



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



**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR ACERCA DEL CUIDADO
ENFERMERO DEL PACIENTE EN UCI EN UNA
INSTITUCIÓN PRIVADA DE SALUD CHICLAYO - 2016**

TESIS

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

AUTORA

Lic. CAMPOS DELGADO, LOURDES

ASESORA

Dra. BARRUETO MIRES OLVIDO IDALIA

LAMBAYEQUE – PERÚ

2018

**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR ACERCA DEL CUIDADO
ENFERMERO DEL PACIENTE EN UCI EN UNA
INSTITUCIÓN PRIVADA DE SALUD CHICLAYO - 2016**

PRESENTADA POR:

Lic. CAMPOS DELGADO, LOURDES
AUTORA

Dra. BARRUETO MIRES OLVIDO IDALIA
ASESORA

APROBADA POR:

Mg. DORIS LIBERTAD PAIS LESCANO
PRESIDENTE

Dra. TOMASA VALLEJOS SOSA
SECRETARIA

Lic. ROSA AUGUSTA DEL CARMEN LARIOS AYALA
VOCAL

DEDICATORIA

A Dios porque es el que me dio fortaleza para seguir adelante a pesar de las adversidades que se presentaron en el camino.

A mi padre que me dio la vida y que a pesar de haberlo perdido cuando inicié a estudiar la segunda especialidad, sé que me guía y me cuida desde el cielo.

A mi madre, el ser maravilloso que siempre está junto a mí, y sé que está orgullosa de la persona en la que me he convertido.

La Autora

AGRADECIMIENTO

A mis tíos por seguir inculcándome la importancia de seguir avanzando profesionalmente.

A mi docente asesora, por su apoyo y orientación durante el desarrollo de la presente investigación.

A los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI, porque gracias a su participación voluntaria se hizo realidad la culminación de esta investigación.

La Autora

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN1

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....7

2.1. Antecedentes8

2.2.Base teórica conceptual 14

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO25

3.1 Tipo de investigación26

3.2. Diseño o abordaje.....26

3.3. Población y Muestra.....31

3.4. Recolección de datos32

3.5. Procesamiento y análisis de datos.....33

3.6. Principios éticos35

3.7. Rigor científico38

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y RESULTADOS39

CONSIDERACIONES FINALES71

RECOMENDACIONES73

BIBLIOGRAFÍA76

APÉNDICE85

RESUMEN

La presente investigación es de tipo cualitativa, con diseño de estudio de caso, tuvo como objetivo comprender la percepción del familiar acerca del Cuidado Enfermero del Paciente en UCI en una institución de salud de Chiclayo, en el periodo julio - octubre 2016. La muestra estuvo conformada por diez familiares de los pacientes en la UCI de una Institución privada de salud de Chiclayo, habiéndose recolectado los datos a través de una entrevista abierta a profundidad. En el tratamiento de los resultados se utilizó el análisis temático, obteniendo las categorías: *Percibiendo la falta de cuidado y emergiendo la humanización del cuidado*, cada una de ellas con sus respectivas subcategorías. El estudio realizado permitió develar que emerge el cuidado humanizado por parte del profesional Enfermero hacia el paciente y la familia, a través de la administración de medicamentos, previniendo complicaciones, la espiritualidad, el apoyo emocional y la comunicación respectivamente.

Palabras clave: Percepción, comunicación, familia, cuidado, interrelación.

ABSTRACT

The present research is a qualitative type one, with a study of case design. The objective was to understand the family 's perception about the Nursing Care of the Patient in the ICU at a health institution in Chiclayo, between July and October 2016. The sample Comprised of ten relatives of patient's relatives in the ICU of a private health Institution in Chiclayo, having collected the data through an open interview in depth. In the treatment of the results the thematic analysis was used, obtaining the categories: Unveiling the lack of care and emerging the humanization of care, each of them with their respective subcategories. The study revealed that humanized nursing enhances towards the patient and the family, through medication administration, preventing complications, reinforcing spirituality, emotional support and communication respectively.

Key words: Perception, communication, family, care, interrelation.

CAPÍTULO I:

INTRODUCCIÓN

El cuidado de enfermería en el presente siglo, se enfrenta a grandes retos, en un mundo globalizado, donde nacen nuevas necesidades de salud que junto a las ya existentes se hacen cada vez más exigentes, y en este contexto el profesional de enfermería tienen como misión proporcionar cuidados de calidad, en todas las etapas de vida del ser humano y en los diferentes servicios de salud, siendo uno de ellos la unidad de cuidados intensivos, donde la vida del paciente está en riesgo, y el familiar está pendiente de todo lo que le ocurre durante proceso de la enfermedad.

La familia es un sistema abierto donde todos sus miembros se relacionan de tal manera que, si uno de ellos se halla enfermo o inválido, todos sufren las consecuencias psicológicas y socioeconómicas que ello implica¹, es decir que todo el sistema se ve afectado más aun cuando está seriamente amenazada la vida de la persona, requiriendo monitoreo permanente, ventilación mecánica, medicamentos vasoactivos e inotrópicos, que no puede ser provisto fuera de UCI².

Debido a la inestabilidad del paciente; la relación del profesional de Enfermería se centra más en la observación y monitorización estricta del mismo, ya que son pacientes críticos, dónde la vida depende del más mínimo cuidado, de forma que, aunque considere que es necesario tener en cuenta los requerimientos de la familia, la realidad es que pasan a un segundo plano³.

Es por ello que la comunicación es importante y se requiere de la intervención y actitud oportuna del profesional de enfermería, ya que es éste quien permanece al cuidado del paciente las 24 horas del día. El cuidado Enfermero, debe ser integral, sin embargo se observó lo contrario en una Unidad de Cuidados Intensivos privada, al referir algunos familiares que tenían su paciente hospitalizado: “cuando le preguntamos algo a la enfermera dice que ella no puede brindar información y que mejor esperemos al médico”, “no se interesa por informarnos”, “durante el horario de visita se dedica al celular y a conversar con la otra señorita” o se va y nos deja solos”, “vemos tantas máquinas y mangueras que quisiéramos saber para qué sirven”, “aquí es una clínica particular, estamos pagando nuestra plata, deberían tratarnos mejor”, “creo que mejor llevaremos a mi familiar a otro hospital, donde nos dejen ingresar y nos brinden información”.

Si el profesional de enfermería no se comunica efectivamente con la familia se generará sentimientos de temor, angustia, ansiedad, cólera e impotencia de no saber el estado de su paciente; incrementándose más cuando el profesional especialista no brinda una adecuada comunicación para mantener tranquilidad y con ello el cambio de percepción hacia el cuidado enfermero.

Durante la experiencia profesional en una institución privada de salud de Chiclayo, se observó la necesidad de la familia por obtener información sobre el estado de su paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos y es ahí donde recurren al profesional de Enfermería planteándole una serie de

interrogantes: ¿Cómo está mi familiar?, ¿Se recuperará o morirá?, ¿Cómo lo ve usted señorita?, si a todo esto agregamos que la enfermera descuida al familiar que está ansioso y angustiado surgen en ellos algunas interrogantes como: ¿Por qué la enfermera de UCI no brinda información a los familiares?, ¿Cómo cuida el profesional de enfermería al paciente crítico?, ¿Por qué no me dejan ingresar a ver mi familiar en cualquier momento del día?, ¿Por qué tiene muchas máquinas conectadas a su cuerpo?

Esta realidad motivó a investigar: ¿Cómo es la percepción del familiar acerca del Cuidado Enfermero del Paciente en UCI en una institución privada de salud de Chiclayo?

El objetivo general que guió la investigación fue: Comprender la percepción del familiar acerca del Cuidado Enfermero del Paciente en UCI en una institución de salud de Chiclayo.

La presente investigación se justificó porque actualmente el profesional de Enfermería especialista en UCI brinda un cuidado en espacios cerrados y regulados netamente por ellos, esto significa que pacientes y profesionales de la salud mantienen poco contacto físico, emocional y de comunicación con los familiares y que éstos no tienen la facilidad para acceder al interior de la unidad, siendo el/la Enfermera especialista en UCI la que debe brindar información, sencilla, clara y

precisa sobre el paciente crítico, manteniendo la calma, tranquilidad, seguridad y confianza en los familiares y el paciente.

Los resultados de la presente investigación permitieron comprender la percepción del familiar hacia el cuidado enfermero a través de las diferentes manifestaciones que hicieron, proporcionando al personal de enfermería de la UCI de la institución de salud privada un marco de referencia real sobre la percepción que tienen los familiares sobre el cuidado que brinda las enfermeras, además permitió a la investigadora optimizar sus habilidades interpersonales, las cuales serán de utilidad para la interrelación con los pacientes y familiares al cuidar.

El informe está estructurado de la siguiente manera:

CAPÍTULO I. Introducción que contiene la problemática que da lugar al planteamiento del problema y se tiene en cuenta el objeto, objetivo, justificación e importancia.

CAPITULO II. Marco teórico que contiene los antecedentes y la base teórica que respalda la investigación.

CAPITULO III. Marco metodológico en donde explica la forma cómo fue realizada la investigación, la cual incluye el tipo de investigación que es cualitativa, con diseño de estudio de caso; su población, la entrevista semi estructurada, abierta a

profundidad precedida del consentimiento informado; el análisis temático, el rigor científico y los principios éticos.

CAPITULO IV. Se presentan los resultados y la discusión de las categorías con sus respectivas sub categorías.

CAPITULO V. Consideraciones finales y recomendaciones.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes:

Entre los antecedentes de investigación en relación a la temática se encontró los siguientes estudios:

A nivel internacional:

Montes S.; realizó un estudio sobre “Intervención de enfermería ante la crisis situacional percibida por los familiares con pacientes críticos según el modelo Watson en un Instituto de Previsión Social, nivel III de Cartagena, en Colombia en el 2013”. Investigación de tipo cualitativa, cuyo objetivo fue: describir la percepción de la situación de las familias de los pacientes críticos que se encuentran en UCI y las principales estrategias de intervención del profesional de enfermería ante esta problemática basados en modelo de Watson. Obteniéndose como conclusiones lo siguiente: la percepción que tienen los familiares sobre el cuidado de enfermería en el aspecto sociológico, emocional, religioso, según los resultados indica que el familiar percibe en su gran mayoría que las enfermeras no solo centran su cuidado en el paciente sino también en el familiar, demostrándose así que reciben por parte del profesional asesoría, apoyo emocional, trato cálido, cuidado humanizado, responden a sus inquietudes de manera cortés y entendible, percibiendo así actitud favorable con relación a la atención enfermera – paciente – familiar⁴.

A nivel nacional:

La tesis realizada por Martínez, K. en Lima en el año 2014 cuyo título fue: “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”, siendo de tipo cuantitativa, de corte transversal, cuyo objetivo fue: determinar la 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.

Las conclusiones de esta investigación fue 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 responder⁵.

Reyes, T., Colonia, K., (2013) en Lima; el trabajo titulado: “Percepción de los familiares del paciente crítico acerca del apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, investigación de tipo descriptivo y de corte transversal, cuyo objetivo fue: determinar la percepción de los familiares del

paciente crítico sobre el apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la UCI.

Llegó a los siguientes resultados: El 64% de los familiares percibe favorablemente el apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la UCI y el 36% lo percibe en forma desfavorable. En relación al aspecto emocional, se encontró que, en las dimensiones de comprensión y tolerancia en la visita, y escucha al familiar, el 96% tiene una percepción de favorable a muy favorable; asimismo en la dimensión de expresiones de afecto y apoyo, el 92% tiene también una percepción de favorable a muy favorable. En relación a la solución de problemas específicos, se reporta que el 70% tiene una percepción de favorable a muy favorable en la dimensión de participación de los familiares en el cuidado del paciente⁶.

Malca, M. en el año 2010 en Cajamarca, se desarrolló la investigación con el título: “Percepción del paciente acerca de la calidad del cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Regional de Cajamarca”, investigación de tipo cuantitativa, cuyo objetivo fue determinar la percepción del paciente acerca de la calidad del cuidado de Enfermería, en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital regional de Cajamarca, se llegó a las siguientes conclusiones: el paciente clasifica a las enfermeras en función de sus características: la dulzura (enfermera que se presenta, y se dirige al paciente por su nombre), la superactiva (escaso tiempo para

comunicarse) o la habladora (habla y habla pero no dice nada). Los pacientes y familiares critican duramente la política restrictiva de las visitas y la situación de aislamiento que para ellos caracteriza éstas unidades. La familia es considerada como un elemento externo al proceso de cuidar al paciente crítico⁷.

Robles, E. (2009) en Lima, realizó el trabajo titulado “Percepción de los familiares sobre la atención que le brinda las enfermeras durante el horario de visita en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Ricardo Palma”. Investigación de tipo cuantitativa llegando a las siguientes conclusiones: El 43.3% tiene una percepción medianamente favorable, en ambas dimensiones de información y apoyo emocional, el 36.7% tiene una percepción desfavorable con respecto a la dimensión de apoyo emocional. El 43.3% tiene una percepción medianamente favorable de la información que recibe de las enfermeras durante el horario de visita. El 43.3% tiene una percepción medianamente favorable de la información que recibe de las enfermeras durante el horario de visita, el 30% tiene una percepción desfavorable. El 43.3% tiene una percepción medianamente favorable del apoyo emocional que recibe de las enfermeras, por otro lado, el 36.7% tiene una percepción desfavorable de los cuales el 30% tiene un grado de instrucción superior y el 20% tienen una percepción favorable de los cuales el 16.7% tienen un grado de instrucción superior. El 43.3% tiene una percepción medianamente favorable, de los cuales 20% son los esposos (as),

y el 13.3% son los hijos(as) que visitan a los pacientes, el 36.7% tienen una percepción desfavorable de los cuales el 20% son los esposos (as) y el 20% tiene una percepción favorable de los cuales el 13.4% son los esposos (as) que visitan a los pacientes⁸.

La tesis realizada por Franco, R. en Lima, en el año 2003, cuyo título fue: “Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, siendo de tipo cuantitativa, el cual tuvo como objetivo determinar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional e identificar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la dimensión de comunicación verbal, no verbal y apoyo emocional en la UCI.

Los resultados de esta investigación fueron que las enfermeras no orientan a la familia sobre la forma de hacer frente a los sentimientos de angustia, no tienen un tono cálido al hablar con los familiares y no tranquilizan con palabras de aliento. Los aspectos desfavorables e indiferentes en el área de comunicación verbal fueron que las enfermeras no preguntan sobre los problemas que enfrentan debido al paciente crítico, ni explica sobre los procedimientos que se realiza a los pacientes, en el área de

comunicación no verbal no le mira de manera cálida al responder alguna inquietud del familiar y en el área de apoyo emocional no le toman de la mano cuando los observan tristes o afligidos y no se acerca para tranquilizarlos. Los aspectos favorables en el área de comunicación verbal están dados por que las enfermeras utilizan un lenguaje claro y sencillo al responder alguna inquietud al familiar, en la comunicación no verbal explica los procedimientos y le presta atención cuando le pregunta algo, mientras que en el aspecto de apoyo emocional se muestra atentas y comprensivas con los familiares del paciente⁹.

A nivel local:

Ramírez J, Ydrogo Y. en el 2013, en Chiclayo se realizó un estudio titulado “Ética del cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del familiar cuidador del paciente en estado crítico HRDLM – Chiclayo 2012” se planteó como objetivo identificar, describir y analizar la ética del cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del familiar cuidador del paciente en estado crítico. Los resultados obtenidos fueron que el profesional de enfermería hace uso de la ética del cuidado donde desarrolla la comprensión del otro ser que necesita ser cuidado a base de principios y valores morales y a la vez desarrolla también la comunicación no verbal, como un gesto, una mirada tierna, entre otros. Pero en la actualidad no todos los profesionales de enfermería ponen en práctica

dicha características cayendo así en formas de no cuidado. Es así que los familiares exigen un trato más humano y sensible, creando en el profesional de enfermería actitudes necesarias que no pueden quedar omisas ante el pedido de los familiares¹⁰.

Por lo expuesto podemos evidenciar que existen pocos estudios a nivel local relacionados al tema; de tipo cualitativo, sin embargo, es importante realizar el estudio, ya que permitirá identificar la percepción del familiar, a fin de incorporar estrategias que contribuya a brindar un mejor cuidado.

2.2. Base Teórica Conceptual

Para hacer referencia la percepción del familiar acerca del cuidado enfermero es necesario empezar por conocer la conceptualización de percepción.

“La percepción es el proceso a través del cual el cerebro elabora la información de los sentidos y le permite obtener datos de la realidad circundante, organizándola en información dotada de significado”¹¹.

Whittaker, afirma que “La percepción no es una respuesta rígida al estímulo y determinada exclusivamente por las características físicas del medio ambiente, sino que es un proceso bipolar resultante de la interacción

de las condiciones del estímulo o factores externos (comunicación, situación, etc.) y de los factores que actúan dentro del observador (necesidades, valores, edad, personalidad), etc. ¹².

La percepción es la experiencia de sensaciones sensoriales, los estímulos experimentados a través de la vista, el oído, el gusto, el tacto y el olfato, siendo únicas para cada individuo. Las percepciones originan ideas y a menudo sentimientos en las personas, las cuales influyen en la forma en que se recibe la siguiente percepción. Por tanto; dos personas que experimentan el mismo suceso lo aprecian de forma muy diferente y pueden tener ideas y sentimientos distintos sobre la experiencia compartida¹³.

Para la presente investigación se conceptualizó a la percepción como un proceso mental en donde el cerebro interpreta los estímulos sensoriales que recibe a través de los sentidos para formar conceptos, opiniones, sentimientos e impresiones acerca de una persona, en función a la edad, a una experiencia pasada, al contexto social y al conocimiento de la realidad de acuerdo a las necesidades, intereses, aspiraciones y deseos.

Al formar una interpretación sobre otra persona, se observa sus acciones, se nota su tono de voz, sus expresiones faciales, se sigue lo que dice, cómo lo dice y lo que hace, cómo interactúa con nosotros, luego se usa esta interpretación para juzgar sus conocimientos, deseos, sentimientos,

personalidad, objetivos. En respuesta a esto las acciones y actitudes dirigidas hacia los demás se guían por estos juicios. Estas impresiones pueden cambiar a medida que nos informamos más de ella.

En la percepción intervienen 3 componentes o elementos estrechamente asociados que no se dan por separado, éstos son los procesos: sensorial, simbólico, y afectivo. En el proceso sensorial el primer contacto con el entorno se produce a partir de las sensaciones, en el proceso simbólico los objetos que nos rodean sólo cobran significado cuándo son percibidos y en el proceso afectivo éste viene influida por nuestra propia persona, por nuestra concepción de lo agradable y desagradable, nuestros miedos, nuestra ira, etc.¹⁴.

Son tres las características de la percepción: subjetiva, selectiva y temporal. Subjetiva porque las reacciones hacia un mismo estímulo varían de un individuo a otro, es selectiva ya que la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función a lo que desea percibir y es temporal porque es un fenómeno a corto plazo ya que la forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias o varían las necesidades y motivaciones de los mismos¹⁵.

La percepción es un proceso que se realiza en tres fases: selección, organización e interpretación. En la fase de selección los individuos perciben solo una pequeña porción de los estímulos a los cuales están expuestos, cuando se percibe de acuerdo a nuestros intereses, se denomina percepción selectiva; el proceso de selección de los estímulos puede estar determinado por dos tipos de fenómenos: la naturaleza del estímulo (color, tamaño, movimiento, luz, forma, etc.) y los aspectos internos del estímulo, determinado por las expectativas y los motivos que la persona tiene. En la segunda fase de organización los individuos clasifican los estímulos asignándoles un significado obteniendo diferentes resultados y por último la fase de interpretación, donde la persona trata de dar contenido a los estímulos previamente seleccionados y organizados; la interpretación depende de la experiencia previa, así como sus deseos e intereses personales¹⁵.

La percepción se puede evaluar midiendo elementos importantes como: trato digno, definido como el respeto a los derechos humanos y a las características de las personas: respeto, como la virtud por la cual reconocemos y tenemos presente de manera habitual la dignidad de las personas, como seres único e irrepetibles, así como sus derechos según su condición y circunstancias, y profesionalismo entendido como la actitud y capacidad elevada para desempeñarse en una actividad¹⁶.

Existen tres tipos de percepción, según los objetos percibidos: Percepción real o percepción de objeto físico, percepción personal o percepción de una persona y percepción social o percepción de grupos y realidades sociales. Considerando para esta investigación la percepción personal porque es la familia quien percibe el cuidado enfermero hacia el paciente crítico¹⁴.

El hecho de que una persona sea percibida por otra persona es un acto complejo y para que la percepción sea correcta, ajustada a la realidad, necesitamos conocer la situación del otro y su comportamiento en tal situación. Las actitudes de una persona, sus motivaciones, sólo podemos inferirlas de sus opiniones y de su comportamiento. En la percepción del otro, influye la actitud favorable o desfavorable que, a priori, tenemos para con él.

Como se ve la percepción es algo más que el procesamiento de la información del exterior captada por nuestros sentidos, sino que está condicionada por el sentir o el estado anímico de la persona, así como sus experiencias previas, comprensión y la información que este tenga de una situación, además de la calidad del primero contacto que se haya tenido, además de la influencia de los estímulos externos e internos que se presenten, motivo por el cual no todos percibimos o interpretamos un hecho o fenómeno de la misma manera.

En el siguiente estudio se comprendió la percepción del familiar acerca del cuidado enfermero, evocándose a la actitud que el profesional enfermero tiene con los familiares, la forma cómo cuida, cómo interactúa, cuáles son sus gestos, cómo se comunica y la forma como el familiar percibe estas actitudes hacia éste.

La familia actúa como el primer grupo de personas con las cuales el ser humano que nace entra en contacto, puede considerarse un sistema, en el que los factores que afectan a uno de sus miembros acaban por alterar el normal desarrollo de todo el grupo, funcionando por ello como una unidad¹.

La Real Academia Española define a la familia como: "grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas" o cómo "conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje"¹⁷.

La familia es de fundamental importancia para el mantenimiento del equilibrio entre la mente, el cuerpo y el ambiente, de los miembros que la compone. Si uno de sus miembros se halla enfermo o inválido, toda su familia sufrirá las consecuencias psicológicas y socioeconómicas que ello implica.

Existen diversos tipos de familias: la nuclear formada por la madre, el padre y los hijos; la extensa, no son únicamente entre padres e hijos, puede

incluir abuelos, tíos, primos y otros consanguíneos; la monoparental, un solo padre e hijos y la familia reconstituida formada por dos o más familias¹⁸. Para dicha investigación se incluirá a la familia nuclear y extensa, porque hay casos donde el paciente hospitalizado no tiene hijos y los que se encargan de éste son los hermanos, nietos, primos o sobrinos.

Una de las causas para que la familia sufra es que uno de ellos enferme gravemente e ingrese a una UCI, donde va estar expuesto a un ambiente de urgencia, con una sobrecarga de estímulos externos como por ejemplo la luz, aire acondicionado, el encierro, pérdida de la identidad , ruido que producen todos los aparatos y los cables a la que va estar conectado las 24 horas, y a su vez aquellos propios de la actividad de las unidades, generando en el paciente y en la familia que lo ven por primera vez, una serie de alteraciones tanto físicas como emocionales dando como resultado un paciente y familiares angustiados, temerosos, ansiosos, etc.

Gómez refiere: “Los pacientes en UCI son cuidados con modernas técnicas de sedación y control del dolor. En cuanto al sufrimiento infligido por el cuidado intensivo, éste es mayor, sin ninguna duda, entre los familiares que entre los mismos pacientes¹⁹”

Por ello es importante el rol que cumple el profesional de Enfermería desde el primer contacto con la familia al cuidarlo, interactuar y ayudarlo a afrontar la situación con adecuados mecanismos de resolución para que se

adapten al momento transitorio de su familiar hospitalizado, evitando que el temor y la ansiedad de este repercutan en la recuperación del paciente, además así el familiar valorará el cuidado que el enfermero brinda en una UCI.

La unidad más básica de una sana interacción humana es la caricia psicológica tal que por medio de ésta le hacemos saber a la otra persona que nos hemos percatado de su presencia. La caricia psicológica promueve el valor o dignidad de cada persona y puede tener una expresión verbal (saludo verbal), corporal (miradas de comprensión, sonrisas) o física (apretones de manos, poner una mano en el hombro, codo o espalda de otra persona), tales gestos pueden comunicar interés hacia otra persona. El trato opuesto a la caricia psicológica es actuar como si la persona no existiera y hacerle “el vacío” o darle la espalda⁹.

Una actitud como la empatía juega un papel muy importante en la relación con el paciente y la familia, puesto que desarrolla y favorece la comunicación. La manera como se comunica el profesional de enfermería con la familia es un aspecto fundamental de su intervención.

Mendoza, J. afirma que una de las características de los seres humanos es de disponer de lenguaje, mediante la voz, gestos de la cara y manos, la posición, expresión de los ojos y hasta las actitudes del cuerpo,

quien deja de lado la comunicación, sobre todo en situaciones que generan tensión entre los individuos, está desperdiciando una de sus más valiosas características, disminuyendo la calidad humana⁹.

La real academia de la lengua española refiere que el concepto de cuidado proviene del latín “cogitatus”, que significa pensamiento; y lo define como “solicitud y atención para hacer bien algo”. La acción de cuidar proviene de “coidar”, y este del latín “cogitare”, pensar, que significa poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo, asistir, guardar y conservar²⁰.

El cuidado de enfermería se refiere al cuidado de la vida, es mucho más que el cumplimiento de indicaciones médicas. El administrar un cuidado integral al paciente significa, escuchar, acompañar, entender y compartir con él y su familia su recuperación.

En este trabajo de investigación se tomó en cuenta las siguientes teorías de Enfermería:

Consideré que una teoría de Enfermería que respalda este trabajo de investigación es la de Watson, ya que define al cuidado como la armonía entre cuerpo, mente y alma a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador.

El cuidado humano se basa en la reciprocidad y tiene calidad única y auténtica. La enfermería es llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos²¹.

Para Watson, la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos; a su vez, es capaz de expresarlos de forma semejante que la otra persona los experimenta. La enfermería es una ciencia humana y arte que estudia la experiencia de salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética.

Otra teoría fue la de Roy quien contempla a la persona como un sistema adaptativo y a la enfermería como el ayudar a las personas a adaptarse a los cambios que se producen en sus necesidades fisiológicas, su autoconcepto, el desempeño de roles y en sus relaciones de interdependencia durante la salud y la enfermedad. La enfermería desempeña un papel único como facilitadora de la adaptación, valorando la conducta en cada uno de estos cuatro modos adaptativos e interviniendo en

la manipulación de estímulos, siendo esta teoría útil en la valoración de la familia²¹.

Según la teoría de Newman la enfermería debe cuidar a la persona en su totalidad, ya que es una profesión única que debe ocuparse de todas las variables que afectan al individuo. Es por ello que el cuidado debe ser holístico, no sólo cuidar el paciente sino también a la familia²¹.

CAPÍTULO III:

MARCO

METODOLÓGICO

2.3. Tipo de Investigación

El presente trabajo de investigación se abordó a través del enfoque cualitativo²², el cual permitió describirlo verbalmente y comprender la percepción de los familiares de los pacientes hospitalizados, a través de sus discursos lo que permitió ingresar a un tema específico donde la inquietud de la investigadora fue comprender la percepción del familiar acerca del Cuidado Enfermero del Paciente en UCI en una institución privada de salud de Chiclayo.

2.4. Diseño o Abordaje

La presente investigación utilizó el diseño de estudio de caso²³, permitiendo obtener un análisis profundo y así comprender a través de las experiencias que nos manifestaron los familiares cómo es su percepción acerca del cuidado enfermero de su familiar hospitalizado en UCI. Al realizar la presente investigación se tuvo en cuenta los principios de estudio de caso²⁴ que son los siguientes:

- Dirigido al descubrimiento, sostiene que el conocimiento no es algo acabado, sino una construcción que se hace y rehace en el desarrollo de la investigación, en donde el investigador parte de algunos supuestos teóricos iniciales, en esta investigación se trató de mantener

constantemente atención a nuevos elementos que puedan surgir como importantes durante el estudio. Es ahí donde el marco teórico sirvió como base referencial y a partir de él se pudo detectar nuevos aspectos, nuevos elementos o dimensiones que se agregaron a medida que el estudio avanzó.

- Enfatiza la interpretación del contexto pues para mejorar la manifestación general de un problema, las acciones, las percepciones, los comportamientos y las interacciones de las personas deben estar relacionadas a la situación específica donde ocurren o la problemática determinada a la que están ligadas. Para este estudio se tomó en cuenta el contexto de los familiares, tanto en lo social, cultural, familiar, económico, y el nivel educativo; en la investigación, los familiares vivían dentro de la provincia de Chiclayo pero no todas eran procedentes de la ciudad mencionada, algunas provenían de otras ciudades, como Cajamarca, Piura y Jaén, ya que en su ciudad no hay UCI, algunos de ellos eran de recursos económicos bajos, otros de recursos medios, algunos de ellos eran cónyuges, hermanos, cuñadas e hijos del paciente hospitalizado en UCI, otros contaban con un nivel de instrucción de secundaria completa, otros con primaria incompleta y otros con nivel superior completo. El promedio de la edad de los participantes fue de 45 años.

- Busca retratar la realidad en forma compleja y profunda, el investigador procurará revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación enfocándolo como un todo. En esta investigación se trató de descubrir aspectos que aún son desconocidos acerca de la percepción del familiar acerca del cuidado enfermero, abordando profundamente la búsqueda de información.
- Utiliza una variedad de fuentes de información. El investigador recurre a una variedad de datos recolectados y con una variedad de informantes, para este estudio iniciando desde la situación problema, antecedentes, literatura y referencias de los familiares fue posible cruzar la información, confirmar o rechazar hipótesis, descubriéndose nuevos datos, que permitió separar suposiciones o levantar hipótesis alternativas.
- Revelan experiencias cercanas y permiten generalizaciones naturales. El investigador relata sus experiencias durante el estudio, así el usuario, realiza sus generalizaciones naturales. La generalización natural ocurre en función de conocimientos experimentados del sujeto en el momento en que esté intentando asociar datos encontrados en el estudio con datos que son frutos de su experiencia personal. En el presente trabajo de investigación se buscó generalizar producto de la asociación con los datos encontrados, con los que se mostró experiencia en lo que es percepción.

- Procura representar diferentes y a veces conflictivos puntos de vista en una situación social. El investigador procura obtener datos a pesar de las divergencias, las operaciones, relevando incluso su propio punto de vista. Los usuarios sacan conclusiones sobre diferentes aspectos de la investigación y que a pesar de la saturación encontrada, se dieron divergencias de opiniones entre algunos: sentimientos, reacciones y emociones, que experimentan. En este estudio se presentaron todos los puntos de vista que se encontraron aun si éstos hayan sido controversiales.
- Utilizar un lenguaje de una forma accesible en el relato de la investigación; puede existir una variedad de formas tales como dramatizaciones, diseños, discusiones, mesa redonda. Los relatos escritos presentan un estilo informal narrativo, ilustrado por figuras del lenguaje y se puede decir que el uso es constituido durante el proceso de estudio. También es posible que en un mismo caso existan diferentes formas de relatos dependiendo del estilo del investigador. La transmisión aquí es directa, clara y bien articulada del caso y con un estilo que se aproxime a la experiencia personal del lector. El caso es construido durante el proceso de estudio, materializándose solamente en cuanto al caso, en el relato final, en donde queda evidente si él se constituye realmente en un estudio de caso.

El presente estudio de caso se desarrolló durante el proceso de investigación en el que en forma narrativa se realizó el relato final, se hizo uso de un lenguaje claro y accesible. Este estudio de caso se caracteriza por tres fases:

- **FASE EXPLORATORIA:**

Esta fase permitió describir la situación problemática, planteándose preguntas orientadoras que fueron formuladas teniendo como sustento la bibliografía relacionada con el tema, con la finalidad de descubrir el objeto de estudio, el cual surgió a medida que se trabajó la investigación. En esta fase se fue perfeccionando diferentes aspectos relevantes para este estudio, tratando de centrarse en la percepción del familiar acerca del cuidado enfermero del paciente en UCI en una institución privada de salud de Chiclayo.

- **FASE DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO:**

Consiste en identificar los elementos claves para proceder a recolectar sistemáticamente la información haciendo uso de instrumentos semi estructurados y técnicas variadas. En esta fase se procedió a aplicar la entrevista semi estructurada abierta a profundidad a los familiares de los pacientes hospitalizados en Cuidados Intensivos en una institución privada de salud de Chiclayo.

- **FASE DE ANÁLISIS SISTEMÁTICO Y ELABORACIÓN DEL INFORME:**

En el estudio de caso sobre percepción del familiar acerca del cuidado enfermero del paciente en UCI, una vez que se contó con los datos se realizó la transcripción detallada de cada discurso manifestado por los entrevistados, teniendo en cuenta los principios de rigor científico. Posteriormente se llevó a cabo la descontextualización, realizándose la lectura y relectura minuciosa de cada discurso, identificando las unidades de significado facilitando así su categorización, para posteriormente realizar el análisis y elaborar el informe respectivo.

2.5. Población y Muestra

2.5.1. Población:

Estuvo constituida por los familiares de los pacientes hospitalizados en la “Unidad de Cuidados Intensivos de una institución privada de salud – Chiclayo”. La población estuvo formada por 20 familiares.

2.5.2. Muestra:

La muestra estuvo determinada por la técnica de saturación y redundancia²⁵. Es decir que la recolección de información culminó en el mes

de agosto del año 2016, cuando los discursos se volvieron repetitivos porque los familiares no indicaban algo diferente de lo ya dicho. La muestra estuvo determinada por 10 familiares, en el mes de agosto del año 2016.

Criterios de inclusión:

- ✓ Familiares mayores de 18 años de edad.
- ✓ Familiares que tuvieron mayor permanencia en el servicio.
- ✓ Familiares que desearon participar voluntariamente.

En el trabajo de investigación se cumplieron con los criterios de inclusión.

2.6. Técnica de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue la entrevista semi estructurada abierta a profundidad. Esta entrevista permitió obtener información más detallada y completa, a través de preguntas generales que se hicieron a los sujetos de la investigación. Planteada la primera pregunta general se dio pase a las siguientes interrogantes haciendo de la entrevista una conversación fluida de modo que se obtuvo una amplia información sobre la percepción del familiar.

El instrumento de recolección de datos fue la guía de entrevista. Este instrumento fue sometido a una prueba piloto para perfeccionarlo y validarlo, la cual fue aplicada a tres familiares de las mismas características, pero que no formaron parte de la muestra a estudiar, de esta manera se validó este instrumento, el cual se mejoró para la realización de esta investigación.

En el trabajo de investigación la guía de entrevista se aplicó a diez familiares de los pacientes hospitalizados en Cuidado Intensivos de una clínica particular en Chiclayo, durante el mes de agosto el cual dio resultados óptimos, pues los familiares respondieron a la pregunta planteada dando paso a las siguientes interrogantes; obteniendo la información necesaria.

2.7. Procesamiento y análisis de datos

Se utilizó el análisis temático, el cual es una técnica para analizar los procesos de la comunicación en diversos contextos.

Después de obtenidos los datos por medio de la técnica de entrevista, los discursos se transcribieron, se leyeron y releieron para identificar las unidades de significado. Se codificó los datos para tener una descripción más completa de éstos, generando mayor sentido de entendimiento del material analizado de acuerdo al objeto de estudio.

A las unidades de análisis se le asignó categorías de análisis.

Interpretación de los datos: En el análisis cualitativo fue fundamental darle sentido a las descripciones de cada categoría, lo que implicó ofrecer una descripción completa, para ubicarla dentro del problema investigado, analizando su significado. Durante el análisis de las categorías se recibió la asesoría de una docente con alto nivel académico en este campo y para maximizar la validez de los hallazgos fue presentados en dos ocasiones ante una docente con amplios conocimientos en investigación, quien retroalimentó el análisis.

Descripción del contexto: Se describieron las características de los sujetos de estudio a través de los criterios de inclusión y el contexto en el que interactuaron éstos de acuerdo a los datos obtenidos durante la entrevista.

2.8. Principios éticos

La expresión "principios éticos básicos"²⁶ se refiere a aquellos conceptos generales que sirven como justificación básica para los diversos principios éticos y evaluaciones de las acciones humanas. Entre los principios, tres son particularmente apropiados a la ética de investigaciones

que incluyen sujetos humanos: los principios de respeto a las personas, beneficencia y justicia, los cuales se aplicaron en esta investigación.

Respeto a la dignidad humana:

El respeto²⁶ a las personas incorpora por lo menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y segundo, que las personas con menos autonomía tienen derecho a protección.

Una persona autónoma es un individuo capaz de reflexionar con respecto a sus metas personales y de actuar bajo la dirección de dicha reflexión. Respetar la autonomía es dar paso a las opiniones de las personas autónomas, y a su vez evitar obstruir sus acciones a menos de que vayan en claro perjuicio de otros. Mostrar falta de respeto a una persona autónoma significa repudiar sus opiniones, negarle la libertad de actuar basándose en tales criterios u opiniones, o retener información necesaria para hacer un juicio adecuado, sin tener razones de peso para hacerlo.

Basados en este principio, se solicitó a los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI su autorización; previamente se les explicó el objetivo y beneficios de la investigación, se les dio a conocer que en el momento que

ellos deseen podían desistir de su participación voluntaria sin ningún perjuicio para ellos.

Beneficencia:

El término "beneficencia"²⁶ se entiende como actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación. En este sentido se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: uno, no hacer daño; y dos acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.

Según otros autores²⁷:

La beneficencia o búsqueda del bien es la obligación ética de los investigadores y de los estudios que realizan, de lograr los máximos beneficios posibles y de reducir al mínimo la posibilidad de daños e injusticias.

En esta investigación se buscó el beneficio de los familiares y el paciente hospitalizado, lo que garantizó que no sufrieran daño tanto físico como psicológico, durante la recolección de datos, además la información obtenida no fue utilizada para otros fines.

Justicia:

¿Quién debe recibir los beneficios de la investigación y soportar su responsabilidad? Esto es una cuestión de justicia²⁶, en el sentido de "justicia en la distribución" o "lo que se merece".

Según otros autores:

El principio de justicia viene a ser la igual consideración y respeto para todos, sin ningún tipo de discriminación o marginación y garantizar el bien común.

En esta investigación, se incluyó el derecho a un trato justo a los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI que participaron en esta investigación, seleccionándolos sin ninguna discriminación, recibiendo un trato respetuoso, amable, para todas aquellas familiares que participaron en esta investigación.

2.9. Rigor científico

El rigor científico fue dado por los siguientes principios²⁶:

CONFIDENCIALIDAD: En la presente investigación, la información obtenida por los participantes se mantuvo en anonimato con el fin de que sus

identidades no sean relacionadas con la información que proporcionaron. Ya que les corresponde por derecho a los familiares en estudio mantener su anonimato, es por eso que se tuvo cuidado en la realización de esta investigación.

CREDIBILIDAD: En la investigación se aplicó la credibilidad con la aplicación de los instrumentos, los cuales se apegaron a la verdad y por ende los resultados al ser obtenidos que fueron verídicos.

CONFIRMABILIDAD O AUDITABILIDAD: En este criterio, los resultados de la investigación pueden ser utilizados por otro investigador como antecedente, a partir de las decisiones que se puedan tomar en el presente trabajo.

CAPÍTULO IV:

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

“La percepción es el proceso a través del cual el cerebro elabora la información de los sentidos y le permite obtener datos de la realidad circundante, organizándola en información dotada de significado”¹¹.

La percepción es la experiencia de sensaciones sensoriales, los estímulos experimentados a través de la vista, el oído, el gusto, el tacto y el olfato, siendo únicas para cada individuo. Las percepciones originan ideas y a menudo sentimientos en las personas, las cuales influyen en la forma en que se recibe la siguiente percepción. Por tanto; dos personas que experimentan el mismo suceso lo aprecian de forma muy diferente y pueden tener ideas y sentimientos distintos sobre la experiencia compartida¹³.

Al formar una interpretación sobre otra persona, observamos sus acciones, notamos su tono de voz, sus expresiones faciales, seguimos lo que dice, cómo lo dice y lo que hace, cómo interactúa con nosotros, luego usamos esta interpretación para juzgar sus conocimientos, deseos, sentimientos, personalidad, objetivos. En respuesta a esto nuestras acciones y actitudes dirigidas hacia los demás se guían por estos juicios. Estas impresiones pueden cambiar a medida que nos informamos más de ella.

En la investigación surgieron dos categorías con sus respectivas subcategorías, originadas de los discursos que hicieron 10 familiares que participaron del presente trabajo de investigación, las cuales se presentan a manera de síntesis, que a la vez permitieron comprender la percepción del familiar acerca del Cuidado Enfermero del Paciente en UCI.

I. PERCIBIENDO FALTA DE CUIDADO

- 1.1. Emerge la falta de comunicación
- 1.2. Emerge el descontento por la demora en la atención
- 1.3. Emerge la falta de empatía
- 1.4. Desacuerdo con los horarios de visita

II. EMERGIENDO LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO

- 2.1. Cuidando con la administración de medicamentos
- 2.2. Visualizando un cuidado previniendo complicaciones
- 2.3. Percibiendo el cuidado de la espiritualidad y la religiosidad
- 2.4. El cuidado disminuyendo el temor
- 2.5. El cuidado mediante la comunicación verbal efectiva
- 2.6. Visualizando un cuidado personalizado y continuo

A continuación, se discuten las categorías mencionadas a la luz de la literatura:

I. PERCIBIENDO FALTA DE CUIDADO

Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería²⁸.

En este trabajo de investigación se encuentra que el familiar percibió falta de cuidado, por parte del profesional de Enfermería teniendo en cuenta la falta comunicación, empatía, el desacuerdo con los horarios de visita y la demora en la atención.

1.1. Emerge la falta de comunicación

Es el profesional de enfermería quien tiene y puede tener mayor contacto con la familia y es el mismo quien puede modificar la percepción que el familiar tiene con relación a su atención, a través de una comunicación efectiva enfermera – familiar, de lo contrario se producirá estrés o insatisfacción, esta situación se encuentra en las referencias de los familiares:

“...Las señoritas enfermeras no me dijeron nada el día que ingresó mi esposo a UCI, sólo la vi cuando me dio la receta para comprar medicina...” (Púrpura, esposa; edad: 70 años).

“...Tengo poco contacto con las enfermeras, a ellas sólo se las ve en la hora de la visita o al momento que nos dan las recetas...” (Turquesa, cuñada: 45 años).

Dentro de las funciones de la Enfermera está la de establecer asistencia utilizando herramientas psicológicas como la relación de ayuda, para favorecer la disminución de la ansiedad en el primer contacto con el paciente y/o familiar acompañante. Los conceptos teóricos que fundamentan la relación de ayuda fueron desarrollados por teoristas como Peplau H, Orlando I, y Travelbee J. Peplau en su modelo de Enfermería psicodinámica aborda un tipo de relación Enfermera-paciente que se conoce como relaciones interpersonales; en la cual las dos personas llegan a conocerse lo suficientemente, como para afrontar los problemas que surjan de manera cooperativa²⁹.

La familia del paciente crítico, hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos, requiere cuidados, atención e información oportuna. Con frecuencia se les observa en las salas de espera con manifestaciones de diferente índole de acuerdo con el contexto de sus vivencias y necesidades. Es conocido de cualquiera, aún los no familiarizados con las unidades

críticas, que las primeras visitas pueden ser alarmantes; crean angustia, expectativas en relación con la cantidad de dispositivos de monitoreo, equipos de mantenimiento de la vida y controles ambientales necesarios para garantizar un cuidado con calidad.

En el proceso comunicativo lo que se espera es una interacción entre el emisor y el receptor de los mensajes, para ello existen estrategias que permiten facilitar la comprensión de los mismos. Dentro de estas estrategias encontramos: utilizar información concisa, clara, evitando tecnicismos y con vocabulario accesible, evitar ambigüedades y suspicacias al enviar el mensaje, analizar las ideas antes de comunicarlas, repetir conceptos claves para que sean comprendidos, repetición del mensaje, hablar con un ritmo adecuado no muy lento, no muy rápido en un tono de voz adecuado, realizar retroalimentación de la información. Estas son algunas referencias de los familiares:

“...En algún momento no entendí lo que me decía la enfermera, usaba términos que no entendía...” Violeta, esposa; edad: 40 años.

“...La señorita me hablaba con palabras que no entendía, pero cuando le dije que no entendía, me explico con otras palabras y si le entendí...” celeste, padre; edad 39 años.

Como se puede observar en estas referencias el familiar en estudio no entendía el vocabulario con el que la enfermera explicaba. Las

profesionales de enfermería deben tener en cuenta que no todas las personas entienden los términos usados en salud, es por ello que al informar se debe tomar en cuenta el nivel de instrucción de la persona porque sino en vez de aclarar dudas se estará generando más ansiedad y temor.

Si desde un inicio en la primera visita o el primer contacto del profesional de enfermería con el familiar no fue buena, éste verá hasta lo más mínimo durante el cuidado de su familiar hospitalizado, es por eso que la Enfermera desde un inicio debe brindar confianza, seguridad que este sienta que su familiar está en buenas manos y que el que tiene que estar bien es él para tomar decisiones según la recuperación de su familiar; sin embargo, los familiares expresan su descontento y se verifica cuando surge la siguiente subcategoría.

1.2. Emerge el descontento por la demora en la atención:

El hecho de que no se realicen las indicaciones médicas a tiempo genera reacciones negativas por parte de la familia que se encuentra estresada, la cual no va a entender pero, más si es en una clínica privada, donde ellos piensan que la atención debe ser rápida. Esta situación lo manifestaron los familiares:

“...Mire Srta. el día de ayer a las 6am el Dr. Le dejo una Rx de tórax a mi paciente y ya eran como las 11 am y nada que le hacían el examen, luego que tanto reclame me dijeron que se bajó la ordena admisión pero no llamaban, luego dijeron que tenía que pagar más para que lo hagan en su cama sin movilizarlo y me enoje porque se perdió mucho tiempo...” (Gris 40 años: hijo).

Todos estos malos entendidos surgen cuando no se comunica debidamente a los familiares los trámites a seguir y los horarios de la toma de exámenes la enfermera no es quien los realiza; sin embargo, si debe informar, colocándose en el lugar de los familiares, cuando no se produce la familia puede tornarse intranquila e irritable; así lo manifiestan y se verifica cuando surge la siguiente categoría:

1.3. Emerge la falta de empatía:

Para Watson, la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos; a su vez, es capaz de expresarlos de forma semejante que la otra persona los experimenta²⁸.

La empatía es un elemento clave en la comunicación ya que entre las habilidades de la misma están la capacidad de percibir los estados de ánimo de la otra persona, saber “leer” lo que dice su tono de voz, su postura, sus

modales. La empatía requiere la identificación precisa de las respuestas emocionales de los demás. Así, la persona empática se da cuenta de las necesidades afectivas del otro. Reconoce su temor, su angustia, su tristeza. Quien tiene una relación de empatía, no asume posturas de juez, criticando y enjuiciando las emociones y sentimientos del otro.

La empatía es un elemento clave en la comunicación enfermera - paciente o enfermera – familiar, en este trabajo de investigación es el familiar quien esta alerta de todos los cuidados que se brindan y cuales no brinda el profesional Enfermero; esta situación se verifica en las siguientes manifestaciones:

“...Cuando ingreso a ver a mi paciente lo encuentro frio, y no lo cubren, deberían apagar ese aire, las enfermeras dicen que su temperatura está bien, además tiene una herida en la espalda que no se sana y le duele, me hacen renegar...” (Púrpura, esposa; edad: 70 años)

“...Siento que les falta mejorar el cuidado con los pacientes, enfermería es vocación sino hubieran estudiado otra cosa...” (Púrpura, esposa; edad: 70 años)

“...Sólo hay una enfermera que pone una cara de enojo cuando le pregunto sobre el estado de mi paciente, no tiene paciencia...” (Rojo, hija; edad: 29 años).

La conducta del personal de salud durante el desempeño de las actividades de cuidado, es evaluada continuamente por los familiares, los cuales perciben el cuidado destacando el impacto negativo que tiene la actitud de rutina y despersonalización en el cuidado, como se ve en este caso donde el profesional enfermero de UCI, no informó el por qué en UCI hay aire acondicionado, porque hay tantas máquinas y/o alarmas o porque no cubrían con mantas al paciente; es ahí donde el familiar percibe un mal cuidado por parte de enfermería, generando una percepción negativa hacia el profesional Enfermero.

1.4.Desacuerdo con los horarios de visita

Otro punto importante es la accesibilidad para la visita de los familiares a la unidad de cuidados intensivos; históricamente las visitas en las unidades han sido muy restrictivas atendiendo a diversos criterios como basados en un enfoque de “preservar al paciente ya que la mayoría de los cuidados van dirigidos a él de manera individualizada y exclusiva³⁰.

En algunos de los servicios de uci las horas de visita se ha liberalizado de forma progresiva, propiciando mayor satisfacción en los familiares y mejor cobertura de sus necesidades.

Diversos estudios han mostrado cómo la permanencia de familiares junto a los pacientes no produce alteraciones en las condiciones fisiológicas de éstos. A pesar de ello las enfermeras han justificado estas restricciones basándose en el agotamiento emocional y estrés que la relación continua con la familia les produce, junto a la posible interferencia en los cuidados provocada por su presencia en las unidades³⁰.

En España, en la actualidad, la mayoría de las UCI presentan un régimen de visitas de tipo restrictivo, en las cuales se limita el tiempo de las asistencias a 30 minutos, una por la mañana y otra por la tarde; con un máximo de uno o dos familiares por paciente y visita³¹.

En la mayoría de los estudios analizados, tanto los pacientes como los familiares, expresan su desacuerdo con la duración y los horarios de las visitas, siendo similares a las referencias que hicieron algunos de los familiares. Ya que una de las necesidades emocionales más importantes percibidas por los mismos es la necesidad de proximidad con su ser querido. Esta necesidad de proximidad se hace especialmente relevante, en caso de las mujeres, ya que ellas asumen mayoritariamente el papel de cuidadoras principales de la familia³².

En la presente investigación los horarios de visita para la familia son de 3 a 5, ante los familiares refirieron que el horario no es adecuado, que

es insuficiente y estarían satisfechos si pudieran ingresar cuando el paciente lo solicite, o una media hora por turno, como se evidencia a continuación:

“...Señorita: desde que mi esposo ingresó a UCI sólo lo veo en los horarios de visita, a excepción de una enfermera que nos deja ingresar cuando el pide verme, el verme y hablarle lo tranquiliza...”

(Violeta, esposa; edad: 40 años)

“...Señorita me gustaría que todas las enfermeras pensaran igual, mi familiar gritaba desesperadamente por ver a su familia en la madrugada y la enfermera no nos dejó ingresar...” (Turquesa cuñada; edad: 45 años)

En líneas generales son las enfermeras quienes modifican la pauta de visitas establecida, tanto flexibilizándola como restringiéndola, como se evidencia a continuación:

“...A veces ya son las 3pm y no dejan ingresar, pero debe ser porque están haciendo su trabajo y no debemos interrumpir...” (Lila, esposa; edad: 62 años).

“...Mi esposo se la pasó gritando que quiere ver a su familia, ayer ingresé y dejó de gritar, pero la enfermera de hoy no nos deja ingresar...” (Guinda, esposa; edad: 55 años).

Esta realidad coincide con los resultados del trabajo de Investigación de Malca, M. “Percepción del paciente acerca de la calidad del cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Regional de Cajamarca”, los pacientes y familiares critican duramente la política restrictiva de las visitas y la situación de aislamiento que para ellos caracteriza éstas unidades⁷.

Así como hay familiares que perciben la falta cuidado por parte del profesional de enfermería, hay familiares que perciben un cuidado que podría decirse que hay indicios de un cuidado humanizado, ya que la percepción de las personas frente a un mismo hecho es diferente debido a la afectividad; es decir, que algunas personas son más sensibles que otras y también frente a las experiencias vividas en los diferentes turnos como se puede observar en la siguiente categoría.

II. EMERGIENDO LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO

La real academia de la lengua española refiere que el concepto de cuidado proviene del latín “cogitatus”, que significa pensamiento; y lo define como “solicitud y atención para hacer bien algo”. La acción de cuidar proviene de “coidar”, y este del latín “cogitare”, que significa poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo, asistir, guardar y conservar²⁰

Los cuidados tienen finalidad distinta y sus objetivos se orientan a la satisfacción de necesidades y/o problemas biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera - paciente²⁸.

El cuidado se ha ido implementando y estudiando desde la época de los cincuenta con Madeleine Leininger y ha ido avanzando y mejorando con el paso de los años mediante las teorías de Enfermería, una de ellas es Jean Watson con su teoría "Del Cuidado Humano", a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería basándose en los siete supuestos básicos.²¹

El cuidado intensivo de enfermería se define como "el agotar todas las posibilidades terapéuticas y de cuidado para la sustitución temporal de las funciones vitales alteradas sin abandonar el diagnóstico de base, que llevó al paciente a tener un estado crítico de salud³³"

La Enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuya esencia es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano; correspondiéndole para ello, realizar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud presentes o potenciales. La noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de nuestra profesión y constituye un modo de ser³⁴.

El cuidado enfermero es además un arte porque implica un acto que debe ser humano, muy diferente a otras profesiones, porque se cuida de la persona y su recuperación depende del cuidado que se dé, por ello es esencial que el profesional de enfermería considere a la persona en su totalidad, no brindando un cuidado específico sino un cuidado integral, el cual es un fundamento del cuidado de enfermería, se caracteriza por ser competente, necesitar conocimientos previos, realizarse con humildad y respeto; se diferencia del cuidado específico porque este se enfoca en una sola área y no es tan completo. El cuidado integral cumple con su objetivo cuando es objetivo y subjetivo a la vez³⁵. En este estudio se verificó que cumplen de primera intención con la administración de la terapia indicada, tal como se observa cuando se origina la sub categoría:

2.1.Cuidando con la administración de medicamentos

Uno de los cuidados del profesional de enfermería es la administración de los medicamento y para lograr una administración segura se deberá tener en cuenta los 7 correctos: la administración del medicamento correcto, hora correcta, dosis correcta, vía correcta, persona correcta, verificar fecha de vencimiento, no administrar medicamentos preparados por otro personal, rotular el medicamento con nombre, dosis, volumen del medicamento, es necesario conocer la velocidad de infusión y tiempo de administración del medicamento. Es importante también el reporte de enfermería porque el cambio de las indicaciones surgen de un momento a otro.

El hecho que se administre los medicamentos a la hora y aplicar los 7 correctos permite que el familiar perciba positivamente el actuar de la Enfermera frente a su paciente hospitalizado, como se refleja en el discurso:

“...Le colocan sus medicamentos a la hora, y hay otros medicamentos que pasan en una máquina la cantidad correcta; están muy pendientes, hasta mi mismo esposo dice que lo tratan bien y que ya se acostumbró a estar ahí...” (Violeta, esposa; edad: 40 años.

Otro punto clave para el cuidado administrando medicamentos es el cambio de turno o pase el cual sirve para garantizar la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente donde se garantiza la continuidad del cuidado y la comunicación ha sido siempre un aspecto o elemento vital del proceso de cuidado de enfermería, especialmente durante la transferencia de información que con el devenir del tiempo y el avance científico y tecnológico ha traído consigo nuevos enfoques frente a la entrega de información con calidad y calidez.

Y es el familiar quien percibe si este cuidado continúa en los siguientes turnos, como vemos en las siguientes referencias hechas por algunos de ellos:

“...Cuando ingreso a ver mi paciente la enfermera se acerca a colocarle su medicamento, ayer también le colocaron lo mismo a la misma hora, ella nos conversa...” (Guinda, esposa; edad: 55 años)

“...La Enfermera le da sus medicamentos, su alimento, le cura las heridas...” (Azul, Hermano; edad: 69 años.

“...Cuando ingreso mi familiar a la Uci tenía miedo que la enfermera del siguiente turno no sepa todo el tratamiento a seguir, pero al hablar con ella me di cuenta que estaba al tanto de todo”. (Lila, esposa; edad: 62 años).

El profesional de Enfermería cuida evitando al máximo secuelas en el futuro de la persona en estado crítico, como se puede observar cuando surge la siguiente subcategoría:

2.2. Visualizando un cuidado previniendo complicaciones

Existen diversos tipos de cuidados de enfermería, uno de ellos son los de consecución y continuidad de la vida, evitando riesgos que compliquen aún más la vida del paciente, es aquí donde el profesional de salud se provisiona de cuidados que ofrezcan seguridad al paciente³⁶.

Los cuidados que brinda el profesional de Enfermería en UCI para evitar otras complicaciones sobre agregadas, son diversos como los cuidados para evitar úlceras por presión (UPP) a través los cambios posturales cada dos horas, colocación de colchón anti escaras, protección de puntos de presión (talones, codos,) con almohadas, hidratación de la piel; cuidados para evitar la retención de secreciones a través de la aspiración de secreciones por boca y TOT, rotación del TOT, higiene bucal con clorhexidina 3 veces al día, entre otros. Lo ideal es limitar al máximo las secuelas, que pongan en riesgo la calidad de vida de los pacientes en el futuro.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que uno de cada 10 pacientes que vive en países industrializados sufre eventos adversos

mientras recibe cuidados de salud; es por ello que en la actualidad se han creado estándares de calidad para mejorar la calidad en el cuidado en Enfermería³⁷.

Los atributos de la calidad establecidos para los hospitales e institutos especializados son: el respeto, la información completa, eficiencia, eficacia, continuidad, oportunidad, integralidad, trabajo en equipo, privacidad, accesibilidad y la satisfacción del usuario.

Uno de los estándares de la calidad es cuando los usuarios externos perciben un trato adecuado con amabilidad, respeto y empatía, este es un estándar de resultado que se alcanza por la interacción entre proveedores y usuarios que generan una percepción positiva sobre el trato, respeto y empatía percibida³⁸.

Queda evidente que los familiares conocen la importancia del cuidado de la Enfermera para evitar en este caso las úlceras por decúbito, pues así lo manifestaron:

“...Las enfermeras se preocupan por mi padre, porque le han colocado un colchón lleno de aire, le colocan su crema en todo el cuerpo y lo cambian de posición para evitar las escaras...”. (Lila, esposa; edad: 62 años).

El cuidado enfermero no sólo se preocupa por la parte física sino que también lo espiritual; de acuerdo al planteamiento de uno de los factores curativos de la ciencia del cuidado de Jean Watson refiere la *provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual*; donde las enfermera tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo²¹; es así, como surge la siguiente subcategoría:

2.3.Percibiendo el cuidado de espiritualidad

El ingreso de un paciente a la UCI altera el normal funcionamiento del círculo familiar al que pertenece, los familiares experimentan niveles muy elevados de ansiedad, depresión, amenaza de muerte, duelo, angustia, dolor, sufrimiento, frustración entre otros; por lo cual se podría aumentar el riesgo de que no atiendan sus propias necesidades manifestándose en comportamientos poco saludables como descanso inadecuado, cambios en los hábitos de alimentación, sueño y las tareas de la vida cotidiana, dados por el tiempo de permanencia en la institución y por la carga e impacto emocional que implica la situación³⁹.

La espiritualidad es una parte de esa conformación integral que le da sentido de totalidad al ser humano; con frecuencia olvidada, y se experimenta de diferentes formas entre las diferentes personas y en los distintos momentos. Busca respuestas a aquello que no podemos explicar con la razón y el conocimiento. En determinados momentos y circunstancias de la vida adquiere una mayor importancia o significado, como en situaciones de enfrentar la enfermedad y la muerte⁴⁰.

La necesidad espiritual es la necesidad que siente la persona de mantener, fortalecer o recuperar creencias y fe; de encontrar respuestas al sentido y finalidad de la vida. Muchas veces a través de actos religiosos, ritos plegarias y el perdón⁴⁰. Lo que se refleja a través de las siguientes expresiones de los familiares:

“...Sí, ella me dijo que recemos, que tenga fe y que no nos preocupemos...” (Azul, hermano; edad: 69 años).

“...Una de ellas me dijo que Dios sabe por qué hace las cosas, me dio la mano y me dijo que no me preocupe...” (Rojo, hija; edad: 29 años).

“...La enfermera al verme llorando puso su mano en mi hombro y me dijo hay que tener fe, confíe en Dios...” (Violeta, esposa; edad: 40 años).

El hecho que un paciente de cuidados intensivos se recupere y sea dado de alta, es visto como “un milagro en la familia”, y hace que la percepción hacia el profesional Enfermero sobre el cuidado que brinda sea bueno, como se ve en las siguientes referencias:

“...Estoy tan contenta señorita, es un milagro que mi esposo este con vida, gracias al cuidado de las enfermeras...” turquesa, cuñada; edad: 45 años.

Otra esfera que cuida la enfermera con una visión integral es el cuidado emocional y se observa cuando surge la subcategoría:

2.4. El cuidado reduciendo su temor:

La palabra temor proviene del latín: timor . y lo define como: “Perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario., recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que desea⁴¹.

El miedo es una situación compleja, construcción del pensamiento en base de alguna experiencia negativa, es algo natural, es una sensación de alarma que señala el peligro, para la supervivencia.

El miedo está por encima del control voluntario, muchas veces no puede ser explicad o razonado por la propia persona.

Cuando un miembro de una familia está hospitalizado en un servicio de cuidados intensivos, los familiares se encuentran temerosos, ansiosos porque ante un riesgo alto de la pérdida de su familiar, situación que muchas veces es percibida por el propio paciente y reconocida a través de la farsa y actitudes de los familiares.

La enfermera que entiende el cuidado integral percibe el temor del familiar y el paciente y con palabras de aliento hará que disminuya, y esto lo encontramos en las referencias de los familiares.

El profesional de enfermería durante todo el día permanece de una manera intensa cerca de la persona enferma, asumiendo toda la responsabilidad por la vida que ha sido puesta en sus manos. La actitud de la enfermera debe estar, entonces matizada de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor frente a ese ser humano; en el cuidado enfermero no solamente son importantes las habilidades manuales, el dominio de las técnicas y destrezas, sino se requiere además adecuada actitud y comunicación con la familia y con los otros integrantes del equipo de salud, para satisfacer las necesidades de la persona en tan delicada situación⁴².

La interacción permite la integración de los sentimientos entre las dos partes permite establecer la posibilidad de dar o recibir ayuda. Esta integración de sentimientos y acciones en el encuentro, de tal manera que la interacción enfermera - paciente es cualitativamente diferente a un

encuentro sin cuidado. Desde este punto se cree que la interacción enfermera - paciente y/o familia es la esencia del cuidado y abarca sentimientos y comportamientos que ocurren en la relación. Esta interacción con el paciente y la familia, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro. Es así, como la comunicación y relación interpersonal enfermera - paciente son constituyentes de la enfermería. Al relacionarse con el paciente, y la familia la enfermera marca su presencia profesional al expresar su cuidado³⁹.

Para realizar el proceso de comunicación interpersonal se debe tener ciertas características o habilidades comunicativas como: empatía, cordialidad, educación y respeto en la manera de expresarnos, escuchar atentamente lo que dice el paciente y/o familia esto permitirá a la profesional de enfermería acercarse e interactuar de una forma más humanizada con el paciente y su familia³⁹.

La enfermera debe tratar de conocer y comprender esos factores, para poderle ofrece apoyo, reforzar las defensas, hacerlo sentir protegido y seguro, responder a las preguntas concretas que formule, darle la información precisa y comprensible.

A continuación, se muestran algunas referencias donde la enfermera disminuye el temor:

“...Las enfermeras son muy buenas, me ayudaron mucho, me dieron fuerzas, porque me sentía tan mal, tenía miedo que mi esposo este solo en ese ambiente con tantas máquinas y que nunca más lo vuelva a ver...” (Violeta, esposa; edad: 40 años).

“...En la visita veía como la enfermera le hablaba a mi esposo, y me decía que también lo hiciera; que él me escuchaba” (Guinda, esposa; edad: 55 años).

Comunicación no sólo es decir palabras o transmitir mensajes, es aquello que forma parte de nuestras actividades y de nuestras relaciones. Es el cimiento básico sobre el cual construimos la comprensión y el respeto, esenciales para las relaciones interpersonales ya que puede cambiar conductas según lo percibido durante el proceso de comunicación, es así como nace la siguiente subcategoría de esta categoría:

2.5. El cuidado mediante la comunicación verbal efectiva

La comunicación se suele definir como un intercambio de información entre dos o más personas, sin olvidar que el objetivo de la comunicación es provocar una respuesta, con lo cual no únicamente es un mero intercambio, sino que es un proceso en el cual se debe producir un retorno continuo de la información para que sea procesada por los participantes de dicho proceso⁴³.

La comunicación es “un mensaje a un receptor con la intención consciente de afectar a su conducta posterior”, la forma en que a las personas les llega la información influye en su posterior manera de actuar, o también que una persona bien informada se siente considerada, valorada y respetada y por tanto, es posible que su conducta sea de colaboración y de integración al equipo. Apoya esta idea el concepto definido por Shanon y Weaver, ya que postulan que comunicación es “todo aquello que sucede entre dos o más mentes. Dado que la conducta es aquello que perciben los demás, toda conducta es comunicación y toda comunicación produce conductas³⁹”.

Uno de los pilares del cuidado de enfermería es reconocer en la comunicación una estrategia y herramienta para alcanzar estados mayores de salud y bienestar en la población. La comunicación involucra comprender, participar y aportar adecuadamente a través del lenguaje verbal, no verbal y gestual al estado de salud del ser querido hospitalizado, por parte del familiar.

En el cuidado enfermero no se debe olvidar la importancia de la comunicación no verbal; la expresión facial, el contacto ocular, la sonrisa, los gestos, la postura, el tono de la voz, son factores determinantes a la hora de propiciar una buena intercomunicación enfermera – paciente, enfermera - familiar.

La mirada y el contacto físico son elementos de gran importancia en la comunicación no verbal, ya que proporciona mucha información. Cumple una serie de funciones, de entre ellas se destaca la de proporcionar feedback a la enfermera sobre cómo está llegando la información. Mantener el contacto visual con el paciente transmite interés hacia él y lo que nos dice.

Las diferentes culturas pueden ver el contacto visual directo o el contacto físico de manera muy diferente; en la cultura europea y americana, el contacto visual directo normalmente indica que la enfermera se centra en el interlocutor, sin embargo, en otras culturas, ese mismo contacto visual puede ser percibido como un desafío a la propia autoridad, falta de respeto, etc. También el espacio personal puede estar influenciado por la cultura, la edad, el estado emocional, o experiencias de vida. Cuando se viola el espacio personal de alguien, este puede sentirse inseguro, temeroso, con sentimientos encontrados, o enfadado y, por lo tanto, no se van a comunicar abiertamente con la enfermera.

Es por ello que el profesional de enfermería debe fomentar la confianza, tanto con el paciente y la familia, y la comunicación es una de las herramientas que ayuda a fomentarla.

La parte actitudinal de la persona que da el mensaje es muy importante a la hora de transmitirlo, para ello el contacto visual es importante,

establece una adecuada expresión facial, actitud y apariencia física, mantener una adecuada postura corporal, realizar asentimientos con la cabeza, utilizar gestos ilustrativos entre otras estrategias que se deben utilizar de manera conjunta para que haya un adecuado proceso comunicativo interpersonal, esto fue percibido por algunos familiares en estudio hacia el profesional de enfermería quien expresó:

“...Todas las enfermeras son carismáticas, saben tratar a las personas, ella le habla amablemente a mi esposo...” (Guinda, esposa; edad: 55 años).

“...Hay una enfermera bien linda, siempre cuando le preguntamos algo nos responde con una sonrisa, nunca se enoja...” (Violeta, esposa; edad: 40 años).

Este hallazgo coincide con el trabajo de investigación de Montes S.; “Intervención de enfermería ante la crisis situacional percibida por los familiares con pacientes críticos según el modelo Watson en un Instituto de Previsión Social, nivel III de Cartagena, en Colombia en el 2013”. Obtuvo como resultados que las enfermeras responden a sus inquietudes de manera cortés y entendible, percibiendo así actitud favorable con relación a la atención enfermera – paciente – familiar⁴.

También coincidió con el trabajo de Ramírez J, Ydrogo Y., titulado “Ética del cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del familiar cuidador del paciente en estado crítico HRDLM – Chiclayo 2012”, teniendo como resultados que el profesional de enfermería hace uso la comunicación no verbal, como un gesto, una mirada tierna, entre otros¹⁰.

Luego se observa que las enfermeras brindan un cuidado que refleja la humanización del cuidado y se verifica en la siguiente subcategoría:

2.6. Visualizando un cuidado personalizado y continuo

Un paciente en estado crítico es aquel que presenta alteraciones vitales de uno o más sistemas que ponen en peligro su vida y que requiere de intervenciones inmediatas para corregir la condición que desencadenó el cuadro y dar así un manejo adecuado, ya que de lo contrario se perpetuaría su estado crítico y podría causarle la muerte⁴⁴.

Es por ello que el profesional de enfermería debe reconocer sus riesgos desde el momento del ingreso, tomar medidas para la prevención y/o mantenimiento del funcionamiento de todos los sistemas, dichos cuidados enfermeros permite que la familia reconozca este cuidado como excelente, como podemos ver en la siguiente referencia:

“...Todas las enfermeras aquí son excelentes señorita, no tengo ninguna queja, veo que se preocupan por mi hermana...”(Azul, hermano; edad: 69 años).

Es el profesional de Enfermería quien se encuentra con los pacientes en UCI las 24 horas del día, cuidando del más mínimo cambio que pueda surgir para una intervención oportuna. A continuación podemos ver que el familiar es consciente del trabajo de Enfermería:

“...Las enfermeras están pendientes de mi familiar, no lo dejan ni un momento, veo que día a día mejora más y más...”. (Azul, Hermano; edad: 69 años).

“...Estoy feliz, el Dr. dice que mañana ya le darán de alta a mi esposo, y todo gracias a las enfermeras que siempre están con él...” (Violeta, esposa; edad: 40 años).

“...Mi papá está muy bien cuidado porque una enfermera es sólo para él, es el único paciente... (Gris, hijo; edad: 35 años).

Cuando la familia percibe que la enfermera brinda todo su tiempo en el cuidado de su paciente hospitalizado, menguará el temor y tendrá referencias positivas hacia el profesional que cuida en una UCI.

En este estudio se pudo apreciar que emerge el cuidado humanizado y este cuidado está mediado por el trato humano es decir lleno de cordialidad y sobre todo como se aprecia con una buena comunicación. También con la postura y capacidad de la enfermera de colocarse en el lugar de los pacientes y de su familia.

CONSIDERACIONES

FINALES

CONSIDERACIONES FINALES

Finalmente, se considera:



El cuidado profesional de enfermería es muy complejo como las personas, es decir que tiene diferentes percepciones por la complejidad y la propia naturaleza de las personas de ser únicos del percibir el mundo de manera diferente a su creencias, a sus valores y a sus propias demandas y experiencias pasadas, lo que se ve reflejado en esta investigación donde frente al cuidado de un familiar enfermo, las personas, objetivizan o ven el cuidado de un manera positiva y otros de una manera negativa, dentro de ese marco de individualidad de cada persona, es así que se resume en dos grandes categorías: percibiendo la falta de cuidado, emergiendo la humanización del cuidado lo que parecía ser contradictorio, sin embargo este resultado evidencia la dialéctica del ser, porque se intenta descubrir la verdad mediante la confrontación de argumentos contrarios entre sí.

RECOMENDACIONES

PARA LA CLÍNICA:

- ✓ Es necesario planificar programas de capacitación sobre comunicación efectiva, Empatía, derechos de los pacientes, para todo el profesional de Enfermería que labora en la “Clínica Metropolitana”, profundizar sobre la importancia de desarrollar una buena interrelación con el paciente y familiares en la UCI.
- ✓ Revisión sobre los horarios de la visita.
- ✓ Elaboración de folletos informativos para la familia con explicación sobre la infraestructura de la unidad de cuidados críticos, normas, horarios de visita, espacios de información, teléfonos y actividades que se pueden realizar.

PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA:

- ✓ Hacer que la familia se integre en el cuidado y recuperación del paciente. Crear espacios para trabajar con el familiar brindando información, educación, sobre todo una educación psicoafectiva.
- ✓ Mantener y reforzar la comunicación entre la familia, el paciente y el personal de enfermería.

ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

- ✓ Realizar otros trabajos de investigación relacionados a percepción de familiar acerca del cuidado enfermero para modificar el actuar en Enfermería y llegar al cuidado humanizado pleno.
- ✓ Respecto a la formación de los estudiantes incluyan o involucren a la familia en el cuidado de la persona.

- ✓ Realizar trabajos de investigación sobre comunicación entre el profesional de Enfermería y el familiar de pacientes hospitalizados en UCI.
- ✓ Y las universidades que en su curricula agreguen el cuidado integral del paciente a lado de su entorno familiar.

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

1. Segura L. Importancia de la familia en la sociedad. [Internet]. Perú. 2014. [Actualizado 14 de febrero del 2014, citado el 23 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://trujilloinforma.com/opinion/importancia-de-la-familia-en-la-sociedadpor-lucia-isabel-segura-rojas/>
2. Cabana A. Criterios de ingreso y egreso de UCI. [Internet]. Perú. 2009, julio. [citado el 17 de abril del 2016]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/Andreaeb182/criterios-de-ingreso-y-egreso-de-uci-alberto-1766855>
3. Llamas F, Sánchez M, Acosta M., Gonzales J, Albar M, Macías C. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Críticos. El Sevier. Investigación en Salud [Internet]. 2009, abril. [citado el 17 de abril del 2016]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidades-familia-las-unidades-cuidados-S1130239911000460>
4. 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. [Tesis]. 2013 [Citada en marzo 2016]. Disponible en: <http://siacurn.app.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/797/INTERVENCION%20DE%20ENFERMERIA%20ANTE%20LA%20CRISIS%20SITUACIONAL%20PERCIBIDA%20POR%20LOS%20FAMILIARES%20CON%20PACIENTES.pdf?sequence=1>
5. Martinez 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”. [Tesis]. 2014 [Citada en marzo 2016]. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1322/1/franco_cr.pdf

6. Reyes M. Colonia K. Percepción de los familiares del paciente crítico acerca del apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. *Revista Científica de ciencias de la salud*". [Tesis]. 2013 [Citada en marzo 2016]. Disponible en:
http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/viewFile/200/204
7. Malca M. Percepción del paciente acerca de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados críticos del Hospital Regional de Cajamarca. [Tesis - UNC]. 2010.
8. Robles E. Percepción de los familiares sobre la atención que le brinda las enfermeras durante el horario de visita en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Ricardo Palma enero - febrero Lima - Perú. [Tesis en línea]. 2009 [citado el 14 de abril del 2016]. Disponible en:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4032/1/Robles_Mucha_Eliana_Melina_2009.pdf
9. Franco R. "Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. [Tesis en línea], [citado el 14 de abril del 2016]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1322/1/franco_cr.pdf
10. Ramírez J, Ydrogo Y. Ética del cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del familiar cuidador del paciente en estado crítico

HRDLM – Chiclayo 2012. Perú. [Tesis en línea], [Consultado 13 de abril 2016]. Disponible en:
http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/164/1/TL_RamirezReynosJudith_YdrogoDelgadoYaneth.pdf

11. Gomez M. Aulas multisensoriales en educación espacial. 1° ed. España: Ideas propias; 2009.
12. Cevallos L, Martínez S, Lucana F. “Percepción de los Familiares de Pacientes con TEC acerca de la Intervención de la Enfermera en la Crisis Situacional” Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Santo Toribio de Mogrovejo. [tesis en línea]. UNMSM. Lima. 2013. [actualizada el 03/04/2014]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3671/1/Leon_cl.pdf
13. Bolaños G. Educación por medio del movimiento y expresión corporal. 1° ed. Costa rica: Uned; 2006
14. Naturaleza de la percepción. [Internet]. Chile. [citado 14 marzo 2016]. [Actualizada en enero 2004] Disponible en:
<https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjO6vvC5qXPAhVLmR4KHQZXBvUQFggcMAA&url=https%3A%2F%2Fcolegiochile2010.files.wordpress.com%2F2010%2F04%2Fnaturaleza-de-la-percepcic3b3n.docx&usg=AFQjCNGsDPFJpQAY66YLieU1CP0c7B76Ww&sig2=NVuNacp1TUmHmj0-HqtETA>
15. La Percepción [Internet]. [citado 14 marzo 2016]. [Actualizada en enero 2004] Disponible en:
<http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>

16. Gutiérrez R., Ramos A, Moreno P. Gómez, M. “Percepción del paciente de la atención” Instituto Mexicano del Seguro Social Tijuana, Baja California. México.
17. Real Academia española. Definición de familia. [Actualizada en octubre 2014; acceso 14/04/2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=HZnZiow>.
18. Estévez E, Jimenez T; Musitu, G. Relaciones entre padres e hijos. 1º Ed. Valencia; Nau Libres. 2007.
19. Gómez L. “Cuidados Intensivos en el Adulto” 4ª Ed. Madrid; Interamericana-Mc-Graw-Hill. 1993.
20. Real Academia española. Definición de cuidado. [Actualizada en octubre 2014; acceso 14/04/2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Bbp9xqI>
21. Marriner A. Modelos y teorías en Enfermería. 6º Ed. España; Mosby. 2008.
22. Hernández R., Fernández C. Metodología de la Investigación. 5ª Ed. México: McGraw-Hill. 2010.
23. Polit D. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5ª Ed. México: Mc Graw – Hill; 2000.
24. Lulke y André M. Pesquisa en educação: Abordajes cualitativos. Ed. Brasil: EPU. 1986.
25. Burns N, Grove S. Investigación en Enfermería. 3ª Ed. España: El Sevier. 2004.

26. Demo P. Metodología Científica em Ciências Sociais. . 1ª Ed. Brasil: Atlas S.A. 1995.
27. Informe Belmont: principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. 1979. [Acceso 13/09/12], disponible en:
http://medicina.unmsm.edu.pe/investigacion/etica/documentos/5.%20belmont_report.pdf
28. Rivera L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. [Internet]. Colombia. 2014 [Actualizada en octubre 2014; acceso 20/03/2017]. Disponible en:
https://www.ucursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf
29. Ramos V. Rico R.; Martínez P. Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. México. [Artículo científico en línea]. [Consultado 05 de marzo del 2017]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012001100113
30. El temor y la experiencia del paciente en UCI. [tesis en internet]. Colombia. 2007. [Actualizada en marzo 2017; acceso 01/04/2017]. Disponible en:
http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/42/3/03_Contenido.pdf
31. Velasco J, Prieto J, Castillo J, Nogales N, Perea H, López M. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados

intensivos en España. [artículo científico en línea]. [Consultado 02 de noviembre del 2016]. Disponible en : <http://www.elsevier.es/mobile/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-organizacion-las-visitas-familiares-las-13075391>

32. Etxeberria J. Sobrecarga emocional de las familias de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos. España [Tesis en línea]. [Consultado 02 de noviembre del 2016]. Disponible: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11564/JuneEtxeberriaErauskin.pdf?sequence=1>
33. Trincado MT. Fernández E. Calidad en enfermería. Cuba [artículo científico en línea]. [Actualizada en abril 2014; acceso 01/04/2017]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol11_1_95/enf01195.htm
34. Loncharich N. El cuidado enfermero. [artículo científico en línea]. [Actualizada en octubre 2010; acceso 01/11/2016]. Disponible en: http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2010/enero/Editorial%203_1.pdf
35. Perdomo M. El cuidado como fundamento de la Enfermería. [artículo científico en línea]. [Actualizada en septiembre del 2011; acceso 01/11/2016]Disponible en:<http://lectocuidado.blogspot.pe/2011/09/cuidado-integral-de-enfermeria.html>
36. Alcón A. Cuidados de Enfermería a los pacientes. [Internet]. [Actualizada en agosto 2014; acceso 01/11/2016]. Disponible en: <http://enfermeriacicsuma41.blogspot.pe/2014/08/tipos-de-cuidados-de-enfermeria.html>

37. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Seguridad y calidad del paciente. 2012 [Acceso 15/05 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/research/en/>
38. Ministerio de Salud. Normas Técnicas de Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos Especializados. Perú [Actualizada en septiembre del 2003; acceso 016/05/2017]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/EstandarHosp2003.pdf
39. Ballesteros GA. Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. Colombia [Tesis en línea]. [Consultado 02 de noviembre del 2016]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/47111/1/91506989.2014.pdf>
40. Quintero MC. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. [artículo científico en línea]. [Actualizada en septiembre del 2003; acceso 16/05/2017]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pdf>
41. Real Academia española. Definición de temor. [Actualizada en octubre 2014; acceso 14/04/2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=ZPcybDR>
42. Contreras E. Precisando el concepto de apoyo emocional en el quehacer de enfermería. Servicio de Medicina Interna 7ª B. Hospital Daniel Alcides Carrión, 2007. Perú [Tesis en línea] [Actualizada en septiembre del 2008; acceso 16/05/2017]. Disponible: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/502/1/Contreras_re.pdf

43. Aguilar R.; Boltà M.; Gahete A. Saz, M. La comunicación en enfermería: el canal hacia la satisfacción profesional. Barcelona [Tesis en línea]. [Consultado 03 de noviembre del 2016]. Disponible en:
<http://docplayer.es/10131217-La-comunicacion-en-enfermeria-el-canal-hacia-la-satisfaccion-profesional-estudio-comparativo-entre-dos-hospitales.html>
44. Ceballos L.; Rodríguez D. Cuidados de Enfermería en uci al paciente con reposo prolongado. Medellín. [Tesis en línea]. [Consultado 17 de mayo del 2017]. Disponible en:
<http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/1354/1/CUIADOS%20DE%20ENFERMERIA%20EN%20UCI%20AL%20PACIENTE%20CON%20REPOSO%20PROLONGA.pdf>

APÉNDICE



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR ACERCA DEL CUIDADO

ENFERMERO DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO EN UCI

EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE SALUD CHICLAYO – 2016



INTRODUCCIÓN: La información que Ud. nos proporcione será utilizada con fines investigativos por lo que se le pide la mayor sinceridad posible, asimismo le garantizamos el anonimato y la confidencialidad de los mismos. Agradecemos su participación.

OBJETIVO: Recolectar la información sobre la percepción del familiar acerca del cuidado enfermero del paciente en estado crítico hospitalizados en la Unidad de Cuidados de una institución privada de salud – Chiclayo. 2016.

I.- DATOS GENERALES

Iniciales:..... Edad:..... Parentesco:.....

Grado de Instrucción:..... Estado civil:

II.- DATOS ESPECÍFICOS.

¿Relátame cómo observa el cuidado que brinda la enfermera que cuida a su familiar hospitalizado?

¿Relátame usted cómo observa el cuidado que brinda la enfermera de un turno la Enfermera de otro turno?

¿Relátame usted cómo es el trato que tiene la Enfermera hacia usted?



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA



Consentimiento Informado

Yo..... acepto participar de la investigación titulada **“Percepción del Familiar acerca del Cuidado Enfermero del paciente en estado crítico en Uci en una Institución Privada de Salud Chiclayo – 2016”**, que tiene como principal objetivo comprender la percepción del familiar acerca del Cuidado Enfermero del Paciente Crítico, por esto declaro, que fui informado de los siguientes aspectos:

1. Mi participación será voluntaria, y que concuerdo con la utilización de los datos de mi entrevista para los fines de la investigación.
2. Las informaciones obtenidas serán tratadas bajo absoluto sigilo y anonimato y fielmente relatadas por las investigadoras.
3. La investigadora estará disponible para cualquier aclaración que sea necesaria respecto al asunto abordado.
4. La información brindada será utilizada solo para fines de un trabajo científico.
5. Tendré el derecho de retirar el consentimiento para mi participación cuando lo desee.

Lambayeque, septiembre del 2016

Firma de la entrevistadora

Firma del entrevistado(a)