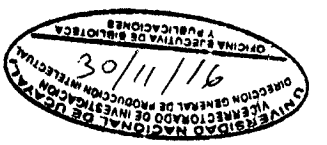
UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA E INTERDISCIPLINARIAS





"PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE ADULTO CRÍTICO, RESPECTO A LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL AMAZÓNICO – YARINACOCHA, 2015".

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD, MENCIÓN EN:

"CUIDADOS INTENSIVOS - ADULTO"

AUTORA : Lic. Enf. WENDY RENGIFO IJUMA

ASESORA : Dra. YOLANDA GLADYS SANTOS VILLEGAS

PUCALLPA – PERÚ
2016

Esta Tesis titulada: "PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE ADULTO CRÍTICO, RESPECTO A LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL AMAZÓNICO – YARINACOCHA, 2015", fue aprobada por el Jurado Evaluador:

.....
Mg. Rolinda Falcón Riva Agüero
Presidente

.....
Dr. Cesar Emigdio Llaja Rojas
Miembro

.....
Mg. Gaby Luz Panduro Salas
Miembro

DEDICATORIA

A mi familia que me da el aliento día a día para alcanzar mis metas como profesional y como persona.

A los docentes de la especialidad "Cuidados Intensivos – Adulto" de quienes aprendí con esmero lo más importante en la vida "a valorar a la persona humana de una manera integral y holística".

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Ucayali – Facultad Ciencias de la Salud, por la nueva oportunidad que nos da para seguir estudiando y profundizar nuestros saberes así dar una atención de calidad a los pacientes.

A las familias de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Amazónico – Yarinacocha, por participar en el presente estudio de manera desinteresada.

A los Jurados Evaluadores, quienes dieron la orientación correspondiente para desarrollar este estudio en el marco metodológico universal de la investigación científica.

A la asesora, Dra. Yolanda Gladys Santos Villegas, por las sabias orientaciones y también me alentó para culminar este estudio.

RESUMEN

El objetivo fue determinar la percepción del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015, considerando que la enfermera intensivista deberá cuidar al unísono a la persona que está hospitalizada en la UCI y a sus familiares como un solo núcleo de cuidado, lo que facilita a ésta comprender las dificultades socio emocionales surgidas en el grupo familiar como una totalidad, permitiendo darles apoyo más decidido y comprometido durante el proceso de adaptación a la nueva situación que confrontan. Metodología: Tipo de estudio descriptivo, transversal, con una muestra de 25 familiares de 25 pacientes. Se aplicó una encuesta tipo Likert como instrumento con 24 reactivos, la técnica fue la observación y la entrevista. El instrumento fue validado por juicios de expertos y contenía tres dimensiones: Comunicación verbal - no verbal y apoyo emocional. Resultados: La percepción del familiar del paciente adulto en estado crítico acerca de la intervención de enfermería fue favorable en el 60% para las dimensiones de comunicación verbal y apoyo emocional, mientras que el 52% fue indiferente en la dimensión comunicación no-verbal, actitud relacionada con las expresiones corporales, muestras de enfado e indiferencia, no da atención ante una interrogante del familiar, no les mira, actitudes que se contraponen a las que muestran aquellas enfermeras (os) que tienen interés, empatía, se expresan con un gesto amable y tolerante. Conclusiones: El familiar percibe que no está recibiendo buen trato, por lo que la enfermera (o) no estaría cumpliendo con el cuidado integral y holístico a la familia-paciente en la UCI.

Palabras clave: Familiar del paciente adulto crítico, intervención de enfermería, apoyo emocional.

ABSTRACT

The aim was to determine the perception of the relative of the adult critical patient, with regard to the intervention of infirmary in the unit of intensive care of the Amazonian Hospital - Yarinacocha, 2015, considering of that the nurse intensivista will have to take care to the unison to the person who is hospitalized in the UCI and to his relatives as the alone one core of care, which facilitates this one partner understands the emotional difficulties arisen in the familiar group as a totality, allowing to give them support more determined and compromised during the process of adjustment to the new situation that they confront. Methodology: Type of descriptive, transverse study, with a sample of 25 relatives of 25 patients. A survey applied to itself type Likert as instrument with 24 reagents, the technology was the observation and the interview. The instrument was validated by experts' judgments and it was containing three dimensions: verbal Communication - not verbal and emotional support. Results: The perception of the relative of the adult patient in critical state brings over of the intervention of infirmary it was favorable in 60 % for the dimensions of verbal communication And emotional support, whereas 52 % was indifferent in the dimension non-verbal communication, attitude related to the movements, samples of anger and nonchalance, does not give attention before the questioning one of the relative, does not look at them, attitudes that oppose to which they prove to be those nurses (you) who have interest, empathy, they express with a nice and tolerant gesture. Conclusions: The relative perceives that it is not receiving good treatment, for what the nurse (o) would not be fulfilling with the integral and holistic care to the family - patient in the UCI.

Key words: patient's family of the adult critical patient, intervention of infirmary, emotional support.

INDICE

	Pg.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INDICE	vi
INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO I: MARCO TEORICO	13
1.1. ANTECEDENTES:	
1.1.1. Internacionales	13
1.1.2. Nacionales	17
1.1.3. Locales	19
1.2. BASES TEÓRICAS	20
1.2.1. Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	20
1.2.2. Paciente adulto crítico en la UCI	21
1.2.3. El paciente crítico en la UCI y su familia	21
1.2.4. Intervención de enfermería en la UCI	23
1.2.5. Percepción de la familia sobre la intervención de enfermería	26
1.2.5.1. Comunicación verbal	28
1.2.5.2. Comunicación no verbal	28
1.2.5.3. Apoyo emocional	30
1.2.6. Importancia de la comunicación de la enfermera (o) con la familia del paciente crítico.	31
1.3. MARCO CONCEPTUAL	33
1.3.1. Definición de términos	33
CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO	
2.1. AMBITO	36

2.2. POBLACION 37
2.3. MUESTRA 38
2.4. NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO 38
2.5. DISEÑO DE INVESTIGACION 38
2.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS 38
2.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS 40
2.8. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS 40

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN 41
RESULTADOS 42
DISCUSIÓN 42

CONCLUSIONES 65

RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS 66

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 67
ANEXOS 70

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de los familiares del paciente adulto crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Amazónico -2015 42

Tabla 2. Percepción según la edad del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI*, dimensión comunicación verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015 44

Tabla 3. Percepción según la edad del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación no verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015 46

Tabla 4. Percepción según la edad del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión apoyo emocional, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015 48

Tabla 5. Percepción según sexo del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015 50

Tabla 6. Percepción según sexo del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación no verbal verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015 52

Tabla 7. Percepción según sexo del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión apoyo emocional, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015 54

Tabla 8. Percepción según grado de instrucción del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015 56

Tabla 9. Percepción según grado de instrucción del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación no verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015 58

Tabla 10. Percepción según grado de instrucción del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión Apoyo emocional, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015 60

Tabla 11. Percepción del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, según dimensiones, Hospital Amazónico - Yarinacocha, 2015 62

INDICE DE GRAFICOS

Graf. 1. Percepción según la edad del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI*, dimensión comunicación verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015 44

Graf. 2. Percepción según la edad del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación no verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015 46

Graf. 3. Percepción según la edad del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión apoyo emocional, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015 48

Graf. 4. Percepción según sexo del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015 50

Graf. 5. Percepción según sexo del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación no verbal verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015 52

Graf. 6. Percepción según sexo del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión apoyo emocional, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015 54

Graf. 7. Percepción según grado de instrucción del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015 56

Graf. 8. Percepción según grado de instrucción del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación no verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015 58

Graf. 9. Percepción según grado de instrucción del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión Apoyo emocional, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015 60

Graf. 10. Percepción del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, según dimensiones, Hospital Amazónico - Yarinacocha, 2015 62

INTRODUCCIÓN

La ONU define a la familia como un "grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general a la cabeza de familia, esposa e hijos solteros que convive con ellos". En ella hay lazos de interacción, afecto e intimidad, hay funcionamiento de grupo con características comunes de quienes conviven bajo un mismo techo. La familia lucha al afrontar la experiencia de tener un ser querido gravemente enfermo y su unidad social está íntimamente conectada a través del amor, los lazos legales o ambos[1].

La familia es un sistema abierto y funciona como unidad. La aplicación de la Teoría General de los Sistemas a la familia muestra la necesidad de centrar en ella la atención. En efecto, según dicha teoría, un sistema es una complejidad organizada cuyo comportamiento está determinado por la interacción entre varios componentes[2], siendo entre ellos la comunicación.

No obstante; la familia afronta situaciones de crisis, sentimientos y reacciones de diferente intensidad tales como miedo, ansiedad, culpa, enojo, angustia, entre otros; es decir afronta 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 quien permanece al cuidado del paciente y debe demostrar en su actitud para con el paciente y 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.[3]

Según Cianciarullo, citado por Santos, C., Shiratori, K. (2008): "La comunicación es un acto intrínseco al existir del ser humano", quien tiene necesidad de comunicarse, pues él mismo vive en un sistema social, donde existe la interdependencia entre los hombres, para alcanzar un objetivo en común, tornando al hombre un ser sociable, así mismo la comunicación ocurre de dos formas específicas: la comunicación verbal y la no verbal. La verbal es aquella que se transmite a través del lenguaje escrito o dicho, por medio de los sonidos y de las palabras, la no verbal entiende las expresiones emitidas por las actitudes corporales, que no se puede transmitir con palabras. Esta forma de

comunicación es, en la mayoría de las veces, emitida por el cuerpo sin que nosotros seamos conscientes de eso que estamos emitiendo.[4]

La forma de comunicación no verbal gana importancia porque puede confirmar o negar el mensaje transmitido a través de la expresión verbal y también por el hecho de estar siempre presente, esté la comunicación verbal siendo emitida o no. De esta forma, cuando el equipo de enfermería consigue comunicarse con el cliente imposibilitado de expresarse verbalmente, el equipo comienza a interaccionar con el mismo, posibilitando una mejor integración Enfermería-paciente, o sea, proporcionando una relación social con un individuo que muchas veces está enfermo y fuera de su ambiente social. Así al establecerse la comunicación, esta puede disminuir el estrés, la angustia, la ansiedad, el miedo, la tristeza y la depresión del paciente que antes no lograba interaccionar con los profesionales.[5]

De otra parte, el personal de enfermería debe hacer todo lo posible por prestar atención al paciente como ser humano apoyando y ayudando a él y a su familia a afrontar la gravedad, utilizando todos los medios necesarios para superar tal crisis, entendiendo que, las intervenciones del profesional de enfermería, implica aplicar medidas terapéuticas inmediatas ayudando al paciente y familia a enfrentar la situación causante de estrés a fin de restablecer el equilibrio familiar y la recuperación del paciente.

Sin embargo; la familia y sus necesidades se valoran de forma poco sistemática por parte de los profesionales de la unidad, a pesar de ser posible que se pueda contribuir a satisfacer necesidades de afrontamiento ante la crisis situacional como el sufrimiento físico, espiritual y moral, como respuesta a la percepción de una amenaza[6]. Por todo ello, se desarrolló el presente estudio de investigación, considerando lo importante que es conocer y valorar la percepción que tiene la familia del paciente crítico de quienes buscan posibles explicaciones a esta situación súbita e inesperada, además de demandar la pronta recuperación de su familiar que se encuentra en estado crítico.

Por eso a continuación se presenta los capítulos del presente estudio dividido en capítulos siguiendo el orden metodológico:

Capítulo I: Marco Teórico, en el que se alcanzan los antecedentes de la investigación, la base teórica y el marco conceptual.

Capítulo II: Marco Metodológico, comprende la descripción desde el ámbito del estudio hasta el análisis de los datos.

Capítulo III: Resultado y Discusión. En este apartado se presentan los resultados del estudio en tablas y gráficos según los objetivos del estudio; asimismo se alcanza la discusión de los resultados como producto de la comparación con los de otros investigadores.

Al final se presentan las conclusiones y recomendaciones a las que se arribó luego de los resultados encontrados.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES:

1.1.1. Internacionales

Santos, C., Shiratori, K. (2008), realizaron en Brasil, un estudio de investigación titulado "Comunicación no verbal: su importancia en los cuidados de enfermería", con el objetivo de identificar el significado de la comunicación no-verbal para los académicos de enfermería, y analizar la influencia de la misma en el cuidado de enfermería. Metodología: el enfoque metodológico utilizado fue el cualitativo, y se aplicó la dinámica de sensibilidad como estrategia para la recopilación de datos. Resultados: Las categorías de análisis que emergieron fueron: Habilidad y Perfeccionamiento Profesional y Aproximación Enfermero–Cliente. Se identifican la importancia y la influencia de la comunicación no-verbal durante la asistencia, sin embargo, existe la necesidad de ampliar el conocimiento del proceso de comunicación no-verbal para la implementación del cuidado de enfermería.[7]

Uribe, Muñoz & Restrepo (2004), investigaron en Colombia: "Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular". El objetivo general fue determinar la percepción de los sentimientos familiares manifestados en la situación crítica de un familiar enfermo cardiovascular (CV) hospitalizado en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Metodología: El estudio fue retrospectivo, interpretativo y fenomenológico. Se inició en febrero del 2003 y se terminó en febrero de 2004, la población y muestra estuvo conformada por 15 familiares allegados a pacientes críticos cardiovasculares de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), Clínica Bolivariana (CUB). Se consideraron los sentimientos de los familiares. La mayoría eran mujeres, casadas y amas de casa, entre 31 y 50 años, de estrato 2 y católicas, con hijos preescolares y adolescentes; su rol:

mantenimiento de la motivación, la moral, la conservación física y el orden. Resultados: El estudio, permitió comprender el gran aprecio por el familiar enfermo, los pacientes manifestaron lo poco que fueron tenidos en cuenta y expresaban espontáneamente temor y tristeza. Los sentimientos se reviven a pesar del tiempo. Sus expectativas fueron de esperanza y percepción de muerte. Había aflicción, angustia, fe o esperanza en Dios, fortaleza, un gran desconocimiento de la enfermedad del familiar, algunos hablaban con propiedad, otros daban datos de lo que oían y muchos expresaban preocupación, ansiedad y, en especial, la preocupación por la gran responsabilidad de tomar decisiones. Conclusiones: La mayoría estaban satisfechas por la forma como cuidaban a su familiar enfermo; expresaron lo bien que se sintieron por el espacio brindado para comentar sus experiencias. Se propone la "alfabetización emocional" para el personal que participa en el proceso y su intervención con los familiares.[8]

Pérez, Rodríguez, Fernández, Catalán & Montejo (2004), desarrollaron el estudio: "Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en el Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid – España", con el objetivo de valorar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una UCI respecto al entorno asistencial y a la información recibida. Metodología: El diseño del estudio fue prospectivo, descriptivo durante un período de 4 meses. Muestra: 55 pacientes. Aplicaron una encuesta con 40 preguntas a los familiares de primer grado de los pacientes a los 15 días del alta de la unidad. La recogida de los datos se efectuó mediante entrevista personal o telefónica. Resultados. Los motivos más frecuentes de ingreso fueron: insuficiencia respiratoria grave, patología neurológica y sepsis de diverso origen.. El tiempo medio (DE) de estancia en la UCI fue de 8,8 (8) días. Resultados: El 98% consideró óptimos la limpieza y el orden de la UCI. El nivel de ruido y la iluminación ambiental se valoraron positivamente. El 89% consideró la información médica diaria clara y el 82%, adecuado el horario de información. La información diaria acerca de los procesos de cuidados de enfermería se valoró como fluida y adecuada. Se detectó un elevado porcentaje de respuestas que indicaban la necesidad de ampliar el tiempo de permanencia con su familiar. Conclusiones: La relación de la enfermera con los familiares de

los pacientes fue valorada positivamente. Se detectó la necesidad de realizar mejorar estructurales en la UCI y modificar el régimen de visitas.[9]

Gálvez, Fernández, Muñumel, Ríos, Fernández & Del Águila (2011), investigaron en Andalucía-España, sobre la "Participación familiar en el cuidado del paciente crítico", con el objetivo de reorientar las políticas de relaciones con los familiares de pacientes críticos y replantear estrategias en la flexibilización de las visitas. Metodología: El tipo de estudio fue analítico (estudio de caso) con método biográfico, el fenómeno del acompañamiento familiar al paciente moribundo ingresado en esta área desde la perspectiva enfermera. La técnica de recogida de datos empleada fue la entrevista en profundidad. La entrevista fue grabada y transcrita literalmente. Los datos recogidos fueron verificados por la informante y analizados siguiendo los pasos propuestos por Taylor-Bogdan. Resultados: La categoría central que emerge del análisis del discurso es la conceptualización de las debilidades y amenazas en torno al acompañamiento familiar, que la informante percibe en forma de barreras y relaciona con sus propias creencias y valores, con el rol de la familia en la sociedad actual y con posibles soluciones a los problemas percibidos. La principal barrera documentada tiene que ver con la falta de conexión entre la información que reciben los familiares y la que poseen los profesionales de enfermería con respecto al área de información médica. Conclusiones: Los resultados de este estudio esclarecen las dificultades que tienen las enfermeras de las unidades de cuidados críticos a la hora de atender a las familias cuyos miembros están en proceso de muerte. Deberíamos optar por modelos centrados en la relación paciente-familia aunque suponga un desafío para la cultura biomédica actual.[10]

Cañadas-Núñez, Ferre-Pérez, Fernández-García, Plaza-del Pino, Jiménez-García, & Subirá-Imbernón (2007), realizaron el estudio de investigación en Almería-España: "La Humanización del cuidado. Un imperativo en cuidados intensivos". En las unidades de cuidados críticos el objetivo inmediato es asegurar la supervivencia del paciente dando una asistencia de calidad mediante unos cuidados que son el pilar de sustento del pensamiento enfermero. Un cuidado humanizado es imperativo ético y legal, por ello, debemos crear unidades donde impere la calidez terapéutica. Unos cuidados integrales conllevan necesariamente implícita a la familia del paciente, aún

cuando eso ocasione mayores cargas de trabajo y romper con las sólidas normas que han imperado en las UCI. En este trabajo pretendemos dar a conocer los resultados de las medidas adoptadas hace ahora 12 meses en la UCI del Hospital Torrecárdenas de Almería (España). Las medidas han consistido en la implementación de la figura de la enfermera referente, la elaboración de una guía de información familiar e información familiar enfermera reglada que han ido destinadas a humanizar aún más los cuidados enfermeros desde una perspectiva integral donde la familia es parte de nuestro paciente y por tanto recibe, como integrante de nuestro plan de cuidados, atención personalizada por parte del equipo enfermero.[11]

Campo & Cotrina (2011), estudiaron en Santiago de Chile sobre: "Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica", con el objetivo de conocer cómo ayudan las enfermeras de la UCI a las familias para que éstas realicen un afrontamiento eficaz de la pérdida de un ser querido. Material y método: estudio descriptivo-cualitativo en el que se intenta explorar cómo se ven las enfermeras a sí mismas (marco subjetivo) y qué dificultades tienen en los momentos de aportar soporte emocional a las familias en situaciones críticas (contexto), la población y muestra estuvo representada por 10 enfermeras de la UCI. La recolección de la información se realizó a través de una entrevista enfocada, diálogo intersubjetivo informantes-investigadora y se creó un ambiente cercano, de confianza y respeto, participaron diez enfermeras que trabajan en UCI y la selección de los participantes se realizó de manera intencional considerándose los criterios: participación voluntaria y la disponibilidad de tiempo suficiente para realizar la entrevista. Conclusiones: Las enfermeras se sienten responsables de los cuidados que las familias en situación de duelo necesitan, suministran el cuidado acercándose a ellos, respondiendo a preguntas. Es un cuidado que no está protocolizado y que depende de la seguridad y de las habilidades de cada enfermera.[12]

Llamas-Sánchez, Flores-Cordón, Acosta-Mosquera, González-Vázquez, Albar-Marín & Macías-Rodríguez.(2009), estudiaron en Sevilla – España: "Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos", con el objetivo de conocer las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Críticos (UCC) y su satisfacción con la atención recibida. Metodología: El estudio es de tipo observacional transversal.

La muestra estuvo conformada por doscientos sesenta y ocho familiares seleccionados mediante un muestreo aleatorio sistemático. El instrumento fue la encuesta en base a la bibliografía. Resultados: se detectaron elevados niveles de satisfacción con la atención recibida y con el trato de las enfermeras. No obstante, se observaron deficiencias en la identificación de todos los profesionales, el régimen de visitas, las condiciones físicas de la sala de espera y la intimidad en el entorno de cuidados del paciente. Conclusiones. Una de las principales necesidades de los familiares es pasar más tiempo con los pacientes. En cuanto a la información, debería revisarse su accesibilidad fuera del horario de visitas, y la que se ofrece sobre los cambios imprevistos en la evolución de los pacientes. Respecto a la satisfacción, en general, los familiares se mostraron altamente satisfechos con la atención recibida, sobre todo con el trato de las enfermeras. Se debe favorecer la participación de la familia en los cuidados del paciente, además, todas las áreas de mejora que se evidenciaron, precisan de una urgente revisión, en especial, el régimen de visitas.[13]

1.1.2. Nacionales

Reyes M., Colonia K. & Reyes R. (2010), estudiaron en la ciudad de 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", con el objetivo de determinar la percepción de los familiares del paciente crítico sobre el apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Material y métodos: El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 50 familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI, determinada mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario con 19 ítems, elaborado por los autores. Resultados: El 64% de los familiares percibe favorablemente el apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la UCI y el 36% lo percibe en forma desfavorable. En relación al aspecto emocional, el 96% tiene una percepción de favorable a muy favorable. En el aspecto instrumental, se evidencia que los familiares tienen una percepción de favorable a muy favorable, en las dimensiones de información sobre los medios diagnósticos con un 100%, 94% y 52% respectivamente. Por el contrario, el 60% tiene una percepción indiferente en la

dimensión de información y el 50% tiene una percepción de desfavorable a muy desfavorable en la dimensión de flexibilidad en la visita a los familiares. Se concluye que la percepción que tienen los familiares del paciente crítico sobre el apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la UCI es favorable.[14]

Franco R. (2004), realizó en Lima, el estudio de investigación: "Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención que realiza la enfermera durante la crisis situacional en la UCI Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – abril 2003". El objetivo fue determinar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional. El método fue el descriptivo de corte transversal, tipo cuantitativo. La población estuvo conformada por 24 familiares de los pacientes de la UCI. La técnica fue la entrevista y el instrumento la escala modificada de lickert. Resultados: el 37.5% (9) refirieron una percepción favorable, 3.3% (8) desfavorable, y 29.2% (7) indiferente, es decir que las enfermeras no orientan a la familia sobre la forma de hacer frente a los sentimientos de angustia, no tienen un tono cálido y no tranquilizan con palabras de aliento. Los aspectos desfavorables e indiferentes en el área de comunicación verbal fueron que las enfermeras no preguntan sobre los problemas que enfrentan por su familiar, ni explican sobre los procedimientos que le realizan; en el área de comunicación no verbal no le mira de manera cálida al responder alguna inquietud del familiar y en el área de apoyo emocional no se acerca para tranquilizarlos. Los aspectos favorables en el área de comunicación verbal fueron que las enfermeras utilizan un lenguaje claro y sencillo al responder alguna inquietud al familiar, en la comunicación no verbal, presta atención cuando le preguntan algo, mientras que en el aspecto de apoyo emocional se muestran atentas y comprensivas. Se concluye que existe un porcentaje significativo de familias del paciente crítico que perciben como indiferente en las dimensiones de comunicación verbal y apoyo emocional; y prioritariamente desfavorable en la dimensión de comunicación no verbal; así mismo la intervención de enfermería tiene una tendencia prioritariamente hacia lo indiferente y desfavorable en aquellos familiares de sexo masculino, grado de instrucción superior, y entre adultos jóvenes.[15]

Hagei J. (2008), investigo en Lima: "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", con el objetivo de determinar y analizar la percepción de los pacientes y familiares sobre el cuidado que brinda el Interno de Enfermería. Metodología: El tipo de investigación fue cuantitativo y el método usado es descriptivo – transversal. La población lo conformó pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina y Cirugía y sus familiares. La muestra estuvo conformada por 40 pacientes y 40 familiares. La técnica fue la encuesta y el instrumento dos cuestionarios con enunciados para los pacientes diferentes al de los familiares con valores de respuesta: favorable y desfavorable. Resultados: El 50% de pacientes tuvo percepción favorable y el 50% desfavorable, respecto a los cuidados que brinda el interno de enfermería. Del 100% (40) familiares, el 72.5% (29) tienen una percepción desfavorable respecto a los cuidados que brinda el interno de enfermería, mientras que solo el 27.5% (11) familiares tiene una percepción favorable. Se concluye que existe la evidencia de indiferencia de los pacientes que perciben respecto al cuidado que brindan los internos, ya que para ellos su labor no tiene mayor trascendencia dentro del equipo de salud; mientras que para los familiares estos cuidados no influyen de manera significativa en el mejoramiento de la salud. Deduciendo que al Interno de Enfermería le falta mayor empoderamiento.[16]

2.1.3. Locales

Aún no se han encontrado estudios relacionados al tema de investigación.

1.2. BASES TEÓRICAS:

1.2.1. Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Las Unidades de Cuidados Intensivos son áreas hospitalarias especialmente diseñadas y programadas para la atención de pacientes graves con posibilidad de recuperarse, que son los llamados pacientes críticos o críticamente enfermos.

La UCI, se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico.[17]

Características de la atención de la enfermería en UCI

La enfermería de cuidados intensivos se caracteriza por llevar a cabo una valoración cuidadosa y continua del estado del paciente que generalmente es muy cambiante, lo que permite en otras cosas, evaluar la adecuación del tratamiento médico y sobre todo, "intervenir para prevenir situaciones potencialmente fatales".

Los cuidados intensivos de enfermería persiguen un objetivo: "suministrar atención de enfermería continua y óptima a pacientes en situaciones potencialmente mortales, permaneciendo alerta a las necesidades fisiológicas psicológicas y sociales del paciente como un ser integral".

La atención de enfermería en una unidad de cuidados intensivos, conlleva una serie de retos que se debe conocer:

a) El paciente
b) La familia del paciente
c) El reto profesional [18]

1.2.2. Paciente adulto crítico en la UCI

Un paciente adulto en estado crítico es aquel que se encuentra en edad que oscila entre 18 a 65 años de edad y presenta alteraciones vitales de uno o más sistemas que ponen en peligro su vida y que requiere de intervenciones inmediatas para corregir la condición que desencadenó el cuadro y dar así un manejo adecuado, ya que de lo contrario se perpetuaría su estado crítico y podría causarle la muerte.

"El paciente crítico se refiere al que tiene un riesgo vital importante. Un paciente puede llegar a un estado crítico por situaciones urgentes inesperadas: accidentes, atentados...No se prevén o situaciones programadas: un trasplante, una operación"[19].

Es evidente, que un paciente de estas características, representa un reto de enormes proporciones para el profesional de enfermería, ya que para llevar a cabo su cuidado, debe reunir los conocimientos y destrezas que le permitan valorar y corregir alteraciones en el funcionamiento de los sistemas y propender a su recuperación.

Las determinantes que configuran el paciente en estado crítico son aquellas alteraciones potenciales o reales de los sistemas fisiológicos mayores:

- Insuficiencia o inestabilidad de uno o más sistemas fisiológicos mayores, insuficiencia respiratoria aguda, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal aguda, hipovolemia, etc. Alto riesgo.
- Sistemas fisiológicos mayores con su estabilidad en peligro, arritmias potencialmente letales, paciente isquémico coronario, con infarto reciente, edad avanzada con patologías crónicas.[20]

1.2.3. El paciente crítico en la UCI y su familia

Las personas deben cumplir normalmente con numerosas tareas y compromisos en las distintas etapas de la vida, colegio, trabajo, familia, etc., que aseguren su desarrollo y desenvolvimiento normal en la sociedad; sin embargo esto puede verse alterado por la condición de enfermedad y más aún cuando es necesario el ingreso a un hospital.

Esta situación hace al individuo vulnerable a variados estímulos, condiciones e interrelaciones que se desarrollan en este medio en el que adopta o pasa ser incluido en el "status de paciente".

La necesidad de abandonar el hogar e ingresar al hospital acentúa la tensión inherente al padecimiento físico. Sus efectos pueden anticiparse algunas reacciones comunes ante la hospitalización; estas son:
***Angustia** por la separación*: es un sentimiento de inquietud relacionada con el hecho de abandonar el entorno familiar.

Soledad: ocurre cuando la persona echa de menos la compañía de otros. Es posible sentir soledad aún cuando se esté rodeado de gente.

Inseguridad: las rutinas y el entorno del hospital resulta por lo general extrañas a la mayoría de los pacientes.

El ***miedo*** a lo desconocido origina angustia e inseguridad. La enfermera está en posibilidad de mitigar la angustia de la persona, señalando a está la ubicación, tanto de la unidad de enfermeras como de su propio cuarto.

Privacía: los seres humanos imponen límites tanto reales como imaginarios, entre ellos y las demás personas, creando un área en la que se destaca la propiedad. Así, el individuo se rodea de un ambiente de seguridad: Existe la tendencia a proteger y defender este territorio, de cualquier amenaza externa. Cuando la persona es ingresada al hospital debe establecerse un nuevo territorio.

Pérdida de la identidad: Todas las personas necesitan estima y reconocimientos, estos pueden alcanzarse mediante el vestido, por ejemplo o por honores que se hayan conseguido. Cuando la persona es ingresada a una institución hospitalaria, los símbolos de su identidad pueden verse soslayados.[21]

Sin embargo, el proceso de la enfermedad afecta no sólo a la persona enferma, sino que se extiende al ámbito de las relaciones familiares.

Se entiende por "cuidador familiar", aquella persona que unida por vínculos de parentesco directo, asume la responsabilidad de atender las necesidades de la persona hospitalizada. Esto se traduce en una presencia física casi permanente en el entorno hospitalario, junto al paciente.

Se define participación familiar en el cuidado del paciente al proceso por el que uno o varios miembros significativos de la unidad familiar se involucran de forma voluntaria, gradual y guiada por la enfermera responsable del paciente, en el cuidado de su ser querido en función de sus posibilidades y la situación de éste. Se diferencia de la visita en que no ocurre de forma ocasional y sujeta a normas generales de la institución, sino que responde a un continuo establecido por el acuerdo entre el paciente, el equipo asistencial y el familiar individualizado a cada situación, cuya intencionalidad trasciende el mero acompañamiento y pretende la maximización de los posibles efectos beneficiosos derivados de la interacción directa entre seres queridos, sustentándose en el establecimiento de comunicación terapéutica y relación de ayuda.[22]

1.2.4. Intervención de enfermería en la UCI

Además de las intervenciones referidas a los procedimientos y actividades que demanda la suplencia de necesidades biológicas y físicas del paciente adulto crítico para ayudarlo a recuperar su salud, a continuación se detallan intervenciones de Enfermería que contribuyen a prevenir o aliviar los factores estresantes que afectan al paciente crítico. La enfermera (o) debe:

Identificar la percepción que el paciente tiene acerca del acontecimiento crítico.

La percepción del paciente dependerá de los siguientes factores:

- Personalidad individual.
- Herencia cultural.
- Nivel educativo.
- Exposición previa a sucesos similares.
- Nivel general de conocimiento de los procedimientos médicos.
- Ambiente hospitalario.

Este hecho provoca que distintos pacientes puedan considerar acontecimientos similares de forma muy diferente, lo que dará lugar a consecuencias diversas en términos de adaptación.

La enfermera (o) puede ayudar al paciente a manejar su interpretación subjetiva hacia una percepción realista del acontecimiento. Este enfoque desarrolla al máximo la capacidad del paciente para evaluar con realismo su situación y para formular expectativas futuras realistas.

Estimular al paciente para que exprese sus sentimientos.
Para ello es necesario crear una atmósfera de confianza y de aceptación. Hablar con el paciente de manera franca y honesta disminuye sus posibles sentimientos de despersonalización y ansiedad, además de prevenir el aislamiento social.

La expresión de sus propios sentimientos ayuda al paciente a identificar las razones por las que se siente o comporta de una forma determinada, que puede resultar extraña incluso para él mismo.

La enfermera (o) debe estar preparada (a) para acoger cualquier tipo de información cargada emocionalmente que pueda manifestar el paciente. Es importante conocer que la ira y la hostilidad pueden ser una consecuencia del temor que experimenta el paciente, así como la depresión y el retraimiento pueden ocultar sentimiento de desesperanza, soledad, impotencia o pérdida.

El reconocimiento de los sentimientos del paciente por parte de la enfermera, debe ir acompañado de una aceptación de los mismos como algo normal y esperado en este tipo de situaciones.

Los pacientes intubados merecen especial mención. Aunque pueden estar alerta y orientados, son incapaces de expresar libremente sus sentimientos. La enfermera debe evitar la tendencia natural a comunicarse menos con aquellos que no lo pueden hacer fácilmente, utilizando cuantos recursos sean necesarios para eliminar las barreras de comunicación.[23]

Proporcionar al paciente papel y lápiz, puede resultar muy útil en estos casos, sin embargo no es un método recomendado para expresar los sentimientos o preocupaciones personales. En este caso, para conocer el estado emocional del paciente, podemos recurrir a su apariencia y comportamiento, o a nuestros conocimientos sobre los tipos de preocupaciones que el paciente tiene mayor probabilidad de experimentar. La enfermera puede verbalizar algunas preocupaciones potenciales y permitir que el paciente las ratifique de una forma determinada.

Proporcionar la información necesaria.

El paciente crítico necesita información adecuada del lugar donde se encuentra, ya que puede llegar a percibir la UCI como un conjunto de estímulos nocivos, misteriosos e incluso amenazantes. Todo ello unido al alto grado de sofisticación técnica, hace que el paciente se sienta vulnerable.

Para evitar esta situación, la enfermera debe instruir al paciente sobre el ambiente de la UCI. Deberá informar sobre:

- El entorno inmediato: incluyendo explicaciones de lo que es cada elemento del equipo y para qué sirve. Evitar la utilización de terminología médica que puede confundir y asustar al paciente. El empleo de palabras sencillas y comprensibles resulta mucho más efectivo.
- Señales de alarma que se pueden oír: aclarando que el sonido de una alarma no significa forzosamente que exista una situación de peligro.

  Limitaciones de la UCI: horarios de visita, imposibilidad de utilizar determinados aparatos, políticas del hospital respecto a puntos concretos, etc.

  - Diagnóstico.
  - Pronóstico.
  - Objetivos del tratamiento.
  - Procedimientos que han de llevarse a cabo.
  - Estado de salud actualizado.
  - Cambios de los planes de actuación.

El personal de enfermería tiene un papel relevante para aclarar dudas, aconsejar a los miembros de la familia respecto a la actitud que deben adoptar con el enfermo y animarles a superar los miedos, para poder prestar una estrecha colaboración en los cuidados de aquél. Para el paciente, la participación de la familia en estas actividades supone, en la mayoría de las ocasiones, un alivio de su angustia, sentimientos de impotencia, frustración y ansiedad.

El paciente bien informado podrá percibir su situación de manera más exacta y hacer planes realistas para el futuro.

Contribuir a que el paciente mantenga sus relaciones personales habituales, la enfermera ha de llevar a cabo las siguientes actuaciones:

Estimular en la medida de lo posible, las visitas de los familiares y amigos a los pacientes, en general las visitas en la UCI están muy restringidas, debiéndose respetar la política que el hospital haya adoptado al respecto. No obstante, siempre se puede intentar negociar horarios de visita más abiertos y flexibles, que tengan en cuenta las necesidades y restricciones de familiares y amigos, siendo otro aspecto importante, la identificación y estimulación por parte de la enfermera de las personas cuya visita puede ser importante para el paciente. Actualmente se considera un error permitir las visitas sólo a los miembros de la familia más cercanos.[24]

Los profesionales de Enfermería deben proporcionar a los pacientes una atención integral. Esto significa que todos los cuidados van dirigidos al paciente considerándolo parte integrante de una familia y en relación con el entorno.

1.2.5. Percepción de la familia sobre la intervención de enfermería

La percepción es una sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos, es decir el proceso de interpretación de los estímulos en el cual se asigna significado a nuestras sensaciones.

Al respecto, Whittaker, enfatiza que:

"La percepción no es una respuesta rígida al estímulo y determinada exclusivamente por las características físicas del medio ambiente, sino que

es un proceso bipolar resultante de la interacción de las condiciones del estímulo o factores externos (comunicación, situación, etc.) y de los factores que actúan dentro del observador (necesidades, valores, edad, personalidad etc..)"

Krech señala que:
"Para percibir y juzgar a las personas; el primer paso es formar una impresión acerca de ella, esta impresión dirige nuestras reacciones e influye en la relación interpersonal"[25]

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.

El ambiente hostil de las UCI, repleto de estímulos nocivos, y el hecho de no considerar a la familia como un componente importante del entorno del paciente generan temor y ansiedad, y se manifiestan muchas veces en forma de reacciones de agresividad.

Como se puede observar, 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.[26]

En consecuencia, la percepción del familiar del paciente adulto crítico, se hará manifiesta a través de la comunicación verbal, no verbal y el apoyo emocional que el profesional de enfermería demuestre durante las intervenciones o actividades que desarrolle en el servicio de cuidados intensivos, siendo importante explicar cada una de estas dimensiones:

1.2.5.1. Comunicación verbal:

La comunicación ocurre de dos formas específicas: la comunicación verbal y la no verbal. La comunicación verbal se puede entender como aquella que se transmite a través del lenguaje escrito o dicho, por medio de los sonidos y de las palabras entre dos o más personas.

Comprende aquellas manifestaciones que permite un contacto real con la familia, al mismo tiempo que le trasmite confianza, poniéndose en el lugar de la familia, comprendiendo y valorando el esfuerzo por visitar a su familiar. Según Bacigalupo (2000), la familia se ve obligada a compaginar sus sentimientos de incertidumbre con la comprensión de explicaciones, la toma de decisiones difíciles y en ocasiones, con la aceptación de lo inevitable.

La familia percibe un aumento en la calidad del cuidado al proporcionarles una mayor información sobre el estado de salud del familiar.[27]

1.2.5.2. Comunicación no verbal

La comunicación no verbal entiende las expresiones emitidas por las actitudes corporales, que no se puede transmitir con palabras. Esta forma de comunicación es, en la mayoría de las veces, emitida por el cuerpo sin que nosotros seamos conscientes de eso que estamos emitiendo.

El hombre lleva más de un millón de años utilizando este tipo de comunicación no verbal. Este tipo de comunicación no se ha empezado a estudiar nada más que hace sólo unas décadas. El investigador Albert Mehrabian descompuso en porcentajes el impacto de un mensaje: 7% es verbal, 38% vocal (tono, matices y otras características) y un 55% señales y gestos. El componente verbal se utiliza para comunicar información y el no verbal para comunicar estados y actitudes personales. Albert Mehrabian,

afirma que en una conversación cara a cara el componente verbal es un 35% y más del 65% es comunicación no verbal.
Muchos gestos utilizados son comunes en la mayoría de los países, aunque otros pueden significar cosas distintas dependiendo de donde estemos.

Los gestos básicos suelen ser los más universalizados: mover la cabeza para afirmar o negar algo, fruncir el ceño en señal de enfado, encogerse de hombros que indica que no entendemos o comprendemos algo, etc. Otras veces, hay gestos que vienen heredados del reino animal, como puede ser enseñar los dientes en señal de enfado (agresividad).

Los matices culturales, son de gran importancia en el lenguaje corporal. También el entorno familiar, tiene una clara influencia en nuestro comportamiento y en nuestra manera de "hablar con el cuerpo".[28]

Santos C.y Shiratori, K. (2008), cita a Cianciarullo, T., quien señala: *"generalmente no tenemos conciencia de nuestra comunicación no verbal. Si conseguimos tener conciencia de eso que hablamos, mucho más difícil es estar concientes, por ejemplo, de nuestra expresión facial".*
Así es posible resaltar que, a través de la comunicación no verbal, se transmiten mensajes de forma inconsciente, por medio de las siguientes expresiones:

- **Cinésica o lenguaje del cuerpo:** "Describe las posiciones y el movimiento del cuerpo humano que posee significado en la comunicación interpersonal, en las diversas culturas. El análisis cinésico incide en todas las partes del cuerpo, resaltando que las expresiones faciales son bastante utilizadas para demostrar sensaciones".

- **Proxémica:** "Estudia el uso humano del espacio para fines de comunicación. Están involucrados aspectos de proximidad

conciente o no de otra persona, (...), de orientación, (...) y del territorialidad".

- **Paralenguaje**: "Estudia los sonidos producidos por el aparato fonador. Es utilizado en el sistema sonoro de la lengua que está siendo utilizada (...), el paralenguaje fortalece la emoción del emisor".

- **Tacesica**: "Enfoca el tacto en situaciones de saludo, de adiós, entre individuos de diversos "status" social y entre los sexos contrarios".

Siendo de todos ellos, la tacesica que más se emplea para comunicarnos con los demás en nuestra vida diaria; así mismo el lenguaje no verbal pueden ser expresados como sentimientos de:

- Afectividad/felicidad
- Miedo/inseguridad
- Dolor
- Tristeza
- Ansiedad/angustia[29]

1.2.5.3. Apoyo emocional

El desarrollo del conocimiento de enfermería y sus intervenciones implica en su práctica profesional, el proporcionar apoyo emocional; entendiéndose como apoyo cuando se presta ayuda desinteresadamente, generalmente se da en las personas que necesitan algún tipo de ayuda, de cualquier índole. La palabra *emoción* deriva del latín *emovere*, que quiere decir *remover, agitar o excitar.*

Por tanto, se definirá como un estado efectivo pasajero, pero es el motor que incita a realizar una acción, mueve, conmueve y motiva la conducta. Las emociones son un estado de ánimo, de humor que se les atribuye un comportamiento, ocasionan un aumento en el nivel de actividad de nuestro organismo.

El profesional de enfermería, como ente proveedor de servicios de salud, realiza un acto personal, ético y solidario en el proceso salud-enfermedad, en los pacientes que precisan de una atención adecuada.

Siendo importante que para brindar ese apoyo que requieren los pacientes, es necesario contar con un cuerpo de conocimientos científicos, tomando en cuenta que al individuo se le contempla en sus tres esferas; biológica, social y psicológica.

Esta última abarca el apoyo emocional que "comprende la empatía, el cuidado, el amor y la confianza que una persona ofrece a otra", siendo entre los cuidados de enfermería el que debe brindar a la persona sana o enferma; sin embargo se ha observado que no se atiende completamente esta necesidad, puesto que necesita tener una adecuada interacción con el paciente, de igual forma debe brindar apoyo y atención de acuerdo a la identificación de necesidades.[30]

1.2.6. Importancia de la comunicación de la enfermera (o) con la familia del paciente crítico.

El profesional de enfermería de la UCI debe poseer muy buenas habilidades de comunicación para tratar con el paciente, con su familia y con las necesidades psicológicas y sociales de ambos. El mantenimiento de altos niveles de estrés de forma continua, puede tener efectos devastadores tanto a nivel físico como psicológico. Por ello, es necesario que cada profesional identifique y sea capaz de poner en práctica, las medidas de afrontamiento del estrés que le resultan más eficaces en cada situación específica.

Por tanto, numerosos estudios se han desarrollado en torno a la identificación de las necesidades de los familiares del paciente en UCI para atenuar la crisis que enfrentan el paciente y su familia. Molter, identificó una lista de cuarenta y cinco necesidades de las familias del enfermo crítico que hacían referencia a aspectos de información, ayuda, seguridad, confort, cercanía, flexibilidad en los horarios de visitas, etc., además,

señalaba que debían ser identificadas y expresadas por las propias familias. En la misma línea, otros estudios confirman estas necesidades entre las que destacan como fundamentales aquellas relacionadas con la información y la seguridad de que el paciente sea bien atendido. También se han puesto de manifiesto las diferencias entre las necesidades de los familiares y las percibidas por las enfermeras.

Estos estudios afirman que las enfermeras, generalmente, tienden a subestimar las necesidades de los familiares en algunos aspectos, como estar informados de los cambios en la evolución del paciente, **la necesidad de una comunicación efectiva** con los profesionales y saber qué puede suceder.[31]

La forma como la enfermera se comunica con la familia es un aspecto central de su intervención. Mendoza V. señala que:
"Una de las características de los seres humanos es de disponer de lenguaje mediante la voz, gestos de la cara y de las manos, la posición y expresión de los ojos y hasta las actitudes del cuerpo. Quien la deja de lado en situaciones que impliquen tensión entre los individuos, está desperdiciando una de sus más valiosas características y disminuye la calidad humana del contacto con sus semejantes".

La comunicación es el proceso de compartir información, pensamientos, actitudes, etc. teniendo en cuenta la eficacia de la comunicación entre la enfermera y el familiar se logra cuando hay una comprensión real entre ambos, para ello es necesario utilizar el mismo código de lenguaje; la cortesía sincera y una sonrisa lo cual ofrecerá confianza y seguridad.[32]

1.3. MARCO CONCEPTUAL

1.3.1. Definición de términos

- Apoyo emocional

  Es la ayuda que brinda el enfermero al familiar del paciente en estado crítico para afrontar de varias maneras una situación o problema que potencien actitudes facilitadoras para la interacción Enfermera-Familia. Es ayudar a las personas a movilizar sus recursos, permitiendo trabajar en los cuidados del paciente de manera conjunta. Se manifiesta dando facilidades al familiar que exprese sus sentimientos y emociones, dándole ánimo y consuelo, tranquilizándolos con muestras de interés en la solución de su problema, mostrando empatía y comprensión.

- Comunicación verbal

  La comunicación verbal se puede entender como aquella que se transmite a través del lenguaje escrito o dicho, por medio de los sonidos y de las palabras: Al saludar, conversar o dialogar, orientar y explicar a la familia sobre procedimientos básicos al que está sometido el paciente crítico, orienta sobre el afrontamiento del sentimiento de angustia y responde inquietudes del familiar.

- Comunicación no verbal

  Son las expresiones emitidas por las actitudes corporales. Es el lenguaje complementario formado por los gestos (incomodidad o malestar), facies (enfado, indiferencia, serenidad) las posturas (amabilidad, mesura, paciencia), las miradas (que muestra interés, mirada cálida, frunce las cejas), tono de voz (amable, cálida) que utilizamos consciente o inconscientemente.

- Crisis

  Es el estado en el que el individuo y su familia se sienten abrumados por los factores que producen estrés (enfermedad) y que tratan de utilizar sus mecanismos de resolución de problemas sin buenos resultados para enfrentarse a la situación en el intento por recobrar el equilibrio.

- Familiar del paciente crítico

  Se denomina a los parientes del paciente crítico, sean: Cónyuge, hijo (a), padre – madre, hermano(a) y otros (abuelos, tíos, primos).

- Intervención de enfermería

  Acción del profesional de enfermería encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer solo, con respecto a sus necesidades básicas, la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.

- Paciente en estado crítico.

  El paciente en estado crítico es aquél que presenta o puede presentar de forma inminente graves alteraciones de sus funciones vitales que ponen en peligro su vida (condición patológica con peligro potencial), siendo la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el lugar donde se agrupan este tipo de pacientes.

- Percepción.

  La percepción es una sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos, es decir el proceso de interpretación de los estímulos en el cual se asigna significado a nuestras sensaciones.

- Percepción del familiar

  La percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería es, toda expresión o respuesta emitida o referida verbalmente por el familiar del paciente crítico sobre la impresión que tiene en relación a la intervención que realiza la enfermera, siendo estas en sus tres dimensiones: Comunicación verbal, comunicación no verbal y apoyo emocional.

- Unidad de Cuidados Intensivos

  La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales,

estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. AMBITO

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Amazónico, ubicado en el Distrito de Yarinacocha – Puerto Callao uno de los siete distritos que conforman la provincia de Coronel Portillo en el departamento de Ucayali. Limita al norte, sur y este con el distrito de Callería y al oeste con el distrito de Nueva Requena y el Distrito de Campo Verde. En este distrito se encuentra el Aeropuerto Internacional Capitán FAP David Abensur Rengifo y el Aeropuerto de OFASA ubicado en el ex Instituto Lingüístico de Verano. (Ver Fig.1)

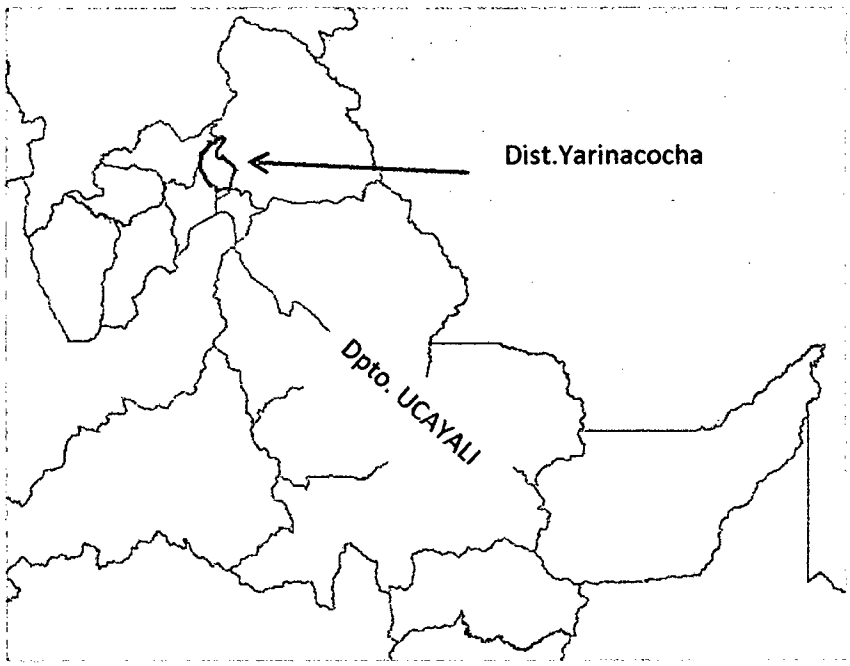
El Hospital Amazónico, es uno de los hospitales considerados de apoyo, atiende un promedio de 220 personas diarias. Es un hospital de II Nivel con 120 camas y cuenta con los siguientes servicios:

- Emergencias
- Cuidados Intensivos
- Medicina
- Cirugía
- Pediatría
- Gineco-Obstetricia
- Neonatología
- Estrategias:
    - TBC, Cáncer, enfermedades metaxénicas
    - Estrategias de Inmunización
    - Estado Nutricional
    - Salud Mental
    - Salud Bucal

- Estrategia de Etapa de Vida Adulto
- Violencia Familiar
- Accidentes de Transito
- Estrategia Sanitaria de Zoonosis
- Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva

La Unidad de Cuidados Intensivos, tiene una capacidad de 3 camas, laboran un total de 6 enfermeras (os), 1 a 2 por turno, atendiendo hasta 3 pacientes en estado crítico por día, con una diversidad de patologías y daños, siendo los casos más frecuentes: TEC por diversas causas (accidentes de tránsito, caídas, etc.), distrés respiratorio agudo, crisis hipertensiva, neumonía, sepsis, secuelas por intoxicación o envenenamiento, etc.

Fig. 1: Dpto. Ucayali – Distrito de Yarinacocha



2.2. POBLACION

La población en estudio, estuvo conformada por 28 (100%) familiares (un familiar por paciente) de pacientes en estado crítico que se encontraron hospitalizados en el servicio de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Amazónico –Yarinacocha, entre los meses de agosto y setiembre.

2.3. MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 25 familiares que asistieron a las visitas de los pacientes que se encontraron hospitalizados en UCI, siendo estos los que cumplieron con los criterios de inclusión.

2.4. NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de nivel descriptivo con enfoque cuantitativo-cualitativo porque se describe la percepción que tienen los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos sobre las intervenciones que realizó la enfermera (o). Es cuantitativo porque los datos fueron susceptibles de ser medidos y presentados en frecuencias y porcentajes. Es de tipo observacional y transversal porque los datos fueron registrados tal y como se presentaron en el tiempo especificado y en un solo momento, siendo estos, producto de la observación y registro de la variable estudiada.

2.5. DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño corresponde a un estudio no experimental, representado en el esquema siguiente:



O: Observación del comportamiento de la variable
M: Muestra (elementos de la muestra)

2.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS

La técnica fue la entrevista y el instrumento un cuestionario (ver Anexo 1) tipo Likert conteniendo 24 reactivos dividido en tres partes correspondiendo cada una a una dimensión, siendo 8 para la dimensión comunicación verbal, 8 para comunicación no verbal y 8 para la dimensión apoyo emocional. La validez de contenido se realizó a través de juicio de expertos habiendo participado 03 Lic. Enfermería, con experiencia en cuidados intensivos (02 del Hospital Amazónico y 01 Hospital Regional), quienes alcanzaron sugerencias en cuanto a la claridad de algunos ítems, luego de hacer los ajustes, quedó listo para determinar su confiabilidad a través de la estadística alfa de Crombach. Para ello se aplicó la

prueba piloto a 04 familiares de pacientes que se encontraron hospitalizados en UCI – Hospital Amazónico una semana antes de iniciar la recolección de datos. Fue necesario hacerlo en el mismo hospital porque la población debía de tener características similares a la nuestra, ya que tanto la población del Hospital Regional de Pucallpa y ESSALUD, son de características muy diferentes a la nuestra disminuyendo así el margen de error. Finalmente se logró obtener la confiabilidad esperada de un $\alpha = 0.85$ según el coeficiente Alfa de Crombach (ver Anexo 2).

La calificación realizada al instrumento, se realizó de acuerdo al puntaje asignado, según la proposición (+) o (-), se asignó el puntaje de 3 a 1 en el cuestionario tipo Escala de Likert, del cual se pudo obtener puntajes parciales (por cada dimensión) y totales, como se detalla a continuación encontrando así el valor final:

MEDICIÓN DE LA VARIABLE

Proposición positiva (+)

De acuerdo:	3
Indeciso:	2
En desacuerdo:	1

Proposición negativa (-)

De acuerdo:	1
Indeciso:	2
En desacuerdo:	3

CALIFICACIÓN:

Dimensión comunicación verbal:	24
Dimensión comunicación no verbal:	24
Dimensión apoyo emocional:	24
TOTAL:	72

VALOR FINAL:

- FAVORABLE: De 62 a 72
- INDIFERENTE: De 52 a 61
- DESFAVORABLE: < 52

2.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Luego de realizar los trámites administrativos y contando con la autorización del Director del Hospital Amazónico, antes de la aplicación del instrumento se explicó al familiar del paciente adulto crítico el propósito del estudio, teniendo luego el consentimiento informado verbal.

La aplicación del instrumento tuvo una duración en su aplicación entre 20 a 30 minutos promedio, fue autoadministrado, es decir que cada participante marcaba lo que creía conveniente, para ello se le entregaba un lapicero. Fue aplicado de lunes a sábado, en diversos turnos y durante 50 días, completando así los elementos de la muestra (25). Algunos (03) no aceptaron y otros no cumplieron con los criterios de inclusión.

2.8. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS

Después de la recolección de datos, los instrumentos fueron sometidos al control de calidad, luego se codificó quedando listo para ingresar a la base de datos elaborado en el programa SPSS V22, de los cuales se derivaron las tablas y gráficos según el plan de tabulación elaborado previamente y basándose en los objetivos del estudio. De esta manera se presentan los resultados haciendo uso de la estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes), así mismo las de tendencia central como la media, moda y desviación estándar. Finalmente se realizó el análisis e interpretación de los resultados de acuerdo a los indicadores respectivos terminando con la discusión ante la comparación de los resultados obtenidos con los de otros investigadores para arribar a las conclusiones.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS:

Tabla 1. Características de los familiares del paciente adulto crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Amazónico -2015

Características	Media D.E.	N°	%
Edad	39.60 15.85		
De 18 a 40 años		13	52
De 41 a 65 años		12	48
Total		25	100
Sexo			
Femenino		15	60
Masculino		10	40
Total		25	100
Parentesco			
Cónyuge		1	4
Hijo(a)		2	8
Padres		16	64
Otros		6	24
Total		25	100
Grado de instrucción			
Primaria		7	28
Secundaria		18	72
Superior		0	0
Total		25	100

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015
Edad mínima: 18 Máxima: 64

En la tabla 1, se observa que el 52 % (13) de los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI, presentaron edades entre 18 y 40 años, siendo la edad máxima 64, *la mínima* 18 años y la media 39.60, con una D.E. de 15.85. El sexo femenino tuvo mayor presencia con el 60%, de igual manera fueron los padres en cuanto a parentesco los que alcanzaron mayor porcentaje (64%). En cuanto al grado de instrucción, el 72 % (18), tuvieron nivel secundario y la diferencia solo alcanzaron nivel primario.

Por lo expuesto se puede deducir que la mayoría de los familiares se encontró en la etapa adulta joven y adulta madura, con grado de instrucción secundaria siendo un gran porcentaje padres (papá o mamá) seguido de otros (hermanos (as), tíos, primos).

Estos datos nos señalan que la familia de los pacientes adultos en estado crítico tienen un parentesco muy cercano al paciente (padres, hermanos), situación que desde ya está afectando la unidad familiar, además el ingreso de un paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos, somete a los miembros de una familia a una situación difícil que provoca ansiedad y preocupación.[33]

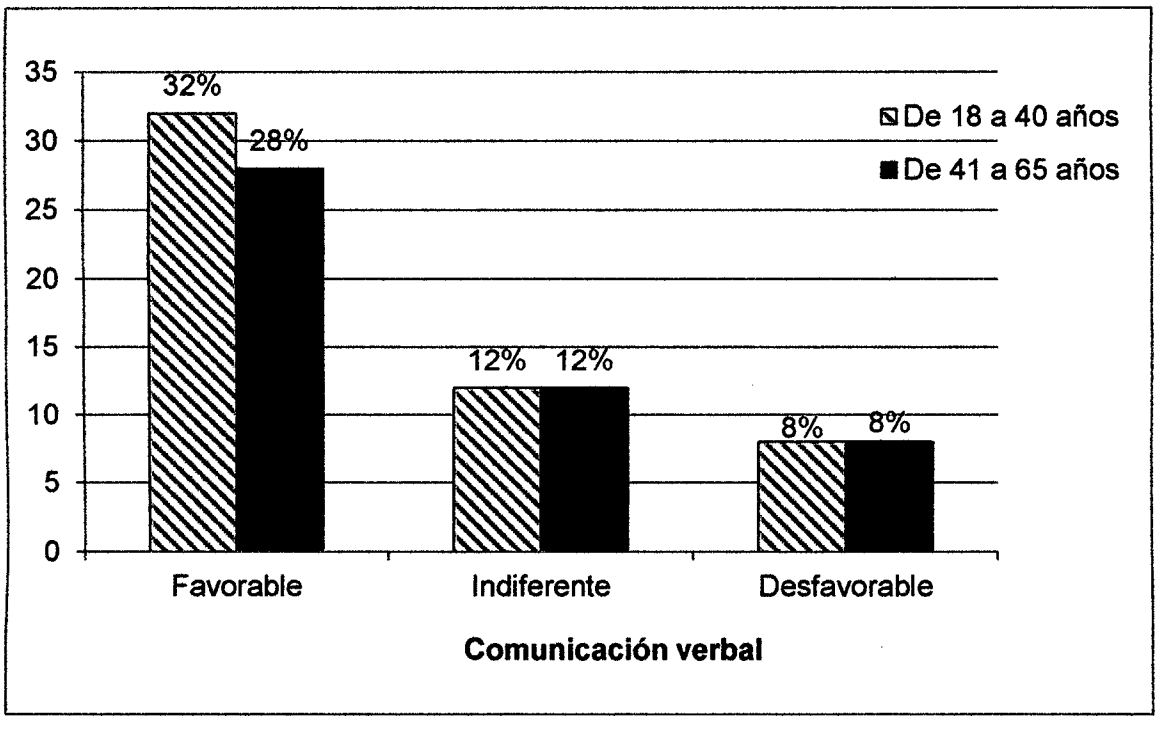
De otra parte, los resultados referente al grado de instrucción difieren a los encontrados por Llamas-Sánchez, Flores-Cordón, Acosta-Mosquera, González-Vázquez, Albar-Marín & Macías-Rodríguez.[34], que el 43.30% de la familia del paciente en estado crítico tuvo solo estudios primarios, así también en cuanto a parentesco fueron padres solo el 14.20%.

Tabla 2. Percepción según la edad del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI*, dimensión comunicación verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015

Dimensión	Comunicación verbal						Total	
	Favorable		Indiferente		Desfavorable			
Grupo de edad	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
De 18 a 40 años	8	32	3	12	2	8	13	52
De 41 a 65 años	7	28	3	12	2	8	12	48
Total	15	60	6	24	4	16	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015
(*) UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

Graf.1. Percepción según la edad del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI*, dimensión comunicación verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015
(*) UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

En la tabla 2, grafico 1, se puede observar que del 100% de los familiares de los pacientes adultos en estado crítico, el 52% tienen edades entre 18 a 40 años, de los cuales el 32% tuvieron una percepción favorable en cuanto a la dimensión comunicación verbal, siendo en menor porcentaje la percepción indiferente y desfavorable. En cuanto al grupo de familiares en edades entre 41 a 65 años, tuvieron percepción favorable un 28% que sumando los dos resultados en esta dimensión alcanza un 60% que percibe que la comunicación verbal es favorable, es decir la enfermera(o) conversa con el familiar sobre las necesidades del paciente; del mismo modo señalan que la enfermera(o) se expresa con lenguaje sencillo al explicar o responder inquietudes ("¿hasta cuándo esperaré que reaccione..?", ¿le están colocando más suero para que mejore rápido?", etc.) del familiar así también orienta al familiar como afrontar el sentimiento de angustia.

También se observa que tienen una percepción indiferente y desfavorable en menores porcentajes como percibió el grupo de menor edad; sin embargo es necesario tomar en cuenta que la percepción de indiferente y desfavorable en una comunicación verbal con un 40%, nos induce a reflexionar que existe una actitud del profesional de enfermería que trasmite incomprensión, frialdad e incluso el hecho de no saludar al familiar estaríamos deduciendo que el cuidado que brindan es deshumanizado al referir que la enfermera(o) no saluda al familiar y no responde de manera cortes sus expectativas como: "¿Saldrá del coma mi hermano?", "¿recuperará el habla mi mamá?"¿mejorará mi papá?.

En tal sentido, debemos tomar en cuenta que la hospitalización de una persona en la Unidad de Cuidados Intensivos, induce al paciente y a la familia a afrontar un desequilibrio emocional, además, esta respuesta humana va a estar influenciada por varios factores que se involucran como la edad, el parentesco, el grado de instrucción, como veremos más adelante, pero también ha de relacionarse con la información que éste reciba, la forma de expresarlo, si brinda una orientación con lenguaje sencillo respondiendo las inquietudes del familiar de manera cortes, sobre las necesidades específicas como llevar útiles de aseo, pañales y otros complementos como aditamentos o dispositivos, que favorezcan el cuidado y recuperación de su paciente.

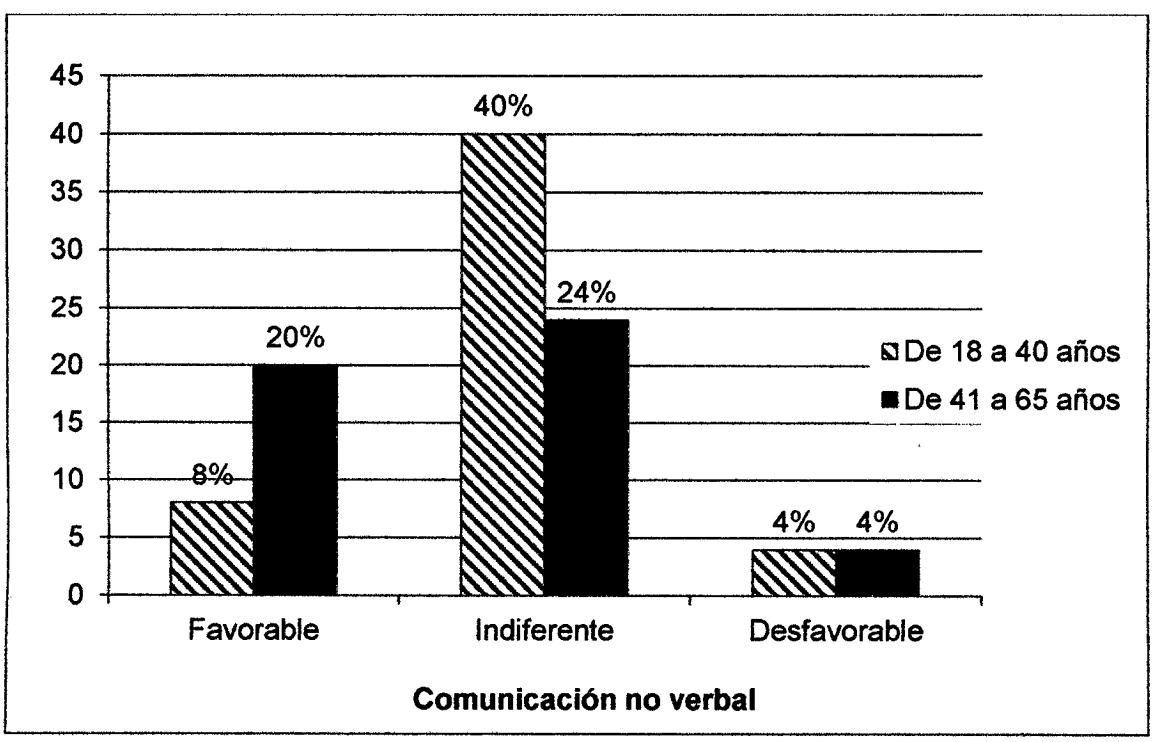
Al respecto Reyes M., Colonia K. & Reyes R. citando a Bacigalupo (2000), refiere que la familia se ve obligada a compaginar sus sentimientos de incertidumbre con la comprensión de explicaciones, la toma de decisiones difíciles y en ocasiones, con la aceptación de lo inevitable.[35]

Tabla 3. Percepción según la edad del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación no verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015

Dimensión	Comunicación no verbal						Total	
Grupo de edad	Favorable		Indiferente		Desfavorable			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
De 18 a 40 años	2	8	10	40	1	4	13	52
De 41 a 65 años	5	20	6	24	1	4	12	48
Total	7	28	16	64	2	8	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015

Graf.2. Percepción según la edad del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación no verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015

En la tabla 3 y gráfico 2, se puede observar que la percepción de los familiares en relación a la comunicación no verbal brindada por la enfermera(o) en la Unidad de Cuidados Intensivos, es indiferente en un 64% y solo favorable en un 28% de manera global respecto a la edad, más si realizamos la lectura de los resultados según los grupos de edad, encontramos que el 40% de los que tienen 18 a 40 años perciben que la intervención de enfermería es indiferente, siendo desfavorable solo el 8%.

Como podemos observar, en cuanto a la percepción según sexo, que tienen los familiares acerca de la intervención de enfermería tiene una tendencia de lo indiferente a lo favorable (28%), siendo los más jóvenes que expresan su disconformidad a través de estos hallazgos. De otra parte podemos apreciar que los familiares de mayor edad optan por pasar por desapercibido algún gesto inapropiado o la ausencia de respuesta ante una inquietud, actitud que puede estar relacionada con comprensión de la labor recargada del profesional de enfermería, sin embargo no debemos olvidar que el cuidado es un rasgo humano, imperativo moral, de afecto, interacción personal e intervención terapéutica que abarca tanto el aspecto instrumental como el aspecto existencial o expresivo (Rodríguez, 2014)[36].

El cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos, es relacional, transpersonal e intersubjetivo, es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado ser más capaces de valorar de forma directa y personal este cuidado que se basa en la expresión el trato amable.

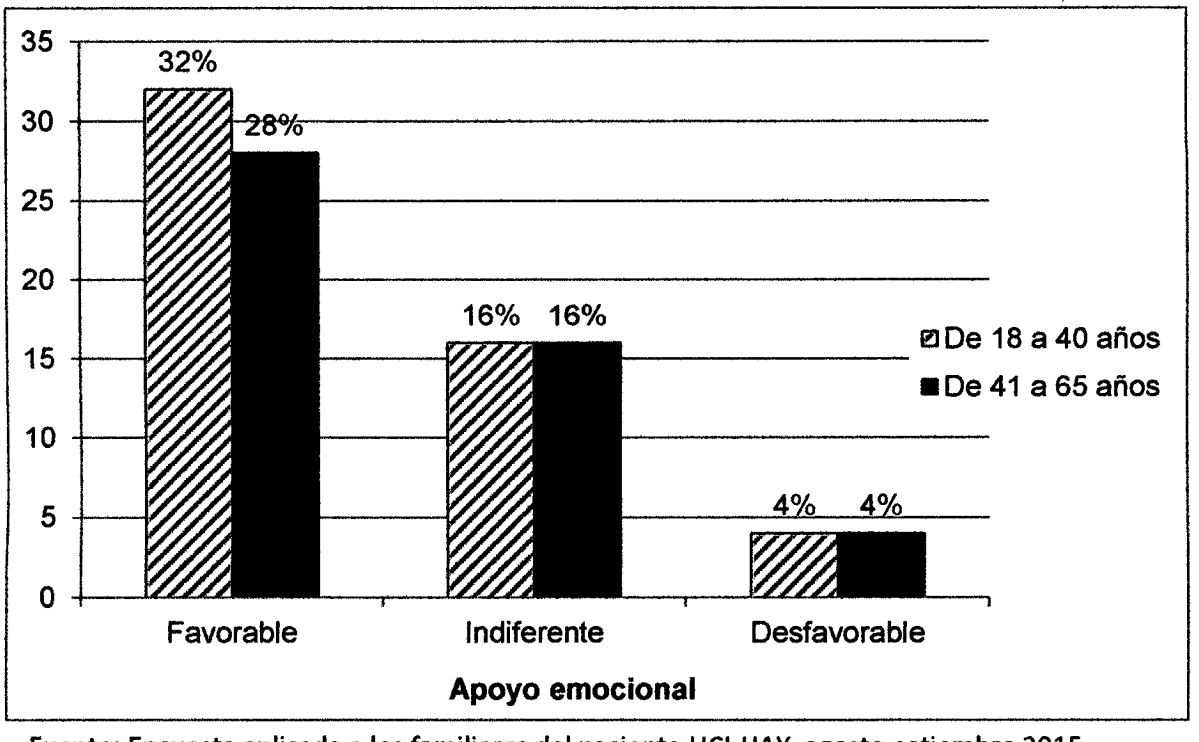
Así también se ha de considerar que la hospitalización de un individuo (en consecuencia de los familiares), constituye un factor que altera su homeostasis psicoemocional y los hace vulnerables a variados estímulos la cual estarán relacionadas con la percepción que estos tengan sobre dicha situación, que a su vez es influenciada por la edad, el sexo, el grado de instrucción, procedencia, días de hospitalización, experiencias anteriores, etc.

Tabla 4. Percepción según la edad del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión apoyo emocional, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015

Dimensión	Apoyo emocional						Total	
Grupo de edad	Favorable		Indiferente		Desfavorable			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
De 18 a 40 años	8	32	4	16	1	4	13	52
De 41 a 65 años	7	28	4	16	1	4	12	48
Total	15	60	8	32	2	8	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015

Graf. 3. Percepción según la edad del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión apoyo emocional, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015

En la tabla 4, Graf.3, se muestran los resultados sobre la percepción del familiar según grupos de edad en relación a la dimensión apoyo emocional, observando que el 60% de los familiares de ambos grupos de edad, tienen una percepción favorable, la diferencia es indiferente, siendo solo el 8% desfavorable.

Al respecto sabemos que, una de las dimensiones del cuidado de enfermería es el aspecto emocional y espiritual que se hace necesario y evidente en momentos de crisis de la familia ante el estado de salud del paciente. Es el espacio cuando la enfermera (o) usa sus recursos de ayuda mostrando sensibilidad, escucha activa, dando ánimo, está atenta y da consuelo cuando ellos sollozan, tranquilizándolos y mostrando cierta flexibilidad a la solicitud del familiar del paciente, muchas veces tomando del hombro o cogiéndolos de la mano ante la expresión de los sentimientos de la familia a la enfermera(o), por consiguiente, los resultados dan a conocer que la mayoría de enfermeros que laboran en UCI tienen los conocimientos necesarios y la sensibilidad para poder atender y brindar esta necesidad que el individuo demanda día con día siendo muy frecuente en éste servicio. Sin embargo, el otro 32% y 8% tienen una percepción de indiferente a desfavorable respecto a los cuidados que brindan las enfermeras (os), lo que significa que no todos los pacientes reciben una atención integral en sus tres dimensiones.

Por ello, Hagei J. (2008)[37], comenta que debemos tener presente que la percepción, como sensación interior, es el resultado de una impresión material hecha por nuestros sentidos y depende de las condiciones del estímulo como de nuestras condiciones internas que tiende a ser percibido como una forma buena o favorable o mala o desfavorable tal y como las condiciones de dicho estímulo lo permitan.

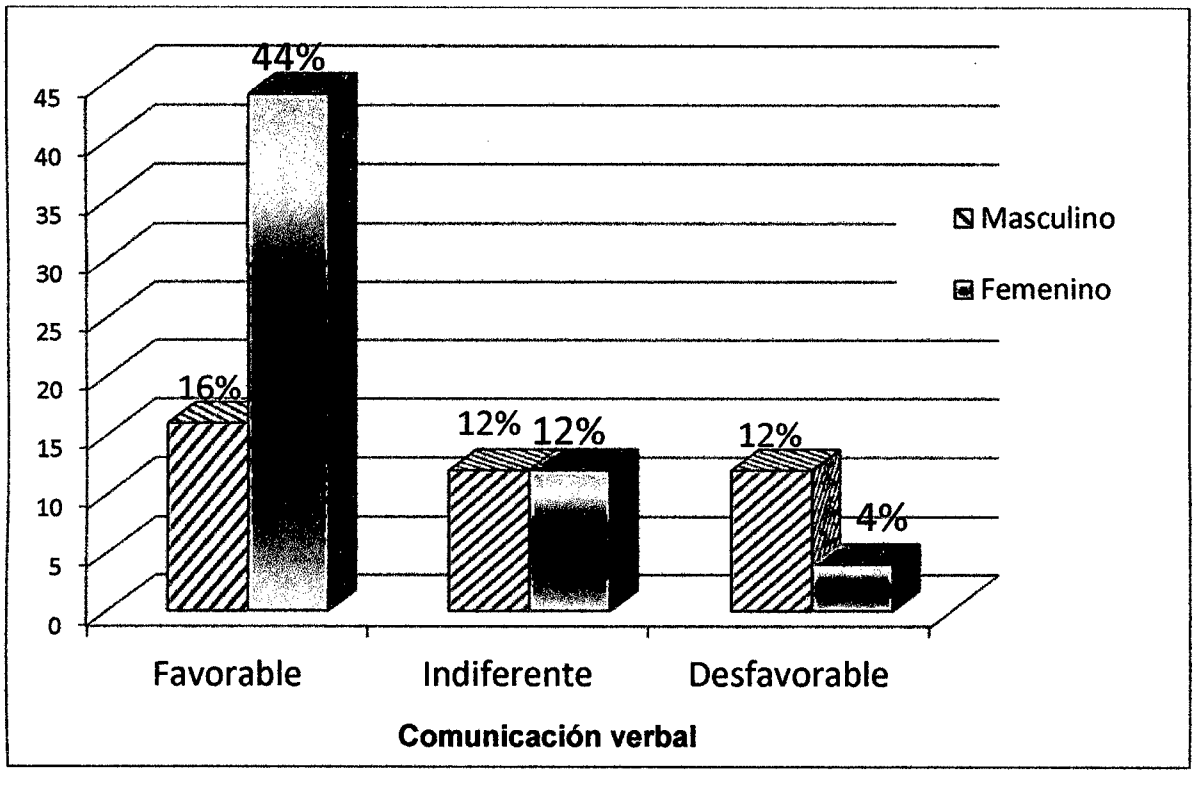
Así Uribe, Muñoz & Restrepo (2004)[38], encontró que las expectativas del familiar de los pacientes fueron de esperanza y percepción de muerte. Había aflicción, angustia, fe o esperanza en Dios, fortaleza y también un gran desconocimiento de la enfermedad del familiar. Mientras Gálvez, Fernández, Muñumel, Ríos, Fernández & Del Águila (2011)[39], concluyen que deberían optar por modelos centrados en la relación paciente-familia aunque suponga un desafío para la cultura biomédica actual, refiriéndose a las restricciones y barreras administrativas que no les permite flexibilizar a la hora de brindar los cuidados enfermeros.

Tabla 5. Percepción según sexo del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015

Dimensión	Comunicación verbal						Total	
	Favorable		Indiferente		Desfavorable			
Sexo	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	4	16	3	12	3	12	10	40
Femenino	11	44	3	12	1	4	15	60
Total	15	60	6	24	4	16	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015

Graf.4. Percepción según sexo del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015

Observamos en la tabla 5 y grafico 4, la percepción según sexo de los familiares del paciente crítico acerca de los cuidados que brinda la enfermera(o) en la dimensión comunicación verbal, encontrando que el 44% de familiares de sexo femenino y 16% del masculino calificaron como favorable, siendo un total del 60%. En tanto que, el 24% y 16% calificaron cono indiferente y desfavorable respectivamente.

Como se puede apreciar, es el sexo masculino que manifiesta una tendencia a mayor insatisfacción (12% indiferente y 12% desfavorable) de la intervención de enfermería ya que ellos representan el 40% del total de familiares de los pacientes adultos hospitalizados en la UCI a diferencia de las de sexo femenino quienes al parecer lograron tener más afinidad o apego a las enfermeras (os), permitiéndoles calificar con mayor aceptación.

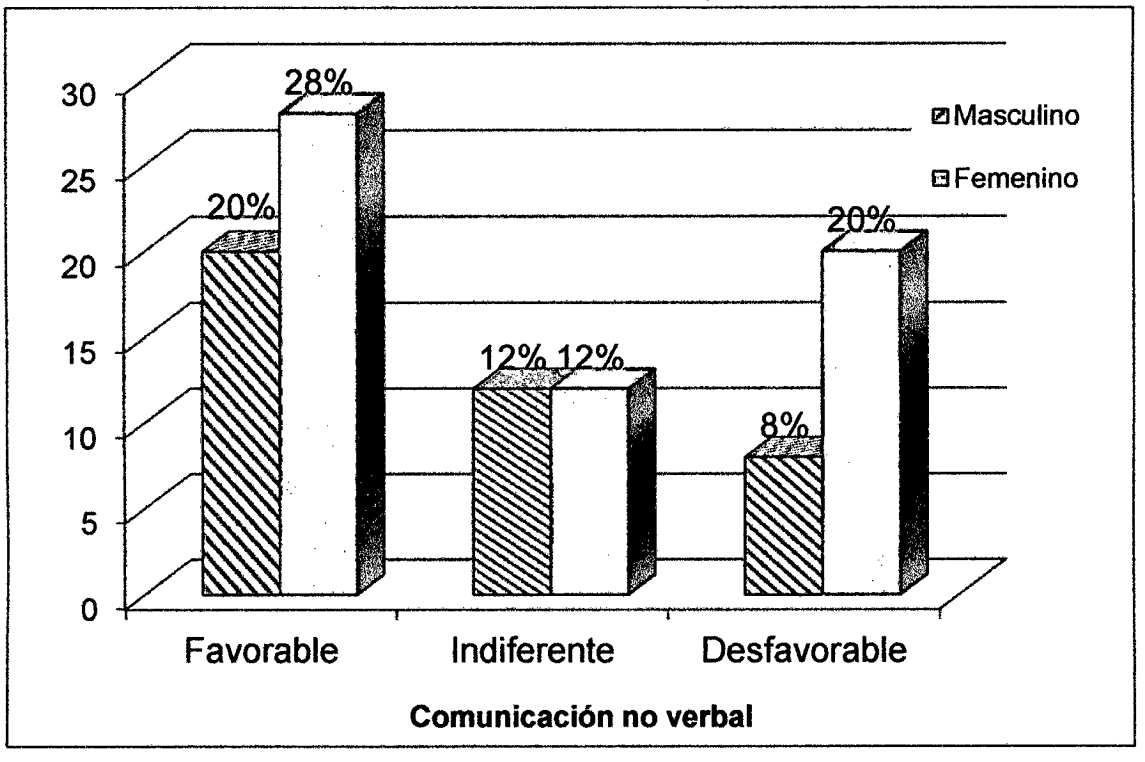
De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede conjeturar que la enfermera(o) debe poner en practica habilidades para establecer buena comunicación con los familiares de los pacientes y el paciente en sí como lo expresa el Colegio de Enfermeras(os) del Perú, en la publicación "Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero", que define el cuidado de enfermería como: «*el conjunto de funciones que desarrolla la enfermera en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico orientadas a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, y se interviene en la prevención, curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud enfermedad*»[40].

Tabla 6. Percepción según sexo del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación no verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015

Dimensión	Comunicación no verbal						Total	
	Favorable		Indiferente		Desfavorable			
Sexo	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	5	20	3	12	2	8	10	40
Femenino	7	28	3	12	5	20	15	60
Total	12	48	6	24	7	28	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015

Graf. 5. Percepción según sexo del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación no verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015

Los resultados que se observan en la tabla 6 (grafico 5), evidencian de manera global (ambos sexos) que hay un mayor porcentaje de familiares de los pacientes en estado crítico que refieren una percepción indiferente (24%) a desfavorable (28%) en lo que respecta a la comunicación no verbal de los cuidados que brinda la enfermera (o), siendo solo el 48% que califican como favorable.

Estos datos nos permiten afirmar que la mayoría de los profesionales de enfermería - según las percepciones de los familiares - no demuestran congruencia entre sus expresiones verbales con sus actitudes a la hora de comunicarse con los familiares de los pacientes hospitalizados en estado crítico, entendiendo que la comunicación no verbal es un componente muy importante de la comunicación.

En relación a la importancia de este tipo de comunicación, se hace referencia a la Regla de Albert Mehrabian (Garza B., 2014)[41] que cuando comunicamos emociones y sentimientos, más del 90% del mensaje recae sobre la comunicación no-Verbal, ésta consiste en la siguiente distribución: 7% es verbal, 38% vocal (tono, matices y otras características) y un 55% señales y gestos.

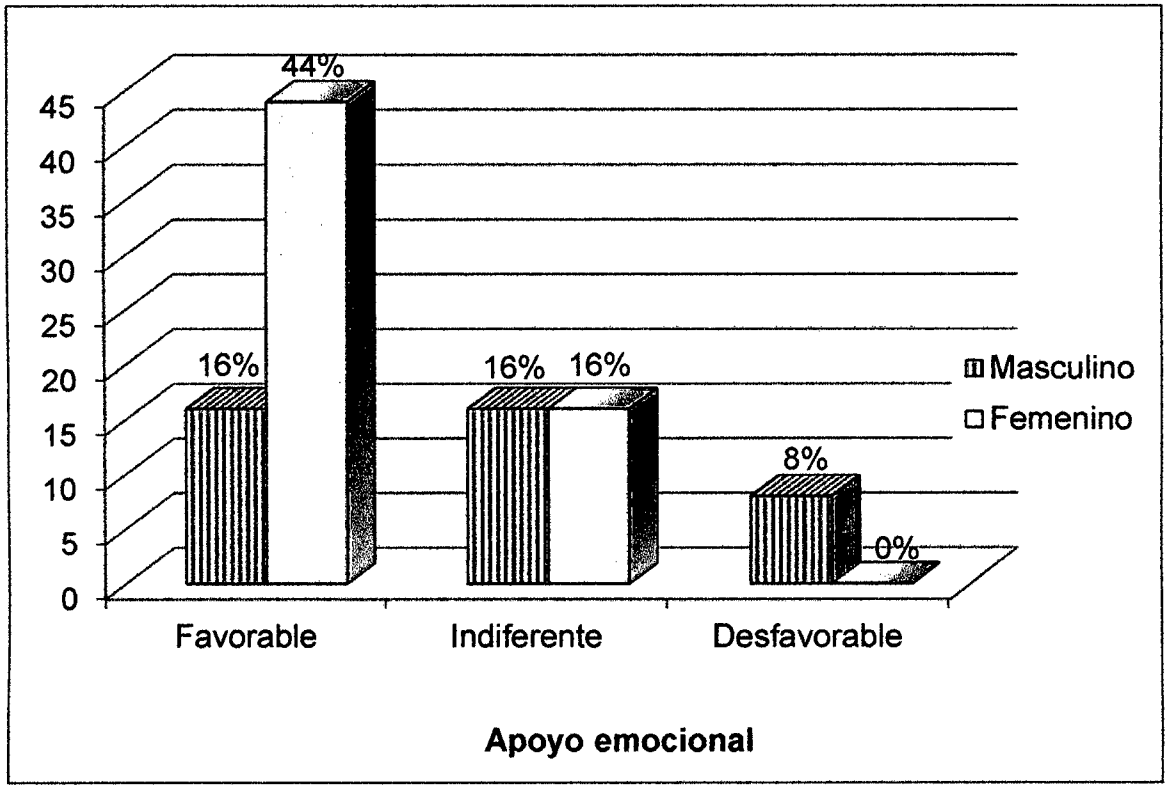
Entonces se transmiten mensajes de forma inconsciente, por medio de expresiones como el lenguaje del cuerpo, la expresión facial, la proxémica que es la aproximidad hacia la otra persona, el paralenguaje que son sonidos que fortalecen la emoción del emisor y la tacesica que se expresa a través del tacto con una señal de a Dios[42], por lo tanto las enfermeras (os), deben controlar su expresión corporal, así evitar una percepción desfavorable de los familiares de los pacientes de la UCI, sin olvidarnos que los gestos también nos dan una idea de los modales de una persona.

Tabla 7. Percepción según sexo del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión apoyo emocional Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015

Dimensión / Sexo	Apoyo emocional						Total	
	Favorable		Indiferente		Desfavorable			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	4	16	4	16	2	8	10	40
Femenino	11	44	4	16	0	0	15	60
Total	15	60	8	32	2	8	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015

Graf.6. Percepción según sexo del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión apoyo emocional, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015

En la tabla 7 y grafico 6, se observa que del 100% (25) de los familiares, el 44% de ellos de sexo femenino y el 16% de sexo masculino, tuvieron una percepción favorable sobre la intervención de enfermería en la dimensión apoyo emocional. Porcentajes similares (16%, 16%) tuvieron percepción de indiferente y un menor por porcentaje (8%) desfavorable; siendo el 60% (ambos sexos) de familiares que perciben como favorable la actuación de enfermería.

Estos resultados nos permite comprender que la mayoría de enfermeras (os) que laboran en la UCI, si proporcionan apoyo emocional, destacando que son las mujeres quienes valoran esta dimensión en las acciones diarias que ellas realizan, es decir la enfermera (o) demuestran empatía, amor y confianza hacia la persona que recibe el cuidado y la familia que acompaña al paciente y ellos están consciente que verdaderamente reciben apoyo emocional en los momentos más difíciles de su vida. Al respecto, Santos, C. & Shiratori, K. (2008)[43] encontró en su estudio que fue la mujer quien percibe mejor la atención de enfermería.

También Martínez M., Gómez V. & Siles P.[44] manifiesta que "El desarrollo del conocimiento de enfermería y sus intervenciones implica en su práctica profesional, el proporcionar apoyo emocional; entendiéndose como apoyo cuando se presta ayuda desinteresadamente. Generalmente se da en las personas que necesitan algún tipo de ayuda, de cualquier índole". Así mismo comenta que es como un estado efectivo pasajero, pero es el motor que incita a realizar una acción, mueve, conmueve y motiva la conducta.

El apoyo emocional permite un aumento en el nivel de actividad de nuestro organismo y permite fortalecerse, así mismo disminuye los temores y estado de ansiedad, renovando las fuerzas para continuar confiando en lo que ha de venir, como mujer cumpliendo con uno de sus roles cual es dar protección y ayuda como enfermera (o) y como familiar del paciente en estado crítico.

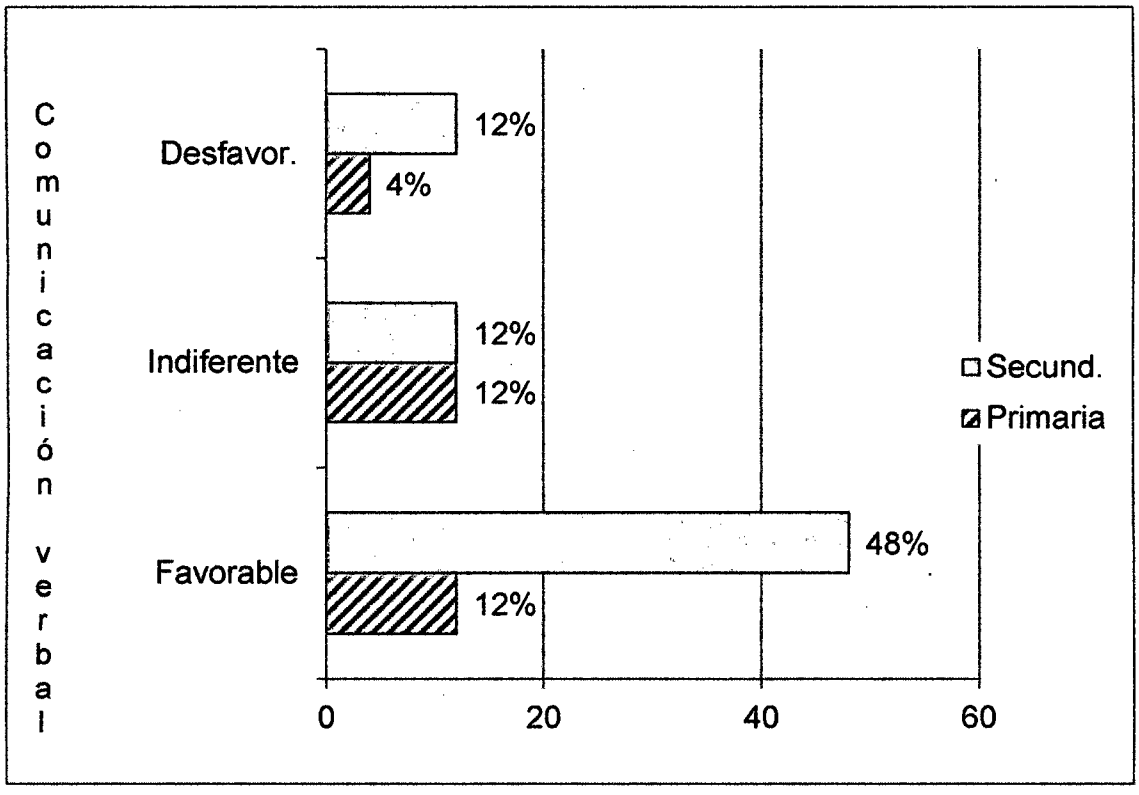
Además, el apoyo emocional forma parte de la competencia profesional y contribuye al cuidado holístico del paciente y familia. Es un cuidado que queda reflejado en el sentimiento que las enfermeras tienen de que cuando lo realizan, las familias quedan muy agradecidas y de que, sin duda, es su trabajo.[45]

Tabla 8. Percepción según grado de instrucción del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015

Grado de instrucción	Primaria		Secundaria		Total	
Comunicación verbal	N°	%	N°	%	N°	%
Favorable	3	12	12	48	15	60
Indiferente	3	12	3	12	6	24
Desfavorable	1	4	3	12	4	16
Total	7	28	18	72	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015

Graf.7. Percepción según grado de instrucción del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015

En los resultados que se muestran en la tabla y gráfico correspondiente a percepción según grado de instrucción del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la dimensión comunicación verbal, se encontró que el 48% y el 12 % que tienen nivel secundario y primario respectivamente, percibió como favorable a la intervención de enfermería, es decir que el 40% del total de la muestra calificó de indiferente a desfavorable.

Como se puede apreciar, son más los familiares con mayor grado de instrucción los que percibieron y calificaron de favorable. Sin embargo estos resultados podrían estar influenciados por el menor número (7) de familiares que tienen solo nivel primario a diferencia del otro grupo, pero también se ha de considerar que las personas que hayan tenido mayores oportunidades de alcanzar estudios han de tener otra visión de cuanto ocurra a su alrededor, tal vez sean más comprensivos, sean menos cohibidos y puedan realizar mayores indagaciones respecto al estado de salud de su familiar, permitiéndoles así estar mejor informados y por tanto tuvieron una percepción favorable respecto a los cuidados que brinda la enfermera(o) a su familiar.

Según Rodríguez, (2014)[46], la percepción de la atención recibida, como dimensión de la calidad, es la experiencia advertida y expresada por el sujeto y, en la mayoría de los casos, no tiene ninguna relación con los aspectos científicos y técnicos, sino con las necesidades de afecto, comprensión, protección, bienestar, ocio e información. Es una dimensión determinada por el contexto socio-cultural, los hábitos y las costumbres; además del ambiente físico donde se brinda el cuidado.

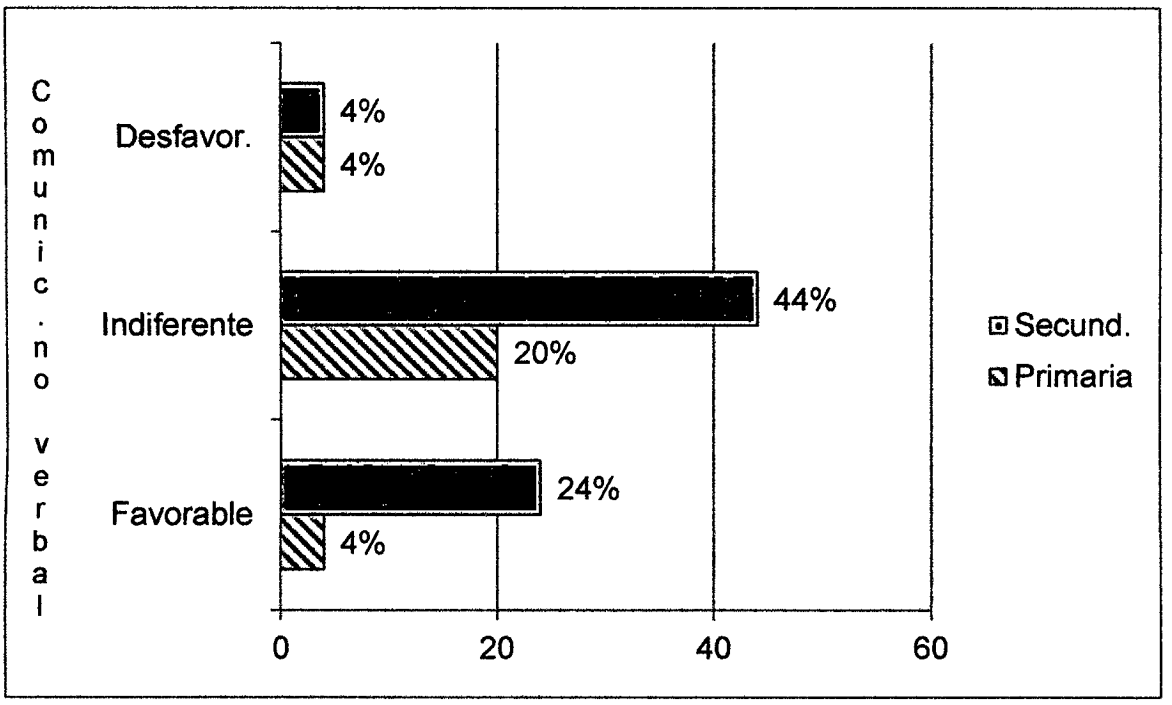
De otra parte Hagei (2008)[47], también refiere que los cuidados se orientan a incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, es decir, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende, entonces la intervención de enfermería con esta orientación va dirigida a dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de los cuidados y la satisfacción y el bienestar de la persona en su integralidad.

Tabla 9. Percepción según grado de instrucción del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación no verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015

Grado de instrucción	Primaria		Secundaria		Total	
Comunicación no verbal	N°	%	N°	%	N°	%
Favorable	1	4	6	24	7	28
Indiferente	5	20	11	44	16	64
Desfavorable	1	4	1	4	2	8
Total	7	28	18	72	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015

Graf.8. Percepción según grado de instrucción del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión comunicación no verbal, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015

Los resultados que se presentan en la tabla 9 y grafico 8, del 100% (25) de familiares de los pacientes según grado de instrucción refieren que la comunicación no verbal lo perciben en mayor porcentaje de indiferente a favorable (44% y 24% respectivamente) el nivel secundario, mientras el 20% del nivel primario percibió como indiferente y favorable solo el 4%.

El nivel educativo alcanzado por los familiares le permite dar su apreciación sobre las características de los cuidados que brinda la enfermera(o) y que ellos lo perciben como tal. Estas variables como la edad y el sexo de los familiares se relacionan con los resultados en cuanto a la comunicación no verbal que expresan las enfermeras (os) a través de los sentidos y el lenguaje corporal; al parecer se manifiesta los gestos de incomodidad, malestar ante las inquietudes que le formulan los familiares a los enfermeros y que no son satisfechos ante las expresiones de necesidades que ellos tienen y desean ser escuchados y atendidos como ya se explicó en la lectura de las tablas 3 y 6.

Se sabe que el servicio de la UCI, concentra una diversidad de complejas responsabilidades, actividades, procedimientos al cuidado del paciente crítico y que ante esta labor recargada el profesional de enfermería puede responder a la expectativa del familiar de la manera no adecuada, en oportunidades exacerbando el estrés que pueda presentar, lo que no significa ser una justificación a sus acciones por lo que corresponde llamar a la reflexión de acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión comunicación no verbal.

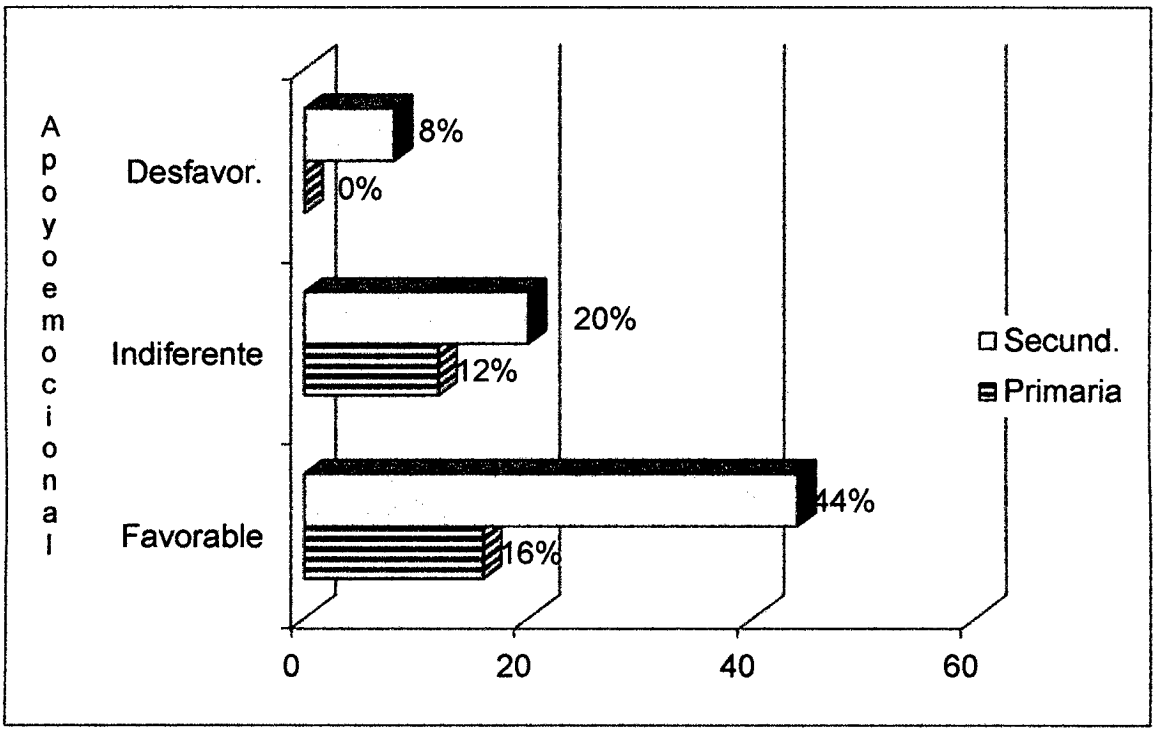
Así Silva-Fhona, S. Ramón-Cordovab, S. Vergaray-Villanuevab, V. Palacios-Fhonc y R. Partezani-Rodriguesa (2015)[48], manifiesta que la satisfacción es una actitud que está relacionada con el estado emocional e influido por la información que el paciente recibe por parte del profesional de la salud.

Tabla 10. Percepción según grado de estudio del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión apoyo emocional, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015

Grado de instrucción	Primaria		Secundaria		Total	
Apoyo emocional	N°	%	N°	%	N°	%
Favorable	4	16	11	44	15	60
Indiferente	3	12	5	20	8	32
Desfavorable	0	0	2	8	2	8
Total	7	28	18	72	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015

Graf.9. Percepción según grado de estudios del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, dimensión apoyo emocional, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015

Los resultados que se muestran en la tabla 10 y grafico 9, sobre la percepción que tiene el familiar de los pacientes en estado crítico respecto a la dimensión de apoyo emocional, siendo estos clasificados de acuerdo al grado de estudios, se observa que son los de nivel secundaria quienes califican como percepción favorable con un 44% a las intervenciones que realiza el profesional de enfermería e indiferente con el 20%. Del mismo modo los de nivel primaria quienes conforman el 28% del total (100%) de la muestra, el 16% de ellos considera como favorable, siendo indiferente el 12%. Como se ha venido observando es el 60% de ambos grupos (nivel primaria y secundaria) los que calificaron la intervención de enfermería favorable en cuanto a la dimensión de apoyo emocional.

Estos hallazgos, así como los encontrados y descritos en las tablas y gráficos anteriores respecto a ésta dimensión, nos dan a entender que la mayoría de enfermeras (os) que laboran en la UCI del Hospital Amazónico, cumplen con el "cuidado holístico". El apoyo emocional forma parte de la competencia profesional y contribuye al cuidado holístico del paciente y familia. Es un cuidado que queda reflejado en el sentimiento que las enfermeras tienen de que cuando lo realizan, las familias quedan muy agradecidas y de que, sin duda, es su trabajo, así lo afirma Campo & Gamboa (2011)[49].

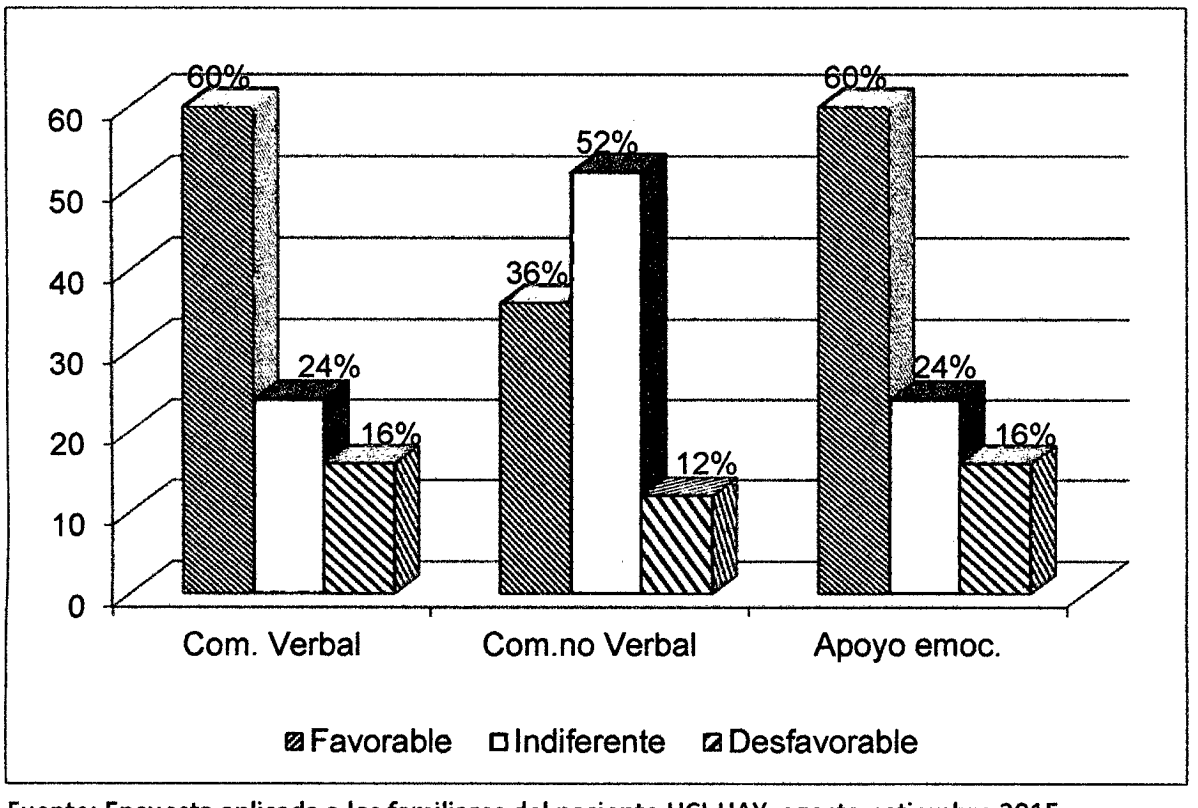
La relación de ayuda surge de la empatía entre profesional y familia/allegados producida desde el ofrecimiento a sus demandas, aclarando dudas; es una oportunidad que las enfermeras(os) tienen para dar soporte y donde perciben que su ayuda es efectiva.

Tabla 11. Percepción del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, según dimensiones, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015

Dimensiones(*)	Comunicación Verbal		Comunicación no verbal		Apoyo emocional	
Percepción	N°	%	N°	%	N°	%
Favorable	15	60	9	36	15	60
Indiferente	6	24	13	52	6	24
Desfavorable	4	16	3	12	4	16
Total	25	100	25	100	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015
(*) Los datos de las 3 dimensiones están representados por las medias.

Graf.10. Percepción del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, según dimensiones, Hospital Amazónico – Yarinacocha, 2015



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares del paciente UCI-HAY, agosto-setiembre 2015

Respecto a los resultados que se muestran en la tabla 11 y grafico 10, sobre percepción del familiar del paciente adulto crítico, respecto a la intervención de enfermería en la UCI, en las tres dimensiones, se observa que la dimensión comunicación verbal y apoyo emocional alcanzan el mayor porcentaje (60%) como favorable, siendo la dimensión comunicación no verbal con el mayor porcentaje (52%) de percepción de indiferente, seguido del 16% de desfavorable para las mismas dimensiones. Cabe indicar que estos resultados corresponden a la media de los resultados presentados según edad, sexo y grado de instrucción por cada dimensión para una mejor descripción.

La percepción de indiferente en la comunicación no verbal, como ya se ha venido comentado, está relacionado con las expresiones corporales, muestra de enfado e indiferencia, no les da atención ante una interrogante del familiar, así como también cuando le conversan no les mira, todas estas actitudes se contraponen a las que muestran aquellas enfermeras (os) que si toman interés, no se asombran o expresan con un gesto que les parece mal cuando le hacen una pregunta respecto a la evolución de su familiar hospitalizado en la UCI. En consecuencia los familiares siguen siendo considerados como sujetos ajenos a la UCI y, por lo tanto, como personas que no requieren de los cuidados de los profesionales de salud.

Por todo ello, el familiar percibe que no está recibiendo buen trato, dando como resultado la calificación obtenida.

De otra parte es alentador en cierta forma, el resultado de las dimensiones "comunicación verbal" y "apoyo emocional", ya que es la mayoría (60%) de los familiares que han concluido en calificar de acuerdo a su percepción como favorable.

La necesidad de cuidados de enfermería, tiene carácter universal legitimado por la sociedad, y como tal corresponde a los profesionales de enfermería velar porque este servicio sea brindado bajo unos criterios no sólo de excelencia científica sino con un gran sentido de humanitarismo y exigencia ética[50], siendo nuestra responsabilidad y deber no solo un fin en sí misma, es sólo un medio, el componente físico, la expresión tangible del cuidado de enfermería.

Por lo que, la información de la enfermera(o) es, transmitir datos objetivos y científicos en el área de competencia profesional. La Enfermería se ocupa de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales y/o procesos vitales, son las conductas,

comportamientos y reacciones de las personas a nivel cognoscitivo, afectivo y psicomotor que tienen las personas ante distintas situaciones de salud y los cuidados de Enfermería, hacen referencia a las actividades que lleva a cabo la enfermera para contribuir a resolver esos problemas de salud de los pacientes, por tanto es de gran importancia no pasar por alto este espacio que permite interactuar con el familiar empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del familiar y el paciente.

CONCLUSIONES

1. Existe un porcentaje significativo del familiar del paciente adulto crítico hospitalizado en UCI-HA, que percibe como favorable la intervención en enfermería respecto a la comunicación verbal y apoyo emocional, siendo indiferente y desfavorable la comunicación no verbal en mayor porcentaje.

2. De acuerdo a las variables: edad, sexo y grado de instrucción, se observó que el grupo de edad entre 18 a 40 años, de sexo femenino y de grado de instrucción secundaria fueron los que percibieron como favorable en regular porcentaje, sin embargo se debe reflexionar que existe una actitud del profesional de enfermería que trasmite incomprensión, frialdad e incluso el hecho de no saludar al familiar estaríamos deduciendo que el cuidado que brindan es deshumanizado.

3. La percepción de los familiares en la dimensión comunicación no verbal es de indiferente (52%) a favorable (36%) con el mayor porcentaje, seguido de desfavorable (12%) para la misma dimensión, resultado que guarda relación con la falta de un trato cálido, amable, entendiéndose que la enfermera(o) no entabla una adecuada relación interpersonal y terapéutica con el familiar del paciente crítico.

4. La percepción de los familiares en la dimensión apoyo emocional fue similar a la dimensión comunicación verbal, los familiares de ambos grupos de edad, tienen una percepción favorable (60%), lo restante es indiferente y un menor porcentaje es desfavorable. El apoyo emocional forma parte de la competencia profesional y contribuye al cuidado holístico del paciente y familia, si una de las dimensiones es carente, entonces no se da cuidado holístico e integral.

RECOMENDACIONES

A las enfermeras (o) intensivistas - Hospital Amazónico

1. Las enfermeras(o), deben esmerarse en dar un trato más cálido y humano al familiar del paciente en UCI ya que ellos pasan a convertirse también en sujetos de cuidados, por tanto la enfermera (o) debe controlar sus expresiones corporales y sobre todo gestuales que sirven de barrera para la comunicación no verbal.

2. Es necesario aprender estrategias para propiciar acercamiento con el familiar del paciente en estado crítico, así mejorará la percepción de quienes observan nuestro actuar ya que existe una carencia del cuidado de las emociones comprendidas en la comunicación no verbal.

3. A través de la Unidad de Control de Calidad del Servicio, valorar la calidad de atención que recibe el paciente y el familiar como indicador de satisfacción, lo cual les permitirá replantear medidas de mejora continua en beneficio del paciente y familia.

A la Universidad Nacional de Ucayali

1. Considerar como eje transversal, la enseñanza a los estudiantes de pregrado destrezas para una buena comunicación con los pacientes así mismo aprenda a proporcionar apoyo emocional al familiar y al paciente, componente imprescindible en el cuidado humanizado.

2. Profundizar el presente estudio a través de investigaciones correlacionales, analíticas y determinar si existe relación entre variables como el tiempo de servicio, edad, sexo, competencias con las dimensiones estudiadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Uribe M., Muñoz C. & Restrepo J. Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. Universidad de Antioquía. Colombia. Rev Redalyc. 2004.
2. Torres, L., Morales, J.M. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. Andalucía – España. 2004.
3. Rosa Franco C. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención que realiza la enfermera durante la crisis situacional en la UCI Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – abril. Facultad de Medicina Humana.UNMSM. 2003.
4. Santos, C. & Shiratori, K. Comunicación no verbal: su importancia en los cuidados de enfermería. Enfermería Global Rev electrónica. N°12.http://revistas.um.es/ eglobal/article/viewFile/912/902. 2008
5. Idem
6. Cañadas-Núñez, F. Ferre-Pérez M., Fernández-García G., Plaza-del Pino J., Jiménez-García J., & Subirá-Imbernón A. La Humanización del cuidado. Un imperativo en cuidados intensivos.Tesela [Rev Tesela];Disponible en http://www.index-f.com/tesela/ts2/ts6503.php 2007.
7. Santos, C. & Shiratori, K. Comunicación no verbal: su importancia en los cuidados de enfermería. Enfermería Global Rev electrónica. N°12.http://revistas.um.es/eglobal/ article/viewFile/912/902. 2008
8. Uribe M., Muñoz C. & Restrepo J. Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. Universidad de Antioquía. Colombia. Rev Redalyc. 2004.
9. Pérez C., Rodríguez G., Fernández H., Catalán G. & Montejo G. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España. 2004.
10. Gálvez M., Fernández C., Muñumel G., Ríos F., Fernández L. & Del Águila B. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. Andalucía – España, 2011.Index Enferm. vol.20 no.4 Granada oct.-dic. 2011. versión impresa ISSN 1132-1296 http:// dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000300005.2011.
11. Cañadas-Núñez, F. Ferre-Pérez M., Fernández-García G., Plaza-del Pino J., Jiménez-García J., & Subirá-Imbernón A. La Humanización del cuidado. Un imperativo en cuidados intensivos.Tesela. Almería-España. [Rev Tesela] 2007; 2. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts2/ts6503.php>
12. Campo & Gamboa. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica, Santiago - Chile. Rev Enfermería Global. Revista electrónica.N°24, 2011.

13. Llamas-Sánchez, Flores-Cordón, Acosta-Mosquera, González-Vázquez, Albar-Marín & Macías-Rodríguez. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. Sevilla – España. Enferm Intensiva. 20(2):50-57. 2009
14. Reyes M., Colonia K. & Reyes R. 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.2010
15. Franco R. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención que realiza la enfermera durante la crisis situacional en la UCI Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – abril 2003. Lima. Cybertesis UNMSM.2004.
16. 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-Lima. 2008.
17. Ministerio de Sanidad y Política Social España. Unidad de Cuidados Intensivos, estándares y recomendaciones. Madrid – España. 2010.
18. Ceballos L. & Rodríguez D. Cuidados de enfermería en uci al paciente con reposo prolongado susceptible a desacondicionamiento cardiovascular. Universidad de Antioquia- Medellín Colombia. 2010.
19. 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-Lima. 2008
20. Idem.
21. Ibidem
22. Cordón F. Enfermería en UCI: Intervenciones en UCI sobre las actuaciones de enfermería. Unidad 6. España 2012.
23. Idem.
24. Ob cit. (15)
25. Ob cit. (13)
26. Ob.Cit (7)
27. Garza B. Comunicación no verbal. La importancia de los gestos. https://www.prot.org/social/conversar_hablar/comun_no_verbal_la_importancia_de_los_gestos_i.html.2014
28. Ob.cit. (7)
29. Fernández E., Jiménez M.& Díaz D. Emoción y motivación La adaptación humana. E. Centro de estudios Ramón Areces.S.A., España 2003 1176 pp
30. Martínez M., Gómez V. & Siles P. Apoyo emocional: conceptualización y actuación de enfermería, una mirada desde la perspectiva del alumno. Instituto de Salud del

Estado de México. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol 6. Año. 6 No. 3 Julio-Sep 2009

31. Hidalgo I, Vélez Y. & Pueyo E. Qué es importante para los familiares de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Enferm Intensiva.18 (3): 106-114.Elsevier España SL y Sociedad Española de Enfermería Intensiva. Volumen 18, Número 3, páginas 103-155. Septiembre 2007.
32. Ob cit. (13)
33. Ob. cit (15)
34. Rodríguez-Quezada. Manejo de herramientas de gestión y percepción del cuidado de Enfermería en hospitales de Chachapoyas, Perú. Enfermería Universitaria 2014;11 (1):3-10
35. Ob cit. (14)
36. Ob cit. (34)
37. Ob cit. (16)
38. Ob cit. (1)
39. Ob cit. (10)
40. Colegio de enfermeras(os) del Perú. Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero. Lima: Colegio de enferme-ras(os) del Perú; 2008.
41. Ob cit (27)
42. Ob cit. (21)
43. Ob cit. (34)
44. Ob cit. (17)
45. Silva-Fhona, S. Ramón-Cordovab, S. Vergaray-Villanuevab, V. Palacios-Fhonc y R. Partezani-Rodriguesa. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. Enfermería Universitaria. 2015;12(2):80-87
46. Ob cit. (34)
47. Ob cit. (19)
48. Silva-Fhona, S. Ramón-Cordovab, S. Vergaray-Villanuevab, V. Palacios-Fhonc y R. Partezani-Rodriguesa. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. Enfermería Universitaria. 2015;12(2):80-87
49. Ob cit.(12)
50. Ob cit.(10)

ANEXOS

ANEXO 1: ENCUESTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Sr.(ra): Soy egresada del PSE en Cuidados Intensivos – Adulto UNU. Se desea conocer su percepción respecto a la intervención de enfermería en la atención a su familiar. Los resultados del presente estudio permitirán recomendar y mejorar los cuidados de enfermería, por lo que se solicita su colaboración, marcando c/u de los ítems con un "X" donde considere. Se agradece su colaboración.

I. DATOS GENERALES:

Sexo: F ( ) M ( ) Edad: _____ Grado de Instrucción: Pr. ( ) Sec. ( ) Sup. ( )

Parentesco: _____Días de hospitalización de su familiar:_____

II. CONTENIDO:

	DIMENSION COMUNICACIÓN VERBAL	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo
1(+)	La enfermera (o) conversa con el familiar sobre las necesidades del paciente			
2 (-)	La enfermera (o) no brinda orientación al familiar			
3(+)	La enfermera (o) explica al familiar sobre los procedimientos básicos que le realizan al paciente.			
4(+)	La enfermera (o) se expresa con lenguaje sencillo al explicar o responder las inquietudes del familiar.			
5 (-)	La enfermera (o) no saluda al familiar y pasa de frente.			
6(+)	La enfermera (o) orienta al familiar como afrontar el sentimiento de angustia			
7 (-)	La enfermera (o) no responde de manera cortés a las inquietudes del familiar			
8 (-)	La enfermera (o) atribuye o juzga al familiar por alguna complicación que pudiera presentar el paciente crítico			
	DIMENSION COMUNICACIÓN NO VERBAL	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo
1(+)	La enfermera (o), tiene un tono amable y cálido al hablar con el familiar			
2(-)	La enfermera (o) muestra facies (cara) de enfado cuando el familiar le repregunta sobre el estado de salud del paciente.			

3(+)	La enfermera (o) muestra interés en escuchar al familiar cuando le hacen alguna pregunta.			
4(-)	La enfermera (o), recibe al familiar con un gesto de indiferencia.			
5(-)	La enfermera (o) lo mira con facies (cara) de asombro al preguntar alguna inquietud del familiar.			
6(+)	La enfermera (o) dialoga serenamente con el familiar del paciente			
7(-)	La enfermera (o), muestra intolerancia e incomodidad al familiar cuando explica sobre los procedimientos básicos			
8(+)	La enfermera (o) a pesar de estar muy ocupada señala con la mano que atenderá al familiar.			
DIMENSION APOYO EMOCIONAL		De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo
1(-)	La enfermera (o) no facilita al familiar que exprese sus sentimientos y emociones.			
2(+)	La enfermera (o) da ánimo al familiar frente a la situación de salud del paciente.			
3(+)	La enfermera (o) toma del hombro o de la mano al familiar al observarlo triste, angustiado o afligido.			
4(-)	La enfermera (o) no se acerca al familiar a tranquilizarlos al verlos tristes o angustiados.			
5(-)	La enfermera (o) muestran poco interés y preocupación por el estado emocional que presenta el familiar.			
6(+)	La enfermera (o) se muestra atenta y comprensiva con el familiar del paciente.			
7(-)	La enfermera (o) no suele consolar al familiar cuando estos sollozan.			
8(+)	La enfermera (o) tranquiliza al familiar dándoles aliento y consuelo.			

ANEXO 2

FORMULA Y REEMPLAZO DE VALORES PARA DETERMINAR LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Estadístico Alfa de Cronbach, reemplazando valores:

$$\alpha = \frac{K}{K-1}\left[1 - \frac{\sum s_1}{S_t}\right]$$

De donde:

α : alfa de Crombach
K : número de preguntas
s1: Varianza de c/ items
St : Varianza total

Reemplazando valores:

$$\alpha = \frac{24}{23}\left[1 - \frac{3.56}{19.58}\right]$$

$$\alpha = \frac{24}{23}\left[1 - 0.1818\right]$$

$$\alpha = 0.85$$

Aplicando la prueba de confiabilidad Alfa de Cronbach, el instrumento tiene una confiabilidad de 85 % por lo tanto es confiable y consistente.