



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



**CUIDADO ENFERMERO A LA FAMILIA DE PACIENTES DE
LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO - 2016**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - ADULTO**

AUTORES

Lic. CLARIZA RAQUEL BUSTAMANTE GARCÍA

Lic. AURA CECILIA PAIS LESCANO

ASESORA

Mg. DORIS LIBERTAD PAIS LESCANO

LAMBAYEQUE – PERÚ

2017

**CUIDADO ENFERMERO A LA FAMILIA DE PACIENTES DE
LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO - 2016**

PRESENTADA POR:

Lic. CLARIZA RAQUEL BUSTAMANTE GARCÍA
AUTORA

Lic. AURA CECILIA PAIS LESCANO
AUTORA

Mg. DORIS LIBERTAD PAIS LESCANO
ASESORA

**CUIDADO ENFERMERO A LA FAMILIA DE PACIENTES DE
LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO - 2016**

APROBADA POR:

Dra. JOVITA PALOMINO QUIROZ
PRESIDENTE

Dra. ESPERANZA RUIZ OLIVA
SECRETARIA

Mg. MARCELINA POLO CAMPODÓNICO
VOCAL

DEDICATORIA

A mi madre que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores lo cual me ha ayudado a seguir adelante en los momentos difíciles.

A mi padre que desde el cielo me ilumina para seguir adelante con mis proyectos.

También dedico a mi hija Nadine quién es mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para ella.

Clariza Raquel

DEDICATORIA

A mis padres Margarita Aurora y Carlos Alberto, personas maravillosas que con sus consejos y sabiduría supieron encaminarme en la culminación de mis proyectos.

A mis hijos Claudia Cecilia, María Pía, María Zol y Ricardo a quienes amo con toda mi alma y son motivo de inspiración, trabajo y superación.

A mis hermanos Doris, Carlos y Elena, por su amor y apoyo incondicional.

Aura Cecilia

AGRADECIMIENTO

El principal agradecimiento a Dios
quién me guía y da la fortaleza para
seguir adelante.

A mi familia por su comprensión y
estímulo constante, además su apoyo
incondicional a lo largo de mis estudios.

A todas las personas que de una y
otra forma me apoyaron en la realización
de este trabajo.

Clariza Raquel.

A Dios por enseñarme a serenarme
frente a la lucha y los obstáculos y
proseguir en la culminación de mis
metas trazadas.

Aura Cecilia.

AGRADECIMIENTO

A nuestra Asesora Mg. Doris Libertad Pais Lescano por su apoyo en el desarrollo de este trabajo de investigación.

A todos los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI, quienes brindaron parte de su tiempo y permitieron recolectar la información requerida en esta investigación.

Las autoras

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO II METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
2.1 Tipo y Diseño de Investigación	23
2.2 Población y Muestra	23
2.3 Criterios de Inclusión	24
2.4 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	24
CAPÍTULO III: RESULTADOS	27
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	32
CONCLUSIONES.....	40
RECOMENDACIONES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
ANEXOS	48

RESUMEN

La interacción familia-enfermera es clave para propiciar una atención integral, evitar efectos psicológicos adversos y generar entornos terapéuticos humanizados carentes de connotación negativa. La presente investigación titulada “Cuidado Enfermero a la familia de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo- 2016”, de diseño cuantitativo, descriptivo, tuvo como objetivo determinar el cuidado enfermero a la familia de pacientes de la unidad de cuidados intensivos, según Teoría de la Comprensión Facilitada. La hipótesis planteada fue: el cuidado enfermero a la familia de pacientes de la unidad de cuidados intensivos, es regular. La población estuvo conformada por los familiares de 50 pacientes en los meses de Julio Agosto y Septiembre del 2016 a quienes se aplicó el cuestionario diseñado y estructurado según las dimensiones e indicadores operacionalizados con 26 ítems. Los resultados indicaron que los cuidados que se brindaron en relación al componente teórico fue 80%, el componente empírico 62% y el componente conceptual 54 %, concluyendo que el cuidado enfermero a la familia de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos, según la teoría de la comprensión facilitada va de regular a deficiente.

Palabras clave: Cuidado enfermero, familiares de pacientes, cuidados intensivos.

ABSTRACT

Family-nurse interaction is key to promoting comprehensive care, avoiding adverse psychological effects, and generating humanized therapeutic settings that lack negative connotations. The present research entitled "Nursing care to the family of patients of the Intensive Care Unit (ICU), Regional Teaching Hospital Las Mercedes, Chiclayo - 2016", with quantitative, descriptive design, aimed to determine nursing care to the family of Patients of the intensive care unit, according to Theory of Facilitated Understanding. The hypothesis was: Nursing care for the intensive care unit's family of patients is regular. The population was composed by the relatives of 50 patients in the months of July, August and September of 2016, to whom the questionnaire was designed and structured according to the dimensions and indicators operationalized with 26 items. The results indicated that the care provided in relation to the theoretical component was 80%, the empirical component 62% and the conceptual component 54%, concluding that the nursing care to the family of the patients of the intensive care unit, according to the Theory of understanding facilitated goes from regulating to deficient.

Keywords: Nursing care, family members of patients, intensive care.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Se entiende por familia el grupo de individuos que vive bajo un mismo techo, comparte una historia en común, rasgos genéticos, estilo de vida, costumbres y creencias. Todas las personas tienen una familia y esta es el grupo social más influyente para el desarrollo, la formación, la educación, la adaptación y el esparcimiento ⁽¹⁾.

Cuando una familia es funcional se comporta como una unidad, como un sistema con estrechos vínculos irreducibles en donde cualquier modificación que ocurre en alguno de sus miembros repercute en los otros (2), razón fundamental para comprender que, cuando la familia enfrenta el proceso de salud enfermedad de alguno de sus integrantes; esto constituye una entidad que en sí misma necesita atención (1).

A nivel mundial este hecho es reconocido y promulgado por el personal de salud ⁽¹⁾; sin embargo, cuando ocurre una hospitalización es olvidado, pues desde el ingreso hasta el tratamiento suscitan la disolución del binomio paciente-familia de modo tal que esta última no es prioridad, no es tenida en cuenta y pasa a ser considerada un ente molesto, perturbador, evitable, pasivo, espectador y ajeno sin efecto o trascendencia ⁽²⁾.

Por lo complejo del cuidado que allí se ofrece, por las normas propias de funcionamiento y por la atención centrada casi de manera exclusiva en el sujeto

que está presentando la alteración fisiológica, la unidad de cuidados críticos es un lugar representativo de la exclusión familiar. Por años se consideró necesario este aislamiento pues se tenían ideas erróneas acerca del agotamiento emocional, infecciones, aumento de costos por uso de insumos, alteraciones de las constantes vitales e interferencia u obstaculización en la realización de actividades ⁽¹⁾.

En Colombia estudios han demostrado que en este marco la rutina era el “secuestro del paciente”, colocar a la familia fuera de la unidad y limitar la autonomía de estos dos entes hasta establecer la dependencia total hacia el personal de salud, lo que genera un ambiente hostil que convierte la experiencia en atemorizante, estresante, angustiante, caótica, aburrida, solitaria, desesperanzadora y llena de incertidumbre ⁽³⁾.

Estudios iniciados desde finales de la década de 1970 demostraron que la restricción familiar “no es cuidado, no demuestra compasión, no es necesaria” y que su participación activa constituye una estructura de apoyo que disminuye la aparición de delirios, síndromes psicóticos y alteraciones afectivas. Reduce el aburrimiento, el estrés, la ansiedad; promueve la recuperación, la felicidad, la satisfacción; facilita la educación, la comunicación, y disminuye las complicaciones cardiovasculares, lo que redundaría en una disminución de la actividad autonómica (menor tono vasomotor, menor trabajo del ventrículo izquierdo, menor actividad plaquetaria) y un perfil hormonal más favorable (descenso de TSH, cortisol) ⁽⁴⁾.

Las necesidades de los familiares del paciente y su inclusión integral desde la perspectiva de enfermería pueden ser abordadas a partir del modelo de sistemas de Betty Neuman, el modelo de adaptación de Callista Roy o desde la teoría de la incertidumbre. No obstante, si se quiere ser específico, se puede utilizar la teoría de la comprensión facilitada.

La Teoría de la Comprensión Facilitada fue elaborada por Jude .E davidson en el año 2010,⁽¹⁾. Deriva de la Teoría de Adaptación de Roy y la Teoría de Información Organizacional de Weick, es una teoría de rango medio. Basado en sus tres componentes: Conceptual, Teórico y Empírico, tiene como objetivo disminuir los efectos psicológicos adversos de la familia cuando uno de sus miembros se encuentra frente a la enfermedad crítica. Es decir interrelaciona Enfermera, familia y Entorno.

El Componente Conceptual, deriva de la Teoría de Adaptación de Roy.- quien refiere que la Enfermedad es una interrupción de la vida, está requiere un periodo de compensación y este periodo conduce a la adaptación, esta puede ser positiva o negativa, completa o incompleta, depende del periodo de compensación. Es decir explica porque los miembros de familia deben compensar la situación pero no nos dice que hacer para ayudarlos.

La Teoría Organizacional de Weick.- Explica como las Organizaciones dan sentido a la información cuando es confusa o ambigua, esta evoluciona a medida que van extrayendo información del entorno. Los empleados al igual que los

familiares reciben muchas señales del medio ambiente, estas se ordenan para formar una impresión del lugar de trabajo.

El componente teórico según Davidson, define la Comprensión Facilitada como un proceso dinámico, continuo, reflexivo y creativo por el que las enfermeras involucran a la familia en el proceso del cuidado y le ayudan a interpretar la información que reciben del medio ambiente, de manera tal que tengan de esta una conciencia correcta y positiva frente a la hospitalización de una persona en cuidado intensivo. La familia para estar bien necesita dar sentido a la situación, comprender lo que está pasando adaptarse a su nuevo rol, entender lo que deben hacer.

El componente Empírico asimismo está conformado por todas aquellas actividades o intervenciones de comunicación que incluyan: La escucha empática, la resolución de dudas, la aclaración del significado del entorno que rodea al paciente , revisión de necesidades insatisfechas, la elaboración-resolución de preguntas y las actividades guiadas a la cabecera del paciente.

La interacción familia-enfermera es clave para propiciar una atención integral, evitar efectos psicológicos adversos y generar entornos terapéuticos humanizados carentes de connotación negativa. Las necesidades cognitivas, emocionales y sociales más relevantes de la familia del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado crítico son: tener información honesta veraz, oportuna, en términos comprensibles, sin falsas expectativas. Creer que hay esperanza,

confianza, empatía, disposición y respeto. Tener proximidad, reglas claras, tranquilidad, y sentir que el ser querido recibe sin restricciones cuidados de alta calidad ⁽¹⁾.

Un plan de cuidados estandarizado basado en la teoría de la comprensión facilitada es un instrumento accesible y fácilmente realizable que mejora la calidad de la atención y redundante en la promoción de la continuidad, eficiencia, seguridad y excelencia; constituye una oportunidad para corroborar que la teoría no está asociada solo con procesos complejos abstractos que fundamentan y fortalecen la disciplina, sino que también son un modelo que guía y fundamenta las intervenciones diarias, contribuyendo a la planificación, predicción, evaluación, calidad y visibilidad del cuidado ⁽⁵⁾. Aplicar la teoría de la comprensión facilitada es una teoría de alcance medio para apoyar a las familias de pacientes hospitalizados en UCI, tal como lo expresa Moreno Fergusson: se fundamenta en “Tener esquemas mentales que orientan la práctica, y constituyen un aspecto esencial del pensamiento lógico para la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de las personas” ⁽⁵⁾

EL Hospital Regional Docente Las Mercedes pertenece al Ministerio de Salud (MINSA), de Nivel II-2, cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) constituida hace 16 años, polivalente con capacidad de 06 camas: 05 en ambiente común y 01 cama ambiente aislado, atiende a toda la población de la Macro Región Norte, e ingresan pacientes desde un mes de vida hasta la etapa de

vida adulto mayor. Cuenta con recurso humano capacitado e identificado con el servicio: 05 médicos 10 Enfermeras, y 05 técnicos de Enfermería.

Se realizó una entrevista a los familiares los cuales refirieron que el estar en UCI con sus pacientes atraviesan una experiencia estresante, traumática y desagradable que se relaciona con enfrentarse a una situación de salud cercana a la muerte, el sufrimiento, la ruptura de roles y el desconocimiento del pronóstico los hace sentirse ansiosos y con mucha incertidumbre frente al futuro de la persona que tienen hospitalizada. Manifestaron que los primeros momentos son los más delicados, porque sienten que llegan a un ambiente desconocido, su padre, madre, hijo, hermano, etc. está inconsciente, rodeado de cables, conectado a tubos, no saben si son las últimas horas que van a estar a su lado o si quedará incapacitado para el resto de su vida. Asimismo expresaron que perciben hostilidad ante la experiencia del cuidado intensivo.

En la práctica diaria se observa la poca atención que se le da a la familia de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos la entrevista es muy corta al momento del ingreso o a veces no se da porque está centrada en la atención directa del paciente que ingresa a la unidad, y está limitada a dar algunas indicaciones acerca de los horarios de visita y las restricciones de ingreso a la unidad, el médico realiza entrevista al familiar para obtener datos o antecedentes del paciente.

Asimismo se observa una gran debilidad; el hecho de no contar con Jefa de enfermeras permanente en la Unidad. Las funciones administrativas, son asumidas por la enfermera asistencial y al laborar dos enfermeras por turno asume la responsabilidad la enfermera con más tiempo de servicio a fin de solucionar cualquier problema. Durante la hora de visita la enfermera brinda consejería sobre medidas de bioseguridad. Algunas enfermeras conversan con los familiares cercanos y el tiempo que se destina al cuidado de la familia es mínimo, así mismo no se brinda información de los cuidados que brinda la enfermera al paciente crítico.

El médico da informe después de la visita médica limitándose a informar sobre la evolución y tratamiento del paciente. La enfermera no lo hace, muchas veces por falta de tiempo o quizás porque no se le da la importancia requerida y no existe norma o protocolos establecido; además no se cuenta con ningún instructivo para guiar a la familia del paciente crítico.

Hay poca flexibilidad en los horarios de visita por parte del personal, siendo limitado cuando el paciente está en fase terminal, o no hay posibilidad de recuperación. No se cuenta con espacio físico adecuado para su atención. Los familiares permanecen en el primer piso en la sala de espera del servicio de emergencia, cuando solicitamos su presencia para algún informe hay que bajar a buscarlos.

La UCI del HRDLM no cuenta con un protocolo estandarizado para la entrega de información a la familia, tampoco se cuenta con servicio telefónico en la unidad que permita a los familiares comunicarse a pesar que la información por este medio puede ser muy limitada o restringida; sin embargo en algunos casos puede ser de mucha ayuda o tranquilidad para el familiar; así mismo no hay una unidad de Cuidados Intermedios en la institución, por lo que hay pacientes que permanecen más tiempo del promedio estándar de estancia en este tipo de unidades, falta de información a la familia, desconocen la rutina del trabajo en la UCI por lo que suelen no comprender las restricciones de ingreso a la unidad, desconocen la tecnología que se usa en el cuidado del paciente y en muchos de los casos muestran desconfianza en relación al uso de los medicamentos que se les solicita.

Desde esta perspectiva los investigadores se plantearon la interrogante: ¿Cómo es el cuidado enfermero a la familia de pacientes de la unidad de cuidados intensivos, según la teoría de la comprensión facilitada, Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo- 2016?

El objetivo general fue determinar el cuidado enfermero a la familia de pacientes de la unidad de cuidados intensivos, según la teoría de la comprensión facilitada, y la hipótesis planteada fue: el cuidado enfermero a la familia de pacientes de la unidad de cuidados intensivos, Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo- 2016, es regular.

De forma específica se decidió identificar el cuidado enfermero a la familia de pacientes de la unidad de cuidados intensivos, según el componente conceptual, según el componente teórico y según el componente empírico en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo- 2016;

La investigación se justificó porque la teoría de la comprensión facilitada derivada del modelo de Calixta Roy, exige a la enfermera asumir un papel activo para que los familiares de los pacientes reciban permanentemente la información adecuada y necesaria; por lo tanto el estudio de investigación permitirá conocer como es el cuidado de enfermería a los familiares del paciente crítico bajo esta propuesta.

La relevancia del estudio radicó en que la enfermera como líder del equipo de salud gestiona los cuidados que debe recibir los familiares de pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

La investigación es trascendente para la sociedad beneficiando a la población usuaria ya que a partir de sus resultados permitirá proponer un protocolo para el cuidado integral del paciente, involucrando a la familia; así mismo elevar la calidad de atención en la UCI, satisfaciendo la necesidad de información y participación de la familia.

Los resultados permitirán que los enfermeros intensivistas orienten las prácticas durante el cuidado que brindan a los familiares de los pacientes, y a

partir de los resultados generar nuevos estudios de investigación con la teoría de la comprensión facilitada.

El presente informe está estructurado en cuatro capítulos: Capítulo I Introducción; Capítulo II Metodología: Tipo y diseño, población y muestra, criterios de inclusión, técnicas e instrumentos de recolección de los datos; Capítulo III: Resultados; Capítulo IV: Discusión de los resultados, conclusiones y recomendaciones de la Investigación.

CAPÍTULO II METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO II METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Tipo y Diseño de Investigación

El estudio correspondió al tipo descriptivo, teniendo como objetivo central la descripción del cuidado que brinda el enfermero a los familiares de los pacientes de la UCI. Se sitúa en un primer nivel del conocimiento científico. Hernández, R., Fernández ⁽⁸⁾, sostiene que “la investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” ⁽⁸⁾.

El investigador busca y recoge información relacionada con el objeto de estudio, no presentándose la administración o control de un tratamiento.

Donde:

$$\mathbf{M} \rightarrow \mathbf{O}$$

M: Muestra con quien(es) vamos a realizar el estudio.

O: Información (observaciones) relevante o de interés que recogemos de la muestra.

2.2 Población y Muestra

La población de estudio estuvo conformada por 50 familiares de los pacientes atendidos en el Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos de los meses de Julio y Agosto y Septiembre 2016.

La muestra fue censal, que significa que todas las unidades de análisis fueron tomadas para cumplir con los criterios de adecuación y representatividad de la muestra.

2.3 Criterios de Inclusión

Criterios de inclusión:

- Familiar directo mayor de 18 años (Padre, madre, hermanos) del paciente hospitalizado en la UCI que aceptaron participar en el estudio, firmando el consentimiento informado.

2.4 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

En el presente estudio se utilizaron las siguientes técnicas de investigación:

-
- Técnica de Gabinete

Se utilizaron:

- a) Fichas bibliográficas
- b) Ficha textual
- c) Ficha de resumen

- Técnica de Campo

Esta técnica consistió en recopilar datos para posteriormente procesarlos y contribuir al desarrollo de la investigación. La técnica de campo permitió la observación en contacto directo con el objeto de estudio, y el acopio de testimonios que permitan confrontar la teoría con la práctica en la

búsqueda de la verdad objetiva. Las técnicas usadas fueron la observación y la encuesta.

Instrumentos: Cuestionario del Cuidado

Para el recojo de la información, se hizo uso del cuestionario, el cual fue aplicado por las investigadoras al familiar del paciente crítico. Este instrumento constó de las siguientes partes: la introducción, donde se describe los objetivos y alcances de la investigación, las instrucciones para el llenado del cuestionario, los datos generales y finalmente el contenido acerca del cuidado brindado por la enfermera, que estuvo estructurado según las dimensiones e indicadores, previamente operacionalizadas, que en conjunto fueron 26 ítems con 3 alternativas cuya calificación para cada uno de las respuestas fueron clasificadas mediante las siguientes categorías: Si, No, a veces.

El instrumento ha sido validado por juicio de expertos: tres enfermeras con especialidad en cuidados intensivos, así mismo a través de la metodología de focusgroup se realizó a través de una prueba piloto la validación de la claridad de los enunciados; así como la prueba de fiabilidad estadística de Alfa de Cronbach cuyo valor es 0,829 (cercano a 1), lo que indica que la información que se obtuvo con este instrumento es confiable, es decir, su uso repetido obtendrá resultados similares.

La dimensión Conceptual se evaluó con los ítems 1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19, la dimensión Teórico 20,21 y la Empírico 22,23,24,25,26, se asignó el puntaje correspondiendo a Bueno [54 -78], Regular [27 - 53], y Deficiente [1 – 26].

Análisis de los datos

Se realizó el procesamiento estadístico utilizando el software SPSS versión 22 para la presentación, análisis e interpretación de los resultados finales de la investigación. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos utilizando la estadística inferencial.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Tabla 1:

Cuidado enfermero a la familia de pacientes de la unidad de cuidados intensivos, según el componente conceptual.

		<i>Distribución.</i>	
<i>Componente conceptual</i>	<i>Deficiente</i>	<i>Recuento</i>	<i>23</i>
		<i>%</i>	<i>46,0%</i>
	<i>Regular</i>	<i>Recuento</i>	<i>27</i>
		<i>%</i>	<i>54,0%</i>
<i>Total</i>		<i>Recuento</i>	<i>50</i>
		<i>%</i>	<i>100,0%</i>

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los pacientes en el Servicio de Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2016

El mayor porcentaje es 54,0% de los familiares opinan que el cuidado enfermero es regular; 46,0% de los familiares opinan que el cuidado enfermero es deficiente.

Tabla 2:

Cuidado enfermero a la familia de pacientes de la unidad de cuidados intensivos, según el componente teórico.

		<i>Distribución</i>	
<i>Componente</i>	<i>Deficiente</i>	<i>Recuento</i>	<i>10</i>
		<i>%</i>	<i>20,0%</i>
<i>teórico</i>	<i>Regular</i>	<i>Recuento</i>	<i>40</i>
		<i>%</i>	<i>80,0%</i>
<i>Total</i>		<i>Recuento</i>	<i>50</i>
		<i>%</i>	<i>100,0%</i>

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los pacientes en el Servicio de Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2016.

El mayor porcentaje es de 80,0% de los familiares opinan que el cuidado enfermero es regular; 20,0% de los familiares opinan que el cuidado enfermero es deficiente.

Tabla 3:

Cuidado enfermero a la familia de pacientes de la unidad de cuidados intensivos, según el componente empírico.

		<i>Distribución</i>	
<i>Componente empírico</i>	<i>Deficiente</i>	<i>Recuento</i>	<i>19</i>
		<i>%</i>	<i>38,0%</i>
	<i>Regular</i>	<i>Recuento</i>	<i>31</i>
		<i>%</i>	<i>62,0%</i>
<i>Total</i>		<i>Recuento</i>	<i>50</i>
		<i>%</i>	<i>100,0%</i>

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los pacientes en el Servicio de Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2016.

El mayor porcentaje es de 62,0% de los familiares opinan que el cuidado enfermero es regular; 38,0% de los familiares opinan que el cuidado enfermero es deficiente.

Tabla 4:

Cuidado enfermero a la familia de pacientes de la unidad de cuidados intensivos.

		<i>Distribución</i>	
<i>Cuidado</i>	<i>Deficiente</i>	<i>Recuento</i>	<i>15</i>
		<i>%</i>	<i>30,0%</i>
<i>Enfermero</i>	<i>Regular</i>	<i>Recuento</i>	<i>35</i>
		<i>%</i>	<i>70,0%</i>
<i>Total</i>		<i>Recuento</i>	<i>50</i>
		<i>%</i>	<i>100,0%</i>

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los pacientes en el Servicio de Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2016.

En la tabla se tiene la distribución del cuidado enfermero donde el mayor porcentaje es de 70,0% de los familiares opinan que el cuidado enfermero es regular; 30,0% de los familiares opinan que el cuidado enfermero es deficiente.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

El cuidado a pacientes en estado crítico no solamente es el objetivo de enfermería sino también su entorno que incluye a los familiares cuidadores de la persona, considerando a la familia como un soporte muy importante en la recuperación del paciente; por ello, el profesional de enfermería debe estar preparado para una comunicación horizontal y con mucha apertura para escuchar y explicar las inquietudes de los familiares que se encuentran con mucha ansiedad por saber el pronóstico y situación actual de su paciente.

En este marco se realiza la presente investigación en la cual se buscó identificar el cuidado que tiene el enfermero al paciente desde el componente conceptual, teórico, empírico y para esto al construir el cuestionario se aplicó la teoría de la comprensión facilitada derivada del modelo de Calixta Roy, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson ⁽⁷⁾, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse el cual exige de la enfermera asumir un papel activo para que los familiares de los pacientes reciban permanentemente la información adecuada y necesaria. Asimismo Davidson ⁽¹⁾ define “La comprensión facilitada como un proceso dinámico, continuo, reflexivo y creativo en el que las enfermeras proporcionan a la familia información completa acerca de la unidad crítica, el ambiente, equipos de monitoreo, para que tengan de esta unidad conciencia correcta y positiva frente a la hospitalización de una persona en cuidado intensivo, la familia necesita, para

estar bien, darle sentido a la situación, comprender lo que está pasando, adaptarse a su nuevo rol y entender lo que deben hacer”⁽¹⁾. Investigar sobre la satisfacción de los familiares de pacientes críticos sirve para introducir mejoras en aspectos muy importantes del cuidado integral del paciente crítico y su familiar. Intervenciones realizadas para que la familia entienda lo que está pasando y lo que debe hacer fomentan la sensación de tranquilidad, confort, seguridad; favorece la adaptación y previene resultados psicológicos adversos⁽⁴¹⁾.

Los resultados mostrados en la tabla 1 fueron que el 54,0% de los familiares opinan que el cuidado enfermero es regular y el 46,0% de los familiares opinan que el cuidado enfermero es deficiente.

Estos resultados son de verdadera preocupación debido a que la percepción de los familiares sobre el cuidado que tienen los enfermeros no es bueno, no hay visibilidad de la enfermera en el cuidado intensivo, no se establece la verdadera relación enfermera-familia que permitiría satisfacer las expectativas de los familiares y el cuidado de enfermería posicionarse en la UCI. Con estos resultados no se evidencia cuidado humanizado a la familia, lo que va en desmedro de la calidad del cuidado que se ofrece.

Estos resultados se pueden corroborar con el estudio de Campo⁽⁸⁾ quienes en su investigación, denominada “Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica” concluyen que las enfermeras están preparadas para atender los aspectos biológicos-técnicos, pero no para los emocionales. Las enfermeras

responden a su ansiedad ante los procesos de duelo con mecanismos inadecuados tales como: huida, rechazo, sentimiento de frustración, culpa, incompetencia; y como resultado refieren que, académicamente las enfermeras están preparadas para atender los aspectos biológicos-técnicos, pero no para los emocionales ⁽⁸⁾.

En el análisis se puede comparar los resultados de la presente investigación con los de Campo y Cotrina en el sentido en que ambos coinciden en afirmar que el enfermero presenta dificultades para el cuidado del familiar esto se puede explicar a que este profesional ha sido formado en el cuidado de la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales del paciente y no en la satisfacción de las necesidades de la familia que constituye el pilar importante a considerar en los planes de cuidado del paciente crítico, la participación de la familia en el proceso de recuperación haría que su estancia del paciente en la UCI sea corta porque el estar cerca de su familiar permitiría al paciente motivarse más rápido para su recuperación.

En la tabla 2 se tiene la distribución del cuidado enfermero según la dimensión componente teórico; donde el mayor porcentaje es de 80,0% de los familiares opinan que el cuidado enfermero es regular; 20,0% de los familiares opinan que el cuidado enfermero es deficiente.

Estos resultados están orientados al componente teórico el cual plantea que el enfermero debe involucrar a la familia en el proceso de cuidado y le ayudan a interpretar la información que reciben del ambiente, entre otros, y es en estos

aspectos que el familiar percibe que el enfermero adopta un cuidado de regular a deficiente lo que hace complicado la recuperación integral del paciente y de la familia.

Estos resultados contrastan con la investigación de Montes ⁽⁹⁾ en el estudio denominado Intervención de enfermería ante la crisis situacional percibida por los familiares con pacientes críticos según el modelo Jean Watson en una IPS III nivel de Cartagena 2013 cuyos resultados fueron que el reconocimiento de los familiares además de la compensación física, por parte del profesional de enfermería deben recibir compañía, ánimo, esperanza, consuelo y seguridad en los momentos de soledad, tristeza, incertidumbre, angustia, dolor, que deben recibir un cuidado humanizado, concluyendo que las intervenciones de enfermería hacia los familiares son eficiente, la percepción de los familiares brinda una información positiva sobre el estado, tratamiento y curso de la enfermedad, generando en la mayoría un estado de tranquilidad y seguridad ⁽⁹⁾.

Los resultados de esta investigación difieren con el presente estudio. La investigación demuestra que existen enfermeros que extienden su labor de cuidado al familiar lo que genera aspectos positivos a la evolución de la enfermedad del paciente y permite que el enfermero cuente con el apoyo del familiar para el cuidado del paciente permitiéndole libertad para realizar otras actividades con los demás pacientes.

En la tabla 3 se tiene la distribución del cuidado enfermero según la dimensión componente empírico, donde el mayor porcentaje es de 62,0% de los familiares opinan que el cuidado enfermero es regular; 38,0% de los familiares opinan que el cuidado enfermero es deficiente.

Analizando el componente empírico tenemos que el enfermero debe poseer la capacidad de una escucha empática, capacidad de resolución de dudas que tengan los familiares, capacidad para revisar y resolver necesidades insatisfechas y plantear un cuidado que integre el apoyo del familiar cuidador, es en estos aspectos que la percepción del familiar con respecto al enfermero va de regular a deficiente, lo que evidencia que la enfermera que labora en la UCI no cuenta con las competencias antes señaladas relacionadas a este componente empírico de la teoría en estudio.

La tabla 4 responde al objetivo general, se observa la distribución del cuidado enfermero en todas sus dimensiones y se observa que el 70,0% de los familiares opinan que el cuidado enfermero es regular y el 30,0% de los familiares opinan que el cuidado enfermero es r. Como se observa la percepción que tienen los familiares del cuidado del enfermero en forma general es regular, datos que se corroboran con el estudio de Ramos ⁽¹⁰⁾, quien en su investigación denominada "Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización", concluye que no existía asociación significativa debido a que se presentó 23.5% de insatisfacción tomando en cuenta las áreas, iniciando con la oportunidad del 4.12%, la amabilidad un 4.24% en el proceso de la atención, el

resultado de la atención un 4.47%, con respecto a la relación enfermera-paciente un 4.69%, con respecto a la información otorgada sobre su cuidado 4.25%. Encontrando en la comodidad otorgada al paciente el 3.68%.

Asimismo podemos contrastar los resultados con Martínez ⁽¹¹⁾, en su investigación denominada, “Percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un hospital nacional de Lima”, concluye que la percepción de los familiares del paciente crítico en el servicio de medicina la mayoría son medianamente favorable a desfavorable, referida a que se muestran muy ocupadas para atenderlos y hacen gestos de molestia cuando el familiar pregunta repetida veces sobre un mismo tema; y un mínimo porcentaje significativo es favorable cuando la enfermera utiliza un lenguaje claro, sencillo al conversar o responder.

Martínez coincide con los resultados del presente estudio en afirmar que el enfermero cuenta con poco tiempo y empatía para el trato que imparte al familiar mostrándose muchas veces arisco y evasivo cuando se le pregunta sobre la evolución del paciente que tiene a su cuidado.

Es muy importante analizar lo que la literatura considera sobre La interacción familia-enfermera es clave para propiciar una atención integral, evitar efectos psicológicos adversos y generar entornos terapéuticos humanizados carentes de connotación negativa. Las necesidades cognitivas, emocionales y sociales más relevantes de la familia del paciente hospitalizado en una unidad de

cuidado crítico son: tener información honesta veraz, oportuna, en términos comprensibles, sin falsas expectativas. Creer que hay esperanza, confianza, empatía, disposición y respeto. Tener proximidad, reglas claras, tranquilidad, y sentir que el ser querido recibe sin restricciones cuidados de alta calidad ⁽¹⁾.

CONCLUSIONES

- El cuidado enfermero a la familia de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos, según la teoría de la comprensión facilitada en el hospital regional docente Las Mercedes, Chiclayo - 2016, fue regular en un 70 % y deficiente en un 30 %.
- El cuidado enfermero a la familia de pacientes según la dimensión componente conceptual, el 54,0% de los familiares opinan que el cuidado enfermero es regular y el 46,0% que el cuidado enfermero es deficiente.
- El cuidado enfermero a la familia de pacientes según la dimensión componente teórico, el 80,0% de los familiares opinan que el cuidado enfermero es regular y 20,0% que es deficiente.
- El cuidado enfermero a la familia de pacientes según la dimensión componente empírico, el 62,0% de los familiares opinan que el cuidado enfermero es regular y el 38,0% es deficiente.
- La presente investigación comprueba la hipótesis planteada por las investigadoras: El cuidado enfermero a la familia de pacientes de la unidad de cuidados intensivos, Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo-2015, es regular.

RECOMENDACIONES

1. A la Jefatura de Enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes que en base a los resultados obtenidos se diseñe y aplique un plan de mejora dirigida a los familiares cuidadores para que se conviertan en un aliado estratégico en el cuidado del paciente.

2. A los enfermeros que laboran en la UCI analizar y discutir los resultados de esta investigación a fin de sensibilizar y asumir los aspectos estudiados según la Teoría de la Comprensión facilitada, diseñada para la familia del paciente de la UCI e incluir en sus planes de cuidado la participación de la familia.

3. A la sección de Posgrado de la Facultad de enfermería de la Universidad Nacional “Pedro Ruíz Gallo”, considerar dentro de los contenidos teóricos del cuidado especializado la Teoría de la Comprensión Facilitada para el cuidado de los familiares del paciente crítico.

4. A las enfermeras especialistas de la Unidades de Cuidados Intensivos, considerar los componentes de la Teoría de la comprensión facilitada, y proponer nuevos estudios de investigación a partir de esta teoría y los resultados de la presente investigación.

5. Informar a la Oficina de Gestión de Calidad los resultados obtenidos, a fin de implementar estrategias para el cuidado de la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernal-Ruiz D. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enfermería Universitaria*. 2014; 11(4):154-163.
2. Santana L. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional.. *Medicina Intensiva*. 2007; 31(6):273-80.
3. Zaforteza-Lallemand C. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas.. *Enferm Intensiva*. 2010; 2(1):11-9.
4. Piera-Orts A. La percepción de la soledad en la UCI.. *Cultura de los Cuidados*. 2002; 6(11):12-7..
5. Galvis C, López SE. Percepción de necesidades en cuidadores familiares de adultos internados en una unidad de cuidados intensivos de una institución prestadora de salud (IPS) privada en Villavicencio, Colombia.. *Sistema de Gestión de Revistas Electrónicas Catálogo de Publicaciones en Línea de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá*. 2014; Vol 16, (No 2).
6. Hernandez Sampieri Rea. Metodología de la Investigación Científica. In. México: MCGRAW-HILL ; 1997. p. 244-259.
7. HERNÁNDEZ CONESA J. Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Madrid: Mc. Graw-Hill Interamericana; 1999.
8. Campo M. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. *Enfermería global*. 2011; N° 24 Octubre 2011.
9. Montes S. Intervención de enfermería ante la crisis situacional percibida por los familiares con pacientes críticos según el modelo Jean Watson en una IPS III nivel

- de Cartagena de Indias. 2013.. Tesis de bachiller en enfermería]. Cartagena: Corporación Universitaria Rafael Núñez; 2013.
10. Ramos F. Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. *Enfermería global*. 2012; vol.11, n.25, pp. 219-232.
 11. Martínez K. Percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un Hospital Nacional de Lima”. ; 2015.
 12. Pérez M. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Dialnet*. 2009; 28(5): p. 237-249.
 - 13 I. F. De cara a la muerte. Santa Fe de Bogotá: Intermedio editores; 2009.
 14. Pardavila M. Necesidades de la familia en las unidades de Cuidados Intensivos. Revisión de la literatura.. *Enfermería Intensiva*. 2012 abril-junio ; Volumen 23(Número 2).
 15. Holanda M, Domínguez A, García M. La medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos y de sus familias. *Revista Medicina Intensiva*. 2015 Enero; Volumen 39(Número 1).
 16. Palacios L. cuidado humanizado de enfermería y nivel de satisfacción de los familiares de usuarios atendidos en el servicio de emergencia del HHUT TACNA 2012. Tesis para optar el Título Profesional de Enfermera. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2012.
 17. Valderrama O. Cuidado humanizado de Enfermería y nivel de satisfacción de los familiares de usuarios atendidos en el Servicio de Emergencia. Hospital de

- Barranca. [Online]. Barranca; 2010 [cited 2014 Setiembre 05. Available from: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962004000100004&scri>.
18. Morales C. Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrato Risaralda. Febrero a Abril de 2009. Tesis de Enfermería. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana , Facultad de Enfermeria ; 2009.
 19. Rojas W. de enfermería en el servicio de urgencias Percepción de la calidad del cuidado. Revista Ciencia y Cuidado. 2009 Julio; 9(1): p. 13-23.
 20. Hagei J. Percepción de pacientes y familiares sobre el cuidado que brinda el interno de enfermería de la UNMSM en los Servicios Generales del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2008. Tesis para obtener el título profesional de Licenciado de Enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, E.A.P. de enfermería; 2008.
 21. Monchón A, Montoya Y. Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, servicio de emergencia. Hospital III-Essalud Chiclayo, 2013. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014.
 22. Olano L. Evaluación de la calidad del servicio y el grado de satisfacción del usuario en el hospital la solidaridad de la ciudad de chiclayo, 2010. [Online].; 2010 [cited 2014 Septiembre 06. Available from: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Evaluaci%C3%B3n-De-La-Cali>.
 23. Velasco J. Detección de necesidades familiares ingresados en UCI del Hospital

Costa Sal, Enero – Dic 2012. Costa Sal; 2012.

24. Martín P. La Enfermería y la Humanización. *Revista Index Enferm.* 2009; 13(46).
25. Rivera L, Álvaro T. Cuidado Humanizado de Enfermería: Visibilizando la Teoría y la Investigación en la Práctica, en la Clínica del Country. [Online]. Bogotá; 2007 [cited 2014 09 06. Available from:
<http://es.scribd.com/doc/69895646/Cuidado-Humanizado-de-Enfermeria-Visibilizando-La-Teoria-y-La-Investigación-en-La-Practica>.
26. Triviño Q, Torres M. Tesis de Licenciatura. Fundación Universitaria del Área Andina Seccional Pereira.Cali.. [Online].; 2008 [cited 2014 09 03. Available from:
<http://www.bioline.org.br/abstract?id=rc05051&lang=es>.
27. Pérez S. Duelo anticipado del familiar cuidador de la persona en lista de espera para trasplante renal. Chiclayo, 2010. Informe para optar el título de Licenciado en Enfermería.. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2011.
28. SILES GONZÁLEZ J. Historia de la Enfermería volumen I y II Valencia: Consejo de enfermería de la Comunidad Valenciana; 1999.
29. Núñez del Castillo M. Evolución de los cuidados enfermeros. análisis iconográfico desde la perspectiva de Virginia Henderson. *Cultura de los cuidados.* 2004; VIII(15).
30. Álvarez Y. Unidad de cuidados intensivos: Un campo inexplorado por el psicólogo en Chile. [Online]. [cited 2015 4 18. Available from:
http://csociales.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/unidad_cuidados_intensivos.
31. Monteza N. La satisfacción de Las enfermeras del Centro Quirúrgico Hospital

- Essalud Chiclayo, 2010. Tesis para optar el grado académico de Magíster en Enfermería. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Escuela de Postgrado; 2012.
32. Likert R. Un nuevo método de gestión y dirección. Bilbao: Deusto; 1965.
33. Martos G. Satisfacción de los Familiares de los Pacientes ingresados del una Unidad de Cuidados Intensivos: percepción de los Familiares y Los Profesionales. Enfermería Intensiva. 2014 octubre-diciembre ; Volumen 25(Número 4 ,).
34. Ramírez J. Ética del cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del familiar cuidador del paciente en estado crítico HRDLM – Chiclayo 2012. Tesis. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
35. Verástegui M. Significado del cuidado de enfermería otorgado por las enfermeras de un servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo 2012. Tesis Para optar el Grado Académico de Doctor en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad De Medicina Humana Unidad de Posgrado; 2014.
36. Olivety M. Cuidados de Enfermeria al adulto mayor hospitalizado y su satisfaccion con el cuidado recibido. Enfermeria , Gestion Sanitaria , Geriatria y Gerontologia. 2012.
37. García M. Fundamentos teóricos y metodológicos de enfermería; 1995.
38. Mellado C. Satisfacción de la madre de la atención brindada por la enfermera en el componente de CRED del CMI-Daniel Alcides Carrión. TESIS para optar el titulo profesional de licenciada en enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana E. A. P.Enfermería.

39. Franco R. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M., Abril 2003. Tesis para optar el Título Profesional de: Licenciado en enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana E.A.P. de Enfermería ; 2004.
40. Mármol I. Cuidados de enfermería y percepción del paciente tras la informatización de las consultas en una zona básica de salud. Tesis Doctoral. Valencia: Universidad Cardenal Herrera-CEU; 2013.
41. Ruiz M. Satisfacción del Familiar con el Cuidado a Pacientes en Estado Crítico. Como requisito parcial para obtener el grado de MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA Con Énfasis en Administración de Servicios. Universidad Autónoma de Nuevo León ; 2002.

ANEXOS



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



ANEXO: 01

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
FAMILIARES**

Estimado Sr. (a):

A través del presente documento se solicita su participación en la investigación CUIDADO ENFERMERO A LA FAMILIA DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO- 2016

Si usted acepta participar en este estudio, se les aplicará 01 cuestionario orientado a conocer la satisfacción que tiene usted sobre la atención que recibe su familiar de parte del personal de la unidad de cuidados intensivos.

La información sobre los datos del cuestionario serán confidenciales los mismos que serán codificados a través de letras y números por lo tanto serán anónimas, y serán registrado únicamente por los investigadores además, no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Se tomarán las medidas para

proteger su información personal y no se incluirá su nombre en ningún formulario, reporte, publicaciones o cualquier futura divulgación.

La participación es voluntaria. Ud. tiene el derecho de retirar su consentimiento de su participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni implica costo alguno. No recibirá ninguna compensación por participar.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Usted puede preguntar sobre cualquier aspecto que no comprenda. El personal del estudio responderá sus preguntas antes, durante y después del estudio.

Si luego desea realizar alguna pregunta relacionada con esta investigación, deberá comunicarse con los investigadores

Lic. Clariza Raquel Bustamante García

Lic. Aura Cecilia Pais Lescano

Por favor lea y complete si estuviera de acuerdo

He leído el procedimiento descrito arriba los investigadores me han explicado el estudio y han contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar de la investigación

Familiar- Firma y huella digital

DNI:



UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POS GRADO



ANEXO: 02

CUESTIONARIO

A. INTRODUCCIÓN:

Buenos días señor (a):

Se está realizando una investigación de mucha importancia para mejorar el cuidado que brinda el enfermero a la familia del paciente de la unidad de cuidados intensivos, por ello es necesario identificar el cuidado que recibe usted como familiar de un paciente de esta área.

B. INSTRUCTIVO:

Le pido que conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible. Marque con un aspa (X) la respuesta que Usted considera conveniente. Por favor, lea cuidadosamente las preguntas, ya que tiene QUE ELEGIR una sola opción POR PREGUNTA.

C. DATOS GENERALES:

- Edad :
- Servicio :

D. CONTENIDO:

1. ¿El profesional de enfermería lo llamó por su nombre?
 - a. Si
 - b. No
 - c. A veces

2. ¿El trato que recibió del profesional de enfermería fue amable?
 - a. Si
 - b. No
 - c. A veces

3. ¿El tono de voz que utilizó el profesional de enfermería, fue el adecuado para Dirigirse a Ud.?
 - a. Si
 - b. No
 - c. A veces

4. El profesional de enfermería le brindó confianza al acercarse a ustedes?
 - a. Si
 - b. No
 - c. A veces

5. Recibió del profesional de enfermería un abrazo, palmada en la espalda o una palabra de aliento durante la estancia hospitalaria de su paciente?
- a. Si
 - b. no
 - c. A veces
6. El profesional de enfermería le brindó información acerca del estado de salud de su familiar?
- a. Si
 - b. No
 - c. A veces
7. El profesional de enfermería acudió en forma inmediata al llamado de auxilio que usted realizó?
- a. Si
 - b. No
 - c. A veces
8. El profesional de enfermería mostró interés para escuchar sus dudas y problemas?
- a. Si
 - b. No
 - c. A veces

9. El profesional de enfermería utilizó el tiempo necesario para brindarle información acerca de la salud de su paciente ?

- a. Si
- b. No
- c. A veces

10. El profesional de enfermería le dio la oportunidad para expresar sus sentimientos?

- a. Si
- b. No
- c. A veces

11. El profesional de enfermería mostró preocupación por el estado de salud de su paciente?

- a. Si
- a. No
- b. A veces

12. Durante la visita a su familiar el profesional de enfermería conversa con usted y aclara sus dudas?

- a. Si
- b. No
- c. A veces

13. El profesional de enfermería le explicó en forma clara sobre los beneficios del medicamento en el organismo de su paciente?
- a. Si
 - b. No
 - c. A veces
14. El profesional de enfermería le explica sobre la importancia de administrar el tratamiento completo a su paciente (porque el familiar compra algunos medicamentos)?
- a. Si
 - b. No
 - c. A veces
15. El profesional de enfermería le permitió participar en el cuidado de su paciente?
- a. Si
 - b. No
 - c. A veces
16. El profesional de enfermería le explicó como satisface la necesidad de alimentación de su paciente?
- a. Si
 - b. No
 - c. A veces

17. El profesional de enfermería le explica como satisface la necesidad de higiene de su paciente?

- a. Si
- b. No
- c. A veces

18. El profesional de enfermería le explica como satisface la necesidad de movilización de su paciente?

- a. Si
- b. No
- c. A veces

19. El profesional de enfermería le explica como satisface la necesidad de eliminación de su paciente?

- a. Si
- b. No
- c. A veces

20. El profesional de enfermería respeta sus creencias religiosas?

- a. Si
- b. No
- c. A veces

21. El profesional de enfermería le explica como satisface su necesidad de seguridad y protección?

- a. Si
- b. No
- c. A veces

22. El profesional de enfermería le explica por qué su paciente está rodeado de equipos y conexiones?

- a. Si
- b. No
- c. A veces

23. El profesional de enfermería le explicó sobre los horarios de visita a su paciente?

- a. Si
- b. No
- c. A veces

24. El profesional de enfermería le brindó facilidades para visitar a su familiar fuera de horario de visita?

- a. Si
- a. No
- b. A veces

25. El profesional de enfermería le informó acerca de qué medidas de bioseguridad debe realizar al ingresar a ver a su paciente?

- a. Si
- b. No
- c. A veces

26. El profesional de enfermería los reúne en un ambiente agradable, cómodo para brindarle la información acerca de su paciente?

- a. Si
- b. No
- c. A veces

ANEXO: 03

TABLA DE ESPECIFICACIONES

Evaluación del Cuidado Enfermero

I. Datos Informativos:

- Autor : Lic. Enf. Clariza Raquel Bustamante García
Lic. Enf. Aura Cecilia Pais Lescano
- Tipo de instrumento : Cuestionario, tipo escala valorativa
- Niveles de aplicación : A los familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes.
- Administración : Individual.
- Duración : 15 minutos.
- Materiales : Un ejemplar, instrumento impreso, lapicero.
- Responsable de la aplicación: Autor.

II. Descripción y propósito:

El instrumento consta de 26 ítems, comprendidos en las dimensiones de la variable independiente que son: conceptual; teórico; empírico

III. Tabla de Especificaciones:

Dimensión	Ítems	Puntaje
Conceptual	1,2,3,4,5,6,7,8,9 ,10,11,12,13,	Bueno

Dimensión	Ítems	Puntaje
Teórico	14,15,16,17,18, 19, 20,21	Regular
Empírico	22,23,24,25,26	Malo
Total	26 ítems	

IV. Opciones de respuesta:

N° de Ítems	Puntaje
Del 1 al 26	Buena [54 -78]
	Regular [27 - 53]
	Deficiente [1 – 26]

V. Niveles de valoración:

Ficha Técnica del Instrumento de Recolección de Datos

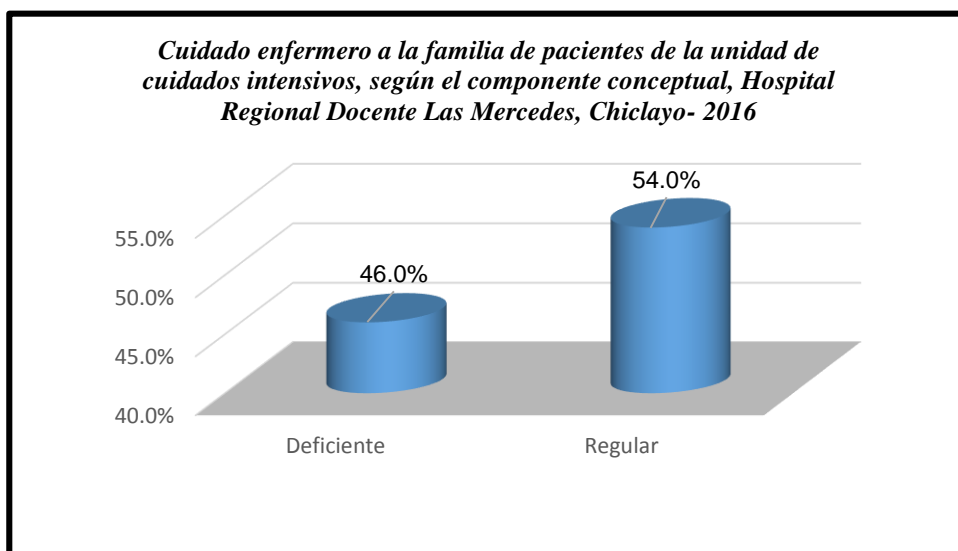
1. Nombre del instrumento	- Evaluación del Cuidado Enfermero
2. Autor	- Lic. Enf. Clariza Raquel Bustamante García - Lic. Enf. Aura Cecilia Pais Lescano
3. Año	- 2016
4. Tipo de instrumento	- Cuestionario
5. Niveles de aplicación	- Cuidado enfermero
6. Tipo de reactivos	- Preguntas cerradas y selección única.
7. Administración	- Aplicación a familiares de pacientes de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes
8. Duración	- 15 minutos.
9. Validación	- A juicio de tres expertos (Ver anexo 8).
10. Muestra piloto	- Aplicación del instrumento para evaluar el cuidado enfermero para determinar la confiabilidad.
11. Confiabilidad	- Alfa de Cronbach 0,829
12. Materiales	- Instrumento impreso - Lapicero
13. Áreas que mide	- Conceptual - Teórico - Empírico
14. Significancia	- El instrumento consta 26 ítems de opinión que miden el cuidado enfermero.

ANEXO: 04

Figuras

Fig 1:

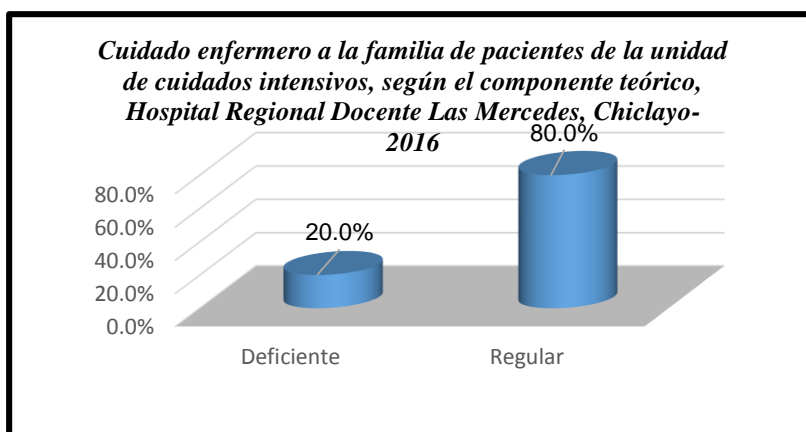
Cuidado enfermero a la familia de pacientes de la unidad de cuidados intensivos, según el componente conceptual en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo- 2016.



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los pacientes en el Servicio de Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2016

Fig 2:

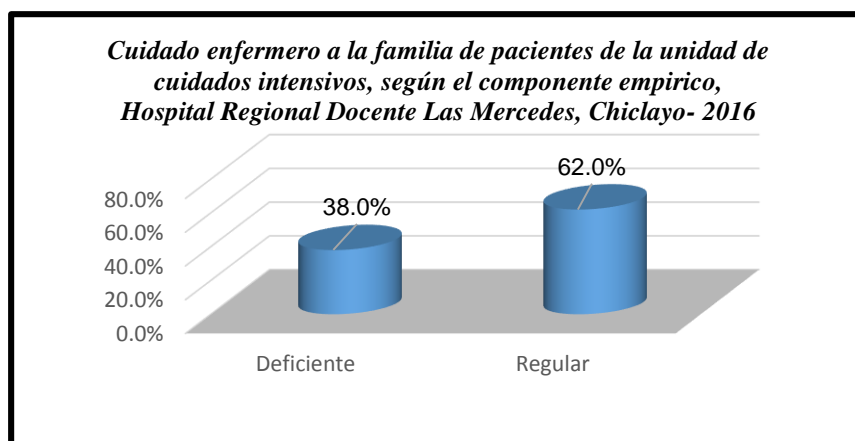
Cuidado enfermero a la familia de pacientes de la unidad de cuidados intensivos, según el componente teórico en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo-2016.



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los pacientes en el Servicio de Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2016

Fig. 3:

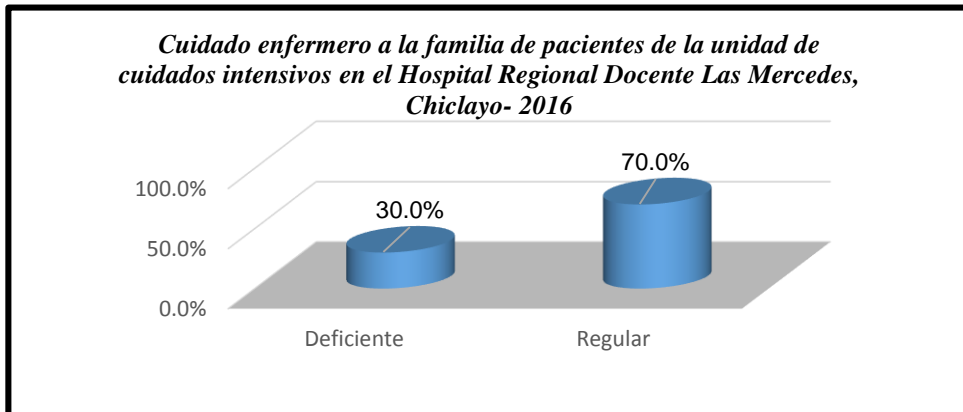
Cuidado enfermero a la familia de pacientes de la unidad de cuidados intensivos, según el componente empírico en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo- 2016.



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los pacientes en el Servicio de Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2016

Fig. 4

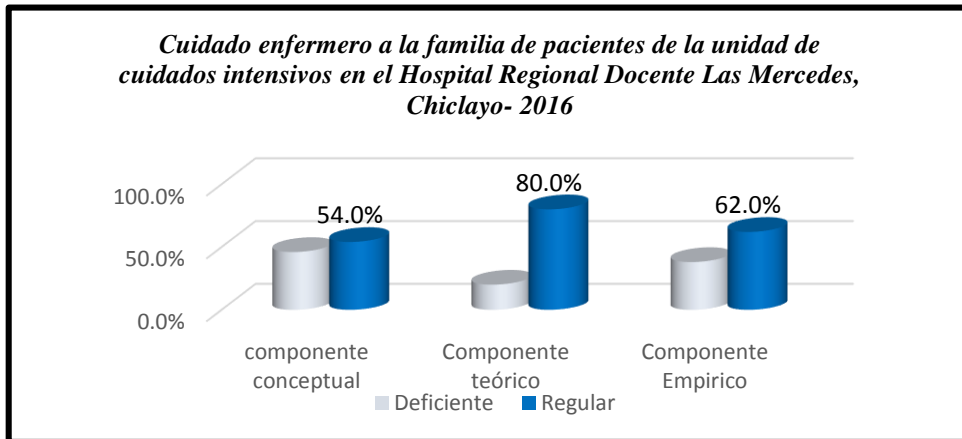
Cuidado enfermero a la familia de pacientes de la unidad de cuidados intensivos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo- 2016.



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los pacientes en el Servicio de Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2016

Fig. 5.

Cuidado enfermero a la familia de pacientes de la unidad de cuidados intensivos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo- 2016



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los pacientes en el Servicio de Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2016.

Contrastación de hipótesis

Se plantea la hipótesis:

El cuidado enfermero a la familia de pacientes de la unidad de cuidados intensivos, Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo- 2016, es regular.

Ahora probaremos que el modelo presentado se ajusta a las observaciones, para esto aplicaremos la distribución Chi cuadrada, con un nivel de significancia de 0,05; usaremos para esto el estadístico:

$$\chi^2_{\text{calculado}} = \frac{\sum(O-E)^2}{E}$$

O: Valor observado

E: Valor esperado

Con k -1 grados de libertad. Como sigue:

<i>Cuidado enfermero</i>	
<i>Chi-cuadrado</i>	<i>5,000</i>
<i>Gl</i>	<i>2</i>
<i>Sig. asintót.</i>	<i>,005</i>

En este estudio se considera 2 grados de libertad y con un nivel de significancia de 0,05 entonces al comparar los resultados se tiene que , con un nivel de significancia de $0,005 < 0,05$

Por lo tanto se acepta la hipótesis propuesta.

Concluyendo que el cuidado enfermero a la familia de pacientes de la unidad de cuidados intensivos, Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo- 2016, es regular.

ANEXO: 05

**INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE
EXPERTOS DEL INSTRUMENTO**

1. NOMBRE DEL JUEZ		
2.	PROFESIÓN	
	ESPECIALIDAD	
	GRADO ACADÉMICO	
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	
	CARGO	
TITULO DE TESIS:		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	
	3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO
4. INSTRUMENTO EVALUADO		1. Cuestionario () 2. Inventario de Habilidades () 3. Guía de Observación de Destrezas ()
<p>A continuación se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en "A" si está de ACUERDO o en "D" si está en desacuerdo, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias.</p>		

N	6. DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
01	Las preguntas están construidas en base a los indicadores de las dimensiones de la variable	A() D () SUGERENCIAS:
02	La escala de medición de las respuestas está acorde con la baremación del instrumento	A() D () SUGERENCIAS:
03	Las preguntas están orientadas al nivel cultural de las unidades de análisis	A() D () SUGERENCIAS:
04	El instrumento cumple con los tres requisitos de todo instrumento que son: validez. Confiabilidad y objetividad.	A() D () SUGERENCIAS:
PROMEDIO OBTENIDO:		A() D ()
6 COMENTARIOS GENERALES		
7 OBSERVACIONES		

Juez Experto