidados Intermedios.

- **AL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS**

- Fortalecer la interrelación con los familiares de los pacientes, facilitándoles la expresión de sus sentimientos y pensamientos.
- Integrar al familiar en el cuidado humanizado de su paciente.
- Visualizar al equipo multidisciplinario como un personal humanizado.
- Flexibilizar los horarios de visita a los familiares con hospitalización en la Unidad de Cuidados Intermedios.
- Proporcionar a la familia la información diaria sobre el estado, evolución y pronóstico del paciente.

- **A LA JEFATURA DE ENFERMERIA**

- Promueva programas de capacitación al personal de enfermería enmarcados en la familia con la finalidad de fomentar el cuidado humanizado que respondan a las exigencias actuales.

- **AL DECANO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:**

- Promover en los estudiantes y docentes la realización de investigaciones relacionados con las vivencias de los familiares de pacientes hospitalizados en unidades críticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fuentes E. y otros. Unidad crítica de adultos de puertas abiertas: Vivencias de enfermería en un Hospital Público de Quintana Roo. Revista salud quintana volumen 11. N° 38 enero – abril 2018 pag. 17 – 21
2. Pinillos E y Díaz M. Satisfacción del familiar del paciente en la unidad de cuidados intensivos con la interacción de la enfermera. (Internet) 2017 (Citado 2019 Set 20) Disponible en repositorio.upao.edu.pe.
3. Pólit Hungler. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5ta ed. México: Interamericana S.A. 2000.
4. Martínez P. El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica (Internet). 5ta ed. 2006 (Citado 2019 Agost 13). Disponible en <http://www.sedalyc.org/articulo>.
5. Report B. Informe Belmont (Internet). 2da ed. 2008 (Citado 2018 Nov 18). Disponible en <http://es.m.wikipedia.org/wiki/in>
6. Punset E. El viaje a la felicidad. Las nuevas claves científicas (Internet). 8 va ed. Barcelona ediciones Destino. S. A. Revista de psicología, 2006 (Citado 2019 FEB 23) Disponible en <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/vivencia>.

7. Chacón M. Ruíz L. “Vivencia del familiar de la persona hospitalizada en la UCI del Hospital Regional Docente de Trujillo” (Internet) 2015 (citado 2019 Jul 11) Disponible en <http://repositorio.unp.ng.edu.pe/handleUNPRG>.
8. Márquez M. La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivo (Internet) Ed 2. Bogotá Reb. Cien.
9. Barrull C. Sentimiento. (Internet) 2da ed. Copyright 2012 – (Citado el 2019 Marz 23) Disponible en http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/que_es_la_emocion.htm.
10. Tarquino L. “La familia del paciente en UCI” Bogotá Colombia. (Internet) 2014 (Citado 2019 Set 02) Disponible en repository.urosario.edu.co.
11. Goleman, D. La enciclopedia libre concepto de sentimiento. (Internet) 2da ed. Argentina. copyright, 2010 (Citado el 2016 Feb 23) Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/sentimiento>.
12. Pechon A. “Necesidades sociales, emocionales y cognitivas que influyen en el bienestar familiar de los pacientes hospitalizados en UCI hospital Almanzor Aguinaga Asenjo Trujillo” (Internet) 2016 (Citado 2019 Jul 21) Disponible en dspace.unitru.edu.pe.

13. La enciclopedia libre. Reacción. (Internet) 2da ed. Coprynght 2012 Disponible en <http://definición.de/reacción/>
14. Delgado K. Percepción de la familia del paciente oncológico sobre el soporte emocional que le brinda la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos INEN, (Internet). 2da ed. 2008 (Citado el 2018 Agost 21). Disponible en <http://aprendeonlinea.udea.edu.co/revistas/>
15. Chavero R. “La familia del paciente crítico, sus necesidades y el abordaje de Enfermería” Córdova, Colombia (Internet) 2017 (Citado 2019 Agost 21) Disponible en <http://www.enfermeria21.com>.
16. Vallejo J. Introducción a la psicopatología y la Psiquiatría. (Internet) 3ra ed. España. Publicado por Elsevier, 2006 (Citado 2016 Feb 23). Disponible en [«http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Pensamiento &oldid=56748624](http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Pensamiento&oldid=56748624)
17. Bautista L. y otros “Percepción de familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional” Cúcuta Colombia. (Internet) 2016 (Citado 2019 Agost 06) Disponible en www.scielo.org.co/pdf/cuid.
18. Díaz V. “Percepción del familiar respecto al cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente en la unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados intermedios del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”(Internet) 2017 (Citado 2019 Jul 25) Disponible en [cybertesis,unmsm.edu.pe](http://cybertesis.unmsm.edu.pe)

19. Flores I. la comunicación verbal y no verbal. Barcelona, España 2013. Pag 10.
20. Diaz A. Díaz N. Ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. Madrid España (Internet) 2017 (Citado 2019 Agost 02) Disponible en www.nure.org/download.
21. Etxeberria J. “Sobrecarga emocional de las familias de los pacientes de UCI” España. (Internet) 2014 (Citado 2019 Jul 11) Disponible en <https://academic.e.unavarra.es>.
22. Cerón. Y. Definición de maltrato: Concepto (Internet) (Citado 2017 Agost 08) Disponible en <http://definición de maltrato>.
23. Chilin N. “Comunicación y apoyo emocional de enfermería en percepción del familiar del paciente critico internado en el Hospital Naval 2017” (Internet) 2017 (Citado 2019 Jul 04) Disponible en repositorioucv.edu.pe/ucv.

ANEXOS

ANEXO N° 01
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... Identificado con DNI
N°..... Declaro haber sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los fines y objetivos de la investigación: “Vivencias de los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad De Cuidados Intermedios de un Hospital Nivel III Regional EsSalud Piura 2018, siendo realizada por las Lic. Enf. Verónica Alfaro Vásquez y Denissi Bayona Sandoval

La presente tiene por objetivo: Analizar y comprender las Vivencias de los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital José Heredia 2018.

Por lo cual participaré de las entrevistas que serán grabadas en su totalidad por las autoras respecto a la temática a investigar. Asumiendo que la información solo será tratada por las investigadoras y su asesora, quienes garantizan que mi privacidad será custodiada.

Asumo conscientemente que el informe final será publicado, no siendo mencionados los nombres de las participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto me cueste algún prejuicio.

Tomando en consideración lo descrito anteriormente, OTORGO MI CONSENTIMIENTO a que se me realice la entrevista.

Piura,.....de.....2018

Firma de la participante

N° D.N.I

ANEXO N° 02

ENTREVISTA A FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DE UN HOSPITAL NIVEL III REGIONAL ESSALUD PIURA 2018

OBJETIVOS: Recoger información que permita analizar y comprender las “Vivencias de los familiares de pacientes hospitalizados en La Unidad De Cuidados Intermedios de un hospital nivel III Es Salud Piura 2018”

Por ello solicitamos su colaboración respondiendo a las siguientes preguntas, las mismas que serán grabadas para lograr total veracidad del trabajo de investigación. Además es fundamental conocer que la presente es totalmente anónima.

DATOS GENERALES:

Edad:

PREGUNTAS ORIENTADORA

1. ¿Cuáles han sido sus vivencias desde que su familiar ingreso a la unidad de cuidados intermedios?
2. ¿Qué siente Ud. Ante la hospitalización se su familiar en la unidad de cuidados intermedios?
3. ¿Cree Ud. que el personal de la unidad de cuidados intermedios le brinda facilidades para expresar sus sentimientos frente a la situación que experimenta con su familiar hospitalizado?