



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**CUIDADO HUMANIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DESDE LA PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR
HOSPITAL VITARTE MINSA 2018**

PRESENTADA POR
JOSE ALBERTO SALAZAR JUAREZ

ASESOR
DRA. GEZEL RAQUEL VASQUEZ JIMENEZ

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
INTENSIVA**

**LIMA – PERÚ
2018**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE POSGRADO

**CUIDADO HUMANIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DESDE LA PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR HOSPITAL
VITARTE MINSA 2018**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR**

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTENSIVA

PRESENTADO POR

JOSE ALBERTO SALAZAR JUAREZ

ASESORA

DRA. GEZEL RAQUEL VASQUEZ JIMENEZ

LIMA, PERÚ

2018

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	2
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad y factibilidad	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	11
2.3 Definiciones de términos básicos	16
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Formulación de la hipótesis	18
3.2 Variables y su operacionalización	18
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Tipos y diseño	19
4.2 Diseño muestral	19
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	20
4.4 Procesamiento y análisis de datos	20
4.5 Aspectos éticos	20
CRONOGRAMA	21
PRESUPUESTO	22
FUENTES DE INFORMACIÓN	23
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

Humanizar la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) implica por parte de los profesionales de salud tratar a las personas hospitalizadas con cercanía y afecto. Lo que observamos desde hace algunas décadas es que la evolución científica y tecnológica viene siendo espectacular en cuanto al tratamiento médico especializado, sin embargo, aún falta mucho en el avance del aspecto humano. Hay muchos factores que limitan esta mejora, entre ellos, la arquitectura de los módulos de atención que hacen difíciles la convivencia entre profesionales de salud, pacientes hospitalizados y sus familias ⁽¹⁾.

Humanizar la UCI tiene que ver con la formulación, ejecución y evaluación de políticas sanitarias considerando como eje básico el respeto a la dignidad humana. Esto conlleva incluir en la formación profesional la temática de atender al paciente de manera integral en sus dimensiones físicas, emocionales, intelectuales y sociales ⁽²⁾.

En el 2015, las autoridades de salud de la ciudad de Madrid trabajaron un Plan de Humanización de la UCI, para que sirva de guía en los hospitales de las ciudades españolas ⁽³⁾. El referido Plan se dio a conocer como Manual de Buenas Prácticas el 2017 ⁽⁴⁾.

En el 2017, la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva, organizó la “I Jornada Internacional Multidisciplinaria de Humanización de los Cuidados Intensivos”, introduciéndose por primera vez en el Perú el Proyecto HU-CI. Participaron pacientes, familiares y diferentes profesionales de UCI. Se trataron diversos temas relacionados con el trato humano al paciente y el profesional ⁽⁵⁾.

En este evento internacional se señaló que estudios realizados sobre humanización en las UCI concluyen que se necesita un mejoramiento en la atención brindada por el personal de salud en la interacción de inicio, proceso y salida con el paciente y sus familiares, a fin de lograr la satisfacción y recuperación óptima de los mismos.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la percepción del familiar respecto del cuidado humanizado que ofrecen los profesionales de salud a su paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Vitarte -MINSa, durante el 2018?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar la percepción del familiar respecto del cuidado humanizado que ofrecen los profesionales de salud a su paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Vitarte – MINSa, durante el 2018.

Objetivos específicos

Identificar la percepción del familiar respecto del cuidado humanizado que ofrecen los profesionales de salud a su paciente en la dimensión biológica en la UCI del Hospital Vitarte – MINSa, durante el 2018.

Identificar la percepción del familiar respecto del cuidado humanizado que ofrecen los profesionales de salud a su paciente en la dimensión sociocultural, en la UCI del Hospital Vitarte - MINSa, durante el 2018.

Identificar la percepción del familiar respecto del cuidado humanizado que ofrecen los profesionales de salud a su paciente en la dimensión espiritual, en la UCI del Hospital Vitarte - MINSA, durante el 2018.

Identificar la percepción del familiar respecto del cuidado humanizado que ofrecen los profesionales de salud a su paciente en la dimensión emocional, en la UCI del Hospital Vitarte - MINSA, durante el 2018.

1.4 Justificación

La UCI del hospital Vitarte - MINSA tiene una alta demanda de hospitalización en estado crítico que sobrepasa su capacidad de atención, por lo que el familiar siente preocupación por la atención humanizada que se les pueda ofrecer, más aún, por su limitada participación en los momentos más vulnerables del paciente, lo cual deriva muchas veces en desequilibrio emocional de la familia que pasa frecuentemente desapercibido por los profesionales de salud.

El profesional de salud debe ofrecer a la familia información sencilla, clara y exacta sobre el enfermo, actuar con precisión, rapidez y decisión. No hay que olvidar que, en cuanto al sufrimiento infringido por el cuidado intensivo, este es mayor sin ninguna duda entre los familiares que entre los mismos pacientes, sabiendo que ellos desempeñan un rol importante en la mejora del enfermo.

En tal sentido, en esta investigación se tiene en cuenta el trinomio básico de la UCI: profesionales de salud, paciente y familiares; para conocer desde la percepción del familiar las diferentes dimensiones humanas que se vive en la UCI del hospital Vitarte - MINSA.

1.5 Viabilidad y factibilidad

En el hospital Vitarte - MINSA se cuenta con los recursos humanos, materiales, financieros y de servicios que garantizan la viabilidad del desarrollo de la investigación.

La investigación propuesta es factible porque existe el acceso directo para la toma de la muestra y la participación del personal de salud de la UCI que en un alto porcentaje tiene una experiencia de más de 10 años. Además, es políticamente factible dado que el Ministerio de Salud está propiciando la humanización de las UCI a nivel nacional.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Holanda M, et al. (2017) publicaron un artículo que tenía como objetivo dar a conocer los niveles de complacencia de trato humano que recibían los enfermos hospitalizados y sus familiares en la UCI de un hospital de España. El estudio es realizado en un periodo de veinte semanas. Se trabajó con cuestionario validado mediante encuestas que determinaron elevados grados satisfactorios con respecto de los tratos recibidos por las personas internadas y sus parientes. Contrariamente, el grado de concordancia entre estos no es tan alto como se podría suponer ⁽⁶⁾.

Mateos D, (2017) publicó una investigación bibliográfica, dando a conocer las ventajas que genera la integración de los familiares durante la estancia de su paciente en la UCI. Para tal efecto, utilizó la información científica registrada en reconocidos buscadores virtuales, afirmando los beneficios positivos de la participación del pariente responsable en el tratamiento de su enfermo hospitalizado en estado crítico. Se concluye con la necesidad de continuar trabajando en el trato humano en las UCI, además de fortalecer el compromiso humanitario a los enfermeros, para brindar un cuidado excelente a la persona internada y una adecuada comunicación al familiar responsable ⁽⁷⁾.

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2016) publicó un Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016 – 2019, con el objetivo de enfatizar en la UCI de sus hospitales el trato humano.

El comité que elaboró el Plan estableció las siguientes líneas estratégicas de acción: UCI de puertas abiertas. Comunicación. Bienestar del paciente. Presencia y participación de los familiares en los Cuidados Intensivos. Cuidados al profesional. Prevención, manejo y seguimiento del síndrome post – cuidados intensivos. Infraestructura humanizada. Cuidados al final de la vida ⁽⁸⁾.

Valenzuela M, (2015) publicó una investigación sobre la humanización en los servicios de salud. El objetivo del estudio fue conocer la percepción que poseen los profesionales de la salud de los servicios de urgencias sobre el cuidado humanizado y averiguar aquellos factores que interfieren en este tipo de atención. Para la recogida de datos se utilizó la entrevista semiestructurada y la observación participante. Los resultados determinaron que el proceso de humanización de los cuidados está relegado, porque se da más importancia al tratamiento médico especializado, determinándose débiles relaciones interpersonales con el paciente y su familia ⁽⁹⁾.

Martínez ME, (2015) publicó una investigación sobre el cuidado humanizado con el objetivo de conocer la percepción de autoeficacia del cuidado humanizado al paciente de cuidados intensivos en el hospital Centro de Especialidades Médicas Dr. Rafael Lucio en Xalapa, Veracruz, México. La muestra estuvo conformada por 15 enfermeras de dicho nosocomio de los

turnos matutino, vespertino y nocturno. Se utilizaron dos instrumentos, uno de medición de las variaciones sociodemográficas y otro para el cuidado del paciente. Este último con algunas adaptaciones fue el “Caring Efficacy Scale”, desarrollados por Carolie Coates en 1992, basado en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Jean Watson. Los resultados de esta investigación son aún insatisfactorios, encontrando percepciones ligeras de cuidado humanizado a los pacientes hospitalizados en cuidados intensivos ⁽¹⁰⁾.

Gómez LI, (2015) publicó una investigación sobre “El Paciente Crítico en la UCI: saber comunicarse con él y su familia”. Se trata de una revisión de la literatura mediante PUBMED y GOOGLE Académico, para la obtención de la información con bases de datos científicas. Se determinó que, con la colaboración de la familia, en los cuidados del paciente, los resultados resultan muy positivos. En tal sentido, se remarca que es necesario satisfacer las necesidades de información veraz, comprensible y eficaz, lo que muchas veces plantea desafíos particulares estresantes en el ámbito de una UCI. Se concluye que son necesarias las habilidades de comunicación en el quehacer sanitario. La escucha activa es un recurso de gran importancia. Las familias necesitan adecuadas explicaciones, tiempo para analizar la información y apoyo profesional para afrontar las dificultades y tomar decisiones ⁽¹¹⁾.

Heras G, (2014) publicó un artículo sobre la humanización en la UCI de los hospitales. El estudio describe que, en los últimos 30 años, el desarrollo

tecnológico de las UCI ha evolucionado rápidamente posibilitando un alto porcentaje de recuperación de la salud de los pacientes hospitalizados. El

resultado de su estudio determina que hay la percepción que la tecnología ha relegado al trato humanizado de las personas hospitalizadas. Concluye que el trato deshumanizado se da cuando se acorta la descripción de las historias clínicas, escasea la escucha activa y los profesionales trabajan en condiciones incómodas ⁽¹²⁾.

Tamayo DC, (2013) publicó una investigación sobre la calidad de la escala para medir el nivel de satisfacción de los servicios de salud en la UCI de tres hospitales de la ciudad de Bogotá. El objetivo fue determinar los requisitos que debe ofrecer una escala para medir de manera confiable y válida. Se comparó el puntaje de la escala seleccionada con otros instrumentos que pretenden medir la misma variable. El resultado obtenido fue positivo. La conclusión fue que la escala utilizada para medir la satisfacción de los familiares (ESFUCI) en cuanto a su contenido y estructura suministra la garantía necesaria de medición ⁽¹³⁾.

Ramírez CA, et al. (2013) publicaron un artículo de investigación sobre el cuidado de enfermería en la UCI del hospital Neiva, Colombia. El objetivo fue evaluar el cuestionario para recopilar los datos pertinentes. Las investigadoras elaboraron 44 ítems y lo aplicaron a 119 pacientes hospitalizados, confirmándose su validez y confiabilidad al obtenerse un valor de 0.848 con el indicador de Alfa de Cronbach. Se concluyó que era aplicable para la investigación el referido instrumento ⁽¹⁴⁾.

Fernández L, et al. (2013) publicaron un artículo sobre el estrés del paciente en UCI. El objetivo del estudio era identificar los factores estresantes en las

personas hospitalizadas y determinar las acciones utilizadas por los enfermeros para minimizar dichos factores. La muestra fue de 16 hospitalizados y 50 enfermeros, se utilizaron cuestionarios validados. Los resultados señalan que estresan al paciente: quedarse mirando el techo; falta de privacidad; desubicarse en la fecha del día; escuchar los lamentos de otros pacientes. Los enfermeros indicaron hacer acciones de humanización en su labor. Las conclusiones determinan que la condición de estrés para el paciente es variable. Los profesionales de salud hacen su trabajo de acuerdo con el protocolo establecido, el cual en la práctica presenta vacíos frente a la problemática que presentan algunos enfermos ⁽¹⁵⁾.

Rodríguez M, Zuta R, (2016) publicaron una investigación realizada en la UCI del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí, Arequipa, Perú. El objetivo de estudio es conocer el trato comunicativo de la enfermera con los familiares del enfermo hospitalizado. La población de estudio estuvo conformada por 54 parientes de los hospitalizados. Los resultados en cuanto a su apreciación, en la dimensión verbal y no verbal es que alrededor del 77.00% considera un trato adecuado y el 96.30% afirmó que las enfermeras apoyan emocionalmente. Se concluye que los familiares perciben un buen trato de parte del personal de enfermería ⁽¹⁶⁾.

Ramírez LE, (2016) presentó al V Congreso Internacional de Bibliotecas Universitarias (CIBU 2016), celebrado en la Pontificia Universidad Católica

del Perú, la ponencia “Nuevo enfoque humanista de la administración desde la perspectiva de las ciencias de la vida”. El objetivo es sustentar la necesidad de considerar el enfoque humanista en toda actividad del hombre. El autor

hace un prolijo análisis de las diferentes dimensiones del enfoque humanista, expresando que la evidencia empírica ha demostrado la necesidad de construir organizaciones en las que se ponga el adecuado acento en el ser humano. Concluye que el enfoque humanista debe ser considerado en toda organización, porque el ser humano, es una persona con ambiciones, problemas, rutinas, costumbres y empeños, que podemos identificarlo como un ser complejo con virtudes y defectos ⁽¹⁷⁾.

Castro BC, (2015) publicó una investigación realizada en la UCI del Hospital Belén de Trujillo, sobre la vivencia de la persona adulta con tubo endotraqueal. El objetivo es llegar a descubrir y comprender las vivencias tal cual lo viven estos pacientes, para recapacitar y preocuparse del trato que se ofrece. La muestra fue de 13 pacientes. En los resultados, se identificaron expresiones vinculadas a fallecimiento, ansiedad, padecimiento, apremio, divinidad. Se concluye que la vivencia de una persona adulta en estado crítico es de gran angustia, por lo que su atención debe orientarse a apaciguar su desconsuelo y proporcionarle una comunicación asertiva en estos momentos difíciles de su vida ⁽¹⁸⁾.

Guerrero R, et al. (2015) publicaron una investigación sobre “Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson”, realizado en el Servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión, Callao. El objetivo

es determinar la calidad de atención humana que brindan los enfermeros. La población de estudio fue de 46 profesionales de enfermería que laboran en los Servicios de Medicina. En el resultado se encontró que el cuidado humano que ofrecen los enfermeros es regular en un 52%, mientras que el 26% es

alto. Se concluyó que el cuidado humanizado se da en forma regular y es necesario implementar estrategias, planes de mejoras y capacitación continua, para fortalecer la sensibilización del personal de enfermería en su buen trato al paciente ⁽¹⁹⁾.

El hospital María Auxiliadora de Lima, (2014) publicó un estudio sobre la percepción de los interesados acerca del servicio que brinda. Se utilizó como herramienta el SERVQUAL que permite determinar la brecha que relaciona las perspectivas de los interesados y sus percepciones sobre el servicio que brinda la organización, la cual es el indicador para la mejora del servicio.

Las conclusiones fueron que el usuario muestra un nivel de Insatisfacción de 57.2% ⁽²⁰⁾.

2.2. Bases teóricas

Cuidado humanizado

La concepción teórica en este aspecto se basa fundamentalmente en la Teoría de Margaret Jean Watson. En 1979, Watson expone la teoría sobre el cuidado humanizado de los pacientes hospitalizados. En 1985, publica el libro titulado: *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing* (Enfermería: ciencia y cuidados humanos. Una teoría de enfermería)

en el que corrige y complementa su primer planteamiento, considerando los siguientes aspectos en el proceso de cuidar: 1. Sistema de valores humanos altruistas, que implica la satisfacción que se recibe al ayudar a otra persona, al ejercer un trabajo de calidad que satisface las expectativas del paciente. 2.

Cultivo de la sensibilidad ante uno mismo y los demás, cuando se atiende al paciente. 3. Inculcar la fe y esperanza, referido a estimular al paciente para que adopte conductas saludables. 4. Relación ayuda – confianza entre enfermera – paciente, que significa congruencia, empatía, afecto no posesivo y una comunicación eficaz. 5. La enfermera y el paciente tienen manejo emocional diferente. 6. Las dificultades propias del paciente deben atenderse de manera pertinente para que éste tome providencias adecuadas. 7. Mantener adecuadamente informado al paciente. 8. Estar siempre dispuesto a aprender y mejorar la práctica profesional desde una perspectiva humana. 9. Hacerse una autoevaluación y evaluación del paciente desde las dimensiones físicas, psicológicas y sociales, para mejorar la atención al paciente. 10. Fomento de las fuerzas existenciales, es decir además del profesionalismo, tener ciertas destrezas que faciliten el asertividad con el paciente ⁽²¹⁾.

Concepto de percepción

Es el resultado de la interrelación de factores internos vinculados a sus saberes previos, capacidad de comprensión y al interés de la persona y de factores externos como la comunicación, entre otros, por ello no todos percibimos o interpretamos un hecho o fenómeno de igual forma ⁽²²⁾. La percepción implica posibilidad o en algunos casos delirio ⁽²³⁾.

Percepción del cuidado humanizado

Se trata de la relación del cuidador y el paciente. Hay por lo menos 9 comportamientos frecuentes e importantes en la interacción del cuidador – ser cuidado en el concepto de cuidado humanizado: 1. Sentimientos del

paciente. 2. Características del personal sanitario. 3. Dar apoyo emocional. 4. Dar apoyo físico. 5. Cualidades del hacer del personal sanitario. 6. Pro actividad. 7. Empatía 8. Priorizar al ser cuidado. 9. Disponibilidad para la atención. Ello dignifica al paciente y fortalece su autonomía ⁽²⁴⁾.

Tipos de percepción

Las investigaciones modernas en cuanto a percepción han ampliado su alcance superando los sentidos clásicos de visión, audición, tacto, olfato y gusto.

Percepción visual

Es un proceso que utiliza los ojos, a través de los cuales penetran las ondas luminosas y llegan al cerebro donde se descifra la información. La teoría Gestalt estudia la actitud y la conducta del ser humano en el contexto de la percepción visual. Actualmente hay nuevos estudios que relacionan las dimensiones cognitivas y neurológicas en la comprensión de la visión humana ⁽²⁵⁾.

Percepción auditiva

Es la representación mental del entorno sonoro inmediato. Se lleva a cabo en el cerebro y de ella deriva la interpretación y la comprensión de nuestras sensaciones auditivas. La audición es un proceso fisiológico, mientras que la percepción es cognitiva, por lo que los estímulos sonoros se transforman en

información. Mediante las percepciones auditivas tomamos conciencia de nosotros mismos y de los demás, descubrimos nuestros entornos desde el más próximo al más lejano y nos comunicamos e interactuamos con quienes nos rodean. De esta forma, reconocemos y discriminamos personas, objetos

y situaciones. La contaminación acústica es el exceso de sonido que altera las condiciones normales del ambiente y afecta negativamente a la calidad de vida de las personas ⁽²⁶⁾.

Percepción táctil

Es la capacidad de recepcionar, interpretar e integrar los estímulos recibidos a través de las terminaciones nerviosas de la piel. La percepción táctil está vinculada a la piel, para los griegos reflejaba la caricia del alma. En los infantes el sentido del tacto va a estar ubicado fundamentalmente en la boca y los labios, luego se va a ir desarrollando en las manos, los dedos, palmas de los pies y cara ⁽²⁷⁾.

Percepción olfativa y gustativa

El olfato y el gusto son sentidos químicos, porque la percepción del olor o sabor se da través de sustancias químicas que provocan la reacción de estos sentidos. La teoría aún no explica como una persona con solo 347 receptores olfativos reconoce más de 10 000 olores diferentes.

El sentido del gusto está ubicado en la lengua donde se encuentra la papila gustativa conformada con micro vellosidades y se apoya con el sentido del olfato ⁽²⁸⁾. La función del gusto es permitir la selección de alimentos, distinguir entre alimentos comestibles y sustancias venenosas ⁽²⁹⁾.

La familia

La OMS define familia como "Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de

los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial". La familia es "conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan". En la Declaración Universal de los Derechos Humanos se establece que la familia debe ser protegida por el Estado y la sociedad ⁽³⁰⁾.

Cuidado humanizado

Es el conjunto de interacción permanente y continua de atención profesional y humana a la persona hospitalizada que busca la recuperación de su salud. En tal sentido, el personal de salud hace una atención integral considerando los aspectos biológicos, socio culturales, espirituales, emocional ⁽³¹⁾.

La dimensión biológica trata de velar por el estado corporal completo y equilibrado del paciente ⁽³²⁾.

La dimensión sociocultural de una persona es su capacidad para relacionarse con su entorno. Por ello, la cultura es un instrumento que posibilita que el ser humano crezca y se desarrolle en diferentes ámbitos. La comunicación, es un instrumento que ha hecho posible la existencia de lo que denominamos sociedad ⁽³³⁾.

La dimensión espiritual está referida al sentido último de las cosas y la referencia Dios, para el creyente religioso. En este sentido, hay modos concretos de expresar la fe y las relaciones espirituales ⁽³⁴⁾.

La dimensión emocional está relacionada con la gestión de las emociones, por lo que el personal de salud debe tener habilidades asertivas en su comunicación con los pacientes ⁽³⁵⁾.

2.3. Definición de términos básicos

Percepción familiar: Es el acto que la familia realiza para recibir, interpretar y comprender la información que se capta a través de los sentidos ⁽³⁶⁾.

Unidad de cuidados intensivos: Es una unidad de servicio especializado, que atiende a pacientes en estado grave que requieren de una vigilancia permanente y el soporte tecnológico de órganos vitales ⁽³⁷⁾.

Cuidado humanizado: Es el conjunto de interacción permanente y continua de atención profesional y humana al paciente para lograr su bienestar y recuperación ⁽³⁸⁾.

Paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos: Es el paciente que tiene alguna condición grave de salud que pone en riesgo su vida y que por tal motivo requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros de control vital ⁽³⁹⁾.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

No corresponde hipótesis.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Percepción del familiar respecto del cuidado humanizado que ofrecen los profesionales de salud a su paciente en la UCI del Hospital Vitarte	Es la respuesta del familiar del paciente de UCI, acerca del cuidado humanizado que le brinda el profesional de salud según las dimensiones Biológico, Sociocultural, Espiritual y emocional.	Cuantitativa	<p>Dimensión biológica</p> <p>Interés en los procesos fisiológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nutrición - Evacuación - Aseo - Descanso - Atención del dolor <p>Dimensión sociocultural</p> <p>Intimidad física durante la atención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intimidad personal - Respuestas al paciente - Indicar los protocolos a realizar - Información a los familiares del paciente <p>Transculturalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> -Facilitar la realización de sus creencias y costumbres <p>Relaciones Interpersonales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación - Confianza - Individualidad <p>Dimensión espiritual</p> <ul style="list-style-type: none"> -Favorecer la práctica religiosa del paciente <p>Solidaridad hacia el prójimo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contacto físico en situación de enfermedad - Colocación de objetos religiosos fortalecen el espíritu <p>Dimensión emocional</p> <p>Disponibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> -Atención inmediata <p>Empatía</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interés por su ánimo - Establece una relación cercana y amable - Escucha - Expresión de temores y dudas 	Ordinal Ordinal Ordinal Ordinal	<p>Favorable</p> <p>Medianamente favorable</p> <p>Desfavorable</p> <p>Favorable</p> <p>Medianamente favorable</p> <p>Desfavorable</p> <p>Favorable</p> <p>Medianamente favorable</p> <p>Desfavorable</p> <p>Favorable</p> <p>Medianamente favorable</p> <p>Desfavorable</p>	<p>Ficha de encuesta de percepción del familiar</p> <p>Ficha de encuesta de percepción del familiar</p> <p>Ficha de encuesta de percepción del familiar</p> <p>Ficha de encuesta de percepción del familiar</p>

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

El tipo de investigación es cuantitativo porque la variable percepción es susceptible de medición. En la dimensión temporal el diseño es transversal porque la recolección

de datos se hace en un solo corte en el tiempo. Es aplicativo porque los resultados de la investigación pueden ser utilizados para la solución de un problema práctico inmediato referido al trato humanizado del paciente de UCI.

4.2 Diseño muestral

Población universo: La población está conformada por los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI del Hospital Vitarte, durante los meses de estudio.

Unidad de análisis: Familiar del paciente que se encuentra hospitalizado en UCI del Hospital Vitarte.

Criterios de selección de la muestra: Se consideran criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión

- Familiares de pacientes hospitalizados al momento de realizar la encuesta en la UCI del Hospital Vitarte.
- Familiares que hayan acompañado a su paciente durante una estancia de cinco días.

Criterios de exclusión:

- Familiares que hablen otro idioma diferente al español.

4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos

La técnica a utilizarse es la encuesta. El instrumento un cuestionario. Se utilizará como referencia el cuestionario adaptado "Percepción del familiar respecto al

cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente en la UCI” de Verónica Gaby Díaz Rivera aplicado en su investigación para optar el título de Enfermería Intensivista en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos el 2017. Este instrumento consta de 22 ítems, las primeras seis preguntas responden a la dimensión biológica, las preguntas de los números 7 al 13 se relacionan con la dimensión sociocultural, del 14 al 17 responden a la dimensión espiritual y del 18 al 22 a la dimensión emocional. En este cuestionario se utiliza la escala de Likert.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento y análisis de datos se realiza con el programa estadístico SPSS que permite obtener información significativa y la elaboración de tablas y gráficos estadísticos.

4.5 Aspectos éticos

La información que se recabe de los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI del Hospital Vitarte será voluntaria y confidencial.

CRONOGRAMA

	2019
--	-------------

Pasos	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Redacción final del proyecto de investigación	x										
Trámites de aprobación del proyecto de investigación		x									
Aplicación de la encuesta			x	x							
Aplicación del SPSS para el procesamiento y análisis de datos					x						
Redacción del informe						x	x				
Revisión del trabajo de investigación								x	x		
Trámites de aprobación del trabajo de investigación									x		
Proceso de sustentación de la tesis										x	
Elaboración y publicación del artículo científico											x

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	100.00
Soporte especializado	500.00
Transcripción	300.00
Impresiones	500.00
Logística	250.00
Refrigerio y movilidad	300.00
Total	1950.00

1. Heras La Calle G, Cruz M. Buscando Humanizar los Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Torrejón. Rev Bras Ter Intensiva. Madrid, España. 2017.
2. Díaz V. Percepción del familiar respecto al cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente en la UCI- UCIN del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú. 2017.
3. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Madrid, España. 2016. Extraído el 18 de agosto de 2018. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/el-plan-de-humanizacion-de-las-uci-de/>
4. Grupo de investigación multidisciplinar. Proyecto HU – CI Manual de Buenas Prácticas de Humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid. 2017.
5. SOPEMI SOPEMI. I Jornada Internacional Multidisciplinaria de Humanización de los Cuidados Intensivos: *HU – CI*. Lima – Perú. 2017. Extraído el 20 de agosto de 2018. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/rumbo-a-lima/>
6. Holanda Peña M, Marina Talledo N, Ruiz E, Lanza Gómez JM, Ruiz Ruiz A, García Miguelez A, Gómez Marcos V, Domínguez Artiga MJ, Hernández Hernández MA, Wallmann R, Llorca Díaz J. Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. UCI del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. España. Artículo. Vol. 41, Número 2, marzo de 2017. Extraído 20 de agosto de 2018. Disponible en: <http://medintensiva.org/es/satisfaccion-unidad-cuidados-intensivos-uci-/articulo/S0210569116301358/>
7. Mateos D. Los beneficios de integrar a la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Universidad Autónoma de Madrid. 2017.
8. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos. 2016. Extraído el 20 de agosto de 2018. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2016/10/PlanHUCI.pdf>

9. Valenzuela M. ¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de urgencia? Universidad de Alicante.2015. Extraído el 20 de agosto de 2018. Disponible en:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50212/1/tesis_martina_valenzuela_anguita.pdf
10. Martínez ME. Percepción de autoeficacia del cuidado humanizado que otorgan las enfermeras al paciente de cuidados intensivos, Universidad Veracruzana, México. 2015. Extraído el 20 de agosto de 2018. Disponible en:
<https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/46452/MartinezMartinezMaEsther.pdf;jsessionid=DA9D5F647E65215615AA92EDEF24EF72?sequence=2>
11. Gómez LL. El paciente crítico en la UCI: saber comunicarse con él y su familia. Universidad Internacional de Catalunya. España. 2015.
12. Heras G. Proyecto HU – CI Humanizando los cuidados intensivos. Revista IntraMed. España. 2014. Extraído el 20 de agosto de 2018. Disponible en:
<https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=87592>
13. Tamayo DC. Validación de la escala de satisfacción familiar CCFSS en unidades de cuidado crítico en hospitales universitarios de Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. 2013. Extraído el 21 de agosto de 2018. Disponible en:
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/13710/TamayoFuenDianaCarolina2013.pdf?sequence=1>
14. Ramírez CA, Perdomo AY, Galán EF. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Artículo de Investigación, av.enferm., XXXI (1): 42-51, 2013. Neiva, Colombia. Extraído el 21 de agosto de 2018. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a05.pdf>
15. Fernandes L, Machado C, Fernandes VM, Salazar MB. Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. Revista SciELO, versión On-line ISSN 1695-6141. Enferm. glob. vol.12 no.32 Murcia oct. 2013.
16. Rodríguez M, Zuta R. Nivel de satisfacción del familiar del paciente respecto a la comunicación brindada por la enfermera de cuidados intensivos, Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo. Arequipa, Perú. 2016. Extraído el 21 de agosto de 2018. Disponible en:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4606/ENSroyamm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

17. Ramírez LE. Nuevo enfoque humanista de la administración desde la perspectiva de las ciencias de la vida. V Congreso Internacional de

- Bibliotecas Universitarias (CIBU 2016). Lima, Perú. 2016. Extraído el 22 de agosto de 2018. Disponible en: http://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/52630/enfoque_humanista_administracion_ramirez.pdf?sequence=1
18. Castro BC. Vivencia de la persona adulta con tubo endotraqueal: contribución para un cuidado humanizado. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Trujillo. Perú. 2015. Extraído 30 de agosto de 2018. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/81/CASTRO_RODRIGUEZ_BETTY_CARIDAD_PERSONA_ADULTA_TUBO_ENDOTRAQUEAL.pdf?sequence=7
 19. Guerrero R, Meneses ME, De La Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson Servicio de Medicina, Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao. 2015. Extraído el 30 de agosto de 2018. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967>
 20. Hospital María Auxiliadora. Encuesta de satisfacción aplicada en los usuarios externos de hospitalización. Ministerio de Salud. Perú. 2014. Extraído el 30 de agosto de 2018. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/calidad/INFOR-15/SERVQUAL-14/SERVQUAL-HOSPITALIZACION-2014.pdf>
 21. Izquierdo E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la Inteligencia Emocional, una vida humana. Revista cubana de enfermería. Vol.31, Número 3. 2015. La Habana, Cuba.
 22. Tomer M. Modelos y Teorías de Enfermería. 4ta Edición. Barcelona. Ed. Madrid. España: Hacourt S.A. 2000.
 23. Mayeroff M. El arte para servir a sí mismo. Editora Récord. Brasil. 1971.
 24. Hagei JT. 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. Lima – Perú.
 25. Alberich J, Gomez D, Ferrer A. Universitat Oberta Catalunya. Extraído el 31 de agosto de 2018. Disponible en: [https://www.exabyteinformatica.com/uoc/Disseny_grafic/Diseno_grafico/Diseno_grafico_\(Modulo_1\).pdf](https://www.exabyteinformatica.com/uoc/Disseny_grafic/Diseno_grafico/Diseno_grafico_(Modulo_1).pdf)
 26. Camara A. Percepción auditiva. 2013. Extraído el 01 de setiembre de 2018. Disponible en:

https://ocw.ehu.eus/pluginfile.php/1990/mod_resource/content/1/tema_2._PERCEPCION_AUDITIVA-LENGUAJE_MUSICAL_urriak_10_.pdf

27. Aranda L. Percepción y audición. Universidad de Buenos Aires. 2013.
28. Yasuda H. Sistema sensorial olfativo y gustativo. 2014. Extraído el 01 de setiembre de 2018. Disponible en: https://www.academia.edu/17448783/Sistema_sensorial_Olfativo_y_Gustativo
29. Yasuda H. Sistema sensorial olfativo y gustativo. 2014. Extraído el 2 de setiembre de 2018. Disponible en: https://www.academia.edu/17448783/Sistema_sensorial_Olfativo_y_Gustativo
30. Díaz VG. Percepción familiar respecto al cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente en la UCI. UNMSM. Lima- Perú.2017.
31. Bermejo JC. Humanizar la salud. Counselling en salud .Archivos de la Memoria, ISSN-e 1699-602X.
32. Almeida E, Castro R, Guzmán M, Mena M. Manual de la enfermería. Madrid: Cultural S.A. 2008.
33. Rodríguez A. Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. Costa Rica. 2011.
34. Porcel A. Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. Gerokomos 18. 2007.
35. Velázquez S. Salud física y emocional. Universidad Autónoma de Hidalgo. Extraído el 3 de setiembre de 2018. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT100.pdf
36. Franco R. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención que realiza la enfermera durante la crisis situacional en la UCI. Hospital Edgardo Rebagliati Martinis.UNMSM. Lima – Perú.2003.
37. Organización Panamericana de la Salud. Calidad en la atención y seguridad del paciente. Extraído el 3 de setiembre de 2018. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=34

12%3Acalidad-atencion-seguridad-paciente&catid=1530%3Apatient-safety&Itemid=2166&lang=es

38. Bermejo JC. Humanizar la salud. Counselling en salud, .Archivos de la Memoria, ISSN-e 1699-602X.
39. Takroui, MS. Unidad de Cuidados Intensivos. Publicaciones científicas, LLC.) 3 (2). ISSN 1528-8315. 2004.

Título	Pregunta de investigación	Objetivos	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
El cuidado humanizado en la UCI desde la percepción del familiar en el hospital Vitarte en el 2018	¿Cuál es la percepción del familiar respecto del cuidado humanizado que ofrecen los profesionales de salud al paciente en la UCI del Hospital Vitarte, durante el 2018?	<p>General Determinar la percepción del familiar respecto del cuidado humanizado que ofrecen los profesionales de salud al paciente en la UCI del Hospital Vitarte, durante el 2018.</p> <p>Específicos Identificar la percepción del familiar respecto del cuidado humanizado que ofrecen los profesionales de salud al paciente en la dimensión biológica en la UCI del Hospital Vitarte, durante el 2018.</p> <p>Identificar la percepción del familiar respecto del cuidado humanizado que ofrecen los profesionales de salud al paciente en la dimensión sociocultural, en la UCI del Hospital Vitarte, durante el 2018.</p> <p>Identificar la percepción del familiar respecto del cuidado humanizado que ofrecen los profesionales de salud al paciente en la dimensión espiritual, en la UCI del Hospital Vitarte, durante el 2018.</p> <p>Identificar la percepción del familiar respecto del cuidado humanizado que ofrecen los profesionales de salud al paciente en la dimensión emocional, en la UCI del Hospital Vitarte, durante el 2018.</p>	Cuantitativo. Descriptivo. Transversal. Aplicativo.	<p>Población: familiares de los pacientes hospitalizados en UCI del Hospital Vitarte.</p> <p>Procesamiento: uso de paquete estadístico SPSS.</p>	Técnica: encuesta. Instrumento: cuestionario adaptado del aplicado en la investigación "Percepción del familiar respecto al cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente en UCI" utilizado para optar el título de Enfermera Intensivista en la UNMSM el 2017.

2. Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO

DATOS GENERALES

1. Edad

- a. 18 a 25 años
- b. 26 – 30 años
- c. 31 – 40 años
- d. Mayor de 40 años

2. Sexo

- a. Femenino
- b. Masculino

3. Estado civil

- a. Soltero
- b. Casado
- c. Conviviente
- d. Divorciado
- e. Viudo (a)

4. Grado de instrucción

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Superior
- d. Iltrado

5- Lugar de procedencia

- a. Costa
- b. Sierra
- c. Selva

6. Parentesco

- a. Padres
- b. Hijos
- c. Cónyuges
- d. Hermanos
- e. Otros

N°	DIMENSIONES	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
	DIMENSIÓN BIOLÓGICA			
	Los profesionales de salud:			
1	Se preocupan por la nutrición / alimentación de su familiar.			
2	Cuando usted acude a la UCI observa que su paciente tiene el pañal limpio.			
3	Le realizan el baño de esponja, hidratación de la piel y cambios posturales a su familiar para que esté limpio y cómodo.			
4	Procura para su familiar un ambiente agradable para su descanso.			
5	Cuando su familiar presenta algún malestar recibe atención oportuna.			
6	Respetan la intimidad de su familiar, colocando un biombo /separador			
	DIMENSIÓN SOCIOCULTURAL			
7	Se preocupan por orientar de manera adecuada las dudas, acerca del estado de salud de su familiar.			
8	Antes de realizar algún procedimiento (Aspirado, secreción bronquial, colocación SNG/SOG, sonda Foley y otros), le explican a su familiar de manera clara de que trata el procedimiento.			
9	Se comunican asertivamente con los familiares.			
10	Muestran respeto por sus opiniones, tradiciones o la cultura de su familiar.			
11	Animan a su familiar y propician el diálogo.			
12	Realizan una comunicación y escucha afectiva a su familiar.			

13	Se acerca a su familiar, le saluda y lo presenta siempre por su nombre.			
	DIMENSIÓN ESPIRITUAL			
14	Se le han acercado a preguntar a su familiar de su religión que profesa.			
15	Le hacen sentir a su familiar de manera cercana como una persona valiosa.			
16	Le permiten que su familiar hospitalizado tenga sus objetos religiosos de acuerdo con sus creencias.			
17	Contribuyen a que su familiar, pueda ser visitado por un sacerdote o pastor, de acuerdo a sus creencias.			
	DIMENSIÓN EMOCIONAL			
18	Atienden a su familiar de manera oportuna cuando requiere algo.			
19	Suelen alentar a su familiar cuando presenta un estado de ánimo decaído.			
20	Mantienen un trato cercano y encantador con su familiar durante su hospitalización.			
21	Escuchan cortésmente al familiar del paciente cuando solicitan información.			
22	Invitan a su familiar a expresar sus dudas y temores.			

