

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Fundada en 1551**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Percepción del familiar del paciente crítico,  
respecto a la intervención de enfermería  
durante la crisis situacional en la Unidad  
de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional  
Edgardo Rebagliati M., Abril 2003**

TESIS para optar el Título Profesional de: LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTOR

**ROSA ESTHER FRANCO CANALES**

**LIMA – PERÚ 2004**



..	1
<b>RESUMEN .</b>	<b>3</b>
<b>PRESENTACIÓN: .</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN . .</b>	<b>7</b>
<b>A.- PLANEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA .</b>	<b>7</b>
<b>B.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .</b>	<b>9</b>
<b>C.- JUSTIFICACIÓN . .</b>	<b>9</b>
<b>D.- OBJETIVO GENERAL .</b>	<b>9</b>
<b>E.- PROPÓSITO. .</b>	<b>10</b>
<b>F.- ANTECEDENTES DE ESTUDIO .</b>	<b>10</b>
<b>G.- MARCO TEÓRICO . .</b>	<b>12</b>
<b>H.- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS .</b>	<b>22</b>
<b>CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO .</b>	<b>23</b>
<b>A.- TIPO, NIVEL Y MÉTODO . .</b>	<b>23</b>
<b>B.- DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO . .</b>	<b>23</b>
<b>C.- POBLACIÓN . .</b>	<b>24</b>
<b>D.- TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .</b>	<b>24</b>
<b>E.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO . .</b>	<b>24</b>
<b>F.- PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS . .</b>	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIONES . .</b>	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES .</b>	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .</b>	<b>35</b>
<b>ANEXOS .</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO A .</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO B .</b>	<b>38</b>
<b>ANEXO C .</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO E .</b>	<b>41</b>

ANEXO F .	45
ANEXO G .	47
ANEXO H .	47
ANEXO I .	48
ANEXO J . .	48
ANEXO K .	48
ANEXO L . .	49
ANEXO M .	49

---

*Agradezco Infinitamente a Dios porque cada día me da un motivo más para superarme y me cuida en todo el largo camino de la vida. A mi Madre: Hilda Canales de la Torre, por el apoyo incondicional que siempre me ha brindado y por quererme tanto. Agradezco a la Institución, al personal de enfermería y a los familiares de los pacientes por su colaboración en el presente estudio. Al Asesor y a todos aquellos que de alguna manera contribuyeron a la evaluación del presente estudio. A David por su invaluable apoyo, compromiso y afecto constante, por su ayuda en la culminación del presente estudio*



---

## RESUMEN

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

Los objetivos fueron: Determinar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Abril del 2003. e identificar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la dimensión de comunicación verbal, no verbal y apoyo emocional en la UCI-HNERM

El método que se utilizó 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.

Los resultados fueron que el 37.5% ( 9 ) refirieron una percepción favorable, 33.3% (8) desfavorable, y 29.2% (7) indiferente. Ello está referido a que las enfermeras no orientan a la familia sobre la forma de hacer frente a los sentimientos de angustia, no tienen un tono cálido al hablar con los familiares y no tranquilizan con palabras de aliento. Los aspectos desfavorables e indiferentes en el área de comunicación verbal fueron que las enfermeras no preguntan sobre los problemas que enfrentan debido al paciente crítico, ni explica sobre los procedimientos que se realiza a los pacientes, en el área de comunicación no verbal no le mira de manera cálida al responder alguna inquietud del familiar y en el área de apoyo emocional no le toman de la mano cuando los observan tristes o afligidos y no se acerca para tranquilizarlos. Los aspectos favorables en el área de comunicación verbal está dado por que las enfermeras utilizan un lenguaje claro y sencillo al responder alguna inquietud al familiar, en la comunicación no verbal explica los procedimientos y le presta atención cuando le pregunta algo, mientras que en el aspecto de apoyo emocional se muestra atentas y comprensivas con los familiares del paciente.

Las conclusiones fueron que existe un porcentaje significativo de familiar del paciente crítico que percibe la intervención de enfermería durante la crisis situacional como indiferente en las dimensiones de comunicación verbal y apoyo emocional; y prioritariamente desfavorable en la dimensión de comunicación no verbal . Limitando así la restauración de la homeostasis psico-emocional del familiar.

Además la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional tiene una tendencia prioritariamente hacia lo indiferente y desfavorable en aquellos familiares de sexo masculino, grado de instrucción superior, y entre adultos jóvenes.

Palabras Claves:

Percepción. Intervención de enfermería. Crisis situacional. Familiar del paciente crítico.





## PRESENTACIÓN:

Uno de los problemas más frecuentes en los últimos años esta dado por el incremento de los accidentes de tránsito esto aunado al aumento de la edad media de los paciente a conllevado a observar un incremento en el número de pacientes con trastornos y lesiones de extrema gravedad, los cuales requieren para su proceso de recuperación un tratamiento especializado en instituciones que cuenten con una unidad de cuidados intensivos generando con mucha frecuencia reacciones emocionales de diferente magnitud que genera en la familia un desequilibrio psicoemocional.

Experimentando actitudes, sentimientos y reacciones emocionales 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. Por ello, el desarrollo científico y tecnológico de enfermería, no puede menoscabar el profundo sentido y espíritu humanitario del cuidado de enfermería que brinda a las personas y a la sociedad. Ya que con frecuencia se observa que el familiar expresa: “cuando le preguntamos a la enfermera algo dice que está ocupada y esperemos al médico”, “no se interesa por informarnos”, “casi nunca está durante el tiempo de visita”

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional, en la UCI Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins con el objetivo de determinar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería en su crisis situacional, así como identificar la percepción del familiar del paciente critico, respecto a la comunicación verbal, no verbal y apoyo emocional.

El propósito estuvo orientado a que con los hallazgos el profesional de enfermería que labora en las unidades de cuidados intensivos cuente con información real y objetiva sobre la percepción del familiar respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional que permita que el departamento de enfermería formule y/o elabore estrategias o actividades de capacitación dirigida al personal de enfermería tendiente a reforzarlas las áreas críticas y reorientar su labor como agente terapéutico en el abordaje ante la crisis situacional que experimenta la familia favoreciendo así la relación enfermera-familia.

El presente estudio consta de: Capítulo I Introducción que presenta planteamiento, delimitación, formulación, justificación, objetivos, propósito, antecedentes de estudio, base conceptual, operacionalización de variables y definición operacional de términos. Capítulo II Material y Método, expone el tipo, nivel y método descripción del área, población, técnica e instrumento. Capítulo III Resultados y Discusión. Capítulo IV Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se expone referencia bibliografía, bibliografía y anexos.



# CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

## A.- PLANEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La incidencia de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el año 2002 fueron de 371 pacientes los cuales contaron con un tiempo de permanencia variable que oscila entre tres a siete días, y en algunos casos varias semanas, de los cuáles 102 fallecieron, es decir 27.5% del total. Dentro de las enfermedades de mayor incidencia tenemos a la sepsis de foco abdominal, seguida de sepsis de foco respiratorio, pancreatitis aguda y problemas cardiacos.

Teniendo en cuenta que en el paciente crítico la supervivencia está en peligro o puede estarlo de manera prolongada, se precisa un nivel de asistencia especializada (monitorización o tratamiento intensivo) y continua con requerimientos de personal en cuidados intensivos y tecnología que sólo puede prestarse en la UCI.

Al respecto Mosby refiere:

*“es fácil que el paciente se pierda entre tanta “máquina” y que el profesional de enfermería se fije más en los aparatos y en los números”<sup>1</sup>.*

Por consiguiente, el personal de enfermería debe hacer todo lo posible por prestar atención al paciente como ser humano, apoyando y ayudando a el y a su familia a afrontar la gravedad de la enfermedad y la utilización de tecnología tan sofisticada.

La hospitalización de un individuo en la Unidad de Cuidados Intensivos constituye un factor que altera la homeostasis emocional familiar.

Jhon Canty refiere que la familia es un grupo cuyos integrantes se interrelacionan y están sujetos a la influencia del entorno, y por tanto la hospitalización de unos de ellos creará una situación de crisis situacional. Las experiencias que viven los familiares al separarse de uno de los miembros del grupo familiar debido a la hospitalización, desencadena una serie de reacciones emocionales; el cual se verá intensificado en relación a la gravedad de la enfermedad.

*“El ingreso de un paciente en una unidad de cuidados intensivos somete a los miembros de su familia a una situación difícil. Si la familia siente amenaza de perder uno de sus individuos, se defiende contra la pérdida y puede experimentar una crisis psicológica. El suministro eficaz de cuidados necesariamente involucra el cuidado de los miembros disponibles de la familia”<sup>2</sup>.*

Por lo que la intervención de enfermería ante la crisis situacional, es un método que implica estrategias preventivas de brindar asistencia terapéutica inmediata, ayudando al paciente y familia a enfrentar la situación causante de estrés, a fin de restablecer el equilibrio familiar.

Es así que durante las experiencias pre-profesionales en los centros hospitalarios se observa la necesidad imperiosa de la familia por obtener información respecto al paciente, recurriendo generalmente a la enfermera y planteándole una serie de interrogantes como: “¿cómo está mi familiar?, ¿Que tiene?, ¿se va a poner bien?, ¿se va a morir?, ¿se va a recuperar?”; Sin dejar de lado las diversas manifestaciones emocionales como llanto, ira, insistencia, ansiedad, e incapacidad para hacer frente a la situación y sentimientos de culpa entre otros. Si a todo ello agregamos que la enfermera con frecuencia descuida al familiar que esta sufriendo una crisis situacional; sobre todo cuando un familiar se encuentra en una unidad de cuidados intensivos; surge algunas interrogantes relacionado a ¿Cuál es la percepción que tiene el familiar del paciente internado en la Unidades de Cuidados Intensivos, respecto a la intervención de la enfermera en la crisis situacional?, ¿ Porqué la enfermera de unidad de cuidados intensivos no asiste al familiar durante su crisis situacional que enfrenta ante la hospitalización de su paciente?, ¿Cuál es la necesidad del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de la enfermera en la crisis situacional?.

---

<sup>1</sup> Patricia Gauntlett, Tratado de Enfermería. Mosby. Madrid-España. 1ra edición. Edit Interamericana-Mc-Graw-Hill 1995. Madrid – España. p. 2045.

<sup>2</sup> José Pérez Gómez. Cuidados intensivos en el Adulto. Madrid 4ta Edición. Edit. Interamericana-Mc-Graw-Hill. 1993. p. 743.

## B.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de la enfermera durante la crisis situacional, en la UCI del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?.

## C.- JUSTIFICACIÓN

El profesional de enfermería es un pilar importante de apoyo emocional al paciente y familia, dentro de la hospitalización en UCI asumiendo nuevos retos que le impone la atención al enfermo, familia y comunidad. Por lo que debe ofrecer al familiar información sencilla, clara y exacta sobre el enfermo, actuar con precisión, rapidez y decisión manteniendo la calma, especialmente en caso de emergencias, transmitiendo seguridad y confianza tanto al paciente, así como a su familia. Siendo la comunicación un proceso fundamental en los procesos vitales ya que con ello influye en la calidad de la atención al paciente y familia frente a la crisis situacional que experimenta la familia e influye en el rol de la enfermera en UCI.

Mendoza Vega afirma:

*“Quien la deja de lado, sobre todo en situaciones que impliquen tensión entre individuos, está desperdiciando una de sus más valiosas características y disminuye la calidad humana del contacto con sus semejantes”<sup>3</sup> ..*

Por lo que durante la atención continua que brinda la enfermera de UCI, es necesario tener en cuenta los factores de tensión emocional que enfrenta el paciente y su familia para poder brindar cuidado integral. Antonio Gómez Rodríguez nos refiere:

*“Sin olvidar que en cuanto al sufrimiento inflingido por el cuidado intensivo, este es mayor, sin ninguna duda, entre los familiares que entre los mismos pacientes”<sup>4</sup> .*

Por consiguiente se debe fomentar una actitud profundamente humana y comprensiva hacia el paciente y su familia, como parte de una atención integral al enfermo, con la calidad que estos merecen y que toda institución de prestigio debe proporcionar.

## D.- OBJETIVO GENERAL

<sup>3</sup> Efraín Loreto. Hacia una medicina más humanizada. 1ra edición. Edit Interamericana. Madrid. 2000. p. 263.

<sup>4</sup> Opcit(3)270

- Determinar la percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de Enfermería durante la Crisis Situacional en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de Enfermería, en la dimensión de comunicación verbal durante la crisis situacional.
- Identificar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de Enfermería, en la dimensión de comunicación no verbal durante la crisis situacional.
- Identificar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de Enfermería, en la dimensión de apoyo emocional durante la crisis situacional.

## **E.- PROPÓSITO.**

Los hallazgos obtenidos del presente estudio proporcionarán al profesional de enfermería información real y fidedigna de la percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional que permita que el departamento de enfermería formule y/o elabore estrategias o actividades de capacitación dirigida al personal de enfermería tendiente a reforzarlas las áreas críticas y reorientar su labor como agente terapéutico en el abordaje ante la crisis situacional que experimenta la familia favoreciendo así la relación enfermera-familia.

Asimismo favorecerá la elaboración de un protocolo de intervención en crisis dirigido al paciente y familia.

## **F.- ANTECEDENTES DE ESTUDIO**

Al realizar la revisión de los trabajos relacionados al tema, se encontró algunos estudios. Así tenemos que Lily Cevallos Vilches, Sonia Cornejo Martines y Felicita Lucana Orue en 1993 en Lima, realizaron un estudio sobre “ Percepción de los familiares de los pacientes con TEC, acerca de la intervención de la enfermera en la crisis situacional, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas –Santo Toribio de Mogrovejo”. El cual tuvo como objetivo determinar la percepción de los familiares de los pacientes con TEC, acerca de la intervención de la enfermera en la crisis situacional. El método que utilizó fue el descriptivo exploratorio transversal La población estuvo conformada por 40 familiares. El instrumento fue la escala modificada de Likert . Llegando a las siguientes conclusiones

entre otras: La enfermera está descuidando su función al no contribuir a solucionar la crisis situacional de la familia. El familiar no se siente comprendido, ni aceptado, dificultando así el alivio de su tensión y ansiedad.

Fabiola Quiroz Vásquez, en 1980 en Lima, realizó un estudio sobre: "Efectividad del Acercamiento de Enfermería en el alivio de la Crisis Situacional de la familia del paciente con infarto al miocardio frente a la enfermedad y hospitalización en el Hospital Central N° 1". El objetivo fue determinar la efectividad del acercamiento de enfermería en el alivio de la crisis situacional del paciente con infarto al miocardio frente a la enfermedad y hospitalización. El método que utilizó fue el experimental, la muestra fue de 60 personas. El instrumento fue un formulario tipo escala modificada de Likert. Entre otras las conclusiones fueron que el acercamiento oportuno por parte de la enfermera permite identificar las reacciones emocionales experimentadas por los familiares que atraviesan unas crisis situacional.

Gonethy, Silva Bazán, Massiel Yaranga Samamé, Martha Tito Paucar en 1996 en lima, realizó un estudio sobre: Percepción del paciente quemado acerca de la intervención de enfermería según las etapas psicoemocionales por las que atraviesa HNGAI. El objetivo fue Valorar el grado de percepción del paciente acerca de la intervención de enfermería durante la fase inicial, media y tardía psicoemocional. La metodología fue descriptivo, cuantitativo, prospectiva de corte longitudinal. La población fue de 60 pacientes. El instrumento fue un formulario tipo escala modificado de likert. Entre las conclusiones tenemos: Que un porcentaje significativo de pacientes tienen una percepción completamente desfavorable atribuyendo ello a la falta de atención por parte del personal de enfermería en el aspecto emocional.

A nivel internacional en el XXXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de medicina intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.

J. Prieto de Paula, J. Velasco Bueno, N, Castillo Morales realizaron un estudio sobre Detección de necesidades de familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. Tubo como objetivo principal conocer las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en UCI y su grado de cobertura. Metodología descriptiva Muestra 254 familiares, la técnica fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario modificado de Critical Care family Needs Inventory..Las conclusiones fueron: La percepción que tienen los familiares acerca de la calidad de los cuidados es positiva y se aprecia una buena cobertura de las necesidades del familiar del paciente critico.

María Cristina de Albístur, Dr. Juan Carlos Bacigalupo, Dr. Jorge Gerez, Mónica Uzal, Dres. Alejandro Ebeid, Mónica Maciel, Juan José Soto realizaron un estudio sobre: "La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos" Cuyo objetivo fue conocer las opiniones, sentimientos y expectativas de las familias de los pacientes internados en una Unidad de Cuidados Intensivos y su incidencia en el relacionamiento con la Unidad. Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, observacional, cuanticualitativo. El instrumento fue un formulario y la técnica la entrevistas realizadas por psicólogo. Los datos cuantitativos fueron analizados con métodos estadísticos y los cualitativos fueron analizados por la psicóloga de la Unidad. La muestra estuvo conformada por 94 familias en el período de un año. Conclusión: Que el momento del

informe médico a la familia constituye un acto terapéutico y es fundamental para el más adecuado relacionamiento entre la familia y la Unidad. Los familiares necesitan que se les brinde información oportuna y con paciencia.

Por lo expuesto podemos deducir que si bien es cierto existe algunos estudios relacionados al tema, aún no se ha realizado un estudio sobre la percepción del familiar del paciente crítico en las Unidades de Cuidados Intensivos, acerca de la intervención de enfermería durante la crisis situacional. Por lo que existe la necesidad de abordar el presente estudio.

A continuación se presenta el sustento teórico que servirá de base para realizar el análisis e interpretación de los datos recolectados.

## **G.- MARCO TEÓRICO**

Dentro de las enfermedades que requieren hospitalización en las Unidades de Cuidados Intensivos según la IX Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS), son: las enfermedades cardiológicas, coronaria, hemodinámica, respiratorio, enfermedades quirúrgicas y médico-quirúrgicas, complicaciones de cirugía, enfermedades e intervenciones traumatológicas, infecciones, intoxicaciones, alergia, tipos de accidentes, traumas. complicaciones, obstetricia y ginecología entre otros. Teniendo en cuenta que los criterios para el ingreso de una UCI son; pacientes que no responden de forma suficiente a la terapéutica habitual y cuyo organismo ha llegado a una situación límite, provocada por una enfermedad extremadamente grave de cualquier origen, pero en los cuales existe como premisa la recuperabilidad, pacientes con enfermedades que requieren aislamiento para evitar su propagación. Siendo importante tener en cuenta que la unidad de cuidados intensivos es aquella unidad hospitalaria altamente tecnificada dedicado a la asistencia intensiva integral y continuada del paciente críticamente enfermo, independientemente de cual sea el origen de esta situación en la que se caracteriza por la necesidad de un control y una actuación constantes para prevenir las posibles complicaciones y restablecer la salud; por ende su personal debe estar altamente entrenado para administrar cuidados especializados. Esta definición implica la existencia de los siguientes elementos básicos: infraestructura adecuada; dotación de material de monitorización y de terapéutica intensiva; equipo médico, de enfermería y de personal auxiliar bien cualificados y organización asistencial de cobertura continuada durante las 24 horas. El tiempo de permanencia y pronóstico de vida, esta determinado por la edad del paciente, enfermedad y grado de complicación, entre otros.

Al respecto Mosby refiere:

*“El ingreso en una unidad de asistencia crítica puede ser muy duro, tanto para el paciente como para su familia.”<sup>5</sup> (5)*

El entorno de la UCI es un recuerdo constante de amenaza a la vida y de la

---

<sup>5</sup> Opcit(1)2046



posibilidad real a la muerte, el tratamiento puede intensificar el pánico de los pacientes internados; así como el estrés que intensifica la separación de la familia, la dependencia de extraños y la incertidumbre. Es donde la relación paciente – familia pierde su intensidad debido a las normas que rige la institución, generando diversas reacciones emocionales como la ansiedad, miedo, llanto, angustia y temor frente al pronóstico de la enfermedad. Por lo que tanto el ambiente de la UCI como el propio proceso patológico influyen en numerosos aspectos psico – sociales.

### **LA FAMILIA DEL PACIENTE CRÍTICO**

John L Canty nos refiere:

*“La familia es un grupo con características determinadas por la cultura, que influye en la cooperación económica, reproducción, crianza y socialización de sus integrantes.... Suele actuar para sostener y proteger a sus miembros, tanto individual como colectivamente. Es el soporte principal de sus integrantes. Toda amenaza a la función hace que se sienta ansiosa, si la familia siente la amenaza de perder a uno de sus miembros, se defiende contra la pérdida”<sup>6</sup> .*

*“La familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan, y están sujetos a la influencia del entorno. Por lo tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis. El ingreso de un paciente en una unidad de cuidados intensivos somete a los miembros de su familia a una situación difícil, que provoca ansiedad y preocupación”<sup>7</sup> .*

Como podemos apreciar en la cita anterior la enfermedad y la hospitalización son factores de crisis. La familia es la unidad social básica y puede ser un recurso importante para minimizar los problemas de salud acarreados en algún miembro de la familia; sin embargo cuando su paciente sufre una enfermedad grave puede necesitar a su familia más que nunca. Constituyendo la familia un soporte social básico, que ayuda a disminuir los efectos del estrés y a mejorar la salud mental del paciente.

Las personas cuando presentan alguna clase de alteración en su salud se ven en la necesidad de permanecer hospitalizados, originando tanto en él como en su familia un gran estrés interrumpiendo su función familiar.

Mosby manifiesta que:

*“El ingreso en una unidad de asistencia crítica puede ser muy duro, tanto para el paciente como para su familia. Debido a las ideas preconcebidas y a anteriores experiencias de amigos o familiares en la UCI, la ansiedad del paciente y de la familia puede sobrepasar los niveles funcionales. Tanto el ambiente de la UCI como el propio proceso patológico influyen en numerosos aspectos psico-sociales.... El paciente en estado crítico se caracteriza por la existencia de problemas clínicos reales y potenciales de extrema gravedad y por la necesidad de un control y una actuación para prevenir complicaciones y restablecer su salud”<sup>8</sup> .*

<sup>6</sup> Ibid (2) 743

<sup>7</sup> Ibid (2) 743

<sup>8</sup> Opcit(1) 2046

De modo que su evolución y duración, en la mayoría de los casos no es predecible.

Canty expone que:

*“El paciente en la UCI puede experimentar una crisis biológica, a la vez que su familia está en crisis psicológica. El suministro de cuidados eficaces al sujeto necesariamente involucra el cuidado de los miembros disponibles de la familia”<sup>9</sup>.*

Gómez Rodríguez Antonio nos dice que:

*“Los pacientes son cuidados con modernas técnicas de sedación..., y control del dolor. En cuanto al sufrimiento infligido por el cuidado intensivo, éste es mayor, sin ninguna duda, entre los familiares que entre los mismos pacientes”<sup>10</sup>*

Motivo por el cual si no se les ayuda a afrontar la situación con adecuados mecanismos de resolución, esta ansiedad del familiar puede repercutir en el proceso de recuperación del paciente.

### **Sentimientos que experimentan los familiares del paciente crítico:**

Según Fink (1967): Los pacientes, familiares e inclusive las enfermeras de cuidados intensivos experimentan una crisis en la que se puede diferenciar cuatro fases:

**Choque emocional:** en la que el sujeto siente una amenaza hacia el o algún miembro de su familia, ve a la realidad hostil, abrumadora, experimentando en respuesta a ello ansiedad, desesperanza, miedo y obnubilación en el pensamiento.

**Retirada defensiva:** el sujeto procura conservar el equilibrio emocional, trata de evitar la realidad experimentando negación, represión, indiferencia o euforia. Se manifiesta enojado y resistente al cambio procurando organizar en forma defensiva sus ideas.

**Aceptación:** El sujeto se enfrenta a la realidad y se siente deprimido. Experimenta apatía, agitación, amargura, aflicción, intensa ansiedad o ideas suicidas, si el factor que produce estrés es demasiado abrumador. Su pensamiento se desorganiza debido a la alteración de la percepción de la realidad.

**Adaptación y cambio:** Siente una sensación de auto valía, experimenta un aumento gradual de satisfacción.

**Resultados de la crisis:** Según Canty se encuentran tres categorías:

a.- Algunas personas se desintegran bajo el efecto del factor que produce estrés y nunca aprenden a enfrentarse al cambio traumático.

b.- Otros experimentan la crisis y salen de ella con atributos semejantes a los que poseían antes de la crisis.

c.- Otros aprenden sobre si mismos y su capacidad de enfrentarse a nuevas situaciones y sintiéndose más fuertes y con aumento de la autoestima, además de que se da una maduración.

<sup>9</sup> Ibid (2) 743

<sup>10</sup> Opcit(3)271

Por ello el enfermero aplicará la técnica de intervención en crisis, que es un proceso de ayuda dirigida a una persona como individuos o grupo para soportar un suceso traumático, de modo que la probabilidad de producir efectos nocivos (daños emocionales o físicos) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas de vida) se incremente.

### **CRISIS:**

La crisis es el estado en el que el individuo y su familia se sienten abrumada por factores que producen estrés 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.

Los sucesos que desencadenan la crisis en una persona tal vez no lo haga en otra.

**TIPOS DE CRISIS.-** La teoría psicológica clasifica a la crisis en dos tipos: Crisis de maduración o de desarrollo y la crisis situacional llamada también inesperada o accidental.

La crisis inesperada ocurre al azar en la mayoría de casos ocasionando alteraciones en el equilibrio psico-emocional del individuo y familia. Se deriva de un conjunto en particular de circunstancias que ocasionan cambios importantes en la vida del individuo. Así tenemos; cambios del papel, accidentes, muerte, enfermedad, entre otras.

La teoría de crisis de Menke 1977 surgió para guiar las intervenciones en personas que presentan periodos de picos o crisis agudas que parecen presentarse con cualquier cambio o en el que las exigencias sobre un sistema son mejores que los recursos. La teoría se basa en que:

*“Todos los sistemas requieren cierta estabilidad y capacidad de predicción para funcionar y promover el tratamiento, de lo contrario se producen caos, desorganizaciones y disfunciones”<sup>11</sup>.*

Si el individuo es incapaz de adaptarse al cambio y enfrentarse a el y salir victorioso se produce la crisis. Según Canty John L refiere:

*“La crisis es el estado en el que una persona se siente abrumado por factores que producen estrés y de pugnar sin buenos resultados para enfrentarse a la situación...Suele durar de cuatro a seis semanas....desaparece en forma espontánea....los seres humanos carecen de energía después de soportar estrés nocivo significativo durante un tiempo prolongado”<sup>12</sup>.*

**Fases de la Crisis.-** Caplan describió las fases por las que atraviesa una persona que experimenta crisis: En la primera fase se da cuando el individuo se enfrenta a un acontecimiento o estímulo (cambio) que lo percibe como una amenaza a su integridad o necesidades; lo cual provoca un incremento en el nivel de ansiedad y hace que este emplee sus métodos normales de resolución de problemas para reducir su ansiedad.

<sup>11</sup> José Velasco . Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en UCI. 2000. p. 2

<sup>12</sup> Opcit(2)278

En la segunda fase el estímulo continúa, el individuo intenta superar la amenaza usando patrones de adaptación; mas los mecanismos de defensa normales fallan. La ansiedad sigue aumentando. En la tercera fase el individuo pone en movimiento otros recursos internos y externos que pueden resolver la ansiedad; no obstante que si estos recursos fallan el individuo ingresa a una crisis activa, comienza a adquirir conciencia de su situación aumenta la frustración, la ira, la culpabilidad. Si el problema continúa y no es posible resolver con la satisfacción o la distorsión de la percepción, la tensión aumenta hasta el límite y produce una desorganización extrema con resultados drásticos.

**Factores que influyen en el resultado de la crisis:**

- Tipo y calidad de ayuda recibida.
- Los propios recursos:(estado físico-psicológico y social en el que se encuentra el individuo).
- Conocimientos y experiencias anteriores en el manejo de otras crisis.
- Actitudes de los familiares.
- Actitudes de amigos y personas claves.
- Asistencia profesional.
- Al igual que los individuos procuran conservar una homeostasis psico-emocional la familia también hace lo mismo.

**ROL DE LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN AL FAMILIAR EN CRISIS SITUACIONAL**

La práctica de la enfermera es mucho más que el cumplimiento de las tareas. El administrar cuidado integral al paciente significa escuchar, acompañar, entender y compartir con él y su familia su recuperación.

La acogida de enfermería de la familia permite un contacto rápido con la finalidad de canalizar y contener las inquietudes, la angustia y la incertidumbre que pueden aparecer en el entorno familiar en relación con la situación de ingreso.

**Intervención en Crisis:** tiene una secuencia de 4 fases:

**Evaluación o valoración:** Parte de la premisa de que cada individuo reacciona en forma diferente frente a una misma situación de crisis. El enfermero determinará si el paciente se encuentra en situación de crisis, observando la apariencia y conducta del familiar del paciente, si están tensos o nerviosos, llorosos, deprimidos. Otros pueden realizar en forma reiterada las mismas preguntas. En esta etapa es importante el acercamiento empático para ganarse la confianza y el mejor camino es comenzar la entrevista con el tema que el desea hablar, identificar el evento estresor o precipitante, determinar el tiempo de presencia de la crisis, identificar como el individuo percibe el problema. Esto brinda al enfermero una idea de porque el evento provoco la crisis. Determinar el soporte situacional, conformado por las personas del ambiente familiar, quienes pueden brindar ayuda durante y después del periodo de crisis, identificación de los mecanismos de afronte usados en el pasado para reducir la tensión y el estrés, y evaluar el riesgo de suicidio u homicidio (lloroso, afectivo, alegre o indiferente, agresivo).

**Fase de planeamiento:** Basado en la consideración de alternativas de afronte para

que el familiar recupere su nivel de equilibrio, determinar el grado de desorganización y considerar métodos alternativos de afronte. El enfermero y la familia examinan las alternativas posibles. Usualmente éstos serán los más parecidos a los usados en el pasado y con los cuales le fue bien.

**Fase de intervención:** Depende la habilidad y creatividad del enfermero así como de lo conveniente que resulta la intervención para la familia. El objetivo es ayudar al individuo a crecer emocionalmente, dando una apertura a sus sentimientos. Puede explorar nuevos caminos de afronte con esta experiencia y restaurar su nivel de funcionamiento.

El enfermero mostrará la relación de los eventos precipitantes y la crisis, proveerá oportunidades para la expresión de emociones (de pesar, aflicción, odio, etc.). El enfermero puede preparar al familiar del paciente para hablar de cómo se siente frente al evento que desencadena la crisis, por que el escuchar y el entender es un medio de soporte.

**Fase de resolución:** Determinar la resolución de la crisis; se examinará el problema, si la ayuda fue adecuada y si ha logrado el paciente nuevas formas de afrontar la crisis, así como también si la crisis fue resuelta luego de 4-6 semanas de ocurrido el evento. Se observará conductas de resolución de crisis como: disposición de ánimo y disminución de síntomas somáticos como depresión, llanto, etc.

Reforzar los métodos exitosos de afronte, revisando experiencias anteriores, las acciones que se tomaron, las oportunidades del familiar del paciente de sentirse bien con el progreso realizado.

Por lo que el enfermero observará en la mayoría de los casos, reacciones de ansiedad y angustia, haciéndoles saber y sentir que no está sola, tratando de establecer empatía a fin de favorecer la expresión de sentimientos, lo cual ayudará a recabar información para poder hacer nuestra valoración de la situación, además se tendrá en cuenta el fortalecimiento de la autoestima. La intervención de enfermería en la crisis situacional implica el brindar asistencia inmediata, ayudando al familiar a enfrentar la situación, tratando de cambiar la percepción de la situación, expresando diversas formas de comprender el evento estresor; proporcionando apoyo, seguridad, dando información continua, acompañándolos a las visitas y ayudándolos a movilizar recursos y desarrollar medidas más adaptables para reestablecer el equilibrio familiar.

En el área asistencial la enfermera brinda una atención integral.

*“En la intervención de la enfermera en la crisis situacional que enfrenta la familia, es algo incidental y está orientada a la conservación y al mantenimiento del individuo dentro de su grupo familiar y social”<sup>13</sup>.*

La enfermera de cuidados intensivos según Mosby:

*“Es un personal altamente competitivo, capacitado en la utilización monitores; es una presencia constante en la zona de asistencia crítica. Las principales funciones del*

<sup>13</sup> Alfonso Miguel García Fernández. Aproximación al Sufrimiento, la Muerte y el Duelo en Pacientes y Familias en Situaciones de Urgencias y Cuidados Críticos. 2001.

*personal de enfermería en UCI son la valoración y el control continuo..”<sup>14</sup> .*

Esperanza Castañeda García refiere:

*“La enfermera gira en torno del paciente las 24 horas..., asumiendo toda la responsabilidad por la vida que a sido puesta en sus manos. La actitud de la enfermera debe estar, entonces, matizada de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor frente a ese ser humano; no solamente son importantes las habilidades manuales, el dominio de las técnicas y destrezas, sino se requiere adecuada actitud y comunicación con la familia y con los otros integrantes del equipo de salud, para satisfacer las necesidades de la persona en tan delicada situación”<sup>15</sup> .*

**Base de la interacción humana** La unidad más básica de una sana interacción humana es la caricia psicológica. Por medio de ésta le hacemos saber a otra persona que nos hemos percatado de su presencia. El saludo es la caricia psicológica más común.

La caricia psicológica promueve el valor o dignidad de cada persona y puede tener una expresión verbal o física. las caricias psicológicas ocurren por medio de la comunicación verbal o el lenguaje corporal. Ejemplos pueden incluir sonrisas, miradas de comprensión, apretones de manos, saludos verbales Las caricias psicológicas físicas también pueden incluir el poner una mano en el hombro, codo o espalda de otra persona. Tales gestos pueden comunicar interés. Recibir atención es una gran necesidad humana. Muchas veces las personas prefieren atención negativa a ser ignoradas. El trato opuesto a la caricia psicológica es actuar como si la persona no existiera y "hacerle el vacío", "o darle la espalda". El lenguaje corporal y tono de voz también juegan un importante papel y afectan la intensidad del intercambio de caricias psicológicas. cuando ha habido una catástrofe u otra circunstancia especial, se esperan caricias psicológicas más intensas.

Es así que la enfermera debe brindar una atención desde el primer contacto con el familiar. El primer apoyo que se le brinde a la familia que pasa por una crisis situacional es de vital importancia para restablecer su equilibrio emocional y la buena relación enfermera-familia. Una actitud como la empatía juega un papel importante en la relación con el paciente y familia, puesto que desarrolla y favorece la comunicación; efectivamente para ahondar en el contacto humano.

La forma como la enfermera se comunica con la familia es un aspecto central de su intervención. Juan Mendoza Vega manifiesta 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. La comunicación nos hace humanos y nos diferencian de otros seres vivos. Quien la deja de lado, sobre todo 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”<sup>16</sup> .*

<sup>14</sup> Ibid (1) 2046.

<sup>15</sup> Opcit(3)257.

<sup>16</sup> Ibid (3)263

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 en especial a alguien que se enfrenta a una situación nueva, llena de incertidumbre, angustia y estrés.

Castañeda García refiere:

*“La utilización de todos nuestros sentidos conduce a un diálogo en el cual la persona y la familia puedan expresar con libertad y confianza sus necesidades y expectativas, respecto a la enfermedad.”*<sup>17</sup>

La enfermera utilizará la comunicación verbal con el fin de informar y educar al paciente y familia sobre las condiciones y normas de la UCI; orientándoles sobre higiene de las manos y del ambiente. Informándoles sobre los procedimientos generales, debido a que cuando el familiar encuentra a su pariente entubado, con múltiples máquinas y numerosas vías, sondas, cables, y conexiones con aparatos que le impiden moverse; suelen solicitar consejos sobre: como tratarlo, que decirle, que hacer, ¿puedo tocarlo?; así como otras preguntas relacionadas a la conducta que deben asumir delante del enfermo. La enfermera debe responder a sus dudas tranquilizarlos, acompañarlos y aliviar en ese primer impacto que produce observar a su familiar en esas condiciones.

La comunicación no verbal también es fundamental en la relación enfermera-familia. Consiste en la expresión de pensar o sentir a través de gestos, caricias, miradas. La enfermera debe evitar gestos negativos o actitudes de rechazo, teniendo en mente en todo momento que el familia es un ser humano que está sufriendo y que necesita comprensión y respeto. Ayudará a que el familiar encuentre una adaptación a la crisis, ayudándole a enfrentar sus temores y disminuir su ansiedad, ya que la percepción que este tenga acerca de la intervención de la enfermera favorecerá o no a la buena relación enfermera-familia. Muchas veces la comunicación verbal y no verbal pueden contradecirse y esto es algo a lo que no se debe llegar en nuestra práctica como enfermeras.

Al respecto Castañeda García Esperanza Señala:

*“El tacto es parte importante del lenguaje; siempre que sea posible se debe dar la mano al saludar; un gesto simple como un apretón de manos, un abrazo o una suave palmada en el hombro, pueden calmar y tranquilizar a una persona ansiosa; aunque dura sólo unos segundos, humaniza los cuidados que siguen”*<sup>18</sup>.

Por otro lado el apoyo emocional que se brinda al familiar es sin lugar a dudas la parte más importante de la intervención de la enfermera en la crisis situacional. tiene como objetivo ayudar a personas enfermos o con problemas a constatar y ver que hay diferentes maneras de hacer frente a una misma situación o problema, diferentes formas de ver una misma realidad, diferentes caminos para llegar al mismo lugar, ... es también

<sup>17</sup> Opcit(3)258

<sup>18</sup> Opcit(3)258

la creación de relaciones humanas que potencien actitudes facilitadoras para la interacción, nos va a permitir trabajar en los cuidados, prevenir, ayudar a la persona a movilizar sus recursos, nos va a permitir crear condiciones favorables para el desarrollo de la persona, de la familia o del grupo y va a favorecer nuestro crecimiento personal para lo que debemos de tener en cuenta en toda relación de ayuda a la empatía, la autenticidad, la capacidad de escucha, el evitar la minimización o dramatización etc. Por lo que en el primer contacto con el familiar la enfermera debe tener una actitud amigable como una sonrisa o una caricia en la que los familiares sientan la demostración de que tiene a alguien en quien confiar; hará que se sientan con libertad y confianza de expresar sus sentimientos lo cual conducirá a la disminución de su tensión y ansiedad.

El contacto humano es desde el punto de vista de los cuidados una sencilla llave que nos aproxima al familiar, lo acoge, le da la bienvenida y aumenta en general la tolerancia. El tacto, como los sentimientos, es directo y personal. A veces el contacto es lo único que necesitan los familiares y los pacientes; en las unidades de cuidados intensivos los que pueden morir en un breve plazo de tiempo, el tener a alguien con una actitud abierta, sincera y cariñosa, escuchando con el corazón y siendo capaces de proporcionar un buen contacto físico, contribuye sin duda no sólo a la disminución de la ansiedad de la familia sino también al bienestar del paciente.

### **PERCEPCIÓN**

La percepción es el conocimiento de las respuestas sensoriales, los estímulos visuales son siempre los mismos; mas la interpretación cambia de un individuo a otro.

Al respecto Whittaker, enfatiza que :

*“la percepción no es una respuesta rígida al estímulo y determinada exclusivamente por las características físicas del medio ambiente, sino que es un proceso bipolar resultante de la interacción de las condiciones del estímulo o factores externos (comunicación, situación, etc..) y de los factores que actúan dentro del observador (necesidades, valores, edad, personalidad etc..)”*<sup>19</sup> .

Costa considera a la visión como el órgano principal en la percepción de los actos, fenómenos o hechos que nos rodea.

*“La percepción es el conjunto de actividades que entraña el proceso psico-físico de la visión al recibir conciente o inconscientemente las distintas señales que emanan del mundo circundante y que permiten o provocan estados, reacciones etc, también concientes e inconscientes”*<sup>20</sup> .

Krech menciona 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”*<sup>21</sup>

<sup>19</sup> Lily, Cevallos Vilchez, Sonia Martínez Cornejo, Fecilita Lucana Orve. Percepción de los familiares de Pacientes con TEC acerca de la intervención de la enfermera en la Crisis Situacionales el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas - santo Toribio de Mogrovejo. U.N.M.S.M. Lima-Perú. (1993) p. 29

<sup>20</sup> Opcit(19)



Al formar una interpretación sobre otra, observamos sus acciones, notamos su tono de voz, sus expresiones faciales, seguimos lo que dice, como lo dice y lo que hace cuando interactúa con nosotros. Luego utilizamos ésta interpretación para juzgar sus conocimientos, deseos, sentimientos, personalidad, objetivos. En respuesta a esto nuestras acciones y actitudes dirigidas hacia los demás se guían por estos juicios. Estas impresiones pueden cambiar a medida que nos informamos más de ella, mas nuestras primeras impresiones se resisten al cambio. La percepción es mediada en gran medida por el lenguaje, es decir por la comunicación verbal y la comunicación no verbal (gestos miradas, caricias, etc).

La percepción no es suma de sensaciones, es más complejo. Es un proceso unitario que se orienta hacia una actividad y se basa en tres aspectos:

- Las sensaciones y los estímulos que producen la percepción, se influyen mutuamente.
- Percepción en los humanos es una unidad de lo sensitivo, lógico, práctico y el pensamiento.
- Percepción refleja la personalidad, actitudes, experiencias, todo lo real de la persona.

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.

Como podemos darnos cuenta 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.

#### **Características de la percepción:**

Carácter de integridad.- Un estímulo se percibe como un todo; ya que las sensaciones se asocian entre sí.

Carácter racional.- El individuo interpreta un hecho de acuerdo a su conocimiento o experiencias sobre dicho hecho; para poder emitir un juicio.

Carácter selectivo.- Está determinado por causas subjetivas y objetivas, en el primero tenemos cualidades de los mismos estímulos. La causa subjetiva depende del valor que el individuo da a cierto objeto y hecho y esta depende de su experiencia y del estado psíquico general en que se encuentra.

John L. Canty, nos dicen:

---

<sup>21</sup> Opcit(19)

*la crisis varia según la percepción” “ La crisis situacional se deriva de un conjunto, en particular, de circunstancias que ocasionan cambios importantes en la vida del individuo (cambios de papel, enfermedad, divorcio, muerte)” (22).*

Por lo cual el primer paso en la prevención o reducción de la tensión emocional es determinar como percibe el paciente y su familia la situación, dicha percepción está condicionada por la personalidad de cada individuo, la comprensión de la situación, la información que tenga, la intolerancia frente a la incertidumbre y la forma de enfrentar la situación.

Al referirnos de la percepción del familiar sobre la intervención de la enfermera, estaríamos avocándonos a la actitud que esta tiene con los familiares, es decir la forma como esta interactúa, como es su comunicación con el familiar, como es su trato y la forma como el familiar interpreta o juzga dicha intervención. Esta percepción de la intervención de la enfermera en la crisis situacional que sufre el familiar, va a estar condicionada en especial por el apoyo emocional, el acercamiento, la información, como se comunica y la ayuda que la enfermera brinde en este momento de crisis.

## **H.- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

A continuación se presenta la definición operacional de términos a fin de facilitar el entendimiento de los términos utilizados en el estudio. Así tenemos que:

Percepción de los familiares del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante su crisis situacional es toda aquella información, 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 a fin de disminuir su ansiedad, angustia del familiar, considerando las dimensiones de comunicación verbal, comunicación no verbal y apoyo emocional. La misma que será obtenida a través de una entrevista estructurada con una escala modificada tipo likert y medida en favorable, indiferente y desfavorable.

Familia del paciente crítico: Persona que habita en la misma casa del paciente y que tiene una relación de consanguinidad o marital con el paciente ( padre, madre, hijo(a), esposo(a) ) y que nunca antes halla tenido un familiar internado en UCI.

## CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO

### A.- TIPO, NIVEL Y MÉTODO

El presente estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo. método descriptivo transversal; ya que nos permitió presentar la información acerca de la percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención que realiza la enfermera durante su crisis situacional; en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

### B.- DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins considerado como un hospital de cuarto nivel de atención, el cual brinda servicios de emergencia, consultorios externos y hospitalización a los asegurados durante las 24 horas. Para ello cuenta con servicios de medicina, cirugía, pediatría, entre otros. Así mismo cuenta con servicios de UCI en el que la incidencia de pacientes en el 2002 fue de 371 pacientes, es decir aproximadamente 31 pacientes por mes. La capacidad máxima del servicio es de 11 pacientes distribuidos en tres áreas: Contando con dos camas para pacientes que

necesiten aislamiento. Cuenta con 27 enfermeras, 5 por turno. La distribución es dos pacientes por cada enfermera. En el turno de mañana cuenta con una enfermera jefa y 5 enfermeras asistenciales; una de ellas asume el rol de coordinadora y además cuenta con sus dos pacientes adicionales, igual se da en el turno tarde y noche.

El horario de visitas es todos los días de 2 a 4 pm. y el informe que brinda el médico a la familia es a partir de las 4 pm.

## **C.- POBLACIÓN**

La población estuvo conformada por los 24 familiares, de los pacientes hospitalizados en la UCI del 7B, durante el mes de abril del 2003, es decir un familiar por cada paciente. Para lo cual se tuvo en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión: familiar del paciente crítico ( papá, mamá, esposa o hijos), que sean mayor de 18 años, que tenga mayor permanencia en el servicio, que nunca antes haya tenido ningún otro familiar internado en la unidad de cuidados intensivos. Que el paciente tenga una estancia no menor de tres días y que acepten voluntariamente participar en el estudio (consentimiento informado).

Criterios de exclusión: que tengan problemas psiquiátricos, que sean quechuhablantes, que sean parientes lejanos, que sea la primera o segunda vez que lo visita.

Criterios de eliminación: Que su familiar crítico fallezca en el momento de la entrevista, que no desee ser entrevistado.

## **D.- TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento fue un formulario tipo cuestionario y la escala de Lickert modificado. El cual consta de presentación, datos generales y datos específicos (Anexo B).

## **E.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

Luego el instrumento fue sometido a la prueba de validez del contenido y constructo, mediante el juicio de expertos a fin de realizar algunas modificaciones en base a las sugerencias. Luego se realizó la prueba piloto en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen a familiares que posean características similares a la población de

estudio. Para la validez estadística el instrumento fue sometido a la prueba de coeficiente  $r$  de Pearson y para la confiabilidad se realizó el alfa de Crombach. Obteniéndose un 80% de confiabilidad (Anexo C )

## F.- PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Posteriormente se realizaron los tramites administrativos para la autorización por parte del HNERM llevándose a cabo luego de ello las coordinaciones con la enfermera jefe del servicio de UCI 7mo B para la aplicación del instrumento, el cual consta de 28 items. Lo mismo que se llevo a cabo durante el mes de abril del 2003, de lunes a viernes, de dos a cuatro de la tarde. Siendo el tiempo promedio de cada entrevista 20 minutos aproximadamente. Luego se elaboró la tabla de códigos y la tabla matriz tripartita (Anexo D) a fin de procesar los datos y presentar los resultados en cuadros y/o gráficos para el análisis e interpretación respectivo.

Para la medición de la variable de estudio se asignó a la

### Proposición positiva +

Totalmente de acuerdo	5
De acuerdo	4
Indecisión	3
En desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

### Proposición negativa –

Totalmente de acuerdo	1
De acuerdo	2
Indecisión	3
En desacuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	5

Para la medición de la variable en estudio se aplico la escala de Stanones (Anexo E) obtuyendose:

- Percepción General:
  - Favorable = > 78 puntos
  - Indiferente = 77 - 75 puntos
  - Desfavorable = < 74 puntos

- Percepción Comunicación Verbal:
  - Favorable = > 26 puntos
  - Indiferente = 25 – 24 puntos
  - Desfavorable = < 23 puntos
  
- Percepción Comunicación no Verbal:
  - Favorable = > 36 puntos
  - Indiferente = 35 – 33 puntos
  - Desfavorable = < 32 puntos
  
- Percepción Apoyo Emocional:
  - Favorable = > 19 puntos
  - Indiferente = 18 - 16 puntos
  - Desfavorable = < 15 puntos

## CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIONES

Luego de la recolección de datos estos fueron procesados y presentados en gráficos a fin de ser sometidos al análisis e interpretación respectiva de acuerdo al marco teórico.

Así tenemos que del 100% (24) familiares. 45.83%(11) son varones y el 54.17%(1) son mujeres; el 75% (18) tienen entre 19 y 38 años( Anexo H), 20.8% (5) de 39 a 58 años y 4.2% (1) 59 a 68 años ( Anexo I). 75% (18) cuentan con educación superior, 20.8% (5) tienen secundaria y 4.2% (1) primaria ( Anexo J). 50% (12) son hijos, 41.7% (10) esposa o esposo y 8.3%(2) padre/ madre ( Anexo K). 62.5% (15) tiene a su paciente crítico hospitalizado entre 3 a 6 días, 33.3%(8) entre 7 a 10 días y 4.2% (1) entre 11 y 14 días.( Anexo L).

Por lo expuesto, podemos deducir que la mayoría de los familiares se encuentran en la etapa adulta joven a adulta madura, con grado de instrucción superior, un buen porcentaje son hijos y esposa(o) y que el tiempo de permanencia de su paciente oscilan entre 3 a 6 días en su mayoría.

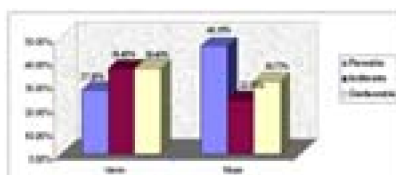


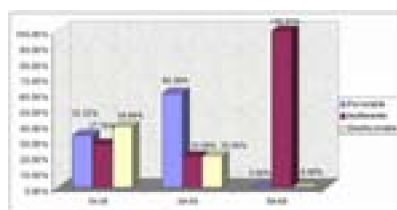
GRÁFICO N 1. Percepción según sexo del familiar del paciente crítico respecto a la

*intervención de enfermería durante la crisis situacional en la UCI. HNERM. ABRIL 2003*

En el gráfico N 1 se observa que del 100%(24) de los familiares el 45.83%(11) son varones de los cuales el 36.4%(4) refieren una percepción desfavorable respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional, 36.4%(4) indiferente y 27.2%(3) favorable. Así mismo 54.17%(13) del total de los familiares son mujeres de las cuales 46.2%(6) refieren una percepción favorable respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional, 27%(3) tienen una percepción indiferente y 30.8%(4) desfavorable.

La hospitalización de un individuo en la UCI constituye un factor que altera la homeostasis psicoemocional de la familia, la cual esta relacionada con la percepción que estos tengan sobre dicha situación, que a su vez es influenciada por la información, el grado de instrucción, el sexo, la personalidad, la comprensión de la situación, la intolerancia, experiencias anteriores las necesidades, etc

Por lo que podemos observar que en cuanto a la percepción según sexo del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional este tiene una tendencia hacia lo desfavorable e indiferente en aquellos familiares de sexo masculino, lo cual podría deberse a que se dio una mayor afinidad entre el sexo femenino que resulto siendo favorable su acercamiento.



**GRÁFICO N 2. PERCEPCIÓN SEGÚN LA EDAD DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRITICO RESPECTO A LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE SU CRISIS SITUACIONAL EN LA UCI. HNERM. ABRIL 2003**

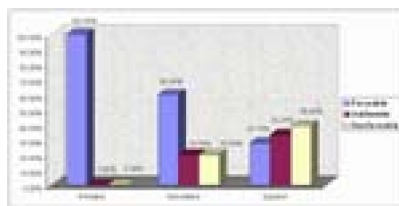
En el gráfico N 2 se observa que del 100%(24) de los familiares el 75%(18) tiene edades entre 19 a 38 años. De los cuales el 33.3% (6) tienen una percepción favorable respecto a la intervención de enfermería, 27.7%(5) indiferente y 38.8%(7) desfavorable. El 20.83% (5) del total de los familiares tienen edades entre 39 a 58. De los cuales el 60%(3)tienen una percepción favorable, 20%(1) desfavorable y 20%(1) de indiferente. Y El 4.16% (1) del total de los familiares tiene edades entre 59 a 68 años y su percepción es indiferente.

La hospitalización de un individuo en la UCI constituye un factor que altera la homeostasis psicoemocional de la familia, la cual esta relacionada con la percepción que estos tengan sobre dicha situación, que a su vez es influenciada por la información, el grado de instrucción, el sexo, la edad, la personalidad, la comprensión de la situación, la intolerancia, experiencias anteriores las necesidades, etc.

Por lo que podemos observar que la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional este tiene una tendencia hacia lo desfavorable e indiferente en aquellos familiares adultos jóvenes a adultos maduros. Lo cual podría deberse a que estos ven la vida con más optimismo y no



están acostumbrados a lidiar con la enfermedad y muerte.

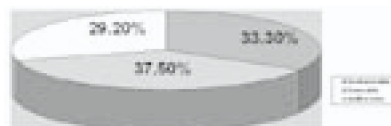


**GRÁFICO N 3. PERCEPCIÓN SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRITICO RESPECTO A LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA DURANTE SU CRISIS SITUACIONAL EN LA UCI. HNERM. ABRIL 2003**

En el gráfico N 3 se observa que del 100%(24) de los familiares. el 75% (18) cuentan con educación superior. De los cuales el 38.8%(7) tienen una percepción desfavorable respecto a la intervención de enfermería durante su crisis situacional, 33.3%(6) tiene una percepción indiferente y 27.7% (5) favorable. El 20.83%(5) del total de los familiares cuentan con educación secundaria. De los cuales el 60%(3) tienen una percepción favorable frente a la intervención de enfermería durante su crisis situacional, 20%(1) tienen una percepción desfavorable y 20%(1) indiferente. Y El 4.16(1) del total de los familiares tiene educación primaria y una percepción favorable.

La hospitalización de un individuo en la UCI constituye un factor que altera la homeostasis psicoemocional de la familia, la cual esta relacionada con la percepción que estos tengan sobre dicha situación, que a su vez es la información que estos tengan, el grado de instrucción, el sexo, la edad, la personalidad, la comprensión de la situación, la intolerancia, experiencias anteriores las necesidades, etc

Por lo que podemos observar que la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional tiene una tendencia hacia lo desfavorable e indiferente en aquellos familiares con grado de instrucción superior, lo cual podría estar relacionado a que aquellos son mas exigentes.



**GRÁFICO N 4. PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRITICO RESPECTO A LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE SU CRISIS SITUACIONAL EN LA UCI. HNERM. ABRIL 2003**

En cuanto a la percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante su crisis situacional ( gráfico N 4) del 100% (24), el 37.5% (9) tiene una percepción favorable, el 33.3%(8) tienen una percepción desfavorable, y el 29.2%(7) tienen una percepción indiferente. En cuanto a los ítems con tendencia desfavorable están dados por que las enfermeras no suelen orientar a los familiares sobre la manera de hacer frente a sus sentimientos de angustia, no explican sobre los procedimientos generales que indiferente. En cuanto a los ítem con tendencia desfavorable están dados por que las enfermeras no suelen orientar a los familiares sobre la manera de hacer frente se les realiza a su paciente, no preguntan sobre los problemas que enfrentan

debido a su paciente crítico, no tienen un tono cálido al hablar con los familiares, no tranquilizan a los familiares con palabras de aliento; lo indiferente está relacionado a que las enfermeras no orientan a los familiares durante su visita, las enfermeras fruncen la frente cuando el familiar pregunta repetidas veces sobre un mismo tema, la enfermera no propicia la expresión de emociones de los familiares, lo favorable esta relacionado a que las enfermeras utilizan un lenguaje claro y sencillo al responder alguna inquietud del familiar, prestan atención al familiar cuando estos le preguntan algo, se muestran atentas y comprensivas con los familiares del paciente. (Anexo F )

La intervención de enfermería en la crisis situacional del familiar del paciente crítico esta dado por el trato cálido y cortés que reciben los familiares, la información acerca de cómo hacer frente a sus sentimientos de angustia, expresión de sentimientos, el mostrar interés por sus preocupaciones, así como el brindar apoyo emocional en los momentos de crisis. Además de considerar al paciente y familia dentro de su cuidado holístico e integral.

Por lo que podemos deducir que existe un 37.5% de familiares del paciente crítico que perciben la intervención de enfermería durante su crisis situacional como favorable relacionado al lenguaje claro y sencillo al responder alguna inquietud del familiar, prestan atención al familiar cuando estos le preguntan algo, se muestran atentas y comprensivas con los familiares; un 33.3% con percepción desfavorable relacionado a que las enfermeras no suelen orientar a los familiares sobre la manera de hacer frente a sus sentimientos de angustia, no tienen un tono cálido al hablar con los familiares, no tranquilizan a los familiares con palabras de aliento lo cual indicaría que no esta interviniendo de forma adecuada en la crisis situacional y un 29.2% de percepción indiferente relacionado a que las enfermeras no orientan a los familiares durante su visita, pasan frente a los familiares sin saludarlos, fruncen la frente cuando el familiar pregunta repetidas veces sobre un mismo tema, la enfermera no propicia la expresión de emociones de los familiares.



**GRÁFICO N 5. PERCEPCION DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRITICO RESPECTO A LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA DURANTE SU CRISIS SITUACIONAL, EN EL AREA DE COMUNICACIÓN VERBAL EN LA UCI. HNERM. ABRIL 2003**

Respecto a la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante su crisis situacional en la dimensión de comunicación verbal (Gráfico N 5) del 100%(24) de familiares, un 54.2%(13) tienen una percepción indiferente, 25%(6) tienen una percepción favorable y un 20.8%(5) tienen una percepción desfavorable. La percepción indiferente esta relacionado a que la enfermera no conversan con los familiares, no orientan a los familiares durante su visita, no saludan a los familiares, la percepción favorable esta referida a que la enfermera utiliza un lenguaje claro y sencillo al responder alguna inquietud del familiar, responden en forma cortés a las preguntas y la percepción desfavorable esta relacionado a que no explica sobre los procedimientos generales que se les realiza a su paciente, no orientan sobre la manera

de hacer frente a sus sentimientos de angustia, no preguntan sobre los problemas que enfrentan debido a su paciente crítico, (Anexo F).

La intervención de enfermería en la crisis situacional en la dimensión de comunicación verbal está dada por la información y educación dirigido al paciente y familia sobre las condiciones y normas de la UCI; higiene de las manos, información sobre los procedimientos generales, así como que conductas debe asumir frente a su paciente crítico. La enfermera debe responder a sus dudas tranquilizarlos, acompañarlos y aliviar ese primer impacto que produce observar a su familiar en esas condiciones.

Por lo expuesto podemos deducir que la percepción de los pacientes en la dimensión de comunicación verbal es indiferente por que la enfermera no conversan con los familiares, no orientan durante la visita, no saluda al familiar, la percepción favorable esta referida a que la enfermera utiliza un lenguaje claro y sencillo al responder alguna inquietud del familiar y la percepción desfavorable esta relacionado a que no explica sobre los procedimientos generales que se les realiza a su paciente, no orientan sobre la manera de hacer frente a sus sentimientos de angustia, no preguntan sobre los problemas que enfrenta debido a su paciente crítico, lo cual repercute negativamente en la intervención de crisis e imagen de la enfermera.



**GRÁFICO N 6. PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO RESPECTO A LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE SU CRISIS SITUACIONAL EN EL ÁREA DE COMUNICACIÓN NO VERBAL EN LA UCI. HNERM. ABRIL 2003**

En cuanto al (gráfico N 6) Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante su crisis situacional en la dimensión de comunicación no verbal, Del 100%(24), un 41.7%(10) tienen una percepción desfavorable, un 33.3%(8) tienen una percepción favorable y un 25%(6) tienen una percepción favorable. La percepción desfavorable se debe a la falta de un tono de voz cálido al hablar con los familiares, al no mirarlo de manera cálida al responder alguna inquietud del familiar, la percepción indiferente esta referida por que las enfermeras fruncen la frente y se muestran molestas cuando el familiar pregunta repetidas veces sobre un mismo tema y lo recibe con expresión indiferente, lo favorable esta relacionado a que las enfermeras dialogan serenamente. (Anexo F)

La dimensión de comunicación no verbal esta referida a la capacidad que tiene la enfermera de expresar su sentir y fomentar la empatía y la confianza del familiar a través de los gestos, tono de voz cálida, paciencia al responder sus dudas e inquietudes, una mirada cálida, mantener un contacto visual con el familiar cuando le hablemos, acercamiento o expresión del cuerpo que favorezcan una adecuada comunicación con el familiar; evitando en todo momento gestos negativos o actitudes de rechazo.

Por lo expuesto, podemos concluir que existe un porcentaje significativo de familiares que tienen una percepción desfavorable y se debe a la falta de tono de voz cálido, falta de mirada cálida al hablar, una percepción favorable relacionado a la paciencia al

responder alguna inquietud, prestan atención, dialogan serenamente con los familiares, la percepción indiferente se debe a que lo recibe con expresión indiferente, fruncen la frente y se muestran molestas cuando se les pregunta en forma reiterativa.



**GRÁFICO N 7. PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO RESPECTO A LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE SU CRISIS SITUACIONAL EN EL ÁREA DE APOYO EMOCIONAL, EN LA UCI. HNERM. ABRIL 2003**

En cuanto al (gráfico N 7) Percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante su crisis situacional en la dimensión de apoyo emocional. Del 100% (24), un 37.5%(9) tiene una percepción indiferente, 33.3%(8) tienen una percepción desfavorable y un 29.2%(7) tienen una percepción favorable. La percepción indiferente se debe a que las enfermeras no propician la expresión de emociones de los familiares, no dan ánimo a los familiares, lo desfavorable está relacionado a que no toma la mano del familiar, no tranquilizan con palabras de aliento, no se acercan a tranquilizarlos, no tienen interés por saber si los familiares están tristes o angustiados, lo favorable está en relación a que las enfermeras se muestran atentas y comprensivas con el familiar del paciente crítico.

La dimensión de apoyo emocional está referida a la intervención dirigida a propiciar la expresión de emociones del familiar, a través de la confianza, el contacto físico, dar ánimo, dar la mano al saludar, tomar de la mano al familiar cuando los observa tristes o afligidos, un apretón de manos, un abrazo o una suave palmada en el hombro, mostrar preocupación e interés por su sentir, actitud amigable en la que los familiares sientan la confianza y puedan expresar sus sentimientos a fin de calmar y tranquilizar su ansiedad y manejar su crisis situacional.

Por lo expuesto podemos concluir que existe un porcentaje significativo de familiares del paciente crítico que tienen una percepción indiferente relacionado a que las enfermeras no propician la expresión de emociones de los familiares, no aprovechan las ocasiones para dar ánimo a los familiares, lo desfavorable se debe a que las enfermeras no toman la mano del familiar cuando los observa tristes, no se les acercan a tranquilizarlos, no le brindan palabras de aliento, no tienen interés por saber si los familiares están tristes o angustiados.

## CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Las conclusiones a las que se llegó fueron las siguientes :

- Que existe un porcentaje significativo de familiar del paciente crítico que percibe la intervención de enfermería durante la crisis situacional como indiferente en las dimensiones de comunicación verbal y apoyo emocional; y prioritariamente desfavorable en la dimensión de comunicación no verbal. Limitando así la restauración de la homeostasis psico-emocional del familiar.
- La percepción de los familiares en la dimensión de comunicación verbal es de indiferente y desfavorable esto debido al alto porcentaje significativo de dirección negativa relacionado a la escasa información que brinda la enfermera e interacción enfermera – familia durante la crisis situacional. Por lo cual podemos deducir que la enfermera está descuidando la importancia de la entrevista terapéutica y las bases de la comunicación enfermera – paciente – familia.
- La percepción de los familiares en la dimensión de comunicación no verbal es de desfavorable e indiferente con un porcentaje significativo de dirección negativa relacionado a la falta de un trato cálido al interactuar con los familiares; deduciéndose que la enfermera no entabla una adecuada relación interpersonal y terapéutica que favorezca la disminución de la ansiedad.
- La percepción de los familiares en la dimensión de apoyo emocional es de indiferente y

desfavorable con un porcentaje significativo de dirección negativa relacionado a que las enfermeras no propician la expresión de emociones de los familiares, no se acercan a tranquilizarlos ni muestran interés por su angustia y tristeza. Por lo que se puede deducir que se está perdiendo el enfoque humanitario del cuidado integral de enfermería.

- La percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional tiene una tendencia prioritariamente hacia lo indiferente y desfavorable en aquellos de sexo varón, grado de instrucción superior, y entre adultos jóvenes.

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

- Que el departamento de enfermería formule y/o elabore estrategias o actividades de capacitación dirigida al personal de enfermería orientados a mejorar la intervención de enfermería en la crisis situacional del familiar del paciente crítico, teniendo en cuenta el reforzamiento de las áreas críticas en cuanto a la falta de información y orientación a los familiares sobre la manera de hacer frente a sus sentimientos de angustia, un trato más cálido y un acercamiento hacia los familiares durante su visita a fin de reorientar su labor como agente terapéutico en el abordaje ante la crisis situacional que experimenta la familia favoreciendo así la relación enfermera-familia
- Las enfermeras deben propiciar acercamientos con el familiar del paciente crítico en forma programada y no por filosofía propia; sino de forma esquematizada en el rol de funciones favoreciendo un rol protagónico de enfermería y que el familiar sienta su presencia y se revierta la percepción indiferente y desfavorable que el familiar tiene sobre este tema.
- Elaborar programas y protocolos de intervención de enfermería en crisis situacional del familiar del paciente crítico internado en la UCI.
- Realizar un estudio sobre el sentir de las enfermeras de cuidados intensivos, respecto a su rol en las situaciones de crisis que presenta el paciente y familia.

La limitación del presente estudio está dado a que los Resultados y Conclusiones sólo son válidos para los familiares del paciente crítico de la UCI del hospital donde se desarrolló la investigación.

---

# BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR SACAVILCA María del Pilar. Maria Del Rosario Jara Castro. Y otros.  
“Eficacia de un Modelo de Intervención de Enfermería sustentado en la Teoría de Crisis para aliviar la ansiedad en la Familia de la paciente que va a ser mastectomizada”. U.N.M.S.M. Lima-Perú. (1996)
- BAQUERO BEGOÑA Carbelo. “El tacto: una forma de comunicación con el paciente y su familia”. Rev Rol Volumen 10 - Número 1 p29. 2000
- BOEREMA F” Haptonomía es la ciencia del tacto “. Rev Rol de Enfermería; 206: 34. 1995
- CEVALLOS VILCHEZ Lily, Sonia Martínez Cornejo, Fecilita Lucana Orve.”Percepción de los familiares de Pacientes con TEC acerca de la intervención de la enfermera en la Crisis Situacionales el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas santo Toribio de Mogrovejo”. U.N.M.S.M. Lima-Perú. (1993)
- DE ALBÍSTUR, Maria Cristina. “La familia del Paciente Internado en la UCI”. Rev. Med. Vol 16, Nº 13. Uruguay. (2000)
- DE CANALES, Francisca H.. “Metodología de la investigación”. 2da edición. Edit Paltex. 2000
- FLOREZ FLOREZ, Magda. “Comodidad del paciente Hospitalizado en un servicio de Cirugía”cuando se provee medidas de comodidad que involucran a la familia”. 1999
- GARCÍA, ARAGÓN; Muntané, Ricoma; Rubio, Lourdes.“Intervención de la Enfermera

- en la Persona en Coma y su Familia". Revista ROL Enf; 23 (10). 2000
- GARCÍA FERNÁNDEZ, Alfonso Miguel. "Aproximación al Sufrimiento, la Muerte y el Duelo en Pacientes y Familias en Situaciones de Urgencias y Cuidados Críticos" (2000)
- GAUNTLETT, Patricia "Tratado de Enfermería". Mosby 1ra edición Edit Madrid-España. 1995.
- JOVELL AJ . "El silencio de los pacientes". Rev ROL Enfermería; 27 (7-8): 507-510. 1999.
- LORETO, Efraín. "Hacia una medicina más humanizada" . 1ra edición. Edit Interamericana-Mc-Graw-Hill 2000
- MOSBY Diccionario. "Medicina, enfermería y Ciencias de la Salud". 6ta Edición. Edit. Harcourt España. (2000).
- PARADA B. María Isabel. "El Servicio de Apoyo Psico-Social en UCI. Un tema de bioética aplicada en la búsqueda de una mejor atención al paciente Crítico". Hospital de Clínicas Caracas. <http://www.bioetica.org.ventriculo/center9htm> 2000.
- PÉREZ GÓMEZ, José. "Cuidados Intensivos en el Adulto" 4ta Edición. Edit. Interamericana-Mc-Graw-Hill. Universidad Autónoma de Madrid. 1993
- QUIROZ VÁSQUEZ Fabiola. "Efectividad del acercamiento de enfermería en el alivio de la crisis situacional de la familia del paciente con infarto agudo al miocardio frente a la enfermedad y hospitalización". UNMSM. Lima-Perú. 1980
- VELASCO BUENO, José Manuel.. "Detección de Necesidades de los Familiares de Pacientes Ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos". Josevb@teleline.es. 2000



# ANEXOS

## ANEXO A

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### VARIABLE

Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante su crisis situacional

#### OPERACIONALIZACIÓN CONCEPTUAL

Juicio, impresión o interpretación del familiar del paciente crítico, sobre la comunicación verbal, no verbal y apoyo emocional que brinda la enfermera durante la crisis situacional

#### DIMENSIONES

COMUNICACIÓN VERBAL	COMUNICACIÓN NO VERBAL	APOYO EMOCIONAL
Información Educación al familiar Contesta al interrogatorio. Le explica sobre los procedimientos que se realizan a su paciente. Le brinda información sobre cómo hacer frente a su angustia.	Gestos (F): Sonrisas. Caricias. miradas comprensivas. Apretón de manos. Abrazos, palmadas en el hombro. foto de voz suave. Gestos (N): Muestras, miradas. Arrugas, evita el contacto visual, con pena. Va al familiar atójico: solo de lejos.	Comportamiento de la enfermera con los familiares. La enfermera le toma su mano o mantiene algún contacto físico. Se acerca al familiar, cuando lo ve afligido. La enfermera le presta palabras de aliento.

## INDICADORES

Indicador	Definición operacional del indicador	Indicadores que lo componen	Formas o instrumentos de medición	Unidad de medida
Comunicación verbal	... y como resultado de una comunicación verbal.	... y como resultado de una comunicación verbal.	... y como resultado de una comunicación verbal.	... y como resultado de una comunicación verbal.
Comunicación no verbal	... y como resultado de una comunicación no verbal.	... y como resultado de una comunicación no verbal.	... y como resultado de una comunicación no verbal.	... y como resultado de una comunicación no verbal.
Apoyo emocional	... y como resultado de un apoyo emocional.	... y como resultado de un apoyo emocional.	... y como resultado de un apoyo emocional.	... y como resultado de un apoyo emocional.

## ANEXO B

### ESCALA DE LICKERT

La presente escala tiene como objetivo recolectar la información acerca de la opinión que tienen los familiares del paciente críticos, respecto a la forma como la enfermera actúa e interviene ante sus respuestas emocionales y preocupaciones derivadas de la hospitalización y enfermedad de su familiar crítico.

#### I.- DATOS GENERALES

SEXO:.....

EDAD:.....

GRADO DE INSTRUCCIÓN: .....

PARENTESCO: .....

DIAZ DE HOSPITALIZACIÓN

DE SU PARIENTE EN LA UCI: .....

#### II.- CONTENIDO:

<b>I. ÁREA DE COMUNICACIÓN VERBAL</b>	<b>TA</b>	<b>DA</b>	<b>I</b>	<b>ED</b>	<b>TD</b>
1.Las enfermeras no conversan con el familiar.					
2. Las enfermeras orientan a los familiares durante su visita					
3.Las enfermeras explican a los familiares sobre los procedimientos generales, que se les realiza a su paciente					
4.Las enfermeras utilizan un lenguaje claro y sencillo al conversar o responder alguna inquietud del familiar					
5.Las enfermeras no preguntan sobre los problemas que enfrenta debido a su paciente critico					
6.Las enfermeras pasan frente a los familiares sin saludarles.					
7.Las enfermeras suelen orientar a los familiares sobre la manera de hacer frente a sus sentimientos de angustia					
8. Las enfermeras no responden en forma cortés a las preguntas que hacen los familiares de los pacientes					
<b>II. AREA DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL</b>					
9.Las enfermeras tiene un tono cálido al hablar con los familiares.					
10.La enfermera explica los procedimientos con paciencia.					
11.Las enfermeras fruncen la frente cuando el familiar pregunta repetidas veces sobre un mismo tema					
12.La enfermera lo mira de manera cálida al responder alguna inquietud del familiar					
13.La enfermera lo recibe con una expresión indiferente.					
14.Las enfermeras prestan atención al familiar cuando estos les preguntan algo.					
15.Las enfermeras dialogan serenamente con los familiares de los pacientes					
16.Las enfermeras se muestran molestas o muy ocupadas para atender a los familiares de los pacientes.					
17.Cuando el familiar pregunta repetidas veces sobre lo que le han explicando la enfermera no se muestra molesta.					

I. ÁREA DE COMUNICACIÓN VERBAL	TA	DA	I	ED	TD
18.Las enfermeras saludan a los familiares cuando estos llegan					
APOYO EMOCIONAL					
1.Las enfermeras no propician la expresión de emociones de los familiares.					
2.Las enfermeras aprovechan las ocasiones para dar ánimo a los familiares de los pacientes.					
3.Las enfermeras toman la mano del familiar cuando los observan tristes o afligidos.					
4.Las enfermeras observan la angustia de los familiares y no se acercan tranquilizarlos.					
5.Las enfermeras muestran poca preocupación por el estado emocional que presenta los familiares.					
6.Las enfermeras se muestran atentas y comprensivas con los familiares de los pacientes.					
7.Las enfermeras no suelen consolar a los familiares cuando los observa tristes o llorando.					
8.Las enfermeras tranquilizan a los familiares con palabras de aliento					
9.Las enfermeras no tienen interés por saber si los familiares están tristes o.					
10.Cuando el familiar conversa con la enfermera sobre su preocupación o aflicción ella muestra interés.					

## ANEXO C

### FÓRMULA PARA DETERMINAR LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[ 1 - \frac{\sum S_1}{S_T} \right]$$

DONDE:

$\alpha$  : alfa de Crombach.

K : N° de preguntas.

S1 : Varianza de cada ítem.

ST : Varianza total

Remplazando valores:

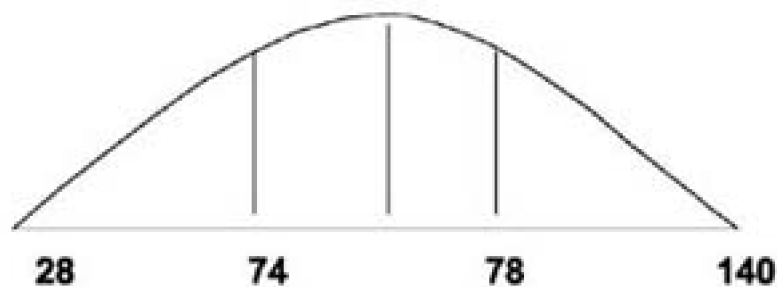
$$\alpha = \frac{28}{27} \left[ 1 - \frac{11.8}{49.218} \right]$$

$$\alpha = 0.80$$

Este valor nos indica que el instrumento tiene una confiabilidad de un 80%, ya que todo valor superior de 0.5 indica que el instrumento es confiable y fuertemente consistente.

## ANEXO E

### CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR FINAL DE LA VARIABLE UTILIZANDO LA ESCALA DE STANONES



DONDE :

Valor mínimo 28

Valor máximo 140

Hallando el Promedio:

$$X = \frac{\text{Total}}{n}$$

$$a = X - 0.75 (S)$$

$$b = X + 0.75 (S)$$

Donde :

S = Desviación estándar

X = Promedio.

N = Número de sujetos.

0.75 = Constante

S = 2.99

X = 76.

N = 24.

A = 73.75 = 74.

B = 78.24 = 78

Valor Final

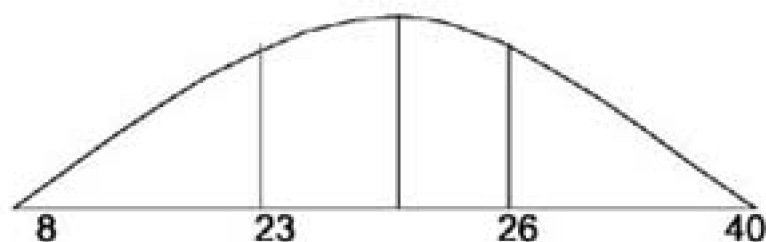
FAVORABLE = 140 – 78 puntos. (9) 37.5%

INDIFERENTE = 75 – 77 puntos (7) 29.2

DESFAVORABLE = 28 –74 puntos (8) 33.3%

#### **CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR FINAL DE CADA DIMENSIÓN UTILIZANDO LA ESCALA DE STANONES**

##### **DIMENSIÓN DE COMUNICACIÓN VERBAL**



DONDE :

Valor mínimo 8

Valor máximo 40

Hallando el Promedio:

$$X = \frac{\text{Total}}{n}$$

$$a = X - 0.75 (S)$$

$$b = X + 0.75 (S)$$

Donde :

S = Desviación estándar

X = Promedio.

N = Numero de sujetos.

0.75 = Constante

S = 1.76

X = 24.62.

N = 24.

A = 23.3 = 23.

B = 25.94 = 26

Valor Final

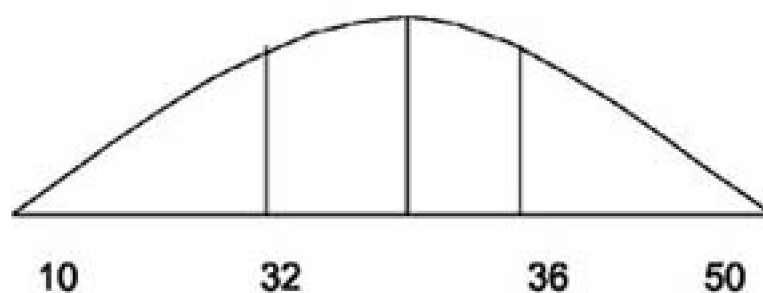
FAVORABLE = 40 – 26. (6) 33.3%

INDIFERENTE = 25 – 24 (13) 54.2%

DESFAVORABLE = 23 --8. (5) 20.8%

### **CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR FINAL DE CADA DIMENSIÓN UTILIZANDO LA ESCALA DE STANONES**

#### **DIMENSIÓN DE COMUNICACIÓN NO VERBAL**



DONDE :

Valor mínimo 10

Valor máximo 50

Hallando el Promedio:

$$X = \frac{\text{Total}}{n}$$

$$a = X - 0.75 (S)$$

$$b = X + 0.75 (S)$$

Donde :

S = Desviación estándar

X = Promedio.

N = Numero de sujetos.

0.75 = Constante

S = 2.309

X = 34.125.

N = 24.

A = 32.39 = 32.

B = 35.85 = 36

Valor Final

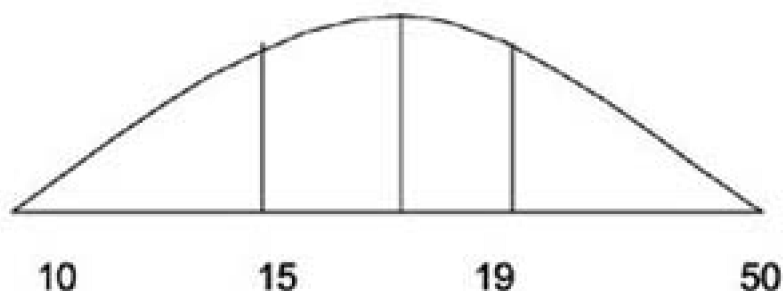
FAVORABLE = 50 - 36. (8) 33.3%

INDIFERENTE = 35 - 33 (6) 25%

DESFAVORABLE = 32 --10. (10) 41.7%

#### CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR FINAL DE CADA DIMENSIÓN UTILIZANDO LA ESCALA DE STANONES

##### DIMENSIÓN DE APOYO EMOCIONAL



DONDE :

Valor mínimo 50

Valor máximo 10

Hallando el Promedio:



$$X = \frac{\text{Total}}{n}$$

$$a = X - 0.75 (S)$$

$$b = X + 0.75 (S)$$

Donde :

S = Desviación estándar

X = Promedio.

N = Numero de sujetos.

0.75 = Constante

S = 2.847

X = 17.25.

N = 24.

A = 15.11 = 15.

B = 19.38 = 19

Valor Final

FAVORABLE = 50 - 19. (7) 29.2%

INDIFERENTE = 18 - 16 (9) 37.5%

DESFAVORABLE = 15 --10. (8) 33.3%

## ANEXO F

### PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CRÍTICOS, RESPECTO A LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE SU CRISIS SITUACIONAL

**Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M.,**

Ítems	PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRITICO			Total		
	Favorable	Indiferente	Desfavorable			
Dimensión de comunicación verbal						
1 - Las enfermeras no conversan con el familiar	1	4	19	24		
2. + Las enfermeras orientan a los familiares durante su visita	3	5	16	24		
3 + Las enfermeras explican a los familiares sobre los procedimientos generales, que se les realiza a su paciente	2	4	18	24		
4 + Las enfermeras utilizan un lenguaje claro y sencillo al conversar o responder alguna inquietud del familiar	17	7	0	24		
5 - Las enfermeras no preguntan sobre los problemas que enfrenta debido a su paciente crítico	0	4	20	24		
6 - Las enfermeras pasan frente a los familiares sin saludarles	19	5	0	24		
7 + Las enfermeras suelen orientar a los familiares sobre la manera de hacer frente a sus sentimientos de angustia	0	3	21	24		
8 - Las enfermeras no responden en forma cortés a las preguntas que hacen los familiares de los pacientes	22	2	0	24		
II. ÁREA DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL			F	I	D	Total
1 + Las enfermeras tiene un tono cálido al hablar con los familiares.			0	3	21	
+ La enfermera explica los procedimientos con paciencia.			20	4	0	
2.- Las enfermeras fruncen la frente cuando el familiar pregunta repetidas veces sobre un mismo tema			20	4	0	
3.+ La enfermera lo mira de manera cálida al responder alguna inquietud del familiar			0	4	20	
4.- La enfermera lo recibe con una expresión indiferente.			18	4	2	
5.+ Las enfermeras prestan atención al familiar cuando estos les preguntan algo.			19	4	1	
6.+ Las enfermeras dialogan serenamente con los familiares de los pacientes			21	3	0	
7.- Las enfermeras se muestran molestas o muy ocupadas para atender a los familiares de los pacientes.			20	3	1	
8.- Cuando el familiar pregunta repetidas veces sobre lo que le han explicando la enfermera se muestra molesta.			20	4	0	
9.- Las enfermeras no saludan a los familiares cuando estos llegan			21	2	1	
APOYO EMOCIONAL			F	I	D	Total

Ítems	PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRITICO			Total
1.- Las enfermeras no propician la expresión de emociones de los familiares.	0	5	19	
2+ Las enfermeras aprovechan las ocasiones para dar ánimo a los familiares de los pacientes	0	4	20	
3+ Las enfermeras toman la mano del familiar cuando los observan tristes o afligidos.	0	1	23	
4- Las enfermeras observan la angustia de los familiares y no se acercan a tranquilizarlos.	0	3	21	
5- Las enfermeras muestran poca preocupación por el estado emocional que presenta los familiares.	0	4	20	
6+ Las enfermeras se muestran atentas y comprensivas con los familiares de los pacientes.	4	3	17	
7- Las enfermeras no suelen consolar a los familiares cuando los observa tristes o llorando.	0	3	21	
8+ Las enfermeras tranquilizan a los familiares con palabras de aliento	0	0	24	
9+ Cuando el familiar conversa con la enfermera sobre su preocupación o aflicción ella muestra interés	0	4	20	
10. - Las enfermeras no tienen interés por saber si los familiares están tristes o enojados..	0	3	21	

## ANEXO G

EDAD DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CRÍTICOS, DE LA UCI DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. ABRIL 2003

EDAD	FC	%
19-38	18	75
39-58	5	20.8
59-68	1	4.2
TOTAL	24	100

## ANEXO H

SEXO DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CRÍTICOS, DE LA UCI DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI M. ABRIL 2003

SEXO	FC	%
MUJER	13	54.2
VARÓN	11	45.8
TOTAL	24	100

## ANEXO I

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CRÍTICOS, DE LA UCI DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI M. ABRIL 2003

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FC	%
PRIMARIA	1	4.2
SECUNDARIA	5	20.8
SUPERIOR	18	75
TOTAL	24	100

## ANEXO J

GRADO DE PARENTESCO DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CRÍTICOS, DE LA UCI DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI M. ABRIL 2003

GRADO DE PARENTESCO	FC	%
ESPOSA	10	41.7
PADRE / MADRE	2	8.3
HIJA	12	50
TOTAL	24	100

## ANEXO K

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS PACIENTES CRÍTICOS, DE LA UCI DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. ABRIL 2003

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	FC	%
3 - 6	15	62.5
7- 10	8	33.3
11-14	1	4.2
TOTAL	24	100

## ANEXO L

PERCEPCIÓN SEGÚN GRADO DE PARENTESCO QUE TIENE EL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO RESPECTO A LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE SU CRISIS SITUACIONAL

Grado de parentesco	Percepción			Total
	Favorable	Indiferente	Desfavorable	
Esposos (a)	3	5	2	10
Padre / madre	1	0	1	2
Hijo(a)	5	2	5	12
Total	9	7	8	24

## ANEXO M

PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SEGÚN DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO RESPECTO A LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE SU CRISIS SITUACIONAL

Días de hospitalización	Percepción			Total
	Favorable	Indiferente	Desfavorable	
3 - 6	5	5	5	15
7 - 10	4	1	3	8
11 - 14	0	1	0	1
Total	9	7	8	24