



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**"Percepción de los familiares de pacientes críticos
sobre el tipo de comunicación que establece la
enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos del
Hospital Nacional Dos de Mayo, noviembre 2008,
Lima-Perú"**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Intensivista

AUTOR

Lucía Mercedes PARRA TORRES

Lima, Perú

2009



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Parra L. Percepción de los familiares de pacientes críticos sobre el tipo de comunicación que establece la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo, noviembre 2008, Lima-Perú [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2009.

**A MIS PADRES POR
SU AMOR QUE ME
BRINDAN**

**A DIOS POR BRINDARME
FORTALEZA PARA
SEGUIR ADELANTE**

INDICE

- Dedicatoria
- RESUMEN
- PRESENTACIÓN
- **CAPITULO I.- INTRODUCCIÓN**
 - A. Planteamiento delimitación y origen del problema
 - B. Formulación del problema
 - C. Justificación
 - D. Objetivos
 - E. Propósito
 - F. Marco Teórico
 - *ANTECEDENTES DE ESTUDIO*
 - *BASE TEORICA*
 - 1. Percepción:
 - 1.1. Definición
 - 1.2. Características.
 - 2. Comunicación:
 - 2.1. Naturaleza de la Comunicación
 - 2.2. Definición
 - 2.3. Elementos de la Comunicación.
 - 2.4. Funciones de la Comunicación.
 - 2.5. Tipos de Comunicación.
 - Comunicación Verbal
 - Comunicación No Verbal
 - 3. La familia:
 - 3.1. Definición
 - 3.2. Tipos de Familia
 - 3.3. Modos de Ser Familia
 - 4. Unidad de Cuidados Intensivos:

4.1. Definición.

4.2. Objetivos.

4.3. Equipo de Salud

5. Enfermería en Cuidados Intensivos

5.1. Perfil de la Enfermera

5.2. Entrenamiento de la Enfermera.

5.3. Funciones del Personal de Enfermería en UCI

G. Definición Operacional De Términos

- **CAPITULO II.- MATERIAL Y MÉTODO**

- A. NIVEL, TIPO Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

- B. DESCRIPCIÓN DE LA SEDE

- C. POBLACIÓN

- D. TÉCNICA E INSTRUMENTO

- E. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- F. PLAN DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

- **CAPITULO III.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

- **CAPITULO IV.- CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

- A. CONCLUSIONES

- B. RECOMENDACIONES

- C. LIMITACIONES

- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BIBLIOGRAFIA

- ANEXOS:

INDICE DE ANEXOS

Anexo	Pág.
A. OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE.....	I
B. MATRIZ DE LA OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE.....	II
C. INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN DE OPINION FORMULARIO ESCALA TIPO LICKERT.....	IV
D. LISTA DE COTEJO.....	VII
E. PRUEBA BINOMIAL : JUICIO DE EXPERTOS.....	VIII
F. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	IX
G. TABLA DE CODIFICACIÓN.	X
I. TABLA MATRIZ TRIPARTITA.....	XI
J. CÁLCULO DE LA CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE SEGÚN LA ESCALA DE STANONES.....	XII
K. CUADRO DE FRECUENCIA POR ITEMS/CATEGORÍAS DE LA VARIABLE GLOBAL.....	XIII
L. CUADRO DE FRECUENCIA POR ITEMS/CATEGORÍAS EN LA DIMENSION VERBAL.....	XIV
LL. CUADRO DE FRECUENCIA POR ITEMS/CATEGORÍAS EN LA DIMENSION NO VERBAL.....	XV
M. EDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRITICO...	XVI
N. SEXO DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRITICO ..	XVII
O. TIPO DE PARENTESCO QUE TIENE CON EL PACIENTE CRITICO	XVIII
P. TIEMPO DE HOSPITALIZACION DEL PACIENTE CRITICO.	XIX

RESUMEN

El servicio de Cuidados Intensivos del hospital esta designado para atender a pacientes críticamente enfermos que cuentan con expectativas razonables de recuperación y que probablemente fallezcan sin este tipo de atención; siendo la estancia para el paciente y para su familia una experiencia desagradable.

La relación que establece la enfermera con la familia del paciente critico según el enfoque biopsicosocial busca la satisfacción del usuario y de su familia. Según este enfoque los cuidados son mas humanos y de calidad donde la enfermera colabora, ayuda orienta al familiar del paciente critico buscando mantener buenas relaciones interpersonales y así se sientan como en su hogar y la situación de la enfermedad del paciente no sea tan notoria para la familia. El presente estudio: "Percepción del Familiar del Paciente Critico según el tipo de Comunicación que Establece la Enfermera en el Servicio de Cuidados Intensivos – HNDM Noviembre del 2008", tuvo como objetivo determinar la Percepción del Familiar del Paciente Critico según el tipo de Comunicación que Establece la Enfermera . El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por familiares de pacientes críticos (15). El instrumento que se utilizó fue un formulario Escala de Likert y la técnica fue la entrevista. Los hallazgos más significativos fueron que la percepción de los familiares de paciente críticos sobre el tipo de comunicación que establece la enfermera es medianamente favorable, por lo que algunas enfermeras utilizan un lenguaje claro, un tono voz adecuado le brindan información, así como le miran los ojos cuando establecen la comunicación, le abrazan o le toman de la mano cuando se estos se sienten afligidos

PRESENTACION

La comunicación como un proceso de intercambio de ideas entre individuos, es el pilar fundamental de las actividades de enfermería, especialmente en la relación enfermera-enfermo; porque, permite la continuidad de la atención y a la vez establecer relaciones interpersonales que influyen en la recuperación al procurar el bienestar del mismo, en este sentido, el profesional de enfermería debe sustentar su práctica en las técnicas que le facilitan intervenir con la finalidad de garantizar cuidados con calidad y ayudarlo en la satisfacción de sus necesidades.

En este orden de ideas, se observa que el profesional de enfermería debe tener habilidades y destrezas para establecer la comunicación, ya que la misma influye en la calidad de los cuidados; especialmente en los familiares de paciente críticos situación.

En el servicio de cuidados intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo, se observa a los familiares de pacientes críticos angustiados, preocupados y afligidos, porque algunas veces no se le brinda una información clara o muestran indiferencia cuando ellos solicitan alguna información. El presente estudio titulado: "PERCEPCION DEL FAMILIAR DE PACIENTE CRITICOS SOBRE EL TIPO DE COMUNICACIÓN QUE ESTABLECE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. NOVIEMBRE - 2008", tiene como objetivo general determinar la percepción del familiar de paciente críticos sobre el tipo de comunicación que establece la enfermera, y como objetivos específicos identificar la percepción de los familiares de pacientes críticos sobre el tipo de comunicación que establece y la enfermera en la dimensión verbal e identificar la percepción de los familiares de pacientes críticos sobre el tipo de comunicación que establece y la enfermera en la dimensión no verbal Los hallazgos y/o resultados pretenden proporcionar un marco de referencia al Departamento de Enfermería y a la enfermera jefe del Servicio de Cuidados Intensivos, sobre el proceso interactivo que establece la enfermera con los familiares de paciente críticos a fin de promover la elaboración de estrategias que incluyan la implementación de un taller de habilidades sociales, el cual contribuye a mejorar el proceso de comunicación y de esta manera motivar a los profesionales de enfermería a asumir la importancia que tiene la comunicación funcional en el quehacer profesional y en el apoyo emocional que se brinda a la familia.

El trabajo consta de: Capítulo I Introducción; en el cual se hace referencia al planteamiento, delimitación y origen del problema, y formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedentes de estudio, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo II: Material y Método, donde se describe el tipo, nivel y método, descripción de la sede, población, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, plan de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III: Resultados y Discusión. Capítulo IV: Conclusiones, recomendaciones y limitaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos

CAPITULO I

INTRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO Y ORIGEN DEL PROBLEMA:

Desde sus orígenes, la Enfermería fue asociada con la responsabilidad de velar por la salud de los demás; “un enfermero siempre asiste a otros”, como afirma Travelbee¹. El proceso de velar por la salud supone “una serie de acciones, operaciones y realizaciones que se producen entre el individuo que practica la Enfermería y la persona asistida”⁰¹; además, involucra actos comunicativos verbales y no verbales y contactos físicos.⁰¹

Abdellah plantea: “La Enfermería es hacer algo por una persona o suministrarle la información necesaria para que cubra sus necesidades, mejore su autoayuda o mitigue un sufrimiento”. Hacer algo por alguien o suministrarle información, ineludiblemente supone dos personas en contacto, un acto comunicativo y de ayuda ⁰²

En efecto la comunicación es un componente esencial en las relaciones humanas debido a que adquiere una connotación más personal que el intercambio de ideas y pensamientos ya que puede consistir también en la transmisión de sentimientos. Los sentimientos y las emociones son vitales a la hora que hay una real comunicación, es decir la comunicación es, ante todo, una interrelación y a partir de ahí surgen múltiples estrategias y soluciones a los diversos conflictos humanos ⁰³

El ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos supone un estrés para el paciente y sus familiares, que está originado no sólo por la gravedad del paciente, sino también por las dificultades en la comunicación que existen con éste y la familia. Debido a la inestabilidad del paciente el profesional se centra más en la observación y monitorización estrecha del mismo, de forma que, aunque considera que es necesario tener en cuenta los requerimientos de la familia,

la realidad es que pasan a un segundo plano, tenemos que tener en cuenta la seguridad que manifiesta el profesional ayudara a tranquilizar a la familia preocupada

Constantemente se observa a los familiares de los pacientes críticos que acuden a las Unidades de Cuidados Intensivos por información o a la hora de visita siempre están ansiosos y preocupados; que reflejaban llantos, periodos de silencio, ira, impotencia.

A la vez múltiples quejas de de falta de información, desconocimiento del estado y/o evolución de la enfermedad de los familiares en el Hospital Nacional Dos de Mayo

B. FORMULACION DEL PROBLEMA:

De lo expuesto anteriormente se ha formulado el problema de la siguiente manera ¿Cuál es la Percepción de los familiares de pacientes críticos sobre el tipo de comunicación que establece la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo – Noviembre del 2008.

C. OBJETIVOS:

C.1 OBJETIVOS GENERALES

Determinar la percepción de los familiares del paciente crítico sobre el tipo de comunicación que establece la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo.

C.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la percepción que tienen los familiares del paciente crítico respecto al tipo de comunicación que establece la enfermera en la dimensión de comunicación verbal
- Identificar la percepción que tienen los familiares del paciente crítico respecto al tipo de comunicación que establece la enfermera en la dimensión de comunicación no verbal

D. JUSTIFICACION:

Las unidades de cuidados intensivos de adultos, por lo general, son espacios cerrados y regulados por los profesionales, en particular por el Profesional de Enfermería. Esto significa que “los de dentro” (pacientes y profesionales de la salud) mantienen poco contacto (físico, emocional y de comunicación) con los “de fuera” (familiares/allegados de los pacientes) y que éstos no tienen facilidad para acceder al interior de la unidad. La relación se restringe a los horarios de visita y al momento de la información médica.

Los profesionales de la Salud están identificados con el ambiente de un hospital, sin embargo; una familia que tiene a uno de los suyos hospitalizado y conectado a múltiples equipos médicos como es un ventilador mecánico, monitor cardíaco, bombas de infusión, frascos de drenaje, etc. Se encuentran y se siente ajeno. Por ello la responsabilidad de todos los profesionales de la salud, y sobre todo del Profesional de Enfermería mantener una buena comunicación, mejorando las relaciones humanas y de esta manera mitigando su angustia y ansiedad de los familiares

Por esas razones mi iniciativa de estudiar el problema titulado “Percepción de los familiares de pacientes críticos sobre el tipo de comunicación que brinda la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo - Octubre del 2008 ”

E. PROPOSITO:

La interacción humana permite a la enfermera un cuidado interpersonal que es por ello que con este estudio se brindara información valida y confiable sobre el tipo de comunicación que establece la enfermera de Cuidados Intensivos a los familiares del paciente critico mejorando la comunicación para educar, enfrentar eficazmente la enfermedad del paciente, promover su recuperación o que su muerte sea sobrellevada.

F. MARCO TEORICO:

F.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

Al revisar la literatura se han encontrado los siguientes trabajos de investigación que se relacionan con el presente trabajo entre ellos tenemos:

a. Romelia Agustina, MEJIA RAMIREZ; **PERCEPCION DE LA FAMILIA SOBRE LA INTERVENCION DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL – 2006. Lima – Perú.**

Dicho estudio tiene como objetivo Determinar la percepción de la familia sobre la intervención de Enfermería; el estudio es de tipo cuantitativo y nivel aplicativo ya que se realiza dentro una problemática que se evidencia en la practica diaria

“En cuanto a la dimensión comunicación la mayoría o un porcentaje considerable de familiares tienen una percepción medianamente favorable o desfavorable.

La comunicación entre la familia – enfermera es este estudio de investigación fue favorable ya que existió un dialogo claro, sencillo y comprensible empleándose una buena interacción en ambos grupos.

b. Lorena Thais Ludeña Palacios; **ESTILOS DE COMUNICACIÓN QUE ESTABLECE LA ENFERMERA SEGÚN OPINIÓN DE LOS PADRES DE NIÑOS QUEMADOS DEL INSN.2006. Lima - Perú.**

El objetivo fue determinar los estilos de comunicación que establece la enfermera según su opinión de los padres. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por padres de niños quemados . El instrumento que se utilizó fue un formulario tipo escala de Likert y la técnica fue la entrevista. Concluyendo en:

“Respecto a la opinión de los padres sobre los estilos de comunicación de la enfermera del servicio de quemados, se puede concluir que existe un porcentaje considerable con opinión medianamente favorable a favorable, para la dimensión verbal, y esta dado porque algunos padres expresan que la enfermera le habla cordialmente para que ellos colaboren con el cuidado del niño, cuando la enfermera le orienta como colaborar con el cuidado del niño.

Sin embargo existe un porcentaje de padres con opinión desfavorable esto referido a que a veces la enfermera pasa frente a los padres sin saludar.

Respecto a la opinión de los padres sobre los estilos de comunicación de la enfermera del servicio de quemados, se puede concluir que existe un porcentaje considerable con opinión medianamente favorable a desfavorable, para la dimensión no verbal toda vez que los padres

manifiestan que algunas enfermeras los ignoran cuando preguntan por su niño. Sin embargo existe un porcentaje considerable de padres con opinión favorable referido a que la enfermera demuestra paciencia cuando le explica los cuidados que le brinda al niño”

c. Poma B.; Peña N., **“COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA PARA OPTIMIZAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL ENFERMO CONSCIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DR. PATROCINIO PEÑUELA RUIZ” ESTADO TÁCHIRA-VENEZUELA - 1999**

EL objetivo fue determinar la existencia de elementos y factores lingüísticos que interfirieran en la comunicación de la enfermera en la atención directa. La población estuvo conformada por 20 enfermeras de atención directa, intensivistas; los cuales conformaron la muestra total, además de 60 pacientes conscientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos seleccionando el 20% de los mismos, quedando como muestra 12 pacientes. Llegando a las siguientes conclusiones:

“Se evidenció la carencia de elementos lingüísticos que faciliten la comunicación entre enfermera-paciente, la sobrecarga de trabajo interfiere en los canales comunicacionales, había carencia de expresiones del lenguaje no verbal lo cual bloqueaba la comunicación, así como desconocimiento por parte de las enfermeras del lenguaje terapéutico”

d. FRANCO CANALES, Rosa Esther. **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. ABRIL DEL 2003. LIMA – PERU.**

El objetivo fue Determinar la percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de Enfermería durante la Crisis Situacional El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo. Método descriptivo transversal; la población estuvo conformada por los 24 familiares, de los pacientes hospitalizados en la UCI del 7B. Llegando a las siguientes conclusiones

“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 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”

e. Alfaro Novoa Rocío, **“LA ATENCIÓN HUMANITARIA DE LA ENFERMERA Y LA OPINIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL SERVICIO DE MEDICINA B DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA Lima – Perú 1996”**, Cuyo objetivo era determinar si la enfermera brinda atención humanitaria y cómo influye esta atención en la opinión del paciente hospitalizado. La metodología utilizada es descriptivo-prospectivo, teniendo como población a 5 enfermeras que laboran en dicho servicio y 15 pacientes seleccionadas al azar, se utilizó como instrumento la guía de observación la cual se aplicó 3 veces a cada enfermera y la encuesta dirigida al paciente para conocer la opinión de este en relación a la atención recibida, la investigación se realizó durante 2 meses al final del estudio se llegaron a las siguientes conclusiones:

“La atención que brindan las enfermeras en el aspecto humanitario se da en un nivel poco satisfactorio, los pacientes manifestaron que la atención de la enfermera es regular, debido a que ella encamina su actuar en mayor porcentaje al cumplimiento de las indicaciones médicas”

F.2. BASE TEORICA:

1. Percepción: La frase “ver es creer” implica que los sentidos describen la realidad con la precisión. En muchos casos es cierto, en otros nuestros sentidos dan una imagen muy deformada e imprecisa del medio

La percepción es algo más que una imagen, refleja del mundo proporcionado por los sentidos. Puestos que participan la comprensión y el y el significado, es evidente que la experiencia, o lo que el individuo desempeña un gran papel

1.1. Definición: La Percepción es un proceso, pues, que media o interviene la sensación y la conducta. Es iniciada por la sensación pero no terminada por ella.

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.

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.

1.2. 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.

2. Comunicación:

2.1. Naturaleza de la comunicación humana.

La comunicación es un proceso privilegiado y único que identifica el comportamiento humano. "Somos en la medida en que nos comunicamos". Los cuidados enfermeros se elaboran a partir de los hechos que nos cuentan y observamos en los pacientes y sus familias. Hablar sobre nuestras preocupaciones o lo que nos pasa es tan natural en el ser humano como el respirar. El hecho de hablar sobre lo que nos acontece de alguna manera muestra lo que somos, lo que nos pasa en nuestra vida y las circunstancias ante las cuales nos sentimos confrontados. Esto también permite a los otros (a los profesionales) tener un contexto para poder comprender y evaluar la percepción que tienen que tener del otro (paciente). Al mismo tiempo, también esto permite comprender el por qué o tener una explicación de los comportamientos de la persona.

La Enfermera busca ante todo ayudar al paciente a que relate los hechos de su vida, a explorar con él las circunstancias y resolver con él sus problemas.

Para poder comprenderse, el ser humano debe ser comprendido por el otro y para ser comprendido por el otro, debe también comprenderse. Una de las dificultades de este proceso reside en el aspecto complejo y multidimensional de la comunicación. Es un proceso que no podemos ni resumir en unas líneas ni dominar en unas horas.

2.2. Definición: Es un fenómeno de carácter social que comprende todos los actos mediante los cuales los seres vivos se comunican con sus semejantes para transmitir o intercambiar información. Comunicar significa poner en común e implica compartir.⁰⁹

La comunicación inicia con el surgimiento de la vida en nuestro planeta y su desarrollo ha sido simultáneo al progreso de la humanidad. Se manifestó primero a través de un lenguaje no verbal, evolucionando y complejizándose conforme el hombre mismo evolucionaba.

La comunicación es un proceso intrapersonal e interpersonal. Es intrapersonal cuando el emisor se percibe, percibe el ambiente, valora, señala un receptor y transmite el mensaje. Es interpersonal cuando emite el mensaje y pone en movimiento el intercambio.¹⁰

Todos los días los seres vivos se comunican de diferentes maneras, pero sólo los seres humanos podemos hacerlo racionalmente; llevando a cabo infinidad de actividades, tales como: conversar, reír, llorar, leer, callar, ver televisión entre otras; por ello se dice que la comunicación humana es un proceso:

- Dinámico: porque está en continuo movimiento y no se limita a una relación Emisor--->Receptor estático, pues los roles se intercambian.
- Inevitable: Pues es imposible no comunicar, incluso el silencio comunica.
- Irreversible: porque una vez realizada, no puede regresar, borrarse o ignorarse.
- Bidireccional: porque existe una respuesta en ambas direcciones.
- Verbal y no verbal: porque implica la utilización de ambos lenguajes -en algunos casos.

2.3. ELEMENTOS DEL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN

Seis son los requisitos que debe contener un mensaje, a fin de evitar toda posible deformación de lo que verdaderamente se desea transmitir:

- **Credibilidad**, o sea que la comunicación establecida por el mensaje presentado al receptor, sea real y veraz, de manera que éste descubra fácilmente el objetivo de nuestra labor y elimine actitudes preconcebidas que deformarían la información.

- **Utilidad**. La finalidad de nuestra comunicación será dar información útil que sirva a quien va dirigida.

- **Claridad**. Para que el receptor entienda el contenido del mensaje será necesario que la transmitamos con simplicidad y nitidez.

- Continuidad y consistencia.** Para que el mensaje sea captado, muchas veces es necesario emplear la repetición de conceptos, de manera que a base de la continuidad y consistencia podamos penetrar en la mente del receptor para vencer las posibles resistencias que éste establezca.
- Adecuación en el medio.** En el proceso para establecer comunicación con los receptores en una organización será necesario emplear y aceptar los canales establecidos oficialmente, aun cuando estos sean deficientes u obsoletos.
- Disposición del auditorio.** Es válido el siguiente principio: la comunicación tiene la máxima efectividad, cuando menor es el esfuerzo que realiza el receptor para captar. De tal manera, una comunicación asequible dispone al auditorio a captar la noticia, una forma oscura, que implique grandes esfuerzos por parte del receptor, lo predispone negativamente a los mensajes.

2.4. Funciones de la comunicación:

- **Informativa:** Tiene que ver con la transmisión y recepción de la información. A través de ella se proporciona al individuo todo el caudal de la experiencia social e histórica, así como proporciona la formación de hábitos, habilidades y convicciones. En esta función el emisor influye en el estado mental interno del receptor aportando nueva información.
- **Afectivo - valorativa:** El emisor debe otorgarle a su mensaje la carga afectiva que el mismo demande, no todos los mensajes requieren de la misma emotividad, por ello es de suma importancia para la estabilidad emocional de los sujetos y su realización personal. Gracias a esta función, los individuos pueden establecerse una imagen de sí mismo y de los demás.

Reguladora: Tiene que ver con la regulación de la conducta de las personas con respecto a sus semejantes. De la capacidad autorreguladora y del individuo depende el éxito o fracaso del acto comunicativo. Ejemplo: una crítica permite conocer la valoración que los demás tienen de nosotros mismos, pero es necesario asimilarse, proceder en dependencia de ella y cambiar la actitud en lo sucedido.

2.5. TIPOS DE COMUNICACIÓN

Existen diferentes dos tipos de comunicación, los cuales reflejan a su vez el estilo que caracteriza a cada persona que por sus características pueden agruparse en:

- Comunicación verbal, lo que decimos con las palabras
- Comunicación no verbal: lo que decimos con los gestos de la cara y del cuerpo, así como con nuestra imagen.

2.5.1. COMUNICACIÓN VERBAL

Para que el proceso de comunicación entre enfermera (emisor) familiares del paciente (receptores) tenga mejores resultados es necesario considerar ciertos aspectos como:

a) El Lenguaje

Un lenguaje sencillo ayuda a clarificar el mensaje y profundizar significado que tiene la palabra .Resulta por demás importante ya que se logra una mejor comunicación cuando se tiene la capacidad de seleccionar las palabras correctas. Esto requiere no necesariamente de un amplio vocabulario pero si de palabras que se pueda usar responsable y apropiadamente y evitar de este modo palabras embarazosas o demasiado técnicas que conlleven al desconcierto y confusión.

Las palabras deben de ir de acuerdo con cada situación. Es decir no se debe hablar del mismo modo a un paciente y a su familia que a un grupo de personas aparentemente sanas; por tanto, es importante que la enfermera cuide la manera en que utiliza la palabra con sus clientes.

b. Tono de voz como herramienta más valiosa en un arsenal terapéutico, es el principal vehículo para enviar un mensaje; mediante el sonido de ésta puede:

- Transmitir confianza, seguridad, energía, emoción y entusiasmo al paciente y su familia

2.5.2. Comunicación No Verbal

En cuanto al término "no verbal" nos referimos a aquella comunicación en la que el lenguaje no aparece, y es suplido por movimientos o reacciones, en efecto la comunicación no verbal se define por el "cómo se dice": gestos, expresiones faciales, movimientos corporales, el espacio que nos separa del otro. Comunicamos a través de la forma en que vestimos, en como nos mostramos alegres o tristes, en como nos sentamos, si miramos o no a la cara, si hablamos despacio o deprisa. Todo ello son signos que permiten a la persona que nos escucha hacerse una idea de quienes y como somos.

Es preciso considerar en esta comunicación los siguientes aspectos:

a).-La Atención

Es importante tener en cuenta que su campo de acción es muy limitado porque se está dirigiendo más que nada a la capacidad de procesamiento lineal del cerebro izquierdo y, si no logra estimular el cerebro derecho de quien le escucha está perdiendo la mayor parte de su impacto potencial. La enfermera necesita cautivar sentidos y mente, pues, mientras más interesada esté el familiar del niño, más fácil podrá convencerlo y persuadirlo para que colabore en su cuidado. A veces sólo recibe una respuesta de pichón (un sí con la cabeza)... pero ¿el pensamiento en dónde está?

b) Comportamiento Visual

Es la habilidad más importante en el impacto personal. Los ojos son la única parte del sistema nervioso central que tiene contacto directo con otra persona. Sin embargo, no debe creerse que hacer contacto visual es suficiente, esto va más allá de una mirada casual. Hay que observar las tres íes: intimidad, intimidación e implicación .Las primeras dos significan mirar por un periodo de 10 segundos a un minuto o más con lo cual se logra concentrarse en la manera en que se está mirando ala otra persona.

c) Postura y Movimiento

La confianza generalmente se expresa a través de una excelente postura. La posición física puede ser un reflejo de la posición mental. La posición del cuerpo muchas veces influye en la opinión que los otros tienen de uno. La gente trata como el otro pida que le traten.

Una mala postura de la parte superior del cuerpo refleja poca confianza en uno mismo. Aunque esto no ocurre siempre, las demás personas piensan que sí, hasta que tienen más información para cambiar de opinión.

La energía de la comunicación puede desviarse mediante un lenguaje corporal-inapropiado, el cual puede ser interpretado como falta de interés hacia el otro y por lo tanto distanciamiento

d) Gestos y Expresión

Para comunicarse con efectividad debe relajar lo más que pueda su cara y gestos. Los gestos desempeñan un papel importante en la transmisión de ideas y sentimientos, si una persona que entrevista hace un gesto rápido se tiene la impresión que esta apurada por realizar otra actividad, y ello influirá definitivamente en la elaboración de preguntas por el receptor o que sencillamente este no le confíe sus temores y preocupaciones, con lo cual se estaría perdiendo valiosa información.

Sonrisa una forma de expresarnos: Todos pensamos que sonreímos la mayor parte del tiempo. En realidad, otras personas observan si tenemos una fuerte disposición para sonreír o para estar serios.

3. La Familia

3.1. Generalidades: La palabra "FAMILIA" fue utilizada en su origen para denotar exclusivamente a la servidumbre. Alrededor del siglo XV su significado se amplió, abarcando a todos los miembros de la casa tanto siervos como mujeres cautivas y la descendencia engendrada por el jefe de familia. El vínculo más importante era un convenio tácito de protección y lealtad, que luego se convirtió en contrato familiar. La familia actualmente se puede considerar como una construcción contemporánea en proceso evolutivo, que conservaría su forma actual por lapsos minúsculos.

3.2. Definición:

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial."

La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella. Ello indica que la familia está ligada a los procesos de transformación de la cultura contemporánea.

La familia es el mejor lugar para que el niño se sienta querido. Los padres son una constante a lo largo de la vida de cualquier niño, por lo tanto, la familia es uno de los factores que más influyen en su futuro y aún más si tiene una alteración del desarrollo

3.3. Tipos de Familia:

Existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido cuatro **tipos de familias**:

a) La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

b) La familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

c. La familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre

soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

d. La familia de madre soltera: Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

e. La familia de padres separados: Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.

3.4. MODOS DE SER FAMILIA:

Como ya hemos visto hay diversos tipos de familia y por ello son múltiples las formas en que cada uno de sus miembros se relacionan y viven cotidianamente. Para entender un poco mejor los modos de ser familia a continuación veremos algunas de sus características más importantes.

- **Familia Rígida :** Dificultad en asumir los cambios de los hijos/as. Los padres brindan un trato a los niños como adultos. No admiten el crecimiento de sus hijos. Los Hijos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios.
- **Familia Sobreprotectora:** Preocupación por sobreproteger a los hijos/as. Los padres no permiten el desarrollo y autonomía de los hijos/as. Los hijos/as no saben ganarse la vida, ni defenderse, tienen excusas para todo, se convierten en "infantiloides". Los padres retardan la madurez de sus hijos/as y al mismo tiempo, hacen que estos dependen extremadamente de sus decisiones.
- **La Familia Centrada en los Hijos :** Hay ocasiones en que los padres no saben enfrentar sus propios conflictos y centran su atención en los hijos; así, en vez de tratar temas de la pareja, traen siempre a la conversación temas acerca de los hijos, como si entre ellos fuera

el único tema de conversación. Este tipo de padres, busca la compañía de los hijos/as y depende de estos para su satisfacción. En pocas palabras "viven para y por sus hijos".

- **La familia Permisiva** : En este tipo de familia, los padres son Incapaces de disciplinar a los hijos/as, y con la excusa de no ser autoritarios y de querer razonarlo todo, les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran. En este tipo de hogares, los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos y con frecuencia observamos que los hijos mandan más que los padres. En caso extremo los padres no controlan a sus hijos por temor a que éstos se enojen.

- **La Familia Inestable**: La familia no alcanza a ser unida, los padres están confusos acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos por falta de metas comunes, les es difícil mantenerse unidos resultando que, por su inestabilidad, los hijos crecen inseguros, desconfiados y temerosos, con gran dificultad para dar y recibir afecto, se vuelven adultos pasivos-dependientes, incapaces de expresar sus necesidades y por lo tanto frustrados y llenos de culpa y rencor por las hostilidades que no expresan y que interiorizan.

- **La familia Estable**: La familia se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos/as, lleno de metas y sueños. Les resulta fácil mantenerse unidos por lo tanto, los hijos/as crecen estables, seguros, confiados, les resulta fácil dar y recibir afecto y cuando adultos son activos y autónomos, capaces de expresar sus necesidades, por lo tanto, se sienten felices y con altos grados de madurez e independencia.

4. Unidad de Cuidados Intensivos:

4.1. Definición: Las unidades de cuidados intensivos (**UCI**) son Departamentos de los hospitales con equipamiento especializado y personal altamente cualificado para tratar a pacientes con una enfermedad o traumatismo grave.

La Unidad de Cuidados Intensivos es un área de un hospital que proporciona tratamiento agresivo, tecnología moderna y un control invasivo y no invasivo de los pacientes críticos y de

alto riesgo. En estas unidades, las variables fisiológicas del paciente sirven de información para el médico de forma continua, por lo que este puede proporcionar la asistencia adecuada

4.2. Objetivos:

- Proporcionar atención continua, oportuna y adecuada, mientras esté en peligro su vida.
- Brindar atención durante las 24 horas del día.
- Adiestrar al personal médico y de enfermería en el cuidado de los pacientes y en el manejo de los equipos con el que se atiende.
- Incrementar la investigación de pacientes graves, con el objeto de mejorar las medidas de atención.

4.3. Equipo de Salud:

- **Médicos:** los médicos especialistas en cuidados intensivos o intensivistas poseen formación en todos los aspectos del tratamiento de pacientes en estado crítico.
- **Enfermeras:** las enfermeras de la UCI poseen formación especializada en los cuidados de pacientes en estado crítico y proporcionan cuidados y vigilancia en la cabecera del enfermo las 24 horas del día.
- **Terapeutas respiratorios:** monitorizan la respiración del paciente y utilizan el equipamiento necesario para mejorarla, como por ejemplo los respiradores.
- **Fisioterapeutas:** ayudan al paciente a conservar la flexibilidad y fuerza muscular para prevenir discapacidades y acelerar la recuperación.
- **Nutricionistas:** valoran las necesidades de nutrición y de líquidos de los pacientes.
- **Trabajadores sociales:** ayudan a los pacientes y a sus familias a afrontar los diversos aspectos de una enfermedad crítica, incluyendo los psicológicos y los económicos, y colaboran en el restablecimiento del paciente después de que éste haya abandonado el hospital.
- **Personal religioso:** ofrece apoyo espiritual y emocional a los pacientes y a sus familias.

5. Enfermería en Cuidados Intensivos:

5.1. Perfil de la Enfermera en UCI: La enfermera que labora en las UCI, debe tener un perfil acorde a la complejidad de la atención que se proporciona, deberá tener las siguientes cualidades:

- **Conocimientos básicos de enfermería;** Experiencia en clínica y entrenamiento específico para la UCI.
- **Iniciativa y creatividad;** deberá ser persona dinámica, observadora y con capacidad de análisis e interpretación de datos, siendo oportuna en dar aviso a las personas indicadas.
- **Habilidad y destreza;** la enfermera debe ser hábil en el manejo de equipos y en la realización de procedimientos. Esta habilidad se hace extensiva a la oportuna utilización de recursos.
- **Liderazgo:** La enfermera debe estar capacitada para dirigir, planear, coordinar y supervisar la atención a los pacientes en estado crítico, demostrando seguridad en la toma de decisiones, es ella, quien en ausencia temporal del médico y en situaciones que ameriten, la persona más indicada para determinar la conducta inmediata y oportuna.
- **Motivación:** La enfermera como profesional deberá interesarse por mantener actualizados sus conocimientos, para estar acorde con los avances científicos, tecnológicos y con las necesidades de los pacientes que se manejan en las UCI, teniendo siempre presente que de su actualización depende el éxito de su práctica.
- **Equilibrio Emocional:** El ambiente en las UCI es muy diferente a los demás servicios de una institución, y es por ello por lo que se considera el trabajo en equipo un soporte fundamental, basado en el respeto mutuo de todos los que laboran allí.

La enfermera por naturaleza de su trabajo enfrenta situaciones de emergencia, es mandatorio en ella, conservar siempre una actitud ecuánime para que el desenlace de esas situaciones sea el mejor, contribuyendo además a que se mantenga la armonía y organización en el equipo de salud.

- **Responsabilidad:** Es importante tener claramente establecidas las líneas de autoridad, contar con el personal calificado y además deberá existir una persona que coordine las diferentes actividades, teniendo a cuenta la complejidad de los pacientes a quienes atiende.

- **Humana:** La enfermera no solo debe ser apta para dar un cuidado técnico calificado, sino que debe ser la persona con quien el paciente se pueda comunicar. Es en la enfermera, en quien el paciente deposita sus inquietudes, angustias, temores e inseguridades. De ahí que la humanización es un aspecto fundamental dentro de la tecnología.
- **Ética:** La práctica de enfermería en una UCI afronta situaciones, en las cuales la enfermera deberá tomar decisiones, hacerse cuestionamientos ético. morales que tienen que ver con la atención del paciente y su cuidado, apoyándose en las normas y principios de la institución.

5.2. Entrenamiento de la Enfermera en UCI: Para que la enfermera pueda desempeñarse activa y eficientemente requiere un adiestramiento específico para el área, el cual se apoya en revisiones bibliográficas y talleres dentro de la UCI, atendiendo al paciente con una supervisión muy estricta, por la persona encargada del entrenamiento, durante un tiempo adecuado.

5.3. Funciones del Personal de Enfermería en UCI: Las funciones deben ser conocidas por todo el personal y estar escritas en un manual que se pueda consultar fácilmente. Deben ser claras y precisas para un mejor manejo organizativo.

a. Funciones Administrativas: Estas funciones le corresponden a la enfermera coordinadora de la UCI y en ausencia de esta a las enfermeras profesionales de acuerdo al turno asignado:

Conocer y dar a conocer la filosofía, misión, metas, objetivos y actividades de la institución y de la UCI.

Velar por el cumplimiento de las políticas y normas de la institución y de la UCI.

Mantener informada a su jefe inmediato de las novedades y cambios del personal y situaciones anormales o especiales que así lo ameriten.

Fomentar y proporcionar canales de comunicación, para lograr la participación del personal a cargo, con el fin de alcanzar las metas propuestas.

Participar activamente en las reuniones programadas en la UCI y en las programadas en la UCI y en las programadas por el departamento de enfermería.

Velar porque el traslado de pacientes se haga de manera ágil y oportuna a los diferentes servicios de la institución.

Mantener mecanismos de comunicación entre el personal de comunicación entre el personal de enfermería y demás miembros del equipo de salud.

Controlar periódicamente el stock de insumos.

b. Funciones Asistenciales:

Dar asistencia directa a los pacientes, según distribución hecha al iniciar labores de acuerdo a las necesidades.

Realizar la evaluación y el reconocimiento del estado de salud de los pacientes con el fin de detectar necesidades y planear los cuidados de enfermería.

Evaluar el efecto de las actividades de enfermería.

Velar porque se cumplan las órdenes medicas y se agilicen las interconsultas.

Coordinar con otras disciplinas médicas y paramédicas los tratamientos que requiere el paciente.

Dar atención directa en procedimientos como:

- Toma de gases arteriales.
- Curación de heridas.
- Monitoreo hemodinámica continuo
- Monitoreo ventilatorio continuo
- Colocación de sonda nasogastricos y fowler.
- Administración de medicamentos.
- Otros.

c. Funciones Educativas:

Participar en las reuniones académicas programadas por la sección de educación y de la UCI.

Participar en los eventos académicos programadas por la sección de educación continuada tanto intrainstitucional o extrainstitucional.

Colaborar con la jefe de educación en los entrenamientos del personal de enfermería de la UCI.

Dar instrucciones en los procedimientos y manejo de equipos al personal auxiliar.

Dar orientación al paciente y a la familia sobre actividades específicas encaminadas a la recuperación y a su participación en el tratamiento y a su rehabilitación con el fin de que se tengan elementos para el regreso a su medio socio-familiar y laboral.

d. Funciones Investigativas:

Participar en las investigaciones que se determinen en la UCI.

Programar actividades que faciliten la investigación en la UCI

G. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS:

1. Percepción: Es toda aquella información, expresión o respuesta emitida o referida verbalmente por el familiar del paciente crítico

2. Tipos de comunicación: Es la interacción que se produce entre la enfermera y el familiar, expresado a través del lenguaje verbal y no verbal.

3. Profesional de Enfermería de UCI: Profesional de Salud de sexo femenino o masculino que realiza labor asistencial de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos.

4. Familiar del Paciente Crítico en UCI: Son todas las personas que tiene vinculo consanguíneo (padres, hermanos, cónyuge e hijos) que visitan al paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODO

A. TIPO, NIVEL Y METODO DE INVESTIGACION:

El presente trabajo de investigación es de tipo Cuantitativo porque se medirá la variable en estudio, de Nivel Aplicativo y de Método Descriptivo lo que permitirá la descripción de los hechos tal y como se presentaran y de Corte Transversal porque el recojo de datos se realizara en un determinado tiempo.

B. SEDE DE ESTUDIO:

El área de estudio es el Hospital Nacional Dos de Mayo está ubicado en el “Parque de la Medicina Peruana” s/n No altura de la Cuadra 13 de la Av. Grau – Cercado de Lima.

Es un Hospital de cuarto nivel de complejidad de resolución que pertenece al Ministerio de Salud, es un establecimiento de referencial a nivel nacional que recibe a pacientes de otros niveles de todos los departamentos del Perú cuyas patologías no se pueden resolver en su lugar de origen y atienden todas las especialidades médicas.

El trabajo de investigación se realizo en el Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos el cual se encuentra ubicado en el primer nivel. El servicio cuenta con dos salas, cada sala cuenta con cuatro camas asiendo un total de 8 pacientes dentro del servicio. Contando con 21 enfermeras por el servicio distribuidas 4 enfermeras por cada turno. Cada enfermera tiene responsabilidad de dos pacientes.

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. POBLACION Y MUESTRA:

Para el presente trabajo de investigación, la población de estudio será el 100% de los familiares de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Cuidados Intensivos durante el mes de Noviembre del 2008, siendo un familiar por cada paciente.

Criterios de Inclusión:

- Familiar directo del paciente crítico (papá, mamá, esposa o hijos), que sean mayores de 18 años, que tenga mayor permanencia en el servicio. Que el paciente tenga una estancia no menor de tres días y que acepten voluntariamente participar en el estudio

Criterios de Exclusión:

- Familiares que tengan problemas psiquiátricos, que sean quechua hablantes, que sean familiares lejanos, o que sean familiares directos que sea la primera o segunda vez que lo visita.

D. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

Para este trabajo de investigación, se aplicó la técnica de la entrevista y como instrumento una escala de Likert, compuesta por introducción, instrucciones, datos generales y datos específicos que contiene 26 enunciados; 13 enunciados negativos y 13 enunciados positivos con cinco alternativas de respuesta: Siempre, Casi Siempre, Indiferente, Casi Nunca y Nunca (Anexo c)

El instrumento fue sometido a validez de contenido y constructo a través del juicio de expertos conformado por 8 profesionales del área de salud entre, enfermeras especializadas en área de investigación, quienes proporcionaron sus aportes en la lista de cotejo para juez de experto (Anexo D) aplicándose luego a la prueba Binomial mediante la tabla de Concordancia (Anexo E). Luego se realizó la validez y confiabilidad estadística del instrumento mediante la aplicación del coeficiente de correlación de R Pearson y alfa de Crombach respectivamente. (Anexo F)

E. PLAN RECOLECCION PROCESAMIENTO DE DATOS:

El proceso de recolección de datos se realizó previo trámite administrativo para lo cual se presentó el proyecto de investigación ante el Comité de Investigación de la Oficina de Investigación y Docencia del Hospital Nacional Dos de Mayo para su aprobación y autorización. Así mismo se coordinó con la Jefatura del Servicio de Cuidados Intensivos para iniciar la recolección de datos empleándose 10 días durante el horario de visita, cada entrevista dura 15 minutos.

Una vez recolectados se elaboró la tabla de códigos y la tabla matriz tripartita (Anexo H) 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 al

ALTERNATIVAS	POSITIVO	NEGATIVO
Siempre	05	01
Casi siempre	04	02
A veces	03	03
Casi nunca	02	04
Nunca	01	05

Se utilizó el programa Excell y se aplicó la escala de Stanones (Anexo I) para obtener los intervalos de Percepción categorizándolo en Favorable, Medianamente Favorable y Desfavorable; y se procedió a clasificar los puntajes respectivos.

CATEGORIAS	DIMENSION		VARIABLE
	VERBAL	NO VERBAL	GLOBAL
FAVORABLE	14 A 29	12 A 24	81 A 130
MEDIANAMENTE FAVORABLE	30 A 43	25 A 34	52 A 80
DESFAVORABLE	44 A 70	35 A 60	26 A 51

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

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

Así tenemos que del 100% (15) familiares. 60.0%(09) son varones y el 40.00%(6) son mujeres (Anexo N); el 66.66% (19) tienen entre 31 y 50 años, 26.6%(04) de 18 a 30 años y el 06.66% (01) son mayores de 51 años (Anexo LL). 33.33% (05) son esposos (as), 20.% (03) son hijos del paciente critico teniendo ese mismo porcentaje a los hermanos(as) del paciente critico y un 13.33% (02) son padres del paciente (Anexo N); 46.66%(07) tienen menos de una semana de hospitalización a su paciente, 40.00%(06) tienen a su paciente más de una semana de hospitalización y el 13.4%(02) tienen una semana de hospitalizado a su paciente en el servicio de cuidados intensivos(Anexo O).

Por lo expuesto, podemos evidenciar que la mayoría de los familiares son de sexo masculino y se encuentran en la etapa adulta joven a adulta madura, con grado de parentesco de esposos e hijos; y teniendo en mayor porcentaje que el paciente critico tiene más de una semana en el servicio de cuidados intensivos

CUADRO No 01

**PERCEPCION DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO SEGÚN EL TIPO DE
COMUNICACIÓN QUE ESTABLECE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO
DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL
DOS DE MAYO NOVIEMBRE –DICIEMBRE
LIMA – PERU
2008**

PERCEPCION DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRITICO SEGÚN EL TIPO DE COMUNICACIÓN QUE ESTABLECE LA ENFERMERA	TOTAL	
	No	%
Favorable	02	13.3
Medianamente favorable	11	73.4
Desfavorable	02	13.3
TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente critico - HNDM

Del cuadro No 01 sobre la percepción del familiar del paciente critico según el tipo de comunicación que establece la enfermera se observa que del 100% (15); 73.4% (11) tienen una percepción medianamente favorable, el 13.3% (02) representa una percepción favorable, así como el otro 13.3% (02) tiene una percepción desfavorable.

La comunicación es un proceso bidireccional, en donde se transmite pensamientos , ideas, sentimientos a otra persona; es un medio que permite comprender a otra persona; es un medio que permite comprender a otro, aceptar y ser aceptado, transmitir y recibir información.

Maturana refiere que el punto fundamental de toda comunicación radica en la forma de como se establece la comunicación cada vez que se transmite un mensaje.

Por lo que podemos observar se puede deducir que los familiares del paciente crítico tienen un percepción medianamente favorable respecto al tipo de comunicación que establece la enfermera

lo que significa que no se está manejando una adecuada comunicación bidireccional entre el familiar y el paciente crítico.

CUADRO No 02
PERCEPCION DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO SEGÚN EL TIPO DE
COMUNICACIÓN QUE ESTABLECE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO
DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL
DOS DE MAYO NOVIEMBRE –DICIEMBRE
LIMA – PERU
2008

PERCEPCION DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRITICO	TIPO DE COMUNICACIÓN QUE ESTABLECE LA ENFERMERA			
	VERBAL		NO VERBAL	
	No	%	No	%
Favorable	02	13.4	02	13.3
Medianamente favorable	12	80.0	11	73.4
Desfavorable	01	06.6	02	13.3
TOTAL	15	100.0	15	100.0

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente crítico - HNDM

Del cuadro No 02 sobre la percepción del familiar del paciente crítico se observa respecto al tipo de comunicación verbal que del 100% (15) familiares encuestados, 80% (12) tienen una percepción medianamente favorable sobre la comunicación verbal que establece la enfermera y un 06.6% (01) de familiares tiene una percepción favorable. En lo que corresponde al tipo de comunicación no verbal se observa que del 100% (15) de familiares, 73.4% (11) tienen una percepción medianamente favorable sobre la comunicación no verbal que establece la enfermera y los otros 13.3% tienen una percepción favorable y desfavorable.

La comunicación es un componente esencial en las relaciones humanas debido a que adquiere una connotación más personal que el intercambio de ideas y pensamientos ya que puede consistir también en la transmisión de sentimientos. Al respecto Maturana manifiesta: Los

sentimientos y las emociones son vitales a la hora que hay una real comunicación, es decir la comunicación es, ante todo, una interrelación y a partir de ahí surgen múltiples estrategias y soluciones a los diversos conflictos humanos.

Por lo que podemos observar en el cuadro los familiares del paciente crítico tienen una percepción medianamente favorable en lo que corresponde al tipo de comunicación verbal y no verbal lo que significa que existe funcionalidad en la comunicación. Sin embargo existe un porcentaje mínimo de familiares que tiene una percepción desfavorable respecto al tipo de comunicación verbal y no verbal.

CUADRO No 03
COMUNICACIÓN VERBAL QUE ESTABLECE LA ENFERMERA SEGÚN LA
PERCEPCION DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRITICO ESTABLECE
LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS
DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
NOVIEMBRE - DICIEMBRE

LIMA- PERU

2008

COMUNICACIÓN VERBAL QUE ESTABLECE LA ENFERMERA	PERCEPCION DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRITICO						TOTAL	
	Favorable		Medianamente favorable		Desfavorable			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Lenguaje Claro	00	00.0	13	86.6	02	13.4	15	100
Palabras adecuadas	05	33.3	08	53.3	02	13.4	15	100
Tono de Voz	02	13.3	12	80.0	01	06.7	15	100
Brinda información	00	00.0	13	86.6	02	13.4	15	100

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente crítico - HNDM

Del cuadro No 03 sobre la Comunicación Verbal que establece la Enfermera del 100% (15) familiares encuestados, se observa que un 86.6% (13) de familiares tiene una percepción medianamente favorable y un 00.0% tiene favorable en lo que corresponde a la claridad en el lenguaje y la información que brinda; un 53.3% (08) manifiesta una percepción medianamente favorable sobre las palabras adecuadas que utiliza la enfermera; y un 13.4% (02) tiene una percepción desfavorable acerca del lenguaje claro, palabras adecuadas y la información que brinda la enfermera.

La comunicación verbal se refiere a cualquier aspecto relacionado con las palabras adecuadas. Aunque la comunicación verbal es la forma de interacción más obvia y abierta, únicamente supone solo una pequeña parte de la comunicación en su conjunto. Las palabras son solos símbolos, que no tienen el mismo significado para todas las personas. Por ejemplo la palabra “perro” puede significar para una persona un animalito pequeño y peludo; para otra puede ser una enorme bestia gruñona y feroz, y para un tercero puede significar una persona repulsiva. Si se utiliza la palabra perro en la comunicación con estas personas, se obtendrá un mensaje diferente para cada uno de los receptores.

En el lenguaje verbal, la persona asertiva utiliza un tono de voz seguro, firme y pausado, y establece una comunicación funcional con un lenguaje claro y sencillo.

De lo mencionado podemos deducir que los familiares del paciente crítico tienen una percepción medianamente favorable sobre la comunicación verbal que establece la enfermera en relación al lenguaje Claro, las palabras adecuadas, el tono de Voz y la información que brinda la enfermera lo que significa que se está manejando una adecuada interacción entre receptor (familiar del paciente crítico) y emisor (enfermera)

CUADRO No 04
COMUNICACIÓN NO VERBAL QUE ESTABLECE LA ENFERMERA SEGÚN LA
PERCEPCION DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRITICO ESTABLECE
LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS
DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
NOVIEMBRE - DICIEMBRE
LIMA- PERU
2008

COMUNICACIÓN NO VERBAL QUE ESTABLECE LA ENFERMERA	PERCEPCION DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRITICO						TOTAL	
	Favorable		Medianamente favorable		Desfavorable			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Atención	01	06.4	12	80.0	02	13.3	15	100
Comportamiento Visual	05	33.3	05	33.3	05	33.3	15	100
Postura y Movimiento	03	20.0	11	73.3	01	06.4	15	100
Gestos y Expresión	06	40.0	06	40.0	03	20.0	15	100

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente crítico - HNDM

Del cuadro No 04 sobre la Comunicación No Verbal que establece la Enfermera del 100% (15) familiares encuestados, se observa que un 80.0% (12) de familiares tiene una percepción medianamente favorable, 06.4% (01) manifiesta una percepción favorable en la atención que le brinda la enfermera; y un 33.3% (05) en lo que corresponde al comportamiento visual que tiene la enfermera en las tres categorías de percepción; en el aspecto de la Postura y los movimientos que tiene la enfermera 73.3% (11) manifiesta una percepción medianamente favorable y un 06.4% (01) desfavorable; y en los gestos y expresiones que realiza la enfermera se observa que un 40% (06) tiene una percepción medianamente favorable y un 20% (03) desfavorable.

Carmen Sebastián refiere: El ser humano comunica con todo su ser, se manifiesta de forma global, se afirma en cada gesto, Cada uno de sus actos, gestos y palabras son una manifestación de quién es y de qué necesita.

“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.

Por lo que podemos observar que los familiares del paciente crítico tienen una percepción medianamente favorable sobre la Comunicación No Verbal que establece la enfermera en relación a la atención, postura y movimiento, gestos y expresión que realiza la enfermera; pero existe un significativo porcentaje que presenta una percepción desfavorable respecto a la

atención, comportamiento visual, gestos y expresión que realiza la enfermera, lo que significa que la enfermera no se muestra muy expresiva debido a la escases de elementos no lingüísticos e inadecuada expresión de los mismos lo cual predispone a una mala interacción entre receptor (familiar del paciente critico) y emisor (enfermera)

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Las conclusiones a las que se llegó fueron las siguientes:

1.- La percepción que tiene el familiar del paciente crítico según el tipo de comunicación que establece la enfermera es de medianamente favorable en las dimensiones verbal y no verbal, por lo que podemos deducir que existe una adecuada comunicación bidireccional entre emisor (enfermera) y receptor (paciente)

2.- La percepción que manifiesta el familiar del paciente crítico según el tipo de comunicación en la dimensión verbal es medianamente favorable en donde la enfermera utiliza un lenguaje claro, palabras adecuadas y un tono de voz adecuado. Pero existe un pequeño porcentaje con percepción desfavorable en la información que brinda la enfermera porque no les explica los diferentes monitores, maquinas, etc que utiliza su familiar, por lo que no se cumple el proceso de comunicación efectivamente.

3.- La percepción que manifiesta el familiar del paciente crítico según el tipo de comunicación en la dimensión no verbal es medianamente favorable en donde la enfermera demuestra atención, tiene una postura y movimientos adecuados así como los gestos y expresiones que realiza, pero existe un porcentaje pequeño pero significativo de percepción desfavorable respecto a la comportamiento visual lo que significa que la enfermera no se muestra muy expresiva por la falta de elementos no lingüistas.

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

- Se recomienda A las autoridades de Enfermería y los profesionales de enfermería implementar planes de trabajo, talleres, capacitaciones permanentes donde permita desarrollar habilidades y destrezas para establecer una interrelación enfermera paciente de calidad.
- Realizar investigaciones similares en los diferentes servicios utilizando enfoques cualitativos con el fin de profundizar más en el tema.

Las limitaciones para la investigación fueron;

- Que un porcentaje mínimo no quiso participar para el trabajo de investigación lo que dificulta completar la muestra.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE RAYA Dalilia; Fundamentos de la relación enfermera-persona sana o enferma. En Revista Cubana Salud Pública 2004; Pág.1 (Buscador Google: Relación enfermera paciente). (http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu10404)
- ARELLANO M.; Cuidados Intensivos En Pediatría, Segunda Edición, Editorial Interamericana, México 1981
- BRUNNER y SUDDARTH; Administración De Los Servicios De Enfermería, Tercera Edición, Editorial Interamericana, México 1998.
- CARPIO Z. Y QUINTERO W. "Relación interpersonal de Enfermería y su efectividad en pacientes en la unidad de hospitalización, cirugía y traumatología del Hospital Militar Coronel Elbano Paredes Vivas". Tesis para optar el título de Enfermera, Caracas, Venezuela. 2000.
- DE CANALES, Francisca H.. "Metodología de la investigación". 2da edición. Edit Paltex. 2000
- DUGAS BERVERLU; Tratado De Enfermería Clínica; Editorial Interamericana, 4ta Edición, 2000

- FRANCO CANALES, Rosa Esther; Percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la unidad de cuidados intensivos del hospital Edgardo Rebagliati Martins, En Tesis UNMSM, 2003.
- HERNÁNDEZ-HERRERA, Sergio ; Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN, México 1991.
- J. RELLO Y S. ALONSO; ABC De Medicina Intensiva; Editorial Edika Med. España 2000
- LUDEÑA PALACIOS, Lorena, Estilos De Comunicación Que Establece La Enfermera Según Opinión De Los Padres De Niños Quemados Del INSN Lima – Perú, En Tesis UNMSM 2006
- MINSA; Manual De Dirección Y Relaciones Interpersonales, Editorial Amarilys, Lima 1999.
- PARRA B, PEÑA N. “Comunicación terapéutica para optimizar la calidad de atención al enfermo consciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruiz”. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería, Táchira, Venezuela, 1999.
- SHEILA RANGEL, WILLIAM HOBBIE; Teorías De Enfermería; Editorial Interamericana, México 1999.
- TRINIDAD OLIVERO Laura; Psicología Clínica, Editorial Interamericana.
- WHITDEKER; Psicología; Editorial Interamericana, 4ta Edición, 1985

ANEXOS

--	--	--	--	--	--

ANEXO B

MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLE: Percepción de los familiares de pacientes críticos sobre el tipo de comunicación que brinda la enfermera

INDICADORES	ENUNCIADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Claridad en el lenguaje • Palabras adecuadas • Tono de voz • Brindar información 	<ul style="list-style-type: none"> • Le enfermera utiliza un lenguaje claro y sencillo al conversar conmigo. • A la enfermera utiliza un lenguaje técnico al conversar conmigo. • La enfermera le responde a las interrogantes que tengo sobre mi familiar hospitalizado en Cuidados Intensivos. • Las enfermeras desatiende mis dudas o inquietudes con respecto a mi familiar hospitalizado en Cuidados Intensivos. • La enfermera utiliza un tono adecuado que me inspira confianza • La enfermera me habla en forma toscamente al darme indicaciones • La enfermera dialoga en forma serena y pausada conmigo. • La enfermera al conversar conmigo lo hace en forma muy apresurada • La enfermera al conversar conmigo me proporciona información sobre las normas del servicio durante la visita. • La enfermera se muestra desatenta en informarme sobre las normas del servicio. • La enfermera me explica sobre los diferentes aparatos que tiene mi familiar hospitalizado en Cuidados Intensivos. • La enfermera realiza sus actividades ignorando mi presencia • La enfermera me saluda cuando se encuentra conmigo. • La enfermera me recibe con una expresión indiferente, obviando responder mi saludo. • La enfermera me llama por mi nombre. • La enfermera siempre me llama por el número de cama de mi familiar hospitalizado en Cuidados Intensivos. • La enfermera expresa una mirada cálida al responder alguna

<ul style="list-style-type: none"> • Atención • Comportamiento Visual • Postura y Movimiento • Gestos y Expresión 	<p>inquietud sobre mi familiar hospitalizado en Cuidados Intensivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La enfermera evita mirarme al comunicarme con ella. • La enfermera siempre me recibe en un ambiente cálido y agradable • Cuando ingreso al servicio la enfermera siempre se encuentra ocupada ignorando mi presencia • Cuando la enfermera está caminando se detiene para contestar mis preguntas. • La enfermera camina apresuradamente a pesar de que yo le hable. • La enfermera muestra interés por mis preocupaciones • La enfermera se muestra indiferente ante mis preocupaciones • La enfermera me toma de la mano o me abraza al observarme triste o afligido. • La enfermera me ignora cuando estoy llorando o afligido por la salud de mi familiar hospitalizado en Cuidados Intensivos.
---	--

ANEXO C

ESCALA DE LIKERT

I. INTRODUCCIÓN:

Estimado Señor (a),mi nombre es Lucia Parra Torres alumna del Programa de Segunda Especialidad de Enfermería Intensivista de la Universidad Nacional Mayor San Marcos, el presente en mención tiene como objetivo “Determinar su opinión sobre el tipo de comunicación que establece la enfermera con usted”. Dicha información es completamente anónima por lo que le solicito su respuesta con sinceridad. Se agradece de antemano su colaboración.

II. INDICACIONES:

A continuación se le presenta una serie de enunciados los cuales deberá usted Responder, marcando con una (X) la respuesta que considere correcta:

III. DATOS GENERALES:

Edad:

Sexo:

Tiempo de Hospitalización:

Parentesco con el Paciente:

Padre () Madre () Hermano (a) () Espos(a) () Hijo ()

III. DATOS ESPECIFICOS:

ENUNCIADOS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1. Le enfermera utiliza un lenguaje claro y sencillo al conversar					

conmigo.					
2. A la enfermera utiliza un lenguaje técnico al conversar conmigo.					
3. La enfermera le responde a las interrogantes que tengo sobre mi familiar hospitalizado en Cuidados Intensivos.					
4. Las enfermeras desatiende mis dudas o inquietudes con respecto a mi familiar hospitalizado en Cuidados Intensivos.					
5. La enfermera utiliza un tono adecuado que me inspira confianza					
6. La enfermera me habla en forma toscamente al darme indicaciones					
7. La enfermera dialoga en forma serena y pausada conmigo.					
8. La enfermera al conversar conmigo lo hace en forma muy apresurada					
9. La enfermera al conversar conmigo me proporciona información sobre las normas del servicio durante la visita.					
10. La enfermera se muestra desatenta en informarme sobre las normas del servicio.					
11. La enfermera me explica sobre los diferentes aparatos que tiene mi familiar hospitalizado en Cuidados Intensivos.					
12. La enfermera realiza sus actividades ignorando mi presencia					
13. La enfermera me saluda cuando se encuentra conmigo.					
14. La enfermera me recibe con una expresión indiferente, obviando responder mi saludo.					
15. La enfermera me llama por mi nombre.					
16. La enfermera siempre me llama por el número de cama de mi familiar hospitalizado en Cuidados Intensivos.					
17. La enfermera expresa una mirada cálida al responder alguna inquietud sobre mi familiar hospitalizado en Cuidados Intensivos.					

18. La enfermera evita mirarme al comunicarme con ella.					
19. La enfermera siempre me recibe en un ambiente cálido y agradable					
20. Cuando ingreso al servicio la enfermera siempre se encuentra ocupada ignorando mi presencia					
21. Cuando la enfermera está caminando se detiene para contestar mis preguntas.					
22. La enfermera camina apresuradamente a pesar de que yo le hable.					
23. La enfermera muestra interés por mis preocupaciones					
24. La enfermera se muestra indiferente ante mis preocupaciones					
25. La enfermera me toma de la mano o me abraza al observarme triste o afligido.					
26. La enfermera me ignora cuando estoy llorando o afligido por la salud de mi familiar hospitalizado en Cuidados Intensivos.					

ANEXO D

LISTA DE COTEJO

Estimado(a)

Teniendo como base los criterios que continuación se presenta, se le solicitará dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta. Marque con una aspa (x) SI o NO en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1.- El instrumento recoge información			

3	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	0	0	1	1	1	1	1	0.145

Sí = 1 No = 0

La concordancia es significativa P < 0.05

ANEXO F

DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se calculó la validez del instrumento en la población usándose el siguiente coeficiente:

Fórmula:

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

DONDE:

α : alfa de Crombach.

K : N° de preguntas.

S1 : Varianza de cada ítem.

ST : Varianza total

Remplazando valores:

$$\alpha = \frac{26}{27} \left[1 - \frac{10.4}{43.56} \right]$$

$$\alpha = 0.76$$

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

ANEXO G
TABLA DE CODIGOS
CODIFICACIÓN DE LAS DATOS ESPECIFICOS

No ITEMS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
01	05	04	03	02	01
02	01	02	03	04	05
03	05	04	03	02	01
04	01	02	03	04	05
05	05	04	03	02	01
06	01	02	03	04	05
07	05	04	03	02	01
08	01	02	03	04	05
09	05	04	03	02	01
10	01	02	03	04	05
11	05	04	03	02	01
12	01	02	03	04	05

13	05	04	03	02	01
14	01	02	03	04	05
15	05	04	03	02	01
16	01	02	03	04	05
17	05	04	03	02	01
18	01	02	03	04	05
19	05	04	03	02	01
20	01	02	03	04	05
21	05	04	03	02	01
22	01	02	03	04	05
23	05	04	03	02	01
24	01	02	03	04	05
25	05	04	03	02	01
26	01	02	03	04	05

ANEXO I
MEDICIÓN DE LA VARIABLE -ESCALA DE STANONES

Es el coeficiente que permitirá conocer los intervalos por puntajes alcanzado por dimensión y forma global de las variables de estudio

$$X \pm (0.75 DS)$$

Donde

X = Promedio de los puntajes

DS = Desviación estándar Tipo

PROCEDIMIENTO PARA LA PERCEPCION SEGÚN EL TIPO DE COMUNICACIÓN

Se calculo la Media $X = 66.26$

Se calculo la Desviación Estándar $DS = \sum ST_2 = 18.2$

Se estableció valores para a y b

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

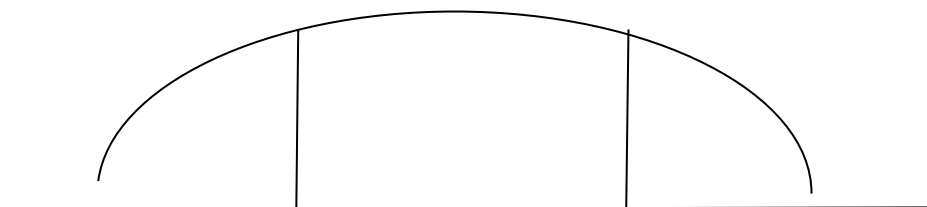
$$b = X + 0.75(DS)$$

$$a = 66.26 - (0.75 \times 18.2)$$

$$b = 66.26 + (0.75 \times 18.2)$$

$$a = 52.3$$

$$b = 79.9$$



26 Desfavorable 52 Medianamente 80 Favorable 130

Favorable

PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICIÓN DE ESTILO DE COMUNICACIÓN DIMENSION VERBAL

Se calculo la Media $X = 36.4$

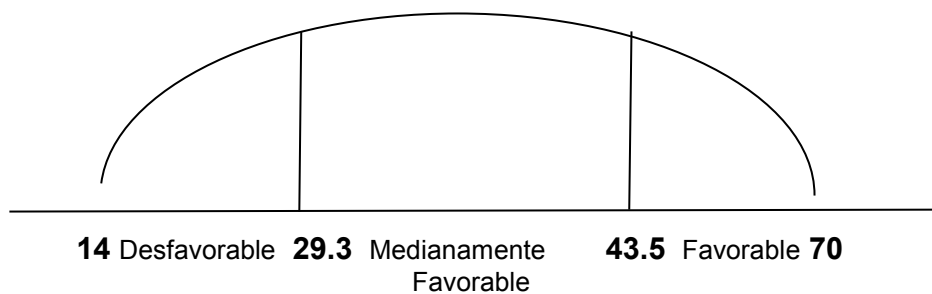
Se calculo la Desviación Estándar $DS = \sqrt{\sum ST_2} = 9.4$

Se estableció valores para a y b

$$a = X - 0.75(DS) \qquad b = X + 0.75(DS)$$

$$a = 36.4 - (0.75 \times 9.4) \qquad b = 36.4 + (0.75 \times 9.4)$$

$$a = 29.35 \qquad b = 43.45$$



PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICIÓN DE ESTILO DE COMUNICACIÓN DIMENSION NO VERBAL

Se calculo la Media $X = 29.8$

Se calculo la Desviación Estándar $DS = \sqrt{\sum ST_2} = 7.6$

Se estableció valores para a y b

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

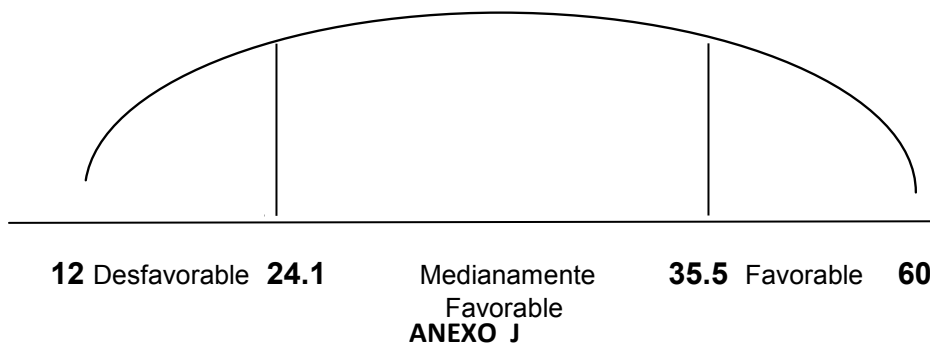
$$a = 29.8 - (0.75 \times 7.6)$$

$$a = 24.1$$

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

$$b = 29.8 + (0.75 \times 7.6)$$

$$b = 35.5$$



**SEXO DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICO DEL SERVICIO DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO NOV. – DIC.**

LIMA – PERU

2008

SEXO DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICO	No	%
Masculino	09	60
Femenino	06	40
TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente crítico - HNDM

ANEXO K

**EDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICO DEL SERVICIO DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO NOV. – DIC.**

LIMA – PERU

2008

EDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICO	No	%
18 a 30 años	04	26.6
31 a 50 años	10	66.6
Mayor de 51 años	01	06.6
TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente crítico - HNDM

ANEXO L

GRADO DE PARENTESCO DEL PACIENTE CRÍTICO DEL SERVICIO DE CUIDADOS

INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO NOV. – DIC.

LIMA – PERU

2008

GRADO DE PARENTESCO DEL PACIENTE CRÍTICO	No	%
Padres	02	13.3
Esposos	05	33.3
Hijos	03	20.0
Hermanos	03	20.0
otros	02	13.3
TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente crítico - HNDM

ANEXO LL

TIEMPO DE HOSPITALIZACION DEL PACIENTE CRÍTICO DEL SERVICIO DE CUIDADOS

INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO NOV. – DIC.

LIMA – PERU

2008

TIEMPO DE HOSPITALIZACION DEL	No	%
--------------------------------------	-----------	----------

PACIENTE CRÍTICO		
Menor de 01 semana	07	46.6
01 Semana	02	13.4
Mayor de 01 semana	06	40.0
TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente crítico - HNDM