



UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECCIÓN DE POST GRADO**



**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR ACERCA DE LA
CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL
REGIONAL LAMBAYEQUE - 2016.**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
CUIDADOS CRÍTICOS Y EMERGENCIA**

AUTORAS:

Lic. Enf. BARBOZA BECERRA, IVÓN YOVANY

Lic. Enf. TARRILLO RUIZ, FIORELLA DEL MILAGRO

ASESORA:

Dra. Enf. VALLEJOS SOSA, TOMASA

LAMBAYEQUE – PERÚ

2017

**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR ACERCA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO
ENFERMERO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE - 2016.**

PRESENTADO POR:

Lic. Enf. Ivón Barboza Becerra

Lic. Enf. Fiorella Tarrillo Ruiz

Dra. Tomasa Vallejos Soza

ASESORA

APROBADO POR LOS MIEMBROS DEL JURADO:

Mg. Nora Elisa Sánchez García

PRESIDENTA

Mg. Rosario Clotilde Castro Aquino

SECRETARIA

Dra. Clarivel de Fátima Díaz Olano

VOCAL

INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN 08

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 15

2.1 Antecedentes del problema 16

2.2 Base teórica 21

2.3 Variable 43

2.4 Definición de términos operacionales 44

CAPÍTULO III METODOLOGÍA 45

3.1 Tipo de investigación 46

3.2 Diseño de investigación 46

3.3 Población y muestra 46

3.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos 47

3.5 Técnicas de análisis de datos 48

3.6 Aspectos éticos 49

3.7 Rigor científico 50

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN 52

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 66

Conclusiones 67

Recomendaciones 69

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 70

ANEXOS 75

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por las alegrías y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mi esposo e hijos, quienes son mi principal motivación para levantarme cada día y seguir esforzándome en alcanzar mis metas y así llegar a ser un gran ejemplo para ellos.

A mi amada madre, gracias a ella soy lo que soy, por su ejemplo y consejos que me permiten perseverar día a día para conseguir mis objetivos.

A mis demás familiares, por el gran apoyo que me brindan en cada momento de mi vida.

FIGRELLA.

DEDICATORIA

A mi hijo, mi pedacito de cielo,
quien le pone a mi vida el toque de
ternura y es el amor más puro, fuente
de inspiración que me impulsa a ser
mejor cada día.

A mis padres, autores de
mi vida, quienes son y serán siempre
motor y motivo para el logro de mis
sueños y metas.

A mi esposo por el apoyo
incondicional, por el aliento,
comprensión y por ser mi
complemento.

IVON.

AGRADECIMIENTO

A todos los familiares que nos permitieron acercarnos a ellos, a pesar de pasar por un momento muy difícil en sus vidas, y se dieron un tiempo para compartir con nosotros sus experiencias.

A nuestra asesora de tesis Dra. Enf. Tomasa Vallejos Sosa, por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, y por sus valiosos aportes en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Un especial agradecimiento al Jurado por su participación con las orientaciones y sugerencias para hacer posible una investigación de calidad.

RESUMEN

La UCI es una unidad hospitalaria altamente tecnificada donde la amenaza a la vida y la posibilidad real de muerte está siempre presente, esto puede intensificar el estrés de la familia y así variar la percepción que esta tiene acerca de la calidad del cuidado que brinda el personal de enfermería en dicha unidad. El presente estudio tuvo como objetivo describir la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Lambayeque. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población muestral estuvo conformada por 50 personas; los datos fueron recolectados a través de un cuestionario, aplicado a los familiares previo consentimiento informado. Los resultados mostraron que según la dimensión científica – técnica, el 60% de las personas encuestadas muestran una percepción de calidad buena, en la dimensión interpersonal el 50% perciben la calidad cuidado como bueno y 50% como regular, en la dimensión entorno el 78% percibe el cuidado enfermero bueno. En general el 62% de los encuestados la perciben como buena, el 38% de las personas encuestadas perciben la calidad del cuidado del enfermero como regular, lo que evidencia una percepción positiva respecto a la forma en que los usuarios ven la labor de enfermería. Sin embargo hay una proporción considerable de familiares que perciben que los cuidados enfermeros deberían mejorar.

Palabras Claves: Percepción, familiar, calidad del cuidado.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

En la práctica diaria en las unidades de Cuidados Intensivos, las enfermeras de estos servicios llevan a cabo multitud de tareas relacionadas al cuidado del paciente y sus familiares; Dichas actividades varían según la complejidad del paciente, edad, manejo, medios tecnológicos, trabajo protocolizado, etc.; aspectos que hacen que en muchas ocasiones las relaciones interpersonales queden relegadas a un segundo plano.¹

En ese sentido es difícil para los familiares concebir la calidad del cuidado que se brinda a los pacientes hospitalizados en esta unidad, por lo que no es posible medir la calidad en términos que determina el Ministerio de Salud, quien identifica la calidad de atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el conjunto de características técnico científicas, humanas y materiales que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ellas. Es decir que las personas calificamos un servicio prestado en función a nuestras necesidades sentidas, pero en este caso, ¿Como el familiar puede ver el buen cuidado si desconoce las actividades que se desarrollan ahí?

A nivel nacional se encontró el estudio denominado “Nivel de satisfacción sobre calidad de atención del familiar de un paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Clínica Limatambo, 2008”. De García Castillo; donde se obtuvo que un 18% de los familiares se encontraban insatisfechos, lo cual repercutirá

negativamente en el proceso de recuperación de la salud del paciente y mejoramiento de la calidad, y un 27% de los familiares se encontraban satisfechos en relación al saludo, la cordialidad, al respeto entre el personal de salud y paciente, la atención personalizada el interés que manifestaba el personal por el estado y recuperación del paciente, y la información adecuada al familiar.²

En ese sentido, éste conjunto de resultados podrían atribuirse a diversos factores tales como: la poca disponibilidad de la enfermera, es muy común percibir que los profesionales de la salud tienen la concepción de la familia como un ente molesto y por ello se tiende a evitarlos sobre todo en las unidades críticas, ya que la inestabilidad del paciente, exige que el profesional se centre más en la observación y estrecha monitorización del mismo, de forma que, aunque considere que es necesario tener en cuenta los requerimientos de la familia, la realidad es que pasan a un segundo plano; es decir se deja a la familia para otra oportunidad u otro momento. Sin embargo frecuentemente los familiares manifiestan que la enfermera o médico no les brindan información acerca de su paciente.

El equipo de enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Lambayeque (Establecimiento de salud cuyo nivel de atención es III – 1), atienden diariamente a un promedio de 06 pacientes; quienes invierten tiempo y hacen grandes esfuerzos por recuperar la salud del paciente crítico, dedicándose exclusivamente al cuidado del paciente. Debido a que estos pacientes se someten a una situación difícil, ya su ingreso a la unidad sucede generalmente, de forma aguda y repentina, teniendo la familia poco tiempo

para adaptarse, ellos son separados físicamente de su medio habitual y del apoyo afectivo, generándoles sufrimiento y angustia.

Este hecho conduce por tanto a una situación de crisis familiar y desestabilización que repercute en todos sus componentes, quienes pueden sentirse desorganizados y desamparados. Es así que en las Unidades Críticas se observa la necesidad imperiosa de la familia por obtener información respecto al paciente, recurriendo generalmente a la enfermera y planteándole una serie de interrogantes como: “¿Cómo está mi familiar?, ¿Qué tiene?, ¿Se va a poner bien?, ¿Se va a recuperar?, ¿Se va a morir?”; sin dejar de lado las diversas manifestaciones emocionales como llanto, ira, preocupación, ansiedad e incapacidad para hacer frente a la situación, sentimientos de culpa entre otros. Si a todo ello agregamos que la enfermera (quien también pasa por un estado de ansiedad, debido a la responsabilidad que asume por el cuidado del paciente); descuida con frecuencia al familiar que está sufriendo la crisis situacional. Ante ésta situación, surgen algunas interrogantes: ¿Cuál es la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos?, ¿Se encontrará satisfecho el familiar con el cuidado que brinda la enfermera a su paciente en la unidad de cuidados intensivos? Éstas interrogantes nos llevan a formular a formular el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Lambayeque - 2016?

Siendo el objeto de estudio:

Percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero.

El objetivo general que guió el estudio fue:

Determinar la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero brindado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Lambayeque.

Para lograr este objetivo se plantearon los siguientes objetivos específicos:

Determinar la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado Enfermero brindado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Lambayeque, según sus características sociodemográficas.

Identificar la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado interpersonal, científico – técnica y del entorno, brindado por la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Lambayeque – 2016.

La investigación se justifica porque:

La orientación de los servicios sanitarios debe incorporar la atención a la familia como un elemento clave en la salud del enfermo; el ingreso de un paciente en una unidad de cuidados intensivos, supone una barrera física y psicológica en la vida de interrelación familia – paciente. El aislamiento tiene repercusiones para ambos y de forma indirecta influye negativamente sobre la familia, produciéndose un aumento en los niveles de ansiedad.³

El personal de enfermería es un pilar importante de apoyo al paciente y su familia, asumiendo nuevos retos que le impone la atención al individuo, familia y comunidad. Por lo que debe ofrecer al familiar información sencilla, clara y exacta sobre el paciente; actuar con precisión, rapidez y decisión manteniendo la calma, especialmente en casos de emergencias o situaciones críticas, transmitiendo seguridad y confianza tanto al paciente como a su familia. Por ello la comunicación es un proceso fundamental, que influye en la calidad de atención al paciente y familia frente a la crisis situacional que experimentan.

No se puede hablar de cuidado integral, si no tratamos al paciente como un ser holístico y por ende en armonía con la naturaleza, siendo la familia la primera célula social en el proceso de salud/ enfermedad de sus miembros, afectando su estabilidad y obligándoles a ajustarse a la nueva situación; lo cual explica por qué durante la atención continua que brinda la enfermera de UCI, es necesario que tenga en cuenta los factores de tensión emocional que enfrenta la familia para poder brindar un cuidado integral.

En la Unidad de Cuidados Intensivos, el profesional de enfermería, juega un rol importante entre el paciente y su familia; el cuidado se orienta en dos sentidos: el primero servir de línea directa para que el paciente se comunique con su familia cuando la situación se lo permita; segundo buscar que el familiar sienta que su pariente está en las mejores manos, estar seguro de que recibe un cuidado intensivo de excelente calidad y que puede esperar el desenlace de la situación de crisis que atraviesa, con la confianza que se está brindando lo mejor para atenderlo, y más aún

por tratarse de una entidad recién creada que cuenta con equipos, materiales e infraestructura moderna y personal capacitado.

En ese sentido ésta investigación está orientada a determinar cuál es la percepción del familiar, que como ya hemos podido apreciar son quienes evalúan la calidad del servicio brindado; permitiendo identificar los puntos fuertes y débiles del cuidado de enfermería a la familia y de esta manera proponer estrategias que permitan mejorar la calidad del cuidado enfermero con la finalidad de lograr la satisfacción del usuario, así como la satisfacción del profesional de enfermería con la labor que realiza. Además éste nuevo conocimiento servirá como fuente de referencia para estudios futuros.

Este trabajo de investigación consta de 5 capítulos:

Capítulo I: Introducción, capítulo II: Marco teórico. Capítulo III: Metodología.

Capítulo IV: Resultados y discusión. y Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Los trabajos de investigación revisados fueron muy importantes ya que ayudaron a fundamentar la investigación y así fortalecer el estudio, entre ellos tenemos:

-) Bautista L.M., Arias M.F., Carreño Z.O.³ realizaron el trabajo de investigación titulado: “Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional”, dicho trabajo se realizó en una clínica de IV nivel de la ciudad de Cúcuta, Colombia, 2016. Y tuvo como objetivo evaluar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico respecto a la comunicación verbal y no verbal, y el apoyo emocional brindado por el personal de enfermería durante la hospitalización. Teniendo como conclusión que la percepción global de los familiares, es favorable en un 80% expresando una connotación positiva.
-) Ramirez P. C., Perdomo R.A., Galan G.E.⁴, realizaron el trabajo de investigación: “Evaluación de la Calidad del Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos” dicho trabajo se realizó en una institución de IV nivel del municipio de Neiva, Colombia en el año 2013. El objetivo del estudio fue describir y correlacionar la calidad

del cuidado de enfermería percibida por los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Conclusiones: la categoría estructura logra una calificación mala en el 17,6% de los casos, regular en el 43,7% y buena en el 38,7%; la categoría procesos adquiere una calificación de mala en el 5% y regular en el 95%; la categoría resultados registra una calificación de mala en el 17,6%, regular en el 63% y buena en el 19,3%.

) Triviño Q. F. y Torres M.T.⁵, realizaron el trabajo de investigación titulado: “Satisfacción de expectativas de familiares con el cuidado de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos de una clínica privada de la ciudad de Cali, en Septiembre de 2008”, con el objetivo de medir el grado de satisfacción de las expectativas de los familiares acompañantes de usuarios, con la atención de enfermería. Llegando a la conclusión que el servicio de enfermería superó las expectativas en más del 50% de los encuestados en la mayoría de los aspectos analizados, y estuvo por debajo del 50% en calidad de la información obtenida y educación para el alta.

) Reyes TM, Colonia JK, Reyes S.R.⁶; realizaron el trabajo de investigación: “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” Lima 2012. El objetivo fue determinar la percepción de los familiares del paciente crítico sobre el apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. La conclusión fue que la percepción que tienen los familiares del paciente crítico sobre el apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la UCI es favorable.

) Llaja R.V., Sarria J.C., Salazar C.M., Salazar A.G.⁷; realizaron el trabajo de investigación titulado: “Valoración del índice de satisfacción de los familiares sobre calidad de atención en las unidades críticas de adultos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima – Perú. 2009”. Con el objetivo de medir cuál es el índice de satisfacción de los familiares en las Unidades de Cuidados Críticos de adultos. Llegando a la conclusión que en las Unidades críticas de adultos se ha obtenido un índice de satisfacción Positivo (Término Medio).

) Parra T. L.⁸ realizó el trabajo de investigación titulado: “Percepción de los familiares de pacientes críticos sobre el tipo de comunicación que establece la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú, Noviembre 2008”; cuyo objetivo fue determinar la percepción de los familiares del paciente crítico sobre el tipo de comunicación que establece la enfermera con el

paciente. Teniendo como conclusión que la percepción del familiar del paciente crítico según el tipo de comunicación que establece la enfermera es medianamente favorable en la dimensión verbal y no verbal por lo que se deduce que existe una adecuada comunicación bidireccional entre enfermera y paciente.

) Martínez M. P.⁹ realizó el trabajo de investigación: “Calidad de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martens. Essalud – Lima 2005”, con el objetivo de determinar y medir los indicadores de calidad de atención y realizar el monitoreo, supervisión y evaluación de los indicadores de calidad de atención, para determinar el nivel de calidad de atención que se brinda. En este trabajo los resultados obtenidos se sitúan en un nivel aceptable dentro del contexto de los estándares admitidos sobre indicadores de calidad en Cuidados Intensivos.

) Franco C. R.¹⁰ realizó el trabajo de investigación titulado: “Percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima – Perú, abril- 2003”. Con el objetivo de determinar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos;

llegando a la conclusión de que la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería tiene una tendencia hacia lo indiferente o desfavorable.

2.2 BASE TEORICA

EL presente estudio se sustenta en la siguiente base teórica:

La principal variable de la investigación es la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado Enfermero brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos por lo que a continuación se conceptualizará los temas relacionados.

La percepción es el conocimiento de las respuestas sensoriales, los estímulos visuales son siempre los mismos; pero la interpretación de éstos, cambia de un individuo a otro. Al respecto Whittaker, enfatiza 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.)¹¹

La percepción es un proceso psicológico complejo por medio del cual el individuo se hace consciente de sus impresiones sensoriales y adquiere conocimiento de la realidad. Es un mecanismo de adquisición de la información a través de la integración estructurada de los datos que proceden de los sentidos.

Desde el punto de vista neurofisiológico, en el proceso de la percepción participan diferentes estructuras; funciones nerviosas que de una forma compleja, posibilitan la llegada de una impresión sensorial al cerebro, su registro amnésico y el matiz afectivo-bioemocional que la acompaña, así como su modulación e integración en la corteza cerebral.

Los psicólogos suelen coincidir en considerar la percepción del ser humano como un proceso a través del cual se elabora e interpreta la información de los estímulos para organizarla y darle sentido.

Estudiar la percepción implica tener clara la sensación, que alude a experiencias inmediatas como respuesta a los órganos de los sentidos; y su inclusión como proceso básico que lleva a la percepción, la cual interpreta las sensaciones a las que ha dado significado a partir de la experiencia.

La percepción implica conocer la situación del individuo, cuando experimenta someterse a situaciones de crisis como el ser hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos.

Por lo cual el primer paso en la prevención o reducción de la tensión emocional es determinar cómo percibe el paciente y su familia la situación, dicha percepción está condicionada por la personalidad de cada individuo, la

comprensión de la situación, la información que tenga, la intolerancia frente a la incertidumbre y la forma de enfrentar la situación.

Al referirnos a la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero, estaríamos avocándonos a la actitud que esta tiene con los familiares, es decir la forma como ésta interactúa, como es su comunicación con el familiar, como es su trato y la forma como el familiar interpreta o juzga dicha intervención y el cuidado que le brinda a su familiar. Esta percepción del cuidado de la enfermera va a estar condicionada en especial por el apoyo emocional, el acercamiento, la información, como se comunica y la ayuda que la enfermera brinde durante el momento en que su familiar permanece en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Teniendo en cuenta que los criterios para el ingreso a una UCI son; pacientes que no responden de forma suficiente a la terapéutica habitual y cuyo organismo ha llegado a una situación límite, provocada por una enfermedad extremadamente grave de cualquier origen, pero en los cuales existe como premisa la recuperabilidad.

La Unidad de Cuidados Intensivos es aquella unidad hospitalaria altamente tecnificada dedicada a la asistencia intensiva integral y continuada del paciente críticamente enfermo, independientemente de cual sea el origen de esta situación en la que se caracteriza por la necesidad de un control y una

actuación constante para prevenir las posibles complicaciones y restablecer la salud; por ende su personal debe estar altamente entrenado para administrar cuidados especializados. Esta definición implica la existencia de los siguientes elementos básicos: infraestructura adecuada; dotación de material de monitorización y de terapéutica intensiva; equipo médico, de enfermería y de personal auxiliar bien calificados y organización asistencial de cobertura continuada durante las 24 horas.

Al respecto Gauntlett refiere: “El ingreso en una unidad de asistencia crítica puede ser muy duro, tanto para el paciente como para su familia.”¹²

El entorno de la UCI es un recuerdo constante de amenaza a la vida y de la posibilidad real a la muerte, esto puede intensificar el estrés que conlleva la separación de la familia, la dependencia de extraños y la incertidumbre. Es donde la relación paciente – familia pierde su intensidad debido a las normas que rige la institución, generando diversas reacciones emocionales como la ansiedad, miedo, llanto, angustia y temor frente al pronóstico de la enfermedad.

El rol de enfermería profesional en terapia intensiva se ha ido desarrollando en la medida que se ha incrementado la necesidad de un cuidado más especializado. Y es que el profesional de enfermería de terapia intensiva proporciona cuidados a pacientes con situación clínica crítica que

presentan un desequilibrio severo de uno o más sistemas fisiológicos principales, con compromiso vital real o potencial, utilizando una metodología basada en los avances producidos en el área de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica.

Las intervenciones de enfermería están orientadas a la atención integral del usuario, incluyendo aspectos bio-psicosociales, y la inclusión participativa del grupo familiar. La práctica asistencial incluye la valoración, diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana a los problemas percibidos, reales o potenciales, físicos, psicosociales y espirituales del usuario, por tal motivo la familia cumple un rol muy importante dentro de dichos cuidados.¹³

Según John L. Canty (citado por Franco CR.): “La familia es un grupo con características determinadas por la cultura, que influye en la cooperación económica, reproducción, crianza y socialización de sus integrantes....Suele actuar para sostener y proteger a sus miembros, tanto individual como colectivamente. Es el soporte principal de sus integrantes. Toda amenaza a la función hace que se sienta ansiosa, si la familia siente la amenaza de perder a uno de sus miembros, se defiende contra la pérdida. La familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan y están sujetos a la influencia del entorno y por tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis. El

ingreso de un paciente en una unidad de cuidados intensivos somete a los miembros de su familia a una situación difícil que provoca ansiedad y preocupación.¹⁰

Existe coincidencia en la valoración que realizan varios investigadores^{15,16}, que señalan como necesidades principales de los familiares de pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos, aquellas relacionadas con la información y la seguridad. Aunque la información es sentida por los familiares como necesidad, puede ser más bien un procedimiento para cubrir determinadas necesidades como la seguridad psicológica.

Entre el personal de enfermería, el paciente y su familia surge una dinámica excepcional de interacción en el escenario del cuidado del paciente crítico. La función de enfermería se orienta en dos sentidos: debe servir de línea directa para que el paciente se comunique con su familia cuando la situación se lo permita y debe buscar que el familiar sienta que su pariente está en las mejores manos, que recibe un cuidado intensivo de excelente calidad y que puede esperar el desenlace de la situación de crisis que atraviesa, con la confianza que se está brindando lo mejor para atenderlo. En este sentido para enfermería conocer la percepción de los familiares acerca de la calidad del servicio que brindan, es un indicador de cumplimiento del

encargo de contribuir al fortalecimiento de la calidad del cuidado, de la imagen profesional e institucional.

Por ello es de vital importancia el cuidado de enfermería; concepto que para Cotrina es un proceso de interacción sujeto–sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales. En ese sentido Travele, afirma que en la asistencia a pacientes en estado crítico se presentan condiciones específicas que demandan del enfermero un abordaje especial, con características propias y ofrece mayores dificultades en mucha ocasiones. En este tipo de pacientes las enfermedades están presentes hasta el grado de poner en peligro la vida; por ello el cuidado de enfermería debe de estar dirigido a preservar la vida y a la resolución de los problemas más apremiantes; a presentar la enfermedad y el sufrimiento; en otras palabras a devolver la salud y a lograr el más óptimo nivel posible.¹⁷

En estas unidades los enfermeros tienen especial habilidad para establecer la relación con los pacientes, que a pesar de las dificultades que se presentan debido al estado de salud y a las limitaciones que están sometidos, a causa de las manifestaciones del cuadro clínico, de las complicaciones clínicas y de las medidas terapéuticas tales como inserción de tubos, catéteres, administración de medicamentos e incluso la inmovilización física a la que se

recurre para evitar retiros accidentales. En tal sentido el cuidado de enfermería debe ofrecer un marco de garantía de calidad que lo haga competitivo, que satisfaga las necesidades de los usuarios y al mismo tiempo del propio personal de enfermería quien trabaja en la unidad asistencial se sienta satisfecho de su labor.

Las teóricas en enfermería proponen el concepto de cuidado como aquella relación existente entre el cuidador – como la persona que entrega cuidado- y la persona cuidada, componentes claves de esta interacción.¹⁸

La doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “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 de enfermería”.¹⁹

El cuidado entendido por algunas autoras es la acción encaminada a hacer algo por alguien ²⁰, rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica ²¹, forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida” ²², es decir, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar

tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio.

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo.¹⁸ Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según la cita Walker:²³

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión

transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Watson conceptualiza el cuidado como una interacción enfermera – paciente, en el cual el ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado.

Para Watson el cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trasciende “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno” ²⁴. Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

El término "transpersonal" quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

Para Watson, la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

-) El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo.
-) El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado

subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud.

Según Watson¹⁹, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana - humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo – todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.¹⁹

La ocasión del cuidado en últimas permite el descubrimiento de sí mismo. Estas influencias y valores son claramente expuestos en sus supuestos:²⁵

1. El cuidado y el amor son lo más universal, lo más misterioso de las fuerzas cósmicas, ellos abarcan la energía psíquica y universal.

2. La asistencia y el amor, con frecuencia subestimados, son las piedras angulares de nuestra humanidad. La cobertura de estas necesidades satisfacen nuestra humanidad.
3. Desde que enfermería es una profesión que cuida, sus habilidades para mantener el ideal y la ideología del cuidado en la práctica profesional afectará el desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la enfermería a la sociedad.
4. En principio nosotros debemos amar y cuidar nuestros propios comportamientos y debemos tratarnos a sí mismos con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros con delicadeza y dignidad. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás.
5. Tradicionalmente la enfermería ha mantenido una postura de cuidado humano y atención hacia las personas en los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad.
6. El cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería – la esencia de la enfermería.
7. El cuidado humano, tanto individual como grupal, progresivamente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario.

8. Los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido sublimados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales.

9. Una cuestión trascendental para la enfermería actual y futura es la preservación y evolución del cuidado humano.

10. El cuidado humano puede ser efectivamente demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales. Los procesos humanos intersubjetivos mantienen vivo un sentir común de humanidad, la identificación de sí mismo con los otros.

11. Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y a la sociedad residen en los compromisos con los ideales humanos en la teoría, la práctica y la investigación.

Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera. Estas influencias y valores han formado las bases de los diez factores de Cuidado de Watson, utilizados por enfermeras en las intervenciones relatadas en los procesos de cuidado humano.²⁶

1. Formación de un sistema de valores humanístico altruista. Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del Yo.
2. Infundir fe-esperanza. Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud.
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante la autoaceptación de la enfermera y del paciente. Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás.
4. Desarrollo de una relación de ayuda - confianza. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva ser real, honesto, genuino y auténtico.
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. La enfermera tiene que estar preparada para los sentimientos

positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes.

6. Utilización sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones. La utilización del proceso de enfermería conlleva un planteamiento científico de la resolución de los problemas de la asistencia de enfermería, disipando la imagen tradicional de las enfermeras como “criadas de los médicos”. El proceso de enfermería es similar al de investigación, en cuanto es sistemático y organizado.

7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal. Éste es un concepto importante de la enfermería, dado que separa la asistencia de la curación. Permite informar al paciente y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza – aprendizaje, diseñadas para permitir que el paciente consiga el autocuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente.

8. Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual. La enfermera debe reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos. El bienestar mental y espiritual y los planteamientos

socioculturales son conceptos importantes para el entorno interior del individuo.

Además de las epidemiológicas, las variables externas incluyen el confort, la intimidad, la seguridad y los ambientes limpios y estéticos.

9. Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas. La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior.

La alimentación, las eliminaciones y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior, mientras que la actividad/ inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de orden inferior. La realización de la persona y las relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intrapersonal – interpersonal de orden superior.

10. Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas. La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencia es una ciencia de la existencia humana que utiliza el análisis fenomenológico. Watson opinó que este elemento es

difícil de entender. Se incluye para proporcionar una experiencia motivadora del pensamiento que conduzca a una mejor comprensión de nosotros mismos y de los demás.

El profesional de enfermería no solo brinda cuidados enfermeros a nivel individual, sino además en el ámbito familiar, así mismo el cuidado que brinda debe ser de calidad de manera que pueda satisfacer las necesidades del usuario.

La Organización Mundial de la Salud ²⁷, afirma que toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha incluido la calidad de atención como un objetivo del macroproyecto de “Salud para Todos”. Define como requisitos de la calidad en salud: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del usuario y el impacto final en la salud de la población.

Varias son las definiciones que se pueden emplear acerca de la calidad en general y la de los servicios sanitarios en particular. En general, se acepta que la calidad es una propiedad presente en algunos hechos, objetos o situaciones o el conjunto de atributos que se observan en un hecho o circunstancia, que le definen de una determinada manera.

La calidad depende del producto o servicio y sus características, pero sobre todo de su respuesta satisfactoria a las necesidades del cliente. Es, por tanto, una doble visión la que se precisa, ya que es necesario conocer todos los detalles sobre aquello que se fabrica o produce, en definitiva qué se ofrece, pero sobre todo, es necesario saber cuáles son los deseos y las expectativas de los destinatarios del trabajo. Dicho de otra manera, no son únicamente los requisitos que la organización decida sobre los productos, sino sobre todo, los que los clientes deseen que estén presentes en ellos.

Para Deming, citado por López, un pionero del movimiento hacia la calidad en la industria, refiere que proveer de buena calidad significa: Realizar las cosas correctas de manera correcta. En la atención de salud también significa ofrecer un rango de servicios que sean seguros y efectivos y satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes.²⁸

De igual manera Donabedian, presenta el concepto de calidad, que continúa siendo la de mayor aceptación: “La calidad de la atención en salud consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología de la salud en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios”.²⁹

Profundizando en la teoría de Donabedian, la calidad de los servicios sanitarios tiene tres componentes fundamentales: técnico - científico, interpersonal y del confort.

Los elementos técnicos - científicos están constituidos por las investigaciones, tratamientos e intervenciones, es decir que se observa la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos; ejemplo de ello es la habilidad para realizar un procedimiento. Esta dimensión abarca: efectividad, eficacia, eficiencia, seguridad, continuidad e Integralidad.²⁹

Es decir depende del balance de los riesgos y beneficios esperados. Aquí entran en juego los actores que participan en el proceso de atención del servicio, en primera instancia los profesionales que prestan el servicio directamente, en este caso los profesionales de enfermería que brinda el cuidado y profesionales de medicina quienes diagnóstican y perciben el tratamiento o la conducta a seguir. El manejo de esta dimensión técnico.-científico depende de la idoneidad profesional, de la preparación y el grado de especialización de cada uno de los miembros del equipo de salud de la instituciones, de las habilidades, del número de recursos por paciente, además de las características personal y creencias de los usuarios frente al tipo de

servicios que se les presta, y de los riesgos y beneficios que puede obtener frente a determinadas medidas terapéuticas.

Por otra parte los elementos interpersonales incluyen características tales como: la comunicación y la consideración de la dignidad del paciente; en cuanto a los elementos de amenidad se refieren a las condiciones del entorno. Estos elementos están basados en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Ésta dimensión abarca: el cumplimiento de la ética, respeto a los derechos humanos, a la cultura y a las características individuales; la Información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o paciente; el Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones y necesidades y demandas; así como la Empatía.²⁹

Este proceso se desarrolla mediante la conformidad con las legítimas expectativas del paciente y las normas sociales y profesionales. Estas están mediadas por normas individuales y por patrones sociales particulares en donde la interacción y la comunicación, la información clara y veraz, juegan papel importante para la persona y la familia. El dialogo, el derecho a la

información ya la privacidad son aspectos que se deben tener en cuenta en la relación enfermera usuario- cliente.

Así mismo el componente del confort se refiere a las condiciones del entorno, elementos que proporcionan una atención más confortable. Esta dimensión abarca los siguientes aspectos: comodidad, ambientación, limpieza privacidad y confianza en el servicio. El entorno o ambiente en el que se desarrolla la prestación de los servicios también es un elementos importante y aun que su accesibilidad, la comodidad y todo lo relacionado con características locativas son condiciones necesarias tanto para los que reciben el servicio como para los que lo brindan.²⁹

Aspectos que enfermería ha trabajado desde Florence Nightingale, quien postulo que las leyes de la enfermedad pueden ser modificas, si comparamos tratamientos como resultados e implementando herramientas para medir los sistemas de cuidado y la efectividad de la asistencia hospitalaria. Los principales componentes del cuidado que hacen posible alcanzar dichos objetivos son: carácter tangible, fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación del paciente.³⁰

Ante ello la comisión interinstitucional de enfermería expresa que La calidad de los servicio de enfermería se relaciona con “la atención

oportunidad, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios, lo cual requiere de una planeación, optima, para que el cuidado se efectivo y seguro.³⁰

Por todo ello Donabediam refiere que la efectividad del cuidado para lograr y producir salud y satisfacción, deben ser definidas por los miembros individuales de una sociedad o subcultura particular; en otras palabras calidad es el valor último de la calidad del cuidado”; en la que, si los pacientes están insatisfechos, el cuidado está lejos de ser el ideal, al margen de cuan alta pueda ser la calidad según el criterio clínico u otro ajeno al del propio consumidor. Es así que por todo lo descrito el Hospital Regional Lambayeque debe de concebir cuales son las percepciones de calidad en dicha unidad, aspecto que servirán para mejorar dicho servicio.

2.3. VARIABLE: Percepción del familiar acerca del cuidado de enfermería.

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES

- **Percepción del familiar:** Es toda aquella información, expresión o respuesta emitida o referida verbalmente por el familiar del paciente crítico de la UCI.
- **Profesional de enfermería de UCI:** Profesional de Salud de sexo femenino o masculino que realiza labor asistencial de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- **Familiar del paciente crítico en UCI:** Es la persona que tiene vínculo consanguíneo (padres, hermanos, cónyuge e hijos) y es responsable del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- **Cuidado enfermero:** Es la interacción enfermera – paciente, en el cual el ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana.
- **Calidad del cuidado enfermero:** es la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el profesional de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario.
- **Percepción del familiar acerca de la Calidad del Cuidado Enfermero.-** Es la respuesta expresada por el familiar sobre la impresión obtenida a través de los sentidos acerca del cuidado que brinda la enfermera a su paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos.

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

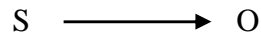
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de tipo cuantitativa – descriptiva - transversal. Es cuantitativa porque permitió analizar la información recogida en forma de datos numéricos y porcentuales. Descriptiva porque permitió describir la variable tal y conforme se presentó en la naturaleza describiendo así la percepción del familiar acerca del cuidado enfermero en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El corte fue Transversal porque permitió recolectar los datos en un periodo de tiempo establecido, con lo cual no se alteró los contextos.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación fue experimental:



S = muestra de estudio conformada por los familiares

O = datos que se obtuvieron sobre la percepción que tiene el familiar acerca de la calidad del cuidado Enfermero.

3.3 POBLACION Y MUESTRA

3.3.1 Población Muestral:

El diseño para obtención de la muestra fue no probabilístico con un número de 50 personas y se seleccionó con el método no aleatorio.

Para el presente trabajo de investigación, se consideró la población muestral que estuvo conformada por los familiares de los pacientes hospitalizados durante los meses de Junio 2016 – Agosto 2016, siendo un familiar por cada paciente; por lo tanto la población muestral fue de 50 familiares.

Criterios de Inclusión:

- ✓ Familiar directo del paciente crítico (padre, madre, hermanos, esposa o hijos).
- ✓ Familiar mayor de 18 años.
- ✓ Familiares que acepten participar voluntariamente en el estudio y hayan firmado el consentimiento informado.
- ✓ Familiar que haya sido registrado en la UCI como responsable del paciente.
- ✓ Familiar que tuvo mayor permanencia en el servicio (familiar cuidador).
- ✓ Familiar cuyo paciente tuvo una estancia no menor de tres días.

Criterios de Exclusión:

- ✓ Familiares que hayan tenido otros dialectos.
- ✓ Familiar que no acepte participar voluntariamente.

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó como técnica de gabinete las fichas bibliográficas y como técnica de campo la encuesta, cuyo instrumento es un cuestionario (anexo 01) el cual fue validado con una prueba piloto aplicándolo a otro

grupo con características similares (10 personas) posteriormente se tuvieron en cuenta las observaciones para reestructurar el cuestionario.

En cuanto a la confiabilidad se aplicó el alfa de cronbach, donde se obtuvo un indicador de 0,879, el cual nos mostró un alto grado de fiabilidad en las respuestas del cuestionario.

Este cuestionario permitió valorar la percepción de la calidad del cuidado a través de 16 preguntas con respuestas cerradas: nunca, a veces y siempre, luego se clasificó la percepción a través del valor promedio calculado, según el número de preguntas, que dieron lugar a la valoración de la percepción en los siguientes rangos:

Buena = de 2.5 a 3.

Regular = de 1.5 a 2.49.

Mala = de 1 a 1.49.

3.5 . TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS.

Para la tabulación de los datos se utilizó el programa de Excell versión 2010, luego estos fueron analizados teniendo en cuenta la distribución numérica y porcentual, y a la luz del marco teórico consultado.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Basándonos en el informe, Belmont Report se ha considerado los tres principios éticos primordiales: beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia.

En el siguiente proyecto de investigación, la aplicación del consentimiento, la prueba piloto y el cuestionario será autorizado por el comité de ética del área de investigación del Hospital Regional Lambayeque.

3.6.1. Principio de Beneficencia

Las personas participantes no obtuvieron beneficio de ningún tipo durante el desarrollo de la investigación.

Se evitó infligir daños psicológicos a los sujetos, realizando con sumo cuidado la formulación de las preguntas con el propósito de no exponerlas a situaciones para las que no han sido preparadas.

3.6.2. Principio de respeto a la dignidad humana

Para el cumplimiento de este principio las personas encuestadas firmaron previamente el “consentimiento Informado” (anexo n° 2).

La encuesta al familiar se aplicó en la sala de espera de la Unidad de Cuidados Intensivos, durante el horario de visita y en un tiempo estimado de 15 minutos.

3.6.3. Principio de Justicia

Se brindó en todo momento un trato justo y equitativo a los participantes, antes, durante y después de su participación. La información obtenida durante el estudio se conservó en la más estricta confidencialidad, lo cual se logró a través del anonimato. Además las encuestas fueron almacenadas por el investigador solo para fines de Investigación y al término del estudio estas fueron eliminadas.

3.7. RIGOR CIENTÍFICO

Para esta investigación se tuvieron en cuenta los principios de rigor científico, planteados por Polit:

-) Validez Interna: Isomorfismo entre la realidad y los datos obtenidos. Lo que permitió que la investigación sea objetiva, es decir, que refleje y explique la verdadera situación analizada.
-) Validez Externa: Grado en que puede aplicarse los descubrimientos de una investigación a otros sujetos o contextos. Es decir los resultados que obtuvimos de esta investigación podrán ser aplicados en otras personas o poblaciones de un contexto similar.

-) Fiabilidad: Grado en que los instrumentos repiten las mismas medidas en las mismas circunstancias. El instrumento que se aplicó a los familiares, mostrarán resultados coherentes para la realización adecuada y oportuna.
-) Objetividad: Grado en que la investigación está exenta de la influencia de la perspectiva del investigador. Por ello se realizó un instrumento el cual permitió que la información obtenida se registre de acuerdo a como se manifestó para evitar así los prejuicios y las preferencias del investigador.

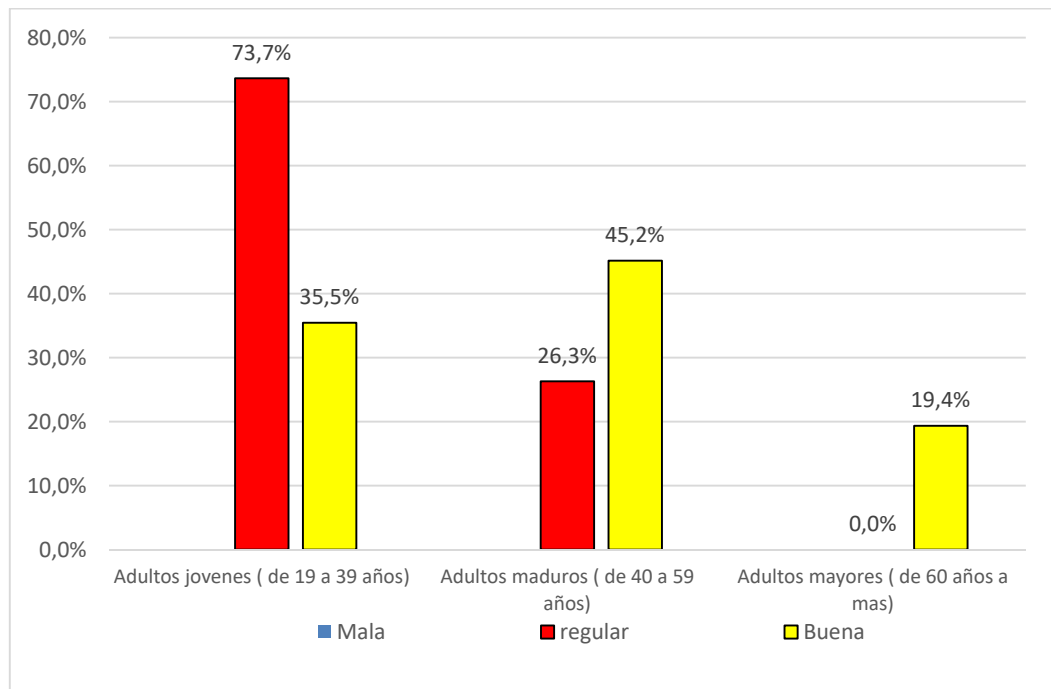
CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados de la investigación se presentan de acuerdo a los objetivos planteados:

-) La percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado Enfermero brindado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Lambayeque, según sus características sociodemográficas:

Grafico 01: Distribución de los grupos de edades según la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado Enfermero en la UCI. Hospital Regional Lambayeque – 2016.



Fuente: Encuesta aplicada para medir la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero. Autores: Tarrillo/Barboza

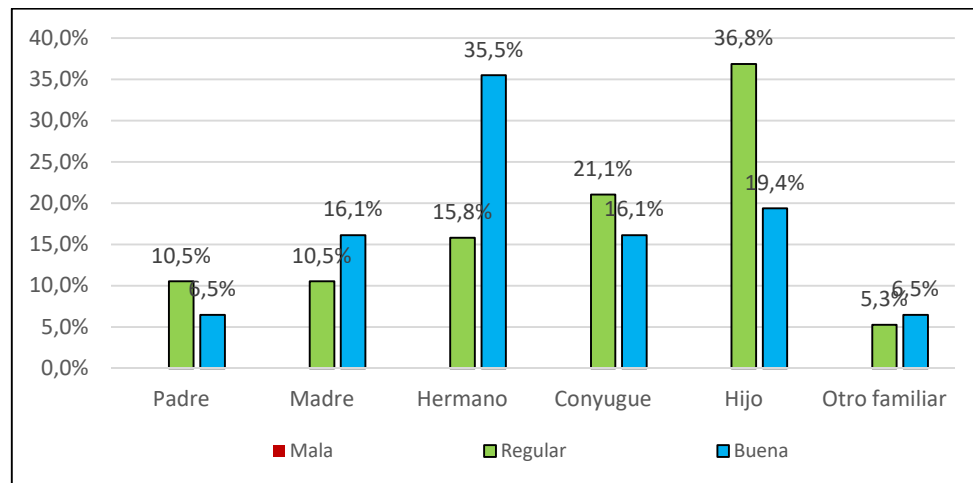
En el gráfico 01, en cuanto a la distribución de los grupos de edades según la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero, en ninguno de los casos se mostró una percepción mala. La percepción regular del cuidado tiene su mayor porcentaje en los adultos jóvenes (73.7%) cuyas edades oscilan entre los 19 a 39 años, mientras que los adultos maduros tienen un porcentaje del 26.3%. En cuanto a la percepción buena el mayor porcentaje, 45,2% lo obtienen los adultos maduros, seguidos de los adultos jóvenes con un 35,5% y por último los adultos mayores obtienen un 19.4%.

Por lo que podemos observar que la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero es regular entre los adultos jóvenes ya que en esta etapa se ve la vida con más optimismo, ellos buscan establecerse y asumir roles sociales y familiares, es decir tomar las riendas de su vida y no están pensando en lidiar con la enfermedad o la muerte, esto les genera una mayor ansiedad lo cual afecta la percepción que ellos tienen en esta situación de crisis¹.

Por el contrario tenemos que los adultos maduros tienen una percepción Buena acerca de la calidad del cuidado de Enfermería lo que se debe a que tienen un pensamiento más objetivo y analítico lo que le permite analizar una situación desde diferentes perspectivas. El adulto medio tiene la capacidad de comprender mejor el punto de vista de los demás y actuar con responsabilidad moral.²

Estos resultados muestran similitud con los resultados obtenidos en la tesis: “Percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima – Perú, abril- 2003”. Donde se obtuvo que la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional tiene una tendencia hacia lo desfavorable e indiferente en aquellos familiares adultos jóvenes.

Grafico 02: Distribución del parentesco según la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado Enfermero. UCI. Hospital Regional Lambayeque. 2016



Fuente: Encuesta aplicada para medir la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero. Autores: Tarrillo/ Barboza

Como se aprecia en la siguiente gráfico 02, en cuanto a la distribución del parentesco según la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero, no se muestra una percepción de la calidad mala. El 36.8% de los que consideran que la percepción de la calidad es regular son hijos, y el 21.1% son conyugues. Para el caso de los que la percepción en promedio es buena, se tiene que el 35.5% son hermanos, y el 19.4% son hijos.

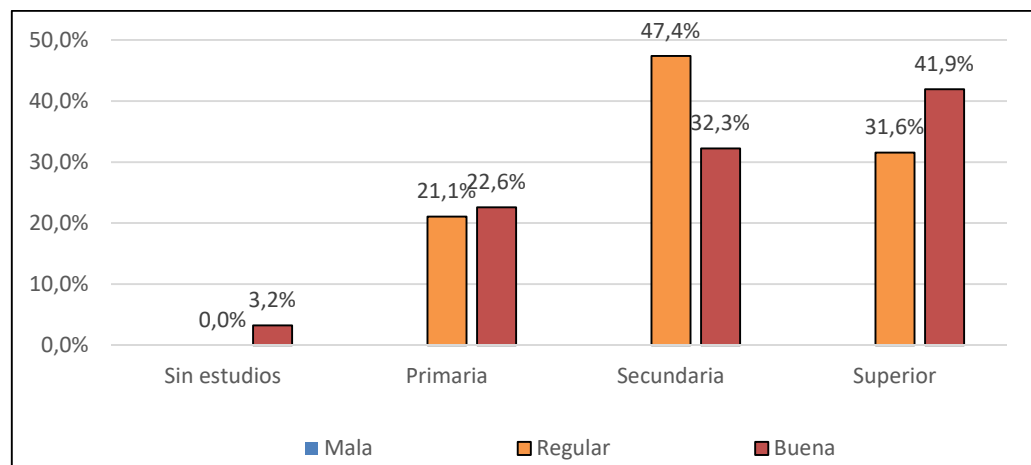
Es de importancia mencionar que el 44% de la población encuestada son conyugues e hijos teniendo ellos el porcentaje más alto de percepción regular esto puede deberse a que ellos son las personas que conviven en un mismo hogar y se relacionan íntimamente entre sí, por tal motivo el hecho de que un miembro del núcleo familiar sea hospitalizado genera una situación de crisis, por lo que requieren de atención por parte del personal de salud, no de tipo asistencial sino emocional que incluya una adecuada y clara comunicación sobre el estado de salud del paciente, ya que dicha hospitalización implica disfuncionalidad en la familia como unidad y genera en los miembros ansiedad y preocupación ellos están frente a un evento para el cual no están preparados para afrontar, debido a que suele suceder de manera inesperada, y generando al final inestabilidad familiar.¹⁴

En cuanto a la percepción buena la obtuvieron en mayor porcentaje los hermanos esto puede deberse a que ellos si bien no conviven diariamente con el paciente son los encargados de dar fortaleza a la familia nuclear, por lo que deben

mantenerse más tranquilos y con una mayor estabilidad emocional, permitiéndoles así ver toda esta situación desde una perspectiva más crítica.

Grafica N°03: Distribución del nivel de instrucción según la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado Enfermero. UCI. Hospital Regional Lambayeque.

2016



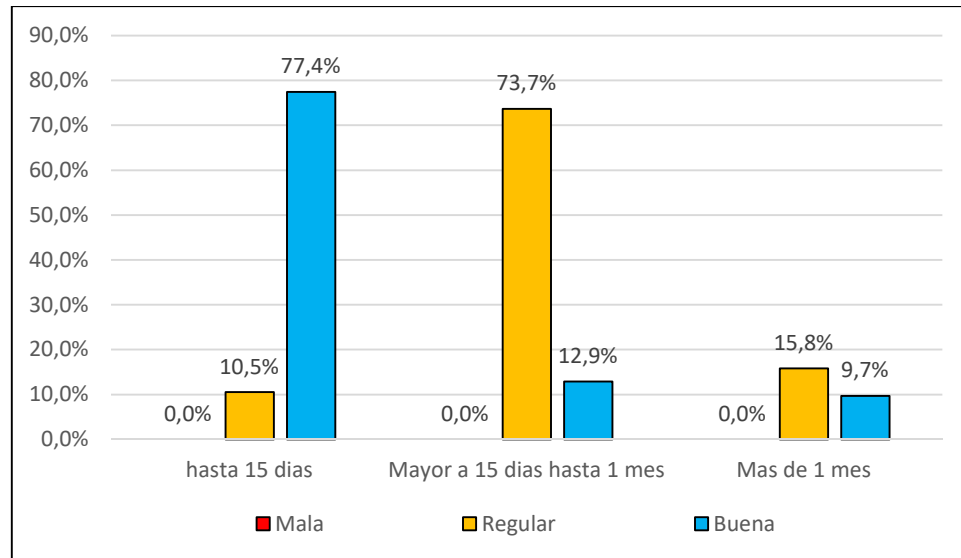
Fuente: Encuesta aplicada para medir la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero. Autores: Tarrillo/ Barboza

Como se aprecia en el gráfico, en cuanto a la distribución del nivel de instrucción del encuestado según la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero, en ninguno de los casos se obtuvo una percepción de la calidad mala, el 47.4% de los que mostraron una percepción regular, tienen nivel de estudio secundaria. Y Para el caso de las personas encuestadas que mostraron una percepción buena, se tiene que el 41.9% tienen nivel de instrucción superior.

Como se observa las personas que tienen un nivel de instrucción superior son las que tienen una percepción buena, dicho resultado puede deberse a que ellos tienen un nivel de comprensión más amplio y pueden entender de manera más clara algunos de los términos médicos utilizados para explicar la situación del paciente y así también expresar todas las dudas que tengan acerca de su familiar y de esta manera el personal de enfermería podrá aclararlas.

En sentido divergente a los hallazgos del presente estudio, Franco (2008), en un estudio sobre la percepción familiar del paciente crítico en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el 2003, observó que la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional tuvo una tendencia hacia lo desfavorable con un 38.8% e indiferente 33.3% en familiares entrevistados que tienen un nivel superior de instrucción.

Grafico 04: Distribución del tiempo de hospitalización según la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado Enfermero



Fuente: Encuesta aplicada para medir la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero. Autores: Tarrillo/ Barboza.

En el gráfico 04 se aprecia que del 100% de encuestados, 62%(31) perciben que la calidad del cuidado enfermero es buena y el 38%(19) perciben que la calidad del cuidado enfermero es regular.

De aquellos familiares que perciben que la calidad del cuidado es buena, 77.4% (24) tenían pacientes en la UCI, con un tiempo de hospitalización menor a 15 días. 12.9% (04) tenían pacientes con un tiempo de hospitalización de 15 días a un mes. 9.7% (03) tenían pacientes con estancia hospitalaria mayor a un mes.

De aquellos familiares que perciben que la calidad del cuidado es regular, 73.7% refirieron que sus pacientes se encontraban entre 15 días a un mes de hospitalizados. 15.8% (03) refirieron un tiempo de hospitalización mayor a un mes. 10.5% (02) refirieron un tiempo de hospitalización menor de 15 días.

La tabla nos muestra la relación entre la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero y el tiempo de hospitalización. Cuando el familiar refiere menor estancia hospitalaria del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos es decir menor a 15 días, la calidad del cuidado según su percepción, es buena; mientras que con una estancia hospitalaria mayor a un mes, el porcentaje decrece (9.7%), lo cual demuestra una relación inversa entre la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado y el tiempo de hospitalización del paciente; siendo esta relación altamente significativa.

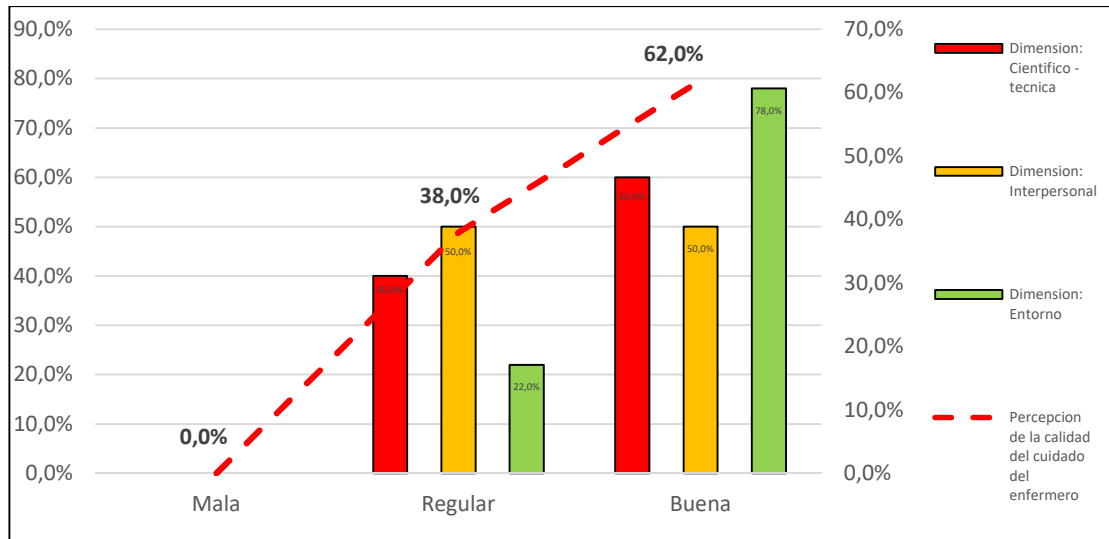
Por lo expuesto podemos deducir que el tiempo de hospitalización del paciente en la unidad de cuidados intensivos, es un factor que influye en la percepción de familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero.

Estos resultados se observan debido a que la UCI es un área cerrada y representa una barrera física en la interacción Enfermera – familiar. Sumado a esto, las enfermeras en su mayoría se centran en las actividades inmersas en la dimensión científico – técnica, dejando de lado el apoyo psicosocial y espiritual; es así que con el transcurrir de los días el contacto de la enfermera con el familiar se va reduciendo.

Por otro lado el tiempo de hospitalización es un factor que genera estrés, preocupación y ansiedad, los cuales van en aumento a medida que sea mayor la estancia hospitalaria; ya que la ausencia de un miembro de la familia por enfermedad, altera los roles de los demás integrantes, la estabilidad económica se ve afectada y crece el temor por la pérdida del familiar. Es por ello que la enfermera debe brindar apoyo al familiar, que le permita afrontar la crisis situacional por la que atraviesa. Al respecto Martinez y Cols, afirman:

“La enfermera debe tener en cuenta intervenciones donde se establezca una relación de confianza necesaria y primordial, lo cual es de vital importancia para aplicar con éxito los conocimientos y habilidades que permitan satisfacer las necesidades del usuario buscando en todo momento la integración Enfermera – paciente – familiar”; viéndose esto reflejado en una mejor percepción del usuario acerca de la calidad del cuidado de enfermería.

Gráfico 05: Percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado Enfermero – UCI
Hospital Regional de Lambayeque. 2016.



Fuente: Encuesta aplicada para medir la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero. Autores: Tarrillo/ Barboza.

En la gráfico 05, podemos observar que en forma general que el 38% de los encuestados, 19 perciben que la calidad del cuidado enfermero en UCI es regular y el 62% de los encuestados perciben que la calidad del cuidado enfermero es buena.

Estos hallazgos divergen con los resultados del estudio de Franco (2003) de nominado “percepción del familiar del paciente critico respecto a la intervención de enfermería en la UCI del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”, quien observo que la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención

de enfermería durante la crisis situacional tuvo una tendencia hacia lo desfavorable, 38.8% y 27.7% una percepción indiferente.

Según las dimensiones de la calidad del cuidado, los resultados son los siguientes:

En cuanto a la dimensión científico-técnica, el 60% (30) de los encuestados percibe que la calidad del cuidado es buena, el 40% (20) perciben que la calidad del cuidado es regular.

En cuanto a la dimensión interpersonal 50% (25) perciben que la calidad del cuidado es buena y, el otro 50% perciben que la calidad del cuidado es regular.

En la dimensión del entorno 78% (39) perciben que la calidad del cuidado es buena y, el 22% (11) perciben que la calidad del cuidado es regular.

Según estos resultados se observa una tendencia del familiar a percibir que la calidad del cuidado es buena tanto para dimensión científico-técnica como para la dimensión del entorno. Ahora en cuanto a la dimensión interpersonal, la calidad del cuidado según la percepción del familiar es buena para la mitad de los encuestados y regular para la otra mitad.

En la dimensión científico-técnica existe un porcentaje significativo (40%) que percibe que la calidad del cuidado es regular. Los encuestados destacaron durante su presencia en el servicio la enfermera no atendió inmediatamente los

requerimientos del paciente además que a veces no brinda vestimenta de protección al familiar durante la visita.

En la dimensión interpersonal los familiares refirieron que la enfermera muchas veces no se identifica con su nombre, pocas veces se dirige a su paciente por su nombre y apellido, algunas enfermeras no respetan sus manifestación religiosas, sólo algunas enfermeras brindan apoyo emocional cuando se sienten preocupados y angustiados por la salud de su paciente y, refieren además que a veces las enfermeras no informan de manera clara y sencilla acerca de los cuidados que brindan a su paciente.

En la dimensión del entorno existe un porcentaje significativo (22%) quienes perciben que la calidad del cuidado es regular, los encuestados destacaron que algunas veces la unidad del paciente no esta limpia y ordenada, no mantienen la privacidad del paciente y otras veces el paciente no se encuentra en buen estado de higiene. Estos hallazgos evidencian que generalmente la enfermera durante la atención al usuario manifiesta mayor preocupación por el desarrollo de habilidades y destrezas, la aplicación de procedimientos y por favorecer el entorno físico cómodo y confortable.

Reflexionando sobre las dimensiones de la calidad: Técnica, interpersonal y del entorno, expresados en Donabedian, también Herzberg menciona que la satisfacción más importante para el usuario es la intrínseca que parte de las relaciones

interpersonales, gran responsabilidad social y compromiso ético de verdadero acercamiento humano hacia la persona.

Así mismo la teoría del Cuidado Humano de Watson sostiene: “Ante el riesgo de deshumanización se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica.

Podemos concluir en que los resultados antes mencionados guardan relación con éstos enunciados, observándose que los profesionales de Enfermería durante el desarrollo de sus intervenciones se enfocan básicamente en el aspecto científico – técnico y en el entorno físico; dejando muchas veces de lado el aspecto interpersonal (respeto, trato digno, comunicación, apoyo emocional, entre otros). Entonces queda en evidencia que la dimensión interpersonal es el área más afectada a la hora de valorar la percepción del usuario (persona y familia) y por ende la satisfacción de dicho usuario.

Por lo tanto se hace necesario que los profesionales de enfermería y demás miembros del equipo de salud tomen una actitud reflexiva en la formación de estrategias que puedan mejorar la relación con las familias de los pacientes; a través de acciones enfocadas a elevar la calidad del cuidado enfermero; principalmente en la dimensión interpersonal, donde la comunicación y el apoyo emocional son pilares fundamentales para lograr un cuidado humanizado , mejorando así la percepción de los usuarios .

CAPITULO V

CONCLUSIONES

En forma general el 62% de los familiares perciben que la calidad del cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos es buena y el 38% de los familiares perciben que la calidad del cuidado es regular; lo que evidencia una percepción positiva respecto a la forma en que los usuarios ven la labor de enfermería.

Las características sociodemográficas de los familiares, tales como: edad, parentesco y nivel de instrucción; influyen en la percepción acerca de la calidad del cuidado de enfermería, que se brinda en la Unidad de Cuidados Intensivos.

A mayor estancia hospitalaria, la percepción del familiar acerca del cuidado enfermero es regular y a menor tiempo de hospitalización, el familiar percibe que la calidad del cuidado es buena.

En cuanto a la percepción del familiar según dimensiones, existe una tendencia a percibir que la calidad del cuidado es buena en lo que respecta a las dimensiones científico – técnica (60%) y del entorno (78%).

En relación a la dimensión interpersonal, el 50% de los familiares perciben que la calidad del cuidado es buena y el otro 50% percibe que la calidad del cuidado es regular.

Los profesionales de enfermería, durante el cuidado, priorizan actividades que corresponden a los aspectos científico – técnico y del entorno físico, quedando el

aspecto interpersonal en un segundo plano, lo que impide lograr un cuidado humanizado e integral y por consiguiente la satisfacción del usuario (paciente y familia).

RECOMENDACIONES

A la Jefa de Enfermeras:

-) Realizar actividades o estrategias de capacitación al personal orientadas a mejorar la intervención de enfermería con la familia del paciente crítico.
-) Realizar encuestas de satisfacción dirigidas a los familiares de forma periódica.
-) Elaborar un protocolo de intervención de enfermería que le permita brindar información a la familia en cuanto a las normas de la unidad, y así también darle a conocer los cuidados que brinda la enfermera a su familiar.

A las enfermeras:

-) Incluir en su plan de cuidados actividades que involucren a la familia, favoreciendo de ésta manera la relación **Enfermera – Paciente – Familia**.
-) Propiciar un acercamiento hacia el familiar durante la visita de manera que ellos puedan expresar sus inquietudes y dudas favoreciendo así la relación enfermera – familia.

A las Facultades de Enfermería:

-) Enfatizar en la formación pre profesional, el cuidado humanizado y holístico.

BIBLIOGRAFIA

1. Pérez CM., Rodríguez GM, Fernández HA, Catalán GJ. *Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos*. Rev Med Intensiva (Cuba).2004; 28(5): 237-49.
2. García E. Nivel de satisfacción sobre calidad de atención del familiar de un paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Clínica Limatambo: Universidad mayor de San Marcos. 2008.
3. Bautista LM, Arias MF, Carreño ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Revista Cuidarte. (Colombia) 2016; 7(2): 1297-1309.
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
4. Ramírez PC, Perdomo RA, Galán GE. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Revista Unal. (Colombia) 2013;31(1):42-51.
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42182>>.
5. Triviño QF. Torres MT. Satisfacción de expectativas de familiares con el cuidado de enfermería en una UCI de una clínica privada de Cali. Rev de Med Experimental y Salud Públ.(Perú).2011; 28(2): 92-96.
6. Reyes TM, Colonia JK, Reyes SR. 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 Ciencias de la Salud.(Perú)2013; 6(2):28-34.

7. LLaja RV, Sarria JC, Salazar CM, Salazar AG. “Valoración Del Índice De Satisfacción De Los Familiares Sobre Calidad De Atención En Las Unidades Críticas De Adultos En El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martens – Essalud” Lima – Perú. 2009 .Rev Med Experimental y Salud Púb (Perú).2011; 32(3):112-15.
8. Parra TL. “Percepción de los familiares de pacientes críticos sobre el tipo de comunicación que establece la enfermera en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo. (Tesis) Lima – Perú|: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
9. Martínez MP. Calidad De Atención En La Unidad De Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martens. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005.
10. Franco CR. Percepción del familiar del paciente critico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (Tesis) Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
11. Cevallos L., Vílchez S., Martínez C. Percepción de los familiares de Pacientes con TEC acerca de la intervención de la enfermera en la crisis situacional en el Instituto de Ciencias Neurológicas – Santo Toribio de Mogrovejo. UNMSM Lima – Perú (1993) p.29.

12. Gauntlett P. Tratado de Enfermería. Mosby. 1ra Edición. Madrid - España:
Edit. Interamericana – Mc - Graw – Hill; 1995.p. 2046
13. Grupo Paradigma. 2014.El Rol de la Enfermería en la Terapia Intensiva para
Adultos. Diario Independiente de Contenido Enfermero.
<https://www.diariodicen.es/201412/>
14. Pérez GJ. Cuidados Intensivos en el Adulto. 4ta Edición. Madrid – España:
Edit. Interamericana – Mc - Graw – Hill; 1993.
15. Leske JS. Comparison ratings of need importance after critical illness from
family members with varied demographic characteristics. Crit Care Nurs Clin
North Am 1992;4(4): 607-13.
16. Díaz Ch., Cuidados a familiares de pacientes críticos. Enfermería científica;
1997; 184-185; 26-30.
17. Cuidados de enfermeros en la unidad de cuidados intensivos. Málaga:
Editorial Vértice; 2002.
18. Wade GH, Kasper N. Nursing Students' Perceptions of Instructor caring: An
Instrument based on Watson's Theory of Transpersonal Caring. Journal of
Nursing Education 2006; 45(5): 162 – 168.
19. Watson J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería.
Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua.
[Internet]. Disponible en:
http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson.

20. Marques S. Citada por: Moreno M, Alvis T y Muñoz S. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En: El arte y la ciencia del cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Ed. Unibiblos; 2002. p.207-216.
21. Morse J. y col. Citados por: Moreno M, Alvis T y Muñoz S. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En: El arte y la ciencia del cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Ed. Unibiblos; 2002. p.207-216.
22. Quintero MC. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. En: Cuidado y práctica de enfermería. Grupo de Cuidado. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Ed. Unibiblos; 2000 p. 184.
23. Walker CA. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing*; 1996; 24: 988-996.
24. Watson J. *Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing* New York: National League of Nursing; 1988. 158 p.
25. Barnhart DE. Watson J. *Filosofía y ciencia de la asistencia, Modelos y teorías de enfermería*. 3ª edición. Madrid: Ed. Harcourt brace; 1994.
26. Cohen JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing*; 1991.,16:899-909.
27. Constitution Of The World Health Organization, International Health Conference et al. *Bull World Health Organ*; 2002. Disponible en la World Wide Web: <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12571729>.

28. Deming, W. Calidad, Productividad y competitividad Madrid: Edit. Diaz de Santos; 1989.
29. Donabedian, A. Evaluación de la calidad de la atención médica Revista Calidad asistencial: España; 2001, Pág. S11-S27.
30. Alvitres CV. Método científico: planificación de la investigación. Perú: Edit ciencia; 2000.

ANEXOS

ANEXO 01

CUESTIONARIO PARA CONOCER LA PERCEPCION DEL FAMILIAR ACERCA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO BRINDADO A PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).

Los siguientes datos se refieren a usted como familiar, no al paciente:

Sus respuestas nos servirán para conocer cuál es su percepción acerca de la calidad del cuidado que brinda la Enfermera en la Unidad de cuidados Intensivos. Responda cada pregunta señalando la opción que considere más correcta. Al final del cuestionario puede hacernos aquellas sugerencias que considere oportunas.

Gracias por su colaboración.

¿Qué edad tiene usted?.....años

¿Cuál es su parentesco con el paciente?

☐Padre ☐Madre ☐Hermano(a) ☐Cónyuge ☐Hijo(a) ☐Otro familiar.....

¿Cuál es su nivel de instrucción?: ☐sin estudios ☐Primaria ☐Secundaria ☐Superior

¿Cuál es el tiempo de hospitalización de su paciente en la U.C.I.?.....

Usted deberá marcar con un aspa (X) la opción que crea conveniente según se indica a continuación:

INDICADORES	Nunca	A veces	Siempre
1.- La enfermera se viste con mandil, gorro, mascarilla y guantes para atender al paciente.			
2.- La enfermera brinda a usted, vestimenta de protección (mandilón, mascarilla y botas) para ingresar al servicio.			
3.- La enfermera realiza oportunamente, coordinaciones con especialistas y otros servicios para la atención de su paciente.			

4.- Durante su presencia en el servicio, la enfermera atiende inmediatamente los requerimientos de su paciente.			
5.- Cree usted que la enfermera demuestra conocimiento y experiencia necesarios para brindar un buen cuidado a su paciente.			
6.- La enfermera se identifica; presentándose por su nombre.			
7.- La enfermera se dirige a su paciente por su nombre y/o apellido.			
8.- La enfermera le brinda a usted información suficiente respecto a horarios y normas de la unidad.			
9.- La enfermera se muestra amable con usted.			
10.- La enfermera le informa de manera clara y sencilla acerca de los cuidados que brinda a su paciente.			
11.- La enfermera le brinda apoyo emocional cuando usted se siente preocupado y angustiado debido a la situación de salud de su paciente.			
12.- La enfermera respeta sus manifestaciones religiosas (uso de imágenes, biblia, visita de sacerdote o pastor y otros)			
13.- Cree usted que los cuidados que brinda la enfermera están ayudando a la recuperación de su paciente.			
14.- La enfermera mantiene al paciente en buen estado de higiene y le brinda comodidad.			
15.- La enfermera mantiene en todo momento la privacidad del paciente.			
16.- La unidad (el área) del paciente está limpia y ordenada			

ANEXO 02**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Instituciones : Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo
Hospital Regional Lambayeque.

Investigadores: Ivón Barboza Becerra, Fiorella Tarrillo Ruíz.

Título : **Percepción** del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Lambayeque - 2016.

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Lambayeque - 2016”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo / Hospital Regional Lambayeque. Estamos realizando este estudio para describir la Percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado Enfermero brindado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Lambayeque.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le realizará una encuesta, es decir se aplicará un cuestionario que consta de 16 preguntas las cuales permitirán evaluar la percepción que usted tiene acerca de la calidad del cuidado enfermero brindado a su paciente.

Riesgos:

Al participar de la investigación no estará asociándose a ningún problema legal, como tampoco estar sujeto a ningún daño, sin embargo durante el desarrollo del cuestionario puede que le genere alguna molestia por algún mal recuerdo o situación desagradable que haya presenciado. Ante ello los investigadores brindaran la asistencia necesaria.

Beneficios:

Su participación sobre la percepción ayudará a conocer un poco mas sobre el cuidado enfermero; por lo que al termino de la misma, los resultados servirán de ayuda en la toma de medidas para mejorar la atención y cuidado de enfermería.

Costos e incentivos: Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar para futuras mejoras en el cuidado enfermero que se brinda a los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres, en el cual sólo tendrán acceso las investigadores. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Al término del estudio las encuestas serán desechadas; no se conservarán para posteriores estudios.

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a la Lic. Ivon Barboza Becerra al Teléfono: 943730110

CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo la información que se me ha brindado acerca de mi participación en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante:

Nombre:

Firma:

DNI:

Fecha:.....

ANEXO 03**Operacionalización de Variables:**

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Características Socio – demográficas		Edad	Años	Razón
		Parentesco	Padre Madre Hermano(a) Conyugue Hijo(a) Otro familiar	Nominal
		Grado de Instrucción	Sin estudios Primaria Secundaria Superior	Ordinal
		Tiempo de hospitalización en el servicio		Razón
Percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero.	Dimensión Científico-Técnica	La enfermera se viste con mandil, gorro, mascarilla y guantes para atender al paciente.		
		La enfermera le brinda vestimenta de protección (mandilón, mascarilla y botas) para ingresar al servicio.		

		La enfermera realiza coordinaciones con especialistas y otros servicios para la atención de su paciente	Nunca A veces Siempre.	Nominal
		Durante su presencia en el servicio, la enfermera atiende inmediatamente los requerimientos de su paciente.		
		Cree usted. que la enfermera demuestra conocimiento y experiencia necesarios para brindar un buen cuidado a su paciente.		
	Dimensión Interpersonal.	La enfermera se identifica; presentándose por su nombre.		
		La enfermera se dirige a su paciente por su nombre y/o apellido.		
		La enfermera le brinda a Ud. información suficiente respecto a horarios y normas de la unidad.		
		La enfermera se muestra amable con usted.		

		La enfermera le informa de manera clara y sencilla acerca de los cuidados que brinda a su paciente.		
		La enfermera le brinda apoyo emocional cuando usted. se siente preocupado o angustiado por la situación de salud de su paciente.		
		La enfermera respeta sus manifestaciones religiosas (uso de imágenes, biblia, visita de sacerdote o pastor y otros)		
		Cree usted. Que los cuidados que brinda la enfermera están ayudando a la recuperación de su paciente.		
	Dimensión de Entorno.	La enfermera mantiene al paciente en buen estado de higiene y le brinda comodidad.		
		La enfermera mantiene en todo momento la privacidad del paciente.		
		La unidad (área) del paciente está limpia y ordenada.		

Anexo N°04:

N°	Pregunta	Nunca		A veces		Siempre		Total	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
1	La enfermera se viste con mandil, gorro, mascarilla y guantes para atender al paciente.		0.00%	15	30.00%	35	70.00%	50	100.00%
2	La enfermera brinda a usted, vestimenta de protección (mandilón, mascarilla y botas) para ingresar al servicio.		0.00%	27	54.00%	23	46.00%	50	100.00%
3	La enfermera realiza oportunamente, coordinaciones con especialistas y otros servicios para la atención de su paciente.		0.00%	25	50.00%	25	50.00%	50	100.00%
4	Durante su presencia en el servicio, la enfermera atiende inmediatamente los requerimientos de su paciente.	1	2.00%	29	58.00%	20	40.00%	50	100.00%
5	Cree Ud. Que la enfermera demuestra conocimiento y experiencia necesarios para brindar un buen cuidado a su paciente.		0.00%	11	22.00%	39	78.00%	50	100.00%
6	La enfermera se identifica; presentándose por su nombre.	11	22.00%	28	56.00%	11	22.00%	50	100.00%
7	La enfermera se dirige a su paciente por su nombre y/o apellido.	5	10.00%	32	64.00%	13	26.00%	50	100.00%
8	La enfermera le brinda a Ud. información suficiente respecto a horarios y normas de la unidad.	4	8.00%	24	48.00%	22	44.00%	50	100.00%
9	La enfermera se muestra amable con Usted.		0.00%	20	40.00%	30	60.00%	50	100.00%
10	La enfermera le informa de manera clara y sencilla acerca de los cuidados que brinda a su paciente.	8	16.00%	17	34.00%	25	50.00%	50	100.00%
11	La enfermera le brinda apoyo emocional cuando Ud. se siente preocupado y angustiado debido a la situación de salud de su paciente.	14	28.00%	15	30.00%	21	42.00%	50	100.00%
12	La enfermera respeta sus manifestaciones religiosas (uso de imágenes, biblia, visita de sacerdote o pastor y otros)	3	6.00%	18	36.00%	29	58.00%	50	100.00%

13	Cree Ud. Que los cuidados que brinda la enfermera están ayudando a la recuperación de su paciente.	0.00%	11	22.00%	39	78.00%	50	100.00%	
14	La enfermera mantiene al paciente en buen estado de higiene y le brinda comodidad.	1	2.00%	12	24.00%	37	74.00%	50	100.00%
15	La enfermera mantiene en todo momento la privacidad del paciente.	1	2.00%	14	28.00%	35	70.00%	50	100.00%
16	La unidad (el área) del paciente está limpia y ordenada	0.00%	8	16.00%	42	84.00%	50	100.00%	

ANEXO 05

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD EN LA ENCUESTA PILOTO DE 10 INDIVIDUOS ELEGIDOS AL AZAR.

) Confiabilidad: Mediante el Alfa de Cronbach

**Tabla N°01: Estadísticas de
fiabilidad a todo el
cuestionario**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,879	16

Fuente: Encuesta aplicada para medir la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero. Unidad de Cuidados Intensivos. HRL. 2016.

Autores: Tarrillo/ Barboza.

Tabla N°02: Estadísticas de fiabilidad por dimensión

Dimensión	Estadísticas de fiabilidad	
	Alfa de Cronbach	N de elementos
Científico - técnica	.758	5
Interpersonal	Alfa de Cronbach	N de elementos
	.856	8
Entorno	Alfa de Cronbach	N de elementos
	.750	3

Fuente: Encuesta aplicada para medir la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero. Unidad de Cuidados Intensivos. HRL. 2016.

Autores: Tarrillo/ Barboza.

ANEXO 06

TABLAS Y GRÁFICOS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Características socioeconómicas de las personas encuestadas en el trabajo de investigación:

Tabla N°03: Estadísticas Descriptivas de la edad del encuestado.

N	Válido	50
	Perdidos	0
Media		41,18
Mínimo		19
Máximo		69

Tabla N°04: Distribución de la edad del encuestado

Edad	Frecuencia	Porcentaje
de 19 a 30 años	14	28.0
de 31 a 40 años	12	24.0
de 41 a 50 años	9	18.0
de 51 a 60 años	9	18.0
de 61 a 70 años	6	12.0
Total	50	100.0

Fuente: Encuesta aplicada para medir la percepción del familiar acerca de la calidad del cuidado enfermero. Unidad de Cuidados Intensivos. HRL. 2016.

Autores: Tarrillo/ Barboza.

Gráfica N°01: Distribución de la edad del encuestado

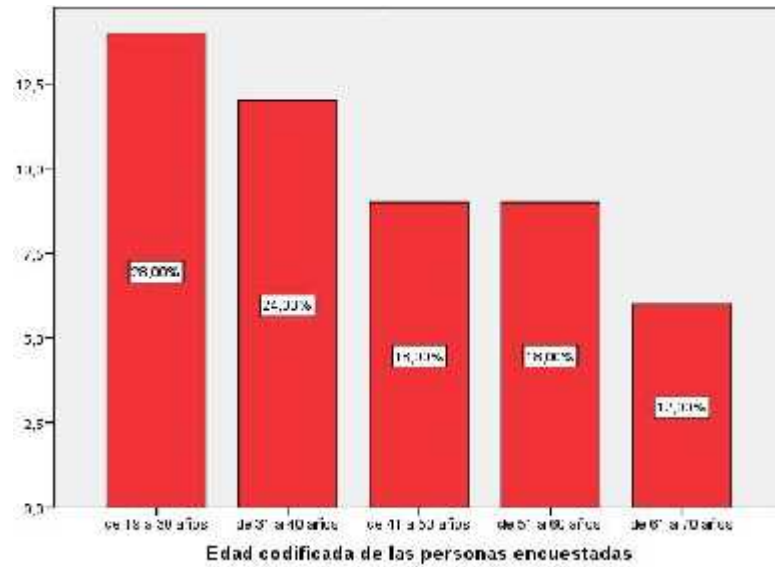


Tabla N°05: Distribución del parentesco del encuestado

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Hermano	14	28,0
Hijo	13	26,0
Conyugue	9	18,0
Madre	7	14,0
Padre	4	8,0
Otro familiar	3	6,0
Total	50	100,0

Gráfica N°02: Distribución del parentesco del encuestado

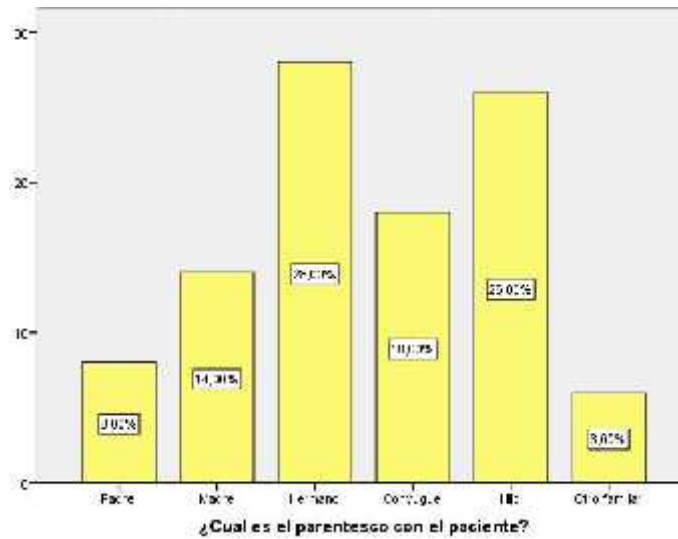


Tabla N°06: Distribución del grado de instrucción del encuestado

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	1	2.0
Primaria	11	22.0
Secundaria	19	38.0
Superior	19	38.0
Total	50	100.0

Grafico N°03: Distribución del grado de instrucción del encuestado

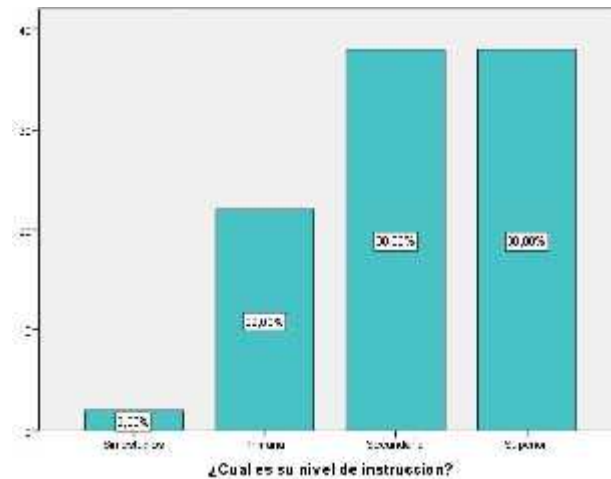


Tabla N°07: Estadísticas Descriptivas del tiempo de hospitalización del paciente.

N	Válido	50
	Perdidos	0
Media		,6272
Mínimo		,10
Máximo		3,00

Tabla N°08: Distribución del tiempo de hospitalización del paciente

Tiempo de Hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 15 días	26	52,0
Mayor a 15 días hasta 1 mes	18	36,0
Más de 1 mes	6	12,0
Total	50	100,0

Gráfica N°04: Distribución del tiempo de hospitalización del paciente

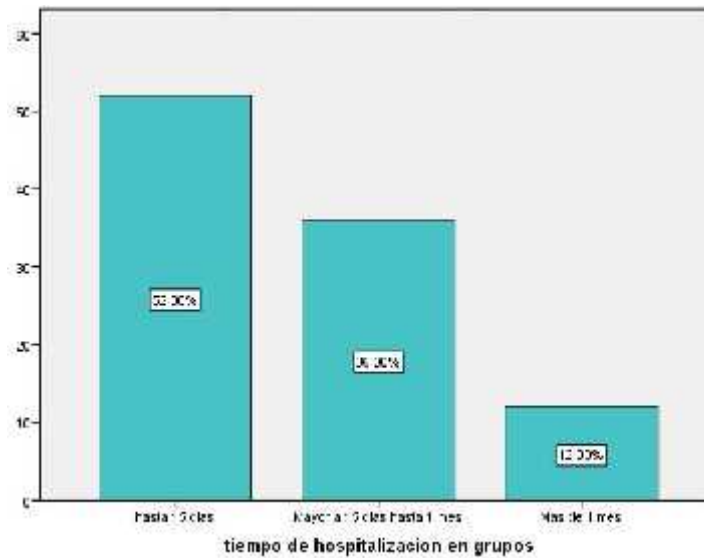


Tabla N°09 La enfermera se viste con mandil, gorro, mascarilla y guantes para atender al paciente.

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	15	30,0
Siempre	35	70,0
Total	50	100,0

Tabla N°10 La enfermera brinda a usted, vestimenta de protección (mandilón, mascarilla y botas) para ingresar al servicio.

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	27	54,0
Siempre	23	46,0
Total	50	100,0

Tabla N°11 La enfermera realiza oportunamente, coordinaciones con especialistas y otros servicios para la atención de su paciente.

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	25	50,0
Siempre	25	50,0
Total	50	100,0

Tabla N°12 Durante su presencia en el servicio, la enfermera atiende inmediatamente los requerimientos de su paciente.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	2,0
A veces	29	58,0
Siempre	20	40,0
Total	50	100,0

Tabla N°13 Cree Ud. Que la enfermera demuestra conocimiento y experiencia necesarios para brindar un buen cuidado a su paciente.

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	11	22,0
Siempre	39	78,0
Total	50	100,0

**Tabla N°14 La enfermera se identifica;
presentándose por su nombre.**

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	11	22,0
A veces	28	56,0
Siempre	11	22,0
Total	50	100,0

**Tabla N°15 La enfermera se dirige a su
paciente por su nombre y/o apellido.**

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	5	10,0
A veces	32	64,0
Siempre	13	26,0
Total	50	100,0

**Tabla N°16 La enfermera le brinda a Ud.
información suficiente respecto a
horarios y normas de la unidad.**

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	4	8,0
A veces	24	48,0
Siempre	22	44,0
Total	50	100,0

**Tabla N°17 La enfermera se muestra
amable con Usted.**

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	20	40,0
Siempre	30	60,0
Total	50	100,0

**Tabla N°18 La enfermera le informa de
manera clara y sencilla acerca de los
cuidados que brinda a su paciente.**

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	8	16,0
A veces	17	34,0
Siempre	25	50,0
Total	50	100,0

**Tabla N°19 La enfermera le brinda apoyo
emocional cuando Ud. se siente
preocupado y angustiado debido a la
situación de salud de su paciente.**

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	14	28,0
A veces	15	30,0
Siempre	21	42,0
Total	50	100,0

Tabla N°20 La enfermera respeta sus manifestaciones religiosas (uso de imágenes, biblia, visita de sacerdote o pastor y otros)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	3	6,0
A veces	18	36,0
Siempre	29	58,0
Total	50	100,0

Tabla N°21 Cree Ud. Que los cuidados que brinda la enfermera están ayudando a la recuperación de su paciente.

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	11	22,0
Siempre	39	78,0
Total	50	100,0

Tabla N°22 La enfermera mantiene al paciente en buen estado de higiene y le brinda comodidad.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	2,0
A veces	12	24,0
Siempre	37	74,0
Total	50	100,0

Tabla N°23 La enfermera mantiene en todo momento la privacidad del paciente.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	2,0
A veces	14	28,0
Siempre	35	70,0
Total	50	100,0

Tabla N°24 La unidad (el área) del paciente está limpia y ordenada

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	8	16,0
Siempre	42	84,0
Total	50	100,0

Tabla N°25 Dimensión de la Percepción de la calidad: Científico - técnica

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	20	40,0
Siempre	30	60,0
Total	50	100,0

**Tabla N°27 Dimensión de la Percepción
de la calidad: Interpersonal**

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	3	6,0
A veces	22	44,0
Siempre	25	50,0
Total	50	100,0

**Tabla N°28 Dimensión de la Percepción
de la calidad: Entorno**

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	11	22,0
Siempre	39	78,0
Total	50	100,0

**Tabla N°29 Puntuación media de la
percepción de la calidad del cuidado del
enfermero**

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	19	38,0
Siempre	31	62,0
Total	50	100,0

ANEXO 06

Cuadro de Codificación para la clasificación de la percepción del cuidado del enfermero en UCI – Hospital Regional de Lambayeque.2016.

Valores de adaptación

Puntuación media de las respuestas	Clasificación de la Percepción
de 1,00 a 1,49	Mala
de 1,50 a 2,49	Regular
de 2,50 a 3,00	Buena