

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



TESIS

**“PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA RELACIÓN DE AYUDA
DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
DE UN HOSPITAL DE ESSALUD. CHICLAYO JULIO - 2016”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL “ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE
CRÍTICO”**

INVESTIGADORAS:

Lic. Enf. CARRILLO HERNÁNDEZ IRIS LORENA

Lic. Enf. RUIZ FACHO CELESTE ESMERALDA

Lic. Enf. TINEO HUANCAS NANCY

ASESORA:

Dra. RUIZ OLIVA TEÓFILA ESPERANZA

LAMBAYEQUE, 2019

Mg. Nora Elisa Sánchez de García
Presidenta

Dra. María Rosario Verástegui León
Secretaria

Mg. María Rosa Baca Pupuche
Vocal

Dra. Teófila Esperanza Ruiz Oliva
Asesora

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAPH

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

Libro de Acta N°: 03 Expediente: 1821-2018UP6FE Folio N° 168

Licenciada: Celeste Esmeralda Ruiz Hachero

en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo – Lambayeque, a las 1:30 p.m. horas del día 22 noviembre del 2018, Los señores

Miembros del Jurado designados mediante Resolución N° 104-2013-D-FE.

PRESIDENTE: Mg. Nora Elisa Sanchez de Garcia

SECRETARIO: Dra. Maria Rosari Velazquez Fern.

VOCAL: Mg. Maria Rosa Baca Puyuche

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

"Recepcion del familiar por la presencia de ayuda de la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de Salud Julio 2016"

patrocinada por el profesor (a) Dra. Eófila Esperanza Ruiz Oliva

Presentada por el (los) Licenciados (a) Celeste Esmeralda Ruiz Hachero

Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad:

"Atención de Enfermería al paciente crítico"

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

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

Nora Elisa Sanchez de Garcia
PRESIDENTE
Maria Rosari Velazquez Fern.
VOCAL

Dra. Eófila Esperanza Ruiz Oliva
SECRETARIO

[Firma]
PATROCINADOR

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAHP

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

Libro de Acta N° 03 Expediente: 1822-2018-UPG-FE Folio N° 168
Licenciada: Eineo Huaneas Nango

en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 1:30 p.m. horas del día 22 de noviembre del 2018 Los señores

Miembros del Jurado designados mediante Resolución N° 104-2013-D-FE

PRESIDENTE: Mg. Nora Elisa Sanchez de Carpio

SECRETARIO: Dra. Maria Rosano Vera Stegini Perot

VOCAL: Mg. Maria Rosa Baca Puyuelo

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

"Percepción del familiar sobre la relación de ayuda de la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de Especialidad Quirúrgica 2016"

patrocinada por el profesor (a) Dra. Eufilia Esperanza Ruiz Oliva

Presentada por el (los) Licenciados (a) Eineo Huaneas Nango

Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad: "Atención de enfermería al paciente oncológico"

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

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

Nora Elisa Sanchez de Carpio
PRESIDENTE

Maria Rosano Vera Stegini Perot
VOCAL

Eufilia Esperanza Ruiz Oliva
SECRETARIO

Puyuelo
PATROCINADOR

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAHP

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

Libro de Acta N° 03 Expediente: 18202018 OP6 FE Folio N° 168
Licenciada: Carrillo Hernández Iris Lorena

en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo – Lambayeque, a las 1:30 p.m. horas del día 22 de noviembre del 2018. Los señores

Miembros del Jurado designados mediante Resolución N° 104-2013-D-FE

PRESIDENTE: Mg. Nora Eliza Sanchez de Garcia

SECRETARIO: Dra. María Rosario Vera Stepien

VOCAL: Mg. María Rosa Baeza Pujante

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

"Percepción del familiar sobre la relación de ayuda de la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de Especialidad Ciudadaya julio 2016"

patrocinada por el profesor (a) Dra. Beatriz Esperanza Ruiz Oliva

Presentada por el (los) Licenciados (a) Carrillo Hernández Iris Lorena

Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad:

"Atención de enfermería al paciente onco"

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

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

Nora Eliza de Garcia
PRESIDENTE
Miguel Bocor
VOCAL

Beatriz Esperanza Ruiz Oliva
SECRETARIO

Iris Lorena
PATROCINADOR

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotras, **Lic. Enf. CARRILLO HERNÁNDEZ IRIS LORENA**, **Lic. Enf. RUIZ FACHO CELESTE ESMERALDA** y **Lic. Enf. TINEO HUANCAS NANCY**; Investigadoras Principales, y **Dra. TEÓFILA ESPERANZA RUIZ OLIVA**, Asesora del Trabajo de investigación **“PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE ESSALUD. CHICLAYO JULIO - 2016”**, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este Informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar, que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 22 de noviembre de 2018.

Lic. Enf. Carrillo Hernández Iris Lorena
Investigadora

Lic. Enf. Ruiz Facho Celeste Esmeralda
Investigadora

Lic. Enf. Tineo Huancas Nancy
Investigadora

Dra. Teófila Esperanza Ruiz Oliva
Asesora

DEDICATORIA

A Dios por darnos la vida y la fuerza para
seguir luchando por nuestros objetivos, a
nuestras familias, por su apoyo incondicional.

Las Autoras

Dedico este trabajo a una persona muy
especial para mí quien me incentivo a
seguir adelante y no rendirme a pesar de los
problemas que se presentaron.

Lic. Ruiz Facho Celeste

AGRADECIMIENTO

A Dios todo poderoso quien ilumina nuestros pasos y nos da el amor, la paciencia y la comprensión para atender a nuestros queridos pacientes.

A los familiares que participaron y contribuyeron con el desarrollo de esta investigación.

A nuestra asesora Mg. Esperanza Ruiz Oliva por su apoyo y dedicación en el desarrollo de nuestro trabajo.

Las autoras

ÍNDICE

ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	iii
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD	vi
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO.....	viii
ÍNDICE.....	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO	8
1.1. Antecedentes de la Investigación.....	8
1.2. Base Teórica Conceptual	9
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	36
2.1. Tipo de Investigación.....	36
2.2. Diseño de la Investigación	36
2.3. Población y Muestra	36
2.4. Materiales, Técnica e Instrumentos de Recolección de datos	38
2.5. Técnicas y Métodos de Procesamiento de los datos	40
2.6. Aspectos Éticos.....	41
2.7. Criterios de Rigor Científico.....	43
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	45
3.1. Discusión	49
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES	59
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	67

RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo determinar la Percepción del familiar sobre la relación de ayuda de la enfermera en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de EsSalud. 2016; en las dimensiones de actitud empática, aceptación incondicional y autenticidad. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 55 familiares de pacientes hospitalizados en la UCI. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo escala de Likert, aplicada previo consentimiento informado. Se obtuvo como resultado que el 47% de familiares manifestaron una percepción medianamente favorable, el 31% favorable y el 22% desfavorable; sobre actitud empática el 43% es medianamente favorable, 33% favorable y el 24% desfavorable; en aceptación incondicional 49% es medianamente favorable, 31% favorable y 20% desfavorable; y en autenticidad 45% es favorable, 40% medianamente favorable, 15% desfavorable. Concluyendo en relación a la percepción de los familiares respecto a la relación de ayuda que proporciona la enfermera es de predominio medianamente favorable a favorable, además la dimensión de la relación de ayuda mejor percibida es la autenticidad; sin embargo hay aspectos de la relación de ayuda que deben mejorarse, por lo que se sugiere una capacitación continua en el fortalecimiento de estas habilidades de relación de ayuda, así como la realización de investigaciones que permitan conocer el comportamiento de este fenómeno sobre todo en áreas de cuidado crítico.

PALABRAS CLAVES: Percepción, relación de ayuda, enfermera, cuidados intensivos.

ABSTRACT

The objective of this research study was to determine the perception of the family member about the nurse's help relationship in the intensive care unit of a health hospital. 2016; in the dimensions of empathic attitude, unconditional acceptance and authenticity. The study was of a quantitative, descriptive, cross-sectional type. The sample consisted of 55 relatives of patients hospitalized in the UCI. The technique of data collection was the survey and the instrument a Likert scale type form, applied with prior informed consent. It was obtained as a result that 47% of relatives stated that it is moderately favorable, 31% favorable and 22% unfavorable; about empathic attitude 43% is moderately favorable, 33% favorable and 24% unfavorable; in unconditional acceptance 49% is moderately favorable, 31% favorable and 20% unfavorable; and in authenticity 45% is favorable, 40% moderately favorable, 15% unfavorable. Concluding in relation to the perception of the relatives regarding the help relationship that the nurse provides is of moderate to favorable prevalence, in addition, the dimension of the best perceived help relationship is authenticity; However, there are aspects of the aid relationship that need to be improved, which is why continuous training is suggested in the strengthening of these aid relationship skills, as well as the carrying out of investigations that allow knowing the behavior of this phenomenon, especially in areas of critical care.

KEY WORDS: Perception, relationship of help, nurse, intensive care.

INTRODUCCIÓN

Con el advenimiento del siglo XXI en la humanidad se viene dando una gama de cambios significativos que alcanzan a personas, empresas, instituciones de toda naturaleza. La revolución científica tecnológica produce continuamente cambios en el sistema de salud dando lugar a nuevas demandas en el contexto de los cuidados. Asimismo, la aparición de nuevos grupos de riesgo con nuevas formas de enfermar y morir, aunado a las intervenciones farmacológicas de avanzada, de reanimación y el mantenimiento de la vida de las personas en estado crítico; nos dan a conocer que las exigencias son cada vez mayores para el profesional de Enfermería.

En ese sentido el profesional de enfermería que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), debe poseer una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducente a un desempeño adecuado y oportuno en diversas situaciones críticas en las que aumenta el riesgo de muerte y/o secuelas negativas del ser cuidado, por tanto es importante la comprensión de la fisiología y patología de la enfermedad, lo cual nos permite reconocer rápidamente cualquier signo de alarma, para así emprender una acción oportuna muy prudente; no olvidando sobre todo la parte espiritual del paciente y su familia, brindando así un cuidado con calidad y calidez¹.

Y es que padecer una enfermedad grave y de manera tan inesperada como lo es un accidente cerebro vascular, un infarto cardiaco, un accidente de tránsito, etc. implica un reto para el paciente, debido al aislamiento y desamparo de sus espacios vitales: familiares, amigos, intimidad, autodeterminación, etc. Y sobre todo para la familia, que es la primera célula social en el proceso de salud/enfermedad de sus miembros, ya que todo proceso de enfermedad que afecte a uno de sus integrantes, altera por lo general la estabilidad que disfrutaban, obligándolos a ajustarse a una nueva situación².

Esto significa que la hospitalización de una persona en la unidad de cuidados intensivos constituye un factor que altera la homeostasis emocional familiar, experimentando actitudes, sentimientos y reacciones emocionales de diferente intensidad, tales como miedo, ansiedad, culpa, enojo, angustia, entre otros, es decir afrontan una crisis situacional de manera súbita ante la enfermedad de su pariente enfermo requiriendo para ello de una intervención oportuna de la enfermera, ya que es el profesional de salud que permanece al cuidado del paciente y debe demostrar en su actitud para con él y su familia tolerancia, sensibilidad, respeto y amor ya que no sólo es importante evidenciar o demostrar habilidades manuales, dominio de técnicas y destrezas, sino, también una buena comunicación y relación con la familia.

Es por ello el desarrollo científico y tecnológico de enfermería, no puede menoscabar el profundo sentido y espíritu humanitario del cuidado de enfermería que brinda a las personas y a la sociedad. Por lo que la intervención de enfermería ante la crisis situacional, es un método que implica estrategias preventivas de brindar asistencia terapéutica inmediata, ayudando al paciente y familia a enfrentar la situación causante del stress, a fin de restablecer el equilibrio familiar.

Todos estos aspectos no pasan desapercibidos en la UCI del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo (HBAAA), puesto que siendo una UCI de un hospital de III nivel durante el año 2015 se registró que el número de hospitalizados en dicha unidad asciende a 456, de los cuales fallecieron 157, siendo la estancia hospitalaria entre 3 a 7 días; y por ser una UCI general las patologías de mayor incidencia son: insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca, Sepsis, post-operados de cirugías cardíacas y neurocirugía, etc. Se estimó un porcentaje ocupacional de cama de 95.8%.

Mientras tanto fuera de la unidad pudimos evidenciar que la familia de los pacientes hospitalizados permanece en la sala de espera y se les observa angustiados, cansados, preocupados, con una necesidad imperiosa por obtener información respecto a su familiar, recurriendo generalmente a la enfermera y planteándole una serie de interrogantes : ¿Cómo está mi familiar?, ¿Se va a poner bien?, ¿Qué tiene? ¿Se va a morir?, etc. Sin dejar de lado las diversas manifestaciones emocionales como llanto, ira, ansiedad, e incapacidad para hacer frente a la situación. Si a todo ello agregamos que la enfermera con frecuencia descuida al familiar que está sufriendo crisis situacional, por diversos motivos; un número excesivo de horas, recarga con trabajo administrativo, escasos recursos humanos, falta de trabajo en equipo, etc.

Esto origina que la comunicación con los familiares resulte difícil y que dejemos ver claramente nuestra incomodidad, todos estos aspectos influyen en la percepción de los familiares sobre la relación de ayuda que le brinda la enfermera, ya que los familiares sólo permanecen cerca de sus seres queridos al menos 20 minutos durante el día. “Los familiares se encuentran en una situación de crisis con expectativas de ser ayudados, en la que se evidencia que están viviendo una situación de necesidad y de inseguridad, que desean ser comprendidos, antes que confrontados o iluminados para encontrar alternativas a su problema³.”

Teniendo en cuenta que en el paciente crítico la supervivencia está en peligro o puede estarlo de manera prolongada, se precisa un nivel de asistencia especializada y continua, por lo que la enfermera debe establecer constantemente sus prioridades basados en el proceso del Cuidado Enfermero, sin embargo, la vulnerabilidad de la situación de los pacientes y el número de éstos impide que se presten cuidados holísticos en cada uno de

ellos y de sus familiares, que por lo general se encuentran angustiados por no saber cómo está su familiar.

Muchas veces la enfermera muestra un actuar puramente biológico y unilateral, viendo al sujeto de su atención como un “objeto”, al cual se le atiende lo más rápido posible y que ingrese a las estadísticas como un número más, olvidándose que detrás de este “número” hay un ser humano único y total con una familia que espera por él⁴.

Al respecto Mosby refiere: “Es fácil que el paciente se pierda entre tanta máquina y que el profesional de enfermería se fije más en los aparatos y en los números⁵.”

Frente a esta situación se formuló el siguiente problema de investigación ¿Cuál es la percepción del familiar sobre la relación de ayuda de la enfermera en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de EsSalud Julio 2016? Tuvo como objeto de estudio la Percepción del familiar sobre la relación de ayuda de la enfermera en la UCI de un hospital de EsSalud. Chiclayo.

El objetivo general fue determinar la percepción de los familiares sobre la relación de ayuda que le brinda la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de EsSalud. Chiclayo, para concretarlo se trazan los siguientes objetivos específicos:

- Determinar la percepción de los familiares sobre la actitud empática en la relación de ayuda que brinda la enfermera, en la UCI de un hospital de EsSalud.
- Determinar la percepción de los Familiares sobre la aceptación incondicional en la relación de ayuda que brinda la enfermera, en UCI de un hospital de EsSalud.
- Determinar la percepción de los Familiares sobre la autenticidad en la relación de ayuda que brinda la enfermera, en la UCI de un hospital de EsSalud.

Considerando que el ingreso de un paciente en la unidad de cuidados intensivos, supone una barrera física y psicológica en la vida de interrelación con su familia, debido a que el paciente necesita estar conectado a muchos dispositivos de monitoreo, equipos de ventilación mecánica, lo que implica una situación de gravedad ya que está en peligro su vida, además crea una situación de angustia, ansiedad y desesperación en su familia, quienes requieren cuidados, atención e información oportuna.

Por ello se considera importante que el profesional de enfermería como pilar de apoyo emocional al paciente, dentro de la hospitalización en UCI asuma nuevos retos que le imponen la atención al paciente, familia y comunidad. Por lo que debe ofrecer al familiar información sencilla, clara y exacta sobre la evolución de su paciente, actuar con precisión, rapidez y decisión manteniendo la calma, especialmente en casos de emergencia, transmitiendo seguridad y confianza a través de la comunicación como proceso fundamental ya que con ello influye en la calidad de la atención al paciente y familia frente a la crisis situacional que experimentan, por tanto se debe reorientar los servicios sanitarios incorporando la atención de la familia como elemento clave en la atención del paciente⁶.

Así mismo, se debe fomentar una actitud profundamente humana y comprensiva hacia el paciente y su familia, como parte de una atención integral, con calidad y calidez que estos merecen y que toda institución de prestigio debe proporcionar.

En definitiva la presente investigación tiene la finalidad de determinar la percepción del familiar sobre la relación de ayuda de la enfermera en la UCI, lo cual repercute en la calidad del cuidado brindado; ya que la enfermera desempeña un papel importante no sólo en la identificación, valoración y satisfacción de las necesidades fisiológicas de la persona en estado crítico, sino también en la satisfacción de las necesidades emocionales de la familia. Los resultados de esta investigación también nos permitirá proporcionar un marco

de referencia al departamento de enfermería para la formulación y elaboración de estrategias o actividades de capacitación dirigidas al personal de enfermería tendiente a reforzar las áreas críticas y reorientar su labor como agente terapéutico, favoreciendo así la relación enfermera – familia.

Para la facultad de enfermería esta investigación servirá para que se tome mayor importancia a la formación de los estudiantes de enfermería en el pregrado y postgrado, enfatizando en la necesidad de cuidar con empatía, con respeto, al paciente y a su familia. Inculcar en los futuros profesionales la relevancia de la investigación para la disciplina, ya que ésta encausará sus acciones y saberes.

CAPÍTULO I

DISEÑO TEÓRICO

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de la Investigación

Reyes M, et al⁷ (2012), Lima. “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 cual tuvo como objetivo Determinar la percepción de los familiares del paciente crítico sobre el apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la UCI. La metodología empleada fue cuantitativa, descriptiva. La población estuvo conformada por 50 familiares de los pacientes hospitalizados en UCI. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario con 19 ítems, elaborados por los autores. Las conclusiones entre otras fueron que el 64% de los familiares perciben favorablemente el apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la UCI y el 36% lo percibe en forma desfavorable. En el aspecto instrumental, se evidencia que los familiares tienen una percepción de favorable a muy favorable en las dimensiones de información sobre necesidades específicas y complementarias, información en forma clara y sencilla, e información sobre los medios diagnósticos son un 100%, 94%, y 52% respectivamente. Por otro lado el 50% tiene una percepción de desfavorable a muy desfavorable en la dimensión de flexibilidad en la visita a los familiares. La investigadora concluye que la percepción que tienen los familiares del paciente crítico sobre el apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la UCI es favorable.

Franco R⁸. (2003), Lima. “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.” De tipo cuantitativo, método descriptivo. La muestra estuvo conformada por 24 familiares de los pacientes

de la UCI. La técnica fue la entrevista y el instrumento la escala modificada de Likert. Los resultados fueron que el 37.5% refirieron una percepción favorable, 33.3% desfavorable y 29,2% indiferente, por tanto las conclusiones fueron que existe un porcentaje significativo de familiares que percibe la intervención de enfermería durante la crisis situacional como indiferente en las dimensiones de comunicación verbal y apoyo emocional; y prioritariamente desfavorable en las dimensiones de comunicación no verbal. Limitando así la restauración de la homeostasis psico-emocional del familiar.

1.2. Base Teórica Conceptual

Las bases conceptuales de esta investigación se basan en la fundamentación de la percepción, según Morris y Maisto⁹, es definida como “el descifrar patrones significativos en la maraña de información sensorial”. Del mismo modo para Barriga¹⁰, “la percepción supone la interpretación de los estímulos recibidos a través del cual se entra en contacto con el mundo exterior”. Es decir es un acto de naturaleza cognitiva, eminentemente complejo, en la que interviene toda la persona en su totalidad; se percibe no sólo los objetos físicos sino personas e incluso realidades sociales. La percepción de la realidad queda en nosotros estructurada y recibe un significado concreto. Para que se tenga percepción se necesita de un objeto exterior que captar si no se tiene tal objeto se habla de alucinación.

Barriga¹⁰ muestra tres tipos de percepción: la primera es la percepción real o percepción de objeto físico, segundo la percepción personal o percepción de una persona y tercero la percepción social o percepción de grupos o realidades sociales. Asimismo, el autor refiere que existen tres componentes estrechamente asociados que constituyen una realidad única: la percepción. Estos elementos son: Primero es el

proceso sensorial; el cual consiste en el primer contacto con el mundo circundante lo tenemos a partir de las sensaciones; esta constituye la fase inicial en la recepción de la información: las sensaciones son puras abstracciones cuando se las individualiza y como elementos aislados e independientes no existen. Sólo existen integradas dentro de procesos cognitivos más complejos, cual es la percepción. No cabe hablar de hecho sensorial sino del proceso sensorial, pues no recibimos el estímulo sensorial de modo aislado, sino de forma compleja. Así en la experiencia visual recibimos simultáneamente distintas estimulaciones sensoriales: colores, formas, movimientos, etc.

Segundo el proceso simbólico, es decir la percepción implica una estructuración de la realidad, interpreta y organiza la información recibida sensorialmente. El hecho de percibir implica un proceso de simbolización, cada campo así estructurado se asocia a un concepto. El tercer proceso afectivo, en el cual las personas en sus relaciones con el mundo, no pueden desentenderse de su peculiar forma de ser, ni de sus experiencias previas. La percepción es un acto de toda la persona. Asimismo, Barriga¹⁰ considera que en el acto perceptivo influyen simultáneamente los siguientes factores: las características del estímulo y la constitución del receptor.

En cuanto a las características del estímulo hay dos posturas psicológicas: nativista y empírica. Para los nativistas, la percepción debe su propio carácter a las propiedades estructurales y funcionales del organismo de quien percibe. Así los órganos sensoriales junto con sus vías nerviosas reflejan fielmente la realidad. En cambio para los empiristas el aprendizaje es capital en la percepción. Hoy día se considera que en todo proceso perceptivo incluyen tanto elementos innatos como aprendidos. Se necesita que

una capacidad básica del organismo se desarrolle y se ajuste en función del aprendizaje.

Considerando las características del perceptor, ante una situación perceptiva cada uno de nosotros estructuramos el campo perceptivo de acuerdo con unos principios generales y conformidad con su peculiar experiencia. Este campo perceptivo lo comparan a un campo de fuerzas que tiende espontáneamente a tomar determinada estructura o forma. Algunos principios que llevan a esa estructuración espontánea son: Primero de Agrupación, que se produce cuando existe varios estímulos simples tendemos a percibirlos agrupados en formas más complejas. Esta estructuración se atiende a los principios siguientes: De proximidad, semejanza, continuidad y simetría de buena figura. Segundo de Percepción de figura-fondo, en la cual las percepciones suelen organizarse de modo que siempre haya una figura que resalta sobre un fondo. Tanto la figura como el fondo podemos hacerlos reversibles. Tercero de Pregnancia, es la tendencia a completar en la percepción, lo que en realidad permanece inacabado. Cuarto Constancia; en la percepción los objetos o formas tienden a conservar sus características propias, a pesar de las modificaciones de la presentación. Quinto Movimiento aparente; cuando dos estímulos visuales se presentan con un determinado intervalo, los percibimos con cierta vinculación real. Y sexto las ilusiones, son percepciones falsas debidas bien a determinadas características del estímulo, bien a limitaciones de nuestros órganos sensoriales.

Junto a los anteriores principios estructurales existen características propias de cada perceptor: su personalidad, y el influjo de su grupo social.

La percepción se haya influenciada por la totalidad de la persona, sobre todo, cuando las formas tienen poca pregnancia, cuando están poco determinadas, entonces su

estructuración depende de la personalidad de cada sujeto. Finalmente en la percepción cuenta mucho el grupo social en la que se vive, el grupo social y la cultura influyen en la percepción. Los otros miembros del grupo contribuyen a la formación de las normas sociales que rigen el grupo y le permiten tener su propia coherencia.¹⁰

Barriga¹⁰, señala que cuando el objeto de la percepción es una persona, fundamentalmente son válidos los principios antes mencionados. Pero el hecho de que sea una persona percibida por otra persona, introduce particularidades importantes. Además se percibe al otro no sólo como objeto físico, sino como persona. Y se quiere, por consiguiente, penetrar en su interioridad (intenciones, actitudes, motivaciones...) cuando es percibido.

Las siguientes son características especiales del otro como objeto percibido: primero es alguien que también percibe, creándose una percepción simultánea y recíproca, estableciéndose entre ambos (el perceptor y el percibido) una situación de interpercepción que evidentemente modifica la relación perceptiva. Existe, pues, una retroacción por parte del percibido sobre el perceptor. Segundo es alguien que posee motivaciones y actitudes concretas. El saber que el otro es alguien como usted modifica su percepción. Aún más, con facilidad se intenta proyectar en las otras motivaciones y actitudes. Se presentan unas u otras motivaciones y actitudes según resulte simpático o no, según sean los lazos amistosos mantenidos con él. En este sentido se considera que las personas amigas piensan mejor de uno que aquellos a quienes no se conoce.

Tercero es alguien con características personales relativamente estables. Justamente porque se acepta tal estabilidad, se puede adoptar patrones de conducta para ajustarse al otro. Cuando se percibe a otra persona se presupone esta constancia. Pero no se

puede estar seguros de que sea una estabilidad total, la persona varía, cambia en sus actitudes y motivaciones. La relativa incertidumbre de la conducta del otro, mantiene en vilo su relación con él. Es evidente que esta variabilidad dependiente de la relativa estabilidad del objeto percibido, no se da con tal intensidad e importancia en la percepción real. Cuarto es alguien que atribuye al perceptor a su vez, motivaciones, actitudes y disposiciones. La retroacción es, pues, total. Al percibir a una persona, no se puede dejar de ser objetos de percepción. Y, sin duda, el saberlo modifica la percepción. Se quiere saber qué es lo que el otro percibe de uno, que le atribuye, como lo ve¹⁰.

Para conocer el grado de exactitud en la percepción del otro, tomaremos en cuenta la definición de Barriga¹⁰, que define a la percepción como: “El grado de competencia para formular juicios exactos sobre la otra persona depende tanto de las características del perceptor, como de las características del percibido”. En cuanto a las características del otro se destacan las siguientes: primero la nitidez con que se manifiesta, nitidez que le permite sobresalir dentro de un contexto o situación particular. Segundo la frecuencia con que repite los mismos indicios, y tercero la información recibida durante el primer contacto tenido con la persona, dicha información condiciona grandemente nuestra percepción del otro.

El que la percepción poniéndose en situación del perceptor sea más o menos exacta dependerá: primero de la experiencia que se tenga en percibir a otras personas. La experiencia supone un determinado aprendizaje que permite mejorar paulatinamente la competencia perceptiva. Es decir, que no es simplemente la experiencia cuantitativa (años de experiencia) lo que cuenta, sino, sobre todo, la capacidad del perceptor para utilizar dicha experiencia. Segundo de la motivación del perceptor para percibir a

otros. Tercero de la actitud receptiva del perceptor, actitud que le permite estar “a la escucha” del otro y saber interpretar los indicios observados. El buen observador se hace, bien que haya personas que por su peculiar estructuración de personalidad tengan más facilidad que otras para atender, escuchar recibir, etc. Y por último de las vivencias conjuntas que hayan tenido perceptor y percibido.

Las percepciones de otra persona conllevan muchas limitaciones y grandes ambigüedades. Sin embargo, se apoya constantemente en ellas en el comportamiento diario. Se necesita de relaciones, enjuiciar los actos de los demás y sobre todo, actuar en consonancia.

De acuerdo con Cibanal, Arce y Carballal¹¹, “percepción es el acto mediante el cual el espíritu humano toma una conciencia, a través de sus sentidos, de los objetos exteriores o de sus cualidades”. La percepción es pasiva y espontánea. Esta nos hace percibir las cosas en un momento dado y en función de nuestra disposición interna y externa.

Por lo tanto, la percepción es puramente individual, subjetiva, llena de errores o deformaciones, a causa de la relación tan individual que cada individuo mantiene con lo que le rodea.

En definitiva la percepción es una de las maneras en que las personas formulamos juicios sobre la conducta de otro ser, en este caso percibir cómo la enfermera brinda la relación de ayuda, término estudiado por Bermejo³, quien cita a algunos autores: como Carl Rogers quien define a la relación de ayuda como “...aquella relación en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o de ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de estos”. Del mismo modo para Casera es: “ayudar es promover un cambio

constructivo en la mentalidad y en el comportamiento. Entendemos por “mentalidad” el conjunto de las reacciones habituales características de un individuo ante los problemas de la vida”.

Asimismo Jesús Madrid Soriano¹², añade: “La idea fundamental que subyace a todo proceso de relación de ayuda, especialmente dentro de la corriente humanista, es la de facilitar el crecimiento de las capacidades secuestradas de la persona en conflicto. El fundamento que sustenta toda Relación de Ayuda debe ser una visión positiva de las capacidades de la persona para crecer y afrontar positivamente sus conflictos...”

Por todo lo descrito Bermejo resalta que el ayudante, o quien pretenda ayudar al otro, debe tener claro que deformaría su propia función si creyera que debe transmitir directamente al sujeto una serie de nuevas experiencias. Su tarea consiste en estimular, liberar y reorganizar las funciones de aprendizaje y los contenidos de la experiencia, la ayuda sólo puede despertar la actividad del sujeto si este es estimulado de un modo radical para la autoayuda y la autonomía y, de ese modo, puede realizar progresos en esta línea.

Una de las metáforas más elocuentes para representar la relación de ayuda es la que consiste en “caminar juntos”, que expresa el lado arriesgado y la dimensión de confianza, de pacto y de gratuidad. El que acompaña pone al servicio de la persona acompañada los recursos de su experiencia, sin ocultar sus límites; la riqueza de su propia competencia, sin hacer de ella un absoluto. El acompañante y el acompañado escrutan juntos los signos indicadores de la buena dirección, comparten las ansias y las esperanzas.

La condición de aislado propia del sufriente convertida a veces en interpelación, en protesta, en pregunta, en solicitud de ayuda, en suma es una solicitud de una presencia

simbólica. En este sentido, la relación de ayuda es elemento terapéutico y no es otra cosa que el ejercicio de la propia humanidad. El fundamento metodológico de la relación de ayuda es, pues, la reflexión sobre la experiencia, la experiencia ya no es concebida como la aplicación práctica de una verdad teórica, sino como fuente de aprendizaje unida a la reflexión y a la confrontación con la experiencia de otras personas. En tal sentido para Benavent et al¹³, la relación de ayuda es imprescindible para la competencia profesional de enfermería, se podría decir que inherente a los cuidados.

Y es que tal como lo menciona Waldow¹⁴, el cuidado es relacional, o sea, es siempre en función del otro (sea una cosa, objeto, animal, cualquier ser vivo). Y para la Enfermería, el otro es el paciente y su familia, quienes necesitan de cuidado, de su cuidado. Todo lo que circunda a los seres, su contexto, su entorno, es influenciado, y a vez influye en el cuidado, pues los seres están en continua interacción con el medio ambiente, es decir somos relacionales. De allí que pueda afirmar la autora que el cuidado en una manera más amplia, “constituye una forma de vivir, de ser, de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo, o sea, un compromiso con estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, con la preservación de la naturaleza, la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de su espiritualidad.

Esta característica del cuidado de ser relacional, es reafirmada por Peplau¹⁵, quien afirma que el cuidado de la persona, se basa en establecer y mantener una relación como un proceso interpersonal significativo, terapéutico Enfermera - Paciente. Esta teoría sirve de guía al profesional de enfermería, permitiendo brindar una atención

personalizada y de sentido humanitario, de acompañamiento que es una de las características que tanto el cuidado como la relación de ayuda tienen.¹⁶

Bermejo³ considera que las actitudes o componentes fundamentales de la relación de ayuda son la actitud empática, la aceptación incondicional y la autenticidad o congruencia. La persona necesitada de ayuda se encuentra en una dinámica que se sintetiza de la siguiente manera:

Primero está viviendo una situación que le supone una dificultad concreta. Por ejemplo, los padres que tienen a hijo hospitalizado. Momento en el que nadie mejor que la persona afectada por el problema conoce lo que está viviendo, las implicancias y los elementos en juego. Es el protagonista, no el ayudante (la enfermera). Segundo la dificultad, el conflicto que está experimentando, genera sufrimiento. El agente de salud, en este caso la enfermera, es interpelado desde el sufrimiento concreto que le acarrea la situación conflictiva que está viviendo. Tercero el sufrimiento se expresa en diferentes sentimientos: inseguridad, miedo, ansiedad, culpabilidad, confusión.

Cian, citado por Bermejo³, afirma que: “lo que espera la persona en dificultad es un proceso de recorrido inverso.” En primer lugar espera que el ayudante comprenda, ante todo, los sentimientos que está viviendo, que acepte su confusión, su incertidumbre, su miedo, su inquietud. La comprensión de los sentimientos, liberándolos de la espontánea connotación moral de la que a veces van cargados, aceptándolos incondicionalmente es requisito indispensable para que la relación de ayuda no sea vivida como moralizante y, por lo mismo, rechazada.

En segundo lugar, el ayudado espera que el ayudante-asesor participe de alguna manera del sufrimiento que está experimentando, que se ponga en su lugar, con actitud empática, y que vibre con él, así el sufrimiento es menor si se comparte. La actitud

empática llevará a comunicar comprensión para que ésta no se quede con la persona del ayudante, sino que llegue con las habilidades de relación a quien está en situación de necesidad de ayuda. En tercer lugar, quien experimenta necesidad de ayuda espera del ayudante que examine con él las dificultades y que busque el sentido de su problema, sin juzgar: por algo ha decidido compartirlo.

Finalmente, la persona necesitada, espera que se le ayude a buscar pistas vitales para salir de tal situación, para tomar una decisión o para vivir aquello que no tenga visos de solución. “Centrarse en la persona para tener buenos resultados en la relación significa superar la tentación de captar una sola de las dimensiones del hombre. Por eso, el tomar conciencia de las mismas y de cómo estas quedan afectadas por el impacto de una situación crítica como la enfermedad, la pérdida de algo querido, de una persona del propio mundo relacional, la situación de marginación, etc.; puede ayudarnos a hacer un proceso de acompañamiento que sea realmente eficaz”³. Por ello centrarse en la globalidad de la persona supone que la enfermera sea capaz de percibir el impacto único que la enfermedad tiene sobre cada individuo, el modo particular de responder su organismo, la valoración cognitiva que la persona hace de su situación, el efecto sobre las relaciones con los demás, los numerosos y variados sentimientos desencadenados y los valores en juego o el impacto espiritual y religioso que la enfermedad puede tener sobre el enfermo y también sobre su familia.

Actualmente se sabe cómo influye la dimensión emotiva en el sistema inmunitario; como inciden los valores personales en el cuidado de la propia salud y de la de los demás y en el modo de afrontar las crisis; cómo influye el tejido de relaciones sociales en la capacidad de resolver o vivir de manera sana las situaciones de dificultad. Las dimensiones a tener en cuenta son: La dimensión corporal como elemento esencial del

ser persona, que es lenguaje de su interioridad, medio de comunicación con los semejantes. La dimensión intelectual, como capacidad de comprenderse a sí mismo y el mundo en que vivimos, mediante conocimientos, ideas, capacidades de razonamiento, de intuición, de reflexión, etc., que amplían progresivamente el propio horizonte. Hay significados muy ligados a la persona concreta, y otros más comunes y frecuentes, como el significado de pérdida y la consiguiente frustración que se da en toda crisis y que es necesario comprender.

La dimensión emotiva, para comprender al que sufre en general, que experimenta sentimientos confusos, intensos, a causa del dolor físico, psicológico, moral; se requiere de un trabajo previo sobre sí mismo, porque existe la tendencia espontánea a intentar evitar inmediatamente en el otro los sentimientos que tienen una misma connotación negativa. La identificación de los propios sentimientos por parte del ayudante, la aceptación e integración de los mismos, es un trabajo constante que facilita la comprensión del destinatario de la relación de ayuda. Si una situación de crisis es común, pues el modo en que cada persona la vive es distinto, los sentimientos son tan individuales como únicos.

La dimensión social, no hay crisis que no afecte la dimensión relacional. Un sano equilibrio en las relaciones sociales del ayudante le permitirá cultivar sus diferentes dimensiones y desarrollar los distintos roles que sea capaz de ejercer. El ayudante, en este caso la enfermera, tiene distintas funciones, como la simbólica, la consoladora, la orientadora, la de intermediaria; lo que permitirá al ayudado sentirse integrado socialmente, aceptado por alguien, y encontrar un modo de vivir su situación.

Toda persona tiene un conjunto de valores ideales y reales. El mundo de los valores, de la pregunta por el sentido último de las cosas y la referencia de Dios, para el

creyente, constituyen la dimensión espiritual y religiosa. La dimensión religiosa comprende la disposición y vivencia de la persona de sus relaciones con Dios dentro del grupo al que pertenece como creyente y en sintonía con modos concretos de expresar la fe y las relaciones; la dimensión espiritual es más vasta, abarcando el mundo de los valores y de la pregunta por el sentido último de las experiencias.

Se trata de un camino de crecimientos y maduración personal que el ayudante debe hacer para poder acompañar al otro centrándose en su persona y no en su problema, o en el impacto de este en una sola dimensión de su ser. Es, pues, un requisito para ser instrumento de la acción sanadora de atender al hombre entero. Por ello, el objetivo de la consideración global de la persona es ayudar a sostenerla en los momentos de crisis, ayudarla a salir del estado de angustia, a vivir esta en clave de relación, o a superar la culpa, el aislamiento, la alienación, para conducirla a su propia realización en el máximo de potencialidades de cada una de sus dimensiones.

Para Barriga¹⁰ la relación de ayuda posee tres componentes: la actitud empática, aceptación incondicional y autenticidad. Es por ello que para que en un encuentro entre personas, una interacción, sea de ayuda se requiere, una actitud empática, en primer lugar que en él se dé comprensión. Comprensión no sólo como capacidad de captar el significado de la experiencia ajena, sino también como capacidad de devolver este significado a quien lo vive, para que el sienta realmente que está siendo comprendido.

La actitud que permite captar el mundo de referencia de otra persona es la empatía. Por tanto la actitud empática es la disposición de una persona a ponerse en la situación existencial de otra, a comprender su estado emocional, a tomar conciencia íntima de sus sentimientos, a meterse en su experiencia y asumir su situación. Más que

sentir lo mismo que el otro (simpatía), es cuestión de recepción y comprensión de los estados emotivos. Es como un sexto sentido, una forma de penetrar en el corazón del otro, ponerse a sí mismo entre paréntesis momentáneamente.

Sin comunicación no hay verdadera comprensión, porque comprender significa ser capaz de pasearse por el mundo intelectual y afectivo del interlocutor y éste el único capaz de decir si realmente lo comprende o no. Se trata pues, “de una percepción particularmente fina y sensible de las manifestaciones del otro. Además, de un esfuerzo intenso por sintonizar con el otro: ¿Qué significan para él sus manifestaciones?, ¿qué dicen tales manifestaciones sobre su mismidad?, ¿Cuál es su mensaje profundo? Se trata de una percepción sensible empática, sin prejuicios, sin juicios de valor, exacta, del mundo interior del otro”.³

Según Bermejo³, la actitud empática es un proceso que se puede presentar con las siguientes fases: Fase de identificación, en la que el ayudante penetra en el campo del otro, llega a proyectarse en el otro, a identificarse con él, como si se dijese a sí mismo: “verdaderamente, también yo, si fuera él y estuviera en sus circunstancias, sentiría las mismas reacciones, obraría de la misma manera”. Tal identificación, aunque profunda e intensa, es temporal y actitudinal. Fase de incorporación y repercusión, en esta fase el otro se describe, en general, superficialmente, pero relata y revela impulsos secretos; y cuando el otro dice nos repercute internamente. Es la experiencia del “también yo” (incorporación). Esto permite ser dueño del propio mundo emotivo cuando se hace el esfuerzo de captar el ajeno.

Y también la fase de separación, es el momento de retirarse de la implicación en el plano de los sentimientos y de recurrir al método de la razón, interrumpiendo deliberadamente el proceso de introyección y restableciendo la distancia social y

psíquica con serenidad y entereza. No hay empatía si no se da separación. Más bien se producirá simpatía o identificación emocional.

Según Dietrich citado por Bermejo³, la empatía tiene los siguientes beneficios: favorece el dinamismo psíquico y el desarrollo constructivo de la personalidad; intensifica el diálogo crítico con las propias vivencias; alivia al exteriorizar la carga afectiva; favorece la aceptación de sí mismo; despoja de las apariencias y las máscaras. La comprensión que resulta cuando la otra persona se encuentra apesadumbrada, confusa, perturbada, ansiosa, alienada, excluida, así como cuando tiene dudas acerca de su propia valía, o incertidumbres respecto de su identidad, la solidaridad afable y sensible que se produce como resultado de la actitud empática proporciona luz y curación.

La actitud empática es una disposición interior y para que esta se explicita en una relación de manera visible y eficaz ha de traducirse en habilidades de comunicación, y una de ellas es la de escuchar activamente; cualidad que es importante desarrollar en enfermería, porque solo así la enfermera podrá tener acceso a la comprensión de la experiencia de aquel a quien quiere ayudar. Escuchar es un proceso psicológico, que partiendo de la audición, implica otras variables del sujeto: atención, interés, motivación, etc.

Bermejo ³, refiere que R. Carkhuff distingue tres tipos de atención: la atención física, la observación y la escucha. La atención física constituida por diversos elementos: la disposición para encontrar al otro y cuidar los aspectos físicos en la medida de lo posible; el atender contextual, que considera la disposición de las personas y los objetos en el espacio; y el atender personal, hecho de interés por la persona del que se comunica y cuyos mensajes están codificados en gran medida mediante el lenguaje no

verbal: distancia prudente, contacto visual proporcionado, pequeña inclinación hacia el otro, etc. Sin palabras le decimos al otro que nos interesa, que nos centramos en su persona.

Por otra parte, favorecen que el ayudante perciba numerosos elementos de la experiencia del otro mediante la observación. La observación es una de las habilidades que capacitan para ver y entender la conducta no verbal, que puede tener una importancia fundamental para la elaboración de una respuesta de comprensión empática. Por escuchar se entiende la atención plena y no dividida a la persona, en orden a oír todo lo que trata de expresar. Mediante la observación y la escucha cercana, el ayudante no sólo recibe los datos esenciales del problema, sino que demuestra que está vitalmente interesado en ayudarlo. El ayudante está despierto, presente, alerta e interesado. La opción de escuchar es una medida de la disponibilidad al servicio y al beneficio del encuentro.

Escuchar significa mucho más que oír, poner atención para oír, querer comprender, teniendo presente la imposibilidad de penetrar en una secuencia de signos fijos como son las palabras. Escuchar es centrarse en el otro, acoger las expresiones de la vida del otro, leer las páginas del libro de la vida de la persona, que nos las enseña con confianza si nosotros nos situamos ante ella con atención, con respeto y modestia.

Según Brusco citado por Bermejo³: “La escucha es ciertamente una de las formas más eficaces de respeto. Su importancia es subrayada por cualquier escuela psicológica (...), además de por la común reacción de la gente. Piedra angular sobre la que se basan todas las respuestas generadoras de ayuda, la escucha es una de las “caricias positivas” más apreciadas por la gente. En efecto, cuando uno se siente escuchado tiene la cálida percepción de tener valor a los ojos del interlocutor”.

La mirada tiene una especial importancia, que es verdaderamente elocuente. La mirada está en estrecha relación con los sentimientos. Con ella se puede destruir a una persona o se la puede ayudar a construir, se la puede curar dándole serenidad y confortándola con confianza; se puede expresar odio y amor, se puede decir todo y no decir nada.

La escucha activa se manifiesta en muchas ocasiones mediante monosílabos o interjecciones (ah, sí, hum, etc.) que expresa estar presente en el diálogo. Sin interrumpir al otro, sino respetándole y dejándole hablar, respetando incluso el silencio, escuchando también el silencio, que nos puede hablar de la profundidad de cuanto está diciendo el otro, de sus dudas, de sus inseguridades, de su malestar, de su miedo. Respetar el silencio en el diálogo significa escuchar al otro y ponerlo en el centro del interés. Los sentimientos perturbadores tienen más posibilidad de desaparecer si se expresan abiertamente, pero para poderlo hacer nos tenemos que sentir comprendidos y no evaluados, juzgados, criticados, etc.

Cibanal, Arce y Carballal¹¹, mencionan algunos de los efectos de la escucha activa: Los sentimientos perturbadores se desvanecen; Los sentimientos se vuelven cordiales: al aceptar los profesionales que los sentimientos no son malos, estamos ayudando al cliente para que también los acepte sin maldad; Un sentimiento más profundo de atención: ser escuchado y comprendido por otra persona es tan agradable que hace que inevitablemente surjan sentimientos cálidos hacia el escucha. El cliente empieza a sentirse más cerca y más querido por parte del profesional; Los clientes empezarán a escucharle: los clientes escucharán los mensajes de los profesionales si estos escucharon primero.

Así también Los clientes se vuelven más responsables de su tratamiento, esto hará que el cliente, al saberse escuchado, encuentre soluciones a sus problemas; A los

profesionales les proporciona la satisfacción de sentirse agentes de ayuda; La escucha activa comunica a nuestros clientes una serie de actitudes: No voy a resolver tu problema, sin embargo, te voy a ayudar a encontrar tu solución; tengo fe en tu habilidad para resolver el problema; El profesional aprenderá a aceptar fácilmente a los demás: Aprenderá a aceptar los sentimientos de sus clientes sin importarle cuán diferentes puedan ser de lo que se piensa que el cliente debería o no sentir.¹¹

Definir la relación de ayuda como un modo de ser y un modo de relacionarse implica superar el obstáculo, por tantas personas citado, de la falta de tiempo para estar junto al enfermo para algo más que para la atención puramente asistencial. El modo de ser no tiene en cuenta el tiempo. Las actitudes no necesitan largas conversaciones para ser vividas.

La empatía es la capacidad para la experiencia y, por lo tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona y para comunicar aquellas comprensiones.

Otra de las actitudes fundamentales para la relación de ayuda es la aceptación incondicional o consideración positiva de la persona del ayudado, que se traduce en su acogida calurosa con sensibilidad humana y con visión positiva. Según Bermejo³, significa aceptar sin condiciones a la persona que se pretende ayudar, con todo su presente, su pasado y su futuro, con su modo de expresarse y de vivir, sin reservas y sin juicios de valor.

Pues sentirse aceptado es una necesidad experimentada por todos en cualquier relación interpersonal profunda, pero sobre todo por quien tiene la necesidad de ayuda y establece una relación de la que espera la modificación de algo en su propia persona, en su propia vida. Asimismo, presenta la actitud de la aceptación incondicional en

cuatro direcciones para explicar mejor su significado en la relación de ayuda: Ausencia de juicio moralizante sobre la persona del ayudado (respeto), confianza y consideración del ayudado; acogida de toda su persona, particularmente del mundo emotivo; cordialidad en el trato.

La consideración positiva o aceptación incondicional también comprende una acogida del mundo de los sentimientos sólo así será atendida la persona en su globalidad y se la podrá acompañar a hacer con ellos un proceso en la que puedan ser encauzados, integrados, de modo que no sean éstos los que rijan el comportamiento, sino que sea la persona quien desplegando el mundo de sus valores, aproveche la energía que tienen los sentimientos y afronte las dificultades, sean de la índole que sean. Un trabajo de integración de los sentimientos es necesario, pues, para una eficaz relación de ayuda. Uno de los riesgos importantes a los que se ve sometido el ayudante es la experiencia de emociones tan intensas y disgregadoras que, si no son bien controladas y laboradas, pueden dañarle gravemente, tanto personal como profesionalmente.

Así también, Bermejo³ enfatiza que la destreza que regula el manejo y la comunicación de los sentimientos en las relaciones interpersonales es la asertividad, a la que se refiere como un conjunto de habilidades que permitan desenvolverse con soltura en la relación, en especial manejando el propio estado emotivo, acogiendo los sentimientos ajenos y respetando los derechos que el otro tiene a experimentarlos. Por último, el significado de la aceptación incondicional también implica cordialidad, se trata de un afecto que se traduce en términos de bondad, afabilidad. Como la empatía, también la consideración positiva ha de ser traducida al interlocutor de manera verbal y no verbal: mediante el lenguaje del rostro, el tono de voz y otros gestos apropiados.

Finalmente la aplicabilidad de la relación de ayuda al cuidado de enfermería se ve reflejada en la disposición a escucha de la enfermera, la facilidad para comprender la situación que está pasando dicha persona, aspectos filosóficos que enfermería ha intentado establecer en sus cuidados, y a lo cual Marriner y Raile¹⁷, refieren que Rogers: “creía que por medio de la comprensión el paciente llegaría a aceptarse, lo que constituye el primer paso hacia un resultado positivo. El terapeuta, motivado por un gran interés hacia el paciente, le ayuda a clarificar y expresar sentimientos que no tiene muy claros. Juntos el terapeuta y el paciente comprenden el significado de la experiencia del paciente”.

La autenticidad es un proceso de relación que quisiera ser de ayuda, no tendría sentido si no estuviera basado en esta disposición del ayudante, que consiste en la coherencia entre lo que es, piensa y siente, lo que vive y lo que expresa. “Es la capacidad de ser el mismo en la relación, sin máscaras. La autenticidad, genuinidad o congruencia es más que la sinceridad, entendida ésta como la continuidad entre la conciencia de sí y su manifestación exterior. La autenticidad implica un buen conocimiento de sí mismo y una sintonía entre la verdadera vivencia o sentimiento, la conciencia de la misma y su manifestación exterior.”³

La autenticidad resulta de dos factores: por una parte, la posibilidad de que cualquier sentimiento del ayudante emerja en el campo de la conciencia y sea reconocido y aceptado y, por otra, su disposición a comunicar al ayudado los propios sentimientos, con el fin de instaurar una relación auténtica. Es la sintonía entre la experiencia y la simbolización en la conciencia y en la comunicación.

El personal de salud debe reconocer que hay una potencial historia complicada que la familia experimenta cuando uno de sus miembros ingresa en la unidad de cuidados

intensivos, más aun cuando se produce de manera inesperada, los familiares pueden manifestar reacciones muchas veces difíciles de interpretar, emociones que incluyen: culpa, enojo, escepticismo, impotencia, miedo, reproche y represión; hasta pueden parecer torpes, puede ser que ellos no sepan qué preguntar, o qué hacer en medio de una situación para la cual no están preparados o que no esperaban. Por tanto, la primera implicación de la autenticidad en la relación de ayuda es no decir aquello que ni el mismo ayudante se cree o piensa. En este sentido, la socorrida frase “ya verás cómo esto se arregla”, o cuantas van en la misma línea de apoyo-consuelo vacío de esperanzas fundadas, sino sólo utilizadas como recurso para “animar”, serían evitadas por todo ayudante con una actitud auténtica.³ La persona auténtica es capaz de presentar su opinión y sus valores, lo cual va más allá de la simple devolución al ayudado de su experiencia para que tome conciencia de ella.

Kerouac et al.¹⁸, citan a Watson y consideran que “los cuidados enfermeros consisten en un proceso intersubjetivo de humano a humano que requiere un compromiso con el *caring*, en cuanto a ideal moral, y sólidos conocimientos. Lo que coincide con Waldow.¹⁴ cuando afirma que el cuidado es una postura ética y estética frente al mundo, o sea, un compromiso con estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, con la preservación de la naturaleza, la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de su espiritualidad. El objetivo de los cuidados enfermeros es el de ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma, su cuerpo y su espíritu. El cuidado empieza cuando la enfermera entra en el campo fenoménico de otra persona y percibe y siente lo vivido por la otra persona y responde a ello, de forma que le permita exteriorizar los sentimientos o los pensamientos que el otro siempre ha soñado con exteriorizar”.

Según Kerouac ¹⁸, la relación transpersonal de cuidado es una relación humana particular en la que dos personas se respetan y se permiten evolucionar hacia una mejor auto comprensión y una gran armonía. La enfermera promueve en la persona la comprensión de sí mismo y de sus zonas de sufrimiento o de agitación; favorece en la persona la elección, el control y la autodeterminación, y preserva la dignidad humana.

Del mismo modo para Benavent¹³ la enfermera posee conocimientos y habilidades que le permiten tratar a la persona desde una perspectiva holística, se adelanta a la manera de contemplar las necesidades de cuidados de esta persona y la acompaña en sus experiencias de salud, respetando sus valores e incorporándola al proceso de cuidados. Significa estar con la persona; la persona y la enfermera son compañeras en un cuidado individualizado, se complementan en una atmósfera de mutuo respeto. La enfermera, por un lado, promueve las posibilidades de desarrollo del potencial de la persona para su propio beneficio y por otro, como consecuencia de los lazos de relación establecidos, la propia enfermera también se beneficia en el desarrollo de su propio potencial.

Así mismo, refiere que el estudio de las percepciones es importante porque actualmente la atención sanitaria está poniendo énfasis enorme en la satisfacción del cliente y de su familia. Se cree que cuando los clientes tienen la sensación de que los cuidadores están interesados en ellos como personas, los clientes tienen una mejor predisposición a seguir las recomendaciones y los planes terapéuticos.

Para las autoras la percepción de los familiares, es la respuesta expresada por ellos sobre la información y/o forma de comportamiento que adopta la enfermera ante el cuidado de la salud de su paciente en estado crítico la cual será recepcionada a través de la aplicación de una encuesta.

Relación de ayuda, es el acercamiento que realiza la enfermera, como ayudante, con los familiares que se encuentran en situación de dificultad, desarrollando el arte de la comunicación y de actitudes como la comprensión empática, la aceptación incondicional y la autenticidad.

Actitud empática, es la disposición que tiene la enfermera de ponerse en la situación del familiar, de comprender su estado emocional. Es decir, es cuestión de recepción y comprensión de sus estados emotivos.

Aceptación incondicional, o consideración positiva hacia el familiar, significa aceptarlo sin condiciones. Es decir, brindarle una acogida con sensibilidad humana y con visión positiva. Todos experimentamos la necesidad de sentirnos aceptados, más aun cuando de manera inesperada se ve comprometida la vida de un ser querido.

Finalmente la enfermera debe adoptar una postura de escucha para comprender la situación que está pasando el familiar, así mismo debe conseguir su confianza para lograr que el comprenda la situación de salud de su paciente y pueda sobrellevarla.

Autenticidad, es la capacidad de ser uno mismo sin máscaras ni mentiras en la relación de enfermera y familiar, la autenticidad implica un buen conocimiento de sí mismo y una sintonía entre la verdadera vivencia o sentimiento, la conciencia de la misma y su manifestación exterior.

Es decir, la enfermera debe expresar su propia opinión y sus valores, lo cual va más allá de la simple devolución al familiar, de su experiencia para que tome consciencia de ella.

Consideraremos también a Hildegart Peplau¹⁹ con su teoría de las relaciones interpersonales. Esta teoría describe la importancia de la relación enfermera-paciente

como un proceso interpersonal significativo, terapéutico. Analiza cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Para Peplau, en la relación enfermera-paciente se identifican cuatro fases, que tienen como punto de partida la orientación y continúa con la identificación, explotación y resolución.

Orientación: Que corresponde a la etapa en la que el individuo experimenta una necesidad y busca atención profesional. En esta etapa la enfermera ayuda al paciente a reconocer y comprender su problema de salud y determinar sus necesidades de cuidado.

Identificación: Consiste en la identificación del paciente con las personas que le brindan cuidados. Es función de la enfermera favorecer la exploración de las sensaciones y la expresión de los sentimientos relacionados con la percepción del problema para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad, además debe reforzar los mecanismos positivos de su personalidad de tal forma que le proporcione satisfacción.

Explotación: Es en esta fase que el paciente procura obtener el máximo de relación, procurará conseguir los mayores beneficios que sean posibles.

Resolución: Aquí el paciente abandona los viejos objetivos para formularse nuevas metas. Así se tiene que el paciente logra independencia, puede valerse asimismo, entonces se independiza de la identificación con la enfermera.

En su teoría H. Peplau determinó los aspectos cambiantes de la relación enfermera-paciente así tenemos:

Objetivos e intereses totalmente distintos. Son extraños para ambos.

- Juicios individuales sobre el significado del diagnóstico médico, el rol de cada uno en la situación de enfermería.
- Comprensión en parte mutua y en parte individual de la naturaleza del diagnóstico médico.
- Comprensión mutua de la naturaleza del problema, los roles de enfermera y paciente y las necesidades de enfermera y paciente en la solución del problema. Objetivos de salud comunes, compartidos.
- Esfuerzos en conjunto para resolver el problema juntos y de forma productiva.

Entre los principales conceptos y definiciones, la teoría de las relaciones interpersonales describe seis roles de la enfermera: extraño, persona recurso, profesor, líder, sustituto y asesor, que se establecen en correspondencia con las fases de la relación enfermera-paciente.

- Rol del extraño: En mérito a que la enfermera y el paciente no se conocen, este debe ser tratado con respeto y cortesía. No se debe prejuzgar al paciente, sino aceptarlo como es. El paciente se reconoce como capacitado, a menos que la evidencia demuestre lo contrario.
- Rol de la persona recurso: la enfermera ofrece respuestas concretas a las preguntas, sobre todo las referidas a información sanitaria, y explica al paciente el tratamiento. Esta determina el tipo de respuesta apropiada para un aprendizaje constructivo.

- Rol docente: Resulta una combinación de los roles restantes. Se origina del conocimiento del paciente y del desarrollo de la capacidad de utilizar la información.
- Rol de liderazgo: implica un proceso democrático. La enfermera ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y participación activa.
- Rol de sustituto: el paciente asigna a la enfermera un papel de sustituto. La enfermera en el proceso de la interrelación y con una actitud favorable, provoca en el paciente sentimientos similares a los generados en una relación anterior. La enfermera debe ayudar al paciente a reconocer las semejanzas entre ella y la persona recordada, posteriormente ayudará a percibir las diferencias entre su función y la de la persona recordada.
- Rol de asesoramiento: se establecen según el modo en que las enfermeras responden a las peticiones del paciente. Incluye ayudar al paciente a entender lo que le está ocurriendo. Peplau le concede mayor importancia en la enfermería psiquiátrica.

La teoría de las relaciones interpersonales parte de dos postulados fundamentales.¹⁷

- El aprendizaje de cada paciente cuando recibe asistencia de enfermería es sustancialmente diferente según el tipo de persona que sea la enfermera.
- Estimular el desarrollo de la personalidad hacia la madurez es una función de enfermería y de la formación en este campo. Sus profesionales aplican principios y métodos que orientan el proceso hacia la resolución de problemas interpersonales.

Es así que la teoría de Peplau pone énfasis en la relación enfermera-paciente para potenciar un desarrollo interpersonal terapéutico. En esencia, es la relación interpersonal entre el paciente y la enfermera a partir del conocimiento de la propia conducta de la enfermera, que le permite ayudar a los demás a identificar sus problemas.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

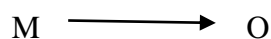
2.1. Tipo de Investigación

La presente investigación fue cuantitativa porque permitió medir estadísticamente la percepción del familiar del paciente hospitalizado en UCI sobre la relación de ayuda de la enfermera. Este tipo de investigación fue concebida como un sistema de variables que se operativizaron para asegurar que los datos que se obtuvieron sean medidos objetivamente, ya que permitieron generalizar los resultados²⁰.

2.2. Diseño de la Investigación

La investigación fue de diseño descriptivo tipo transversal; se buscó identificar la percepción de los familiares de pacientes internados en la UCI sobre la relación de ayuda de las enfermeras en el mes de julio de 2016,

El presente estudio tuvo el siguiente diseño:



M = Es la muestra de estudio conformada por los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI.

O = Percepción del familiar sobre la relación de ayuda.

2.3. Población y Muestra

La población llamada también universo es la totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinada característica, susceptible de ser estudiada.

En el presente trabajo de investigación la población de estudio estuvo constituida por 55 familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de Cuidados intensivos del H.B.A.A.A. en el mes de Julio de 2016.

El promedio mensual de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos fue de 38, donde casi el 70% tiene una estancia hospitalaria superior a 3 días.

Considerando el criterio anterior se decidió tomar una muestra de tipo censal, es decir se abarcó la totalidad de la población por ser finita. En ese sentido se entrevistó a un familiar por paciente, considerando los criterios de inclusión y exclusión que mencionamos a continuación.

De Inclusión:

- Los familiares cuyos pacientes permanecieron hospitalizados en la Unidad de cuidados Intensivos como mínimo 3 días y como máximo 30 días en el mes de Julio de 2016, los mismos que tuvieron una permanencia continua en el servicio.
- Los familiares que aceptaron voluntariamente participar en el estudio después de firmar su consentimiento informado.

De Exclusión:

- Los familiares que visitaron en algunas ocasiones a los pacientes que permanecieron hospitalizados en la Unidad de cuidados intensivos y/o permanezcan hospitalizados por más de 30 días y menos de 3 días.
- Los familiares que tuvieron algún parentesco con el personal que labora en la UCI de esta institución ya que podrían sesgar las respuestas o herir susceptibilidades.

- Los familiares que tuvieron pacientes con hospitalizaciones previas.

2.4. Materiales, Técnica e Instrumentos de Recolección de datos

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el formulario tipo Escala de Likert (Anexo B); que consta de presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos.

Las puntuaciones de las respuestas por cada posibilidad, en caso de ser un enunciado positivo, son como sigue:

- a. Siempre (S).....3
- b. A veces (A).....2
- c. Nunca (N).....1

Y las puntuaciones de las respuestas por cada posibilidad, en caso de ser un enunciado negativo, son como sigue:

- a. Siempre (S).....1
- b. A veces (A).....2
- c. Nunca (N).....3

Para medir la percepción, la variable se categorizará con los siguientes rangos según la puntuación obtenida:

- Favorable: de 71 a 90 puntos
- Medianamente favorable: de 51 a 70 puntos

- Desfavorable: de 30 a 50 puntos

La variable en estudio fue medida en sus tres dimensiones:

A. Actitud empática: Consta de 12 ítems alcanzando una calificación máxima de 36 puntos y una mínima de 12 puntos, y los rangos que se consideraron según la puntuación son:

- Favorable: de 28 a 36 puntos
- Medianamente favorable: de 20 a 27 puntos
- Desfavorable: de 12 a 19 puntos

B. Aceptación Incondicional: Consta de 14 ítems alcanzando una calificación máxima de 42 puntos y una mínima de 14 puntos, y los rangos que se consideraron según la puntuación son:

- Favorable: de 34 a 42 puntos
- Medianamente favorable: de 24 a 33 puntos
- Desfavorable: de 14 a 23 puntos

C. Autenticidad: Consta de 4 ítems alcanzando una calificación máxima de 12 puntos y una mínima de 4 puntos, y los rangos que se consideraron según la puntuación son:

- Favorable: de 10 a 12 puntos
- Medianamente favorable: de 7 a 9 puntos
- Desfavorable: de 4 a 6 puntos

2.5. Técnicas y Métodos de Procesamiento de los datos

El instrumento que se utilizó en el estudio fue el formulario tipo Escala de Likert (cuestionario); el cual fue sometido a validación por juicio de expertos y¹²¹ procesado en la tabla de concordancia y prueba binomial, lo que permitió realizar los ajustes necesarios de acuerdo a sus sugerencias, siendo $P= 0.033$ por lo que la concordancia fue significativa. (Anexo C).

Para determinar la confiabilidad del Instrumento realizó una prueba piloto en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen a 10 familiares con características similares a la población de estudio, lo que permitió determinar la confiabilidad estadística y consistencia interna del instrumento, a los resultados se le aplicó la fórmula estadística α de Crombach. De acuerdo al resultado obtenido al aplicar la prueba estadística el instrumento fue confiable ya que su coeficiente es > 0.790 y al aplicar el coeficiente Kuder – Richard 20 se obtuvo similar resultado. Por lo tanto se evidencio consistencia de los resultados. (Anexo D).

Para la obtención de datos, se solicitaron los permisos institucionales pertinentes al Director del H.B.A.A.A con copia al Jefe de la Oficina de Capacitación Docencia e Investigación.

Posteriormente se coordinó con la Enfermera Jefe de la Unidad de cuidados Intensivos para informarle sobre el estudio de investigación a realizar y solicitar permiso para la aplicación del instrumento a los familiares en el ambiente denominado sala de espera, durante las mañanas y/o tardes. El tiempo mínimo estimado para cada familiar encuestado es de 20 minutos.

A continuación, se seleccionó la muestra teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Previo a la aplicación del instrumento se solicitó a los familiares su consentimiento, debiendo firmar su compromiso de participación en el documento de Consentimiento Informado (Anexo E).

Luego de la recolección de datos se procedió a calificar y analizar los datos como frecuencias según los parámetros establecidos. Para el análisis de la información se creó una base de datos a través de un sistema procesador de encuestas EPI- INFO versión 6.2 y SPSS versión 10.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Los datos fueron ingresados en base Excel por duplicado y luego se estableció una concordancia para establecer errores en la digitación (Anexo F). Los resultados fueron presentados en gráficos y/o tablas para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

2.6. Aspectos Éticos

Durante el desarrollo de la investigación también se consideraron y pusieron en práctica los principios de la ética, porque se recurrió a seres humanos como participantes en el estudio científico, por lo que se garantizó la protección de los derechos de esas personas.

Según el informe Belmont²¹, se consideró los tres principios éticos primordiales sobre los que se basan las normas de conducta ética en la investigación: beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia.

✓ Principio de Beneficencia, cuya máxima es: “Por sobre todas las cosas, no dañar”.

El investigador debe estar preparado para dar por terminada una investigación en cualquier momento si tiene motivos para sospechar que, de continuar, puede

llegar a causar alguna lesión, discapacidad, malestar innecesario a alguno de los participantes. Se evitó infringir daños psicológicos a los sujetos, considerando con sumo cuidado la formulación de las preguntas. En el presente trabajo se evitó situar a las personas en desventaja o exponerlas a situaciones para las que no han sido preparadas; así mismo se les aseguró que su participación o la información que proporcionaron no fue utilizadas contra ellos. Por ello se procuró que el participante establecieran una relación especial con las investigadoras y es básico que la relación no sea explotada para fines distintos de los fijados para la investigación.

- ✓ Principio de respeto a la dignidad humana, constituye el segundo principio ético postulado en el Belmont Report; comprende el derecho a la autodeterminación y al conocimiento irrestricto de la información. Este principio de autodeterminación significa que los participantes tuvieron derecho a decidir voluntariamente su participación en este estudio sin el riesgo de exponerse a represalias o a un trato perjudicial, y para el cumplimiento de este principio los participantes firmaron el consentimiento informado.
- ✓ Principio de Justicia, tercer gran principio tiene que ver con la justicia e incluye el derecho del sujeto a un trato justo y a la privacidad; en otras palabras los participantes tuvieron derecho a un trato justo y equitativo, antes, durante y después de su participación. siempre se tuvo en anonimato su identidad. Se entiende por anonimato la condición en la que ni el mismo investigador puede relacionar a una persona con la información obtenida, en ese sentido se empleó el uso de codificación.

2.7. Criterios de Rigor Científico

Para esta investigación se tuvo en cuenta los principios de rigor científico, planteados por Polit²²:

- **Credibilidad:** La información que se obtuvo se registró en el instrumento a aplicar; de modo que la información y los resultados de la presente investigación son verdaderos y dieron respuesta al problema planteado.
- **Objetividad (Fiabilidad externa):** Referido al grado en que los instrumentos repiten las mismas medidas en las mismas circunstancias. El instrumento que se aplicó a los familiares de los pacientes de la UCI, mostraron resultados coherentes para la realización adecuada y oportuna de la investigación.
- **Fiabilidad interna:** Se refiere a una confidencialidad de la información escrita por los familiares de los pacientes de la UCI, sólo se utilizaron con fines de investigación.
- **Auditabilidad,** se describirá paso a paso el procedimiento de recolección y procesamiento de la información con el propósito que otros investigadores realicen el estudio en escenarios similares.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de recolectar los datos, éstos fueron procesados y presentados en gráficos estadísticos, para su análisis e interpretación considerando el marco teórico. Así tenemos que:

En cuanto a los datos generales del 100% de los familiares, el 58% son mujeres, oscilando el 36% entre los 31 a 40 años. Además, el 58% posee un nivel de instrucción superior.

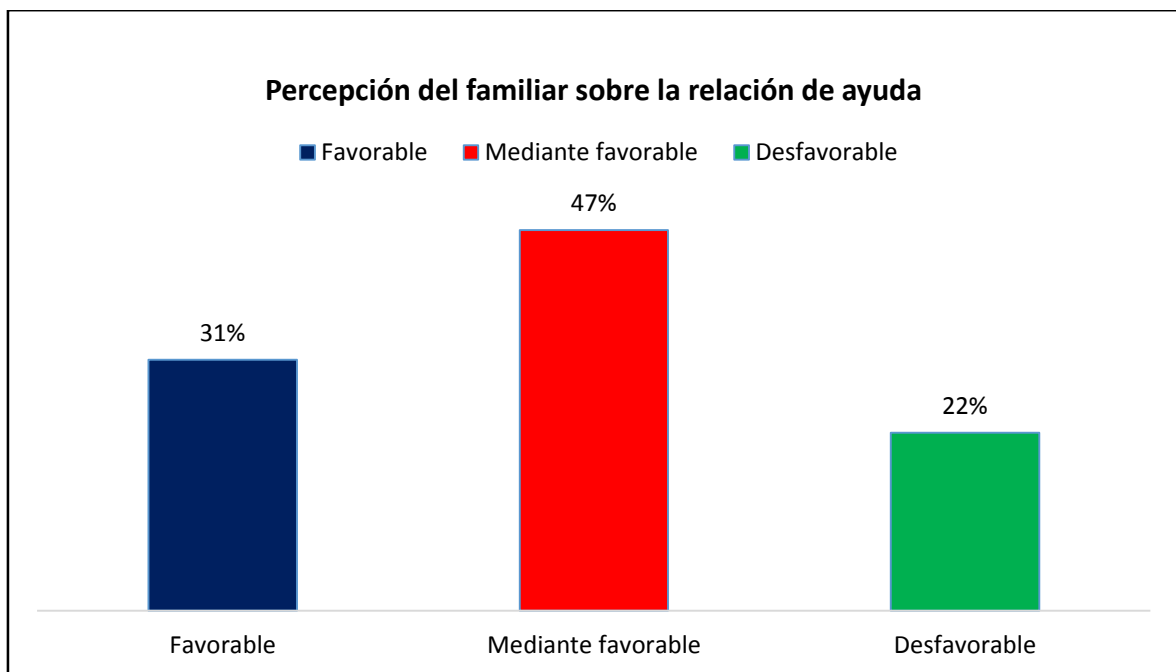


Gráfico N° 01: Percepción del familiar sobre la relación de ayuda de la enfermera en la unidad de cuidados intensivos del HBAAA. Agosto septiembre 2016

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI- HBAAA-2016

A cerca de la percepción del familiar sobre la relación de ayuda de la enfermera en la UCI, el 47% la percibe como medianamente favorable, el 31% favorable y el 22% desfavorable.

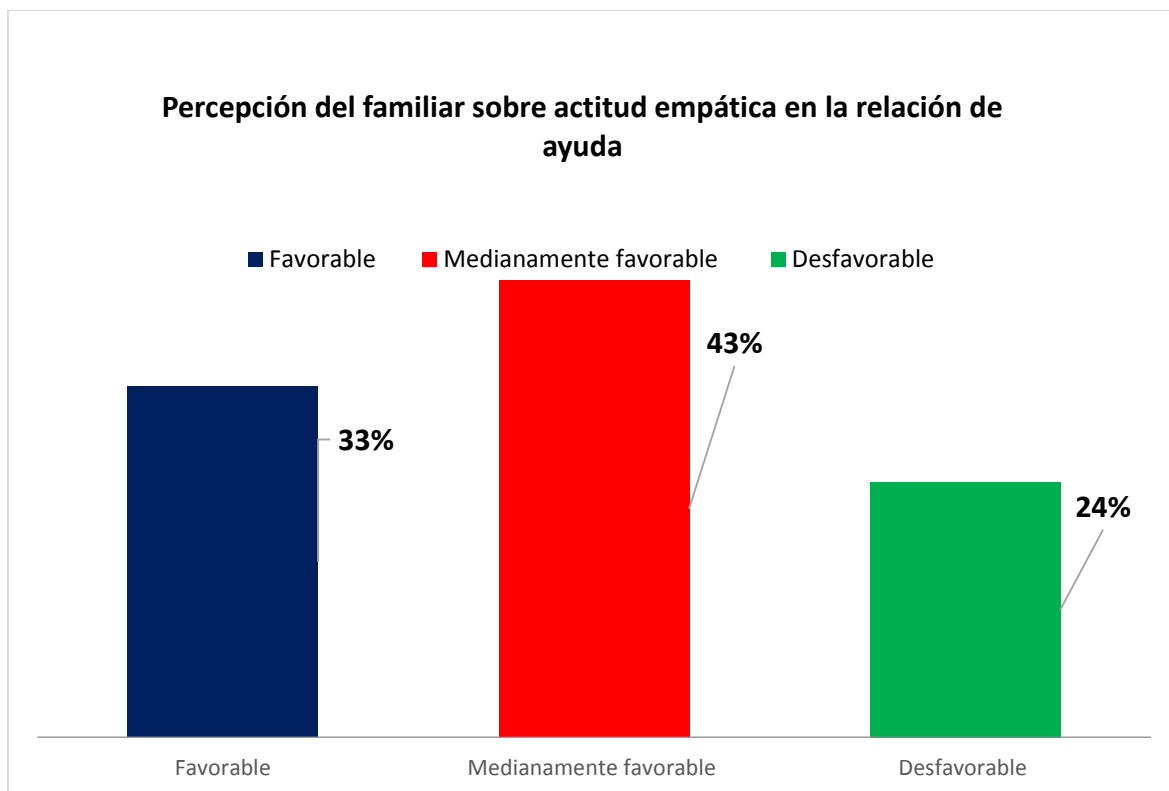


GRAFICO N° 02: Percepción del familiar sobre actitud empática en la relación de ayuda de la enfermera en la unidad de cuidados intensivos. HBAAA. Agosto-Setiembre 2016.

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI- HNAAA-2016

Respecto a la percepción de los familiares en la dimensión de actitud empática el 43% la percibe como medianamente favorable, seguido del 33% como favorable y el 24% desfavorable.

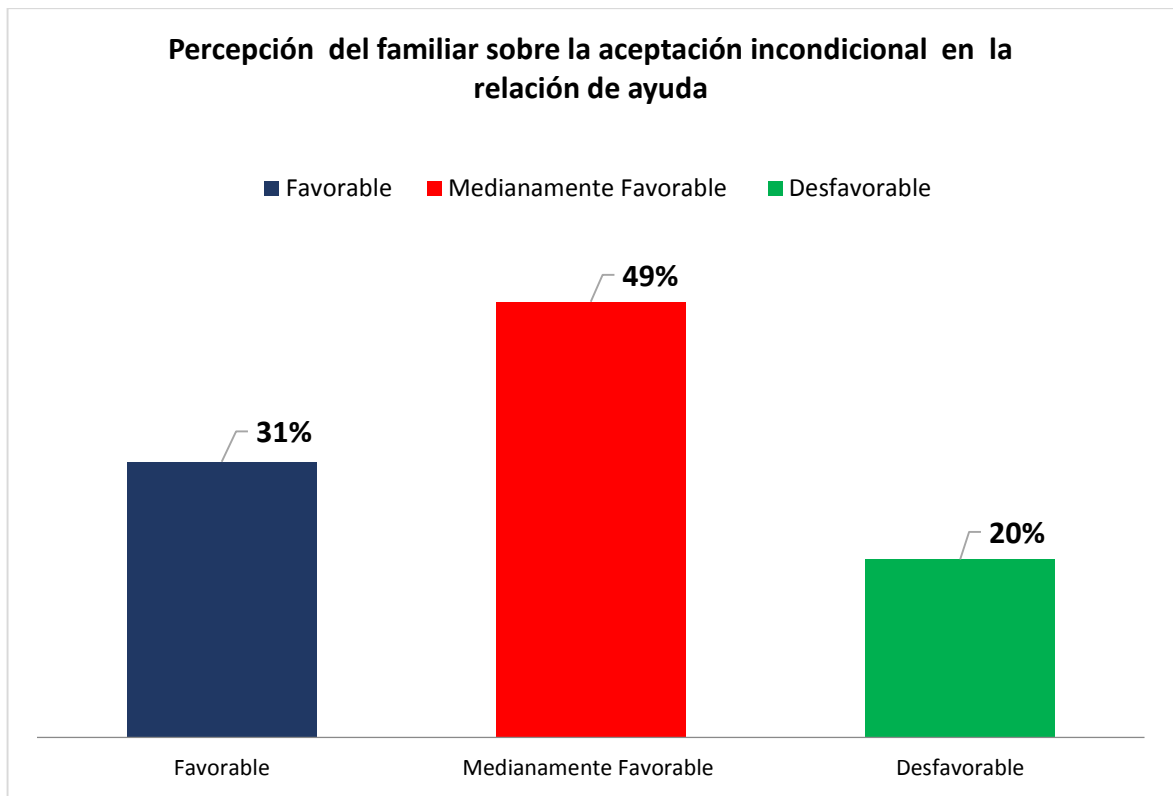


GRAFICO N° 03: Percepción del familiar sobre la aceptación incondicional en la relación de ayuda de la enfermera en la unidad de cuidados intensivos. HBAAA.

Agosto – Setiembre 2016.

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI- BAAA-2016

Acerca de la percepción de los familiares sobre la relación de ayuda en la dimensión aceptación incondicional el 49% lo percibe como medianamente favorable, el 31% favorable y 20% como desfavorable.

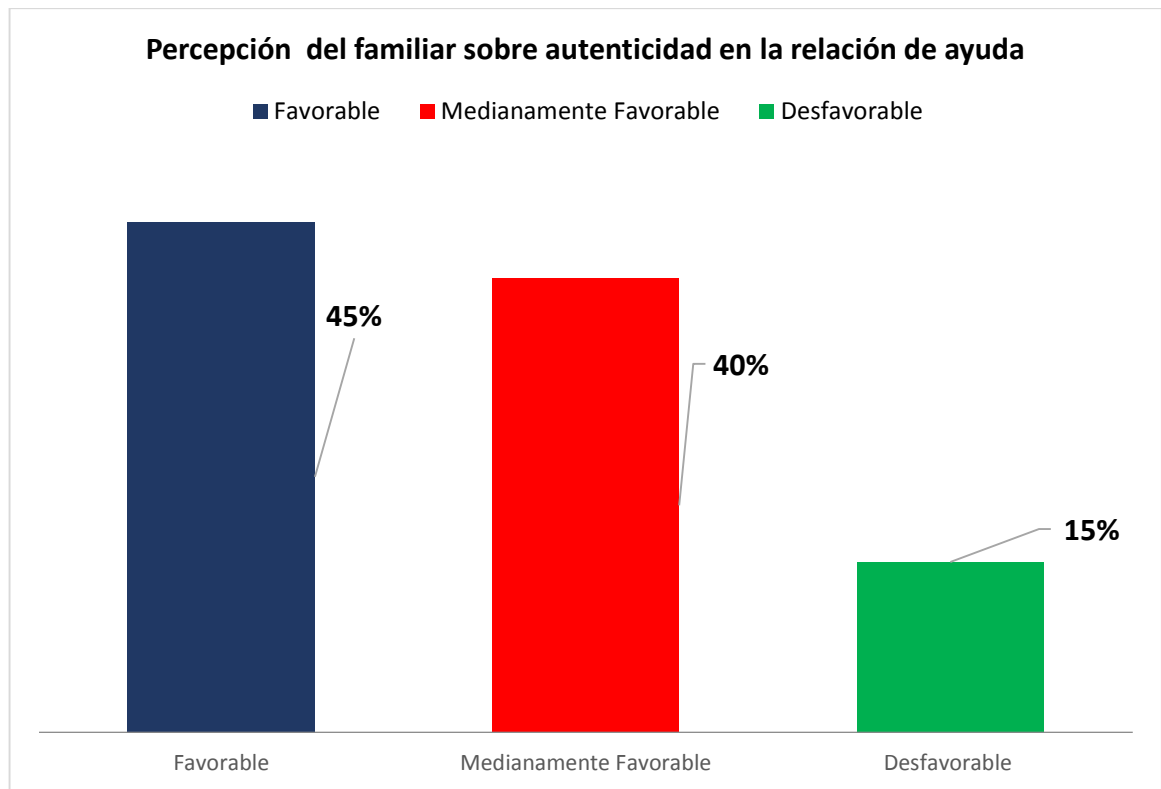


GRAFICO N° 4: Percepción del familiar sobre autenticidad en la relación de ayuda de la enfermera en la unidad de cuidados intensivos. HBAAA. Agosto – Setiembre 2016.

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI- HNAAA-2016

Respecto a la percepción de los familiares en la dimensión de autenticidad el 45% lo percibe como favorable, para el 40% es medianamente favorable y el 15% es desfavorable.

3.1. Discusión

Los enfermeros especialistas en cuidados intensivos deben poseer un perfil definido, que considere una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en situaciones críticas, además de poseer vocación, responsabilidad y un compromiso particular e indelegable con sus pacientes, quienes dependen exclusivamente de los cuidados de enfermería, sólo de esta forma podrán brindar efectivamente una relación de ayuda efectiva, la que será bien valorada por el familiar .

Hay que recordar también que para la familia, la salud de uno de sus integrantes simboliza alegría, celebración y expectativa de progreso; pero cuando se produce una enfermedad grave o un accidente inesperado que pone en peligro la vida del paciente se originan dramas familiares, ya que la naturaleza crítica de este tipo de paciente genera una atmósfera estresante, por tanto la comunicación o relación con los familiares resulta difícil y se suele salir del paso con frases estereotipadas iguales para muchos casos, tal interacción puede ser percibida como negativa o trascendental, es allí cuando se experimenta la necesidad de una competencia específica, el desarrollo de habilidades de la relación de ayuda, que es el tema que aborda la presente investigación.

En el estudio realizado por las investigadoras respecto a las características de la muestra de estudio el 58.2% de los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI, son mujeres adultas jóvenes con un nivel de instrucción superior. Esta característica de la población favorecería el estudio puesto que las mujeres, como la mayoría de las hembras de los mamíferos, poseen aparatos sensoriales más refinados que los hombres. En su papel de procreadoras y protectoras de los bebés, las hembras

han de percibir los cambios de carácter y de actitud en los demás. Lo que comúnmente se denomina «intuición femenina» es la aguda apreciación de los pequeños detalles y cambios en la apariencia o en la conducta de los demás.²³ Sumado a ello el grado de instrucción de superior en las participantes les otorga más elementos de juicio, para emitir su percepción, pues podríamos afirmar que conocen mejor sus derechos y los de sus familiares, entonces su percepción podría valorar adecuadamente la relación de ayuda que el personal de enfermería está brindando.

Ya lo mencionaba Madrid J. respecto a la relación de ayuda, la idea fundamental es la de facilitar el crecimiento de las capacidades secuestradas de la persona en conflicto. El fundamento que sustenta toda relación de ayuda debe ser una visión positiva de las capacidades de la persona para crecer y afrontar positivamente sus conflictos¹². Y así lo perciben el 47.2% de familiares sujetos de estudio de la investigación, considerando que la relación de ayuda que les otorga es medianamente favorable y el 31% lo considera favorable.

Resultados que pueden ser considerados como muy buenos indicadores de cuidado en la relación de ayuda, considerando que la UCI es una unidad destinada al manejo de pacientes en estado crítico, que requieren para su cuidado de monitoreo invasivo, ventilación mecánica, vigilancia y manejo de enfermería permanente, además de cuidados médicos; sin embargo, la enfermera procura un cuidado integral que incluye a la familia proporcionándoles asistencia a través de la relación de ayuda, resultados que contrastan con los encontrados por Campo M y Cotrina M quienes concluyen en su estudio cualitativo que las enfermeras adquieren un papel relevante en la atención a familiares en áreas críticas, pero no se sienten capacitadas en la parte correspondiente al cuidado de las emociones por no poseer mecanismos ni destrezas para proporcionar

apoyo humano al familiar²⁴, quizás entonces no cuenten con competencias para la relación de ayuda, lo que al parecer si ocurre con las enfermeras de la institución donde se ha desarrollado la investigación. Ya Vivas T, refería: amerita un espacio de reflexión para las enfermeras analizar el cuidado que se brinda a los familiares de los pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos en el aspecto psicosocial.” Lo que podría significar una limitación por parte de la enfermera para adoptar una actitud cálida, de respeto, comprensión y empatía, limitación que no permitiría o ayudaría al familiar a superar a cabalidad el estrés de la situación vivida por la hospitalización de su paciente²⁵.

Quizás a esto se deba la percepción de desfavorable de 22% en el estudio desarrollado, el cual de acuerdo a los resultados obtenidos se debe a que en ocasiones, la enfermera ignora los sentimientos que el familiar está experimentando, responde con frases estereotipadas, no se preocupa por conocer sobre la familia del paciente, no se da tiempo para acercarse a ellos cogiéndole su mano u hombro cuando necesitan apoyo emocional, además no se preocupa en informarles a los familiares lo que acontece con su paciente. Lo que indicaría que a pesar de que la enfermera de esta unidad despliega algunas capacidades para la relación de ayuda sería indispensable continuar su preparación, dadas las características del servicio y las necesidades del paciente y la familia.

La relación de ayuda comprende según Bermejo³ los siguientes componentes: la actitud empática, la aceptación incondicional y la autenticidad.

De acuerdo a los objetivos específicos planteados respecto a Determinar la percepción de los familiares sobre la actitud empática en la relación de ayuda que brinda la enfermera, en la UCI de un hospital de EsSalud, el 43% de los participantes lo

perciben como medianamente favorable y el 33% como favorable, al respecto la actitud empática implica captar el significado de la experiencia ajena, y tener la capacidad de devolver este significado a quien lo vive, para que él sienta realmente que está siendo comprendido.

Para la práctica de la actitud empática es necesario comenzar por identificarnos con la persona, con sus sentimientos y emociones, a través de la comunicación. Desde el primer momento de la relación empática, el centro es el paciente, no el ayudante. Así, podremos comprender y percibir los significados que él da a las cosas y sus verdaderas necesidades para dar unos cuidados necesarios.²⁶ Rogers afirmaba en torno este componente que un alto grado de empatía en una relación es posiblemente el más potente y sin duda uno de los factores más importantes en lograr el cambio y el aprendizaje,²⁷ por lo que se contaría con un arma poderosa para trabajar con la familia y el paciente, siempre y cuando se sepa emplear, lo que podría ser motivo de otra investigación.²⁸

Al parecer esta es una habilidad practicada por las enfermeras de la unidad, sin embargo, un 24% de los participantes percibe esta habilidad como desfavorable, al respecto la empatía es una competencia humana que puede modificarse, que puede ser enseñada efectivamente y ponerse en escena durante los encuentros con el paciente. Existen investigaciones que han reportado resultados efectivos en programas dirigidos a mejorar esta habilidad, los estudios que involucraron profesionales de la salud mostraron efectos significativamente mayores que los realizados con jóvenes o adultos, lo que resulta alentador pues entonces es posible mejorar y potenciar esta habilidad en el personal de enfermería.²⁷

Respecto al segundo objetivo específico determinar la percepción de los Familiares sobre la aceptación incondicional en la relación de ayuda que brinda la enfermera, en UCI de un hospital de EsSalud, tenemos que 49% percibe la práctica de este componente como medianamente favorable y 31% favorable, la práctica de esta habilidad significa aceptar sin condiciones a la persona que se pretende ayudar, con todo su presente, su pasado y su futuro, con su modo de expresarse y de vivir, sin reservas y sin juicios de valor³ traducida al interlocutor (los familiares) de manera verbal y no verbal: mediante el lenguaje del rostro, el tono de voz y otros gestos que también implican cordialidad y suspensión de todos aquellos sentimientos, actitudes y juicios nocivos.⁵ Sin esta acogida incondicional, el hombre no se comunicará, no confiará en el ayudante para sacar afuera lo más profundo de su ser. Esta acogida incondicional se traduce en escucha activa.²⁶

Hay que considerar sí que a pesar de haber considerado esta habilidad en segundo orden es la primera de las habilidades para poner en práctica la relación de ayuda, pues a través de ella demostramos interés y acogida a la persona para entablar confianza con ella, podríamos decir que es la puerta de entrada para la relación de ayuda.

No podemos dejar de considerar que un 20% de los participantes percibe como desfavorable la práctica de la acogida incondicional, esto por manifestaciones de la enfermera como: la falta de una sonrisa, el coger la mano, hombro del familiar, abrazarle cuando el familiar experimenta necesidad de apoyo emocional, ignorar la presencia del familiar cuando ingresa a la unidad. Al respecto Franco, R (2003), reporta en su investigación que existe un porcentaje significativo de familiares que percibe la intervención de enfermería durante la crisis situacional como indiferente en las dimensiones de comunicación verbal y apoyo emocional; y prioritariamente

desfavorable en las dimensiones de comunicación no verbal. Limitando así la restauración de la homeostasis psico- emocional del familiar⁸. Lo que influenciaría en el establecimiento de la aceptación incondicional al familiar por parte del profesional de enfermería de allí que deba mejorar estos aspectos entre otros para brindar una relación de ayuda efectiva y enriquecedora, pues sentirse aceptado es una necesidad experimentada por todos en cualquier relación interpersonal profunda, pero sobre todo por quien tiene la necesidad de ayuda y establece una relación de la que espera la modificación de algo en su propia persona, o en su vida.

Velásquez, L (2006), en su estudio sobre “la percepción de los familiares acerca de la calidad de atención de la enfermera reporta que dicha percepción fue en términos generales favorable, lo cual se relaciona al trato individualizado, un tono de voz adecuado y una atención oportuna.” Por lo que es posible deducir que si es posible establecer una relación de ayuda potenciadora de actitudes que favorezcan la interrelación humana²⁹. En el estudio realizado son bien valorados por las participantes : que la enfermera identifique al familiar y a su paciente por su nombre y apellido, que lo acoja de manera espontánea y amable sonriendo al hablar con él, saludar amablemente, utilizar un lenguaje comprensible, hablándole claro y pausado, además su tono de voz les transmite confianza, seguridad y amabilidad. Teniendo en cuenta esta información se considera que los familiares se sienten acogidos por las enfermeras, es decir aceptados sin condiciones de lo que podemos deducir existe un ambiente de confianza y consideración, particularmente del mundo emotivo que involucra la hospitalización de un paciente, el trato cordial y de respeto por encima de sus comportamientos.

En relación al tercer objetivo específico: Determinar la percepción de los Familiares sobre la autenticidad en la relación de ayuda que brinda la enfermera, en la UCI de un hospital de EsSalud, centrémonos en la definición de autenticidad: es la capacidad del ser humano de ser él mismo en la relación, sin máscaras.²⁶ Esta condición es difícil de cumplir ya que implica dos elementos: que la enfermera esté abierta a sus sentimientos y experiencias pudiendo simbolizarlos, y que esté dispuesta a comunicar esos sentimientos cuando sea necesario, con vistas a que la relación terapéutica sea auténtica y real; atendiendo la solicitud del paciente y/o familia de una presencia simbólica, de la enfermera, tal solicitud convertida a veces en interpelación, en protesta, en pregunta.³⁰

Respecto a los resultados en la investigación es el componente mejor percibido para el 45% de participantes como favorable y para el 40% como medianamente favorable, sólo el 15% lo percibe como desfavorable. Cabe resaltar que la autenticidad implica la necesidad de libertad interior de ambas partes para comunicar, incluso cuando se da la confrontación de ideas entre ambos.²⁶ La enfermera no debe perder de vista que la confrontación será favorable siempre y cuando el paciente sea el centro de la misma ya que se convierte en una oportunidad de crecimiento y la contradicción es vista una oportunidad para emplear los recursos de la persona. El resultado es la toma de conciencia por parte del ayudado.³¹

Hay que considerar además que un requisito indispensable para la autenticidad es: la confidencialidad. Vista como una forma de proteger al paciente dada su vulnerabilidad frente a su apertura en la comunicación. En síntesis, el ayudado se fía, confía en el ayudante, reconoce su autoridad tanto profesional como moral.²⁶ Esto nos exige una preparación no sólo técnico-científica de tipo instrumental, sino también humana,

entendida esta última como la actitud de la profesional dirigida al sujeto que requiere ayuda para su desarrollo y bienestar como persona.

Al parecer estas características de la autenticidad son percibidas como positivas en los familiares sujetos de estudio de la presente investigación, sin embargo sería importante que la enfermera siempre responda con buena disposición a las preguntas que el familiar le haga sobre el cuidado de su paciente, que no postergue el momento para responder a las preguntas de los familiares sobre la evolución de su paciente disculpándose, pues esto dificulta el establecimiento de una comunicación sincera y limita la autorrevelación, es decir de la auto manifestación de las ideas, motivaciones, conocimientos, sentimientos, valores, etc. Y son algunas de las manifestaciones que reconocen las participantes no son favorables en la relación de ayuda que se establece entre ellas y la enfermera.

Cabe recordar que Peplau describe el cuidado de enfermería como un proceso interpersonal terapéutico, es decir afirma a la relación de ayuda como una herramienta que debe formar parte de las competencias del profesional de enfermería que exige de esta la práctica de empatía, el desarrollo de confianza, confidencialidad, reconociendo la comunicación como un ingrediente básico para la interrelación con el fin de garantizar una interrelación enfermera – paciente de calidad. ³¹Sin embargo, para lograrlo deberá tomar la riqueza de su propia experiencia sin hacer de ella un absoluto, pero sí procurando tomar de cada experiencia vivida una lección que le permite crecer cada día y emplear la relación de ayuda como bálsamo para el familiar y el paciente, sobre todo en escenarios de cuidado crítico.

La ayuda proporcionada aliviará la carga a los familiares y cumplirá también con brindar a la familia del paciente integrante del entorno próximo de sus sujetos de cuidados.

Finalmente, esta investigación hace un llamado al rescate de la comunicación verbal y no verbal pues en este tiempo el desarrollo de la tecnología que si bien es cierto ha significado progreso para la mejora y mantenimiento de la salud de los pacientes, también representa una barrera en el proceso de las relaciones interpersonales que deben existir en procesos como el nacer, vivir y morir

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

- La percepción de los familiares sobre la relación de ayuda que brinda la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos, es medianamente favorable, esto favorecido por el tacto terapéutico que emplea para con el familiar, emplear un lenguaje adecuado para comunicarse con el familiar, hace falta sin embargo pueda mejorar aspectos como: ignorar los sentimientos que el familiar está experimentando, ser tolerante cuando el familiar le hace observaciones sobre el mejor cuidado para su paciente y responder siempre con buena disposición a las preguntas que se le hacen.
- Respecto a la percepción de los padres sobre la relación de ayuda en la dimensión actitud empática en la Unidad de Cuidados Intensivos, esta es medianamente favorable, pues la enfermera se da tiempo para escuchar al familiar sin interrumpirlo demostrando interés con su mirada, además no es indiferente al contacto físico entre el familiar y su paciente ya que lo invita a tocarlo y acariciarlo.
- Acerca de la percepción del familiar sobre la relación de ayuda en la dimensión aceptación incondicional en la Unidad de Cuidados Intensivos, la mayoría de esta resulta medianamente favorable pues el familiar percibe como indicadores que la enfermera acoge al familiar de manera espontánea y amable sonriendo al hablar con él, así mismo su tono de voz siempre le transmite al familiar confianza, seguridad y amabilidad.
- En cuanto a la percepción de los familiares sobre la relación de ayuda en la dimensión autenticidad en la Unidad de Cuidados Intensivos, resulta la dimensión mejor percibida esto gracias a la práctica de ciertos indicadores como por ejemplo que la enfermera responde con buena disposición a las preguntas que el familiar le hace, en algunas

ocasiones posterga el momento para responder a las preguntas de los familiares disculpándose.

- Resulta importante en un servicio con las características de UCI formar y preparar continuamente a los profesionales en habilidades de relación de ayuda para garantizar un cuidado humano y de calidad y al mismo tiempo satisfacción para el profesional con su cuidado.

CAPÍTULO V

RECOMENDACIONES

CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES

- Para las instituciones de salud: Que se propicien las mejores condiciones laborales de tal forma que los profesionales de salud especialmente las enfermeras puedan dedicar buena parte de su cuidado a relacionarse efectivamente poniendo en práctica la relación de ayuda. Puesto que las cargas de trabajo excesivo y la preocupación por el desarrollo de procedimientos técnicos desplazan el reconocimiento del lugar que deben ocupar las relaciones interpersonales efectivas.
- A las instituciones de formación superior: Poner énfasis en la formación de los profesionales no sólo en el ámbito de la técnica sino y sobre todo para enfermería en el desarrollo de habilidades de interacción humana de calidad. Además, esta formación debe considerarse siempre inacabada para que se continúe en las instituciones de salud como parte de la capacitación del personal.
- A las autoridades de las instituciones de salud: Procurar la capacitación del personal para el adiestramiento de habilidades de relación de ayuda y aumentar así la competencia relacional, favoreciendo una actitud crítica y reflexiva frente a la interacción que establece con el paciente y su entorno familiar.
- Las investigaciones en la temática son escasas por lo que se recomienda la realización de investigaciones cualitativas y cuantitativas que profundicen y exploren mejor este fenómeno de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PÉREZ, J. “Cuidados Intensivos en el Adulto” 4^{ta} Edición. Edt. Interamericana-Mc-Graw-Hill. Universidad Autónoma de Madrid.1993.
2. MACHADO, E, Spiri, C. Dimensión Personal de Trabajo del proceso para las Enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos. Brasil. 2007.
3. BERMEJO, J. Apuntes de relación de ayuda. 9na ed. San Pablo. España.1998.
4. BERMEJO, J. Humanizar la salud. San Pablo. España. 1997..
5. GAUNTLETT, P. “Tratado de Enfermería.” Mosby 1^{ra} Edición Edit. Madrid-España.1995
6. TRIVIÑO, F. TORRES, M. Satisfacción de expectativas de Familiares con el cuidado de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos de una clínica privada de Cali.2007. Cuaderno de Investigaciones Fundación Universitaria del Área Andina No. 2 Vol. 2 - 76 p.
7. REYES, M. COLONIA, K. REYES R. Percepción de los familiares del paciente critico acerca del apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima. 2012.
8. FRANCO, R. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M. Lima-Perú. 2003.
9. MORRIS Y MAISTO. Psicología. 12ma ed. Pearson Educación. México. 2005. p. 125

10. BARRIGA, S. Psicología General. 4ta ed. Biblioteca Básica de Psicología. Ceac. España. 2000. p. 96
11. CIBANAL, J. ARCE, S y CARBALLAL, B. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. El servier . España. 2003. p. 26
12. MADRID, J. Los procesos de la relación de ayuda. Edt. Desclef De Brouwer. 2004.
13. BENAVENT et al. *Fundamentos de enfermería*. DAE. España.2003. p. 96.
14. VERA W. Cuidado humano: LA VULNERABILIDAD DEL SER ENFERMO Y SU DIMENSIÓN DE TRASCENDENCIA. INDEX DE ENFERMERÍA/CUARTO TRIMESTRE 2014, VOL. 23, N. 4. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/pdf/9478.pdfNnnn>
15. MASTRAPA Y, GIBERT M. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]. 2016 [citado 2019 Feb 10];32(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>
16. MUÑOZ A, MORALES I, BERMEJO C, GALÁN JM. La Relación de ayuda en Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2014 Dic [citado 2019 Feb 11] ; 23(4): 229-233. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300008>.
17. MARRINER Y RAILE. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ta ed. Ed. Mosby, inc. España. 2006. 4. Marriner A, Alligood MR, Modelos y Teorías en Enfermería.LaHabana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.

18. KEROUAC S. Pensamiento enfermero. Ed. Masson, S.A. España. 1996.
19. ALLIGOOD M. Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier; 2015.
20. CANALES. Metodología De La Investigación. Ed. LIMUSA. México.2004.
21. HERNANDEZ –SAMPIERI, R & Collado CF & Lucio BP. Metodología de la Investigación. 5^{ta} ed. México: Mc Graw-Hill; 2010.
22. POLIT D.H & Hungler BP. Investigación Científica en ciencias de la salud. 6ta. Ed. Madrid. Mc Grawhill Interamericana, 2000.
23. TERAPIA ONLINE. Diferencias hombre-mujer. Las diferencias en la percepción sensorial y sus consecuencias comportamentales. Acceso el 12 de enero de 2019. Disponible en: <https://terapiaonline.co/2010/09/09/diferencias-hombre-mujer-las-diferencias-en-la-percepcion-sensorial-y-sus-consecuencias-comportamentales/>
24. CAMPO M, COTRINA M. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. Enfermería Global N° 24 Octubre 2011. Acceso el 18 de enero de 2019. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/docencia3.pdf>
25. VIVAS, T. Percepción de los padres de niños hospitalizados acerca del cuidado de enfermería en la satisfacción de sus necesidades psicosociales en la UCI del HNCH. [Tesis de Especialidad.] Perú. 2003.
26. MUÑOZ A, MORALES I, BERMEJO C, GALÁN JM. La Relación de ayuda en Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2014 Dic [citado 2019 Feb 13] ; 23(4): 229-233. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300008>.

27. TRIANA M. La empatía en la relación enfermera-paciente. *av.enferm.* [Internet]. 2017 Aug [cited 2019 Feb 12]; 35(2): 121-122. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002017000200121&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.66941>.
28. Según Reyes, M, et al. (2012
29. VELAZQUES, L. Percepción de los familiares acerca de la calidad de atención de la enfermera en la UCI-Clínica Tezza. [Tesis de Especialidad de Enfermera Intensivista.]Perú. 2006.
30. ESTEFO S, PARAVIC T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2010 Dic [citado 2019 Feb 15]; 16(3): 33-39. Disponible en:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300005>.
31. GUEVARA L. Calidad de la interrelación enfermera - paciente según la teoría de Peplau en los servicios de cirugía del hospital nacional dos de mayo – 2004. [Tesis en Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014. Citado el 20/08/2018. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1015>

ANEXOS

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
Percepción de los familiares sobre la relación de ayuda que brinda la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos.	Es un acto de naturaleza cognitiva que le permite a la persona organizar en forma clara y significativa en el interior de sí mismo, todo aquello que obtiene del mundo exterior, es decir lo que los familiares obtienen como resultado de su encuentro relacional-auxiliante con la enfermera ante una situación de crisis, en los componentes de empatía, aceptación incondicional y autenticidad.	Actitud empática	Confiable Escucha activamente Comprensible	Es la apreciación que tienen los familiares acerca de la ayuda que brinda la enfermera, en la interacción que establecen con ella basándose en el arte de la comunicación y de actitudes como la comprensión empática en la situación de dificultad que supone la hospitalización de un ser querido; tal percepción será medida a través de la escala modificada de Likert.	Favorable
		Aceptación incondicional	Cálida respetuosa Calmada en su tono de voz		Medianamente favorable
		Autenticidad	Presente y con disponibilidad		Desfavorable

ANEXO B

INSTRUMENTO - ENCUESTA

I. PRESENTACION

Buenos días señor, soy la Enfermera Celeste Ruiz, estudiante de la Segunda especialidad, Atención de Enfermería al Paciente Crítico de la UNPRG. La presente encuesta está dirigida a los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del HBAAA, con el objetivo de obtener información relacionada a la percepción sobre la relación de ayuda que le brinda la enfermera. Los resultados de la presente encuesta son de utilidad exclusiva para la investigación que lleva por título: “PERCEPCION DEL FAMILIAR SOBRE LA RELACION DE AYUDA DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE ESSALUD. JULIO 2016”. Es de carácter anónimo y confidencial, por lo que le solicito contar con sinceridad y veracidad en el desarrollo de la encuesta.

II. INSTRUCCIONES

Lea atentamente los enunciados que a continuación se le presentan, marque con un aspa (x) la opción que considere correcta y responda según lo solicitado:

2.1 DATOS GENERALES:

- a. Sexo: varón () mujer ()
- b. Edad:
- c. Grado de instrucción:.....
- d. Tiempo de hospitalización de su familiar:.....
- e. Hospitalizaciones previas de otros familiares : SI () NO ()

2.2 A continuación se le presenta una tabla con 3 posibilidades, donde usted marcará con un aspa (X) en el cuadrante según corresponda a cada enunciado.

Las posibilidades son:

- | | | |
|----------------|-----|--------------------------------|
| Siempre | (S) | Cuando ocurre todas las veces |
| A veces | (A) | Cuando ocurre de vez en cuando |
| Nunca | (N) | Cuando no ocurre |

Por ejemplo:

ITEM	S	A	N
La enfermera le explica anticipadamente los procedimientos a los que será sometido su familiar.		x	

ESCALA DE PERCEPCION

ITEMS	S	A	N
DIMENSION: ACTITUD EMPATICA			
1. La enfermera es indiferente al contacto físico entre Ud y su paciente.			
2. La enfermera se preocupa por conocer sobre su familia.			
3. La enfermera lo invita y le deja tocar o acariciar a su paciente.			
4. La enfermera, cuando Ud. Le expresa sus preocupaciones o problemas, le sugiere alternativas de solución.			
5. La enfermera demuestra interés con su mirada cuando Ud. le habla.			
6. La enfermera evita su mirada cuando Ud. le habla			
7. La enfermera le responde sólo con frases rutinarias (por ejemplo: “no se preocupe todo va a salir bien”)			
8. La enfermera le ayuda a expresar los sentimientos que Ud. experimenta ante la salud de su paciente.			
9. La enfermera evita acercarse cuando Ud. realmente necesita apoyo emocional.			
10. La enfermera, cuando usted le habla se da un tiempo para escucharlo, sin interrumpirlo			
11. La enfermera ignora los sentimientos que Ud. está experimentando.			
12. La enfermera lo interrumpe y no lo escucha cuando Ud. intenta hablarle.			
ITEMS	S	A	N
DIMENSION: ACEPTACION INCONDICIONAL			
13. La enfermera le acoge espontánea y amablemente.			

14. La enfermera sonríe al hablar con Ud.			
15. La enfermera se mantiene callada cuando Ud. se acerca a su paciente.			
16. La enfermera se muestra muy seria cuando habla con Ud.			
17. La enfermera se acerca a Ud. cogiéndole su mano, su hombro o le abraza, cuando Ud. necesita apoyo emocional.			
18. La enfermera lo identifica a Ud. y a su paciente por su nombre o apellido.			
19. La enfermera ignora su presencia cuando Ud. ingresa a la unidad.			
20. La enfermera es tolerante cuando Ud. le hace observaciones sobre el mejor cuidado a su paciente.			
21. La enfermera difícilmente lo identifica o recuerda su nombre			
22. La enfermera lo saluda amablemente cuando Ud. ingresa a la unidad.			
23. La enfermera le habla a usted clara y pausadamente			
24. La enfermera utiliza un lenguaje comprensible cuando conversa con Ud.			
25. El tono de voz de la enfermera le transmite confianza, seguridad y amabilidad.			
26. La enfermera lo confunde cuando le habla rápidamente.			
DIMENSION: AUTENTICIDAD			
27. La enfermera evita responder las preguntas que Ud. le hace sobre el cuidado de su paciente.			
28. La enfermera posterga el momento para responder a sus preguntas, disculpándose			
29. La enfermera se preocupa en informarle a Ud. sobre lo que sucede con su paciente.			
30. La enfermera responde con buena disposición a las preguntas que Ud. le hace.			

ANEXO C

TABLA DE CONCORDANCIA PRUEBA BINOMIAL

JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
6	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035
7	1	1	1	1	0	1	1	0	0.145

Se ha considerado:

1: si la respuesta es afirmativa

0: si la respuesta es negativa

Si P es $<$ de 0.05 el grado de concordancia es significativo.

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ud. Ha sido invitado a participar en la investigación titulada

“PERCEPCION DEL FAMILIAR SOBRE LA RELACION DE AYUDA DE LA ENFERMERA EN LA UCI. HNAAA-Es Salud. CHICLAYO. JULIO 2016”. Esta investigación es realizada por la Lic. Lorena Carrillo Hernández, Lic. Celeste Ruiz Facho y Lic. Nancy Tineo Huancas, egresadas de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

El propósito de esta investigación es determinar la percepción de los familiares sobre la relación de ayuda que brinda la enfermera a los familiares de los pacientes internados en la UCI del HBAAA. – Es Salud –Chiclayo.

Usted fue seleccionado al azar para participar en esta investigación, ya que su aporte es muy importante en el presente estudio. Se espera que en este estudio participen aproximadamente cincuenta personas como voluntarias.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará firmar este documento de consentimiento informado y luego responder con sinceridad y veracidad la siguiente encuesta que es de carácter anónimo y confidencial. El participar en este estudio le tomará aproximadamente veinte minutos y no lo expondrá a ningún riesgo.

Los datos obtenidos sólo son para fines de investigación. El beneficio de este trabajo redundará en el cuidado a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos y por ende a sus familiares.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna sanción. También tiene derecho a recibir una copia de este documento, si usted lo solicitará.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído la información presentada en esta hoja.

Nombre del participante..... Firma.....Fecha.....

Nombre de la investigadora.....FirmaFecha.....

ANEXO E

Tabla Matriz de Datos - Cuestionario

N°	Sexo	Edad	Grado de Instrucción	Tiempo	UCI	Hospitalizaciones Previas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Resultado	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	Resultado	27	28	29	30	Resp
1	1	51	1	03	1	2	3	3	3	3	3	2	1	3	1	3	3	3	31	3	3	1	3	1	3	3	3	1	3	3	3	2	3	35	3	3	3	3	12
2	2	18	2	14	1	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	32	2	2	2	3	1	3	3	2	3	3	3	3	2	3	35	3	1	3	3	10
3	1	42	4	15	1	2	2	1	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	28	3	3	1	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	38	3	3	3	3	12
4	1	57	2	19	1	2	1	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	30	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	39	3	3	3	3	12
5	2	45	2	8	1	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	33	3	3	1	3	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	36	3	3	2	3	11
6	2	25	4	25	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	23	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	1	29	2	2	2	2	8
7	2	25	4	21	1	2	2	1	1	2	2	3	2	1	2	2	2	3	23	2	1	2	3	1	2	3	3	2	3	3	3	2	3	33	3	3	3	3	12
8	2	64	2	15	1	2	1	3	3	2	2	3	3	1	1	2	1	3	25	3	2	2	3	1	2	3	2	3	3	2	2	3	1	32	1	2	2	2	7
9	1	59	4	5	1	2	2	2	2	3	2	3	3	1	3	2	1	2	23	3	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	3	3	1	27	2	2	2	2	8
10	1	36	4	10	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	21	1	1	2	1	1	3	2	2	2	2	1	2	1	1	22	1	2	2	2	7
11	1	28	4	20	1	2	3	3	2	2	3	3	1	2	3	3	3	3	31	3	1	2	1	1	2	3	3	2	3	3	3	2	3	32	1	2	2	2	7
12	1	35	4	6	1	2	2	3	3	2	2	2	1	1	3	2	2	3	26	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	30	3	3	2	3	11
13	2	42	4	15	1	2	2	1	2	1	2	3	2	1	3	2	1	2	22	2	2	1	1	1	2	3	1	2	2	3	3	3	1	27	3	3	1	2	9
14	1	24	2	20	1	2	2	1	3	2	3	2	1	1	2	3	3	3	26	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	3	2	1	31	3	3	2	2	10
15	2	35	3	25	1	2	2	2	2	2	2	2	3	1	3	1	2	2	24	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	26	2	2	1	2	7
16	1	29	3	8	1	2	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	32	2	2	2	3	1	2	3	3	2	3	3	3	3	3	35	3	1	2	3	9
17	1	45	4	10	1	2	3	3	3	2	2	3	1	3	2	2	2	3	29	3	2	2	2	1	2	3	3	2	3	2	3	3	2	33	3	3	2	2	10
18	2	58	2	25	1	2	1	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	29	3	3	2	3	1	3	3	2	1	3	3	3	3	2	35	1	3	3	3	10
19	2	38	2	13	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	13	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	20	2	2	1	2	7
20	2	35	2	29	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	17	2	2	2	2	1	1	3	1	1	2	2	3	2	1	25	2	3	2	2	9

N°	Sexo	Edad	Grado de Instrucción	Tiempo	UCI	Hospitalizaciones Previas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Resultado	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	Resultado	27	28	29	30	Resp
21	2	35	4	12	1	2	3	2	1	2	3	3	3	2	3	3	2	3	30	3	1	2	3	1	2	3	1	2	2	3	3	2	3	31	2	2	2	2	8
22	2	50	4	26	1	2	1	3	3	3	3	1	1	3	1	3	2	1	25	2	3	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	35	1	2	3	3	9
23	2	42	4	12	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	21	2	2	1	2	1	2	3	1	2	2	2	2	3	1	26	3	2	2	2	9
24	1	31	4	5	1	2	2	1	2	2	2	3	1	2	3	2	2	2	24	1	1	3	2	1	3	3	2	2	2	2	3	2	3	30	1	3	1	2	7
25	1	39	2	27	1	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	42	3	3	3	3	12
26	2	55	2	10	1	2	1	1	2	2	2	3	2	1	1	2	1	3	21	2	2	1	2	1	2	3	2	2	2	2	2	3	3	29	3	3	2	2	10
27	1	28	4	18	1	2	3	2	3	2	2	3	2	1	2	2	1	3	26	3	3	3	3	1	2	3	2	2	3	3	3	3	1	35	2	3	2	3	10
28	2	48	4	4	1	2	3	1	2	3	3	3	2	1	3	3	3	3	30	3	2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	36	3	3	3	3	12
29	2	50	4	28	1	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	35	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	42	3	3	3	3	12
30	1	26	2	8	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	34	3	3	1	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	37	3	1	3	3	10
31	1	40	4	6	1	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	32	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	39	3	3	3	3	12
32	1	57	2	8	1	2	2	1	3	1	3	1	3	3	3	1	2	3	26	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	18	1	1	1	1	4
33	2	38	2	23	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	2	2	3	1	8
34	2	43	1	28	1	2	1	1	3	2	3	1	2	1	2	2	1	2	21	2	2	2	3	1	2	2	2	1	3	2	2	2	1	27	1	2	1	2	6
35	2	57	4	20	1	2	2	2	3	2	2	3	1	2	2	2	2	3	26	2	2	1	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	27	3	3	3	3	12
36	2	43	4	4	1	2	2	1	2	1	1	3	2	1	1	1	1	1	17	1	2	1	1	1	1	3	1	3	1	2	2	1	1	21	1	3	1	1	6
37	1	35	1	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	15	2	1	1	2	1	1	3	1	1	2	2	3	3	1	24	2	3	1	2	8
38	1	36	2	4	1	2	3	3	2	3	2	2	2	1	3	2	2	3	27	2	1	2	1	1	3	3	2	2	3	3	2	3	2	30	3	2	3	3	11
39	1	20	3	11	1	2	2	1	1	2	3	2	2	3	3	3	3	3	28	3	2	1	3	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	32	2	2	1	2	7
40	2	34	4	7	1	2	3	1	3	3	3	2	2	1	2	2	2	2	26	2	1	1	1	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	28	3	2	3	3	11

N°	Sexo	Edad	Grado de instrucción	Tiempo UCI	Hospitalizaciones Previas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Resultado	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	Resultado	27	28	29	30	Resp
41	2	37	4	21	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	24	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	28	2	1	2	3	8
42	2	52	2	5	1	2	2	1	3	3	2	1	1	2	3	3	2	25	2	1	2	2	1	3	2	2	1	3	3	3	2	2	29	2	2	3	3	10
43	2	41	2	20	1	2	3	1	1	1	2	2	2	2	3	2	2	23	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	3	26	2	2	1	2	7
44	2	27	3	12	1	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	33	2	2	1	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	34	3	3	2	3	11
45	2	47	4	15	1	2	2	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	31	3	2	1	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	35	3	3	3	3	12
46	1	35	3	4	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	19	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	18	1	2	1	1	5
47	2	43	4	4	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	17	1	2	2	1	1	1	3	1	3	2	2	2	1	1	23	1	1	2	2	6
48	2	57	4	20	1	2	2	2	3	2	2	3	1	2	2	2	2	26	2	2	1	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	27	3	3	3	3	12
49	2	43	1	24	1	2	1	1	3	2	3	1	2	1	2	2	1	21	2	2	2	3	1	2	2	2	1	3	2	2	2	1	27	1	2	1	2	6
50	2	38	2	17	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	2	2	3	1	8
51	1	57	2	8	1	2	2	1	3	1	3	3	3	1	3	1	2	26	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	18	1	1	1	1	4
52	2	35	2	19	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	17	2	2	2	2	1	1	3	1	1	2	2	3	2	1	25	2	3	2	2	9
53	2	38	2	13	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	13	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	20	2	2	1	2	7
54	1	32	4	9	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	16	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	23	2	1	1	2	6
55	1	26	3	6	1	2	1	1	1	1	1	1	3	3	1	2	3	19	2	2	2	1	2	1	3	2	3	1	2	2	3	3	29	3	1	2	2	8

ANEXO F

**DATOS GENERALES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, SEGÚN
EDAD Y SEXO. HBAAA. CHICLAYO-PERU 2016**

DATOS	No	%
EDAD (años)		
18-30	11	20
31-40	20	36.4
41-50	15	27.3
51-70	09	16.3
SEXO		
Femenino	32	58.2
Masculino	23	41.8
TOTAL	55	100

FUENTE: Instrumento aplicado a familiares de pacientes hospitalizados en UCI. HBAAA -2016

ANEXO G

PERCEPCION DE LO FAMILIARES SEGÚN GRUPO ETAREO SOBRE LA RELACIÓN DE AYUDA QUE BRINDA LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HBAAA. CHICLAYO- PERU 2016

Grupo Etáreo Según INEI - PERU	FAVORABLE		MEDIANAMENTE FAVORABLE		DESFAVORABLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18 – 30	5	9.1	6	10.9	0	0	11	20
31 - 40	3	5.5	9	16.3	8	14.5	20	36.4
41 -50	6	10.9	5	9.1	2	3.7	15	27.3.
51 - 70	3	5.5	6	10.9	2	3.6	9	16.3
Total	17	31	26	47.2	12	21.8	55	100.00

FUENTE: Instrumento aplicado a familiares de pacientes hospitalizados en UCI. HBAAA - 2016

ANEXO H

PERCEPCION DE LO FAMILIARES SEGÚN ITEMS SOBRE LA RELACIÓN DE AYUDA QUE BRINDA LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HBAAA CHICLAYO –PERU 2016

ITEMS	F		MF		D		TOTAL	
DIMENSIÓN: ACTITUD EMPÁTICA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
La enfermera es indiferente al contacto físico entre Ud. y su familiar.	13	24	24	44	18	32	55	100
La enfermera se preocupa por conocer sobre su familia.	12	22	14	25	29	53	55	100
La enfermera lo invita y le deja tocar o acariciar a su paciente.	25	45	14	25	16	30	55	100
La enfermera, cuando Ud. Le expresa sus preocupaciones o problemas, le sugiere alternativas de solución.	17	31	25	45	13	24	55	100
La enfermera demuestra interés con su mirada cuando Ud. le habla.	22	40	22	40	11	20	55	100
La enfermera evita su mirada cuando Ud. le habla	12	22	14	25	29	53	55	100
La enfermera le responde sólo con frases rutinarias (por ejemplo: “no se preocupe todo va a salir bien”)	21	38	22	40	12	22	55	100
La enfermera le ayuda a expresar los sentimientos que Ud. experimenta ante la salud de su paciente.	10	18	16	30	29	53	55	100
La enfermera evita acercarse cuando Ud. realmente necesita apoyo emocional.	15	27	16	30	24	43	55	100
La enfermera, cuando usted le habla se da un tiempo para escucharlo, sin interrumpirlo	20	36	28	51	7	13	55	100
La enfermera ignora los sentimientos que Ud.	16	30	22	40	17	30	55	100

está experimentando.								
La enfermera lo interrumpe y no lo escucha cuando Ud. intenta hablarle.	7	13	15	27	33	60	55	100
DIMENSION: ACEPTACIÓN INCONDICIONAL								
La enfermera le acoge espontánea y amablemente.	18	33	27	49	10	18	55	100
La enfermera sonríe al hablar con Ud.	11	20	26	47	18	33	55	100
La enfermera se mantiene callada cuando Ud. se acerca a su paciente.	26	48	25	45	4	7	55	100
La enfermera se muestra muy seria cuando habla con Ud.	14	25	18	33	23	42	55	100
La enfermera se acerca a Ud. cogiéndole su mano, su hombro o le abraza, cuando Ud. necesita apoyo emocional.	3	6	9	16	43	78	55	100
La enfermera lo identifica a Ud. y a su paciente por su nombre o apellido.	18	33	24	43	13	24	55	100
La enfermera ignora su presencia cuando Ud. ingresa a la unidad.	5	9	15	27	35	64	55	100
La enfermera es tolerante cuando Ud. le hace observaciones sobre el mejor cuidado a su paciente.	14	25	23	42	18	33	55	100
La enfermera difícilmente lo identifica o recuerda su nombre	18	33	22	40	15	27	55	100
La enfermera lo saluda amablemente cuando Ud. ingresa a la unidad.	24	43	22	40	9	17	55	100
La enfermera le habla a usted clara y pausadamente	21	38	26	47	8	15	55	100
La enfermera utiliza un lenguaje comprensible cuando conversa con Ud.	30	54	20	37	5	9	55	100
El tono de voz de la enfermera le transmite confianza, seguridad y amabilidad.	25	46	18	33	12	21	55	100
La enfermera lo confunde cuando le habla	25	46	12	21	18	33	55	100

rápidamente.								
DIMENSION: AUTENTICIDAD								
La enfermera evita responder las preguntas que Ud. le hace sobre el cuidado de su paciente.	14	25	17	31	24	44	55	100
La enfermera posterga el momento para responder a sus preguntas, disculpándose	8	15	22	40	25	45	55	100
La enfermera se preocupa en informarle a Ud. sobre lo que sucede con su paciente.	20	36	20	36	15	28	55	100
La enfermera responde con buena disposición a las preguntas que Ud. le hace.	24	43	23	42	8	15	55	100

ANEXO I

PERCEPCION DE LOS FAMILIARES SOBRE LA ACTITUD EMPATICA EN LA RELACIÓN DE AYUDA QUE BRINDA LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HBAAA. CHICLAYO-PERU 2016

AREA	FAVORABLE		MEDIANAMENTE FAVORABLE		DESFAVORABLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
UCI	18	33	24	43	13	24	55	100

FUENTE: Instrumento aplicado a familiares de pacientes hospitalizados en UCI- HBAAA -2016

ANEXO J

**PERCEPCION DE LOS FAMILIARES SOBRE LA ACEPTACIÓN
INCONDICIONAL EN LA RELACIÓN DE AYUDA QUE BRINDA LA
ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HBAAA
CHICLAYO-PERU 2016**

AREA	FAVORABLE		MEDIANAMENT E FAVORABLE		DESFAVORABLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
UCI	17	31	27	49	11	20	55	100

FUENTE: Instrumento aplicado a familiares de pacientes hospitalizados en UCI. HBAAA -2016

ANEXO K

**PERCEPCION DE LOS PADRES SOBRE AUTENTICIDAD EN LA RELACIÓN
DE AYUDA QUE BRINDA LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS. HBAAA CHICLAYO-PERU 2016.**

AREA	FAVORABLE		MEDIANAMENTE FAVORABLE		DESFAVORABLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
UCI	25	45	22	40	8	15	55	100

FUENTE: Instrumento aplicado a familiares de pacientes hospitalizados en UCI- HBAAA