



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE POST GRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**PERCEPCIÓN Y EXPECTATIVAS DEL FAMILIAR
SOBRE EL CUIDADO DE ENFERMERIA EN
PACIENTES CON SECUELA DE ACCIDENTE
CEREBRO VASCULAR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTERMEDIOS – PIURA, 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

Lic.FAUSTINA MANDAMIENTOS MAMANI

ASESORA:

Mgtr. SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO

PIURA - PERÚ

2017

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Dra. Nelly Teresa Condor Heredia

Presidente

Dra. Juana Rene Aranda Sánchez

Secretaria

Mgtr. Nancy Patricia Mendoza Giusti

Miembro

Mgtr. Sonia Aleida Rubio Rubio

Asesora

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este momento y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis Padres.

Que se encuentran en el cielo por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, me ha permitido ser una persona de bien y ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan.

A mis hijas.

A mis hijas Claudia y Edmé por su apoyo de la cual aprendí aciertos y de momentos difíciles; que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis. ¡Gracias a ustedes!

Faustina

AGRADECIMIENTO

A Mgtr. Sonia Rubio por su asesoramiento, dedicación y apoyo constante para poder hacer realidad este informe de tesis.

A las personas que hicieron posible realizar esta investigación, en calidad de entrevistados.

A mi esposo.

Oscar por su gran apoyo y motivación, comprensión y paciencia para la culminación de mis estudios de Maestría.

Faustina

RESUMEN

El presente informe de investigación tiene como objetivo identificar la Percepción y expectativas de familiar sobre el cuidado de enfermería en pacientes con secuela de ACV en la UCIN, 2016. La naturaleza de la investigación fue de tipo cualitativa, la historia de vida del paciente referido por el familiar será el método que se utilizará, porque esta metodología permitirá una mayor aproximación con el familiar, presentando las experiencias y las definiciones vividas e interpretadas por ellos, a las que se les formuló la pregunta norteadora: ¿Qué percepción y expectativas tiene el familiar respecto al cuidado que le brinda la enfermera al paciente con secuela de ACV en la UCIN.? Luego se procedió a la transcripción de cada una de las entrevistas y posteriormente se establecieron cinco categorías temáticas, llegándose las siguientes conclusiones; Los familiares entrevistados, manifestaron un fuerte estrés emocional y preocupación en la atención de enfermería, lo cual se agrava por la poca comunicación entre enfermera y familiar e incertidumbre por si recibirá una adecuada capacitación cuando su familiar sea dado de alta. Así como también mostraron su rechazo al trato inhumano por el personal de vigilancia y a la falta de un ambiente adecuado para los familiares de pacientes hospitalizados en UCIN, lo que conlleva a un proceso reflexivo por parte del personal de enfermería para mejorar la atención, la percepción del familiar y brindar un cuidado holístico y de calidad, teniendo en cuenta la condición social y cultural de su entorno.

Palabras claves: Expectativas, familiar, percepción, ACV, UCIN.

ABSTRACT

The present research report aims to identify the Perceptions and expectations of family members about nursing care in patients with stroke sequelae in the NICU, 2016. The nature of the research was qualitative, the patient's life history referred to by The familiar will be the method that will be used, because this methodology will allow a greater approximation with the relative, presenting the experiences and the definitions lived and interpreted by them, to which the guiding question was formulated. What perception and expectations does the relative have to the care the nurse gives the patient with a sequel of stroke in the UCIN? Then the transcription of each of the interviews was carried out and later five thematic categories were established, arriving the following conclusions; Most of the relatives showed strong emotional stress and concern in nursing care, which is exacerbated by poor communication between nurse and family and uncertainty about whether they will receive adequate training when their family member is discharged. They also showed their rejection of inhumane treatment by surveillance personnel and the lack of an adequate environment for the relatives of patients hospitalized in the UCIN, which leads to a reflexive process by the nursing staff to improve care, perception of the family and provide a holistic and quality care, taking into account the social and cultural condition of their environment.

Key Words: Expectations, family, perception, stroke, UCIN.

INDICE

| | Pág. |
|---|-------------|
| Dedicatoria | v |
| Agradecimiento | vi |
| Resumen | vii |
| Abstract | viii |
| I. INTRODUCCION | 1 |
| Problematización e importancia..... | 1 |
| Objeto de estudio..... | 2 |
| Pregunta norteadora..... | 3 |
| Objetivos del estudio..... | 3 |
| Justificación y relevancia del estudio..... | 4 |
| II. REFERENCIAL TEÓRICO - CONCEPTUAL | 5 |
| 2.1 Antecedentes..... | 5 |
| 2.2 Referencial teórico..... | 10 |
| III. METODOLOGIA | 22 |
| 3.1 Tipo de investigación..... | 22 |
| 3.2 Método de investigación..... | 22 |
| 3.3 Sujetos de la investigación..... | 28 |
| 3.4 Escenario de estudio..... | 30 |
| 3.5 Procedimiento de recolección de datos cualitativos: | 32 |
| - Técnicas de recolección de datos..... | 32 |
| - Procesamiento de datos..... | 35 |
| 3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico..... | 37 |
| IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 40 |
| 4.1 Presentación de resultados..... | 40 |
| 4.2 Análisis y discusión de resultados..... | 40 |
| V. CONSIDERACIONES FINALES | 78 |
| Referencias bibliográficas | 82 |
| Anexos | 90 |

I. INTRODUCCIÓN

Mientras muchos países luchan con las consecuencias y los problemas de las enfermedades transmisibles, las enfermedades crónicas no transmisibles están en aumento. Además de ser una causa importante de muerte, muchos pacientes que sobreviven a un accidente cerebrovascular (ACV), presentan algún tipo de discapacidad y necesitan ayuda en actividades cotidianas, ayuda que deben proporcionar los miembros de la familia, el sistema de salud u otras instituciones sociales.

En los últimos años en el Perú se han reportado una prevalencia de 6,8 % en la zona urbana y 2,7% en la zona rural en mayores de 65 años, en donde representan el 28,6 y 13,7%, respectivamente, de las causas de muerte (1).

En el Hospital Regional III José Cayetano Heredia de Piura, según datos del Servicio de la Unidad de Cuidados Intermedios, en el año 2016 se han reportado 33 pacientes con diagnóstico de ACV Isquémico, Hemorrágico, Hemorragia Sub Aracnoidea y un caso de ACV Hemorrágico por Eclampsia y se reportaron en pacientes con Insuficiencia Renal – HD, de los cuales 52% de los casos reportados son hombres y 48 % mujeres. Así mismo el 18% pertenecen a pacientes menores de 50 años y el 82% son pacientes de entre 50 a 80 años.

Por ello, el conocimiento de las experiencias de las familias del paciente crítico, así como la identificación de los aspectos que favorecen la aparición de temores o incertidumbres en los familiares proporcionarán a las enfermeras herramientas para planificar estrategias de intervención y así poder mejorar la calidad del cuidado a las familias de pacientes ingresados en UCI. UCIN, Sabiendo que la atención integral de calidad puede tener una influencia fundamental en la recuperación del paciente y la disminución de complicaciones asociadas a la estancia en críticos (2).

La rehabilitación en el ACV es un proceso que con un enfoque integral e interdisciplinario busca disminuir la incidencia de complicaciones prevenibles, evitar

un aumento del déficit neurológico, disminuir los tiempos de hospitalización, apoyar e integrar al paciente y a su familia en el proceso de tratamiento y optimizar los resultados funcionales y la reintegración social. Aun cuando se haya alcanzado la meseta en la recuperación del paciente con ACV, es importante realizar seguimiento médico del paciente para reevaluación periódica que asegure mantener la funcionalidad y la calidad de vida del paciente y su familia (3).

Estos resultados que se logren en la presente investigación permitirán a las autoridades y al profesional de enfermería reevaluar los componentes de la satisfacción y del cuidado brindado, además los aspectos que debe potencializar; enfocando la atención de enfermería hacia la completa satisfacción del paciente teniendo en cuenta sus expectativas, percepciones. Cabe señalar que es de importancia que el personal de salud no solo cuente con infraestructura adecuada a los requerimientos, sino que se reconozca el trabajo desempeñado a través de gratificaciones y reconocimientos al personal por parte de la Institución; lo que permite según teorías modernas el potencial humano trabajar con mayor dedicación y motivación practicando la empatía, paciencia y comprensión con los usuarios y familia en aras de la satisfacción de ellos.

Así mismo el profesional de enfermería realiza un servicio especializado, brindando cuidados que contribuyen a promocionar la salud, prevenir las complicaciones, restablecer y rehabilitar el buen estado tanto físico como psicológico y social de las personas con diferentes afecciones neurológicas, en los establecimientos de salud tanto públicos como privados.

Esta información es alarmante considerando la severa afectación sobre la calidad de vida de los pacientes con ACV, y el inmenso impacto económico que se genera en el sistema de salud y en las familias; no solo porque el paciente con discapacidad moderada a severa se convierte en económicamente inactivo, sino que, además, alrededor del 40% necesitará de un cuidador perenne, los cuales, en muchas ocasiones, son familiares, quienes deben dejar de trabajar para cumplir con esta labor. Estos hechos deben hacernos reflexionar en la importancia de implementar

programas que aseguren un tratamiento y cuidado integral, se genere el seguimiento que provea de rehabilitación, control de los factores de riesgo y así, al menos, paliar esta ominosa situación en que se encuentran los pacientes portadores de secuelas de ACV, que hacen la hayamos convertido en una enfermedad desatendida y olvidada (4).

El Cuidador informal, que puede ser un familiar, es la persona que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario al paciente incapacitado que sufre este tipo de lesiones. Esta actividad rutinaria de cuidar, expone al cuidador a un desgaste que se refleja en su vida diaria, presentando altos niveles de ansiedad, depresión y estrés, con la consiguiente caída en su calidad de vida y en sus relaciones sociales (4).

A partir de esa problemática se definió como objeto de estudio la Percepción y expectativas de familiar sobre el cuidado de enfermería en pacientes con secuela de ACV en la UCIN - Piura, 2016.

En ese sentido, se formuló las preguntas norteadoras, como vertiente del estudio:

- ¿Qué percepción tiene el familiar respecto al cuidado que le brinda la enfermera al paciente con secuela de ACV en la UCIN - Piura?
- ¿Qué expectativas tiene el familiar respecto al cuidado que le brindará al paciente con secuela de ACV cuando este de alta del servicio de la UCIN - Piura?

Con base en esos cuestionamientos es que formulamos los siguientes objetivos:

- Identificar la percepción que tienen el familiar sobre el cuidado que brinda la enfermera al paciente con secuela de ACV en la UCIN- Piura.
- Identificar las expectativas que tienen el familiar sobre el cuidado que le brindará al paciente con secuela de ACV cuando este de alta del servicio de la UCIN - Piura.

Enfermería como componente del equipo de salud, es una de las profesiones que más se aboca al cuidado integral de la persona, implicando en ello no solo el conocimiento técnico-científico, sino también la integralidad de esta como ser humano.

Así la enfermera ofrece su atención en todas las etapas de la vida a través del cuidado aplicando para ello el proceso y la ciencia de enfermería utilizando el proceso de atención enfermería, a la persona, familia y comunidad, poniendo énfasis en las necesidades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la persona.

Estos resultados permitirán a las autoridades y al profesional de enfermería reevaluar los componentes de la satisfacción y del cuidado brindado, además los aspectos que debe potencializar; enfocando la atención de enfermería hacia la completa satisfacción del paciente teniendo en cuenta sus expectativas, necesidades y percepciones. Cabe señalar que es de importancia que el personal de salud cuente con infraestructura adecuada a los requerimientos, sino que se reconozca el trabajo desempeñado a través de gratificaciones y reconocimientos al personal por parte de la Institución; lo que permite según teorías modernas el potencial humano trabajar con mayor dedicación y motivación practicando la empatía, paciencia y comprensión con los usuarios y familia en aras de la satisfacción de ellos.

Así el presente estudio pretende conocer la percepción del cuidado de enfermería y qué expectativas tienen el familiar sobre el cuidado de su familiar enfermo por la secuela de ACV cuando este de alta del servicio de UCIN. Esta investigación nos permitirá también establecer normas educativas para el familiar.

II. REFERENCIAL TEÓRICO - CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes:

Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

Aguilar, I. y Antillanca, J. (5), en el 2011, presento estudio sobre percepción del familiar-cuidador respecto al “proceso Enseñanza-aprendizaje” realizado por el profesional de Enfermería, sobre los cuidados en el hogar del paciente con secuela de ACV en la Regional Valdivia (Chile), durante el primer semestre 2011” para optar al grado de Licenciado de Enfermería. Para el logro de los objetivos, se empleó la metodología cualitativa, con enfoque fenomenológico, realizando un análisis del contenido de las entrevistas aplicadas a familiares-cuidadores de pacientes secuelados de ACV con grado de dependencia moderada a severa, los egresados del servicio no se lleva a cabo el proceso enseñanza aprendizaje por parte del profesional de Enfermería, dejando en evidencia que no existen protocolos que establezcan directrices sobre como ejecutar actividades educativas que favorezcan el aprendizaje del familiar cuidador, quedando a criterio de cada profesional la forma de llevar a cabo el rol educativo de Enfermería.

Montalvo, A. (6), en el 2010, Presento el estudio: Habilidad de cuidado de cuidadores familiares principales de pacientes con ACV, Cartagena - Colombia. Artículo publicado para la Red Científica de Salud UNINORTE. Método: estudio descriptivo, realizado a 152 cuidadores Se utilizaron dos instrumentos: Habilidad de Cuidado, instrumento que mide la habilidad de cuidado en las dimensiones conocimiento, valor y paciencia. Resultados: los cuidadores en su mayoría son mujeres en edad adulta, menores que el sujeto de cuidado, dedicadas al hogar, llevan más de 37 meses dedicados al cuidado,

el conocimiento (75,5%) y la paciencia (87,5%) estuvieron en categoría alta y el valor en categoría alta (2,6%). Conclusiones: los cuidadores no cuentan con la habilidad necesaria para establecer la relación de cuidado, es necesario realizar intervenciones orientadas a disminuir los riesgos del rol cuidador. Los cuidadores no han adquirido la habilidad necesaria para relacionarse con la persona que cuidan y lograr el máximo bienestar de ésta; además se evidenció dificultades en el desempeño del rol, lo que amerita una intervención para minimizar los riesgos a que está expuesto el cuidador.

Marquez, M. (7), en el año 2012, presento el siguiente estudio: La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos, para optar el grado de Magister en Enfermería con Énfasis para la Salud Cardiovascular de la Universidad Nacional de Colombia, la investigación fue cualitativa, fenomenológica descriptiva, mediante el abordaje de Colaizzi; se realizaron 9 entrevistas a profundidad previo consentimiento informado. El escenario fueron tres salas de espera de las unidades de cuidado intensivo adulto de la Fundación Oftalmológica de Santander, institución de cuarto nivel de complejidad. Se concluye que la experiencia expone variedad de estados afectivos del ánimo, somete al familiar a una modificación de los hábitos donde experimenta una crisis y desarrolla estrategias que favorecen adaptación al escenario y aceptación de la situación. Para afrontar la vivencia encuentra soporte en la red primaria, en el equipo de salud formal e informal, en la percepción de seguridad que brinda el servicio y en la espiritualidad; evoluciona al reconocer en el personal de salud un agradecimiento especial, obteniendo un aprendizaje y experimenta necesidades de información, apoyo económico, apoyo de la red primaria, del equipo de salud y deseo de cercanía.

Investigación en el ámbito nacional

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

Huatuco, G. (8), en el estudio realizado en el año 2009, titulado La Calidad del Cuidado de Enfermería y el grado de Satisfacción según Percepción del Paciente Adulto Mayor en el Servicio de Geriátrica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el mes de Noviembre – Diciembre 2008, para optar el Título de Licenciado en Enfermería de la Universidad Ricardo Palma, año 2009. El presente estudio es descriptivo - transversal, estando la muestra constituida por 20 pacientes, y 10 enfermeras se Concluyó el grado de satisfacción del paciente adulto mayor respecto al trato personal brindado por la enfermera es poco satisfecho. En nuestra sociedad se siente cada día más la necesidad de humanizar el cuidado al paciente con la finalidad de sensibilizar al profesional de la salud ante los problemas Psico-sociales que el paciente trae cuando está enfermo además es preciso reflexionar que en nuestra actualidad la ciencia y la tecnología está avanzando y es importante diagnosticar las reacciones humanas.

Martinez K (9), en la tesis del año 2015 titulada Percepción del Familiar del Paciente Crítico, sobre la atención que brinda la Enfermera ante una Crisis Situacional el servicio de Medicina del Hospital Nacional de Lima – 2014, para optar Título de Licenciado en Enfermería de la UNMSM. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estudio 30 familiares que se encuentran internados con grado de dependencia II, III. Se concluye que la percepción de los familiares del paciente crítico la mayoría son medianamente favorable a desfavorable, referida a que se muestran muy ocupadas y hacen gestos de molestia cuando el familiar pregunta repetida veces sobre un mismo tema; y un mínimo porcentaje significativo es favorable cuando la enfermera utiliza un lenguaje claro sencillo. La percepción de los familiares en la dimensión de apoyo emocional la mayoría son medianamente favorable a desfavorable, referida a que las enfermeras observan la angustia y no utilizan palabras de aliento y evitan acercarse y tranquilizarlos y poco interés por saber los sentimientos de angustia o tristeza que está afrontando.

Montoya, H; Flores, S. (10), en el año 2014 realizó el trabajo de investigación titulado Factores de riesgo y tipo de Accidente Cerebro Vascular en población adulta, atendida en los Hospitales del Minsa, Iquitos – 2014, para optar el título de Licenciada en Enfermería, el método empleado fue el cuantitativo y el diseño descriptivo correlacional. La muestra estuvo conformada por 190 historias clínicas de pacientes de 20 a 65 años. La técnica empleada fue la revisión documentaria. Al asociar los factores de riesgo y el tipo de accidente cerebrovascular, se encontró que existe relación estadísticamente significativa entre la variable edad, estilos de vida, indicador clínico y el tipo de accidente cerebrovascular. No existe relación estadísticamente significativa entre la variable sexo y el tipo de accidente cerebrovascular. Los resultados de la presente investigación constituirán un aporte a la sociedad científica dado que se contará con una base de datos importantes y actualizados que pueden ser utilizados en futuras investigaciones; Así mismo permitirá tomar decisiones acertadas para prevenir los accidentes cerebro vasculares disminuyendo de esta manera la morbimortalidad en la población adulta.

Investigación actual en nuestro ámbito

En el ámbito regional de Piura, se encontraron:

Nunura, A (11), en su trabajo del año 2013 titulado “Percepción del paciente sobre el Cuidado de Enfermería en el servicio de Medicina del Hospital de la Amistad Perú Corea II.2-Santa Rosa Mayo 2013”, Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería de la Universidad Nacional de Piura. Corresponde a un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, prospectivo y transversal; cuyo objetivo fue determinar la percepción del paciente sobre el cuidado de enfermería. Para lo cual se aplicó un cuestionario a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Entre los resultados tenemos: que el cuidado de enfermería según la percepción del paciente es bueno para el 41.7%, regular para la misma cifra y malo para el 16.6%. Dentro de las

dimensiones, la investigación pone en evidencia, que el cuidado más desarrollado por la enfermera(o), es en la dimensión biológica (83.3%) e intelectual (60%). Se concluye que a pesar de que la percepción del cuidado de enfermería en el servicio de Medicina del Hospital de la Amistad Perú-Corea II.2-Santa Rosa, Piura, va de regular para bueno, existe un porcentaje significativo (16.6%) que lo percibe como malo, por lo tanto, el profesional de enfermería debe trabajar en eliminar esta percepción mala que tienen los pacientes.

Mendoza, R. (12), en el 2010 presento el siguiente estudio ‘Expectativas y Percepción del Cuidado de Enfermería del Paciente en medicina del Hospital José Cayetano Heredia. Enero-Marzo 2010. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería de la UNP. El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo-correlacionar, de corte transversal. Los hallazgos, fueron qué; el 86,96% de los pacientes presentaron un nivel de expectativas intermedio, el 10,14% de pacientes poseen expectativas altas y un 2,90% de estos poseen expectativa baja del cuidado de enfermería. Los mismos resultados se evidencian para cuidado humano, oportuno, seguro y continuo. En lo que respecta a la percepción de cuidado, oportuno, seguro y continuo, más del 50% de los pacientes tuvieron una percepción favorable del cuidado de enfermería, sin embargo en el cuidado humano se identificó que más del 50% de pacientes tienen una percepción medianamente favorable a desfavorable, con un 39% y 4,35% respectivamente. Existe una relación significativa entre la expectativa y la percepción del cuidado.

Vargas, M. (13), realizó el presente trabajo titulado “Percepción del Paciente y de los familiares acerca del cuidado profesional de Enfermería en el Hospital Santa Rosa. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería de la UNP. El estudio es de tipo cualitativo de trayectoria fenomenológica. Participaron 10 pacientes entre hombres y mujeres, hospitalizados en servicio de de medicina y cirugía-pabellón ‘B’. En la construcción conceptual del fenómeno el participante manifiesta diversas

percepciones según su experiencia durante su estancia hospitalaria, considerando que la acogida amable es lo primordial cuando el profesional de enfermería brinda su cuidado y la participación por su recuperación; ya que la hospitalización le hace convivir en un ambiente distinto a lo cotidiano donde la enfermera permanece las 24 horas del día con el paciente brindándole un cuidado integral y humano generándole un entorno de bienestar y contribuyendo a su mejoría. Los hallazgos permitieron llegar a las siguientes aproximaciones conceptuales: cuidado humanizado y características del cuidado.

2.2. Referencial teórico:

Percepción y expectativas del Familiar Hospitalizado.

La percepción implica como nuestros sentidos captan las sensaciones del entorno interno y externo, en el caso de un paciente hospitalizado implica como nuestro ser procesa la información, experiencias, los estímulos que recibimos acerca del estado anímico del familiar hospitalizado, y como interpretamos ese estado, asimismo también muestra las expectativas no solo de rehabilitación del paciente sino también de los servicios que nos puede brindar los sistemas de salud.

La percepción es una sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos, es decir el proceso de interpretación de los estímulos en el cual se asigna significado a nuestras sensaciones (14).

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.)” (14).

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”.

La percepción es un proceso mental, cognoscitivo que nos permite formar conceptos, opiniones, impresiones, sentimientos, acerca de un individuo, objeto o fenómeno en función a las experiencias pasadas, al contexto social, al conocimiento de la realidad de acuerdo a nuestras necesidades, intereses, aspiraciones y deseos (14).

La expectativa se puede considerar como una probabilidad de lo que pueda suceder es decir es una suposición subjetiva que muchas veces se puede convertir en real. Si esto no llegara a ocurrir muchas veces esto se transforma en una sensación de dolor o decepción en el familiar y en el paciente mismo. La expectativa también viene hacer una conducta de la persona frente a sucesos esperados o inesperados. La expectativa esta estrechamente vinculado con las certezas que pudieran ocurrir en el futuro mientras mas certezas del paciente y familiar se cumplan mas expectativas se estarán cumpliendo.

Cuidado de Enfermería al Paciente Hospitalizado

La palabra cuidado procede del latín “cogitatus”, que quiere decir, pensamiento. El cuidado incluye, por tanto la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer solo, con respecto a sus necesidades básicas, la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión bajo ciertas circunstancias puede ser equívoca,

las dos formas de error más conocidas son las ilusiones y las alucinaciones, sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar (14).

Algunos autores definen el cuidado como: Según **Per Colliere** el cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida. Aquellas necesidades son diversas según la persona. La función y finalidad de cuidar es mantener la vida de los seres vivos de tal manera que permita la reproducción y perpetuar la vida del grupo. **Kérovac** describe el cuidar como “el centro de interés de la enfermería está en el cuidar de la persona que se encuentra en continua interacción con el entorno ambiental viviendo experiencias de salud”. Cuidar son las acciones que cada persona se proporciona a ella misma o al otro. **Morse** lo conceptualiza de diversas maneras: como un rasgo humano, como imperativo moral, como afecto, como una interacción personal (14).

El cuidado de enfermería se refiere al cuidado de la vida, vida que conlleva episodios de enfermedad que pueden ser evitados a través de la promoción de la salud y prevención de enfermedades y ante la presencia inevitable de una enfermedad, contribuir a satisfacer las necesidades que ella genera en la persona o grupo humano, y que son no solo de naturaleza física/ biológica, sino también de naturaleza psicológica, social y cultural, entre otras, y que se manifiestan poco cuando los usuarios consideran que estas no tienen cabida en el hospital, que solo a él le pertenecen y por ello debe padecerlas, y sobre todo cuando es cuidado por personas que no están preparadas para identificar, analizar, priorizar y satisfacer estas necesidades que no responden al campo de la biología, sino al campo de las ciencias sociales, humanas y éticas (14).

Es más, la labor de la enfermería es empoderar al usuario y su familia con el conocimiento suficiente y de relación adecuado a cada circunstancia para que el paciente identifique estas carencias, las comunique y solicite ayuda

oportuna eficiente y eficaz, y exija resarcimiento en caso de no recibir la ayuda adecuada desde el punto de vista técnico científico, humano y ético.

El Paciente y la Familia:

La participación de la familia del paciente juega un papel muy importante en la rehabilitación del mismo. El proceso de recuperación es gradual y muchas veces involucra la unión de la familia ya que este camino de recuperación guiado siempre por ayuda de enfermera responsable del paciente debe estar de la mano con los miembros de la familia responsable del mismo.

Las personas en este caso, los familiares deben cumplir normalmente con numerosas tareas y compromisos en las distintas etapas de la vida, colegio, trabajo, familia, etc., que aseguren su desarrollo y desenvolvimiento normal en la sociedad; sin embargo, esto puede verse alterado por la condición de enfermedad y más aún cuando es necesario el ingreso a un hospital. Esta situación hace al individuo vulnerable a variados estímulos, condiciones e interrelaciones que se desarrollan en este medio en el que adopta o pasa ser incluido en el "status de paciente". Tradicionalmente, paciente es toda persona que se halla enferma y requiere cuidados. La expresión paciente viene del vocablo paciencia que significa "esperar" (14).

Según algunos estudios, los pacientes necesitan que sus familiares se muestren animados, para poder sobrellevar mejor la situación. Esto puede ser debido a que relacionen este estado de ánimo con su mejoría general y con la de que sus seres queridos se encuentran bien.

Uno de los pilares de los pacientes es la familia. Como ya he dicho anteriormente, la enfermera se encarga del cuidado de las personas en sus tres esferas, entre las que se encuentra la social, que embarca a todo el mundo del paciente y a las personas con las que se relaciona (15).

Ante esta realidad es necesario que la Enfermera esté preparada para todos los sentimientos que se pueda generar no solo en el paciente sino también en las personas de su entorno como son la angustia por la separación del entorno familiar, la soledad, la inseguridad o angustia a lo desconocido, pérdida de identidad.

El vocablo cuidado, según algunos estudiosos, deriva del latín “cure” que se escribía “coera” y era usado como sinónimo de amor y amistad. Entonces, el cuidado era solamente cuando la existencia de alguien era importante.

Enfermería ha heredado de su proceso histórico una filosofía de responsabilidad para el cuidado de la vida humana derivada del humanismo que le da el sustento y el significado de su práctica, para lograr un nivel satisfactorio de desarrollo y de salud en el ser humano (16).

El cuidado de enfermería es el cuidado de la salud del otro. Se sitúa en medio de la interacción de costumbres, creencias, valores y actitudes heredados del pasado, de una historia personal y particular, rodeados de símbolos. Este cuidado se hace posible cuando confluyen y se encuentran las personas que participan en la relación. Los valores están incorporados a la vida misma, conformando entre otros el concepto de cultura. El cuidado de enfermería debe también ser productivo, lo que significa humano y de calidad; lo que implica utilizar el conocimiento científico, y analizar con enfoque holístico de modo que la situación pueda articularse plenamente al contexto social, económico y legal, para tomar la mejor decisión sobre la actuación que se ofrecerá al cliente o usuario (16).

El Paradigma de transformación.

Como afirma S. Kérrouac el paradigma de transformación representa un cambio sin precedentes. Desde la perspectiva de este paradigma, un fenómeno es único y por tanto no puede parecerse totalmente a otro. Cada fenómeno puede ser definido como una estructura siendo, una unidad global

que resultará ser más y diferente de la suma de sus partes. Esta unidad global interacciona recíproca y simultáneamente con una unidad global más grande que es el mundo que le rodea. El paradigma de transformación podemos situarlo temporalmente en la mitad de los años 70 y podemos encontrar su impronta en los modelos y teorías propuestos por Madeleyne Leininger, Martha Roger, Bety Newman y Jean Watson (17).

Los conceptos del metaparadigma enfermero tienen los modelos y teorías característicos del paradigma de transformación, un significado que podríamos resumir del siguiente modo:

- La persona es considerada como un ser único, entendiendo que sus múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser entero y único es indisoluble de su universo y es mayor y diferente que la suma de sus partes.
- El entorno es ilimitado, es el conjunto del universo.
- La salud es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- El cuidado se orienta hacia la consecución del bienestar de la persona tal y como ella lo define.

La disciplina enfermera, al incorporar los principios de este paradigma en su desarrollo a través de los modelos y teorías, queda abierta al mundo de la ciencia. De este modo cuidar a la persona implica reconocer sus valores culturales, sus creencias y sus convicciones (17).

El proceso de la enfermedad afecta no sólo a la persona, sino que se extiende al ámbito de las relaciones familiares. Como dice Ruiz⁴ y Bernat et al, “el ingreso de un paciente en la unidad de cuidados intensivos supone una ruptura de la unidad paciente-familia agravada por la frecuente incapacidad de la familia para recibir información y expresar sus propios deseos e inquietudes”. Si a esto se le agrega el potencial déficit de comunicación con el personal asistencial, se podrían generar situaciones inquietantes para el

usuario-paciente y/o familia, que llevaría a producir conflictos interpersonales afectando de manera negativa la calidad percibida en la asistencia por la familia del paciente crítico. Partiendo de estas premisas, se puede afirmar que las familias no son solo visitantes en el entorno de la UCI, sino que son una extensión del paciente y experimentan el proceso de cuidado al lado de su familiar (18).

La familia del paciente crítico hospitalizado en una UCI requiere cuidados, atención e información oportuna. Por lo tanto, vale la pena conocer las manifestaciones de la experiencia vivida por estos familiares como planteamiento de un problema, para buscar soluciones y estrategias de apoyo. Se ha documentado que el ingreso de una persona en la UCI altera el normal funcionamiento del círculo familiar al que pertenece, de ahí la importancia del familiar. El familiar se convierte en pieza fundamental del cuidado de la persona hospitalizada, la familia del paciente crítico hospitalizado en una UCI requiere de cuidado, atención e información oportuna. Con frecuencia, se les observa en las salas de espera con manifestaciones de diferente índole de acuerdo con el contexto de sus vivencias y necesidades. Es conocido de cualquiera, que las primeras visitas pueden ser alarmantes; crean angustia, expectativas en relación con la cantidad de dispositivos de monitoreo, equipos de mantenimiento de la vida y controles ambientales necesarios para garantizar un cuidado con calidad (18).

Desarrollo de las Teorías de Enfermería

Teoría del déficit del auto-cuidado: El segundo componente de la teoría general de enfermería de Dorothea Orem, describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto-cuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. El déficit de auto-cuidado es la relación entre la demanda de auto-cuidado terapéutico y la actividad auto asistencial en la que las actividades de auto-cuidado no son eficaces o no son suficientes para

conocer y/o satisfacer parte o la totalidad de componentes de la demanda existente o potencial del paciente. El déficit del auto-cuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado (19).

Teoría del auto-cuidado Es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por si solas o deben de haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El auto-cuidado es un sistema de acción. La elaboración de dos conceptos de auto-cuidado y la actividad de auto-cuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El auto-cuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de desarrollo y crecimiento, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales (19).

Modelo Conceptual De Callista Roy

“Roy describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones, y a la sociedad como un todo”. Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Este concepto está directamente relacionado con el de adaptación, de tal forma que la percepción que tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta son individuales y diferentes para cada uno (20).

Al realizar la valoración se destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo; la valoración del modo fisiológico y psicosocial constituye una

oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento, cómo la está afrontando y cuáles son sus expectativas frente al cuidado de enfermería, para promover su adaptación. Ello permite establecer las estrategias más efectivas para lograr en forma conjunta la meta de enfermería, que, de acuerdo con los planteamientos del modelo, es promover la adaptación, entendida esta como un estado de bienestar del ser humano (20).

Modelo Conceptual De Virginia Henderson

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso atención de enfermero, el método científico aplicado a los cuidados. Además de aplicar un método de trabajo sistemático, las enfermeras necesitan delimitar su campo de actuación. El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual. Disponer y aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios a las enfermeras, ya que muestra de forma más clara la filosofía e ideología; ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuye en el debate teoría/práctica, propiciando un mayor acercamiento entre ambas partes a través de la investigación y se fomenta el debate teórico, llena de contenido el trabajo asistencial (21).

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada (21).

En su libro *The Nature of Nursing* (La Naturaleza de la Enfermería) publicado en 1966, Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol

complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona. El desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería, legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras (21).

“La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible” (21).

Las 14 Necesidades de Virginia Henderson

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Eliminar por todas las vías.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con los demás.
11. Actuar de acuerdo con la propia fe.
12. Llevar a cabo actividades con un sentido de autorrealización.
13. Actuar en actividades recreativas.
14. Aprender.

Accidente Cerebro Vascular

Un accidente cerebrovascular sucede cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene. Algunas veces, se denomina "ataque cerebral". Si el flujo sanguíneo se detiene por más de pocos segundos, el cerebro no puede recibir nutrientes y oxígeno. Las células cerebrales pueden morir, lo que causa daño permanente. El accidente cerebrovascular isquémico ocurre cuando un vaso sanguíneo que irriga sangre al cerebro resulta bloqueado por un coágulo de sangre (22).

Esto puede suceder de dos maneras:

- Se puede formar un coágulo en una arteria que ya está muy estrecha. Esto se denomina accidente cerebrovascular trombótico (22).
- Un coágulo se puede desprender de otro lugar de los vasos sanguíneos del cerebro, o de alguna parte en el cuerpo, y trasladarse hasta el cerebro. Esto se denomina embolia cerebral o accidente cerebrovascular cardioembólico (22).

Causas:

Los ataques al corazón y los accidentes cerebrovasculares suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro. Las causas más importantes de cardiopatía y accidentes cerebrovasculares son una dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol (23).

Síntomas:

El síntoma más común del accidente cerebrovascular es la pérdida súbita, generalmente unilateral, de fuerza muscular en los brazos, piernas o cara. Otros síntomas consisten en: la aparición súbita, generalmente unilateral, de entumecimiento en la cara, piernas o brazos; confusión, dificultad para hablar o comprender lo que se dice; problemas visuales en uno o ambos ojos; dificultad para caminar, mareos, pérdida de equilibrio o coordinación; dolor

de cabeza intenso de causa desconocida; y debilidad o pérdida de conciencia (23).

Factores de riesgo

- Edad (sobre 65 años),
- Hipertensión arterial (asesino silencioso),
- Diabetes Mellitus,
- Cardiopatías,
- Colesterol alto,
- Tabaquismo,
- Obesidad,
- Consumo de drogas (cocaína, anfetaminas, vasoconstrictores, etc.),
- Consumo de alcohol en exceso.

¿Qué estudios se realizan para determinar la causa de un accidente cerebrovascular?

Inicialmente el médico realizará un examen clínico, preguntará sobre los factores de riesgo, la medicación y los antecedentes familiares de enfermedad vascular (cardíaca o cerebrales). Los primeros estudios son un análisis de sangre, un electrocardiograma y un estudio por imágenes del cerebro, generalmente una tomografía y en algunos casos una resonancia magnética. Esto permite diagnosticar si se trata de un ACV hemorrágico o isquémico. La primera tomografía puede ser normal cuando se trata de un infarto isquémico; la resonancia puede mostrar la lesión antes, pero es un estudio que requiere que el paciente se quede muy quieto, demora más que la tomografía y no se encuentra disponible en muchos hospitales, por lo cual se usa con menor frecuencia como estudio inicial. Posteriormente, se realizarán estudios para ver el corazón (ecocardiograma) y para visualizar las arterias que llevan sangre al cerebro, mediante eco-Doppler o angiografías por tomografía o resonancia. Con menor frecuencia se necesitan técnicas invasivas como el cateterismo (24).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación:

La investigación se caracteriza por ser un estudio de naturaleza cualitativa, que según Ludke M, André E. (25), es el tipo de estudio que “tiene un ambiente natural como su fuente directa de datos y el investigador como su principal instrumento (...) supone el contacto directo y prolongado del investigador con el ambiente y la situación que está siendo investigada”.

Enfermería, así como las ciencias sociales puede estudiar los fenómenos en su contexto, tratando de encontrar la interpretación de los mismos, a partir de los significados que las personas les conceden. El foco de atención está dirigido a las múltiples dimensiones propias de la realidad social. “desde el marco conceptual del holismo, la investigación cualitativa explora la profundidad, la riqueza y la complejidad inherente a un fenómeno” (26).

3.2. Método de investigación:

Historia de vida será el método que se utilizó, porque esta metodología permitió una mayor aproximación con el familiar, presentando las experiencias y las definiciones vividas e interpretadas por ellos.

En el método historia de vida se solicita a los sujetos de estudio contar la historia de su vida en relación a lo que es importante investigar, es el modo como el individuo representa los aspectos de su pasado que considera relevantes para la situación actual (27).

Para Glat R. (27), el método historia de vida quita al investigador de su pedestal de “dueño del saber” porque valoriza lo que el sujeto tiene que decir sobre sí mismo, lo que él cree que sea importante sobre su vida. No es el investigador que tiene el control de la situación, se convierte en un aprendiz

frente al sujeto de estudio. La dirección de la investigación la tiene el entrevistado, a partir de su visión de mundo, de cómo vivió los hechos y como ellos interaccionan con el presente. Esa autora resalta que es la subjetividad natural de la autobiografía que constituye la verdad de este género.

El respeto que el investigador tiene por la opinión del sujeto, es la diferencia fundamental del método historia de vida para otros abordajes, todos los relatos de los entrevistados son considerados de mucha importancia. El investigador acredita en el sujeto. Y este último no es visto como objeto pasivo de estudio, las personas y los escenarios no son considerados como variables sino como un todo y por tanto son muy valiosos. Al contrario, el investigador y el sujeto se complementan y modifican mutuamente en una relación dinámica e dialéctica (27).

Respecto al significado del término historia de vida, la lengua inglesa dispone de dos palabras para traducir el vocablo francés “histoire”, que son “story” e “history”. En 1970, el sociólogo Denzin propone la distinción de terminología como aclara Bertaux D. (28), Life Story, designa la historia de una vida de la persona que la vivió y la relata y Life History está reservada a los estudios de casos sobre una determinada persona, comprendiendo no solo su propia narración de vida, sino también todos los tipos de otros documentos como relatos médicos, relatos judiciales, pruebas psicológicas y testimonios de parientes. El primer abordaje es el más apropiado para este estudio o sea comprende la narrativa de la calidad de los registros de enfermería.

Según Bertaux D. (28), y en concordancia con la modalidad de *life story*, no habrá necesidad de comprobar los datos relatados, pues es importante en este método considerar la visión de mundo y la experiencia narrada tal cual fue vivenciada por el sujeto, llevando la investigación a enfocar los puntos de divergencia o convergencia de los seres humanos, respetando a individualidad

y la especificidad del actor social, bien como su veracidad conforme es relatada e interpretada por el propio sujeto de estudio.

Bertaux D. (28), define el método de Historia de Vida como un procedimiento metodológico que utiliza la historia de una vida, narrada al entrevistador tal cual fue experimentada por el sujeto, llevando a la investigación a enfocar el punto de convergencia o divergencia de los seres humanos, en sus condiciones sociales, de la cultura y de la praxis, en el contexto de las relaciones socio-simbólica y de la dinámica histórica.

Camargo A. (29), nos dice que la historia de vida puede tener utilidades diversas como autobiografía, entrevista biográfica, historia de vida como fuente complementaria de investigación e historia de vida como soporte de pesquisa.

La historia de vida, según Camargo A. (29), es un método muy apropiado para estudiar situaciones sociales, que son guardadas sigilosamente, siendo indispensable el conocimiento íntimo de los sujetos para aflorar tendencias obscuras que moldean la realidad social de diversas categorías.

Y para corroborar dicha aseveración, Camargo A. (29), afirma que las historias de vida representan la mejor manera de comprender la cultura “del lado de adentro” como un conjunto vivo, regido por la armonía intensa, no como un conjunto arbitrario de costumbres e instituciones, cuya realidad es apenas percibida; por eso cree que, en las historias de vida, lo que se pierde en confiabilidad estadística es ganado en fructífera interacción entre los datos empíricos y las preposiciones teóricas.

A decir de Kohli M. (30), construir una historia de vida no significa simplemente coleccionar hechos de la vida individual, pero si *auto-imagen estructural*, es decir, el modo por el cual el individuo representa aquellos aspectos de su pasado que son relevantes en la presente situación, quiere decir

es relevante en términos de intenciones (futuro-orientadas) por las cuales él guía sus acciones actuales.

En Minayo M. (31), se dice que el método historia de vida puede ser de varios tipos: una historia de vida completa que recubre todo el conjunto de experiencia vivida por una persona, un grupo o una institución; una historia de vida tópica que enfatiza una determinada etapa o sector de la vida personal o de una organización; historia oral que generalmente enfoca acontecimientos específicos tales como fueron vividos por una persona o grupo social.

Las características básicas del método historia de vida son 2: a) la experiencia del autor usado de manera horizontal buscando encontrar patrones universales de relaciones humanas y percepciones individuales, y b) interpretaciones sobre el origen y funcionamiento de los fenómenos sociales, a través de articulaciones temporales fortalecidas por las entrevistas.

Ese método preconiza que los sujetos de la investigación relatan su vida o hechos y acontecimientos vividos y que marcaron su vida. La construcción de una historia de vida es el modo como el individuo representa los aspectos de su pasado que considera importantes para el fenómeno social actual.

La historia de vida, como soporte de la investigación, funciona como metodología principal, revela la red de relaciones sociales, no es solamente una fuente complementaria de datos. Las experiencias humanas son descritas en su dimensión temporal y permiten alcanzar los mecanismos de funcionamiento de la estructura social. Se respeta la individualidad y especificidad del actor, por eso su discurso es descompuesto, reagrupado e interpretado. Este proceso puede ser de acuerdo como el contexto social en que se desenvuelve.

Rodríguez G. (32), refiere que, utilizar la historia de vida como método, implica reconocer que la misma es una de las connotaciones del sentido

común al lenguaje in-común. Para este autor, hablar de historia de vida presupone que la vida es una historia y, que una vida es inseparablemente el conjunto de los eventos de una existencia individual concebida como una historia.

Los familiares como sujetos formularon reflexiones sobre su vida, en cuanto narrarán en el contexto del presente, liberando su pensamiento crítico, que además de seleccionar los hechos determinarán el significado atribuido a ellos, realizando un verdadero balance de su vida.

Utilizar la historia de vida como método de investigación, llegó al medio académico en el año 1920 en Chicago, según nos dice Chizzotti A. (33), y fue desarrollado por Znaniescki, en Polonia, en la década de 60. Se utiliza mucho en sociología, antropología y psicología y en los últimos años en las investigaciones en las áreas de educación y enfermería está presente. Cabe registrar que el método de Historia de vida en el área de la salud fue utilizado por Glat (psicóloga brasilera, 1989 y 1993) con mujeres deficientes mentales y con madres después del parto, en estudios de maestría y doctorado.

Para la presente tesis se utilizó trabajos de investigación, doctrina y tesis con diversos objetos teóricos, conforme se puede observar en el cuadro a seguir:

| AÑO | AUTOR | TÉMATICA | Tipo estudio |
|------|--------------|--|------------------------|
| 2004 | Rosales, S | Fundamentos de Enfermería | Doctrina de Enfermería |
| 2004 | Fernandez, B | Atención de Enfermería en Urgencias y Emergencias. | Artículo publicado |
| 2004 | Franco, R | Percepción del familiar del paciente critico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos | Informe de Tesis |
| 2008 | Haguei, J | Percepción de pacientes y familiares sobre el cuidado que brinda el interno de | Informe de Tesis |

| | | | |
|------|--|--|--------------------------|
| | | Enfermería de la UNMSM en los Servicios Generales del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión | |
| 2008 | Huatuco, G | La Calidad del Cuidado de Enfermería y el grado de Satisfacción según Percepción del Paciente Adulto Mayor en el Servicio de Geriatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen | Informe de Tesis |
| 2008 | Ministerio De Salud | Convenio específico de Cooperacion Interinstitucional entre el Seguro Social de Salud y el Ministerio de Salud para el Intercambio de Prestaciones Asistenciales. | Documento Oficial, legal |
| 2009 | Gonzales, C | Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrato Risaralda, Febrero a Abril de 2009 | Informe de Tesis |
| 2010 | Barranco, A | Tutorial de Enfermería de Urgencias | Doctrina en Enfermería |
| 2010 | Monserrat, O | Calidad de atención que brinda enfermería a los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva | Informe de Tesis |
| 2011 | Aguilar I, Antillanca J, Jaramillo C | Percepción del familiar-cuidador respecto al "proceso Enseñanza-aprendizaje" realizado por el profesional de Enfermería, sobre los cuidados en el hogar del paciente con secuela de ACV en, recibidos en el Subdepartamento de neurología del hospital clínico | Informe de Tesis |

| | | | |
|------|--|---|------------------------|
| 2013 | Nunura, A | Percepción del paciente sobre el Cuidado de Enfermería en el servicio de Medicina del Hospital de la Amistad Perú Corea II.2-Santa Rosa Mayo 2013. | Informe de Tesis |
| 2014 | Martinez, K | Percepción del Familiar del Paciente Crítico, sobre a atención que brinda la Enfermera ante una Crisis Situacional en los Servicios de Medicina de un Hospital Nacional de Lima | Informe de Tesis |
| 2014 | Davalos, Lf; Malaga, G. | El accidente cerebrovascular en el Perú: una enfermedad prevalente olvidada y desatendida | Artículo De Revista |
| 2015 | Seguro Social Essalud | Norma para las Prestaciones Asistenciales en los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedio del Seguro Social de Salud - EsSalud. 2015 | Documento Oficial |
| 2015 | Rimoldi M, González F, Cáceres M, Pruvost M, Miranda A, Viale M | Programas para familiares de personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico o un accidente cerebrovascular | Artículo de Revista |
| 2015 | Fernandez, S | Las necesidades de los familiares del paciente crítico en una Unidad de Cuidado Intensivos | Informe de Tesis |

3.3. Sujetos de estudio:

Los sujetos de estudio fueron 7 familiares de pacientes que voluntariamente aceptaron participar de la investigación, después de haber sido informados sobre esta investigación firmando el término de consentimiento libre e informado (ANEXO 2).

El tamaño de la muestra fue determinado en base a las necesidades de información, por ello, uno de los principios que guía el muestreo es la saturación de datos, esto es, hasta el punto en que ya no se obtiene nueva información y esta comienza a ser redundante.

El siguiente cuadro presenta a los familiares, seudónimas de nombres de personas. Respecto a las características de los entrevistados tenemos que las edades varían entre 30 y 60 años; por el sexo dos masculinos y cinco femeninos; por su estado civil cinco casados, una soltera y una conviviente ; por el grado de instrucción tres tienen grado de educación secundaria, uno secundaria incompleta y dos con instrucción profesional; la ocupación una es profesora, otro ingeniero, uno comerciante, su casa dos entrevistadas, una cosmetóloga ; por el número de hijos, se encuentra entre: una sin hijos, otros dos y tres hijos.

| IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO | EDAD | SEXO | ESTADO CIVIL | GRADO DE INSTRUCCION | OCUPACIÓN | No DE HIJOS |
|----------------------------------|-------------|-------------|---------------------|-----------------------------|------------------|--------------------|
| Micaela | 60 | Femenino | Casada | Secundaria Completa | Su Casa | 4 |
| Nimia | 58 | Femenino | Casada | Secundaria Completa | Cosmetóloga | 2 |
| Nancy | 57 | Femenino | Casada | Superior Completa | Profesora | 2 |
| Luis | 57 | Masculino | Casado | Superior Completa | Ingeniero | 2 |
| Yuliana | 47 | Femenino | Casada | Secundaria Completa | Su Casa | 2 |
| Manuel | 42 | Masculino | Casado | Secundaria Completa | Comerciante | 3 |
| Luz | 32 | Femenino | Soltera | Secundaria Completa | Comerciante | 0 |

3.4. Escenario de estudio

El escenario de estudio fue el Servicio de UCIN del Hospital III “José Cayetano Heredia–ESSALUD Piura-2016 donde la investigadora desarrolla actividades profesionales, lo que facilitará la aproximación a los sujetos de estudio.

El Hospital III “José Cayetano Heredia” se inauguró el 2 de octubre de 1971, con el nombre de Hospital Regional José Cayetano Heredia, para atender toda la población de la región no asegurados y sus derechohabientes, y está ubicado en urbanización Miraflores avenida independencia s/n castilla de la ciudad Piura. A la actualidad la población atendida supera los 300,000 habitantes no asegurados; en año 1987 esta institución paso a ser hospital Integrado al Instituto Peruano de la seguridad social, y en año de 1992 el 18 el mayo fue creada la Unidad de cuidados intensivos y posteriormente se crearon las Unidades de cuidados intermedios de medicina 5 camas y posteriormente la unidad de cuidados intermedios de neurocirugía en 3 piso con 5 camas para luego en el año 2012 se reubicaron las dos unidades de cuidados intermedios en el 5to piso frente a la UCI. En año 2002 cambio de Instituto peruano de seguridad social a Essalud y derechohabientes, y la población ha crecido tanto que ahora es un establecimiento rodeado de conjuntos habitacionales, centros educativos y establecimientos comerciales diversos.

El Hospital Cayetano Heredia es un Hospital de Referencia de la región norte Piura-Tumbes cuenta con todas las especialidades y que trabaja en los tres niveles de atención tanto promoción y prevención, asistencia o tratamiento oportuno como la rehabilitación de pacientes. Cuenta con 120 médicos, 280 técnicos de enfermería y 174 enfermeras y todo un equipo multidisciplinario.

El Hospital José Cayetano Heredia es un hospital complejo que se divide de acuerdo las funciones y las actividades que ejercen cada uno y se agrupan de acuerdo a una función específica.

Departamento de medicina que cuenta con diversas especialidades:

Neurología, Hematología, Cardiología, Gastroenterología, Oncología clínica, Neumología, Nefrología, Psiquiatría, Endocrinología, Reumatología, medicina interna, Infectología.

Contando además con los servicios de cirugía general, emergencias, unidad de cuidados especiales (UCE), cirugía especialidades, pediatría general, cirugía pediátrica, neonatología y UCI neonatal, obstetricia, UCI general con cinco camas, UCIN con 10 camas, sala de operaciones, la URPA y centro obstétrico. Es un hospital de referencia que recibe las transferencias de todas las provincias de Piura y Tumbes.

Secuencia: las actividades son continuas y se divide en turnos de 12 horas diurnas 6 de mañana y 6 de tarde, y 12 horas nocturnas.

El servicio de UCIN cuenta con diez enfermeras de las cuales seis son especialistas y cuatro en capacitación, seis médicos especialistas por lo tanto recibe pacientes de prioridad II y III algunas veces pacientes de alto riesgo de diversas patologías que comprometen la vida generando una alta tensión y estrés en el profesional de enfermería, respondiendo en forma oportuna y de calidad de acuerdo a normas, protocolos y guías establecidos en el servicio, y además a la capacitación y especialidad, y a las experiencias adquiridas, todo esto se desarrolla tras la puerta del servicio, y del otro lado quedan los familiares, con angustia, incertidumbre, sin tener noticias.

A todo lo dicho anteriormente se observa, además que la atención del enfermero está centrada al paciente sin tener en cuenta a su entorno familiar, los cuales están pasando un momento difícil. Los espacios que se brindan

para establecer contacto son los horarios ya establecidos por el servicio los cuales se caracterizan por ser tiempos cortos (2 horas) en turno tarde. A esto se le suma la gravedad del paciente o las urgencias que surgen de imprevistos al momento de la visita reduciendo el horario, ante estas situaciones los familiares son excluidos. El único contacto que se establece con la familia se reduce a un tiempo muy corto de orientación y entrega de pase para ingresar y una relación de pedido de útiles de higiene, números de teléfonos y el reporte del estado del paciente lo realiza el médico tratante intensivista.

Muchas de estas situaciones vivenciadas, son muy significativas para las familias, más aún cuando son inesperadas. En estas situaciones, donde se involucra la gravedad clínica o hasta incluso la muerte del paciente; generan altos grados de angustia, incertidumbre, dudas de lo que se hizo por ayudar, si estuvo bien o mal, correcto o incorrecto, si se hizo lo suficiente o no por preservar o salvar esa vida.

En ocasiones cuando el paciente está bajo los efectos de la sedo analgesia, la mayor atención se centra en las tecnologías que lo rodea llámese respiradores, monitor, bomba infusora, etc. La familia queda en segundo plano y es tenida en cuenta como parte de la recuperación y como receptor de información que compete a procedimientos de enfermería.

3.5. Procedimiento de recolección de datos cualitativos:

Técnicas de recolección de datos:

La técnica que se utilizó para la recolecta de datos fue la entrevista abierta, que consiste en establecer una interacción social, constituye la trama de las relaciones humanas, en un proceso de comunicación donde se confrontan, por un lado, el investigador con su proyecto definido y, por el otro, el entrevistado que viene aceptando participar de la propuesta, relata algo de su existencia de acuerdo con las demandas del investigador. Es un trabajo de

interpretación bajo las interpretaciones que el entrevistado tiene sobre hechos que marcaron su vida. El investigador en realidad, no direcciona la entrevista, correspondiéndole al entrevistado el papel de sujeto que conduce el proceso.

La entrevista debe ser abierta, esto significa sin un cuestionario predeterminado, en la cual se solicita al sujeto de investigación para hablar libremente sobre su vida o sobre un determinado período o acontecimiento del cual participó. No responden a preguntas predeterminadas, los sujetos son libres para hablar sobre aquello que consideran relevante en su experiencia, la forma como vivieron los acontecimientos narrados y como esos interfieren en el presente (34).

En esa dinámica, la historia de vida permitió al informante retomar su vivencia de forma retrospectiva, con una exhaustiva interpretación. En ella generalmente acontece la liberación de un pensamiento crítico reprimido y que muchas veces nos llega en tono de confianza.

Los relatos de los familiares fueron recogidos por entrevistas personalmente, previamente pactada y en la que se indicó la pregunta norteadora, configurando de esta forma, un documento primario. Para el desarrollo de las entrevistas, se utilizaron diferentes ambientes del Hospital Regional III José Cayetano Heredia de acuerdo a las preferencias de los entrevistados, unas entrevistas se desarrollaron en el ambiente de consultorios externos del hospital en horario de tarde, dos entrevistas en el quinto piso en el área de UCI-UCIN, dos entrevistas en el área de espera del tercer piso y dos entrevistas en el domicilio del familiar. Todas estas entrevistas se realizaron durante los meses de noviembre y diciembre del 2016.

Las entrevistas en profundidad fueron desarrolladas en el escenario mencionado. Asimismo, se concertó una presentación inicial con el familiar solicitando su participación voluntaria en el estudio, fijándose la fecha y hora de las entrevistas.

Las entrevistas se realizaron en forma individual con el familiar, a quienes se les informó inicialmente sobre los objetivos de la investigación, garantizándoles la privacidad, confidencialidad y anonimato de las informaciones grabadas, la libertad y el respeto para no responder lo que considere indiscreto o desnecesario y finalmente se solicitará la firma respectiva del consentimiento informado (Anexo2).

De acuerdo con la orientación metodológica, las entrevistas iniciaran siempre con la pregunta: “hable de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación con la percepción y expectativas que tiene usted sobre el cuidado de enfermería en su paciente con secuela de ACV en la UCIN” y termina cuando la entrevistada considera que no hay nada más que relatar en aquel momento. La duración de las entrevistas no fue estipulada rígidamente (Anexo 1).

Se utilizó estrategias útiles como son las tácticas de animación, elaboración y aclaración. Con la primera se pretendió transmitir el interés por parte nuestra por lo que el entrevistado va a ir contando y se conseguirá mediante expresiones como “ya”, “ah”, afirmar con un movimiento de cabeza, etc. Las segundas son muy útiles para que el entrevistado clarifique y amplíe la información, se utilizará formas verbales como: “¿podría decirme más sobre eso?, ¿quiere añadir algo más? Con la tercera, se pidió constantemente a los entrevistados que clarifiquen lo que han dicho, hasta que estemos seguros de lo que el sujeto de estudio quiere decir exactamente.

Las entrevistas fueron grabadas, después de la autorización del familiar se garantizó el anonimato recomendado en una investigación científica, las mismas fueron transcritas textualmente. El audio se utilizará a fin de obtener mayor fidelidad de los datos ya que la reproducción a través de la memoria y las anotaciones son menos confiables. Bertaux D. (28), recomienda que la transcripción de las entrevistas ocurra inmediatamente, lo que permitirá al

investigador organizar las ideas en relación a cuestionamientos y al punto de saturación.

Procesamiento de datos:

El análisis de los datos se inició después de la transcripción de cada entrevista, en caso de duda sobre la palabra debido a una falla en la grabación la misma será omitida y representada por puntos suspensivos. El tratamiento de los datos consistirá en la sistematización de las informaciones con vistas al análisis e interpretación de los resultados.

Se describió, inicialmente, la dinámica de tratamiento de los datos para caracterizar las categorías temáticas. Se optará por el tipo categorial temático, por considerar una técnica que permitirá descubrir “núcleos de sentido”, elementos de significación constitutiva de los mensajes que componen la comunicación y cuya presencia o frecuencia de aparición puede significar alguna cosa para el objetivo analítico escogido (35). Será procesado en cinco principales etapas, así presentado apenas para efectos didácticos porque algunas de ellas, en la práctica, pueden ocurrir simultáneamente:

- (a) Reproducción escrita de las grabaciones de las entrevistas, envolviendo a digitación de todo el contenido de las cintas magnéticas;
- (b) Lectura minuciosa de todo el material transcrito;
- (c) Lectura de los relatos de cada familiar sobre los temas trabajados de todo el material para sentir lo que había de semejante, o no, en sus hablas;
- (d) Destaque de las ideas centrales traídas por los entrevistados, relativas a cada cuestión, que se identificaran a través de códigos (colores) que las representaban.

Es importante registrar que, para agrupar las categorías, utilizaremos una técnica de sub lineado colorido computacional, que garantizara credibilidad a la separación de los relatos, y al mismo tiempo facilitara la identificación de las ideas centrales. Esto equivale decir que construirá un

mapeo de las ideas significativas constantes en los relatos, identificadas por colores diferentes, lo que nos permitirá la clasificación de las características comunes. Al final de este primer procedimiento, se estará con las unidades de registro configurándose de esa forma, la determinación de las categorías de análisis que;

- (e) Consistirá en el recorte de las informaciones que compondrán las categorías elaboradas a partir del referencial teórico y de la investigación empírica.

Después de la sistematización de las informaciones obtenidas, el análisis de los datos e interpretación de los resultados fueron realizadas a través de la articulación entre los datos identificados en el material empírico y el referencial teórico de la investigación.

Las categorías emergieron del propio relato de los familiares, o sea, fueron construidas configurando las categorías encontradas y respetando la veracidad de las historias de vida narradas. Santos et al (31), afirma que los datos surgidos en las entrevistas deben ser agrupados en categorías de análisis o núcleos temáticos, ellos son productos de los relatos por lo tanto no son pre establecido por el investigador.

Inicialmente, a partir de la lectura exhaustiva de los relatos y escucha de las hablas, se buscó identificar en las hablas de los familiares aspectos destacados en el texto considerados relevantes y, entonces, se pasó a buscar en las entrevistas, partes de los relatos que se aproximaban, siendo realizado, por lo tanto la codificación, lo que originó 10 categorías preliminares: Atención de enfermería en emergencia, atención de enfermería en Es salud a pacientes del SIS y atención de enfermería en la UCIN; percepción del familiar cuando ingresa a UCIN, historia y evolución de la enfermedad, preocupación de la familia frente al cuidado del paciente cuando este de alta; Trato del familiar por vigilantes y falta de ambiente ordenado para espera del familiar, gastos adicionales asumidos por el familiar del paciente; Orientación

del familiar sobre el cuidado del paciente cuando este de alta; Enfermeras como instrumento de Dios.

Después de haber codificado, se realizó varias lecturas de las entrevistas, buscando asociarlas a las categorías siendo reagrupadas, considerándose la convergencia y divergencia del significado. Este proceso es denominado según Bertaux D. (25), como análisis comparativo.

De esta forma a partir de la recodificación surgieron 5 categorías temáticas

- A. Calidad de atención de enfermería por el sistema de salud
- B. Actitud de la familia frente a la enfermedad.
- C. Atención de salud por el sistema de Essalud del asegurado
- D. Expectativa del familiar frente al cuidado del paciente
- E. Otras dimensiones

3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico

La investigación cualitativa se basa en criterios que tuvieron como finalidad asegurar la calidad y la objetividad de la Investigación. Considerándose los siguientes criterios: (36) (37).

En relación al rigor:

- **Credibilidad:**

Es el incremento de la posibilidad de reducir los resultados a través del compromiso del investigador con el informante en el transcurso de la investigación.

Se dio cumplimiento a dicho criterio al analizar a profundidad los datos recopilados de la información brindada por los entrevistados y se

obtendrán resultados confiables, rescatándose lo esencial de los testimonios.

- **Aplicabilidad:**

Se buscó aplicar los hallazgos significativos en otros contextos donde se encontraron personas pasando por experiencias semejantes.

La presente investigación sirvió como referencial en otras investigaciones donde se aborden temas relacionados al contenido temático y por tratar un fenómeno prevalente en nuestra sociedad cumpliéndose de ésta manera la aplicabilidad presente en toda investigación científica.

- **Auditabilidad:**

Referida a la comprensión de los diferentes momentos y la lógica del trabajo de investigación por otros lectores o investigadores.

Este criterio en el presente informe de investigación se cumplió en la medida que se describió detalladamente el abordaje metodológico con los éxitos y limitaciones hallados en el trabajo de campo y en el momento del análisis de los datos.

- **Confirmabilidad:**

Garantizó que los hallazgos, conclusiones y recomendaciones estén apoyados por los datos y que exista la evidencia actual, al mismo tiempo se debe apoyar en la opinión de expertos.

La confirmabilidad fue aplicado en el momento de elaborar las conclusiones finales, tomó en cuenta los hallazgos basados en el previo

análisis de los datos; contándose además con la asesoría de docentes expertos en este ámbito de investigación.

En relación a la ética:

- **Consentimiento Informado:**

Para la realización del estudio se solicitó autorización al sujeto de la investigación para la realización del estudio; en el cual constan las firmas del entrevistado, investigadores y asesor de la investigación.

Se cumplió con este criterio en el momento de solicitar las firmas de los familiares que voluntariamente aceptaron participar en la investigación.

- **Privacidad:**

Se mantuvo en el anonimato de las entrevistas desde el inicio de la investigación.

Este criterio fue cumplido al no revelarse los nombres de los entrevistados.

- **Confidencialidad:**

Se refiere a que los secretos expuestos por las colaboradoras no fueron revelados y las grabaciones fueron confidenciales, utilizadas sólo para fines de investigación.

Los testimonios de los familiares fueron grabados, de manejo confidencialmente, usándose sólo para fines de investigación,

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Presentación de resultados

- A. Calidad de atención de enfermería por el sistema de salud, que incluyen las siguientes subcategorías: Atención de enfermería en emergencia, atención de enfermería en Es salud a pacientes del SIS y atención de enfermería en la UCIN.
- B. Actitud de la familia frente a la enfermedad, que incluyen las siguientes subcategorías: percepción del familiar cuando ingresa a UCIN, historia y evolución de la enfermedad, preocupación de la familia frente al cuidado del paciente cuando este de alta.
- C. Atención de salud por el sistema de Essalud del asegurado, que incluyen las siguientes subcategorías: Trato del familiar por vigilantes y falta de ambiente ordenado para espera del familiar, gastos adicionales asumidos por el familiar del paciente.
- D. Expectativa del familiar frente al cuidado del paciente, que incluyen la siguiente subcategoría: Orientación del familiar sobre el cuidado del paciente cuando este de alta.
- E. Otras dimensiones, que incluyen la siguiente subcategoría: Enfermeras como instrumento de Dios.

4.2 Análisis y discusión de resultados

A continuación, se presenta el análisis temático de las siguientes categorías:

A. Calidad de Atención de Enfermería por el sistema de Salud.

Para la Real Academia Española, la calidad es “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla, mejor o peor que las restantes de su especie”. El arte de enfermería consiste en brindar cuidado a los seres humanos, en sus aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales; de modo que debe garantizar prestación de cuidados personalizados para

cualquier individuo, sin importar a que grupo étnico, credo religioso o posición socioeconómica pertenezca.

El profesional de enfermería con conocimientos, pensamientos analíticos, habilidades y destrezas, autonomía en sus actos profesionales, posee seguridad, responsabilidad de sus actos y sobre todo confianza en sí mismo, sus principios básicos, consiste en ayudar a las personas a conservar la salud. Por lo que la satisfacción de las necesidades emocionales y físicas tiene un papel relevante en el bienestar del paciente, además influye en el grado de colaboración de este en su proceso de curación y tratamiento, ya que, la finalidad de los cuidados de calidad se fundamenta en salud y satisfacción, la cual no se logra si no se cumplen las expectativas de los pacientes (38).

En esta categoría se han encontrado tres subcategorías que son: Atención de enfermería en Emergencia, atención de enfermería en Essalud a pacientes del SIS, y atención de Enfermería por la UCIN.

Subcategoría: Atención de Enfermería en Emergencia.

En relación de los entrevistados al momento de la entrevista mostraron inconformidad, decepción y descontento por la actitud del personal de enfermería frente al cuidado de su familiar en el área de Emergencia, de un total de siete entrevistados seis manifestaron sus impresiones acerca de la atención de enfermería por emergencia, tal como expresa lo siguiente:

Nimia expresa *“en emergencia por problemas de mi papá le sacaron rayos X, mojaba y las enfermeras no se dieron cuenta, no le cambiaron ropa y todas esas sabanas mojadas le afecto, y francamente hice saber a las enfermeras y señoritas internas, dijeron que iba a pasar a la UCIN”*.

En este caso el familiar refiere su malestar de como su papa se complicó y fue descuidado por parte de las enfermeras, y al reclamar le dijeron que su familiar (padre) iba a subir a la UCIN.

Nancy refiere *“derivaron de triaje a emergencia le dio indicaciones del tratamiento a recibir, las enfermeras se mostraron poco desatentas lo dejaron de lado según ellos porque había otros pacientes, pero no mostraron interés quizá por ningún paciente, por el contrario, haciéndolo tan lento como diciendo que el tiempo era bastante, cuando se trata de emergencia debe ser más rápida debe ser eficientes su forma de ser, su atención lo mismo sucede igual con las internas de medicina.*

Como se constata en la entrevista, las enfermeras se mostraron poco interés y lentitud como enfermeras especialistas. Por tal motivo los familiares mostraron su descontento calificándolas como desatentas y muy lentas en su actuar.

Micaela expresa: *“Al ingresar por emergencia la atención de las enfermeras y el médico, fue buena, pero luego en el cambio de turno ingresaron a trabajar como en todo lugar, hay enfermeras buenas, otros déspotas, poco tratables, malgeniadas y otras no”.*

Pero en este caso como lo expresa Micaela ella puede distinguir que la atención fue buena cuando ingreso, pero en el cambio de turno observo otro tipo de actitud por parte de las enfermeras como lo mencionan (déspotas, malgeniadas y poco tratables).

Luis manifiesta *“el personal de turno estaban que conversaban el paciente que se moría por un lado y ellos que conversaban que se reían no sé si eso les enseñan en la universidad o les enseñan en la escuela de enfermería porque tienen un total desapego con la vida humana a ellos les da igual ver a una persona agonizando, está bien es su carrera pero eso no indica que*

cuando yo les he llamado la atención les he dicho al menos a ver te gustaría que tu padre este ahí echado y que tú lo veas y ver a todos estos médicos que están que ríen y cuentan chistes en lugar de estar atendiendo a un paciente.

En este caso vemos como el familiar observa todo lo que hace la enfermera y los médicos no sienten el dolor, ni tienen en cuenta a la familia y muestran poco respeto a la vida de un ser humano.

Manuel manifiesta *“pero crea una duda del mismo personal del servicio que estando ahí que al paciente no se le administra la medicina comercial que uno lleva y que estando ahí se le aplica uno genérico y así destinan a otro fin la medicina que uno lleva, sabemos que como en todo lugar hay personas buenas y personas que no cumplen a cabalidad sus funciones y se dejan llevar por otros intereses”*

En esta entrevista se puede ver claramente que el familiar refiere sus dudas y desconfianza acerca de la medicina que se le aplica al paciente ya que manifiesta que no se le administra la medicina comercial que el familiar compra y en lugar de ello se aplica uno genérico.

Si parece lógico el comprender lo que significa ser un paciente, el conocer lo que experimenta y siente un paciente, la importancia del trato humano y de la comunicación con el paciente, puede no ser tan evidente la necesidad de conocer la familia del paciente. Sin embargo, la sospecha de un problema genético, el control de una enfermedad crónica o terminal, el abordaje de los problemas de salud provocados por una crisis familiar... no podrán manejarse satisfactoriamente sin una evaluación y un conocimiento familiar. Pertenecer a una familia o a otra nos influye a múltiples niveles, porque los miembros de una misma familia compartimos: 1. Genotipo, 2. Factores medio-ambientales, 3. Desarrollo individual de los hijos, 4. Enfermedades infecciosas, 5. Apoyo familiar, 6. Crisis familiares y factores psicosociales (39).

Por lo tanto, la familia puede influir en el proceso de salud y enfermedad de forma activa, y todos aquellos profesionales que pierdan de vista esta perspectiva se están perdiendo una parte de la valoración biopsicosocial del paciente. Pero, además, reconocer esta dimensión ayuda al profesional de la salud, ya que la familia tiene un papel fundamental en el cuidado del paciente. Es decir, la familia es un recurso importante y una de las patas del trípode en el sistema de tratamiento (profesional, paciente y familia) (40).

La Enfermería de Urgencias y Emergencias aparece en un mundo en constante evolución, en el que los cambios se desarrollan vertiginosamente, con una capacidad técnica y científica como hasta ahora jamás conocida. Ésta adquiere su desarrollo en un momento en el que la Enfermería trata de potenciar, como nunca, su identidad, con un aumento de su autonomía, de investigación propia, de búsqueda crítica de teorías y caminos que fundamenten la profesión y los cuidados. La asistencia sanitaria evoluciona día a día, de manera dinámica. Se incorporan avances tecnológicos, nuevos conocimientos basados en estudios científicos, innovadoras formas de gestión y administración, etc. (41)

La Enfermería de Urgencias y Emergencias es un área de especialidad de la Enfermería profesional que implica la integración de la práctica, la investigación, la educación y la profesionalidad. La práctica comprende la valoración, diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana a los problemas percibidos, reales o potenciales, físicos o psicosociales que pueden ser episódicos, primarios y/o agudos. Una enfermera podrá encontrar diversos tipos de pacientes en torno a esta enfermedad: • El que acude por otra patología y se detecta esta emergencia en ese momento. Luego, podrá ser una HTA mantenida o momentánea. • El hipertenso que manifiesta una sintomatología por el aumento de la presión arterial, sin que se plantee un cuadro de verdadera urgencia. La crisis hipertensiva se caracteriza por una subida de la TA con la rapidez suficiente para no poder realizarse una acomodación por el organismo y comprometer órganos blancos (41).

Emergencia hipertensiva: se trata de una crisis en la que además de subir bruscamente la TA, tiene repercusiones orgánicas de importancia. Esta emergencia puede acompañarse de: • Insuficiencia cardíaca. • Encefalopatía hipertensiva. • Eclampsia. • Hemorragias cerebrales. • Aneurisma disecante de aorta (41).

Los profesionales de enfermería que ejercen sus servicios en Urgencias y Emergencias proporcionarán cuidados enfermeros a personas con problemas de salud en situación crítica, de alto riesgo o en fase terminal, a nivel individual o colectivo, dentro del ámbito sanitario o domiciliario, agilizando la toma de decisiones mediante una metodología fundamentada en los avances producidos en el campo de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica lograda a través de una actividad investigadora directamente relacionada con la práctica asistencial. Asimismo, por ser expertos en dicha área serán eficaces asesores en el ámbito institucional o en el equipo de salud en cualquier aspecto relacionado (42).

El cuestionario CARE-Q hace el análisis individual de las categorías, en donde la principal dificultad del personal de enfermería que labora en el servicio de urgencias, de acuerdo al cuestionario CARE-Q, es la falta de información clara y precisa sobre la situación de salud, el paciente y su familia y la falta de comunicación entre el personal de enfermería, el paciente y su familia o sus allegados (43).

La enfermera que labora en emergencia debería tener una especialidad que la acredite como tal ya que las exigencias del mundo globalizado así lo requieren. En la actualidad nuestra sociedad está cada vez más rigurosa y exigente en cuanto a la calidad de la atención que se brinda en los servicios de emergencia siendo la puerta de entrada para este tipo de pacientes.

El Hospital Regional Cayetano Heredia es un hospital de referencia e integrado de Nivel III donde la afluencia de pacientes es mayor por las

diferentes especialidades, el cual este servicio muchas veces se encuentra saturados de pacientes que no están en proporción con los recursos humanos, materiales e infraestructura adecuada con que cuenta la institución.

Por lo tanto se concluye que en la mayoría de casos los pacientes son recibidos en los pasillos y en condiciones inhumanas lo que ocasiona malestar y descontento de la familia del paciente con respecto a la atención que se le brinda en emergencia, esto se suma a la falta de comunicación entre el personal de enfermería con los familiares del paciente, debido a que muchas veces la sobrecarga de trabajo del personal de salud ocasiona que la enfermera no está en condiciones de poder dar información sobre el diagnóstico del paciente y eso crea conflicto entre la enfermera y el familiar.

Todo profesional de la carrera de enfermería en el día a día de su quehacer se enfrenta a diferentes situaciones que pone a prueba sus valores éticos, así como también sus conocimientos y habilidades adquiridas en su experiencia como profesional en la Unidad de Cuidados Intermedios. Es por esto que el profesional de enfermería debe conocer las situaciones y dilemas éticos para tomar decisiones adecuadas con la finalidad de eliminar todo rasgo de trato inhumano al paciente y sus familiares.

La enfermera en su actuar profesional labora bajo los principios éticos siendo uno de ellos el principio de justicia, que se basa en la obligación ética de dar a cada una de las personas (pacientes) lo que verdaderamente necesitan de forma igualitaria, ya que las personas tenemos los mismos derechos de recibir una atención de calidad.

Subcategoría: Atención de Enfermería en ESSALUD a pacientes del SIS:

Al momento de la entrevista de un total de siete entrevistas, dos se mostraron preocupados y en parte aliviados ya que sus pacientes mostraron mejoría por

tal motivo su recuperación deberían concluirlo en el Hospital Santa Rosa, tal como lo expresa:

Nimia refiere “Ahora estoy preocupada también que me lo van a mandar a Santa Rosa, pero yo digo porque me van a mandar mi papacito esta en buena atención no ser SIS quieren también vivir.

En esta entrevista el familiar mostró preocupación porque lo trasladan al Hospital de Santa Rosa y posterior alivio por el apoyo recibido por el Seguro Integral de Salud tal como lo expresa:

Luz expresa “bueno gastamos mucho dinero en una clínica, fueron gastos muy fuertes donde después recibimos el apoyo del seguro SIS que nos derivaron al hospital Cayetano Heredia”.

En cambio, en esta entrevista el familiar refiere el apoyo recibido por el seguro SIS seguro integral de salud al derivarlos al Hospital Cayetano Heredia, mostrando tranquilidad y seguridad por el tratamiento y recuperación larga que le espera.

Con fecha 29 de agosto de 2006, Essalud y el Minsa en su afán de mejorar permanentemente la eficiencia y eficacia de las prestaciones de salud brindadas por las entidades del sector público, suscribieron un Convenio Marco de Cooperación Inter institucional, a través del cual se comprometieron a aunar esfuerzos institucionales para la consecución de sus fines y establecer los lineamientos que permitan el intercambio de prestaciones de salud preventivas y recuperativas, con la finalidad de facilitar el acceso y la oportunidad de atención para la población objetivo de ambas instituciones entre otros objetivos.

Las prestaciones de salud que se brindarán a los pacientes acreditados por el SIS, a través de los Hospitales e Institutos de Essalud, serán financiadas por

el SIS, de acuerdo al procedimiento y los términos establecidos en el presente convenio (44).

Conscientes del incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles en el perfil epidemiológico del país, mejoraremos la cobertura de los servicios de prestaciones sociales con la implementación y fortalecimiento de los centros del Adulto Mayor. Asimismo, se fortalecerá la puesta en uso de la infraestructura hospitalaria existente. Se desplegará una estrategia de comunicación orientada a la educación para la salud, con énfasis en los derechos y obligaciones de los asegurados y trabajadores de EsSalud, el respeto mutuo y la mejora en el trato digno a la población asegurada (45).

Con la finalidad de mejorar la calidad de atención a los asegurados en el marco del respeto de los derechos humanos y de la dignidad de la persona en el contexto de la “Seguridad Social para todos”, se centrará la atención en identificar los procesos críticos que afectan el buen trato al usuario en las prestaciones asistenciales de EsSalud, con enfoque en los dominios del buen trato; se promoverá la participación de los asegurados y usuarios en la vigilancia de la calidad de los servicios y el cumplimiento de sus derechos para la mejora del trato en las prestaciones. Asimismo, se promoverá la participación de los trabajadores de EsSalud para la mejora de la cultura del buen trato al usuario y se mejorarán los procesos críticos priorizados del sistema de atención que afectan el buen trato al usuario (45).

Los Objetivos funcionales del SIS en el ámbito sectorial, son los siguientes:

- a) Construir un sistema de aseguramiento público sostenible que financie servicios de calidad para la mejora del estado de salud de las personas a través de la disminución de la tasa de morbimortalidad.
- b) Promover el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza.

c) Implementar políticas que generen una cultura de aseguramiento en la población (46).

Tanto los pacientes del Seguro Social EsSalud y SIS son atendidos según la normativa vigente expresado en el convenio suscrito entre ambos, sin discriminación alguna y por tal motivo cuando el paciente es recuperado, este paciente debe ser contra referido al hospital de referencia.

La contra referencia se dispondrá cuando se haya dado solución al motivo de la referencia, regresando el paciente al lugar de la referencia. El procedimiento de la contra referencia se realizará de acuerdo a lo establecido en el documento “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de EsSalud” (47).

Estas situaciones de contra referencia muchas veces causa malestar entre los familiares del paciente ya que se sienten rechazados o discriminados, todo esto sucede por no tener una información previa al momento de la referencia. Resulta muchas veces caótico la falta de regulación de parte del estado peruano a los sistemas de aseguramiento ya que en lugares donde la población es relativamente alta (Piura es uno de los departamentos con mayor población después de Lima en el Perú y un alto porcentaje de natalidad) no cuentan con un hospital de alta complejidad que se requiere para brindar una atención de calidad, ya que muchos de estos pacientes son referidos a otros centros hospitalarios de mayor resolución que se encuentran en Chiclayo y Lima.

Se concluye que Es Salud proporciona a los asegurados varios beneficios en cuanto al tratamiento y rehabilitación del paciente cuando ya es dado de alta entre ellos está el programa de atención a domicilio PADOMI el cual realiza un monitoreo acerca de la evolución y recuperación del paciente en su domicilio, así como también le brinda recursos materiales básicos para mejoría. Este no es el caso de los pacientes que pertenecen al Seguro Integral

de Salud ya que de acuerdo a la normativa vigente estos retornaran a su centro asistencial de origen siguiendo luego los procedimientos propios de estas instituciones, lo cual causa preocupación y malestar entre la familia del paciente ya que se sienten abandonados o discriminados.

Subcategoría: Atención de Enfermería en la UCIN

Durante la entrevista de un total de siete entrevistados todos manifestaron sus apreciaciones acerca del cuidado de enfermería en la UCIN, así mismo durante la entrevista cuatro de los entrevistados mostraron su agradecimiento al personal de enfermería por el trato hacia sus familiares y su atención ante la mejoría de su familiar y destacaron el trato diferente y personalizado de sus familiares enfermos, tal como manifiestan:

Nimia manifiesta: *“estoy muy agradecida con los doctores, enfermeras y el hospital Regional que brindan su sabiduría que dan atención a los pacientes y la gente se sienta contenta”*.

En la entrevista ella manifiesta y agradece al personal de enfermería de la UCIN por su sabiduría y la atención que recibió, sintiéndose más tranquila y satisfecha frente a la recuperación de su familiar.

Manuel manifiesta: *“y está muy bien atendido por las enfermeras y médicos del servicio no hay nada que envidiar a una clínica particular porque el servicio es muy bueno”*.

En cambio, en esta entrevista experimenta y refiere no hay nada que envidiar a una clínica puesto que el servicio brindado por el personal del servicio de la UCIN es muy bueno.

Luis refiere *“pero ahorita mi padre sale de cuidados Intensivos, sale de UCIN, y va a ir al tercer piso en donde él ha dejado de ser un paciente de*

alto riesgo para convertirse en un paciente delicado, entonces ahí hay que ver las atenciones de las enfermeras que tiene el servicio”.

En relación a esta entrevista el familiar refiere que su padre sale de UCIN para bajar al tercer piso, ya que presenta una mejoría, poniendo en evidencia la calidad y buena atención al paciente por parte de las enfermeras de la UCIN.

Yuliana refiere luego paso a la UCIN el trato por parte de las enfermeras era completamente diferente, es más personalizado, la mayoría de las enfermeras son un amor de gente los trataban muy bien y demuestran que realmente aman su trabajo.

En el caso de esta entrevista el familiar resalta la atención personalizada y buen trato, ya que la mayoría de las enfermeras demuestra buena disposición y actitud hacia el ser humano (paciente).

Durante las entrevistas, tres de los entrevistados mostraron la falta de amabilidad en la atención y cortesía por parte del personal de enfermería hacia los familiares del paciente y al paciente tal como indica a continuación:

Nanci expresa “Bien señorita mi esposo subió al quinto piso la atención de enfermería en un inicio fue fría en sentí indiferente poco amables y me sacaban del lugar eran poco groseras, pero así también había enfermeras de esa condición y encontré otras enfermeras que si tenían buen trato humanitario atentas tanto al paciente y bastante amorosas con el familiar”

En la entrevista anterior refleja como el familiar percibe el trato frío, indiferente y poco amable de la enfermera, observándolo como algo recurrente en algunas profesionales, detectando, asimismo actitudes contrarias a la anterior en donde las enfermeras mostraron buen trato al paciente, pues la satisfacción es el resultado de un buen trato humanitario.

Micaela expresa: *“A la enfermera muchas veces la vi muy ocupadas en la atención de los pacientes y algunas de ellas son comunicativas y otras también poco comunicativas. Para el reporte del médico hacen perder mucho tiempo a los familiares en la mañana, a veces no nos dan el reporte”*.

En relación a las expresiones de esta entrevista, refleja la falta de una buena relación interpersonal entre enfermera y familiar como parte esencial de su desempeño profesional, producto muchas veces de la sobrecarga laboral que existe en algunos servicios y otras veces que por tratarse de pacientes críticos o inestables el personal de enfermería prioriza el cuidado al paciente y descuida el trato con el familiar.

Luz expresa: *“Durante los días de que estuvo hospitalizado pues ninguna enfermera se presentó a decir su nombre nada de eso solamente yo las conocía porque me hacían pasar para darme la relación de útiles de aseo, pañales, protectores de cama”*.

Tal como lo reflejado en la entrevista anterior este es otro caso en el cual la enfermera que trabaja en este servicio se dedica al cuidado del paciente descuidado muchas veces el trato interpersonal con los familiares, considerando la enfermera suficiente la presentación con su fotocheck que lleva consigo en donde muestra sus datos de identificación.

La enfermera/o que realizan funciones asistenciales cuenta con especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos debidamente registrados en el Colegio de Enfermeros del Perú. El personal de Enfermería entrega al familiar responsable una cartilla informativa con los horarios de visita, de informe médico y las reglas de ingreso y permanencia durante la visita de la familia (47).

La profesión de Enfermería tiene un valor intrínseco desde su nacimiento en 1859 con Florencia Nightingale quien documentó en sus escritos que “La

enfermería tiene la responsabilidad de cuidar personas y tiene que poner a las personas en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella”. Ledesma en 1999 la define como una profesión dinámica que aplica y realiza procedimientos basados en conocimientos teórico-prácticos, con principios científicos basados en ética y autonomía para mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas. Desde entonces esta profesión tiene la responsabilidad de conducirse con valores éticos y profesionales sustentados en el código deontológico de Enfermería, el cual enfatiza los deberes, derechos, normas éticas y morales que el profesional de enfermería debe aplicar en su práctica diaria, ejemplos de tales valores son responsabilidad, honestidad, lealtad, compromiso, bondad, disciplina, cortesía, paciencia (48).

Sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería (49).

La Dra. Watson afirma que en la práctica cotidiana debe existir la ejecución de un sistema sólido en valores humanísticos. Para la Dra. Watson es un arte el momento en que la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez es capaz de expresarlos de manera similar a los que experimenta la otra persona. Ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos. De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado (50).

La atención en la UCIN está destinada a pacientes de prioridad II y III, fisiológicamente estables pero que necesitan un monitoreo continuo no invasivo y control y vigilancia permanente del personal de enfermería, en ellos existe el peligro potencial y en algunos casos inminente de presentar problemas que requieran una atención rápida oportuna y si no se brinda esta atención puede ser letal para el paciente, así mismo se puede observar que últimamente el cuidado de enfermería relacionado con el ámbito humano ha ido perdiendo importancia en el sistema de salud.

Lo mismo pasa con la estructura material y física con que debe contar estas unidades de Cuidados Intermedios para responder a las necesidades y actividades de cada uno de los usuarios de la unidad (paciente, familiar, personal de enfermería y médico).

Por lo tanto se concluye que debido a la gran demanda de pacientes que requieren de este servicio muchas veces el excedente no pueden ser atendidos con la calidad y atención suficientes ya que son derivados a otras unidades o servicios; lo mismo sucede cuando los pacientes que deben ser ingresados por el alto riesgo a la Unidad de Cuidados Intensivos que son pacientes de prioridad I, y al no tener camas disponibles muchas veces son ingresados a la UCIN, ocasionando una sobrecarga laboral y responsabilidad en la atención de estos pacientes críticos por el personal de enfermería.

Así mismo cuando los pacientes son dados de alta de la unidad de UCIN para luego ser derivados a otros servicios de hospitalización, no se garantiza una continuidad de cuidados de calidad al paciente lo cual deriva muchas veces en reingresos por complicaciones de otros sistemas antes de las 12 horas e incluso en algunas oportunidades el fallecimiento del paciente. Ante esta realidad constituye un reto del futuro para el profesional de enfermería conservar en sus funciones el cuidado humano. Brindar cuidados humanizados ayuda a las personas y nos hace más rica y que ojalá la tecnología no deshumanice a la enfermera.

B. Actitud de la familia frente a su enfermedad.

Esta categoría está compuesta por cuatro subcategorías las cuales son las siguientes: Percepción del familiar cuando ingresa a UCIN, historia y evolución de la enfermedad, percepción de la familia de la atención recibida, y preocupación del familiar frente al cuidado del paciente cuando este de alta.

Subcategoría: Percepción del Familiar cuando ingresa a UCIN

Durante la entrevista el familiar de un total de siete entrevistados cuatro manifestaba sentimientos de preocupación y tristeza a la incertidumbre de lo que podría pasar con su familiar.

Nimia refiere, *“yo lloraba la gente me decía ahí van a tener más cuidado, va a estar más cuidado con los doctores y enfermeras y ahora estoy más contenta a ver a mi papacito le pusieron un tubito oro traqueal para que respire y una sonda por su nariz y bote toda esa flema, ahora encuentro a mi papa que está más tranquilo y agradecer a todas las enfermeras”*.

En la entrevista anterior ella manifestaba temor e incluso lloraba, pero la gente le decía que en el Servicio de UCIN iba a estar mejor cuidado, ella confió y ahora está satisfecha con las atenciones que se le brindó a su padre, ahora se encuentra estable y agradece a todas las enfermeras.

Luis refiere: *“Luego lo operaron y una vez operado el medico nos planteó una situación nos dijo que podía tener una septicemia yo en mi ignorancia soy una persona que lee soy una persona culta y sé que septicemia es cuando hay un cáncer y mi papa nunca ha tenido un cáncer entonces no había ningún punto de partida para que haya septicemia, cuando lo abrieron nosotros dimos la autorización nos dijeron de éxito 10% de posibilidades 90% de que fracase y el 70 % de que fracase la operación un médico que ha venido de Europa nos dijo que ningún caso a nivel nacional a nivel mundial*

como el caso de mi papa si ha podido superar la operación no ha podido superar la fase operatoria”.

En relación a la manifestación de Luis, el familiar refiere que por consulta a otros especialistas existía un 90 % de posibilidades de fracaso frente a un 10% de éxito. Pero en el presente caso superó todas las expectativas ya que salió con éxito del cuadro con su posterior alta del servicio.

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 importancia de la entrevista terapéutica y las bases de la comunicación enfermera – paciente – familia . 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 (51).

La percepción de los familiares en la dimensión de apoyo emocional es de indiferente y favorable 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 (51).

Los familiares juegan un papel muy importante en la rehabilitación del paciente por eso la visión humana va de la mano con el trato profesional del personal de enfermería. La experiencia del familiar se describe a través de seis categorías que son: Sentimientos, modificación de hábitos, afrontamiento, soportes, transformación y necesidades.

La categoría sentimientos conformada por los códigos nominales: sentimientos de pérdida, amenaza de muerte y duelo, angustia, depresión, dolor, sufrimiento, esperanza, impotencia, preocupación, tranquilidad e intranquilidad y frustración y ambivalencia de sentimientos, es una experiencia con una gran cantidad de sentimientos durante el todo el tiempo de la hospitalización, estos sentimientos dependen del cuidado que brinde el personal de salud, y pueden coexistir y variar a través de la vivencia (52).

La categoría modificación de hábitos, la conforman los códigos: cambios de hábitos, carga del familiar y nuevos roles, donde la hospitalización de un ser querido en la UCI es un evento que cambia las vidas de manera sustancial, derivado de las modificaciones a las que se ve sometido el familiar dependiendo del contexto. En la categoría afrontamiento, conformada por los códigos; crisis, estrategias de afrontamiento, adaptación al escenario de UCI y aceptación, el familiar tiene la capacidad de soportar las crisis que genera una enfermedad grave a través de estrategias que favorecen la aceptación (52).

La categoría soportes, conformada por los códigos; brindado por la red primaria, brindado por el equipo de salud formal e informal, percepción de seguridad y espiritualidad, son las ayudas con las que cuenta el familiar y que son la fortaleza para sobrellevar la situación.

En la categoría transformación, conformado por los códigos: reconocimiento del otro: agradecimiento y satisfacción, y aprendizaje, se presenta una evolución derivada de la vivencia donde se reconoce en el personal de salud un agradecimiento especial, generando un aprendizaje (52).

En la categoría necesidades conformada por los códigos, información, apoyo económico, apoyo brindado por la red primaria: familia, apoyo brindado por el equipo de salud, visita/cercanía, las necesidades de la familia son derivadas de la experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de

cuidados intensivos influenciadas al igual que los sentimientos por el tipo de cuidado que brinde el equipo de salud.

Las categorías encontradas como producto del estudio no son separadas, ni mucho menos independientes, así como lo es la experiencia de por sí, por el contrario, las categorías son una fusión donde se interrelacionan y una puede influenciar las otras ya sea de manera positiva o negativa (52).

Los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de UCIN por ser pacientes de riesgo medio – alto, necesitan frecuentemente cuidados y un soporte psicológico que preserven su salud física y mental, por lo que este requiere mucha atención y sobretodo información oportuna, por lo que las enfermeras del Servicio de UCIN del Hospital José Cayetano Heredia de Piura, al ser profesionales con especialidad en Cuidados Intensivos, brindan un monitoreo continuo, con todos los procesos y protocolos de atención en pacientes de ACV, utilizando los instrumentos técnicos que tienen a su disposición como monitores, respiradores artificiales, desfibriladores, etc, y en algunas ocasiones descuidan la parte de soporte emocional de los familiares por la poca información que se le provee.

Subcategoría: Historia y evolución de la enfermedad.

Durante la entrevista los familiares de un total de siete entrevistados, cuatro destacan cuales fueron los antecedentes de la enfermedad de sus seres queridos tal como lo expresan:

Manuel manifiesta *“buenos días para comenzar le voy hacer una historia previa en cómo comenzó la enfermedad del sr. Paico. El en su casa comenzó a presentar un cuadro de movimientos involuntarios en su mano, a tener la mirada perdida a sufrir fiebres y es por ese motivo que nos vimos la necesidad de llevarlo a un centro médico y como ellos viven en el bajo Piura La Unión y el lugar más cercano fue el hospital privado”*

En la entrevista anterior refleja como el familiar en cierta forma por desconocimiento no acudieron con su familiar enfermo a un hospital de alta complejidad y perdieron tiempo que por los síntomas graves debió ser tratado con un especialista (neurólogo), que ocasionó muchas complicaciones neurológicas y respiratorias.

Nancy refiere *“Mi esposo llega hace 45 días a triaje con flemas verdes y falta de aire y me dijeron que tenía nervios, pero luego mi hija me conto que los médicos dijeron que era un trastorno neurológico y una neumonía”*

En la siguiente entrevista se hace una clara referencia a los antecedentes patológicos que tuvo el paciente antes de ser ingresado al servicio de la UCIN, el paciente ya era portador de una secuela de ACV e Insuficiencia Respiratoria.

Luis *“Mi padre padece de una enfermedad, Hipertensión e Insuficiencia Renal nivel 3, entonces una enfermedad controlada con medicamentos y supervisada por médicos del hospital Cayetano Heredia III. Pero un día hace como cerca de tres meses atrás empezó a experimentar un escozor en el cuerpo, entonces picazones se hacían más frecuentes en la noche que no lo dejaban dormir y estas se hacían más frecuentes en la noche y eran más intensas y nosotros lo llevamos a un dermatólogo al mejor dermatólogo de aquí de Piura y este dermatólogo le hizo un diagnostico que tenía sarna lo cual era un diagnostico malo porque lo que pasaba con él es que se le había subido la urea y la urea le estaba provocando un escozor en el cuerpo y otro tipo de cosas”*

En cuanto a la entrevista vemos la falta de un buen diagnóstico en un primer momento que guió y evitó todas las complicaciones ocasionadas llegando en este caso el paciente hacer un ACV ya instalado hace algunos meses tal como lo indica la hipertensión e insuficiencia renal con posterior aumento de la Urea lo que ocasionó el escozor en su cuerpo e insuficiencia respiratoria.

La Enfermedad Cerebro Vascular se define como el desarrollo rápido de signos clínicos de disturbios de la función cerebral. Se considera la tercera causa de muerte en países industrializados (luego de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer) y es la primera causa de invalidez en el mundo, se encontró un mayor número de casos del sexo masculino y predominaron los grupos de edades de 40 a 49 y 60 a 69 años, respectivamente. La Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus fueron las enfermedades asociadas más frecuentes. El mayor número de pacientes presenta una ECV isquémica (53).

Es también la segunda causa de muerte en el grupo etéreo mayor de 65 años y es la primera causa de invalidez en el mundo. Se conoce que cada 53 segundos ocurre un evento cerebro vascular y cada 3.3 minutos muere una de éstas personas. De todos los casos analizados 36 (92.3%) se egresaron vivos de la UCI y 03 pacientes fallecieron (53).

Los ataques al corazón y los accidentes cerebrovasculares suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro. Las causas más importantes de cardiopatía y accidentes cerebrovasculares son una dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. El síntoma más común del accidente cerebrovascular es la pérdida súbita, generalmente unilateral, de fuerza muscular en los brazos, piernas o cara. Otros síntomas consisten en: la aparición súbita, generalmente unilateral, de entumecimiento en la cara, piernas o brazos; confusión, dificultad para hablar o comprender lo que se dice; problemas visuales en uno o ambos ojos; dificultad para caminar, mareos, pérdida de equilibrio o coordinación; dolor de cabeza intenso de causa desconocida; y debilidad o pérdida de conciencia (54).

En un episodio de ACV generalmente los pacientes no acuden de inmediato a un centro asistencial debido a que piensan los síntomas son algo pasajero y

entonces los familiares deciden esperar o darles tratamientos paliativos de acuerdo a su cultura y tradición. Un ataque cerebral puede ser muy devastador no solo para el paciente sino también para sus familiares ya que muchas veces se les quita su independencia por la discapacidad que esta enfermedad ocasiona en los pacientes a tal punto que muchas veces las personas por cuidar a sus pacientes enfermos han perdido su trabajo y esto les ha ocasionado un desgaste en su economía.

Subcategoría: Preocupación del Familiar frente al cuidado del paciente cuando este de alta.

Durante la entrevista todos los entrevistados mostraron su preocupación e incertidumbre por los cuidados que deberán tener con su familiar cuando este esté de alta, tal como lo manifiesta:

Manuel: *“sobre mi preocupación en su cuidado, él vive con sus hijos son varones dedicados a labores agrícolas, su esposa es anciana y débil y él es una persona alta robusta y para poder cuidarlo y darle las atenciones tanto en cambiarlo de ropa, bañarlo y darle sus alimentos no están preparados para asumir esas atenciones que requiere mi suegro. Nosotros no sabríamos que hacer, estaríamos preocupados para contratar un enfermero o técnico o alguien que le dé la atención”*

Como se puede observar en la entrevista anterior, se nota la enorme preocupación del familiar ya que no cuenta con los medios económicos suficientes para solventar los cuidados de enfermería en su domicilio, de su ser querido. Además, hace hincapié a la poca ayuda y atención que recibiría por Essalud cuando el paciente este de alta.

Nancy refiere *“voy a mostrar mi malestar y enorme preocupación porque para traer a mi esposo de acá a mi casa en Chulucanas yo no tengo con quien dejarlo yo trabajo, quien lo va ver 2.30 p.m. me preocupa sus*

alimentos como lo puedo dejar convaleciente no hay quien lo cuide ... y si lo dejamos en la UCIN ellos están propensos a contaminarse con virus hospitalarios como sucedió con mi esposo sale de la neumonía y a los 3 días adquiere este virus están hacinados esto verdad es doloroso sobre todo en personas de bajos recursos económico, yo pido a ustedes de qué manera pueden apoyar a Essalud o hacer cambios en el gobierno es un problema muy penoso porque no sabemos qué hacer ni a quién recurrir.

En la entrevista Nancy refiere el familiar hace notar su preocupación ya que al no contar con los recursos económicos suficientes y al residir el paciente en una zona fuera de la ciudad de Piura le es imposible contratar una persona para su cuidado en forma permanente ya que la entrevistada trabaja en el día para el sustento de su familia, ganando un sueldo básico como lo refiere; a pesar que Essalud tiene un programa de PADOMI, este solamente le ofrece una visita domiciliaria programada y algunos medicamento básicos.

Es el alta del paciente de una institución de salud cuando su recuperación es satisfactoria. Está indicada especialmente en pacientes de alto riesgo (adultos mayores con necesidades derivadas del proceso vital) que requieren un tratamiento de alta tecnología (quimioterapia, diálisis, administración de medicamentos especiales), que cursan un proceso posquirúrgico, que presentan un diagnóstico con implicaciones a largo plazo (enfermedades crónicas óseas, metabólicas, cardiovasculares, pulmonares y otras) o en fase terminal que requiere la administración de tratamientos especiales de rehabilitación o que tienen equipos de adaptación o apoyo. En algunas instituciones se ha instalado el servicio de atención domiciliaria. La función del personal de enfermería consiste en facilitar los trámites técnico administrativo al paciente y familiares, para lo cual se requiere el expediente clínico, la ropa del paciente y la silla de ruedas o camilla si es necesario (55).

Quizá la familia, todavía con expectativas de curación de la persona enferma, no esté capacitada para afrontar esta situación; asimismo, se pueden dar

familias que, siendo conscientes de lo que está aconteciendo, muestren enfado e ira contra su familiar, contra el equipo, contra el sistema sanitario etc.

Una de las dificultades con las que se puede encontrar un equipo es que la familia, dominada por mecanismos defensivos, no haya podido realizar un proceso de análisis de la realidad y de la inminencia de la muerte. Cuando esto sucede y perdura hasta el fallecimiento de la persona enferma, es muy probable que la atención que ofrece la familia tanto en aspectos emocionales como prácticos no sea del todo adecuada. Posteriormente, además, pueden aparecer temas relacionados con la culpa y con aspectos prácticos que han podido quedar pendientes o no del todo resueltos (cuidado de los hijos, propiedades).

Convendría, también, tener en cuenta que la muerte puede ser vista como algo que puede ofrecer ciertas oportunidades. Una enfermedad no afecta por igual a todas las personas ni a todas las familias. Los seres humanos poseen una realidad interna formada por lo que podríamos llamar sedimentación de experiencias. Se trata de un poso en el que se encuentran sentimientos, afectos, relaciones, recuerdos, y que se forma mediante el intercambio del sujeto con el medio. Frente a realidades externas similares las personas pueden haber desarrollado realidades internas muy diferentes. Recordar esto cuando se trata con familias puede ayudar a los profesionales a no prejuzgar o establecer similitudes interpretativas entre estas, que posteriormente podrían conducir a error en la definición de objetivos y en la intervención (56).

La percepción del familiar cuando se va de alta es de extrema preocupación ya que en todos los casos que se han entrevistado ellos refieren que por el escaso conocimiento que tienen en cuidados a pacientes con secuela neurológica no se sienten preparados para este tipo de cuidados ya que tres de los entrevistados eran portadores de tubo de Traqueotomía y el familiar no tenía los recursos suficientes para pagar a un técnico de enfermería y a la

supervisión de una enfermera, situación que se agrava cuando el paciente es obeso e incapaz de colaborar con el técnico cuidador.

También es necesario destacar que muchas veces los cuidados que la familia le ofrece no son de calidad y muchas veces llegan al fracaso con posterior muerte del familiar y esto crearía un desgaste no solo emocional si no también económico y físico.

C. Atención de salud por sistema de Essalud del asegurado

Esta categoría está compuesta por dos subcategorías las cuales son: Trato del familiar por vigilantes y gastos adicionales asumidos por el familiar del paciente.

Subcategoría: Trato del familiar por vigilantes y falta de ambiente adecuado para espera del familiar.

Durante la entrevista todos los entrevistados manifestaron los maltratos y falta de sensibilidad de algunos trabajadores de vigilancia del hospital ya que los horarios de visita son muy cortos y también porque no tienen una sala adecuada y acondicionada para las largas horas y días de espera, tal como lo manifiesta:

Luis : “aquí un paciente parece que estuviera secuestrado, donde los vigilantes que son unos malcriados y se creen dueños de todos y los médicos que les llaman la atención a los vigilantes, lo enervan y ellos desfogan con los familiares que vienen a ver, nunca se ponen en el caso del dolor que sufre un familiar de un hijo de un hermano que viene a ver a su familia entonces yo no sé si el tema que yo creo que debe tocarse es el tema humano en la especialidad de enfermería si bien es cierto trabajan con la enfermedad y que para curar uno tiene que desligarse del otro tampoco no se debe deshumanizar de esa manera tan desagradable. Entonces ahora estamos

ingresando uno por uno a ver a nuestro padre solo dos minutos, que le podemos decir a nuestro padre en dos minutos solo un te quiero y se acabó somos familia grande y todos tenemos derecho a verlo”.

En relación a la entrevista anterior se puede notar el poco conocimiento del familiar en cuanto al ambiente de la UCIN ya que al albergar pacientes críticos y que están inmuno suprimidos, donde solamente pueden recibir visitas de familiares cercanos y por intervalos de tiempo corto, ya que la condición del paciente es inestable pudiendo contagiarse o adquirir cualquier infección de bacterias o virus que pueden traer o llevar los familiares.

Nancy refiere: *“El tiempo de visita es muy corto de 10 a 15 minutos, el personal de servicio que ponen en las puertas nos apuran que debemos ingresar y salir rápido uno porque podemos adquirir alguna enfermedad y otra llevar fuera del hospital, hasta las 4:30 pm estamos parados nos cansamos y estamos cansados venimos de viaje y hasta sentados en el suelo y no hay mobiliario una banca y los pies duelen, y tenemos que subir del primer piso hasta el quinto piso a pie llegamos muy cansados.*

Se puede observar en la entrevista anterior tal como lo refiere Nancy como se hace una clara referencia al tiempo tan corto que tiene el familiar para visitar a su paciente haciéndose notar su disgusto al trato poco humanizado del personal de vigilancia debido al escaso conocimiento del personal que labora en la unidad. Se hace notar también que la Unidad debido a su infraestructura no cuenta con un lugar adecuado de espera para el familiar.

Manuel : *“lo hemos internado, tenemos que esperar abajo en la sala de emergencia y es demasiado pequeña y tenemos que esperar y pernoctar en los jardines, en los alrededores pasando frío a la espera de alguna novedad o alguna receta que den los médicos porque hay mucha medicina que no tiene el seguro que se supone que ellos deberían estar abastecidos con esos productos pero el familiar tiene que recurrir a farmacias de la calle a buscar*

medicina y uno está en la obligación y necesidad de pernoctar esperando que en cualquier momento por el estado del paciente les den una receta y uno tenga que salir a buscar a comprar; sería bueno que en el servicio de UCIN haya una sala de espera para los familiares porque a veces se requiere medicinas en cualquier momento o a veces una orden para intervención quirúrgica es necesario que el familiar este ahí para la autorización pero muchas veces por no haber un lugar adecuado estamos en la calle prácticamente esperando a ver si el vigilante nos informa o nos llaman. Esto es en cuanto las penurias que pasamos los familiares esperando en los exteriores alguna novedad de nuestro familiar. También al ingresar a la visita es de resaltar que el paciente muestra buenos cuidados en su aseo en su cama y sus sábanas, así como tiene todos los aparatos para monitorear sus signos”

Asimismo, en la entrevista Manuel pone en manifiesto la falta de una infraestructura adecuada para el familiar que muchas veces tiene que pernoctar en los jardines a espera de noticias de su familiar internado o para la compra de algún medicamento. Una vez más se resalta las penurias que pasan el familiar y falta de abastecimiento de las farmacias del hospital, vulnerando el derecho que como asegurado debe gozar proporcionándosele todos los medicamentos que el familiar requiera.

En general conocer cómo percibe el familiar acompañante el cuidado de Enfermería, permite encontrar soluciones y aumentar nuestra calidad de servicio. Los resultados encontrados en este estudio son similares a los estudios relacionados encontrados sobre la atención de enfermería, sin embargo, tenemos el reto de lograr un verdadero cambio, que se manifieste en una calidad de servicio y que tanto el familiar acompañante como el paciente, manifiesten confianza y seguridad en nuestro cuidado, identificándonos como profesionales de la salud (57).

El cuidado de enfermería puede percibirse en la respuesta humana del paciente y familiar acompañante y ellos esperan un trato digno por todo el personal multidisciplinario de salud, es por eso que debemos estar alertas a proporcionar cuidados de calidad al paciente y esto se ve reflejado en la satisfacción del familiar. Las dimensiones de amabilidad, trato personal y oportunidad o tiempos largos de espera por la atención, tiene un alto porcentaje de modificar la percepción del familiar (57).

Como en todas las instituciones públicas y privadas existe un service de vigilancia, y con mucha más razón en el caso de instituciones de salud debería contar con un personal de apoyo (vigilantes) especializados en el trato directo y emocional con familiares de pacientes hospitalizados, ya que muchas veces los familiares se encuentran preocupados y dolidos por la salud de sus seres queridos. En muchas instituciones privadas y públicas de salud este personal demuestra poca preparación para atender situaciones que se presentan en hospitales.

En el Hospital Regional José Cayetano Heredia los familiares demuestran su disconformidad al trato poco amable por parte del personal de vigilancia, a pesar de que los familiares de pacientes hospitalizados en la UCIN cuentan con un pase para ingresar en la mañana para el informe médico y por la tarde en la visita de familiares. Por ser Unidades donde se encuentran pacientes delicados en algunas oportunidades no ingresan debido al estado grave de algún paciente o procedimientos que se realizan y esto ocasiona malestar y conflictos con los vigilantes.

Otro descontento que manifiestan los entrevistados es la falta de una sala de espera y esto ocasiona malestar por la incomodidad y falta de infraestructura adecuada para los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI y UCIN de la institución, lo cual es considerado por ellos mismo con un trato inhumano hacia ellos.

Subcategoría: Gastos Adicionales asumida por el familiar del paciente.

Durante la entrevista de un total de siete entrevistados cinco entrevistados mostraron su preocupación frente a los gastos adicionales en medicamentos, útiles de higiene y otros que tenían que asumir ya que la institución no contaba con el stock de medicinas que el tratamiento de su paciente requería, lo mismo que menoscaba la precaria situación económica de muchos de los pacientes, tal como manifiestan:

Nancy “mortifica que me pidan muchos pañales presto barbas el gasto es diario y piden muchas veces productos de calidad y el papel toalla y hasta Colonia de eso es una parte, también están pidiendo medicinas sondas de succión, filtros y sabiendo que Essalud debe cubrir esos gastos, se supone estamos pagando nuestro seguro por lo que éste debe proporcionar todo para el tratamiento del paciente y no se vea afectado el paciente de bajos recursos. Estos gastos no están a nuestro alcance y por mi parte soy directa y al decirle en mi caso trabajo en una escuela particular Nuestra señora de Fátima con 120 alumnos y me pagan 850 soles mensuales, el mínimo, y gasto diario 20 soles y para viajar desde las 5 de la mañana a las 2:30 pm a veces sin almorzar, fuera de mis pasajes falta los urbanos moto taxi a la casa a dejar mi maletín y llego siquiera a peinarme, es por una parte 6 soles y en total gastó 26 soles diarios.”

En cuanto a la entrevista anterior se observa la mortificación por parte del familiar de comprar muchos medicamentos y materiales para la atención ya que por derecho le corresponde al paciente asegurado que Essalud le proporcione todos los medicamentos y no afectar la economía de la familia del paciente. Este es un fiel reflejo de la crisis que muchos hospitales peruanos están pasando en la actualidad, tenemos un sistema de salud donde es urgente que se plantee cambios para mejorar en favor del asegurado.

Manuel refiere *“bueno, pero casi a diario nos dan recetas a comprar en farmacias particulares, hay medicina que nos cuesta un promedio de 200 que nos crea un gasto interdiario de 600 soles.”*

En la entrevista anterior, se hace referencia al descontento del familiar al tener que asumir gastos extras por compra de medicina, lo cual va en perjuicio de su economía.

Nimia *“Piden pañales, protectores de cama y piden hasta 12 diarios, y francamente comprar, comprar y comprar y tantas cosas, las medicinas que piden cuestan mucho y el regional no tiene.”*

En relación a la entrevista de igual manera tanto para pacientes asegurados como para pacientes del SIS, Essalud no proporciona algunos materiales básicos para el cuidado del paciente, no obstante, el familiar puede recurrir al seguro SIS que proporcione dichos materiales ya que no cuentan con recursos económicos.

Manuel *“que se vieron obligados a llevarlo en el área de cuidados intensivos, pero cabe resaltar que los gastos en la clínica eran demasiados y no podíamos seguir solventando los gastos siendo el asegurado al no presentar mejoría y estando en cuidado intensivos de una clínica, en un promedio de más de dos semanas nos vimos obligados por necesidad económica llevarlo al hospital regional donde se hizo su transferencia con previas coordinaciones había una cama disponible en UCIN”*

En la entrevista anterior se puede resaltar la falta de decisión, orientación, conocimiento donde toman por desesperación decisiones inadecuadas por que siendo paciente asegurado debe recurrir a Essalud, porque tienen derecho a recibir una atención oportuna y de calidad y no hacer gastos innecesarios que muchas veces los familiares al no poder solventar dichos gastos recurren a un

endeudamiento con terceros los cuales perjudican su economía en un corto y mediano plazo.

Los problemas de tipo económico, que pueden estar provocados por la enfermedad o ser anteriores a su aparición y que en ocasiones generan deudas, pueden ser compensados mediante prestaciones económicas puntuales y/o periódicas previa valoración por el servicio competente. En cuanto a los problemas laborales, existen diferentes maneras de articular su resolución mediante bajas laborales, incapacidades para el trabajo, prestaciones y subsidios de desempleo que pueden ser utilizados por la persona enferma y la familia. En estos casos es muy importante, antes de tomar decisiones, consultar a un profesional competente en el tema (56).

Derivar a un recurso es un proceso que requiere cuidado. En la situación en que se encuentran las familias es necesario que accedan al recurso con una amplia información de los pasos a seguir, y siempre que sea posible debe haber habido un contacto previo del profesional derivante, al profesional que facilite el recurso. De esta forma se evita que los familiares vivan situaciones de descontento o desengaño y desgaste adicional. Por otro lado, el equipo debe dejar sus "puertas abiertas" en el sentido de que en caso de dificultades con el recurso propuesto puedan acudir de nuevo en busca de ayuda. Los recursos extra familiares que se ofrezcan deben haber sido previamente identificados como existentes para evitar crear falsas expectativas en su concesión y que posteriormente la familia pueda sentirse engañada en caso de no tener derecho a ellos. Algunos familiares no son capaces de explicitar su temor y se escudan en que es deber del personal asistencial cuidar de estos aspectos dado que ellos han "cotizado durante mucho tiempo a la seguridad social" (56).

Estas situaciones y otras similares deben ser considerados como un signo de preocupación ya que el familiar se siente incapaz de enfrentar estos problemas lo cual genera sentimientos de defensa frente a los sistemas de

salud, es por eso que los profesionales y enfermeras deben estar dispuestos a colaborar en una mejor comunicación acerca de los planes y servicios de salud que presta la institución con tal de transmitirles seguridad y seguimiento continuo en su domicilio en caso que estén de alta.

D. Expectativa del familiar frente al cuidado del paciente.

Esta categoría está compuesta por una subcategoría la cual es: Orientación al familiar sobre el cuidado del paciente cuando este de alta.

Subcategoría: Orientación al familiar sobre el cuidado del paciente cuando este de alta.

Durante la entrevista de los siete entrevistados tres entrevistados manifestaron su preocupación sobre una orientación buena y completa que conlleve a una recuperación del paciente cuando esté de alta en su domicilio tal como manifiesta:

Nimia “yo pido que nos orienten como se va a cuidar a nuestro paciente no tenemos entendimiento, francamente es como cuando uno va a tener el primer hijito no sabemos y le pedimos a ustedes enfermeras y doctores que nos dé su apoyo y poder dar un buen cuidado a nuestro enfermo”

En cuanto en la entrevista anterior el familiar de encuentra preocupada porque es primera vez que tiene que cuidar a un familiar enfermo (su padre), ella nos pide que la orientemos es decir educar en cuanto al cuidado y pide que la apoyen. Es aquí donde el personal de enfermería podría proporcionar un folleto con indicaciones generales y específicas de tan manera que contengan todos los cuidados en cuanto a alimentación, movilización, comunicación entre otros.

Luis “cuando se vaya de alta, me den todas las instrucciones pertinentes que yo debo tener para cuidar a mi padre alimentación, movimiento, pastillas medicina gimnasia, tienen que darme toda la información y que no solo decirme “ya está de alta váyase y tome las pastillas a las 8 a las nueve y a las diez y chau y ya está y se acabó”. tienen que darme toda la información posible para que yo pueda manejar en casa, si no lo puedo cuidar entonces vamos a fracasar en el cuidado”.

Como se puede ver en la anterior entrevista tal como refiere Luis, el familiar pide que no solamente se le de las indicaciones médicas, para él es muy importante la orientación detallada en el cuidado respecto a la movilización, alimentación para que el paciente enfermo no reingrese al hospital con complicaciones sobre agregadas por el mal manejo del paciente postrado con secuela de ACV.

Luis “Nosotros, yo necesito que a los familiares nos den más información, por ejemplo mire nosotros, el medico nos dijo “a tu papa les vamos a ampliar el rango de antibióticos en días y en espectro” yo lo entiendo porque soy ingeniero estudie microbiología y sé que van a ampliar el espectro para captar otras bacterias, destruir otras bacterias y le van a dar un tiempo más largo pero lo que yo no sé, cual va hacer el efecto que va a tener este antibiótico con mi padre, antes de que le pusieran antibióticos, estaba bien, hablaba bien, estaba perfectamente pero cuando le pusieron el antibiótico ahora el tartamudea, le salta la boca, no coordina bien las cosas, se olvida, entonces nosotros debemos estar preparados para ese impacto.”

En el párrafo anterior se pone de manifiesto claramente la incertidumbre por la que muchas veces tiene que pasar el familiar ante el impacto que podría causar algunos tratamientos que se le da al paciente durante la estancia hospitalaria. Es necesario recalcar al respecto que la recuperación de los pacientes con secuela de ACV en un inicio la recuperación del habla es lenta

y progresiva, por eso es importante el uso de la cartilla de abecedario y de palabras para la buena comunicación.

En muchas UCIs, se han realizado estudios y estrategias para comprobar la efectividad de una reunión multidisciplinario junto con la familia del paciente. En estas reuniones, las familias dejan claro que necesitan información correcta y comprensible. Las familias tienen más oportunidades para hablar y expresar sus emociones, donde el personal sanitario realiza un papel fundamental apoyado en todo momento y asesorando en la toma de decisiones difíciles. Dando como resultado una disminución de los síntomas de ansiedad y depresión de los familiares (58).

Las enfermeras de cuidados intensivos desempeñan un papel fundamental en la comunicación entre médico y familia. Ya que son éstas, las que están las 24h, realizando el seguimiento del paciente. Las familias valoran la habilidad de las enfermeras, en la que destacan, la comunicación eficaz, considerada como una de las habilidades más importantes del personal sanitario de una UCI (58).

Durante la entrevista dos de los entrevistados manifestaron ciertos requerimientos hacia al personal de enfermería con la intención de que mejoren su atención y trato humanizado a los pacientes, tal como manifiestan:

Nimia: *“Pido a las enfermeras den una buena atención a todos los enfermos, él es un padre y todos vamos a pasar por esto, yo les digo a las enfermeras y doctores”*

En el caso anterior la entrevistada pide que se les dé una buena atención a todos los asegurados y del SIS ya que todos los seres humanos algún día nos veremos en situaciones similares de enfermedad es por eso que la

entrevistada invoca los profesionales de la salud su buena disposición y trato humano para con los pacientes.

Luis: *“En el área de UCIN se mejore el programa de visitas para los familiares de las personas enfermas.”*

Tal como refiere Luis en el párrafo anterior, él pide que se mejore el programa de visitas para los familiares, modernizando de esta manera el servicio de calidad que se le debe brindar al paciente tal como sucede en otros países desarrollados, servicio con puertas abiertas en la UCIN teniendo en cuenta que el soporte del familiar como vínculo afectivo juega un papel importante en la recuperación del paciente. Se espera que algún día se haga realidad.

La interacción familia-enfermera es clave para propiciar una atención integral, evitar efectos psicológicos adversos y generar entornos terapéuticos humanizados carentes de connotación negativa. Las necesidades cognitivas, emocionales y sociales más relevantes de la familia del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado crítico son: tener información honesta veraz, oportuna, en términos comprensibles, sin falsas expectativas. Creer que hay esperanza, confianza, empatía, disposición y respeto. Tener proximidad, reglas claras, tranquilidad, y sentir que el ser querido recibe sin restricciones cuidados de alta calidad (59).

El familiar se vuelve parte del equipo multidisciplinario dirigido para la recuperación del paciente por eso es necesario estar en constante comunicación interpersonal no solo intelectual si no también emocional creando un soporte afectivo que permita relaciones empáticas entre médico, enfermera, paciente, familiar y allegados.

Por este motivo los familiares coinciden siempre en la preocupación e incertidumbre de como cuidaran diariamente al familiar enfermo en el

domicilio del mismo por eso requieren toda la información relativa a la enfermedad ya que por su naturaleza esta enfermedad muchas veces dejan secuelas permanentes las cuales deberán recibir un cuidado riguroso, terapias y demás acciones de prevención, lo cual demanda no solo disposición (tiempo), si no también recursos económicos y buen manejo de situaciones emocionales (estrés) que se pudieran dar en el proceso de recuperación del paciente cuando esta de alta.

La enfermera enfrenta retos y oportunidades durante el proceso de salud – enfermedad del paciente identificando a tiempo las necesidades que requieren los familiares, frente a una enfermedad que menoscaba la salud de sus seres queridos.

E. Otras Dimensiones

Esta categoría está compuesta por una subcategoría, la cual es la siguiente: Enfermeras y profesionales como instrumentos de Dios.

Subcategoría: Enfermeras y Profesionales como instrumentos de Dios

En esta subcategoría de un total de siete entrevistados cuatro mostraron su apego a la fe que profesan, coincidiendo que las enfermeras y el personal médico son instrumentos de Dios, tan como manifiestan:

Nimia: “pido a ustedes de corazón luchen por mi padre que es padre ejemplar, él está viejecito y tengo fe que él va a salir adelante. Que Dios toque sus manitos ya que ustedes son instrumentos de Dios con la mano de él.”

En la manifestación anterior denota claramente, que el familiar pide que el personal de enfermería brinde sus cuidados oportunos de calidad para la recuperación de la salud de su padre y que Dios intervenga en cada uno de los

actos que se realice y que Dios nos ha entregado ese don de sanar, ser enfermeras y reconocer que las manos del personal de enfermería son la extensión de las manos de Dios. Si no hay buenos cuidados, no hay vida.

Manuel refiere *“también esperamos que se recupere pronto tenemos fe en Dios, en los médicos y en las enfermeras que lo están viendo cada día nosotros confiamos que su recuperación va hacer pronta que no van a quedar secuelas para evitarnos todos estos problemas, que estamos pensando en su atención, control y todo eso.*

En la entrevista anterior el familiar pone de manifiesto sus creencias religiosas, la fe que profesa y las esperanzas que tiene en la recuperación de su querido padre.

Luz: *“gracias a Dios mi padre se está recuperando lentamente gracias a los cuidados de las enfermeras y médicos”*

En relación a la entrevista anterior el familiar agradece a Dios, ella percibe que la recuperación de su padre es lenta gracias a los cuidados de las enfermeras y médicos.

Luis: *“Bueno lo que yo espero que con ayuda de Dios pueda sacar a mi papá de aquí bien”*

Según lo que Luis refiere en la entrevista, el familiar espera que su ser querido salga de alta bien, pero con ayuda de Dios. En este caso se puede notar una vez más como el ser humano se apoya en dios como un soporte en su vida frente a los problemas y situaciones difíciles.

Se demuestra una relación entre las creencias, ritos del personal, manifestaciones de religiosidad, peculiaridades de la imaginaria religiosa observada y las características del contexto en el que se manifiestan.

Aparecen pues elementos propios de una cultura local y de una cultura del trabajo (60).

Se evidencia la convivencia no excluyente de dos medios de curación: por un lado, la medicina y todo su despliegue científico y técnico, basado en la experiencia empírica, y por otro lado una serie de creencias religiosas e incluso esotéricas en el proceso de curación. Estas últimas llegan incluso a ser consideradas por parte de un personal claramente influenciado por su formación biomédica como elementos influyentes en la curación del paciente, como se ha podido demostrar en las entrevistas mantenidas (60).

Como sabemos, todos somos creación de Dios, porque a cada ser humano se le dio un don, y por lo tanto la religiosidad movido por la fe, juega un papel importante en la recuperación del paciente. Para los familiares de la persona la religión y creer en una divinidad les ayuda a manejar fuertes niveles de estrés y mantienen la fe y la esperanza como un medio de curación a sus dolencias.

Por todo esto se concluye que la enfermera influye no solo en el cuidado, recuperación y mantenimiento de la salud, también al tener apego al dolor humano brinda cuidados hasta en las últimas etapas de la vida como es morir con dignidad.

V. CONSIDERACIONES FINALES

Las consideraciones finales, se presentan a continuación:

1. La inconformidad, preocupación fueron los aspectos puntuales que manifestaron los familiares frente al cuidado de enfermería que se les daba a sus seres queridos los cuales en muchas oportunidades se sintieron decepcionados por la falta de una buena atención y muchas veces inhumana en el servicio de emergencia. Dicha inconformidad disminuye cuando el paciente sube al servicio de UCIN ya que indicaron que las enfermeras son más dedicadas a sus pacientes y les brindan un trato personalizado, cuidado y monitoreo continuo las 24 horas del día a los cuales mostraron su agradecimiento. En términos generales si daríamos un diagnóstico al sistema de salud peruano tanto en Essalud y con mayor razón en el SIS, con seguridad este no sería bueno ya que la falta de apoyo y regulación del estado al sistema de salud peruano se nota en el descontento de la población en general lo cual se refleja en la falta de conocimiento de los derechos que tienen los asegurados por cualquier sistema de salud.
2. En relación a los entrevistados manifestaron un fuerte estrés emocional dado que sus familiares al pasar a la Unidad de Cuidados Intermedios, se entiende que son pacientes con riesgo medio – alto lo que se manifiesta en el grado de incertidumbre en los familiares lo cual se agrava por la inadecuada comunicación del personal de enfermería y médico a los familiares del paciente; esto sumado al escaso conocimiento de la patología, sus cuidados y los bajos recursos económicos con que cuentan.
3. En cuanto al trato poco humano y tolerante del personal de vigilancia no les permiten acceder a ver a sus seres queridos ya que es muy corto el tiempo en que los familiares pueden ver a sus pacientes, asimismo hicieron hincapié a la falta de un ambiente adecuado de estadía para el familiar ya que al ser pacientes de alto riesgo necesitan que los familiares estén pendientes ante

cualquier emergencia que se pueda dar. A pesar que el sistema de Essalud está en la obligación de brindar un sistema integral de atención frente al asegurado, los familiares manifestaron su rechazo ante el desabastecimiento de las farmacias de Essalud frente a algunos medicamentos, por lo cual se requiere que compren estos medicamentos que va en perjuicio de su economía ya que muchos de ellos manifiestan ser de condición humilde o no tener recursos económicos para cubrir el gasto diario de estos medicamentos y de útiles de aseo.

4. Se pone en manifiesto que los familiares del paciente asumen el papel de cuidador que, al ser dados de alta, tendrán que contribuir al cuidado, recuperación, rehabilitación y posterior integración a la sociedad de sus seres queridos. La mayoría de los familiares mostraron su preocupación y desconfianza ante la falta de información por parte del personal de enfermería ante la incertidumbre sobre si recibirá una buena capacitación sobre el cuidado de su ser querido cuando se vaya de alta, lo cual se manifiesta también en la falta de recursos económicos para contratar personal capacitado en cuidar pacientes con secuela de ACV. Todos coinciden en pedir una capacitación adecuada e integral que debe llevarse a cabo para la recuperación y rehabilitación a debe llevarse en el domicilio del paciente.
5. Los entrevistados manifestaron la fe que profesan y sus inclinaciones religiosas ya que creen y tienen fe de que el personal de enfermería y médico son instrumentos de Dios.
6. Los entrevistados reconocieron que existe la necesidad urgente, se ejecuten cambios en el sistema de Salud ofrecidos por Essalud y el gobierno. No solo le den una función distinta a los existentes (reorganización) sino cambiar los viejos componentes por nuevos: ágiles, dinámicos, modernos, eficientes en beneficio de los asegurados.

Recomendaciones

Habiéndose establecido las consideraciones finales, a continuación, se señalan algunas recomendaciones emanadas de la investigación:

1. Ofrecer al paciente un trato humanizado, oportuno y de calidad en el servicio de emergencia, así mismo capacitar al personal de enfermería y tener especialidad para el área que labora y saber evaluar que es una emergencia y una urgencia de salud, sobre todo el manejo de familiares que están con total estrés emocional.
2. En el servicio de UCIN la enfermera coordinadora debe programarse por lo menos una o dos veces por semana para una orientación y con apoyo de un psicólogo a los familiares y allegados y se les brinde un buen soporte de terapia emocional con un especialista. Resulta urgente que se haga realidad la ejecución para la construcción de un Hospital de alta complejidad tanto para el asegurado de Essalud y asegurados SIS, con tecnología de punta y buena infraestructura para así eliminar el descontento de la población usuaria, y disminuir las referencias de casos complejos a otros hospitales de ciudades distintas al lugar de origen del paciente y sus familiares.
3. Mejorar las líneas de comunicación entre personal de enfermería – paciente y familiar destinados a lograr un ambiente de confianza y empatía, que estos últimos entiendan la labor que está realizando el profesional de enfermería de UCIN. Se debe elaborar una cartilla informativa o un folleto como guía para el familiar y como mínimo los cuidados: para la comunicación, movilización, alimentación y otros cuidados especiales que pudieran tener cuando el paciente este de alta.
4. Proporcionar al familiar, confianza, empatía, disposición y respeto. Tener reglas claras y hacer sentir que el ser querido recibe sin restricciones cuidados de alta calidad y trato humanizado. Así mismo habilitar cerca de la unidad

UCIN un ambiente amoblado para que el familiar pueda permanecer mientras espera la evolución de su paciente, asignándoles recursos materiales (televisor y proyector de video educativos) para que le provea al familiar una información honesta veraz, oportuna, en términos comprensibles sobre los cuidados que se brinda a los pacientes con esta patología.

5. Es importante y urgente que en el servicio de UCI – UCIN realicen la gestión pertinente para la adquisición y abastecimiento de medicamentos, teniendo en cuenta que son pacientes con riesgo medio – alto y no se vea afectado por causa de este problema la salud y economía del familiar del asegurado de Essalud y Seguro SIS, de esta manera se aliviará en parte la economía y preocupación del familiar.

Referencias bibliográficas

1. Davalos LF, Malaga G. El accidente cerebrovascular en el Perú: una enfermedad prevalente olvidada y desatendida. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2014 Abril; 31(2): p. 400-401.
2. Fernandez S. Las necesidades de los familiares del paciente crítico en una Unidad de Cuidado Intensivos. Informe de Grado. A: Universidad de A Coruña, Escuela Universitaria de Enfermería A Coruña; 2015.
3. Moyano A. El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*. 2010; 1(348-355).
4. Rimoldi M, González F, Cáceres M, Pruvost M, Miranda A, Viale M. Programas para familiares de personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico o un accidente cerebrovascular. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*. 2015 Abril; 07(01): p. 12-23.
5. Aguilar I, Antillanca J, Jaramillo C. Percepción del familiar-cuidador respecto al proceso Enseñanza-aprendizaje realizado por el profesional de Enfermería, sobre los cuidados en el hogar del paciente con secuela de ACV en, recibidos en el Subdepartamento de neurología del hospital clínico. Informe de Tesis. Valdivia: Universidad Austral de Chile, Escuela de Enfermería; 2011.
6. Montalvo A, Badran Y, Cavadías C. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares principales de pacientes con ACV. Cartagena (Colombia). *Revista Científica Salud Uninorte*. 2010 Diciembre; 26(02).
7. Marquez M. La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos. Informe de Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Bogota; 2012.
8. Huatuco G. La Calidad del Cuidado de Enfermería y el grado de Satisfacción según Percepción del Paciente Adulto Mayor en el Servicio de Geriatria del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el mes de Noviembre – Diciembre del

2008. Tesis. Peru: Universidad Ricardo Palma, Lima; 2009.
9. Martinez K. Percepción del Familiar del Paciente Crítico, sobre a atención que brinda la Enfermera ante una Crisis Situacional en los Servicios de Medicina de un Hospital Nacional de Lima - 2014. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2014.
 10. Montoya H, Flores S. Factores de riesgo y tipo de Accidente Cerebro Vascular en población adulta, atendida en los Hospitales del Minsa, Iquitos – 2014. Informe de Tesis, Universidad Peruana del Oriente, Facultad de Enfermería, Iquitos; (2014).
 11. Nunura A. Percepción del paciente sobre el Cuidado de Enfermería en el servicio de Medicina del Hospital de la Amistad Perú Corea II.2-Santa Rosa Mayo 2013. Tesis. Piura: Universidad Nacional de Piura, Piura; 2013.
 12. Mendoza R. Expectativas y Percepción del Cuidado de Enfermería del Paciente en el área de Medicina del hospital Cayetano Heredia. Enero - Marzo 2010. Tesis. Piura: Universidad Nacional de Piura, Piura; 2010.
 13. Vargas M. Percepción del Paciente y de los familiares acerca del cuidado profesional de Enfermería en el Hospital Santa Rosa. Tesis. Piura: Universidad Nacional de Piura, Piura; 2012.
 14. Haguai J. Percepción de pacientes y familiares sobre el cuidado que brinda el interno de Enfermería de la UNMSM en los Servicios Generales del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión-2008. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2009.
 15. Alvarez E. La Familia del Paciente Hospitalizado. [Online].; 2013 [cited 19 04 2017. Available from: HYPERLINK "http://ucidesdemisojos.blogspot.pe/2013/03/la-familia-del-paciente-hospitalizado.html" <http://ucidesdemisojos.blogspot.pe/2013/03/la-familia-del-paciente-hospitalizado.html> .

16. Paravic T. Scielo. [Online].; 2010 [cited 2017 04 19. Available from: HYPERLINK "http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100002"
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100002 .

17. Benavent A, Francisco C, Ferrer E. Los Modelos de Cuidado. [Online]. [cited 2017 04 19. Available from: HYPERLINK "https://enfermeriasczbo.files.wordpress.com/2009/08/fund_de_enferm_cap5.pdf"
https://enfermeriasczbo.files.wordpress.com/2009/08/fund_de_enferm_cap5.pdf

18. Bautista L, Arias M, Carreño Z. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Revista Cuidarte. 2016 Diciembre; 07(02).

19. Calle E. Modelos Enfermeros : Teoría del Deficit del Auto cuidado de Dorothea Elizabeth Orem. [Online].; 2013 [cited 2017 Abril 20. Available from: HYPERLINK "http://modelosenfermeros2013.blogspot.pe/2013/05/teoria-del-deficit-del-auto-cuidado.html"
<http://modelosenfermeros2013.blogspot.pe/2013/05/teoria-del-deficit-del-auto-cuidado.html> .

20. Diaz L, Durand M. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Universidad De La Sabana. [Online].; 2013 [cited 2017 Abril 20. Available from:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18/36>.

21. Bellido J, Ledinez J. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Primera ed. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.

22. Kantor Neurology. MEDLINE PLUS. [Online].; 2015 [cited 2017 04 29. Available from: HYPERLINK
["https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000726.htm"](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000726.htm)
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000726.htm>
23. OMS. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2014 [cited 2017 abril 29. Available from: HYPERLINK
["http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/es/"](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/es/)
http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/es/ .
24. Sociedad Argentina de Cardiología. Colegio de Farmaceuticos de la Provincia de Buenos Aires. [Online].; 2011 [cited 2017 marzo 30. Available from: HYPERLINK
["http://www.colfarma.org.ar/Cient%C3%ADfica/Documentos%20compartidos/2011%20Guia%20Actualizacion%20ACV.pdf"](http://www.colfarma.org.ar/Cient%C3%ADfica/Documentos%20compartidos/2011%20Guia%20Actualizacion%20ACV.pdf)
<http://www.colfarma.org.ar/Cient%C3%ADfica/Documentos%20compartidos/2011%20Guia%20Actualizacion%20ACV.pdf> .
25. Ludke M, Andre E. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
26. Vanegas B. La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. Rev. Col. Enf. 2011;6(6): 128-142. www.uelbosque.edu.co/sites/default/file/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen6/investigacion_cualitativa.pdf.
27. Glat R. Somos iguais a vocês. Depoimentos de mulheres com deficiência mental: Agir; 1989.
28. Bertaux D. L'approche biographique: sa validé methologique, ses potentialités. Cahiers internationaux de sociologie, n. 69, p. 197-225, 1980.
29. Camargo A. Os usos da história oral e da história de vida. Trabalhando com

- elites políticas. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, 1984. p.5 a 28.
30. Kolhi M. Biografía: relato, texto, método. In: BERTAUX, D. Biography. A. Society. Beverly Huis, c. USA: Publications. Inc, 1981. p, 61-75.
 31. Minayo M. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
 32. Rodriguez G. et al. Metodología de la investigación cualitativa. 2. ed. México Interamericana, 1999. p. 57-61.
 33. Chizzotti A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.4ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.
 34. Santos et al. O método de historia de vida na pesquisa em educacao especial. Rev. Bras., Marilia. Maio-ago. 2004, v.1, n 2, p. 235-250. Edicao especial.
 35. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1988.
 36. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2011 Dic. 7]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
 37. Rada D. El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad.
 38. Monserrat O. Calidad de atencion que brinda enfermeria a los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva. Informe de Investigación. Cordova: Hospital de Transito Caceres de Allende de la Ciudad de Cordova, durante el periodo Julio - Setiembre del 2009, Argentina; 2010.

39. Universidad Autónoma de Madrid. UAM. [Online].; 2011 [cited 2017 Marzo 13. Available from: https://www.uam.es/docencia/ocw/cursos/estebaninmersion/Tema_3_El_paciente_como_persona_texto.pdf.
40. Vergeles J. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. [Online].; 2013 [cited 2017 Marzo 15. Available from: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1185.
41. Fernández B, Morillo J. Atención de Enfermería en Urgencias y Emergencias. Primera ed. Difusión Avances de Enfermería (DAE SL), editor. Madrid-España: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2004.
42. Barranco A; Vargas D. Tutorial de Enfermería de Urgencias. Edición Abreviada Tomo I ed. Madrid: Editorial CEP,S.L.; 2010.
43. Gonzalez C. Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrato Risaralda, Febrero a Abril de 2009. Informe de Tesis. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería, Santa Fe de Bogota, DC; 2009.
44. Ministerio de Salud. Convenio específico de Cooperación Interinstitucional entre el Seguro Social de Salud y el Ministerio de Salud para el Intercambio de Prestaciones Asistenciales. [Online].; 2008 [cited 2017 Marzo 20. Available from: http://www.sis.gob.pe/PDF/Resol_Direc/CONVENIO%20MINSA-ESSALUD.pdf.
45. Equipo de formulación del Plan Estratégico 2012-2016, Oficina Central de Planificación y Desarrollo (OCPD). PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2012-2016 ESSALUD. [Online].; 2012 [cited 2017 Marzo 20. Available from: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_2012_2016.pdf.

46. Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud. [Online].; 2011 [cited 2017 Marzo 21. Available from: http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/objetivos.html.
47. Seguro Social de Salud - Essalud. Norma para las Prestaciones Asistenciales en los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedio del Seguro Social de Salud - EsSalud. 2015. Disposiciones específicas de los Recursos Humanos. Pagina 9.
48. Vargas M, Cortes G. Una reflexión sobre valores y principios bioéticos en la práctica de la Enfermería. Revista Mexicana de Enfermería. 2010 Enero - Agosto; 18(1-2).
49. Ceballos P. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. [Online].; 2010 [cited 2017 04 04. Available from: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_04.pdf.
50. Garzon F. Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. [Online].; 2013 [cited 2017 04 04. Available from: http://jean-watson.blogspot.pe/p/contenido-del-modelo-conceptual_30.html.
51. Franco R. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M. Abril 2003. Informe de tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2004.
52. Marquez M. La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos. Tesis de Maestría. Bogota: UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, Facultad de Enfermería; 2012.
53. Turrent J, Talledo L. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. [Online].; 2004 [cited 2017 marzo 17. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3_2_04/mie06204.pdf.
54. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2017 [cited 2017 Marzo 13. Available from: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/es/.

55. Rosales S, Reyes E. Fundamentos de Enfermería. 3rd ed. Moderno EM, editor. Mexico D.F.: El Manual Moderno; 2004.
56. Novellas A, Pajuelo M. SECPAL. [Online].; 2014 [cited 2017 Marzo 03. Available from: <http://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-LA-FAMILIA-DE-LA-PERSONA-ENFERMA>.
57. Ramos V, Rico R, Martínez P. Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. Enfermería Global. 2012 Enero; I(25).
58. Gómez L. El paciente crítico en la UCI: saber comunicarse con el y su familia. Informe de Fin de Grado. Barcelona: Universitat Internacional de Catalunya, Facultat de Medicina y Ciencias de la Salud; 2015.
59. Bernal D, Horta S. Cuidado de Enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. Enfermería Universitaria. 2014 Agosto; 4(154 - 163).
60. Martínez P, Beltrán T, Candela F. Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante. [Online].; 2001 [cited 2017 Marzo 17. Available from: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5053>.

Anexos



ANEXO 01

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
ESCUELA POST GRADO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERÍA**

**PERCEPCIÓN Y EXPECTATIVAS DEL FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO
DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON SECUELA DE ACCIDENTE
CEREBRO VASCULAR EN LA UNIDAD DE UCIN-2016**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona:

Edad: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Parentesco: _____

Lugar de procedencia: _____

Seguro: _____

Hable de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación sobre la percepción y expectativas que usted tiene sobre el cuidado de enfermería en sus pacientes con secuela de accidente cerebro vascular en UCIN.



ANEXO N°02

TERMINO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Percepción y expectativas del familiar sobre el cuidado de enfermería en pacientes con secuela de accidente cerebro vascular en la unidad de UCIN, es un estudio, que está siendo realizado por la Licenciada en enfermería Lic. Faustina Mandamientos Mamani, bajo la orientación de la Mgtr. Sonia Aleida Rubio Rubio.

En ese sentido, se formuló la pregunta norteadora, como vertiente del estudio:

- ¿Qué percepción tiene el familiar respecto al cuidado que le brinda la enfermera al paciente con secuela de ACV en la UCIN - Piura?
- ¿Qué expectativas tiene el familiar respecto al cuidado que le brindará al paciente con secuela de ACV cuando este de alta del servicio de la UCIN - Piura?

El estudio contribuirá para potenciar la calidad de cuidado, y brindar educación al familiar respecto al cuidado de su paciente con secuela de ACV cuando este de alta. Para la recolección de las informaciones se realizará una entrevista individual abierta, la cuál será registrada en una grabadora de audio, al familiar en el Servicio de UCIN.

Luego las entrevistas serán transcritas en su totalidad para el análisis respectivo.

Al personal de enfermería que desea participar en el estudio, se le garantizará el derecho a la identidad e intimidad; además de esclarecimiento respectivo antes, durante y después del desarrollo de la investigación sobre cualquier duda referente al estudio.

Lic. Faustina Mandamientos Mamani

Yo: mediante los esclarecimientos arriba citados, acepto participar de la entrevista.

Firma del entrevistado