

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



PERCEPCION DEL FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO
ENFERMERO HUMANIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITALIII ESSALUD PUNO 2017

TESIS

PRESENTADO POR:

GIULIANA GUTIERREZ HERRERA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS Y URGENCIAS

PROMOCION 2014

PUNO - PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO ENFERMERO
HUMANIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL
HOSPITAL III ESSALUD PUNO 2017.

TESIS

PRESENTADO POR:

GIULIANA GUTIERREZ HERRERA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:
ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS Y URGENCIAS

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE :
Mtra. Silvia Dea Curaca Arroyo

PRIMER MIEMBRO :
Lic. María Magdalena Vargas Ynofuente

SEGUNDO MIEMBRO :
Mg. Zoraida Nicolasa Ramos Pineda

DIRECTOR / ASESOR :
Mg. Zoraida Nicolasa Ramos Pineda

AREA : Cuidados Intensivos y Urgencias
TEMA : Percepción del Familiar sobre el Cuidado
Enfermero Humanizado en la Unidad de Intensivos.

FECHA DE SUSTENTACION : 27 - 11 - 2018

DEDICATORIA

A:

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y haberme permitido llegar hasta este punto, dándome salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A:

Mi Madre. Judith, que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y su apoyo incondicional. Te amo Mami.

A:

Mi Padre. Hugo, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan, a pesar de nuestra distancia física, siento que estas conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, se que este momento es tan especial para ti, como para mi. Te amo Papi Hugo.

A:

Mis Hijos Fernando y Jhoseline, siendo el mayor tesoro de mi vida, ellos fueron esa importante fuente motivadora de felicidad y de esfuerzo. Son el motor que me obliga a funcionar y ser cada día mejor. Recuerden que siempre cuentan conmigo y siempre los amare.

A:

Mis hermanas, por estar conmigo siempre y por sus consejos. Por acompañarme en las buenas y en las malas. Las quiero mucho.

AGRADECIMIENTO

- Agradezco a Dios el presente trabajo, por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.
- A mis padres Judith y Hugo, por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Por haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron en mi vida. GRACIAS.
- A mis hijos Jhoseline y Fernando, por ser el motor y el motivo de la superación permanente en mi vida, por impulsarme cada día a ser mejor madre, persona y amiga. Los amo con todo mi corazón.
- Agradezco a mis hermanas por estar siempre presentes y acompañarme en las buenas y en las malas. Las quiero mucho.
- Gracias a mis amigas, que siempre me han prestado un gran apoyo moral y humano, necesarios en los momentos difíciles de mi trabajo y de mi vida en sí. Las llevare siempre en mi corazón.

A todos MUCHAS GRACIAS.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN 7

ABSTRACT 8

TÍTULO 9

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 10

1.1 Caracterización del problema 10

II. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA. 13

2.1 Formulación del problema 16

III. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN 17

IV. MARCO TEÓRICO y CONCEPTUAL 19

4.1 Percepción..... 19

4.2 Cuidado Humanizado 20

4.2.1 Cuidado Enfermero Humanizado 20

4.2.2 Cuidado del Familiar..... 22

4.2.2.1. Dimensiones del Cuidado Familiar 23

4.2.2.2. Teorías de Enfermería 26

4.3 Unidad de Cuidados Intensivos 30

V. VARIABLES 32

VI. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 35

6.1 Objetivo General: 35

6.2 Objetivos Específicos: 35

VII. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN 37

VIII. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN 38

8.1 Tipo y diseño de investigación.....	38
8.2 Ámbito de estudio	38
8.3 Población y muestra	39
8.4.Técnica e instrumentos de recolección de datos	41
8.5 Procedimiento de recolección de datos	42
8.6 Tratamiento estadístico para el análisis de datos	42
IX RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	43
X. BIBLIOGRAFÍA.....	54

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la percepción del familiar sobre el cuidado enfermero humanizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital III EsSalud Puno. El estudio fue de tipo descriptivo transversal con diseño no experimental. La población de estudio estuvo conformado por 160 familiares del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos, la muestra por 53 familiares. La técnica de recolección fue la encuesta y como instrumento un cuestionario con 18 interrogantes que comprenden las cuatro dimensiones de la percepción: Necesidades fisiológicas, Autoconcepto, Dominio de Rol, e Interdependencia. El análisis de los resultados se realizó con la estadística descriptiva porcentual. Los resultados fueron: El 71.70% de los familiares perciben que el cuidado humanizado en la dimensión necesidades fisiológicas es favorable; mientras el cuidado en la dimensión autoconcepto el 64.15% percibe que es desfavorable, a diferencia el 73.58% percibe que es favorable el cuidado en la dimensión dominio de rol y el 83.02% percibe como desfavorable el cuidado en la dimensión interdependencia. Conclusión: Los familiares de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos perciben de forma favorable los cuidados que brinda la enfermera en la dimensión necesidades fisiológicas y dominio de rol, pero desfavorable el cuidado en la dimensión autoconcepto e interdependencia.

Palabras clave: Percepción, cuidado humanizado, cuidados intensivos

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the objective of determining the family member's perception of humanized nursing care in the Intensive Care Unit of the hospital III EsSalud Puno. The study was of a cross-descriptive type with non-experimental design. The study population consisted of 160 relatives of the patient hospitalized in the Intensive Care Unit, the sample by 53 relatives. The collection technique was the survey and as a tool a questionnaire with 18 questions that comprise the four dimensions of perception: Physiological needs, Self-concept, Rol Proficiency, and Interdependence. The analysis of the results was carried out with the descriptive percentage statistics. The results were: 71.70% of the relatives perceive that humanized care in the physiological needs dimension is favorable; while care in the self-concept dimension 64.15% perceives that it is unfavorable, unlike 73.58% perceive that care is favorable in the role domain dimension and 83.02% perceive care in the interdependence dimension as unfavorable. Conclusion: The relatives of the patients of the intensive care unit perceive in a favorable way the care provided by the nurse in the dimension of physiological needs and role domain, but unfavorable care in the dimension of self-concept and interdependence.

Key words: Perception, humanized care, intensive care

TÍTULO

**PERCEPCION DEL FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO
ENFERMERO HUMANIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL III ESSALUD PUNO.**

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Caracterización del problema

La UCI está culturalmente vinculada a la idea de sufrimiento y muerte inminente, por pacientes y familiares (1). El internamiento de un paciente en la unidad de cuidados intensivos (UCI) constituye una de las mayores fuentes de crisis en las personas hospitalizadas, de igual forma sucede con la familia que vive paralelamente este proceso. La hospitalización de la persona enferma puede generar en el familiar ansiedad, angustia, estrés, todo esto producido por situaciones como pérdida del contacto, sentimientos negativos de aprehensión o temor sobre el área hospitalaria, los múltiples métodos invasivos, las condiciones de la persona hospitalizada y la incertidumbre sobre lo que puede pasar(2).

Las familias que vivencian el proceso de internamiento de un familiar en la UCI tienen inquietudes sobre la atención intensiva. Contemplar las representaciones sobre el ambiente, las expectativas con el suceso o el fracaso de las tentativas de recuperación, además de la construcción de una realidad imaginaria como una combinación de ambivalencias, situadas entre la recuperación de la vida y el riesgo de la muerte.

Las declaraciones siguientes expresan esa condición: "Yo comencé a tener problemas serios con la respiración, falta de aire, y ahí fue cuando vino la noticia de usted va para UCI, bueno, ahí quedé dos veces sin piso debajo de los pies... es un proceso complicado, hasta porque todo lo que se relaciona con la palabra UCI está muy desgastado negativamente" (P1). "Como el quedó más tiempo, él era el paciente más antiguo, todo el mundo ya había salido o fallecido, entonces nosotros acabamos teniendo contacto con algunas personas. Yo cambié mi concepción de UCI, no sé si las otras son así, pero yo cambié un poco. Así yo creí que él estaba totalmente cuidado..." (F1). "Yo ya pasé por momentos difíciles, entonces es difícil para ti llegar a la persona y preguntar, porque duele dentro de uno, porque es una persona que no está bien...yo nunca vi una persona toda entubada, de esa manera, llena de aparatos. Mi madre falleció en un hospital pequeño, entonces no tenía ni UCI... yo sé que es muy triste para nosotros ver a la persona así..." (F3).

Un estudio ha demostrado que debe de ampliarse a dimensión el cuidado en la UCI, no centrándose solamente en la técnica o en la rutina, pero sí contemplando la participación de los vínculos y la valoración de las necesidades psico-sociales de las personas. Considero que el discurso humanizado puede ayudar en el rescate de la lógica del saber integral, disminuyendo la atención biomédica y fragmentada de concebir al hombre como un todo, constituido de cuerpo, mente, espíritu y relaciones sociales (3).

El cuidado de los pacientes es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal (enfermera-paciente). Por esta razón el trabajo de Watson J, contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos, que contribuyan a mejorar la calidad de atención (4).

El cuidado es la esencia de Enfermería, constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando así a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación(5).

Sobre la base de las consideraciones anteriores, es importante resaltar que la profundización en la línea del conocimiento sobre la experiencia del familiar, permite fortalecer las bases para mejorar el cuidado que debe brindar enfermería en la unidad de cuidados intensivos, y darle así, la importancia que requiere el familiar en la evolución dela persona hospitalizada.

II. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

A Nivel Internacional

Un estudio realizado en Colombia año 2012, tuvo como objetivo describir la experiencia del familiar de la persona hospitalizada en Unidad de Cuidados Intensivos Adulto. El estudio fue una investigación cualitativa, fenomenológica descriptiva, mediante el abordaje de Colaizzi; se realizaron 9 entrevistas a profundidad previo consentimiento informado, las cuales se grabaron y transcribieron. El escenario fueron tres salas de espera de las unidades de cuidado intensivo adulto de la Fundación Oftalmológica de Santander. Los resultados: Existen características similares de la experiencia identificadas en los estudios independientes del contexto, por el contrario, hay diferencias derivadas de las condiciones del entorno y de las políticas o normas de cada institución. Conclusiones: La experiencia expone variedad de estados afectivos del ánimo, somete al familiar a una modificación de los hábitos donde experimenta una crisis y desarrolla estrategias que favorecen adaptación al escenario y aceptación de la situación. Para afrontar la vivencia encuentra soporte en la red primaria, en el equipo de salud formal e informal, en la percepción de seguridad que brinda el servicio y en la espiritualidad; evoluciona al reconocer en el

personal de salud un agradecimiento especial, obteniendo un aprendizaje y experimenta necesidades de información, apoyo económico, apoyo de la red primaria, del equipo de salud y deseo de cercanía (6).

El estudio realizado en Granada España en el año 2006, acerca de los “Significados y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos”, con el objetivo de conocer los significados y las percepciones del cuidado de enfermería, según la óptica de enfermeros, pacientes y familiares que les acompañan. Fue una investigación cualitativa, donde utilizarán entrevistas parcialmente estructuradas hechas con siete enfermeros, cuatro familiares y un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Dentro de los resultados resalta que: El discurso de enfermeros, de familiares y del paciente refuerza la necesidad de ampliarse la dimensión del cuidado en la UCI, no centrándose solamente en la técnica o en la rutina, pero sí contemplando la participación de los vínculos y la valoración de las necesidades psico-sociales de las personas. Se ha considerado que el discurso humanizado puede ayudar en el rescate de la lógica del saber integral, disminuyendo la atención biomédica y fragmentada, además de concebir al hombre como un todo, constituido de cuerpo, mente, espíritu y relaciones sociales (7).

Otro estudio realizado en Colombia año 2013, sobre Intervención de enfermería ante la crisis situacional percibida por los familiares con pacientes críticos según el modelo Jean Watson en una IPS III nivel de Cartagena, tuvo como objetivo describir la percepción de la situación de las familias de los

pacientes críticos que se encuentran en UCI y las principales estrategias de intervención del profesional de enfermería ante esta problemática basados en modelo de Jean Watson. La población estuvo conformada por 49 familiares, de los pacientes hospitalizados en la UCI del II nivel, durante el mes de julio del 2013. La técnica que se utilizó fue la entrevista semi-estructurada y el instrumento fue un formulario tipo cuestionario. Obteniéndose como conclusiones lo siguiente: La percepción que tienen los familiares sobre el cuidado de enfermería en el aspecto sociológico, emocional, religioso, según los resultados indica que el familiar percibe en su gran mayoría que las enfermeras no solo centran su cuidado en el paciente sino también en el familiar, demostrándose así que reciben por parte del profesional asesoría, apoyo emocional, trato cálido, cuidado humanizado, responden a sus inquietudes de manera cortés y entendible, percibiendo así actitud favorable con relación a la atención enfermera-paciente familiar(8).

A Nivel Nacional

El estudio realizado para determinar la percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un Hospital Nacional de Lima. 2014, fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 familiares cuyos parientes se encuentran internados en los servicios de medicina, con grado de dependencia II, III. La técnica fue la entrevista y el instrumento una Escala de Likert modificada, aplicado previo consentimiento informado. Resultados. De 100% (30), 43% (13) tiene una percepción medianamente favorable, 30% (9) desfavorable

y 27% (8) favorable. Referente a la dimensión comunicación verbal, 40% (12) desfavorable, 30% (9) tienen una percepción y desfavorable y medianamente favorable respectivamente; en la dimensión comunicación no verbal, 53% (16) tienen una percepción medianamente favorable, 30% (9) favorable y 17% (5) desfavorable; en la dimensión de apoyo emocional tienen una percepción medianamente desfavorable 66.6% (20), 16.8% (5) favorable y 16.6% (5) desfavorable. Conclusiones: La percepción de los familiares del paciente crítico en el servicio de medicina la mayoría son medianamente favorable a desfavorable, referida a que se muestran muy ocupadas para atenderlos y hacen gestos de molestia cuando el familiar pregunta repetida veces sobre un mismo tema; y un mínimo porcentaje significativo es favorable cuando la enfermera utiliza un lenguaje claro, sencillo al conversar o responder (9).

2.1 Formulación del problema

¿Cuál es la percepción del familiar sobre el cuidado enfermero humanizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital III EsSalud Puno?

III. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo se realizó para evaluar la percepción del familiar sobre el cuidado enfermero humanizado, como un conjunto de conceptos asociados en relación con la atención brindada al paciente en la Unidad de cuidados Intensivos.

Los resultados obtenidos servirán a las autoridades de salud específicamente al equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos, al conocer la percepción del familiar para plantear estrategias de mejora la atención de cuidado humanizado que brinda la enfermera; considerando, que la atención de los profesionales de enfermería con un importante apoyo emocional, escucha activa y respuestas claras y sencillas sobre el enfermo; transmitiendo seguridad y confianza tanto al paciente como a la familia, no solo ayudará a satisfacer necesidades en los momentos de gran vulnerabilidad, sino contribuirá a la homeostasia familiar.

El propósito de este estudio está orientado a proporcionar información actualizada al personal directivo de la institución, así como el departamento de enfermería y a la Unidad de Cuidados Intensivos a fin de que formulen estrategias orientadas a mejorar la calidad de atención mediante talleres y/o

cursos de actualización, dirigidos al personal de enfermería, ya que el proceso de globalización en el que se está viviendo pone como una exigencia brindar una atención de calidad al familiar de los pacientes críticos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

IV. MARCO TEÓRICO y CONCEPTUAL

4.1 PERCEPCIÓN

Según Witaker(10), “La percepción no es una respuesta rígida al estímulo y determinada exclusivamente por las características físicas del medio ambiente, sino que es un proceso bipolar resultante de la interacción de las condiciones del estímulo o factores externos (comunicación, situación, etc.) y de los factores que actúan dentro del observador (necesidades, valores, edad, personalidad etc..)”

La percepción es un proceso mental, cognoscitivo que nos permite formar conceptos, opiniones, impresiones, sentimientos, acerca de un individuo, objeto o fenómeno en función a las experiencias pasadas, al contexto social, al conocimiento de la realidad de acuerdo a nuestras necesidades, intereses, aspiraciones y deseos; de ahí que la percepción es algo más que el procesamiento de la información del exterior captada por nuestros sentidos y está condicionada por el sentir o el estado anímico de la persona así como su experiencia previas, comprensión y la información que éste tenga de una situación en sí, además de la calidad del primer contacto que tenga con la persona y sufre la influencia

de estímulos externos y factores internos; motivo por el cual no todos percibimos o interpretamos un hecho o fenómeno de la misma forma(11).

4.2 CUIDADO HUMANIZADO

4.2.1 Cuidado enfermero humanizado

El cuidado humanizado se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera - paciente. De tal forma que el profesional de enfermería tiene el compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad y la conservación de la vida, mediante un cuidado humanizado, en los pacientes (12).

El cuidado humano es como; “ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tiene consecuencias importantes para la civilización humana” Partiendo de esta definición el cuidado humano, es aquel que involucra, la vocación, los conocimientos, espiritualidad, responsabilidad, moral, ética y nuestra esencia como congéneres, para asistir a cada persona. El cuidado humano es holístico, por tal razón al momento de brindarlos, se debe considerar cada persona con problemas de salud individualmente, dado que, todos no tienen las mismas necesidades, dolencias, intereses, credos, cultura, entre otros (13).

El cuidado del ser humano es la esencia de la práctica de enfermería, para Watson el objetivo de la enfermería consiste en “facilitar la consecución de la persona de un mayor grado de armonía entre mente ,cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, generando conocimiento, respeto y ayuda mutua, auto curación que aliente un aumento de la diversidad, protección, reservando o rescatando la dignidad humana en la asistencia de enfermería, dentro de un marco de amor.”, lo que implica llegar a la esencia de la interacción con el otro. En ese sentido las actitudes propias de la relación de ayuda, según la psicología de Carl Rogers, sería la empatía, la autenticidad o congruencia y la aceptación incondicional, cordialidad o calor humano(14).

La Humanización, considerándola en esta perspectiva, es un cambio en las estructuras, dela forma de trabajar y también de las personas. La humanización de la clínica y de la salud pública depende de una reforma de la tradición médica y epidemiológica. Una reforma que consiga combinar la objetivación científica del proceso salud enfermedad intervención con nuevos modos de operar decurrentes de la incorporación del sujeto y de su historia desde el momento del diagnóstico hasta la intervención.

Sin embargo, la humanización todavía depende de los cambios de las personas, el énfasis en los valores relacionados con la protección de la vida, la posibilidad de ampliar el grado de alineación y transformación del trabajo en un proceso creativo y placentero. La reforma de la

asistencia para facilitar la creación de vínculos entre los equipos y los usuarios, así como para explicar claramente la responsabilidad de la salud son herramientas poderosas para el cambio (15).

Organización Mundial de la Salud (OMS), ha motivado “la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: Trato humanizado a la persona sana y enferma” este organismo enfatiza que la Humanización es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida”(16).

4.2.2 Cuidado del familiar

“La familia constituye un sistema en todo el sentido de la palabra, en tanto que está formada por un conjunto organizado de elementos que se relacionan e interactúan entre sí, de tal manera que cualquier acción, alteración o cambio en uno de ellos repercute en todos los demás, y viceversa”(17).

El cuidado familiar, según Wright y Leahey, “puede ser conceptualizado en dos direcciones: en la primera está el enfoque del individuo en el contexto de la familia, donde aquel es la figura y esta es el fundamento, y en la segunda que enfoca a ambos, el individuo y la familia, los sistemas de cuidado familiar pueden ser conceptualizados como enfoque sobre la familia completa como la unidad de cuidado”(18).

En el campo de la salud, la familia está reconocida como un paciente o cliente que necesita de cuidados de enfermería y de autocuidados. La enfermera (o) es la (el) llamada (o) a brindar cuidados de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de tal manera que descubra en cada una de las familias las potencialidades y fortalezas para que ayuden a mantener la adaptación en ellas. Cuidar desde un enfoque familiar implica incluir a la familia en el proceso de prestación de cuidados. Es así como ella se convierte en un estímulo favorable para la recuperación de la salud de alguno de sus miembros (19).

4.2.2.1. Dimensiones del cuidado familiar

Dentro de estas dimensiones se tiene a los modos adaptativos señalados por Roy, categorías de conductas que permiten adaptarse a los estímulos del entorno, y son cuatro formas de adaptación:

a) Necesidades fisiológicas

La primera concierne a las necesidades fisiológicas: por medio de sus respuestas a los cambios del entorno, el hombre mantiene un estado de armonía entre sus necesidades de circulación, temperatura constante, oxígeno, líquidos, actividad y los recursos del ambiente que son precisos para responder a estas necesidades, incluye además las medidas de bioseguridad y las condiciones de seguridad del ambiente donde se atiende al paciente.

b) Autoconcepto

Simultáneamente a esta búsqueda de armonía en el plano fisiológico, el yo del hombre responde a los cambios del entorno y tiende también

hacia un estado de adaptación positiva. Es decir, el autoconcepto se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física (incluye la sensación y la imagen corporal), la identidad personal (incluye la autoconcordancia y lo autoideal) y la identidad moral y ética (incluye la autoobservación y la autoevaluación).

El autoconcepto identidad de grupo se describe como: la necesidad subyacente del individuo, es la integridad física, o la necesidad de saber quién es uno, para ser o existir con un sentido de unidad. La necesidad subyacente para el grupo es la identidad/integridad. Los componentes del modo del autoconcepto para el individuo incluyen el yo físico, el cual se manifiesta por las sensaciones corporales y la propia imagen. En segundo lugar, el yo personal incluye la auto consistencia, el yo ideal, y el yo moral, ético y espiritual. Los conceptos del modo de identidad de grupo incluyen las relaciones interpersonales, autopercepción del grupo, el medio social y cultural. La figura muestra el modo de identidad de grupo con sus sub-áreas y componentes.

La identidad de grupo se nutre de compartirlas relaciones, valores y objetivos. Así, esta visión compartida reposa sobre la propia imagen del grupo y la co-responsabilidad en el cumplimiento de los objetivos. Esto ocurre en el interior del contexto general del medio social y cultural (20).

Dominio del rol

El hombre regula sus acciones y sus tareas en función de su posición en la sociedad, depende de cómo una persona interactúa con otras en

una situación concreta. Puede clasificarse como primario (edad, sexo), secundario (varón, mujer) y terciario (rol temporal de un particular).

La función del Rol describe los comportamientos instrumentales, es decir, comportamientos usados para conseguir el objetivo del rol. En segundo lugar, los comportamientos expresivos son sentimientos emocionales relacionados con el cumplimiento del propio rol.

Una aproximación interaccionar a los roles se describe como rol adquirido, esto es, uno aprende el rol interactuando con una persona en un rol complementario. Tal y como he descrito los roles se desarrollan en primarios, secundarios y terciarios.

La base del modo de función de rol es la integración de los roles en el interior de la persona, así como las conductas colectivas de los roles complementarios, considerando los aspectos de comunicación, información y respeto a los valores, en la atención al paciente (21).

c) interdependencia

La idea que una persona se hace de ella misma y la forma en la que domina su papel en la sociedad, estar en interdependencia son las otras personas de su entorno. De esta manera, un cambio en el entorno puede amenazar directamente esta interdependencia. Implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo). Satisface las necesidades de la persona de amor, educación y afecto.

El modo adaptativo final es interdependencia. En este modo, las enfermeras se centran en las interacciones relacionadas con dar y recibir amor, respeto y ánimo. La necesidad subyacente para un grupo es el contexto social. El modo de interdependencia para un individuo tiene dos componentes, las personas significativas y el sistema de apoyo. Lo paralelo para el grupo son el contexto, infraestructura y recursos. El modo de interdependencia con sus sub-áreas y componentes se ilustra de la siguiente forma. Los estímulos incluyen factores externos como los económicos, sociales, políticos, culturales, religiosos y sistemas familiares.

Los estímulos internos serían la misión, la visión, valores principios, logros y planes. Esto proporciona el contexto del modo de interdependencia a nivel del grupo. Los niveles de adaptación para el modo de interdependencia incluyen las infraestructuras de los procesos relacionales, de desarrollo y de acceso a los recursos. Las personas son la clave en el modo de interdependencia tanto para los individuos como para los grupos. Cada persona tendrá habilidades de convivencia que incluirán conocimientos, destrezas, convencimientos y actitudes (22).

4.2.2.2. Teorías de Enfermería

a. Teorías de Calista Roy

El modelo de Sor Callista Roy es una meta teoría ya que utilizó otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizó fueron: La teoría general de sistemas de A. Rapoport, que consideraba a la persona como

un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse.

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

- Paciente: lo define como la persona que recibe los cuidados.
- Meta: que el paciente se adapte al cambio.
- Salud: proceso de llegar a ser una persona integrada y total.
- Entorno: Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.
- Dirección de las actividades: la facilitación a la adaptación.

Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo.

- Focales: son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.
- Contextuales: son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.
- Residuales: corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados.
- También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación:

- Las necesidades fisiológicas básicas: Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- La autoimagen: El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.
- El dominio de un rol o papel: Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.
- Interdependencia: La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

El hecho de conocer al paciente en todos los ámbitos hace que su evaluación tenga mejor desenvolvimiento, claridad, calidad y mejores resultados en el cuidado. Esto puede llevarse a la práctica con mayor facilidad ya que exige una actitud crítica, reflexiva y comprometida con el paciente y no el manejo estricto de conocimientos teóricos. Además, permite la relación, el establecimiento de vínculos con el paciente y participación por parte de él, que hará más fácil el diagnóstico o mejoramiento de la enfermedad.

“El modelo de adaptación proporciona una manera de pensar acerca de las personas y su entorno que es útil en cualquier entorno. Ayuda a una prioridad, a la atención y los retos de la enfermería para mover al paciente de sobrevivir a la transformación (23).

b. Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

La teoría de Watson J, la Teoría del Cuidado Humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico

(existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería. Filosofía de Jean Watson sostiene que el Cuidado Humano comprende; un Compromiso Moral (Proteger y realzar la dignidad humana; va más allá de una evaluación médica), la experiencia, percepción y la conexión: (Mostrando interés profundo a la persona).El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado(24).

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial– fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo (25).

4.3 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son servicios dentro del marco institucional hospitalario que poseen una estructura diseñada para mantener las funciones vitales de pacientes en riesgo de perder la vida, creadas con la finalidad de recuperación (26).

En la UCI se encuentran los pacientes que requieren cuidado constante y atención especializada durante las 24 horas del día debido a que su estado es crítico. Es un sector en el que trabajan profesionales especializados y educados para dar la atención debida a los pacientes. En estas áreas laboran médicos, enfermeras y distintos técnicos y paramédicos entrenados en medicina intensiva. Reciben el nombre de intensivistas y típicamente tienen formación previa en medicina interna, cirugía, anestesiología o medicina de urgencias. La población de enfermos candidatos a ser atendidos en las unidades de cuidados intensivos se selecciona de manera variable dentro de cada institución, dependiendo de las características de la misma, pero suele incluir una valoración objetiva, reproducible y cuantificable de la gravedad de los pacientes, la necesidad de esfuerzo terapéutico y los resultados medidos como supervivencia y calidad de vida posterior. En general dichos métodos se clasifican en:

- Índices de gravedad en pacientes críticos (APACHE) que permite evaluar la probabilidad de muerte.
- Puntajes dinámicos o de disfunción (MODS-SOFA) que nos permiten analizar la evolución del paciente.

- Índices de esfuerzo terapéutico precisado (TISS) que además de establecer pronóstico, nos cuestiona si el enfermo puede con seguridad ser egresado a otra sala.
- Escalas de valoración de la evolución, calidad de vida y productividad social post-alta hospitalaria (27).

V. VARIABLES

Variable de estudio:

- Percepción del familiar sobre cuidado humanizado

Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE VALORACIÓN
<p>Percepción del familiar sobre cuidado humanizado</p> <p>Es el concepto, opinión o sentimiento expresado por el familiar del paciente de UCI, sobre el cuidado enfermero humanizado en sus aspectos de necesidades fisiológicas, auto concepto, dimensión de rol y la interdependencia</p>	<p>Necesidades fisiológicas</p> <p>Autoconcepto</p>	<p>Hace uso de medidas de bioseguridad</p> <p>Le proporciona un ambiente en el que se respeta su intimidad(7,8)</p> <p>Se dirige a Ud. por su nombre y apellido.</p> <p>Le pregunta cómo se siente.</p> <p>Le habla de forma clara y sencilla</p>	<p>Favorable (10 a 18 puntos)</p> <p>Desfavorable (0 a 9 puntos)</p>

	<p>Dominio del rol</p>	<p>Acude a su llamado cuando tiene necesidad.</p> <p>Le motiva a expresar sus dudas y sentimientos.</p> <p>Le da apoyo cuando se encuentra triste y angustiado.</p> <p>Escucha las sugerencias que Ud. Hace sobre los cuidados de su familiar</p> <p>Respeto sus creencias acerca de la enfermedad de su familiar.(1,2,3,9,10, 11,12,17)</p> <p>Le informa sobre los cuidados que se le brinda a su familiar.</p> <p>Le pide el consentimiento para los procedimientos que se le realizaran a su familiar.</p>	
--	------------------------	--	--

	<p>interdependen cia</p>	<p>Le hace participar en los cuidados de su familiar.</p> <p>Le da recomendaciones para cuidar a su familiar en el hogar.</p> <p>Le informa sobre el inicio y término de la visita familiar</p> <p>Respeta sus manifestaciones religiosas(4,5,6, 13,14,16)</p> <p>Le permite permanecer mayor tiempo con su familiar.</p> <p>Le informa donde va a estar y cuándo volverá. (15,18)</p>	
--	------------------------------	--	--

VI. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 Objetivo General:

Determinar la percepción del familiar sobre el cuidado enfermero humanizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital III EsSalud Puno.

6.2 Objetivos Específicos:

- a) Identificar la percepción del familiar sobre el cuidado enfermero humanizado en la dimensión necesidades fisiológicas en la unidad de cuidados intensivos del Hospital III EsSalud Puno.
- b) Describir la percepción del familiar sobre el cuidado enfermero humanizado en la dimensión autoconcepto en la unidad de cuidados intensivos del Hospital III EsSalud Puno.
- c) Identificar la percepción del familiar sobre el cuidado enfermero humanizado en la dimensión dominio de rol en la unidad de cuidados intensivos del Hospital III EsSalud Puno.
- d) Describir la percepción del familiar sobre el cuidado enfermero humanizado en la dimensión interdependencia en la unidad de cuidados intensivos del Hospital III EsSalud Puno.



VII. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

La percepción del familiar sobre el cuidado enfermero humanizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital III EsSalud Puno, es desfavorable.

VIII. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

8.1 Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación:

Este estudio corresponde al método descriptivo transversal.

Este tipo de investigación permitió describir la variable de estudio, cuya información se obtuvo en un solo momento haciendo un corte en el tiempo

Diseño de investigación

El diseño es no experimental. El diagrama es el siguiente:

M _____ O

M = Familiares del paciente hospitalizado en UCI

O = Información sobre la percepción del familiar sobre el cuidado enfermero humanizado

8.2 Ámbito de estudio

El estudio se desarrolló en la Unidad de Cuidados Intensivos, que se encuentra ubicado en el Distrito de Salcedo, provincia de Puno, y departamento del mismo nombre. La ubicación se muestra en el siguiente mapa.



8.3 Población y muestra

Población:

La población de estudio estuvo conformada por 160 familiares directos y/o encargado que acompañaron a los pacientes hospitalizados en la UCI, durante el primer semestre del año 2017, los que fueron tomados de referencia para el cálculo de la muestra de estudio.

Muestra:

Estuvo conformada por 53 familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital III EsSalud Puno, los fueron calculados con la siguiente fórmula estadística.

Fórmula estadística del tamaño de muestra para población finita; para lo cual se considera:

N= Tamaño de la población (160)

p= Proporción poblacional = se asume 50% →0,5

q= (1-p) = 0,5

E= Error muestral = se asume 10% →0,1

Z= Nivel de confianza = se acostumbra 95% →1.96

n= Tamaño de muestra

$$N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q$$

$$n = \underline{\hspace{10em}}$$

$$(N-1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q$$

$$(160) (1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)$$

$$n = \underline{\hspace{10em}}$$

$$(160-1) (0.1)^2 + (1.96)^2 \cdot (0.5) (0.5)$$

$$153.664$$

$$n = \underline{\hspace{10em}}$$

$$1.59 + 0.9604$$

$$153.664$$

$$n = \underline{\hspace{10em}} = 53.348$$

$$2.8804$$

8.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos

Técnica:

Encuesta: Esta técnica aplicada permitió recabar la información sobre la percepción del familiar sobre el cuidado enfermero humanizado que se brinda en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital III EsSalud Puno.

Instrumento:

- **Cuestionario**

El cuestionario de Percepción para familiares fue utilizado por Hagei J (2008), en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (28).

Este instrumento consta de 18 interrogantes estructurado divididas en 4 dimensiones:

- a. Necesidades Fisiológicas = Consta de 2 ítems
- b. Autoconcepto = Consta de 8 ítems
- c. Dominio de Rol = Consta de 6 ítems
- d. Interdependencia = Consta de 2 ítems

El instrumento que permitió a la enfermera registrar la respuesta de los familiares ante las interrogantes formuladas respecto a la percepción que tiene sobre el cuidado enfermero humanizado que brinda el profesional de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Las interrogantes fueron respondidas en dos categorías:

Si = Cuando el familiar responde afirmativamente al que se le asigna 1 punto

No = Cuando el familiar responde negativamente, al que se le asigna 0 puntos

Calificación del instrumento:

El puntaje obtenido por cada familiar, fue comparado con la siguiente escala de calificación.

Escala de calificación

- Percepción Favorable = 10 – 19 puntos
- Percepción desfavorable = 0 - 9 puntos

8.5 Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se realizaron las siguientes actividades:

- Se solicitó al jefe de la UCI el permiso respectivo, que permitió aplicar el instrumento en los familiares.
- El familiar directo y/o persona responsable del paciente hospitalizado fue abordado en horas de la mañana cuando estaban en la espera de algunas indicaciones médicas frente a la UCI.
- Después de obtener la información la investigadora agradeció al familiar por su disposición y aceptación de ser encuestado.
- La información obtenida fue sistematizada para su respectivo análisis

8.6 Tratamiento estadístico para el análisis de datos

Los instrumentos de recolección de datos fueron codificados

Fue sistematizada en una hoja Excel

Los datos fueron procesados con la estadística porcentual

Se elaboraron cuadros y figuras para su presentación y análisis.

IX RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 1

PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO ENFERMERO HUMANIZADO EN LA DIMENSIÓN NECESIDADES FISIOLÓGICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL III ESSALUD PUNO.

NECESIDADES FISIOLÓGICAS	N°	%
FAVORABLE	38	71.70
DESFAVORABLE	15	28.30
TOTAL	53	100.00

Fuente: Cuestionario de Percepción del familiar sobre el cuidado enfermero humanizado

Los resultados de la tabla muestran que el 71.70% de los familiares del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos tiene percepción favorable sobre el cuidado humanizado que brinda la Enfermera respecto a las necesidades fisiológicas, mientras que el 28.30% tienen percepción desfavorable.

La percepción es un proceso mental, cognoscitivo que nos permite formar conceptos, opiniones, impresiones, sentimientos, acerca de un individuo, de ahí que la percepción es algo más que el procesamiento de la información del exterior captada por nuestros sentidos y está condicionada por el sentir o el estado anímico de la persona así como su experiencia previas, comprensión y la información que éste tenga de una situación en sí (29). basada en esta teoría la percepción que tienen los familiares del paciente hospitalizado en UCI, tiene origen posiblemente en las impresiones que observa durante el cuidado humanizado que brinda la enfermera en las necesidades fisiológicas del paciente, al ser favorable, nos indica que las acciones que realiza el profesional de enfermería mantuvo al paciente en un estado de armonía entre sus necesidades de circulación, temperatura constante, oxígeno, líquidos, actividad y los recursos del ambiente que son precisos para responder a estas necesidades(30). Sin embargo, una percepción desfavorable es muestra que algunos pacientes no reciben el cuidado adecuado; lo cual hace ver que la enfermera está dejando de lado la satisfacción de necesidades fisiológicas que son básicas para la supervivencia del paciente y que se logra siempre que se brinda una atención integral.

Los resultados difieren al reporte realizado por Hagei, al encontrar un alto porcentaje de percepción desfavorable (67.5%) relacionado a la poca ayuda en algunas necesidades básicas para la integridad fisiológica como: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad, reposo y protección; mientras den el estudio la percepción desfavorable de los familiares respecto a esta dimensión es menor (28.30%).

TABLA 2

PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO ENFERMERO HUMANIZADO
EN LA DIMENSIÓN AUTOCONCEPTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
DEL HOSPITAL III ESSALUD PUNO.

AUTOCONCEPTO	N°	%
FAVORABLE	19	35.85
DESFAVORABLE	34	64.15
TOTAL	53	100.00

Fuente: Cuestionario de Percepción del familiar sobre el cuidado enfermero humanizado

Los resultados de la tabla 2 muestran que el 64.15% de los familiares perciben que el autocuidado en la dimensión auto concepto del cuidado enfermero humanizado es desfavorable, mientras el 35.85% percibe que es favorable.

Considerando que el autoconcepto o identidad de grupo se describe como: la necesidad subyacente del individuo, es la integridad física, o la necesidad de saber quién es uno, para ser o existir con un sentido de unidad. La necesidad subyacente para el grupo es la identidad/integridad. La identidad de grupo se nutre de compartir las relaciones, valores y objetivos. Así, esta visión compartida reposa sobre la propia imagen del grupo y la co-responsabilidad en el cumplimiento de los objetivos. Esto ocurre en el interior del contexto general del medio social y cultural(31). Contrastando con esta teoría, referida por Roy, el profesional de enfermería al brindar el cuidado al familiar de los pacientes no está considerando que este usuario necesita también de una atención integral dentro de su contexto sociocultural.

Un porcentaje elevado sobre la percepción del autoconcepto desfavorable, nos indica que los familiares del paciente no son llamados por su nombre, no se le pregunta cómo se sienten, no se le habla en forma clara, no se le motiva expresar sus dudas, no se le escucha sus sugerencias, tampoco se le respeta sus creencias a cerca de la enfermedad. La falta de cuidado en los aspectos señalados, determinan un cuidado poco humanizado. Esta situación como se observa en la práctica profesional, muchos profesionales evitan hablar con los familiares, no se les brinda la verdadera importancia, generalmente no se les habla y se les deja de lado; porque un cuidado humanizado para mejorar la percepción de los familiares debe ser holística, porque cada individuo tienen necesidades, dolencias, intereses, credos, cultura, entre otros diferentes(32).

TABLA 3

PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO ENFERMERO HUMANIZADO
EN LA DIMENSIÓN DOMINIO DE ROL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
DELHOSPITAL III ESSALUD PUNO.

DOMINIO DE ROL	N°	%
FAVORABLE	39	73.58
DESFAVORABLE	14	26.42
TOTAL	53	100.00

Fuente: Cuestionario de Percepción del familiar sobre el cuidado enfermero humanizado

El resultado de la tabla muestra que el 73.58% de los familiares perciben de forma favorable el dominio de rol del cuidado enfermero humanizado, pero un 26.42% percibe que es desfavorable.

Según el Modelo de adaptación de Roy, el dominio o función del rol del cuidado enfermero humanizado, describe los comportamientos instrumentales, es decir, comportamientos usados para conseguir el objetivo del rol; como sentimientos emocionales relacionados con el cumplimiento del propio rol(33). En contraste con los resultados obtenidos se puede evidenciar que el comportamiento frente al familiar del paciente es percibida como favorable, esto nos indica que la enfermera al interactuar con los familiares está informado sobre los cuidados que se brinda, la visita familiar y es invitado a participar en el cuidado del familiar enfermo y se respecta las manifestaciones religiosas; comparado con la realidad, en los servicios hospitalarios siempre está un familiar que ayuda en el cuidado del paciente en especial en horas de la noche, y al estar cerca del paciente muchas veces está enterado de los problemas o sucesos que ocurre en el paciente; sin embargo, no se debe olvidar que el familiar está reconocido como un paciente o cliente que necesita de cuidados de enfermería y de autocuidados, para convertirse en un estímulo favorable para la recuperación de la salud del paciente(34).

TABLA 4

PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO ENFERMERO HUMANIZADO
EN LA DIMENSIÓN INTERDEPENDENCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL III ESSALUD PUNO.

INTERDEPENDENCIA	N°	%
FAVORABLE	9	16.98
DESFAVORABLE	44	83.02
TOTAL	53	100.00

Fuente: Cuestionario de Percepción del familiar sobre el cuidado enfermero humanizado

Los resultados de la tabla 4 muestran que el 83.2% de los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, perciben sobre la dimensión interdependencia del cuidado enfermero humanizado de forma desfavorable, solo un 16.98% lo percibe favorablemente.

En el modo de la interdependencia, las enfermeras se centran en las interacciones relacionadas con dar y recibir amor, respeto y ánimo. La necesidad subyacente para un grupo es el contexto social. Esto proporciona el contexto del modo de interdependencia a nivel del grupo, por ello, las personas son la clave en el modo de interdependencia tanto para los individuos como para los grupos. Cada persona tendrá habilidades de convivencia que incluirán conocimientos, destrezas, convencimientos y actitudes (35). El conocimiento de este modo a la hora de brindar cuidados humanizados, la enfermera brindará un cuidado humanizado; en contraste con esta teoría, el cuidado al familiar según el modo de interdependencia fue desfavorable; indicativo que las enfermeras no fueron

orientados a permanecer mayor tiempo con su familiar y mantener informado sobre su ausencia y visita próxima, situación que origina la percepción desfavorable.

TABLA 5

PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO ENFERMERO HUMANIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL III ESSALUD PUNO.

CUIDADO HUMANIZADO	N°	%
FAVORABLE	29	54.72
DESFAVORABLE	24	45.28
TOTAL	53	100.00

Fuente: Cuestionario de Percepción del familiar sobre el cuidado enfermero humanizado

Al describir los resultados de la percepción sobre el cuidado humanizado por el familiar, un 54.72% percibe el cuidado humanizado como favorable en cambio el 45.28% percibe que es desfavorable.

El cuidado humanizado es una necesidad que urge en la práctica profesional y esto se evidencia en las políticas, disposiciones normativas establecidas por las entidades de salud que velan por el derecho de los pacientes y garantizan la calidad del servicio que se brinda (36). Bajo esta teoría, se infiere que el cuidado humanizado que brinda la enfermera al familiar del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos es favorable, sin embargo, la percepción desfavorable del cuidado en cerca de la mitad de los familiares es preocupante, lo que significa que aún existen aspectos que no se está aplicando al momento de brindar el cuidado. Bajo el Modelo de Roy, se debe considerar cinco

elementos, las que deben ser reconocidas por la enfermera como: la persona que cuida (paciente), buscar el cambio o que el paciente se adapte (meta), lograr la recuperación del paciente (salud), observando las condiciones y circunstancia que influyen que rodea y afectan el desarrollo y conducta de la persona y la dirección de las actividades para facilitar la adaptación. Comparando con el estudio de Montes en cierta medida presenta semejanza, porque el autor demostró que el profesional brinda apoyo emocional, trato cálido, cuidado humanizado, percibiendo así actitud favorable con relación a la atención enfermera-paciente familiar. Sin embargo es diferente con los resultados reportados por Martínez, demostró que la percepción de los familiares del paciente crítico en el servicio de medicina fue medianamente favorable a desfavorable.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Del total de familiares encuestados sobre la percepción del cuidado enfermero humanizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital III ESSALUD Puno, la mayoría percibe que es favorable; sin embargo, un porcentaje importante lo percibe de manera desfavorable.

SEGUNDA:

La percepción de los familiares sobre el cuidado enfermero humanizado en la dimensión necesidades fisiológicas, es a predominio favorable, siendo en menor porcentaje desfavorable.

TERCERA:

Los familiares de los pacientes hospitalizados en la unicidad de cuidados intensivos perciben que el cuidado enfermero humanizado en la dimensión auto concepto es desfavorable mayoritariamente, en tanto que la percepción favorable se presenta en un poco más de la tercera parte de los familiares.

CUARTA:

Respecto a la percepción del familiar sobre el cuidado enfermero humanizado en la dimensión dominio de rol en la unidad de cuidados intensivos es favorable predominantemente; mientras, que la percepción desfavorable se presenta en menos de la tercera parte de los familiares.

QUINTA:

La percepción del familiar sobre el cuidado enfermero humanizado en la dimensión interdependencia es favorable de manera predominante; mientras, menos de la quinta parte de los familiares perciben que es desfavorable.

RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del Hospital III EsSalud, en coordinación con la oficina de capacitación se sugiere programar talleres de capacitación sobre el cuidado humanizado, con la finalidad de mejorar la percepción de los familiares.
2. A los profesionales de enfermería que laboran en la unidad de cuidados intensivos se sugiere brindar atención humanizada de forma integral, considerando con responsabilidad respetando el contexto social y cultural.
3. Los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos para dar cumplimiento al cuidado humanizado en la dimensión dominio de rol, se sugiere mejorar la información sobre los cuidados y la participación en el cuidado del familiar enfermo.
4. Los profesionales de enfermería con la finalidad de mejorar el cuidado humanizado en la dimensión de interdependencia, proveer una información sobre fueron orientados a permanecer mayor tiempo con su familiar y mantener informado sobre la interacción entre familia y paciente.
5. A los profesionales de enfermería se sugiere considerar otras investigaciones a futuro, como, por ejemplo: hacer reuniones donde se escuchen las ideas de los especialistas y a la vez publicar esas ideas en la herramienta que hoy en día utilizamos (las redes sociales) para así hacer un eco de proyectos e iniciativas de humanización en diferentes ámbitos de salud.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Sebastiani RW. Atendimiento psicológico no centro de terapia intensiva.
In: Camon VAA. Psicología hospitalar: teoría e práctica. São Paulo:
Pioneira Thompson Learning; 2002. p.29-71.
2. Márquez M. La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la
unidad de cuidados intensivos. Tesis Maestría. Universidad nacional de
Colombia. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/8923/1/539569.2012.pdf>
3. Barbosa de Pinho L, Acevedo S. Significados y percepciones sobre el
Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Index
Enferm vol.15 no.54 Granada oct. 2006.
4. Chavarry P. Introducción a los modelos y Teorías de enfermería. Lima,
Perú: Universidad Alas Peruanas; 2008
5. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las
enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta paul. Enferm. 2007;20(4):
499-503
6. Márquez M. La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la
unidad de cuidados intensivos. Tesis Maestría. Universidad nacional de
Colombia. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/8923/1/539569.2012.pdf>

7. Barbosa de Pinho L, Acevedo S. Significados y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Index Enferm vol.15 no.54 Granada oct. 2006.
8. Montes S. Intervención de enfermería ante la crisis situacional percibida por los familiares con pacientes críticos según el modelo Jean Watson en una IPS III nivel de Cartagena de Indias. 2013. [Tesis de bachiller en enfermería].Colombia: Corporación Universitaria Rafael Núñez. 2013
9. Martínez K. Percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un hospital nacional de lima – 2014. Tesis Facultad de Enfermería Universidad Nacional de San Marcos. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4258/1/Martinez_ak.pdf
10. Whittaker J. Psicología. 4ta Edición Interamericana, México D.F. 1986.
11. Hagei J. Percepción de pacientes y familiares sobre el cuidado que brinda el interno de enfermería de la UNMSM en los Servicios Generales del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Escuela profesional de enfermería. Universidad Nacional de San Marcos. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/496/1/hagei_rj.pdf

12. Garzón N. Fortalecimiento de la Ética y Bioética en la Educación y en las prácticas de Enfermería. Bogotá: ACOPAEN; 1999

13. Manual General de Enfermería. Humanización del Cuidado. Disponible en:

http://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/humanizacin_del_cuidado.pdf

14. Andrade M. Percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en una institución de salud en Lima. 2015. Escuela profesional de enfermería Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Pp. 83. Lima Perú. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5852/1/Andrade_m.pdf

15. Gomes M. “X Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud” “IX Conferencia Nacional e Internacional de Calidad en Salud”. OPS/OMS. Perú 2013. Disponible en:

http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/ix_conferencia/26sep/Calidad_y_Humanizacion%20-%20Dra%20Gomez%20OPS.pdf

16. Arias M. La ética y humanización del cuidado de enfermería. Bogotá: Tribunal Nacional Ético de Enfermería; 2007.

17. Goldenberg, D. S. "La familia, un paciente olvidado", Revista Rol de Enfermería, 223: 25-30, 1997.
18. Lorraine, M. W. and Leahey, M. "Trends nursing of families", Journal of Advances Nursing, 15: 148-154, 1990.
19. Pérez B. El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. Facultad de Enfermería, Universidad de La Sabana. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/19/37>
20. Roy D. El modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades. Cultura de Cuidado 1° y 2.° Semestres 2000 • Año IV - N.~ 7 y 8
21. Roy D. El modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades. Cultura de Cuidado 1° y 2.° Semestres 2000 • Año IV - N.~ 7 y 8
22. Roy D. El modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades. Cultura de Cuidado 1° y 2.° Semestres 2000 • Año IV - N.~ 7 y 8
23. Adams E. El Cuidado de Calista Roy. 14 Junio 2012 Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/callista-roy.html>

24. Muñoz Y, Coral R, Moreno D, Pinilla D, Suárez Y. Significado del cuidado humanizado en egresadas de la Facultad de Enfermería. Rev Repertorio de Medicina y Cirugía. 2009; 18(4):246-250.
25. Wade GH, Kasper N. Nursing Students' Perceptions of Instructor caring: An Instrument based on Watson's Theory of Transpersonal Caring. Journal of Nursing Education 2006;45(5): 162 – 168.
26. Perdomo-Cruz RG. Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos. En: Aguilar GCR et al. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. Med Crit 2017;31(3):171-173
27. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva SATI. Terapia intensiva. 5a edición. Argentina: Editorial Panamericana; 2015. p. 1203.
28. Hagei J. Percepción de pacientes y familiares sobre el cuidado que brinda el interno de enfermería de la UNMSM en los Servicios Generales del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú 2008.
29. Hagei J. Percepción de pacientes y familiares sobre el cuidado que brinda el interno de enfermería de la UNMSM en los Servicios Generales del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Escuela profesional de enfermería. Universidad Nacional de San Marcos. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/496/1/hagei_rj.pdf

30. Roy D. El modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades. Cultura de Cuidado 1° y 2.° Semestres 2000 • Año IV - N.~ 7 y 8
31. Roy D. El modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades. Cultura de Cuidado 1° y 2.° Semestres 2000 • Año IV - N.~ 7 y 8
32. Manual General de Enfermería. Humanización del Cuidado. Disponible en:
http://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/humanizacin_del_cuidado.pdf
33. Roy D. El modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades. Cultura de Cuidado 1° y 2.° Semestres 2000 • Año IV - N.~ 7 y 8
34. Pérez B. El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. Facultad de Enfermería, Universidad de La Sabana. Disponible en:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/19/37>
35. Roy D. El modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades. Cultura de Cuidado 1° y 2.° Semestres 2000 • Año IV - N.~ 7 y 8

36. Guerrero R, Meneses M, De la Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. LimaCallao, 2015. Rev enferm Herediana. 2016;9(2):133-142.

ANEXOS

CUESTIONARIO

Percepción del familiar sobre el cuidado enfermero humanizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital III Puno ESSALUD

INSTRUCCIONES:

El siguiente cuestionario tiene como objetivo obtener información sobre la percepción que tiene usted respecto a los cuidados que brinda la enfermera a su familiar y a Ud., según lo que observa cuando estuvo de visita en el servicio.

Lea bien y detenidamente cada uno de los siguientes enunciados y marque con un aspa en los recuadros indicando presencia (SI) o ausencia (NO) de los enunciado. Por cada enunciado tendrá solo una alternativa de respuesta. Le pedimos completa sinceridad a la hora demarcar las respuestas.

Le recordamos que toda la información brindada será anónima, confidencial y no repercutirá en la atención que se le brinda a su familiar hospitalizado. Gracias.

DATOS GENERALES:

1. **Género:** a. Femenino () b. Masculino ()
2. **Su parentesco con el paciente es:** a. Cónyuge () b. Hijo (a) ()
c. Padre-madre () d. Hermano (a) e. Amigo (a)
3. **¿Vive usted en la actualidad con el paciente?**
a. Si () b. No ()
4. **¿Cuál es su grado de Instrucción?**
a. Primaria () b. Secundaria () c. Técnico ()
d. Tecnólogo () e. Universitario () f. Ninguno ()

El enfermero o enfermera:

N°	INTERROGANTES	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	Se dirige a Ud. Por su nombre y apellidos		
2	Le pregunta cómo se siente.		
3	Le habla de forma clara y sencilla		
4	Le informa sobre los cuidados que se le brinda a su familiar.		
5	Le pide el consentimiento para los procedimientos que se le realizaran a su familiar		
6	Le hace participar en los cuidados de su familiar		
7	Hace uso de medidas de bioseguridad (guantes, mascarilla, mandilón o canguro) cuando se le practican algunos procedimientos a su familiar.		
8	Le proporciona un ambiente en el que se respeta su intimidad.		
9	Acude a su llamado cuando tiene necesidad.		
10	Le motiva a expresar sus dudas y sentimientos.		
11	Le da apoyo cuando se encuentra triste y angustiado.		
12	Escucha las sugerencias que Ud. hace sobre los cuidados de su familiar		
13	Le da recomendaciones para cuidar a su familiar en el hogar.		
14	Le informa sobre el inicio y término de la visita familiar.		
15	Le permite permanecer mayor tiempo con su familiar.		
16	Respeta sus manifestaciones religiosas.		
17	Respeta sus creencias acerca de la enfermedad de su familiar		
18	Le informa donde va a estar y cuándo volverá.		

MODOS DE ADAPTACIÓN	ITEMS	TOTAL ITEMS
Necesidades fisiológicas	7,8	2
Auto concepto	1,2,3,9,10,11,12,17	8
Dominio de rol	4,5,6,13,14,16	6
Interdependencia	15,18	2

