



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

SATISFACCIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO RESPECTO AL CUIDADO
HUMANIZADO EN CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL MINS
A
2025

PRIMARY CAREGIVER SATISFACTION REGARDING TO HUMANIZED
CARE IN INTENSIVE CARE OF A MINS
A HOSPITAL 2025

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
INTENSIVOS

AUTOR

YADIRA YEESABEL QUINTEROS PORRAS

ASESOR

ROSSANA PASCUALA GONZALES DE LA CRUZ

LIMA - PERÚ

2024

ASESOR DE TRABAJO ACADÉMICO

ASESOR

Lic. Esp. Rossana Pascuala Gonzalez De La Cruz

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: 0000-0001-9178-4530

Fecha de Aprobación: 19 de Setiembre del 2024

Calificación: Aprobado

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mis padres por haberme inculcado el deseo de superación constante, a mi esposo por impulsarme a crecer profesionalmente día a día a mi asesora por brindarme el soporte académico para sacar este trabajo adelante.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por regalarme una familia excepcional, a mis padres por su apoyo incondicional, a mis hermanos por ser el motivo que me impulsa a ser mejor y a mi esposo por ser mi soporte y sobre todo por demostrarme su paciencia y comprensión durante el desarrollo de este trabajo.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El trabajo es autofinanciado.

DECLARACIÓN DEL AUTOR

El contenido del trabajo de investigación es original y declaro que su elaboración ha seguido los lineamientos establecidos para respetar la ética en investigación y tiene por finalidad optar por el título de segunda especialidad profesional en enfermería en cuidados intensivos. Declaro no tener conflictos de intereses relacionados con este trabajo de investigación, además la redacción de los enunciados y conclusiones son de absoluta responsabilidad de la autora.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

SATISFACCIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO RESPECTO AL CUIDADO
HUMANIZADO EN CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL MINSA
2025

PRIMARY CAREGIVER SATISFACTION REGARDING TO HUMANIZED
CARE IN INTENSIVE CARE OF A MINSA HOSPITAL 2025

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
INTENSIVOS

AUTOR
YADIRA YEESSABEL QUINTEROS PORRAS

ASESOR
ROSSANA PASCUALA GONZALES DE LA CRUZ

LIMA - PERÚ
2024

→ **18% Similitud estándar** Filtros

Fuentes
Mostrar las fuentes solapadas ⓘ

| | | | |
|---|----------|-------------------------|---------------------------|
| 1 | Internet | hdl.handle.net | 2% |
| | | 12 bloques de texto | 133 palabra que coinciden |
| 2 | Internet | repositorio.ucv.edu.pe | 2% |
| | | 7 bloques de texto | 88 palabra que coinciden |
| 3 | Internet | repositorio.upch.edu.pe | 2% |
| | | 7 bloques de texto | 88 palabra que coinciden |

TABLA DE CONTENIDOS

| | Pág. |
|--------------------------------------|-------------|
| RESUMEN | |
| ABSTRACT | |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. OBJETIVOS | 16 |
| III. MATERIALES Y MÉTODOS | 17 |
| IV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 23 |
| V. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA | 28 |
| ANEXOS | |

RESUMEN

Es de conocimiento que el cuidado es la esencia de Enfermería y éste implica satisfacer las necesidades del paciente de forma holística. En las Unidades de Cuidados Intensivos donde la tecnología, la ciencia y el conocimiento complejo priman, la humanización del cuidado es un reto y una necesidad para la profesión de enfermería. El profesional cumple un rol importante al emplear los recursos posibles para preservar la vida del paciente en estado crítico, así también al momento de brindar asistencia al familiar cuidador entendiendo su desconocimiento, preocupación, estrés, angustia, etc. que surge a partir del ingreso de su familiar a estas unidades críticas; por ello surge el interés de desarrollar este estudio. Objetivo: Determinar el nivel de satisfacción del familiar cuidador respecto al cuidado humanizado en la unidad de cuidados intensivos de un hospital MINSa en 2025. Material y método: El enfoque es cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal. La población estará constituida del 80% de cuidadores de los pacientes admitidos en UCI en el periodo de enero a Julio 2025. La técnica utilizada para la obtención y recolección de datos será la encuesta y el instrumento será un cuestionario que usa la escala de Likert que consta de 27 ítems.

Palabras clave:

Cuidado humanizado, cuidados intensivos, cuidador primario

ABSTRACT

It is known that care is the essence of nursing and this involves satisfy the patient's needs in a holistic way. In Intensive Care Units where technology, science and complex knowledge prevail, the humanization of care is a challenge and a necessity for the nursing profession. The professional plays an important role using possible resources to preserve the life of the patient in critical condition, as well as in providing assistance to the family caregiver, understanding their lack of knowledge, concern, stress, anguish, etc. that arises from the entry of their family member to these critical units; Therefore, the interest arises in developing this study. Objective: Determine the level of satisfaction of the family caregiver regarding humanized care in the intensive care unit of a MINSA hospital in 2025. Material and method: The approach is quantitative, descriptive and cross-sectional. The population will consist of 80% of caregivers of patients admitted to the ICU in the period from January to July 2025. The technique used to obtain and collect data will be the survey and the instrument will be a questionnaire that uses the Likert scale that It consists of 27 items.

Keywords: Humanized care, intensive care, primary caregiver

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la humanización en el área sanitaria pasó a ser una necesidad importante para la atención al usuario, es por ello que se disponen políticas que aseguren una prestación adecuada al paciente. Las personas que padecen alguna enfermedad necesitan la atención de expertos calificados y además con sentido de humanidad que les permitan participar en su cuidado. (1) Cuidar es el pilar fundamental del ejercicio profesional de enfermería, por lo que se considera una herramienta para ayudar a los demás; es una forma de relacionarse con el prójimo, lo que la enfermera asume la responsabilidad de la atención individualizada favor del paciente, donde la tecnología y las personas se complementan para brindar un cuidado integral. (2)

Por lo tanto, un especialista en enfermería debe tratar a su paciente de forma humanizada, más aún aquellos vulnerables, como es el caso de los que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), un ambiente con alta dificultad, donde son admitidos aquellos cuyas funciones vitales están delicadamente alteradas. Es dentro de estas unidades que los enfermeros enfrentan la muerte todos los días; dado el estado de sus pacientes, trabajan para mantenerlos vivos y que puedan recuperar su salud, teniendo apoyo de la tecnología y ciencia. En las unidades de cuidados intensivos, los pacientes críticos reciben cuidados de soporte vital, haciendo uso de equipos biomédicos con tecnología avanzada y tratamientos agresivos (sedación, intubación, ventilación mecánica y monitoreo invasivo), con el objetivo de emplear las medidas posibles para preservar la vida. (2)

Los modelos y teorías que fundamentan la profesión de enfermería utilizan un enfoque humanista respecto al cuidado, es por ello que Jean Watson, teórica de enfermería, en 1999 planteó que el cuidado no es un procedimiento ni una acción; si no un proceso asociativo y entremezclado de sensaciones compartidas entre la enfermera y el paciente. (3) Watson también manifiesta que “cuidar es el primer acto de toda persona y es parte fundamental del ser para llegar a ser”. La consecución de un cuidado humanizado implica además de una adecuada atención, abarcar y atender todas las necesidades del paciente, teniendo en cuenta que hay aspectos más profundos que precisan que existe alguien que necesita ser cuidado.

Por otro lado, el concepto de cuidado humanizado engloba la promoción, preservación, tratamiento y garantía de recibir una vida sana y grata dentro de lo espiritual, físico, emocional y colectivo. Además, se vuelve relevante fomentar el cuidado que genere bienestar, calidad de vida, protección e inclusión cultural, mediante el uso de tecnología con enfoque humano y centrado en el individuo, esto implica que los profesionales deben actuar con anhelo, compromiso y responsabilidad empleando la benevolencia y el conocimiento. La Organización Mundial de la Salud indica en su constitución que “Toda persona tiene derecho al más alto nivel posible de salud y ha hecho de la atención de calidad la meta de la salud para todos, de la cual se percibe y satisface a los pacientes y su entorno.”(4)

A partir de esta premisa, el entorno del paciente juega un rol importante, más aún el familiar cuidador, que es aquella persona o familiar que asume la responsabilidad máxima en la atención y asistencia diaria del paciente (5); debido a la complejidad en UCI, el familiar puede experimentar momentos de angustia y preocupación, así

como altos niveles de estrés. Según información científica “el incremento de los niveles de estrés en las familias sucede en aquellas unidades donde hay más tecnología y más vigilancia por parte del equipo de salud” (6)

Así pues, un hospital MINSA, cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos que recepciona pacientes derivados de toda la Selva Central con situaciones de enfermedad complejas y cuyos familiares desempeñan el rol de familiar cuidador durante su estadía en esta unidad, estableciendo una relación estrecha con el personal de enfermería por ser la conexión entre el equipo de salud y los cuidadores debido a su permanencia continua en la unidad. En ese sentido, se planteó la necesidad de investigar la satisfacción del familiar cuidador de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos, entendiéndose esta área como una de las más complejas y hasta cierto punto limitantes del hospital.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años, se ha observado que el desarrollo científico es cada vez más innovador en cuanto a métodos de tratamiento especializado, pero, hace falta un largo avance del aspecto humano. El ambiente hospitalario es visto como un escenario frío y rígido, más aún las unidades de cuidados intensivos, las cuales son percibidas como zonas estresantes y sin individualidad por muchos motivos: pacientes con riesgo esencial apremiante que se les aparta de su entorno rudamente, uso de elementos invasivos, el entorno con tecnología compleja para todo aquel que no trabaja en este campo incluidos los familiares cuidadores preocupados por el estado de salud de sus parientes que se encuentran en la UCI.

Una amenaza existente dentro de los aspectos de la vida misma está relacionada con la deshumanización y se observa también en los servicios de salud y hospitales de nuestro país, los que no son ajenos a esta realidad. Debido a las experiencias en el entorno laboral, se ha evidenciado el vínculo que establecen los familiares cuidadores con el personal de enfermería y cómo ellos conciben su participación en las unidades de cuidados intensivos que va desde enfrentar la muerte hasta el rol relevante que cumple la enfermera mostrando su preocupación, cuidado y “humanidad.

Debido a esta interacción, los cuidadores experimentan situaciones en las cuales la calidad de atención se encuentra cuestionada, es por ello que surge el interés de investigar y precisar el nivel de satisfacción o insatisfacción en los cuidadores primarios dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos formulando esta pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de satisfacción del familiar cuidador respecto al cuidado humanizado en la Cuidados Intensivos de un hospital MINSA en 2025?

1. ANTECEDENTES

INTERNACIONALES

Martínez (2021) en México, publicó un artículo de revisión titulado “Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos” en el que señala que la humanización es una obligación actual por la evidencia encontrada en la mejora de la evolución de los pacientes, incremento de satisfacción en los familiares y apoyo al personal de salud que trabaja en estas unidades. Esta evidencia se encuentra en las unidades denominadas “puertas abiertas” donde el paciente se siente más acompañado de

quien él decide, los familiares participan más en el cuidado y sobre todo se promueve mayor comunicación y se fortalece el binomio enfermera-paciente. (7)

Sanjurjo & Casari (2020) publicaron un extracto dentro del libro Salud Pública y Salud Mental titulado “Trato humanizado en familiares de UTI en un hospital público de Mendoza – Argentina”; cuyo objetivo fue analizar características de la calidad de atención en un equipo profesional de Cuidados Intensivos desde la mirada de familiares de pacientes internados en este servicio, y evaluar si ésta responde a trato humanizado. Los resultados obtenidos fueron que un 95% de los participantes consideran que el equipo demuestra atención y predisposición a responder consultas y explicar procedimientos; el 97.5% del personal se preocupa de alguna manera u otra por el bienestar emocional y físico, tanto de ellos como el del paciente. (8)

Rojas (2019), publicó el artículo “Humanización de los Cuidados Intensivos” en el que resalta que por el nivel de información que hay en la UCI es necesario formar al profesional en comunicación efectiva, con el fin de involucrar a familiares y pacientes en el cuidado. Para mejorar la labor multidisciplinaria, disminuir problemas e incrementar la confianza, se hizo entrega del reporte diario en conjunto con enfermería, se organizó reuniones familiares y se tomó en cuenta la demanda de información que es muy solicitada. Así también, se ha evidenciado más ventajas que peligros enmarcados en el manejo flexible de horarios y participación familiar. Un ejemplo: un paciente cómodo, reduce complicaciones cardiovasculares, incrementa la satisfacción familiar, y mejora la comunicación. (9)

Joven Z. et al. (2018), desarrollo el trabajo “Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería”; los autores aplicaron “pche 3ª versión” instrumento que abarca la evaluación global del cuidado humanizado. Dentro del rubro “Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)”: se examinó el cuidado desde el enfoque del respeto del individuo de cuidado a partir de sus principios, creencias y lenguaje particular. El resultado encontrado fue: 60 % indica que “siempre” se priorizo el cuidado y un 4 % “nunca” lo concibió. En la sección “Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona”, se encontró que el 42 % de los participantes con condición de salud crítica, siempre percibió apertura a la comunicación para brindarle educación en salud y solo el 9 % nunca percibió dicha apertura. (10)

NACIONALES

Diaz, E. (2021) en su trabajo titulado “Cuidado humanizado de enfermería en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos”, obtuvo como resultado que existen problemas resaltantes para desarrollar un cuidado humanizado adecuado; por parte de enfermería estarían la escasez de preparación en habilidades de comunicación y emociones, los equipos adecuados y las buenas prácticas, así también se concluyó que enfermería se centra únicamente en la parte biomédica, poniendo énfasis en lo técnico y apartando el área sensible del paciente; además indicó que no practican la comunicación efectiva, dejando de lado la comunicación verbal y no verbal. (11)

Asmat et al. (2018) en su trabajo “Comunicación y apoyo emocional de enfermería según el Familiar del paciente crítico en un hospital de Lima Metropolitana, setiembre – diciembre 2018”, plantea como objetivo general determinar la relación

entre la comunicación y el apoyo emocional de la enfermera desde la óptica del familiar del paciente crítico en el Hospital Cayetano Heredia, del cual se desglosan las dimensiones de comunicación verbal, no verbal y apoyo emocional para determinar la relación entre ambas variables. (12)

Salazar (2018) desarrolló un estudio titulado “Cuidado humanizado en la unidad de cuidados intensivos desde la percepción del familiar Hospital Vitarte MINSA 2018” en el cual se planteó como objetivo específico identificar la oferta del cuidado humanizado hacia los pacientes a partir del punto de vista de familiar vinculado a la dimensión emocional. El autor señala que la dimensión emocional involucra la gestión de emociones, por esta razón el personal sanitario tiene que ser asertivo al comunicarse con pacientes. De esta premisa se derivan dos indicadores: la disponibilidad (Atención inmediata) y la empatía (Interés por el estado anímico, instalar un vínculo cercano y amable, escucha y expresa sentimientos). (13)

Calle (2018) en su trabajo de tesis “Percepción de la calidad de atención de enfermería y grado de satisfacción del familiar del paciente crítico, UCI cardiológica del hospital 2 de Mayo, 2018” demostró que 63% de familiares posee una percepción regular relacionado a la calidad de atención de enfermería, el 32.4% buena y solo el 7.4% perciben una mala atención. (14)

3. JUSTIFICACIÓN

La profesión de enfermería tiene como fin el cuidado dirigido a asegurar y/o mantener la salud del paciente de forma holística incluyendo su entorno, el cual no solo abarca el área científica sino también en el aspecto humano; es por ello que el

presente trabajo de investigación busca conocer la satisfacción del cuidador primario respecto al cuidado que brinda enfermería específicamente en el área de cuidados intensivos de un hospital de MINSA.

La necesidad de realizar esta investigación surge a consecuencia de la amenaza de deshumanización en el cuidado del paciente, que inicia a partir de la gran reestructuración administrativa del sistema de salud, el cual ha creado una perspectiva equivocada del profesional de enfermería frente al cuidado que brinda. Así mismo la calidad de cuidado brindado por el personal de salud es considerada como estándar de acreditación de los establecimientos de salud del MINSA contemplados en la NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 050 - MINSA / DGSP - V.02, la cual se aplica en todas las entidades de salud y además se constituye como norma técnica mediante la Resolución Ministerial 456-2007 MINSA el 06 de junio del 2007, por lo cual el desarrollo de este proyecto contribuye al conocimiento de la percepción de la familia sobre el cuidado de enfermería.

En base a ello, el presente trabajo de investigación aportará al conocimiento, permitiendo la mejora continua del cuidado fortaleciendo la identidad profesional y perfeccionando la relación enfermera-paciente.

4. PROPÓSITO

El desarrollo de esta investigación busca aportar con claridad el panorama del cuidado humanizado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, tema que no ha sido muy explorado en la actualidad por la profesión de enfermería y que permitirá proponer estrategias para mejorar la relación enfermera-paciente-entorno. Existe un vacío teórico respecto al tema, por lo que es primordial contar con datos reales y de índole científico sobre la satisfacción del cuidador respecto a la atención

que brinda enfermería quien no debe limitarse solo al abordaje fisiológico, sino que la prioridad debe ser el paciente en forma holística enfocada en lograr la satisfacción del cuidador entorno a la comunicación verbal, no verbal y la asistencia emocional. Este estudio será trascendental para la profesión en la consolidación de su rol como cuidadora especializada con enfoque humanístico.

5. BASE TEÓRICA

Existen muchos conceptos para el significado de calidad en las prestaciones sanitarias que no existe una sola idea que englobe su magnitud. La persona que participa en el proceso de calidad posee una perspectiva distinta y cada uno brinda importancia a términos que considere más adecuados.

Conexión ESAN, un portal de negocios de ESAN Graduate School of Business, señala que los requisitos que considera un paciente para determinar la calidad del servicio son: la brevedad en la atención, la estructura del establecimiento, el perfil de los trabajadores y la imagen que proyecta la institución. Para el personal que presta el servicio, sin minimizar lo anterior, la calidad se basa en el área científica, técnicas y tecnológicas involucradas dentro de este proceso, al igual que la experiencia laboral óptima.

Con estos conceptos se pretende evidenciar que la calidad sanitaria no se sustenta en un único juicio, ya que se origina desde la perspectiva de cada individuo y son validadas de acuerdo al papel que cumplen en el proceso.

Desde otro enfoque y para los expertos, como Avedis Donabedian de la Universidad de Michigan, quien es llamado padre de la calidad en la atención en salud, define a la calidad como: "tipo de atención que se espera para aumentar el bienestar del

paciente, una vez estudiado el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todos los actores del proceso de atención".

En el marco de esta afirmación, el autor propuso perspectivas distintas y clasifica tres tipos de calidad:

Calidad absoluta: Ésta establece el nivel en el que se reestablece el bienestar del paciente, considerando el marco científico-técnico. Tiene como base la definición de salud-enfermedad, dentro de la ciencia y tecnología. Debido a ello, es denominada calidad científica, profesional o técnica.

Calidad individual: es aquella en la que el individuo conceptualiza la prestación sanitaria, en la que intervienen estimaciones propias y la evaluación de ventajas, desventajas y peligros presentes. Este tipo de calidad obliga al enfermo a involucrarse en las decisiones de su salud teniendo en cuenta la información entregados por el equipo sanitario, por lo tanto, se entiende que el personal de salud brinda la información y el paciente y/o familia toma decisiones a cerca de ello.

Calidad social: a partir de este punto de vista, se tendría que evaluar la utilidad neta en toda una población, la forma cómo se distribuye en toda la comunidad y trabajar para realizar bienes y prestaciones valoradas al menor precio posible. Su aportación fue básicamente conceptual y crea la famosa clasificación de los métodos de calidad (estructura-proceso-resultado), el concepto de calidad, la interacción entre métodos de proceso y resultado, la sistematización de los criterios, reflexiones muy importantes sobre la responsabilidad en la mejora de calidad, los diferentes enfoques para gestionarla, etc. (15)

Asimismo, la Organización Mundial de Salud (OMS señala que: La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud incrementan la probabilidad de

alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios en beneficio de las personas y los grupos de población. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que ésta puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en las necesidades y preferencias de: los pacientes, las familias y las comunidades

En los últimos decenios se han descrito diferentes elementos de la calidad. Actualmente hay un consenso evidente en cuanto a los servicios sanitarios de calidad, que deben ser: eficaces, seguros, centrados en la persona, oportunos, equitativos, integrados, eficientes. (16)

Por otro lado, la satisfacción se define como, según la Real Academia Española, la razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria; cumplimiento del deseo o del gusto. (17)

Damas et al. (2018), tomó como referencia el trabajo de Ahilud Quintero y colaboradores, quienes publicaron en el año 2015 un artículo titulado “Cuidado Humanizado como esencia del profesional de enfermería”, en el que definen la satisfacción como el grado en que las necesidades y expectativas de los familiares del paciente crítico son resueltas por los profesionales inmersos en el cuidado de la salud. (18)

Por otro lado, la satisfacción del usuario ha sido un factor relevante para evaluar los servicios de salud como eje principal del proceso de atención en salud. Pese a que hay debate referente a la percepción y formas de medición, es importante conocer el punto de vista de los usuarios con el objetivo de mejorar la organización y la oferta de los servicios.

Según Lobo et al. en su artículo “ Satisfacción de los usuarios de los centros de salud de la ciudad de Ourense”, publicado en el 2016, la satisfacción se fundamenta en la diferencia entre las expectativas de individuo y su percepción ante los servicios recibidos. De esta forma, la calidad es definida por conceptos subjetivos y expectativas preliminares; incluyendo factores detallados a continuación:

Factores individuales: demográficos (edad, sexo, raza, etc.), sociales (estado civil, grupo social, nivel de estudios, etc.), económicos (ingresos y gastos), culturales (etnia, expectativas, percepciones, etc.) y experiencia con el servicio (final de contacto de paciente con prestación).

Factores familiares/sociales: aquellas vivencias anteriores de amigos familiares, actitud y percepción en el contexto familiar referente al proceso salud-enfermedad.

Factores del servicio de salud: accesibilidad geográfica (distancia al servicio de salud) y otros derivados de la propia organización del servicio sanitario (comunicación interpersonal, resolución del servicio, tiempo de espera, eficacia de las acciones, trato del personal, disponibilidad de medicamentos, confort del local, privacidad, etc.). (19)

El familiar cuidador de un paciente crítico o llamado también cuidador primario es aquella persona que asume responsabilidad directa sobre el cuidado y otras funciones que el paciente no puede seguir realizando; por lo tanto, el familiar cuidador está sometido a cambios bruscos, desde afrontar un sufrimiento causante de daños psicológicos y económicos ocasionados por la enfermedad de su paciente, hasta la adecuación de un nuevo estilo de vida dado que al asumir el cuidado de su familiar hospitalizado deberá estar en continua interacción con el personal de salud

con el fin de saber todo lo relacionado con los informes médicos, requerimiento de medicamentos, útiles de aseo u otros necesarios, que de forma imprevista se requieran para fortalecer el cuidado. (20)

Con respecto al familiar cuidador de un paciente crítico, es fundamental contar con su participación para la mejora del paciente internado en zona crítica, ya que se encuentran pendiente en todo lo que le sucede a éste; por lo que se vuelve relevante que enfermería cuente con cercanía a los familiares con el fin de reportar sobre cuidados cotidianos y dándoles conciencia de sus alteraciones emocionales, como tristeza, estrés, desesperación, soledad e incomprensión. Una familia siempre mantiene su fe y espiritualidad, por lo que tener un ser querido en UCI es una situación dificultosa, complicada y desagradable. Atuncar et al. cita a Charry et al. quien señala que la familia está representada por uno o dos familiares cercanos, a quien se le asigna el rol de familiar responsable (familiar cuidador); son a ellos a quienes se les brinda datos continuos del tratamiento y otros que un paciente tiene en UCI. Basado en esta premisa resulta esencial examinar lo que piensan sus familiares y/o cuidadores, tomando en cuenta la información, la ayuda psicosocial, espiritual y otros mecanismos requeridos con el fin de sobrellevar el momento complicado que atraviesan los familiares y/o cuidadores.

El cuidador principal debe ser informado previo a la entrada, permanencia y salida de internamiento en UCI, y la enfermera es el profesional adecuado para educar sobre los cuidados que pueden brindar a favor del paciente, así como también brindar ayuda psicoemocional y espiritual enfocada en permitir que los familiares expresen sus emociones con confianza, brindar contacto físico: una palmada suave en el hombro o un abrazo, mostrar curiosidad por sus sentimientos, y demostrar

conducta amable para que ellos puedan expresar sus sentimientos con el objetivo de apaciguar su preocupación.

Por lo tanto, mejorar la calidad en la atención, es un desafío importante, ya que la mayoría de quejas y reclamos de parte de los usuarios no se deben a dificultades con la competencia técnica, sino a problemas de apoyo emocional y comunicación.

(21)

En la rama de enfermería, Watson propone la teoría del cuidado humano, basada en el equilibrio entre la mente, cuerpo y alma, desarrollando un vínculo entre el cuidador y la persona cuidada. Esta teoría tiene enfoque filosófico (existencial-fenomenológica), así mismo cuenta con una base espiritual – moral y ético. El cuidado humanizado necesita que el personal sanitario se comprometa a brindar un mejor bienestar incluyendo la experiencia, percepción y el vínculo desarrollado entre el paciente y el personal que brinda el servicio, es decir, debe mostrar su interés más allá de los aspectos biomédicos.

El cuidado humanizado implica compromiso moral para la mejora de la calidad de vida, incluyendo la educación durante el cuidado que se brinda, y de este modo incrementar la percepción de los usuarios en relación al cuidado humanizado. Enfermería hace uso de sus saberes científicos en salud y cualidades técnicas con el objetivo de obtener mejor bienestar y/o recuperar la salud.

Este concepto con sustento en valores, centrado en la salud, hace referencia a las actuaciones del profesional para fomentar y cuidar salud, curar males y asegurar un entorno que promueva vida sana y armoniosa en lo afectivo, social, físico y espiritual. Algunos de estos componentes que humanizan el cuidado están

enfocados a desarrollar el cuidado incluyendo a la familia; este proceso es ininterrumpido, fomentando la vida, garantizando la seguridad del paciente, siendo culturalmente adecuado, utilizando tecnología, pero sobre todo priorizando a la persona.

En conclusión, el cuidado humano implica principios, compromiso, conocimiento, desarrollo de acciones, pero sobre todo se debe conocer quién es la otra persona, conocer sus limitaciones, necesidades y fortalezas, que conllevan a su crecimiento y el goce de su bienestar. (22)

La Sociedad Peruana de Medicina Intensiva, en el año 2017, realizó la “I Jornada Internacional Multidisciplinaria de Humanización de los Cuidados Intensivos”, presentándose por primera vez en Perú, el Proyecto HUCI. Tuvo presencia de pacientes, familiares y expertos de UCI. En este evento internacional se desarrollaron diversos temas vinculados al trato humano en el que se presentaron trabajos de investigación sobre humanización en las UCI, los cuales en conjunto concluyeron que la atención brindada por el personal sanitario requiere un mejoramiento en los procesos de inicio, proceso y salida con el paciente y sus familias, a fin de alcanzar la satisfacción y recuperación en las mejores condiciones de los mismos. (23)

II. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de satisfacción del familiar cuidador del respecto al cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería en cuidados intensivos de un hospital MINSA en 2025.

2. OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar el nivel de satisfacción del familiar cuidador respecto al cuidado humanizado en su dimensión de comunicación verbal.
- Identificar el nivel de satisfacción del familiar cuidador primario respecto al cuidado humanizado en su dimensión de comunicación no verbal.
- Identificar el nivel de satisfacción del familiar cuidador respecto al cuidado humanizado en su dimensión de asistencia emocional.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

1. DISEÑO DE ESTUDIO

El enfoque utilizado en el desarrollo del trabajo es de tipo cuantitativo ya que se caracteriza por ser objetiva y deductiva por lo que la variable es susceptible de medición; es de tipo descriptivo ya que se describe las variables en sus dimensiones tal como se presentan en la realidad y de corte transversal al realizarse en un período definido de tiempo en donde se les examinará por única vez.

2. POBLACIÓN MUESTRAL

La población estará conformada por el 80% de familiares cuidadores de los pacientes admitidos en UCI de un Hospital MINSA de la región de Chanchamayo en el periodo de Enero a Junio 2025. Así mismo la muestra será no probabilística por conveniencia, no obstante, se evaluarán algunos parámetros para su inclusión y/o exclusión:

Criterios de inclusión

- Familiar cuidador que tenga a su paciente hospitalizado por más de 5 días y menos de 1 mes en UCI.
- Familiar cuidador que no haya tenido anteriormente pacientes hospitalizado en UCI.
- Familiar cuidador que sea mayor de 18 años.
- Familiar cuidador que acepta participar del estudio.

Criterio de exclusión

- Familiar cuidador que manifieste su negativa de participar en el estudio.
- Familiar cuidador que tenga limitaciones para la comunicación. (lengua)
- Familiar cuidador que realice visitas espaciadas

3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| VARIABLES | DEFINICION CONCEPTUAL | DIMENSIONES | DEFINICION OPERACIONAL | INDICADORES | ESCALA LIKERT |
|---|---|--------------------------|---|--|---|
| Satisfacción del cuidador primario del paciente crítico respecto al cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería durante la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos. | Grado en que las necesidades y expectativas de los familiares del paciente críticamente enfermo son satisfechas por los profesionales involucrados en el cuidado de la salud. | - Comunicación Verbal | Comunicación que hace uso de palabras habladas o escritas, de esta forma transmiten un determinado significado | - Comunicación fluida. - Orientación y explicación clara. - Lenguaje respetuoso, claro y sencillo. | Totalmente satisfecho 5 puntos Muy satisfecho 4 puntos Satisfecho 3 puntos Poco Satisfecho 2 puntos Nada satisfecho 1 punto |
| | | - Comunicación No Verbal | Lenguaje corporal y sentimientos que se desarrollan en el transcurso de la comunicación. Es inconsciente y no modulable | - Tono de voz - Expresión corporal. - Expresión facial | |
| | | - Asistencia Emocional | Conjunto de acciones que ofrecen confort, atención, a través de gestos de aproximación y/o aceptación | - Contacto físico. - Empatía | |

4. PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS

El proyecto de investigación será presentado al Comité Revisor de la Facultad de Enfermería, luego al Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) para su aprobación. Posteriormente se solicitará autorización al director a través de la Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación del Hospital y finalmente se coordinará con Jefatura de Enfermería y Jefatura de la Unidad de Cuidados Intensivos. Del mismo modo se solicitará la participación voluntaria de la población muestral a través del consentimiento informado.

La técnica utilizada para la obtención y recolección de datos será la encuesta y el instrumento será un cuestionario que usa la escala de Likert que determinará el nivel de satisfacción. El instrumento consta de 27 ítems.

Se tomará como referencia el cuestionario denominado “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería que fue inicialmente (1° versión) creado por Tania Alvis; Mónica Moreno y Sandra Muñoz en su trabajo denominado “Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. El arte y la ciencia del cuidado, Unibiblos, 2002” (24).

En el año 2004, Rosa Franco Canales realiza su modificación y comprueba su validez y confiabilidad, en nuestro país, en su estudio denominado: “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., 2003” resultando así un

instrumento que tiene tres categorías: asistencia emocional, comunicación verbal y comunicación no verbal. (25)

Para el presente proyecto, la autora realiza algunos ajustes semánticos y otros al instrumento mencionado ya que evidencia al instrumento en mención, conciso, sencillo, comprensible y de aplicación fácil .

5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue revisado y adaptado al contexto social de la región de la población de estudio ,posteriormente será sometido a prueba de validez del contenido y constructo utilizando el juicio de expertos. Así mismo se realizará una prueba piloto en un hospital MINSA con características similares a la población de estudio. Finalmente se analizarán los datos de la prueba piloto para demostrar la validez estadística del instrumento utilizando la prueba de coeficiente R de Pearson y para la confiabilidad de utilizará la prueba Alfa de Crombach.

6. ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Se enmarca en los siguientes principios éticos:

1. Beneficencia: No producen daño ni ventajas directas a los involucrados, explicándose ello en el consentimiento informado. El desarrollo de este trabajo y los posteriores resultados son únicamente para fines educativos.
2. No maleficencia: Los resultados derivados del estudio será empleado solo por el investigador quien brindará recomendaciones para mejorar

el cuidado humanizado en el Hospital a través de la jefatura de enfermería.

3. Autonomía: Considera la firma del consentimiento informado y se brindara explicación del estudio previo a la entrevista para definir su participación. Si esta es negativa, no se dará ninguna acción.
4. Justicia: Cada familiar tendrá trato igualitario y bueno sin que haya discriminación con respeto y libertad para la decisión.

7. PLAN DE ANÁLISIS

Dentro de la examinación, la información obtenida se registrará y codificará en una base Excel siendo elaborada analizada mediante el programa estadístico SPSS y Excel Así mismo, para el análisis se utilizará el análisis estadístico descriptivo el cual representa los datos en tablas y gráficos estadísticos; y el análisis estadístico inferencial α -de "r" de Pearson a un nivel de confianza esperada del 95%(0.95) y nivel de significancia del 5%(0.05)

De acuerdo con cada ítem de las dimensiones descritas en el cuestionario, los datos se exhibirán en cuadros y tablas.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rios CJ, Rios MO, Vargas SJ. Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital nivel III, según teoría Transpersonal [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/6542>
2. Yañez M, Vargas I. Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos, desafíos para enfermería. *Persona y Bioética* [Internet]. 2018;22(1):56–75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5294/pebi.2018.22.1.5>
3. Watson J. La ciencia del cuidado de Watson y la teoría del cuidado humano [Internet]. Watson Caring Science Institute (WCSI). [citado el 12 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/>
4. OMS. CONSTITUCION [Internet]. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. [citado el 10 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
5. Velasco JF, Guadalupe M, Pedraza AG. Repercusiones del cuidar en las necesidades básicas del cuidador primario de pacientes crónicos y terminales. *Elsevier* [Internet]. 2015;22(4):146–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2015.01.001>
6. Bautista LM, Arias MF, Carreño ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados r respecto a la comunicación y apoyo

- emocional. Revista Cuidarte [Internet]. 2016;7(2):1297–309. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
7. Martínez Zubieta R. Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina Critica [Internet]. 2021;35(3):144–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35366/100003>.
 8. Sanjurjo SD, Casari LM, editores. Investigación, Docencia y Bioética en Salud Mental. En: Salud Pública y Salud Mental [Internet]. Mendoza, Argentina: Asociación Argentina de Salud Mental; 2020. p. 532–6. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/11562>
 9. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES [Internet]. 2019;30(2):120–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.005>
 10. Joven ZM, Guáqueta SR. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería*. Avances de Enfermería [Internet]. 2019;37(1):65–74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646>
 11. Diaz EM. Cuidado humanizado de enfermera en pacientes de la unidad de cuidados intensivos [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/9437>
 12. Asmat NW, Mallea Y, Rodríguez FDM. Comunicación y apoyo emocional de enfermería según el familiar del paciente crítico en un hospital de Lima Metropolitana, setiembre – diciembre 2018 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/3970>

13. Salazar JA. Cuidado humanizado en la unidad de cuidados intensivos desde la percepción del familiar Hospital Vitarte Minsa 2018 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad de San Martín de Porres; 2018. Disponible en: <http://dx.doi.org/https://hdl.handle.net/20.500.12727/4942>
14. Calle CG. Percepción de la calidad de atención de enfermería y grado de satisfacción del familiar del paciente crítico, uci cardiológica del Hospital 2 De Mayo 2018 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Villa Real; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/3784>
15. ESAN C. Los diferentes conceptos de calidad en salud [Internet]. Conexión ESAN. 2016 [citado el 2 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud>
16. OMS. Servicios sanitarios de calidad [Internet]. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. 2020 [citado el 11 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/quality-health-services>
17. Real academia española. Diccionario de la lengua española [Internet]. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. 2023 [citado el 12 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/satisfacci%C3%B3n>
18. Damas K, Gavidía M, Gonzales J. Nivel de satisfacción de los familiares en relación al cuidado que brinda la enfermera al paciente de la uci adultos en un hospital nacional [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/3577>

19. Lobo A, Domínguez K, Rodríguez J. Satisfacción de los usuarios de los centros de salud de la ciudad de Ourense. RIDEC [Internet]. 2016;9(1). Disponible en:
<https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27119/satisfaccion-de-los-usuarios-de-los-centros-de-salud-de-la-ciudad-de-ourense/#>
20. Espinoza C. La familia del paciente crítico, sus necesidades y el abordaje de enfermería [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021. Disponible en:
<http://dx.doi.org/https://hdl.handle.net/20.500.12866/13654>
21. Atúncar M, Berrocal K, Torres J. “Opinión del familiar del paciente crítico sobre la atención recibida de la enfermera en un servicio de cuidados intensivos, bellavista- callao 2017 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.12866/3580>
22. Guerrero R, Meneses ME, De La Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao, 2015 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.20453/renh.v9i2.3017>
23. SOPEMI. I Jornada Internacional Multidisciplinaria de Humanización de los Cuidados Intensivo s [Internet]. Proyecto Humanizando Los Cuidados Intensivos. 2017 [citado el 10 de agosto de 2024]. Disponible en:
<https://proyctohuci.com/evento/i-jornada-internacional-multidisciplinaria-de-humanizacion-de-los-cuidados-intensivos/>

24. Rivera L, Triana A. Proceso de construcción y validación del instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE-III). Index de Enfermería [Internet]. 2023;32(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20235659>
25. 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., 2003” [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004. Disponible en: <http://dx.doi.org/https://hdl.handle.net/20.500.12672/1322>

V. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES | 2023 | | | 2024 | | | | | | | | | |
| | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SET | OCT | NOV |
| Determinar el tema de investigación | X | X | | | | | | | | | | | |
| Revisión de la literatura | | X | X | X | X | | | | | | | | |
| Planteamiento del problema | | | | | X | X | | | | | | | |
| Formulación del propósito y objetivos | | | | | | X | | | | | | | |
| Búsqueda bibliográfica de antecedentes | | | | X | X | X | | | | | | | |
| Búsqueda bibliográfica de base teórica | | | | X | X | X | | | | | | | |
| Determinación del material y método | | | | | | X | | | | | | | |
| Definición operacional de la variable | | | | | | | x | | | | | | |
| Validación del instrumento | | | | | | | | | | | X | | |
| Asesorías del proyecto | | | | | X | | | X | | X | | | |
| Corrección final | | | | | | | | | | | X | X | |
| Presentación del informe final | | | | | | | | | | | | X | |
| Presentación del proyecto de investigación | | | | | | | | | | | X | | |
| Trámites administrativos | | | | | | | | | | | X | X | X |
| Sustentación del proyecto | | | | | | | | | | | X | | |

| PRESUPUESTO | | | | | |
|----------------------------|--------------------|---------------|-----------------|-----------------------|--------------------|
| N° | DESCRIPCION | UNIDAD | CANTIDAD | COSTO UNITARIO | COSTO TOTAL |
| RECURSOS MATERIALES | | | | | |
| 1 | PAPEL BOND A4 | UND | 250 | 0 | S/ 25.00 |
| 2 | LAPICEROS | UND | 6 | 0.5 | S/ 3.00 |
| 3 | LAPIZ | UND | 4 | 0.5 | S/ 2.00 |
| 4 | TABLEROS | UND | 6 | 0.2 | S/ 7.20 |
| 5 | ARCHIVADOR | UND | 1 | 5.5 | S/ 5.50 |
| SUB TOTAL | | | | | S/ 42.70 |
| RECURSOS LOGISTICOS | | | | | |
| 1 | INTERNET | HRS | 100 | 0 | S/ 0.00 |
| 2 | COPIAS | UND | 70 | 0 | S/ 7.00 |
| 3 | IMPRESIÓN | UND | 50 | 0.2 | S/ 0.00 |
| 4 | MOVILIDAD | UND | 20 | 3 | S/ 60.00 |
| 5 | REFRIGERIO | UND | 20 | 5 | S/ 0.00 |
| SUB TOTAL | | | | | S/ 277.00 |
| RECURSOS HUMANOS | | | | | |
| 1 | INVESTIGADOR | UND | 1 | 0 | S/ 0.00 |
| 2 | ASESOR ESTADISTICO | UND | 1 | 500 | S/ 500.00 |
| SUB TOTAL | | | | | S/ 500.00 |
| TOTAL | | | | | S/ 8 9.70 |

VI. ANEXOS

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR CUIDADOR RESPECTO AL CUIDADO HUMANIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL MINSA

1. INTRODUCCIÓN:

Les saluda la Lic. Quinteros Porras, Yadira, soy estudiante de la especialidad Cuidado Intensivos Adultos en la Universidad Peruana Cayetano Heredia de la Escuela de Posgrado y en esta ocasión le presento a Ud. un cuestionario que forma parte de un estudio de investigación cuyo objetivo es: Determinar el nivel de satisfacción del familiar cuidador respecto al cuidado humanizado en cuidados intensivos, el cual resulta muy importante para mejorar la calidad de atención brindada. Cabe recordar que el familiar cuidador es aquella persona o familiar que asume la responsabilidad total en la atención y asistencia diaria del paciente, son ellos a quienes se les brinda datos continuos del tratamiento y otros adicionales derivados de la atención del paciente. Por lo expuesto, solicito su colaboración y contestar sinceramente las preguntas que siguen a continuación.

2. INDICACIONES: Marque con un la respuesta que usted crea conveniente. Por favor valore los incisos dentro del rango de 1 a 5.

5pts = Totalmente satisfecho, **4pts** = Muy satisfecho, **3pts** = Satisfecho, **2pts** = Poco Satisfecho, **1pt** = Nada satisfecho.

3. DATOS GENERALES:

- Género: M () F()
- Edad:
- Grado de Instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()
 - Completa() Incompleta ()
- Parentesco:
- N° de días de hospitalización de su paciente en UCI:

| DIMENSIONES / ESCALA DE VALORACION | | 5 TOTALMENTE SATISFECHO | 4 MUY SATISFECHO | 3 SATISFECHO | 2 POCO SATISFECHO | 1 NADA SATISFECHO |
|------------------------------------|--|-------------------------------|------------------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|
| ÁREA DE COMUNICACIÓN VERBAL | | | | | | |
| 1 | Las enfermeras conversan con los familiares cuidadores. | | | | | |
| 2 | Las enfermeras orientan a los familiares cuidadores | | | | | |
| 3 | Las enfermeras explican a los familiares cuidadores sobre los procedimientos generales que se le realiza a su paciente. | | | | | |
| 4 | Las enfermeras utilizan un lenguaje claro y sencillo al conversar y responder alguna inquietud del familiar cuidador | | | | | |
| 5 | Las enfermeras preguntan a los familiares cuidadores sobre los problemas que enfrenta debido a su paciente crítico. | | | | | |
| 6 | Las enfermeras saludan al contacto con los familiares cuidadores. | | | | | |
| 7 | Las enfermeras suelen orientar a los familiares cuidadores sobre la manera de hacer frente a sus sentimientos de angustia. | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| 8 | Las enfermeras responden en forma descortés a las preguntas que hacen los familiares cuidadores de los pacientes. | | | | | |
| AREA DE COMUNICACIÓN NO VERBAL | | | | | | |
| 9 | Las enfermeras tienen un tono cálido al hablar con los familiares cuidadores. | | | | | |
| 10 | La enfermera explica los procedimientos con paciencia. | | | | | |
| 11 | Las enfermeras fruncen la frente cuando el familiar cuidador pregunta repetidas veces sobre un mismo tema. | | | | | |
| 12 | La enfermera lo mira de manera cálida al responder alguna inquietud del familiar cuidador. | | | | | |
| 13 | La enfermera lo recibe con una expresión indiferente. | | | | | |
| 14 | Las enfermeras prestan atención al familiar cuidador cuando estos les preguntan algo. | | | | | |
| 15 | Las enfermeras dialogan serenamente con el familiar cuidador de los pacientes. | | | | | |
| 16 | Las enfermeras se muestran molestas o muy ocupadas para atender a los familiares cuidadores de los pacientes. | | | | | |
| 17 | Cuando el cuidador pregunta repetidas veces no se muestra molesta. | | | | | |
| ASISTENCIA EMOCIONAL | | | | | | |
| 18 | Las enfermeras propician la expresión de emociones de los familiares cuidadores. | | | | | |
| 19 | Las enfermeras aprovechan las ocasiones para dar animo a los | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| | familiares cuidadores de los pacientes. | | | | | |
| 20 | Las enfermeras toman la mano del familiar cuidador cuando los observan triste o afligidos. | | | | | |
| 21 | Las enfermeras observan la ansiedad, temor, angustia o estrés de los familiares cuidadores y se acercan a tranquilizarlos. | | | | | |
| 22 | Las enfermeras muestran poca preocupación por el estado emocional que presenta los familiares cuidadores. | | | | | |
| 23 | Las enfermeras se muestran atentas y comprensivas con los familiares cuidadores de los pacientes. | | | | | |
| 24 | Las enfermeras suelen consolar a los familiares cuidadores cuando los observan tristes o llorando. | | | | | |
| 25 | Las enfermeras tranquilizan a los familiares cuidadores con palabras de aliento. | | | | | |
| 26 | Las enfermeras muestran desinterés por saber si los familiares cuidadores están tristes o no. | | | | | |
| 27 | Cuando el familiar cuidador conversa con la enfermera sobre su preocupación o aflicción ella muestra interés. | | | | | |