

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD SEGUNDA ESPECIALIDAD



**NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y GRADO DE ESTRÉS DE LOS FAMILIARES
DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS – HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO.**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE:

SEGUNDA ESPECIALIDAD

PROFESIONAL EN ENFERMERIA

MENCION:

CUIDADOS INTENSIVOS - ADULTO

AUTORA: Lic. Enf. RODRIGUEZ LLAPO ROXANA GISELA

ASESORA: Dra. DELLY SAGASTEGUI LESCANO

TRUJILLO - PERU

2018

DEDICATORIA

EN PRIMER LUGAR QUISIERA AGRADECER A TI DIOS
TODOPODEROSO, por no abandonarme y bendecirme
para llegar hasta donde he llegado, gracias señor por
levantarme de los fracasos, aprender de ellos y
principalmente por permitirme llegar a terminar este
trabajo. **GRACIAS DIOS PORQUE SIN TI MI VIDA**
NO TENDRIA SENTIDO.

A mi asesora **DRA. DELLY SAGASTEGUI LESCANO.**

Con mucho cariño y afecto por su sabia orientación y
ayuda en la elaboración y culminación del presente
estudio. Gracias por brindarme su tiempo y por compartir
sus conocimientos.

Que Dios la bendiga.

A MÍ QUERIDA MADRE: GENARA.

Por apoyarme en mi carrera para mi futuro y por creer en
mí, gracias por su amor y sabios consejos para seguir
adelante, gracias porque haces todo por cuidarme y
darme siempre lo mejor.

SUMARIO

	Págs.
RESUMEN.....	i
ABSTRACT.....	ii
I. INTRODUCCION.....	01
II. MATERIAL Y METODOS.....	16
III. RESULTADO.....	24
IV. ANALISIS Y DISCUSIÓN.....	27
V. CONCLUSIONES.....	37
VI. RECOMENDACIONES.....	38
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	39
VIII. ANEXOS.....	52

“NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y GRADO DE ESTRÉS DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO.”

RODRIGUEZ LLAPO ROXANA GISELA¹

SAGASTEGUI LESCANO DELLY²

RESUMEN

El presente estudio de investigación de tipo descriptiva – correlacional. Se realizó en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante los meses noviembre del 2016 a enero del 2017, con la finalidad de determinar la relación que existe entre el nivel de afrontamiento del familiar cuidador y el grado de estrés. La muestra estuvo constituida por 45 familiares que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación. Para la recolección de datos se utilizó dos instrumentos: una escala de medición del nivel de afrontamiento del familiar cuidador y una escala de medición del grado de estrés, los resultados fueron analizados estadísticamente y presentados en tablas estadísticas, de simple y doble entrada y analizada mediante la prueba de independencia de criterios “Chi Cuadrado” que mide la relación entre dos variables. Después del análisis se llegó a las siguientes conclusiones: el 76.2% de los familiares del paciente hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos presentaron grado de estrés medio, el 23.8% grado de estrés alto; en relación al nivel de afrontamiento el 53.3% presentaron un alto nivel de afrontamiento y el 46.7% un nivel medio. Se encontró que existe relación entre el nivel de afrontamiento y el grado de estrés de los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, con un valor chi cuadrado de 5.47 con $p=0.019$ siendo significativo.

PALABRAS CLAVES: NIVEL DE AFRONTAMIENTO, GRADO DE ESTRÉS, FAMILIAR.

¹ Autora. Lic. en Enfermería de la segunda especialidad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, e-mail gise_6_8@hotmail.com.

² Asesora. Doctora en Enfermería. Docente categoría asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. e-mail delly60@hotmail.com

"LEVEL OF COVERAGE AND DEGREE OF STRESS OF FAMILY MEMBERS OF THE HOSPITALIZED PATIENT IN THE INTENSIVE CARE UNIT OF THE TRUJILLO TEACHING REGIONAL HOSPITAL."

RODRIGUEZ LLAPO ROXANA GISELA¹

SAGASTEGUI LESCANO DELLY²

ABSTRACT

The present descriptive - correlational research study. It was carried out in the Regional Teaching Hospital of Trujillo during the months November 2016 to January 2017, in order to determine the relationship between the level of coping of the family caregiver and the degree of stress. The sample consisted of 45 relatives who met the criteria for inclusion of the research. For data collection, two instruments were used: a measure of the level of coping of the relative caregiver and a scale to measure the degree of stress, the results were analyzed statistically and presented in statistical tables, single and double entry and analyzed by means of the "Chi Square" criteria independence test that measures the relationship between two variables. After the analysis, the following conclusions were reached: 76.2% of the relatives of the patient hospitalized in the intensive care unit presented a degree of medium stress, 23.8% a high degree of stress; in relation to the level of coping, 53.3% had a high level of coping and 46.7% had a medium level. It was found that there is a relationship between the level of coping and the degree of stress of family members of the hospitalized patient in the intensive care unit, with a chi square value of 5.47 with $p = 0.019$ being significant.

KEYWORDS: LEVEL OF COUPLING, DEGREE OF STRESS, FAMILY.

¹ Author. Lic. In Nursing of the second specialty of Nursing of the National University of Trujillo, e-mail gise_6_8@hotmail.com.

² Adviser. Doctor in Nursing. Teaching associate category of the Faculty of Nursing of the National University of Trujillo. e-mail delly60@hotmail.com

I. INTRODUCCION

1.1 PRESENTACION Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

Las unidades de cuidado intensivo (UCI) son servicios específicos de las instituciones de salud destinados a la atención de la enfermedad grave, en estas áreas se hospitalizan las personas que requieren atención continua derivada de la tecnología característica de dichas áreas. Debido a que el “cuidado intensivo evoluciona de forma espectacular teniendo lugar cambios y avances constantemente, el personal que se desempeña allí posee habilidades especializadas para proporcionar cuidados avanzados” (Irwin, 2006).

El objetivo de las unidades de cuidado intensivo es brindar atención al paciente en estado crítico o grave de salud. La persona en este estado presenta alteraciones vitales de uno o más órganos que ponen en peligro su vida e ingresa a la unidad de cuidado intensivo adultos (UCI) para ser sometido a monitoreo continuo, reanimación, mantenimiento de signos vitales, tratamiento definitivo, recibir cuidados de enfermería específicos dada su situación de salud y lograr de esta forma su recuperación. (Gómez, 2006).

La UCI es probablemente el lugar de los servicios de salud donde los familiares sufren más, desencadenan estrés, ansiedad y temor. Sabemos que los deseos de los familiares acerca del entorno de la UCI

implican contacto con el paciente y los profesionales del equipo de salud(cercanía, tener esperanza, estar informados y saber que sus familiar está en buenas manos).Esta es una perspectiva teórica y política que se ha ido desarrollando a los largo de los últimos 40 años en enfermería y que, desde nuestro punto de vista, no se ha interiorizado en los entornos clínicos, dado que estos no se articulan en torno al usuario sino en torno a los profesionales y a la gestión del riesgo. Un ejemplo concreto, es la forma en que están organizadas las UCI, con una estructura que rompe la conexión de la persona con su entorno y que está pensada casi exclusivamente para facilitar el trabajo de médicos y enfermeras (Grenvik, 2009).

Sin embargo, este paciente cursa con una situación que involucra procesos fisiológicos diversos que pueden tener resultados definitivos (incluyendo la muerte) por lo que al mismo tiempo deriva en cambios en el estado psicológico de las familias y cambia el ambiente social. Esto supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que produce un impacto en la vida del paciente, con efectos en los familiares e inestabilidad en su dinámica emocional, observando en ellos estrés, ansiedad, preocupación, irritabilidad, culpa, frustración, depresión e incertidumbre que se traducen en un constante deseo de información clara y concreta de su paciente (Santana,2007).

La familia es la primera célula social en el proceso de salud/enfermedad de sus integrantes, es un grupo cuyos miembros se

interrelacionan, dicho grupo está sujeto a la influencia del entorno y por tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis. El ingreso de una persona enferma en una unidad de cuidados intensivos (UCI), supone una barrera física y psicológica en la vida de interrelación familia-paciente. El aislamiento del enfermo respecto de la familia tiene repercusiones para ambos y de forma indirecta influye también negativamente en el sistema (Rodríguez, 2013).

Las familias de los pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos requieren cuidados, atención e información oportuna. Con frecuencia se les observa en las salas de espera con manifestaciones de diferente índole de acuerdo con el contexto de sus vivencias y necesidades. Es conocido por cualquiera, aun por aquellos no familiarizados con las unidades de cuidado intensivo, que las primeras visitas pueden ser alarmantes; crean angustia, expectativas con relación a la cantidad de dispositivos de monitoreo, equipos de mantenimiento de la vida y controles ambientales necesarios para garantizar un cuidado con calidad (Montes, 2008).

Los familiares con pacientes en la UCI tienen intensas demandas tanto físicas como mentales por la prolongada hospitalización y el deterioro del paciente, lo que se ha asociado con la fatiga del cuidador. Los cuidadores que presentan una menor vitalidad o fatiga significativa asociada al cuidado del paciente de UCI, reportan síntomas depresivos,

sentimientos de carga, comportamientos riesgosos para la salud y baja calidad de sueño, a lo que se suma tensión psicológica asociada con una pobre salud física y esto puede generar mortalidad precoz en cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas; de hecho, es posible que el cuidador ponga menor atención a su propia salud que a la del paciente, lo que a la vez puede afectar su salud y habilidad para proveer apoyo (Choi,2013).

Durante la hospitalización, la familia está centrada en el cuidado del paciente y en consecuencia, puede atender en menor medida a sus propias necesidades de salud. Esto puede generar consecuencias negativas sobre su salud e incluso su habilidad para proporcionar al paciente. De hecho, si el paciente ya ha requerido cuidado de parte de la familia antes de su ingreso a UCI, o el familiar ha tenido problemas emocionales previos, habrá mayor probabilidad de agotamiento (percepción de estar sobrecargados) e inestabilidad emocional (por ejemplo, síntomas depresivos) (Choi, 2013).

A esta situación que el familiar encargado del cuidado, asistencia a un miembro de su mismo círculo, puede ser muy satisfactorio especialmente cuando se lucha por quien se quiere, lo cual también implica superar situaciones difíciles a base de fuerza, dedicación y formas de afrontar tal situación.

En consecuencia, se enfoca el término afrontamiento, sustantivo de afrontar, o acción y efecto de afrontar, alude específicamente a la adaptación y respuesta a una situación importante de la vida. En el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española se define como “poner cara a cara, hacer frente al enemigo, hacer cara de peligro, problema o situación comprometida” (Fernández, 2013).

Calixta Roy 1964, reconoce que el afrontamiento constituye una variable crucial para comprender el efecto del estrés sobre la salud y la enfermedad; el afrontamiento es clave para el manejo de la enfermedad, el mantenimiento de la salud o bien la recuperación. Roy define el afrontamiento como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente; estos esfuerzos actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad (Marriner, 2010).

El afrontamiento del individuo y sus familiares al impacto de la hospitalización en la UCI como un fenómeno no predecible genera desorganización y caos inicial (es un cambio brusco y desequilibrante) en el que el asesoramiento de los profesionales de enfermería y su actuación son primordiales. Esto ha demostrado ser útil para la evolución del paciente, y contribuye al mantenimiento de la salud del núcleo familiar en unos momentos donde su permanente equilibrio es crucial (Jiménez, 2013).

Lazarus y Folkman (1984), definen el afrontamiento como un proceso cognitivo y conductual constantemente cambiante que se desarrolla para manejar las demandas específicas externas o internas, que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo. Es un subconjunto de actividades adaptativas que implican esfuerzo y que no incluyen todo aquello que hacemos con relación al entorno (Mikulic, 2007).

Es así, que tomando en cuenta los conceptos definidos por Lazarus y Folkman (1984), traducido por Mikulic I. (2007); sobre afrontamiento el presente estudio se basara en la escala realizada por Rudolf H. Moos y B. Moos (1993), traducida y adaptada por autor mencionada anteriormente.

Por lo general, aplicando las escalas apropiadas para averiguar el proceso de informar al familiar cuidador, ofrecerle la posibilidad de modificar sus respuestas y es posible enseñarle a aplicar técnicas de afrontamiento que le sean útiles para sobre llevarlo mejor. las técnicas de respiración, relajación, detención del pensamiento, modificación de ideas irracionales, control mental, meditación, visualizaciones, entrenamiento en habilidades sociales, se muestran eficaces siempre que se ofrezcan en un contexto que empieza por ofrecer contención emocional, información sobre lo que le está ocurriendo, normalización respecto a lo que siente, comprensión, respeto y elogio por su dedicación(Espina,2009).

Por otra parte, Rueda, Aguado y Alcedo (2008), definen el afrontamiento como un constructo multidimensional y multicondicionado de naturaleza cognitivo conductual que por su relación con la personalidad presenta estabilidad en el tiempo, aunque es de carácter situacional al estar expuesto a la interacción con cada situación particular. En esta definición de afrontamiento, se reconocen todos los esfuerzos por enfrentar una situación estresante, orientados ya sea a la resolución del problema, al control emocional o a las dos.

Así mismo se han identificado otros factores generadores de estrés en la familia del paciente de UCI, estas son la dificultad para comunicarse debido a la intubación, alteraciones del sueño y del estado de conciencia del paciente y los cortos periodos de tiempo de visitas. Uno de los motivos que más generan preocupación en los familiares radica en la inseguridad sobre las condiciones del paciente, en especial por el diagnóstico y pronóstico del mismo (Barreto da Costa, 2010).

Al respecto, Black, (2011) plantean que la comunicación de la familia con el paciente en la UCI es una forma de reducir el estrés psicológico experimentado por su ser querido.

El estrés, es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona .El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente. Si el peligro es real o percibido como tal, el

resultado es que provoca tensión, ansiedad, y distintas reacciones fisiológicas (Gaeta, 2009).

Es así, uno de los desequilibrios psicosocial en el ser humano, según afirma la organización mundial de la salud (OMS), es el estrés que lo define como el “conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción”. Es decir, ante determinada demanda del ambiente, el organismo realiza un conjunto de procesos fisiológicos y psicológicos que lo preparan para actuar, en consecuencia y responder a dicha demanda. Si esta respuesta resulta exagerada o insuficiente, la energía producida no se descarga, y esto causa somatizaciones y trastornos psicológicos (OMS, 2010).

Por consiguiente, el estrés afecta a la persona en los tres lados de la salud: físico, mental y social; evidenciándose consecuencias físicas que va de un malestar digestivo crónico, pérdida o aumento del apetito, cefaleas, dolor de nuca, dolor de hombros, dolor de espalda, hasta problemas con diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, accidentes cerebro vasculares e infartos al miocardio. En el lado mental, va desde un estado de insomnio, miedos, sentimientos de culpa, fallas en la concentración, olvidos frecuentes, irritabilidad, depresión, ansiedad, alcoholismo, drogadicción y la reactivación de otras enfermedades mentales, y en el lado social, se dan situaciones como conflictos familiares o

de pareja, baja de productividad laboral, bajo rendimiento escolar, relaciones interpersonales conflictivas y aislamiento social (Nagao, 2012).

Los familiares se exponen a largos periodos de estrés que afectan su sistema inmune, por lo que se vuelven más susceptibles a contraer enfermedades, o bien pueden tener problemas para conciliar el sueño o malnutrición (Gómez, 2006).

Cuidar a una persona no siempre es fácil y en numerosas ocasiones supone una notable fuente de estrés. Cuidar está asociado a importantes niveles de sobrecarga emocional y física, así como a numerosos costos personales, afectando a su trabajo y/o estudios, vida familiar, pareja, salud, ocio y tiempo libre, en definitiva, a su vida en general. Es decir, el cuidador principal soporta cada día problemas físicos, emocionales y repercusiones en numerosos aspectos de su vida cotidiana que repercuten en su ámbito familiar (Almendro, 2008).

A nivel mundial, las estadísticas de diversos estudios muestran que la incidencia del estrés ha aumentado en los últimos años. Mientras que solo el 16 por ciento de los noruegos cree en el 2020, el estrés será la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado, según el informe sobre la salud en el mundo elaborado al año 2013 por la OMS. Además, la previsión de este organismo dependiente de las naciones unidas es que para principios de esta década más del 70 por ciento de la

carga global de las enfermedades será producida por enfermedades no transmisibles, lesiones y trastornos mentales (Muñoz, 2013).

En México, según el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”(INPRFM), el 30 por ciento de los mexicanos sufren de estrés, siendo el 40 por ciento la tasa de incidencia respectivamente, ocupando el segundo lugar en el mundo con el índice más alto en incidencia de este problema después de China(Sánchez, 2010).

En el Perú la prevalencia de estrés es de 6 cada 10 peruanos señalan que su vida ha sido estresante en el último año, siendo más frecuente en mujeres con el 63% y en varones con 52%. El estrés es uno de los factores más importantes para la mayoría de las enfermedades que se manifiestan en nuestro siglo, presentándose tanto trastornos cardiacos, hipertensión arterial, cáncer, alteraciones metabólicas y hormonales (Castillo, 2015).

El ministerio de salud(MINSA) y el Instituto de Ciencias Neurológicas del Perú refiere que aproximadamente el 40 por ciento y 50 por ciento de los peruanos sufre de amnesia a consecuencia del estrés, tensión social, sobrecarga laboral, problemas económicos y familiares, lo que se convierte en el inicio de enfermedades cerebrovasculares (Minsa,2011).

El estrés es el proceso o mecanismo general en el cual el organismo mantiene su equilibrio interno, adaptándose a las exigencias y

tensiones a las que se expone en el medio externo. Los grados de estrés que generalmente se presentan en las personas son tres bajo, medio y alto. La respuesta a ellos pueden ser negativos, positivos o ambos, es así, que el equilibrio entre la demanda y la respuesta adaptativa que permite al individuo responder adecuadamente a la exigencia darán el grado de estrés. Cuando una persona percibe tener mínima presión o tensión por una situación resulta un bajo grado de estrés, cuando esa persona percibe tener poca presión o tensión tiene un grado medio de estrés y si percibe mucha presión o tensión se considera un resultado de alto grado de estrés(Slipak,1991).

Se considera importante las definiciones por Slipak (1991) a cerca del estrés, por ello el presente estudio se basara tanto en las conceptualizaciones como el instrumento elaborado por dicho autor.

Así mismo, cada persona puede experimentar cierto grado de estrés como también la capacidad de manejarlo, lo que depende de que haya experimentado situaciones estresantes pasadas y la forma de tolerancia como afrontarlas.

En consecuencia no hay investigaciones que reporten la relación entre el nivel de afrontamiento y grado de estrés de los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos.

Sin embargo existen trabajos de investigación relacionados con el tema en estudio que se enfocan en las variables.

Mejía(Venezuela, 2010),realizo su estudio con respecto al estrés de los familiares de los pacientes politraumatizados hospitalizados en la UCI en el Hospital Jesús María Casal en Acarigua, los resultados permitieron evidenciar que 57,5% de los familiares casi siempre estrés,30% se ubicó en la categoría de siempre,12,5% en la categoría de casi nunca y 0% se ubicó en la categoría de nunca .Estos resultados evidencian que los familiares de los pacientes politraumatizados hospitalizados en la UCI casi siempre presentan estrés, hecho que permite confirmar que la UCI es un ambiente estresante para los familiares. Existiendo una relación entre ambas variables.

Vargas y Aguilar, (México, 2011). En su trabajo de investigación titulado: “Niveles de Estrés en los Familiares de los Pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital General, examinaron los niveles de estrés en 10 familiares que ejercían el rol de cuidadores primarios de pacientes ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en un Hospital General de Zona Número 1,Oaxaca. Los resultados mostraron que el 90% de ellos tenían datos de estrés, la mayoría de estrés bajo (50%).

Arribasplata y Esparza, (2006) en su trabajo de investigación titulado: “La relación de ayuda de la Enfermera en el Afrontamiento del Cuidado familiar del paciente hospitalizado en el Hospital Regional Docente de Trujillo, obtiene que el 65,2 por ciento de los cuidadores familiares de los pacientes hospitalizados presentan regular relación de ayuda de la

enfermera mientras que el 84.1 por ciento de los cuidadores familiares presentan regular nivel de afrontamiento.

Jiménez y Zapata, (Colombia, 2013).En su estudio de investigación titulado: “Nivel de capacidad de Afrontamiento y Adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo”, estuvo constituida por familiares del paciente, los resultados fueron: la capacidad de proceso de Afrontamiento y Adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en UCI, es alta con un 85.2%, baja con 14.8%.

1.2 RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Por tanto, viendo la realidad se ha percibido la preocupación y desesperación por parte del familiar del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos se decidió investigar como el afronta la situación de su familiar hospitalizado; por el cual se ha notado muy poco la intervención del profesional de enfermería, ya que debe destacar en su misión de brindar un cuidado integral de alta calidad que procure el bienestar holístico del ser humano (usuario, familia y sociedad), a partir del suministro de conocimientos y habilidades que ayuden a afrontar efectivamente la difícil etapa que representa para el familiar del paciente que se encuentra hospitalizado en uci.

El entorno de la UCI es difícil tanto para el enfermo como para su familia. No obstante, al ser esto una situación no habitual para la familia del paciente, esto podría generar privaciones en interacciones, estímulos sensoriales poco usuales y sensaciones poco habituales, además se tiene que tener en cuenta que el familiar tiene que dejar su trabajo para dedicarse al cuidado del paciente, el propio contexto de UCI implica que el cuidador tenga información pertinente sobre el cuadro de su familiar , además de conocer las necesidades que se generen en torno a la familia, es decir aquellas demandas encaminadas al apoyo o consuelo, cercanía con el equipo tratante, comodidad y garantías del cuidado (Tarquino, 2014).

Este estudio servirá como herramienta para profundizar en el abordaje de intervención de las familias de los pacientes.

De esta manera, se plantea la siguiente interrogante:

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación existe entre el Nivel de Afrontamiento y el Grado de Estrés de los Familiares del paciente Hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Regional Docente de Trujillo - 2016?

1.4 OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación entre el Nivel de Afrontamiento y el Grado de Estrés de los Familiares del paciente Hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar el Nivel de Afrontamiento de los Familiares del paciente Hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Identificar el Grado de Estrés de los Familiares del paciente Hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

II. MATERIAL Y METODOS

2.1 Tipo de Investigación y área de estudio

La presente investigación es de tipo Cuantitativa Descriptivo Correlacional (Bernal, 2010). Se realizó en el Hospital Regional Docente de Trujillo con los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos durante los meses octubre- diciembre 2016.

2.2 Población y muestra de Estudio

a) Universo muestral

El universo estuvo constituido por 45 familiares del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos, perteneciente al Hospital Regional Docente de Trujillo que cumplieron con los criterios de inclusión.

b) Criterios de Inclusión

- Familiares del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos con un grado de consanguinidad directa (papá, mamá e hijos) o según grado de afinidad (esposo, esposa o compañero (a) permanente).
- Familiares que acepten voluntariamente participar de la investigación.
- Familiar mayor de edad.

2.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis estuvo constituido por cada familiar de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, que cumplan con los criterios de inclusión y presentes en el momento de la entrevista.

2.4 INSTRUMENTOS

Para la recolección de la información del presente estudio de investigación, se utilizó dos instrumentos los cuales fueron previamente validados en la muestra piloto, los mismos que se describen a continuación:

A) Escala de medición del Nivel de Afrontamiento del familiar cuidador EMNAFC (ANEXO N°01).

Escala de medición del nivel de afrontamiento cuyos autores son Rudolf H. Moos y B. Moos (1993), traducida y adaptada por Mikulic I. (2007), modificada por Mauricio (2013); es una prueba que permite analizar la interacción entre el individuo y su entorno.

La escala consta de 48 ítems, donde cada ítem tiene tres alternativas como posibles respuestas, asignándole puntaje de acuerdo a la frecuencia elegida de la siguiente manera:

- Siempre: 3 puntos
- A veces: 2 puntos
- Nunca: 1 punto

Se calificó el Nivel de afrontamiento del cuidador familiar como:

- Alto Nivel de afrontamiento: 114 – 144 puntos.
- Medio Nivel de afrontamiento: 81 - 113 puntos.
- Bajo Nivel de afrontamiento: 48 – 80 puntos.

B) Escala de medición del Grado de Estrés del familiar cuidador EMGEFC.

El presente instrumento fue diseñado por Slipak (1991), validado y modificado por la autora, reajustando términos y adecuándolo a la realidad según la presente investigación en estudio.

La escala consta de 20 ítems cuya puntuación es la siguiente:

- Siempre: 03 puntos
- A veces : 02 puntos
- Nunca: 01 puntos

Esta escala alcanza una puntuación máxima de 60 puntos y el mínimo de 20 puntos, que califico el grado de estrés de la siguiente manera:

- Grado de estrés alto: 48 – 60 puntos.
- Grado de estrés medio: 34 – 47 puntos.
- Grado de estrés bajo: 20 – 33 puntos.

2.5 CONTROL DE CALIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

A. Prueba piloto:

Los instrumentos de la presente investigación: se aplicaron a 10 familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos para conocer su comprensión y tiempo de aplicación de dichos instrumentos; así como para proporcionar la base necesaria para la validez y confiabilidad del mismo.

B. Confiabilidad:

La confiabilidad de los instrumentos Escala de medición del Nivel de Afrontamiento del familiar cuidador EMNAFC y Escala de medición del Grado de Estrés del familiar cuidador EMGEFC, se determinó a través de la prueba estadística del coeficiente Alpha de Cronbach, aplicado a la prueba piloto obteniéndose los siguientes resultados.

Test	Valor de Alpha de Cronbach	Número de casos	Número de Items
Escala de medición del nivel de afrontamiento del familiar cuidador	0.915	10	48
Escala de medición del grado de estrés del familiar cuidador	0.780	10	20

C. Validez:

El instrumento de investigación nivel de afrontamiento fue validado y modificado por Mauricio (2013). Por este motivo solo se midió la confiabilidad de dicho instrumento.

En cuanto al instrumento de Escala de Medición de Grado de Estrés se realizó la validación y modificación por expertos quienes consideraron que el instrumento contiene los reactivos suficientes y necesarios.

2.6 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

1. VARIABLE INDEPENDIENTE:

Nivel de Afrontamiento:

Definición Nominal: Es aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Mikulic, 2007).

Definición Operacional: Fue de acuerdo a los siguientes niveles:

Alto Nivel de afrontamiento: 114 - 144 puntos.

Mediano Nivel de afrontamiento: 81 - 113 puntos.

Bajo Nivel de afrontamiento: 48 – 80 puntos.

2. VARIABLE DEPENDIENTE:

Grado de Estrés:

Definición Nominal: Es la tensión o presión que sucede cuando la persona percibe una situación como exigencia que podría estar por arriba de sus capacidades o recursos, exigiendo por ello un cambio o adaptación (Slipak, 1991).

Definición operacional: Se calificó en tres grados que son:

Grado de estrés alto: 47 – 60 puntos.

Grado de estrés medio: 34 – 46 puntos.

Grado de estrés bajo: 20 – 33 puntos.

2.7 Procedimiento

Para el proceso de recolección de datos se coordinó con la Enfermera Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo dando a conocer el propósito del estudio a fin de facilitar la aplicación de los instrumentos a los familiares del paciente adulto hospitalizado en UCI.

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta la muestra de estudio y el cumplimiento de los criterios de inclusión anteriormente señalados.

Se brindara a cada familiar los instrumentos respectivos, previa explicación del propósito que tiene la investigación, por lo que procederán a desarrollar cada escala de acuerdo a las instrucciones dadas, asimismo se tendrá en cuenta los principios éticos y anonimato respectivo.

2.8 Procesamiento y análisis de datos

La información recolectada a través de los instrumentos descritos fue ingresada y procesada en el programa estadístico IBM SPSS STATISTICS por Windows versión 23. Los resultados se presentan en tablas de una y doble entrada, de forma de forma numérica y porcentual. Para determinar si existe relación entre variables se hará uso de la prueba de independencia de criterios "Chi - cuadrado" que mide la relación entre dos variables; considerando que existen evidencias suficientes de significación estadística si la probabilidad de equivocarse es menor o igual al 5 por ciento ($p \leq 0.05$)

2.9 Consideraciones éticas rigor científico.

La investigación que involucra a sujetos humanos requiere de una detenida consideración de los procedimientos que habrán de aplicarse para proteger sus derechos (Polit, 2001).

A. En relación a la Ética:

✓ **Consentimiento informado:** En la cual se documenta la decisión de participar de manera voluntaria después de haber recibido una explicación sobre la investigación.

✓ **Intimidad, anonimato y confidencialidad:** Es primordial en el rigor y la ética. Desde el inicio de la investigación se explicó a cada familiar la finalidad de la aplicación del instrumento, con la exclusividad obtenida solo con fines de investigación, garantizándole que por ninguna razón los datos obtenidos podrán ser expuestos en público.

✓ **Dignidad humana:** derecho a la autodeterminación, consistirá en dejar que el participante exprese lo que siente, piensa y conoce sin ningún tipo de coacción para la decisión de su respuesta de cada familiar, así mismo se asegurará un ambiente tranquilo, cómodo y lejos de bullicio de la gente.

III. RESULTADOS

TABLA N° 01

DISTRIBUCION DE 45 FAMILIARES SEGÚN NIVEL DE AFRONTAMIENTO DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS – HOSPITAL DE TRUJILLO-2016

NIVEL DE AFRONTAMIENTO	No	%
BAJO	0	0.0
MEDIO	21	46.7
ALTO	24	53.3
Total	45	100.0

FUENTE: INFORMACION OBTENIDA DEL TEST

TABLA N° 02

**DISTRIBUCION DE 45 FAMILIARES SEGÚN GRADO DE ESTRÉS DE
LOS FAMILIARES DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS – HOSPITAL DE TRUJILLO-2016**

Grado de estrés	No	%
BAJO	0	0.0
MEDIO	26	76.2
ALTO	19	23.8
Total	45	100.0

FUENTE: INFORMACION OBTENIDA DEL TEST

TABLA N°3

DISTRIBUCION DE 45 FAMILIARES SEGÚN NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y GRADO DE ESTRÉS DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS – HOSPITAL DE TRUJILLO-2016

GRADO DE ESTRÉS	NIVEL DE AFRONTAMIENTO						TOTAL	
	BAJO		MEDIO		ALTO		No	%
	No	%	No	%	No	%		
BAJO	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
MEDIO	0	0.0	16	35.6	10	22.2	26	57.8
ALTO	0	0.0	5	11.1	14	31.1	19	42.2
TOTAL	0	0.0	21	46.7	24	53.3	45	100.0

FUENTE: INFORMACION OBTENIDA DEL TEST

$X^2 = 5.47$ $p = 0.019$ Significativo

IV. ANALISIS Y DISCUSION

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud. Las personas en estado crítico, presentan alteraciones vitales de uno o más órganos que ponen en peligro su vida y que ingresa a la UCI, para ser sometido a monitoreo continuo, reanimación, mantenimiento de signos vitales, tratamiento definitivo, recibir cuidados de enfermería específicos dada su situación de salud y lograr de esta forma su recuperación (Álvarez, 2006).

Durante la hospitalización, la familia está centrada en el cuidado del paciente y en consecuencia, puede atender en menor medida a sus propias necesidades de salud. Esto puede generar consecuencias negativas sobre su salud e incluso su habilidad para proporcionar al paciente. De hecho, si el paciente ya ha requerido cuidado de parte de la familia antes de su ingreso a UCI, o el familiar ha tenido problemas emocionales previos, habrá mayor probabilidad de agotamiento (percepción de estar sobrecargados) e inestabilidad emocional (por ejemplo, síntomas depresivos) (Choi, 2013).

El presente estudio de investigación permitió conocer el nivel de afrontamiento y grado de estrés de los familiares del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo, obteniendo los resultados que se presentan a continuación:

En la tabla N°01: Se presenta el nivel de afrontamiento del familiar del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, observando que el 53.3% de los familiares es alto y el 46.7% del familiar su nivel de afrontamiento es medio.

Como se puede apreciar el afrontamiento del familiar del paciente, según el estudio que se presenta el mayor porcentaje indica un nivel alto de afrontamiento; por ende las estrategias de afrontar esta situación que los familiares están viviendo, se considera una parte importante que los familiares pueden contribuir de forma significativa en la consecución de una buena evolución del proceso de enfermedad de su paciente.

El afrontamiento del individuo y sus familiares al impacto de la hospitalización en la UCI como un fenómeno no predecible genera desorganización y caos inicial (es un cambio brusco y desequilibrante) en el que el asesoramiento de los profesionales de enfermería y su actuación son primordiales. Esto ha demostrado ser útil para la evolución del paciente, y contribuye al mantenimiento de la salud del núcleo familiar en unos momentos donde su permanente equilibrio es crucial (Jiménez, 2013).

Los resultados del presente estudio difieren en los obtenidos por: Arribasplata y Esparza, (2006) en su trabajo de investigación titulado: “La relación de ayuda de la Enfermera en el Afrontamiento del Cuidado familiar del paciente hospitalizado en el Hospital Regional Docente de Trujillo, obtiene que el 65,2 por ciento de los cuidadores familiares de los pacientes hospitalizados presentan regular relación de ayuda de la enfermera mientras que el 84.1 por ciento de los cuidadores familiares presentan regular nivel de afrontamiento.

Jiménez y Zapata, (Colombia, 2013).En su estudio de investigación titulado: “Nivel de capacidad de Afrontamiento y Adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo”, estuvo constituida por familiares del paciente, los resultados fueron: la capacidad de proceso de Afrontamiento y Adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en UCI, es alta con un 85.2%, baja con 14.8%.

Por lo general, aplicando las escalas apropiadas para averiguar el proceso de informar al familiar cuidador, ofrecerle la posibilidad de modificar sus respuestas y es posible enseñarle a aplicar técnicas de afrontamiento que le sean útiles para sobre llevarlo mejor. las técnicas de respiración, relajación, detención del pensamiento, modificación de ideas irracionales, control mental, meditación, visualizaciones, entrenamiento en habilidades sociales, se muestran eficaces siempre que se ofrezcan en un

contexto que empieza por ofrecer contención emocional, información sobre lo que le está ocurriendo, normalización respecto a lo que siente, comprensión, respeto y elogio por su dedicación(Espina,2009).

Dado la realidad, se concluye que siempre existen algunas formas de afrontar positivamente la situación de vivencial en la cual se pueda presentar, no importa las circunstancias ni el tiempo, simplemente el saber responder a un entorno cambiante o aun problema o una situación concreta presente.

Por ende, se manifiesta que es viable revertir la mayoría de las situaciones estresantes, encontrando una forma positiva de afrontamiento, demostrando así la gran capacidad que tiene el ser humano de asumir responsabilidades que se le presente en la vida.

Conociendo la realidad y teniendo en cuenta el comportamiento y los mecanismos de afrontamiento son particulares en cada ser humano, según la situación o vivencia, los mecanismo internos y externos de los que disponga para enfrentar la situación o crisis, sería ideal contar con la ayuda del personal interdisciplinario humano y comprometido tanto con la parte orgánica como emocional del paciente y de su núcleo familiar. Dentro del cual el personal de enfermería debe destacarse dada su misión de brindar un cuidado integral de alta calidad que procure el bienestar holístico del ser humano (usuario, familia y sociedad), a partir del suministro de conocimientos y habilidades ayuden afrontar efectivamente la difícil etapa

que representa los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos.

En la tabla N°02: Se presenta el grado de estrés de los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, observando que el 76.2 % de los familiares su grado de estrés es medio y el 23.8% de familiares su grado de estrés es alto.

Se puede apreciar que los familiares del paciente hospitalizado presentan grado de estrés medio, entonces se afirma que las situaciones de tener un familiar hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos por la enfermedad que fuese la persona quien es designado como cuidador, va a estar afectado con problemas psicológicos o psicosociales que pueden perturbar el equilibrio emocional generando grado de estrés medio ya sea por la inadecuada ayuda que reciben los familiares cuidadores por parte de la Enfermera.

Los resultados del presente estudio difieren en los obtenidos por: Vargas y Aguilar, (México, 2011). En su trabajo de investigación titulado: "Niveles de Estrés en los Familiares de los Pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital General, examinaron los niveles de estrés en 10 familiares que ejercían el rol de cuidadores primarios de pacientes ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en un hospital general de Zona Número 1, Oaxaca. Los resultados mostraron que el 90% de ellos tenían datos de estrés, la mayoría de estrés bajo (50%).

Mejía(Venezuela, 2010),realizo su estudio con respecto al estrés de los familiares de los pacientes politraumatizados hospitalizados en la UCI en el Hospital Jesús María Casal en Acarigua, los resultados permitieron evidenciar que 57,5% de los familiares casi siempre estrés,30% se ubicó en la categoría de siempre,12,5% en la categoría de casi nunca y 0% se ubicó en la categoría de nunca .Estos resultados evidencian que los familiares de los pacientes politraumatizados hospitalizados en la UCI casi siempre presentan estrés, hecho que permite confirmar que la UCI es un ambiente estresante para los familiares. Existiendo una relación entre ambas variables.

Gutiérrez y Sagastegui (2015), realizo su estudio respecto a Relación de ayuda de la Enfermera y nivel de Estrés del familiar cuidador en Cuidados Intensivos. Hospital Víctor Lazarte Echegaray, los resultados evidenciaron que: el 98% de los familiares cuidadores calificaron inadecuada relación de ayuda de la enfermera y solo el 2% una adecuada relación de ayuda. Así mismo, el 92% de los familiares cuidadores obtuvieron nivel de estrés alto, el 8% nivel de estrés medio.

Otro trabajo que reporta resultados similares García J y col. (2009). En México, en su estudio sobre: “Nivel de estrés del familiar cuidador en las unidades de cuidados intensivos”. 45 Concluyeron que el 56% presentó nivel de estrés alto, el 39% nivel de estrés medio y el 5% nivel de estrés bajo.

Probablemente los resultados sean diferentes, ya que los familiares cuidadores experimentan diversas tensiones, la forma de vivirlos y expresarlos depende de la personalidad, la percepción de la situación y el apoyo que recibe de los demás. Considerando que el ser humano es consciente de sí mismo, que le permite reaccionar de diferentes maneras ante diversas circunstancias.

Como se puede analizar, la enfermera obtiene un papel importante en el grado de estrés de los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos; así como también la influencia de algunos factores como el aislamiento del enfermo respecto de la familia que en tal sentido, tienen que adaptarse a la nueva situación; lo cual implica una mayor atención por parte de la enfermera al realizar su desempeño profesional con respeto, paciencia, empatía y valores humanos que necesita el familiar así como el mismo paciente.

En la tabla N°03: Se presenta la relación según nivel de afrontamiento y grado de estrés de los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, observando que el 35.6% de familiares su nivel de afrontamiento es medio y su grado de estrés es medio, y el 31.1% de familiares su nivel de afrontamiento es alto y su grado de estrés es alto, el 22.2% es nivel de afrontamiento alto y grado de estrés medio; y el 11.1% es nivel de afrontamiento medio y grado estrés alto. Además, se observa un

valor de chi cuadrado de 5.47 con probabilidad 0.019 siendo significativo, existiendo valoración entre variables.

Por ende, se observa en el presente estudio que existe un nivel de afrontamiento medio en los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos. Así mismo se evidencia un nivel de grado de estrés es medio 35.6%; esto quiere decir que aun los familiares están en proceso de poder afrontar el entorno del paciente hospitalizado en forma óptima que siendo afrontamiento alto y bajo estrés.

Para el familiar, el final de la vida del paciente es una experiencia estresante, impredecible, intensa, compleja, aterradora y causante de angustia, lo que requiere de una importante movilización de recursos físicos, emocionales y financieros para afrontar la situación. De esta manera, la experiencia de la muerte del “enfermo” se convierte para el cuidador en una experiencia de mayores niveles de estrés, lo que representaría en él un declive del funcionamiento físico, aumento de distrés psicológico y empeoramiento de la calidad de vida (Waldrop y Meeker, 2011).

Tal es, el estrés y el afrontamiento del familiar cuidador, por cumplir con su rol ante un miembro de su círculo, en cualquier situación de salud que padezca; es él quien vive de cerca el transcurso del proceso. Por ello, tiene que efectuar la relación entre habilidades de resolución de problemas y estrés familiar. Estas habilidades se convierten así en un componente representativo del proceso de afrontamiento. Así también, la capacidad que

tiene la familia cuidadora para manejar y dirigir las demandas específicas que precisa una estrategia importante de afrontamiento (García, 2009).

Los resultados del presenta estudio difieren en los obtenidos por:

Arribasplata y Esparza, (2006) en su trabajo de investigación titulado: “La relación de ayuda de la Enfermera en el Afrontamiento del Cuidado familiar del paciente hospitalizado en el Hospital Regional Docente de Trujillo”, obtiene que el 65,2 por ciento de los cuidadores familiares de los pacientes hospitalizados presentan regular relación de ayuda de la enfermera mientras que el 84.1 por ciento de los cuidadores familiares presentan regular nivel de afrontamiento.

Rivera y Sánchez(2015) en su trabajo de investigación: Niveles de estrés de los familiares con pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en relación al ambiente del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (HEODRA) León. Se obtuvo: síntomas Psicológicos más sobresalientes fue el sentirse nervioso o estresado con un 74%, en los síntomas Orgánico el 70% de los familiares afirma padecer de tensión muscular de cuello y espalda. El nivel de estrés que fue significativo en los familiares con pacientes ingresados en la UCI es el Estrés moderado (78%).

Pérez, D. (2016) en su trabajo de investigación titulado: Nivel de uso de estrategias de afrontamiento por la familia ante el estrés, por la hospitalización de un pariente adulto en la Unidad de Cuidados Intensivos del HNGAI – 2015, una muestra de 40 familias, mediante enfoque

cuantitativo, método descriptivo y corte transversal. Se aplicó mediante técnica de encuesta un cuestionario, encontrándose que el 35% (14) tienen un nivel de afrontamiento familiar medio, 35% (14) tienen un nivel de afrontamiento familiar bajo y 30% (12) tienen un nivel de afrontamiento familiar alto.

Como se puede apreciar en las investigaciones anteriores y los resultados de la presente investigación, permiten concluir que el nivel de afrontamiento y el grado de estrés de los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, si existe relación entre estas dos variables, siendo significativa ;ya que nos permite identificar y afirmar cuán importante es la participación de la familia en los procedimientos y estadía durante el proceso de enfermedad, recuperación y rehabilitación del paciente ;puesto que la labor de enfermería está comprometida en brindar cuidado y no debe dejar de lado el enfoque holístico y humano del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos.

V. CONCLUSIONES

- ✓ El nivel de afrontamiento de los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional docente de Trujillo fue un nivel alto 53.3% y 46.7% medio.

- ✓ El 76.2% de los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional docente de Trujillo presentaron un nivel de estrés medio y el 23.8% es alto.

- ✓ Se encontró influencia significativa ($p=0.019$) entre la relación de nivel de afrontamiento y grado de estrés de los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos; es decir, a medida que el familiar cuidador recibe una adecuada ayuda de afrontar por parte de la enfermera disminuye su nivel de estrés.

VI. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación se propone las siguientes recomendaciones:

Para Enfermería:

Fortalecer la esencia del cuidado, donde la enfermera integre al familiar cuidador en el proceso de enfermedad-recuperación de su ser querido, de manera que se pueda trabajar en conjunto con ellos, para que en la medida posible se desarrolle una adecuada relación de enfermera-familiar y así poder reducir en ellos el estrés y lograr un mejor nivel de afrontamiento.

Para la Institución:

Sugerir a las autoridades de la institución hospitalaria y al profesional de enfermería reevaluar los componentes del apoyo que se brinda al paciente y sobre todo al familiar cuidador, además los aspectos que debe potencializar; enfocando la atención de enfermería hacia la completa satisfacción del familiar teniendo en cuenta sus expectativas, necesidades y percepciones disminuyendo así el estrés.

Para las Instituciones formadoras de profesionales de salud

Seguir realizando estudios de investigación sobre el nivel de afrontamiento y grado de estrés de los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos y publicarlos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alarcón, R. (2006). Relaciones entre felicidad, género, edad y estado conyugal. *Revista de Psicología*. Lima: PUCP.

Almendro, C. (2008). *El Estrés del Cuidador*. SEMFYC. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Disponible en http://www.semfyc.es/informativo/estrés_cuidador/. Consultado: 28 de agosto del 2016.

Álvarez, Y. (2006). Unidad de cuidados intensivos: Un campo inexplorado por el psicólogo en Chile.

Disponible en http://csociales.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/unidad_cuidados_intensivos.pdf Consultado: 09 de julio del 2016

Arribasplata S, Esparza, C. (2006). *Relación de Ayuda de la Enfermera en el afrontamiento del cuidador familiar del paciente hospitalizado – HRDT*. Trujillo. [Tesis] Universidad Nacional de Trujillo.

Barreto da Costa, J., Felicetti, C.R., de Macedo Costa, C.R., Miglioranza, D.C., Osaku, E.F., et al. (2010). Factores estresantes para familiares de pacientes críticamente enfermos de una Unidad de Terapia Intensiva. *J. bras Psiquiatría*, 59 (3): 182-189.

Disponible en
<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/9613/1020748017-2014.pdf?sequence=1> Consultado: 01 de diciembre del 2016

Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación para humanidades y ciencias sociales*. México: Pearson Educación.

Black, P., Boore, J. R. P. & Parahoo, K. (2011). El efecto de una participación familiar facilitada por la enfermera en el cuidado psicológico del paciente crítico. *Revista de Enfermería Avanzada* 67(5): 1091-1101.

Disponible en
<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/9613/1020748017-2014.pdf?sequence=1> Consultado: 01 de diciembre del 2016.

Castillo J. (2015).Estrés en los Peruanos. Disponible en <https://es.scribd.com/document/254195467/Estres-en-los-peruanos>

Consultado: 10 de agosto del 2016

Choi, J., Tate, J., Hoffman, L. A., Schulz, R., Ren, D., Donahoe, M. P., teniendo en cuenta, B. & Sherwood, PR. (2013). La fatiga en los cuidadores familiares de los sobrevivientes unidad de cuidados intensivos para adultos. *Journal of Pain y tratamiento de los síntomas*, 48 (3): 1-11.

Disponible en <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/9613/1020748017-2014.pdf?sequence=1> Consultado: 25 de octubre del 2016

Choi, J., Hoffman, L. A., Schulz, R., Ren, D., Danohe, M. P., Dada, B. & Sherwood, P. R. (2013).Salud Comportamientos de riesgo en el cuidadores familiares durante pacientes permanece en Unidades de Cuidados Intensivos. Un análisis piloto. *American Journal of Critical Care*, 22 (1): 40-45.

Disponible en <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/9613/1020748017-2014.pdf?sequence=1> Consultado: 25 de octubre del 2016

Espina, M. (2009). Problemas del cuidador y el afrontamiento del estrés.

Disponible en <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/09-PROBLEMAS-DEL-CUIDADOR-Y-EL-AFRONTAMIENTO-DEL-ESTRÉS %20Espina.pdf> Consultado: 06 de julio del 2016

Fernández, S. (2013). III Congreso Nacional de Enfermería del Mediterráneo. Nacimiento y Muerte, Reflexiones y Cuidados. Universidad de Almería.

Disponible en <http://repositorio.ual.es/ispui/bitstream/10835/1621/1/04%20ESTRATEGIAS%20DE%20AYUDA%20PARA%20EL%20AFRONTAMIENTO.pdf>

Consultado: 19 de julio del 2016

Gaeta, R. (2009). Estrés y la Psicología.

Disponible en <http://www.psicologiaonline.com/formación/online/clínica/estrés/estrés.htm> Consultado: 22 de diciembre del 2016

García, B. (2009).Afrontamiento del Familiar al Cuidado de un Niño con Discapacidad .México.

Disponible en <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30067/1/BrendaKSantosGaryCeliaAFloresGar.pdf> Consultado: 21 de setiembre del 2016

García J y col. (2009). “Nivel de estrés del familiar cuidador en las unidades de cuidados intensivos”. En México. Enferm. Intensiva 26 (2):67-72.

Gómez, G. B. y Escobar, A. (2006). “Estrés y sistema inmune.” Revista Mexicana de Neurociencia, 7, pp. 30-38.

Disponible en <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v16n26/n26a08.pdf>. Consultado: 05 de diciembre del 2016

Gómez P. (2006).El ingreso en la unidad de cuidados intensivos, la repercusión en el familiar del paciente. Boletín de Psicología.p87:61-87.

Gonzales, S. (2008).Estrés. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Estr%C3%A9s> Consultado: 12 de julio del 2016

Grenvik, A. y Pinsky, B. (2009). Evolution of the Intensive Care Unit as a Clinical Center and Critical Care Medicine as a Discipline.Crit Care Clin; 25:239-250.index Enferm vol22 no.3 Granada jul.-set.2013.Brasil. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/S113212962013000200009> Consultado: 12 de enero del 2017.

Gutiérrez, B. y Sagastegui, C. (2015).Relación de ayuda de la Enfermera y nivel de Estrés del familiar cuidador en Cuidados Intensivos. Hospital Víctor Lazarte Echeagaray. Trujillo.

Irwin, Richard S y RIPPE, M. (2006). Irwin & Rippe's Medicina Intensiva. Edición en Español de: Irwin & Rippe's Intensive Care Medicine 5th ed. Marban Libros, S.L. (tomo 1). p. 1

Jiménez Ocampo, V. F., Zapata Gutiérrez, L. S., Díaz Suárez, L. (2013). Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del

paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Aquichan. Vol. 13, No. 2, 159-172. Clínica Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

Disponible en <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2407/html>. Consultado: 28 de agosto del 2016

Marriner, A. y Raile, M. (2007). Modelos y Teorías en Enfermería 6° ed. Editorial. Mosby/Doyma. España.

Mejía, M. (2010). Interacción del personal de Enfermería con los familiares del paciente politraumatizado y su Relación con el Nivel de Estrés de los familiares.

Disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/authors/964/Marianela-Mel%Edas>. Consultado: 05-09-16

Mikulic, I. (2007). Calidad de Vida. Aportes del Inventario de Calidad de vida Percibida y del Inventario de Respuestas de Afrontamiento a la Evaluación Psicológica. Ficha de cátedra N°3.

Disponible en
<http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion>. Consultado: 12 de julio del 2016

Minsa. (2011): La amnesia es producto de la tensión social y cambios a nivel cerebral. Perú.

Disponible en
<http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notasauxiliar.asp?nota=10059>. Consultado: 20 de setiembre del 16

Montes, M. (2008). La familia como parte activa en los cuidados del paciente crítico. *Evidentia*. sep-oct; 5(23).

Disponible en www.index-f.com/evidentia/n23/ev6799.php. Consultado: 19 de julio del 2016

Muñoz, S. (2013). El estrés, la epidemia laboral del futuro. *Economía. España internacional*.

Disponible en <http://www.abc.es/2012046/economia/abci-estres-epidemia-laboral-empresa-2012041611011.html> Consultado: 23 de setiembre del 2016

Nagao, Q. (2012). Noticias sobre estrés. Artículos de cesar. Psicologo y Psicoterapeuta. Calle Guadalajara 916 A col. Mitras Sur Monterrey N.L. Disponible en <http://www.cesarlozano.com/index.php?option=comk2&view=ítem&id=508noticias-sobre-el-estr%C3%A9s&Itemid=626>. Consultado: 23 de setiembre del 2016

OMS. (2010). Soluciones Saludables para el Mundo Empresarial. Harmony at Work All Rights Reserved.

Disponible en <http://www.harmony-at-work.org/estres-oms.html>. Consultado: 23 de setiembre del 2016

OMS (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Pérez, D. (2016). Nivel de uso de estrategias de afrontamiento por la familia ante el estrés, por la hospitalización de un pariente adulto en la Unidad de Cuidados Intensivos del HNGAI – 2015. UNIVERSIDAD

NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSGRADO. Para optar el Título Profesional de
Especialista en Enfermería Intensivista.

Disponible en
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5319/Perez_cd.pdf;jsessionid=7ED314FD9428EEF12031E83A35A1ABB0?sequence=1 Consultado: 03 de mayo del 2018.

Polit, D. (2001).Investigación Científica en Ciencias de la Salud.6ta Edición. Editorial McGraw Hill Interamericana. México.

Rivera, K. Y Sánchez, M. (2015).Niveles de estrés de los familiares con pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en relación al ambiente del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (HEODRA) León. Tesis (Lic. en Psicología)-Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León.

Disponible en <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/5009>
Consultado: 30 de abril del 2018.

Rodriguez M., María del Carmen, et al (2003). Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 14(3). p. 97

Rueda, M.B.; Aguado, A.L. & Alcedo, M.A. (2008). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión Medular (LM): una revisión de la bibliografía. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 109-124.

Disponible en [http://www.DialnetDiscapacidadYEstilosDeAfrontamiento-4815156%20\(1\).pdf](http://www.DialnetDiscapacidadYEstilosDeAfrontamiento-4815156%20(1).pdf).

Consultado en: 29 de diciembre del 2016

Sánchez, W. (2010). México, segundo país más estresado del mundo. Noticias y eventos recientes. Medical Border. España.

Disponible en http://www.medicalborder.com/ver_noticia.php?id=19.

Consultado: 23 de setiembre del 2016

Slipak, O. (1991). *Estres. 2da. Parte. Acmeon Vol.1 N° 4. Argentina.*

Santana K. (2007). Necesidades de Familiares de Pacientes en Unidades de Terapia Intensiva: Análisis Comparativo entre Hospital Público y Privado. *Rev. Latino-am Enfermagem*. p15.

Tarquino, L. (2014).La Familia del Paciente en Unidad de Cuidado Intensivo (UCI). Disponible en <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/9613/1020748017-2014.pdf?sequence=1>. Consultado: 01 de setiembre del 2016

Smeltzer, S.et al. (2013).Enfermería medico Quirurgica.12° edición. Editorial Lippincott Williams & Wilkins. Estados Unidos.

Vargas, J. y Aguilar, E. (2011).Niveles de estrés en los familiares de los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos de un hospital general. Centro regional de investigación en Psicología. Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona Número 1, Oaxaca. México.

Disponible en http://www.conductitlan.net/centroregionalinvestigacionpsicologia/60estres_familiares_cuidados_intensivos.pdf Consultado: 30 de agosto del 2016

Waldrop, D P; Meeker, M A. (2011). Crisis en el cuidado: cuando el extremo cuidado en el hogar -de-vida no es ya sea posible. *Journal of Palliative Care*, 27 (2): 117-125

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECCION DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
MENCION CUIDADOS INTENSIVOS – ADULTO



**ESCALA DE MEDICION DEL NIVEL DE AFRONTAMIENTO DEL
FAMILIAR CUIDADOR**

AUTORES: Rudolf H. Moos y B. Moos

Traducido y adaptado: Dra. Isabel María Mikulic (2007)

Modificada y validada: Mauricio (2013)

INSTRUCCIÓN: A continuación se le presenta una lista de afirmaciones especifique su respuesta colocando una cruz (x) en el cuadro que corresponda con la opción con la que usted más se identifique. Gracias.

Edad:

Sexo: Masculino ()

Femenino ()

N°	PREGUNTAS	NUNCA	AVECES	SIEMPRE
1.	¿Piensa en diferentes formas de solucionar este problema?	1	2	3
2.	¿Se dijo cosas a sí mismo para sentirse mejor?	1	2	3
3.	¿Habla con su esposo/a u otro familiar sobre este problema?	1	2	3
4.	¿Hizo un plan de acción para enfrentar este problema y lo cumplió?	1	2	3
5.	¿Trata de olvidar todo?	1	2	3
6.	¿Siente que el paso del tiempo cambiara las cosas, que esperar es lo único que puede hacer?	1	2	3
7.	¿Trata de ayudar a otros a enfrentar problemas similares?	1	2	3
8.	¿Se desquita con otras personas cuando se siente enojado deprimido o triste?	1	2	3
9.	¿Trata de salir de la situación, como para verla desde afuera y ser más objetivo?	1	2	3
10.	¿Se dijo a Ud. mismo que las cosas podían ser peores?	1	2	3
11.	¿Habla con algún amigo de estos problemas?	1	2	3

12	¿Se esfuerza tratando de hacer algo para que las cosas funcionen?	1	2	3
13	¿Trata de evitar pensar en el problema?	1	2	3
14	¿Se da cuenta que no tiene control sobre los problemas?	1	2	3
15	¿Se dedica a nuevas actividades como nuevos trabajos o entretenimientos?	1	2	3
16	¿Hace algo arriesgado tratando de tener una nueva oportunidad?	1	2	3
17	¿Se imagina, una y otra vez, que decir o hacer?	1	2	3
18	¿Trata de ver el lado positivo de la situación?	1	2	3
19	¿Habla con algún profesional (medico, sacerdote, etc.)?	1	2	3
20	¿Decide lo que quiere hacer y trata firmemente de conseguirlo?	1	2	3
21	¿Se imagina o sueña un tiempo o un lugar mejor del que Ud. vive?	1	2	3
22	¿Piensa que el destino se ocuparía de todo?	1	2	3
23	¿Trata de hacer nuevos amigos?	1	2	3
24	¿Se mantiene alejado de la gente en general?	1	2	3
25	¿Trata de preveer o de anticiparse a como resultaría todo?	1	2	3
26	¿Piensa mejor Ud. comparándose con otras personas con el mismo problema?	1	2	3
27	¿Busca ayuda de personas o de grupos con los mismos problemas?	1	2	3
28	¿Trata de resolver el problema, al menos en dos formas diferentes?	1	2	3
29	¿Evita pensar en el problema, aun sabiendo que en algún momento debe pensar en él?	1	2	3
30	¿Acepta los problemas, porque piensa que nada se puede hacer?	1	2	3
31	¿Lee, mira televisión o realiza alguna otra actividad como forma de distracción?	1	2	3
32	¿Grita como forma de desahogarse?	1	2	3
33	¿Trata de encontrarle alguna explicación o significado a esta situación?	1	2	3
34	¿Trata de decirse a sí mismo que las	1	2	3

	cosas mejoraran?			
35	¿Trata de averiguar más sobre esta situación?	1	2	3
36	¿Trata de aprender cómo hacer más cosas por sí mismo?	1	2	3
37	¿Desea que el problema hubiera desaparecido o pasado?	1	2	3
38	¿Espera que suceda lo peor?	1	2	3
39	¿Le dedica más tiempo a las actividades recreativas?	1	2	3
40	¿Llora y alivia sus sentimientos?	1	2	3
41	¿Trata de preveer o de anticiparse a los nuevos pedidos que le harían?	1	2	3
42	¿Piensa cómo podrían estos sucesos cambiar su vida en un sentido positivo?	1	2	3
43	¿Reza pidiendo ayuda o fuerza a Dios?	1	2	3
44	¿Analiza el problema paso a paso?	1	2	3
45	¿Trata de negar lo serio que es en realidad el problema?	1	2	
46	¿Pierde la esperanza de que alguna vez las cosas volvieran a ser como eran antes?	1	2	3
47	¿Regresa al trabajo o a otras actividades que lo ayudaran a enfrentar las cosas?	1	2	3
48	¿Hizo algo que pensó que no iba a funcionar, pero por lo menos intento hacer algo?	1	2	3

NIVELES DE AFRONTAMIENTO:

- Alto nivel de afrontamiento: 144-114 puntos
- Mediano nivel de afrontamiento: 113 – 81 puntos
- Bajo nivel de afrontamiento: 80- 48 puntos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECCION DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
MENCION CUIDADOS INTENSIVOS – ADULTO



**ESCALA DE MEDICIÓN DE GRADO DE ESTRÉS DEL FAMILIAR
CUIDADOR (EMGEFC)**

Autor: Slipak (1991)

Modificado y validado: Rodriguez (2016)

INSTRUCCIÓN: A continuación se le presenta una lista de afirmaciones .Especifique marcando una cruz (x) en el cuadro. Gracias.

Edad: **Sexo:** Masculino () femenino ()

N°	ITEMS	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1.	¿Se preocupa demasiado por todo?	1	2	3
2.	¿Esta temeroso ante la posibilidad de que su paciente permanezca mucho tiempo hospitalizado?	1	2	3
3.	Se muestra inquieto(a) ante las posibles complicaciones de su paciente que permanece en uci.	1	2	3
4.	¿Encuentra que no logra descansar lo suficiente?	1	2	3
5.	¿No tiene suficiente tiempo para usted mismo?	1	2	3
6.	¿No tiene tiempo para estar con otros miembros de la familia por estar al cuidado de su paciente?	1	2	3
7.	¿Tiene conflictos con otros miembros de su familia por estar al cuidado de su paciente?	1	2	3
8.	¿Le preocupa no tener suficientes recursos económicos para los gastos necesarios, además de sus otros gastos?	1	2	3
9.	Su actitud ha cambiado desde que su familiar se encuentra hospitalizado en uci.	1	2	3
10.	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	1	2	3
11.	¿Se siente estresada(o) al tener que	1	2	3

	cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades?			
12.	¿Siente Ud. que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?	1	2	3
13.	Pierde fácilmente el control cuando no le proporcionan una información oportuna y clara sobre el estado de salud de su familiar	1	2	3
14.	En algún momento ha sentido que no puede controlar sus emociones.	1	2	3
15.	Siente que se enoja fácilmente con las dificultades que se presentan.	1	2	3
16.	Siente dolor en el cuello, hombros, nuca, o ardor en el estómago.	1	2	3
17.	Se ha acostumbrado a la idea de lo que pasa.	1	2	3
18.	Percibe que el ambiente de la UCI es muy tenso.	1	2	3
19.	La atención del personal de salud (médico, enfermera, técnica de enfermería) le da confianza y seguridad.	1	2	3
20.	Piensa constantemente sobre el futuro que le espera a su familiar.	1	2	3

GRADO DE ESTRÉS:

Grado de estrés alto: 48– 60 puntos

Grado de estrés medio: 34 - 47 puntos

Grado de estrés bajo: 20 – 33 puntos



CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo, identificado(a) con DNI ,certifico que acepto participar voluntariamente en el estudio titulado: “NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y GRADO DE ESTRÉS DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS – HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO”, trabajo desarrollado en el marco de la tesis de Segunda Especialidad, Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, realizado por la Lic. Roxana Gisela Rodríguez Llipo, bajo la asesoría de la Dra. Delly Sagastegui Delgado

Manifiesto estar de acuerdo en contestar su encuesta, además accedo a que las respuestas sean anónimas.

La Licenciada me ha explicado suficientemente los riesgos y beneficios del estudio, así como sus objetivos y su metodología. Igualmente, tendré la seguridad de que toda la información que ofrezca será usada con fines estrictamente académicos y que será manejada con responsabilidad y confidencialidad.

Firma