

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA Y NIVEL DE ESTRÉS
DEL FAMILIAR CUIDADOR EN CUIDADOS INTENSIVOS.
HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY 2015

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

Bach. GUTIÉRREZ NARVÁEZ, BRENDA ALEXANDRA

Bach. SAGÁSTEGUI CABALLERO, CLAUDIA ALEXANDRA

ASESORA:

Ms. Enf. CASTRO DE GÓMEZ, BETTY CARIDAD

TRUJILLO – PERÚ

2015

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA Y NIVEL DE ESTRÉS
DEL FAMILIAR CUIDADOR EN CUIDADOS INTENSIVOS.
HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY 2015

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

Bach. GUTIÉRREZ NARVÁEZ, BRENDA ALEXANDRA

Bach. SAGÁSTEGUI CABALLERO, CLAUDIA ALEXANDRA

ASESORA:

Ms. Enf. CASTRO DE GÓMEZ, BETTY CARIDAD

TRUJILLO – PERÚ

2015

DEDICATORIA

*A mis padres Carlos y Romelía:
Por su amor, trabajo y sacrificio
en todos estos años, y enseñarme
que los sueños se logran a base de
esfuerzo y dedicación. Los adoro.*

*A mi hermano Danny: Por su
cariño, confianza y haberme
animado cada día a seguir mis
metas.*

*A mi familia: Por el apoyo
incondicional a través de sus
palabras de aliento y sus consejos.*

Brenda.

DEDICATORIA

A mis padres Elsa y Walter: Por su inmenso amor, consejos, por ser el mejor ejemplo de superación y lucha en la vida.

A mis hermanos Christian y María F.: por su apoyo incondicional, su cariño y por confiar siempre en mí.

A mi familia: Por haberme brindado momentos llenos de alegría y felicidad, porque gracias a Uds. soy lo que soy.

Claudia.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darnos la vida y la oportunidad de cumplir nuestros sueños y metas, gracias porque siempre estuviste en nuestras vidas.

*A nuestra asesora Ms. **Betty Castro de Gómez**, por su paciencia, motivación y apoyo incondicional el cual permitió lograr alcanzar una meta más trazada en nuestras vidas.*

*A los **familiares cuidadores** de los pacientes hospitalizados en cuidados intensivos que participaron en el estudio, por permitirnos conocer su experiencia para el desarrollo del cuidado de enfermería.*

Brenda y Claudia.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	ii-iii
AGRADECIMIENTO	iv
TABLA DE CONTENIDOS	v
LISTA DE TABLAS	vi
LISTA DE GRÁFICOS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	01
II. MATERIAL Y MÉTODO	26
III. RESULTADOS	35
IV. DISCUSIÓN	42
V. CONCLUSIONES	47
VI. RECOMENDACIONES	48
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	56

LISTA DE TABLAS

- TABLA Nº 1:** RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA AL FAMILIAR CUIDADOR EN CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY 2015.
- TABLA Nº 2:** NIVEL DE ESTRÉS DEL FAMILIAR CUIDADOR EN CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY 2015.
- TABLA Nº 3:** INFLUENCIA DE LA RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA SOBRE EL NIVEL DE ESTRÉS DEL FAMILIAR CUIDADOR EN CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY 2015.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº 1: RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA AL FAMILIAR CUIDADOR EN CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY 2015.

GRÁFICO Nº 2: NIVEL DE ESTRÉS DEL FAMILIAR CUIDADOR EN CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY 2015.

GRÁFICO Nº 3: INFLUENCIA DE LA RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA SOBRE EL NIVEL DE ESTRÉS DEL FAMILIAR CUIDADOR EN CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY 2015.

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el propósito de determinar como influye la relación de ayuda de la enfermera en el nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echegaray 2015. El tipo de estudio fue descriptivo correlacional, de corte transversal; el universo muestral estuvo constituido por 50 familiares cuidadores. La recolección de datos se realizó utilizando dos instrumentos: el primero para identificar la relación de ayuda de la enfermera y el segundo para identificar el nivel de estrés del familiar cuidador. 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. Aplicando la prueba estadística Chi-cuadrado, se obtuvo un valor $p = 0.001$, concluyendo que existe influencia altamente significativa entre la relación de ayuda de la enfermera y nivel de estrés del familiar cuidador.

Palabra clave: Relación de Ayuda - Nivel de Estrés - Familiar cuidador
– Unidad de cuidados intensivos.

ABSTRACT

This research was conducted in order to determine how it influences the aid relationship of the nurse in the level of stress of family caregivers in intensive care at the Hospital Victor Lazarte Echegaray 2015. The type of study was descriptive correlational cross-section; the sample universe consisted of 50 family caregivers. Data collection was performed using two instruments: the first to identify the relationship of help from the nurse and the second to identify the level of stress of family caregivers. The results showed that: 98% of family caregivers helping relationship inadequate qualified nurse and only 2% adequate aid relationship. Likewise, 92% of family caregivers obtained high stress level, 8% average level of stress. Applying the statistical test Chi-square, $p = 0.001$ value was obtained, concluding that there is highly significant influence helping relationship between nurse and stress level of the family caregiver.

Keyword: Relationship Help - Stress Level - Family Caregiver - Intensive Care Unit.

I. INTRODUCCIÓN

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. (3)

En las diversas unidades de cuidados intensivos se encuentran características particulares a diferencia de otros servicios hospitalarios, ya que estas unidades cuentan con la tecnología y el ambiente necesario. Con respecto a la tecnología de la UCI, hay diversidad de equipos que permiten conocer algunas variables fisiológicas, contribuir a la interpretación de la situación clínica del paciente y enfocar la terapéutica, los cuales pueden ocasionar discomfort en el paciente debido a que están adheridos a la piel, algunos pueden traspasar las barreras naturales y limitar la autonomía, la movilidad y el bienestar. (3)

Sumado a esta serie de características, la restricción en el ingreso de la familia, el ruido constante de los equipos, el frío ocasionado por el aire acondicionado y la iluminación; hacen de la permanencia en la UCI

una experiencia poco placentera además que está cargada de incertidumbre afectando la condición del paciente. (3)

Además la elevada instrumentalización de los cuidados, así como la incorporación de los importantes avances tecnológicos a la UCI, favorece una visión reduccionista de los pacientes por parte del personal de enfermería. Autores como Cash, Guntupalli y Allué, manifiestan que en las unidades de pacientes críticos se produce una gran despersonalización (entendiendo ésta como una falta de sensibilidad y sentimientos por parte de los profesionales hacia la persona que cuidan). El sujeto es visto por parte de los profesionales como objeto de conocimiento. (2, 9, 24, 35)

Por otro lado, dentro de la atención especializada de las diversas enfermedades en las UCIs, enfermería asume un rol importante y determinante, constituyéndose en un reto para el profesional, la complejidad del cuidado de las personas que viven una situación de enfermedad y que se encuentran hospitalizados allí. En el día a día, la enfermera asiste las necesidades de cuidado de las personas, causadas por la pérdida de independencia y autonomía. De igual forma debe abordar no sólo a la persona sino al familiar el cual hace parte del entorno, entendiendo que la enfermedad es un proceso colectivo que afecta a toda la unidad familiar. (15)

Paralelamente, este tipo de unidades (UCI) han sido consideradas tradicionalmente como áreas generadoras de estrés: ya que son áreas restringidas con limitación de horario para visitas, además del complejo equipo de monitoreo el cual hace que el paciente tenga muchas veces más contacto con equipos que con el personal que lo atiende. La amenaza vital que implica el ingreso a estas unidades, es la separación de los seres queridos, familia, el lenguaje incomprensible, el miedo a las técnicas y procedimientos invasivos entre otras, son algunas de las causas que favorecen este tipo de sentimientos. (44)(51)

A nivel mundial, el número de pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos se ha incrementado; de acuerdo a estudios realizados se tiene el siguiente perfil epidemiológico acerca de las enfermedades que conllevan al ingreso a dichas unidades; como: insuficiencia respiratoria grave 33,3%; patologías neurológicas 33,3%, y sepsis de diverso origen, 21,6%. (16)

Según los indicadores reportados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) correspondientes a los años 2011 al 2013 en América Latina la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón fue de 56.9%, enfermedades cerebrovasculares 41.1%., diabetes mellitus 35.7% y accidentes de transporte terrestre 18.4%. Teniendo en cuenta estos indicadores, las instituciones que

prestan los servicios de salud, han tenido que aumentar el número de camas en UCI. (42)

En el Perú la incidencia de pacientes hospitalizados en UCI del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el año 2013 fue de 371 pacientes los mismos que tuvieron un tiempo de permanencia entre tres a siete días, y en algunos casos varias semanas; las enfermedades de mayor incidencia fue la sepsis de foco abdominal, seguida de la sepsis de foco respiratorio, pancreatitis aguda y problemas cardiacos; falleciendo 102 pacientes, es decir el 27.5% del total. (17)

En UCI del Hospital Belén de Trujillo (Octubre 2012 – Abril 2013) del total de pacientes ingresados, el mayor porcentaje 45% correspondió al grupo etáreo del Adulto Mayor (60 años a más), el 16% al Adulto Intermedio (30 a 59 años), mientras que en menor cuantía con tan solo un 6% estuvo conformado por Adolescentes. Como sabemos, en nuestro país existe un crecimiento exponencial de pacientes con enfermedades No Transmisibles, dichas patologías en su mayoría crónicas que atañen a la persona en la etapa adulta y con mayor preponderancia al Adulto Mayor, quien debido a la cronicidad y gravedad de su enfermedad termina hospitalizado en una UCI como consecuencia de múltiples fallas orgánicas y sistémicos en su salud. (29)(36)

El tiempo de permanencia en UCI del Hospital Belén de Trujillo (Octubre 2012 – Abril 2013), fue de: el 29% de pacientes estuvieron hospitalizados más de 29 días, el 19% de 1 a 7 días y de 15 a 21 días. En cuanto a morbilidad registrada, el Aneurisma fue la patología con mayor porcentaje de casos, conformado por el 19% de pacientes, seguido por la Sepsis y pacientes Post-Operados, igualados con un 13% cada uno. (29)

La mortalidad en la UCI del Hospital Belén de Trujillo fue: el 18% de pacientes fallecieron por Shock Séptico, el resto de pacientes con un mismo porcentaje de 9%, fallecieron por Insuficiencia Respiratoria Severa, Falla Multiorgánica, Hematoma Subaracnoidea, Pancreatitis, Sepsis, Caviar Biliares, Meningoencefalitis, Gangrena, EVC Hemorrágico. (29)

En la UCI del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo Octubre 2013 – Febrero 2014, la morbilidad registrada, fue el TEC Grave con 35%, seguido de la Insuficiencia Respiratoria Aguda con 12%. La mayor tasa de mortalidad bruta fue de 30% en el mes de Octubre y el 25% en Diciembre.(30)

Como se sabe, 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,

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. (22)(47)

La familia es la primera red de apoyo con la que cuenta el ser humano a lo largo de todo su ciclo vital, por lo tanto ejerce una función de protección en los momentos de enfermedad. Por lo general cuando el paciente está hospitalizado, uno de los miembros de la familia se convierte en cuidador. El familiar acompañante se vuelve parte del equipo multidisciplinario en el cuidado del familiar enfermo esto dentro de un espacio adecuado en el que se pueda brindar atención directa y de calidad (hospitalización) con el fin de satisfacer sus necesidades. (1)(27)

En tal sentido, los familiares también tienen que adaptarse a la nueva situación. Esta adaptación viene marcada por el horario de visitas (establecido y restringido), el vocabulario médico, la maquinaria que rodea al paciente, el ambiente en la sala de espera, los procedimientos médicos, la calidad y la cantidad de información y el estado de salud de su familiar.

El gran impacto emocional puede influir también en la adaptación. Así, se produce una sobre focalización de la atención en los aspectos relacionados con el ingreso, dejando de lado otros que son importantes para el familiar. Esta desatención de los aspectos personales provoca

estrés, lo que facilita una atención inadecuada a la persona ingresada durante las visitas, así como un sentimiento de culpabilidad que impide a la persona realizar los asuntos pendientes que habían postergado para poder atender al familiar ingresado, entrando así en un círculo vicioso del que resulta difícil salir. (34)

De la misma manera, las vivencias que experimentan los pacientes y familiares durante la estancia hospitalaria y más en concreto las sensaciones vividas en unidades intensivas han provocado que desde hace dos décadas se hayan convertido en objeto de estudio. Tras la revisión de la literatura las investigaciones llevadas a cabo a este respecto, con una variedad de pacientes críticos y con distintos tipos de métodos ponen de manifiesto que los pacientes en estas unidades viven una gran cantidad de experiencias negativas, así como alguna experiencia positiva. (14) (21)

Según Pinto, Ortiz y Sánchez (2005), el cuidador es aquel que tiene un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido. Él o ella, participa en la toma de decisiones, supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria para compensar la disfunción existente en la persona con la enfermedad. (45)

Los familiares del paciente en UCI durante el proceso de hospitalización presentan necesidades, y estas han sido clasificadas en

cuatro categorías, Necesidades cognitivas: la información es la necesidad de mayor importancia para los familiares. Es esencial sobre todo en las primeras 48 horas del paciente ingresado, ya que es cuando los familiares se sienten especialmente vulnerables. Necesidades emocionales: Los familiares indican que experimentan sensaciones positivas relacionadas con la esperanza de mejoría del paciente y emociones negativas producidas por el miedo a la pérdida del mismo. Necesidades sociales: tener un miembro de la familia ingresado conlleva una interrupción de la normalidad familiar y social. Para mantener el entorno social los familiares necesitan la proximidad y cercanía del enfermo. Necesidades prácticas: abarca todo aquello que contribuye a que la familia se sienta cómoda; sala de espera, teléfonos, cafeterías y cercanía física.(40)
(43)(56)

Según Molter, “La necesidad universal en los familiares de los pacientes ingresados a una UCI es la necesidad de esperanza”. Otras necesidades importantes se refieren a recibir información honesta y adecuada para sentir que los trabajadores del hospital se preocupan realmente por su paciente. (38)

Debido a la insatisfacción de las necesidades de los familiares cuidadores, sumado también a las connotaciones negativas que supone el ingreso en la UCI, en la que se presupone la gravedad del paciente, con todos los temores que este hecho puede conllevar, favorece la

descarga emocional del cuidador produciendo el estrés; además sentimientos de desamparo, miedo, desesperación. (8, 23, 25, 26)

Así tenemos, que el término “estrés” deriva del latín stringere, que significa originalmente oprimir, apretar o atar. También esta palabra se relaciona con el vocablo inglés strain, que alude a la tensión excesiva, conducente a comprimir y que, en el caso de las ciencias biológicas se usa para describir las características fisiológicas de la respuesta corporal al estrés. (49)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al estrés como el “conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al 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. (41)

Para el Ministerio de Salud (MINSA) la conceptualización de estrés viene a ser la expresión de la relación entre el individuo y su medio ambiente, éste puede ser temporal o a largo plazo, ligero o severo, según la duración de sus causas, la fuerza de éstas y la capacidad de recuperación que tenga la persona. (37)

En el siglo XX, Hans Selye pionero en las investigaciones sobre el estrés y el primero en conceptualizar este término (1956), lo define como “una respuesta no específica del organismo a cada requerimiento solicitado (percibido como agradable o desagradable) y que se traduce por un síndrome específico, el síndrome general de adaptación”. (50)

Generalmente, el estrés no sobreviene de manera repentina. El organismo del ser humano posee la capacidad para detectar las señales de que se está ante un evento productor de este. Desde que aparece hasta que alcanza su máximo efecto. Hans Selye, en 1968, quien desarrolló el Síndrome General de Adaptación; que describe la respuesta de evolución del estrés, el cual comprende un proceso de tres fases. (31)

La primera fase es de Reacción de Alarma, en el que organismo se percata del agente nocivo (estresor), activa su sistema nervioso simpático y la corteza y médula de las glándulas suprarrenales (que secretan glucocorticoides y adrenalina, respectivamente) para movilizar los recursos energéticos necesarios que harán frente a la situación. (31)

La segunda fase es de Resistencia, el organismo hace frente al estresor; para ello utiliza los recursos energéticos disponibles y, al mismo tiempo, los sistemas y órganos innecesarios para sobrevivir a la emergencia disminuyen sus funciones, por ejemplo, los sistemas

digestivos y reproductivo, mientras otros, como el inmune incrementan su actividad. (31)

La tercera fase de Agotamiento, se caracteriza por imposibilidad del organismo para hacer frente al agente estresor debido al enorme requerimiento y desgaste energético. Por lo tanto, si el estresor continua activo, el organismo desarrolla múltiples patologías e incluso puede llegar a la muerte. (31)

El nivel de estrés que la persona pueda experimentar y la capacidad del paciente para manejarlo, depende de factores que influyen en la susceptibilidad del paciente incluyendo la edad, las experiencias previas, la salud actual, duración y magnitud de la enfermedad, el estado socioeconómico, así como la capacidad y tolerancia para soportar situaciones estresantes. (50)

La OMS de acuerdo a la frecuencia del hecho plantea una clasificación que incluye tres categorías de situaciones de estrés: Nivel de estrés bajo a la que se enfrenta casi todo el mundo diariamente, las reacciones ante ellas son tan leves que pasan inadvertidos y su influencia es de poca importancia. En la categoría de nivel de estrés medio, se incluyen hechos que se presentan esporádicamente; y desde el punto de vista de la salud la importancia de esta categoría depende el papel de que estos hechos pueden dar lugar a la precipitación del inicio de problemas

físicos. Nivel de estrés alto, es la situación peligrosa donde la persona percibe tener mucha presión emocional de manera continua que bloquea su trabajo y si dura mucho tiempo ocasionaría resultados negativos en la salud provocando enfermedades físicas, preocupación y angustia, que puede desembocar en trastornos mentales, desordenes familiares y sociales. (52)

Relacionamos el estrés con el familiar cuidador del paciente hospitalizado en unidad de cuidados intensivos, y obtenemos que éste puede suponer un auténtico problema de repercusión no solo en la salud física, psicológica, espiritual de la familia sino, además, en la recuperación del paciente.

La Asociación Americana de Psiquiatría, califica la hospitalización como un estresor traumático, ya que deja a los miembros de una familia es una difícil situación que conlleva cambio de roles, desplazamiento del hogar y miedo a la muerte. Describen cuatro fases que atraviesan los familiares: La primera fase Confusión inicial, estrés e incertidumbre (etapa de asomarse): los familiares no conocen el entorno, se altera su percepción del tiempo y no tiene en cuenta sus propias necesidades. Segunda fase Búsqueda de información: comienzan una búsqueda activa de información y muestran interés por los monitores, por otros pacientes o preguntan lo mismo a diferentes profesionales. Tercera fase Observación del entorno: se produce un seguimiento de la calidad del cuidado que

recibe el paciente. Cuarta fase Obtención de recursos: los familiares identifican y buscan recursos de diferente naturaleza para sí mismo o para el ser querido. (19) (32)

Las principales fuentes de estrés de la familia del paciente crítico son: la tecnología del entorno, la falta de intimidad, espacios inadecuados, el número de profesionales que atienden al paciente, la falta de confianza en los servicios de salud, el lenguaje técnico utilizado, la escasez de información, el sometimiento a las restrictivas normas de la unidad y el síndrome de estrés del traslado (ansiedad generada por el paso del paciente de la UCI a una unidad de hospitalización) y designar un tutor sustituto que asuma tomar decisiones por el paciente y representar sus deseos. (5)(18)

Diversos estudios indican que la familia también se enfrentan a una situación de crisis vital y de muerte inminente caracterizada por: falta de control sobre la situación; incertidumbre en los momentos de espera; incertidumbre sobre el futuro de su ser querido; cambios de roles dentro de la familia y desajuste en su funcionamiento; preocupación por no sentirse preparados para tomar decisiones sobre el paciente y percepción de falta de libertad para verbalizar dudas y temores. De hecho, la enfermedad aguda en uno de los miembros de una familia puede afectar negativamente a toda la familia y desencadenar conflictos en el funcionamiento y la integridad familiar. (19) (54)

El estrés producido en el familiar cuidador del paciente en UCI, puede presentarse como sensación de agotamiento físico, malestar persistente y dolencias psicométricas como constante dolor de cabeza, insomnio y alteraciones gastrointestinales. Si el familiar cuidador no es capaz de enfrentarse a una serie de factores o tendencias sociales y psicológicas que dificultan enormemente su tarea, pierde motivación e interés llevándolo a actuar con negatividad y desesperanza. En tales condiciones, si la persona no recibe la ayuda necesaria incrementará el estado de estrés que ya vivencia por la situación de su familiar gravemente enfermo. (6)(53)

Es así que los profesionales de enfermería a diferencia de otros profesionales de la salud establecen una relación más profunda con los familiares cuidadores, teniendo en cuenta que la comunicación, el contacto, la proximidad, la expresión de sentimientos, el acompañamiento, el estar con la familia, son fundamentales para brindar un cuidado con calidad y calidez, y establecer una relación de ayuda. (28)

La relación de ayuda desempeña un papel especial en los cuidados de salud en general, y de enfermería en particular, como un instrumento necesario para promover la humanización de la salud; y por ello los profesionales de enfermería deben desarrollar y potenciar habilidades humanísticas, porque la excelencia en los cuidados exige utilizar la relación de ayuda como auténtica tecnología humanizadora. (7)

El objetivo de la relación de ayuda es, ayudar al familiar cuidador a constatar y ver diferentes maneras de hacer frente a una situación o problema; es también la creación de relaciones humanas que potencian actitudes facilitadoras para la intervención, esto va a permitir ayudar al familiar cuidador a movilizar sus recursos y crear condiciones favorables para el desarrollo de la familia. (7)

La relación de ayuda, según Cibanal, es la relación en la que al menos una de las partes intenta promover en el otro el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada, posibilitando relaciones humanas potenciadoras de actitudes que favorezcan la interrelación humana. (12)

Por otro lado Chalifour, define a la relación de ayuda como una interacción particular entre dos personas, la enfermera y la persona ayudada, contribuyendo cada una personalmente a la búsqueda y a la satisfacción de la necesidad de ayuda que requiere ella. Esto presupone que la persona que ayuda, en este caso la Enfermera, quien vive ésta relación, adopte una forma de estar y de comunicación en función de los objetivos perseguidos. Estos objetivos están a la vez ligados a la demanda del familiar cuidador y del usuario y a la comprensión que la enfermera posee de su rol. (11)

En este sentido Chalifour menciona para este modelo tres premisas fundamentales: La primera persona ayudada, para esta investigación es el familiar cuidador que es un sistema abierto con características ligadas a su herencia y desarrollo (biológico, cognitivo, sociales, afectivos, espirituales), con experiencias vitales diversas, percibe a través de los sentidos, piensa para dar un significado, siente emociones, está motivado, tiene necesidades, valores, manifiesta comportamientos; en interacción con el medio, vive tensiones, frustraciones, conflictos y amenazas ya sean internas o externas, que se manifiestan bajo forma de estrés y ansiedad. La necesidad de ayuda que manifiesta es el resultado de su dificultad para reconocerlas, aceptarlas y vivirlas plenamente. (11)

La segunda premisa, es el tipo de relación. Es a través de la calidad de las relaciones que el individuo establece con su entorno humano y físico como se realiza su progreso hacia la actualización óptima de sus recursos. A lo largo de la relación de ayuda, cada uno contribuye a alimentar las relaciones de comunicación enfermera-familiar cuidador. Mientras que el familiar cuidador aporta sus características personales y el deseo de encontrar una solución a sus problemas, la enfermera debe manifestar respeto y consideración animándola a encontrar sus respuestas. Al mismo tiempo, pone a sus servicios sus competencias y sus habilidades para la relación con el objetivo de facilitar el proceso. (11)

La tercera premisa, la persona que ayuda, que en este caso es la enfermera, es un sistema abierto con características ligadas a su herencia y desarrollo (biológico, cognitivo, sociales, afectivos, espirituales) con experiencias de vida y de trabajo; que posee determinados conocimientos de sí mismo, de su rol, de conceptos teóricos útiles en sus intervenciones del funcionamiento de los procesos desarrollados en la relación de ayuda. Que posee determinadas habilidades de contacto (para utilizar sus sentidos, el movimiento, la palabra); para reconocer e interpretar los mensajes conceptuales y afectivos, verbales (realizar preguntas, manifestar, informar) y no verbales (gestos, mímicas, voz) para guiar algunos procesos en curso. (11)

Además Chalifour menciona que para lograr el proceso de relación de ayuda, se deben considerar tres fases: la primera de Orientación, se caracteriza por la acogida de la persona en un clima de apertura, respeto, autenticidad e interés hacia ella tal y como es. Se establece los lazos de confianza recíproca; la segunda fase de Trabajo o Emergencia, empieza en el momento en que la enfermera y la persona ayudada, de acuerdo a la clasificación de la necesidad de ayuda, intentan responder a ella, esta relación está marcada por el respeto, el amor y la autenticidad; la persona ayudada comenzará a pensar en sus temores, el valor de mirarse y reconocerse de una forma realista, aceptadora, desarrollando también la misma actitud hacia su entorno; y la última es la de Terminación, que corresponde al momento que la relación está a punto de terminar y se

limita a reconocer y compartir las vivencias de ambos y a preparar a la persona ayudada a afrontar su situación actual, identificando los principales obstáculos y medios para superarlos. (11)

Es durante este proceso de relación de ayuda, la Enfermera, debe brindar cuidado oportuno y con calidez humana, considerando al usuario y familia desde una perspectiva holística. Para ello, Chalifour considera que los cuidados de Enfermería deben ser enfocados en cuatro dimensiones: Biológica, Psicosocial, Intelectual y Espiritual. (11)

La Dimensión Biológica, comprende la integridad estructural y fisiológica de cada subsistema para mantener en buen funcionamiento general al organismo, evitando mayores daños en búsqueda de la estabilización y mantenimiento de la homeostasia e integridad, previniendo y detectando complicaciones al brindar atención inmediata, supervisando la continuidad de satisfacción de necesidades e interactuando con otros profesionales para agilizar la atención. (11)

En la Dimensión Psicosocial, se enmarca en la relación que la Enfermera establece con el familiar cuidador en el entorno hospitalario, intercambiando información y energía, evidenciando a través de sus conductas, emociones y sentimientos. Es aquí donde se crea un clima necesario para la búsqueda de una respuesta a la necesidad de ayuda

del familiar cuidador, en una relación emprendida con respeto, confianza, comprensión y amor. (11)

Referente a la Dimensión Intelectual, agrupa funciones intelectuales en perceptivas, dirigidas a adquirir, clasificar e integrar la información, para poderlas expresar utilizando juicio, criterio, memoria. Finalmente se considera la Dimensión Espiritual, que contiene principios religiosos, morales o éticos que guían la existencia, las respuesta esenciales que damos, el sentido a la vida, la muerte, soledad; tomando en cuenta el respeto por la persona, vida y libertad. (11)

Considerando que la Enfermera es una figura central en la vida inmediata del familiar cuidador, y sus acciones deben denotar una actitud inteligente y comprensiva, para poder proporcionar oportunidades para la conservación de su seguridad psicológica, autoestima e integridad básica, además de hacer frente a la crisis que conlleva la enfermedad de su ser querido; haremos referencia de algunos trabajos de investigación en los que se analiza variables similares al presente estudio:

Así, Concha D, (2004). En su estudio cualitativo post-estructuralista titulado: "Relación entre enfermeras de unidad de cuidados intensivos y familiares: Indicios para el cambio" reporta que las enfermeras consideran a los familiares elementos externos a la unidad y al proceso del cuidar al paciente crítico, que entienden el entorno de la unidad como un potente

factor estresor para los familiares, que perciben al médico como el dueño del proceso de información a pacientes y familiares, y que el contacto con los familiares supone un factor de estrés emocional para ellas. (13)

En nuestra ciudad, Arribasplata S y Esparza C. (2006), investigaron sobre la “Relación de ayuda de la enfermera en el afrontamiento del cuidador familiar del paciente hospitalizado. Hospital Regional Docente de Trujillo 2006”. Estudio descriptivo de corte transversal en 60 familiares cuidadores. Los resultados arrojaron que el 65.2% recibió una regular relación de ayuda de la enfermera, mientras un 7.2% fue mala relación y el 84.1% obtuvo un regular nivel de afrontamiento. (4)

En nuestro país, Montoya V. (2008) en Chiclayo, investigó sobre la “Relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos – EsSalud”, de tipo descriptivo – cualitativo. Concluyó que las enfermeras se sienten responsables de los cuidados que las familias en situación de duelo necesitan. Cubrir esta necesidad forma parte de la totalidad de los cuidados del paciente atendido. Así mismo que académicamente están preparadas para atender los aspectos biológicos-técnicos, pero no para los emocionales. Las enfermeras responden a su ansiedad ante los procesos de duelo con mecanismos inadecuados tales como: huida, rechazo, sentimiento de frustración, culpa, incompetencia. (39)

Por otro lado, García J y col. (2009). En México, investigó el: “Nivel de estrés del familiar cuidador en las unidades de cuidados intensivos”. Reportando que el 56% de familiares presentó niveles de estrés alto, el 39% niveles de estrés medio y el 5% bajo nivel de estrés. (20)

Así mismo, Campo M y Cotrina M. (2011). España, investigó: La “Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica”, el estudio fue descriptivo cualitativo. Concluyeron que, las enfermeras se sienten responsables de los cuidados que las familias en situación de duelo necesitan. Adquieren un papel relevante en la atención a familiares, por su permanencia junto a los pacientes, pero no se sienten capacitadas en la parte correspondiente al cuidado de las emociones por no poseer mecanismos ni destrezas para proporcionar apoyo humano al familiar. (10)

Por otra parte, Vargas J y Aguilar E. (2011). México, en su estudio titulado: “Niveles de estrés en los familiares de los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos de un hospital general”, en una muestra de 10 familiares que ejercían el rol de cuidador, concluyeron que el 90% de familiares tenían datos de estrés y el 10% no presentaron nivel de estrés. Del 90% que presentaron datos de estrés: el 50% presentó nivel de estrés bajo, el 30% nivel de estrés medio y 10% con estrés alto. (55)

También Márquez M. (2012). En Bogotá, investigó sobre: “La experiencia del familiar cuidador de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos”. El estudio de tipo cualitativo, fenomenológica descriptiva, mediante el abordaje de Colaizzi. Concluyeron que, la experiencia del familiar se describe a través de seis categorías que son: sentimientos, modificación de hábitos, afrontamiento, soportes, transformación y necesidades. Para afrontar la vivencia encuentra soporte en la red primaria, en el equipo de salud formal e informal, en la percepción de seguridad que brinda el servicio y en la espiritualidad; evoluciona al reconocer en el personal de salud un agradecimiento especial, obteniendo un aprendizaje y experimenta necesidades de información, apoyo económico, apoyo de la red primaria, del equipo de salud y deseo de cercanía. (33)

En nuestro medio y durante nuestras prácticas de pregrado e internado se pudo observar que el cuidado que brindan los profesionales de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo, está orientado a la satisfacción de las necesidades fisiológicas del paciente, es decir, se preocupan del paciente más no del familiar cuidador; quienes permanecen sentados en el primer piso fuera del área de hospitalización, ni siquiera en un ambiente cercano a la UCI, el mismo que se encuentra en el tercer piso, dónde hay un vigilante que no permite el ingreso de los familiares sin previa autorización. Siendo muchas veces la falta de calor humano manifestado

por los familiares cuidadores diciendo: “no me dejan pasar mucho tiempo con mi paciente”, y luego manifestaban también que cuando ingresan a la unidad no les permiten estar mucho tiempo con su ser querido, expresando: “ni si quiera me miran o me dan palabras de apoyo”, “ni se acercan cuando lloro”, “no se acercan a explicarme los procedimientos o estado de mi paciente”, entre otros, es decir que no se satisface las expectativas, inquietudes, preocupaciones del familiar cuidador, favoreciendo la descarga emocional del cuidador produciendo el estrés.

También, con solo observar a los familiares es posible darse cuenta que en muchas ocasiones el lugar de espera (bancas) les resulta un lugar hostil, frío en donde se encuentran solos, asustados y con miedo de lo que pueda estar pasando con su familiar. Sumado a esto las rígidas normas de visita de la UCI que suelen estar justificadas en argumentos no probados por la investigación, más sometidos a creencias o rutinas de los profesionales que laboran en ella que a otras cuestiones.

En este sentido, creemos que el rol de la enfermera en UCI es determinante para con la familia del paciente de la UCI, es un punto fundamental en ese proceso doloroso que padecen los familiares, por el cual el apoyo de la enfermera hace que las familias se sientan más confiados, puedan colaborar más efectivamente en la recuperación de su ser querido.

Por lo tanto ante esta situación problemática nos ha motivado a investigar cómo influye la relación de ayuda de la enfermera en el nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

En tal sentido a través de la presente investigación científica nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cómo influye la relación de ayuda de la enfermera en el nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos. Hospital Víctor Lazarte Echegaray 2015?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar cómo influye la relación de ayuda de la enfermera en el nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echegaray 2015.

Objetivos Específicos:

- Identificar la relación de ayuda de la enfermera al familiar cuidador en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echegaray.
- Identificar el nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

HIPÓTESIS

- **Hi:** La relación de ayuda de la enfermera influye significativamente en el nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray.
- **Ho:** La relación de ayuda de la enfermera no influye significativamente en el nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 MATERIAL

2.1.1 Población.

La población para el presente estudio estuvo constituido por 50 familiares cuidadores en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray, durante los meses Abril – Mayo 2015.

2.1.2 Muestra

Se consideró al 100% de la población, por tratarse de una población pequeña.

CRITERIO DE SELECCIÓN

Criterio de Inclusión:

- Familiar cuidador que tenga vínculo directo con el paciente hospitalizado en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echegaray.
- Familiar cuidador cuyo paciente tenga más de 72 horas de hospitalización.
- Familiar cuidador que acepte participar en el estudio de investigación.

2.1.3 Unidad de Análisis

Familiar cuidador directo del paciente hospitalizado en unidad de cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, que cumplieron con los criterios de inclusión.

2.2 MÉTODO

2.2.1 Tipo de Estudio

Este estudio de investigación de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal, porque se tomará en un sólo momento la observación y recolección de datos.

2.2.2 Diseño de Investigación

El diseño utilizado en esta investigación es correlacional, de un solo grupo, correspondiéndole el siguiente diseño: (46)

$$M: X_1 \longrightarrow X_2$$

Dónde:

M: Familiar cuidador.

X₁: Relación de ayuda de la enfermera.

X₂: Nivel de estrés del familiar cuidador.

2.2.3 Variables y Operacionalización de Variables

X₁: RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA

Definición conceptual:

La relación de ayuda es una interacción particular entre la enfermera y el familiar cuidador que tiene como objetivo el brindar cuidado, es decir mantener la vida del paciente, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensable, ayudando al familiar a reconocer, expresar y desarrollar estrategias para hacer frente al estrés en situaciones de salud de su familiar. (11)

Definición operacional:

Para la medición de la variable relación de ayuda de la enfermera, se aplicó un instrumento que consta de 10 ítems, cuyas respuestas fueron calificadas de acuerdo a los siguientes puntajes:

- **SIEMPRE** : 2
- **A VECES** : 1
- **NUNCA** : 0

El instrumento alcanzó una puntuación máxima de 20 puntos y una mínima de cero, por lo que para medir la relación de ayuda de la enfermera se utilizó la siguiente escala:

- **ADECUADA RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA:** 11 a 20 puntos.
- **INADECUADA RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA:** 0 a 10 puntos.

X₂: NIVEL DE ESTRÉS DEL FAMILIAR CUIDADOR

Definición conceptual:

El estrés es una respuesta integral del organismo incluyendo componentes intelectuales, fisiológicos, conductuales, emocionales, originado por un cambio en el ambiente que el

familiar cuidador percibe como un desafío, amenaza o daño a su propio equilibrio. (48)

Definición operacional:

Para medir el nivel de estrés del familiar cuidador, se aplicó un instrumento que consta de 10 ítems, cuyas respuestas fueron calificadas de acuerdo a los siguientes puntajes:

- **SIEMPRE** : 2
- **A VECES** : 1
- **NUNCA** : 0

El instrumento alcanzó una puntuación máxima de 20 puntos y una mínima de cero, por lo que para medir el nivel de estrés del familiar cuidador se utilizó la siguiente escala:

- **NIVEL DE ESTRÉS ALTO** : 14 - 20 puntos.
- **NIVEL DE ESTRÉS MEDIO** : 7 - 13 puntos.
- **NIVEL DE ESTRÉS BAJO** : 0 - 6 puntos.

2.2.4 Instrumentos de Recolección de Datos

Procedimiento de Recolección de Datos

La información fue recolectada realizando el siguiente procedimiento:

- Inicialmente se solicitó la autorización del Director del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray y del departamento de Enfermería, luego se realizó la coordinación respectiva con la Enfermera Jefa del Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos solicitando el permiso correspondiente para la realización y aplicación de los instrumentos de recolección de datos a los familiares cuidadores de dicho servicio que fueron seleccionados para la muestra del estudio.

- Se procedió a la explicación de los cuestionarios a cada uno de los familiares cuidadores que tengan a su paciente hospitalizados en cuidados intensivos. La aplicación de los instrumentos se realizó en los turnos de Mañana, Tarde y Noche, porque así se pudo identificar a los familiares directos (quienes permanecieron durante todos los días), establecimos una conversación para explicar el motivo de nuestra visita allí, y se procedió a la aplicación de los instrumentos en un promedio de 20 min.; los participantes desarrollaban por sí solos los instrumentos y en algunos casos se les aclaraba alguna duda.

- El espacio en donde se trabajó, fue en un pasadizo (bancas) en el primer piso, donde permanecían todos los familiares a la espera de alguna información acerca del estado de su familiar.

Para la presente investigación se utilizó dos instrumentos:

- El primer instrumento permitió determinar la relación de ayuda de la enfermera al familiar cuidador en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray; (Anexo N°3), el cual fue elaborado por las autoras del presente estudio de investigación, validados a través de juicio de expertos. Este instrumento consta de 10 preguntas cerradas en el cual el familiar cuidador debe escoger una opción entre las siguientes alternativas de respuestas: siempre, a veces, nunca.
- El segundo instrumento permitió medir el nivel de estrés del familiar cuidador de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray; (Anexo N°4), fue elaborado por las autoras del presente estudio de investigación, validados a través de juicio de expertos. Este instrumento consta de 10 preguntas cerradas en el cual el familiar cuidador debe escoger una opción entre las

siguientes alternativas de respuestas: siempre, a veces, nunca.

- Concluida la aplicación de los instrumentos se procedió a verificar que todas las preguntas hayan sido marcadas y en su totalidad. Luego se recibió los instrumentos para su posterior evaluación.

Control de calidad de los instrumentos:

- Validez

Para la validez de los instrumentos que evalúan la relación de ayuda de la enfermera y nivel de estrés del familiar cuidador, se aplicó la fórmula "r_s" correlación de spearman luego de aplicar la correlación de pearson en los ítems del instrumento de medición. Se obtuvo un $r_s = 0.981$ ($r_s > 0.50$) para el instrumento que evalúa la relación de ayuda de la enfermera y $r_s = 0.952$ ($r_s > 0.50$) para el instrumento que evalúa el nivel de estrés del familiar cuidador, lo cual indica que los instrumentos son válidos.

- Confiabilidad

De un total de 15 pruebas realizadas a nivel piloto para medir la confiabilidad del instrumento se obtuvo para el instrumento total un índice de confiabilidad Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.908$ ($\alpha > 0.50$) para el instrumento que evalúa la relación de ayuda de la enfermera y un índice de confiabilidad Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.887$ ($\alpha > 0.50$) para el instrumento que evalúa el nivel de estrés del familiar cuidador, lo cual indica que los instrumentos son confiables.

2.2.5 Procedimiento y análisis estadístico de datos, especificando el programa de computación informado.

La información recolectada a través de los instrumentos descritos, fue ingresada y procesada en el programa estadístico SPSS por Windows Versión 22. Luego, estos datos fueron procesados mediante una hoja de cálculo electrónica denominada Excel previa elaboración de la tabla matriz de datos (Anexo N°5) a fin de presentar los resultados en tablas y gráficos estadísticos para su análisis e interpretación respectiva.

La asociación de las variables se logró aplicando la prueba de independencia de criterios Chi-cuadrado utilizada para comparar conjuntos de frecuencia obteniendo como resultado

11.735 con una significancia menor de 5% ($P=0.001$) y la prueba de hipótesis de la Chi-cuadrado. (Anexo N°6).

III. RESULTADOS

TABLA Nº 1

**RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA AL FAMILIAR
CUIDADOR EN CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL
VICTOR LAZARTE ECHEGARAY 2015.**

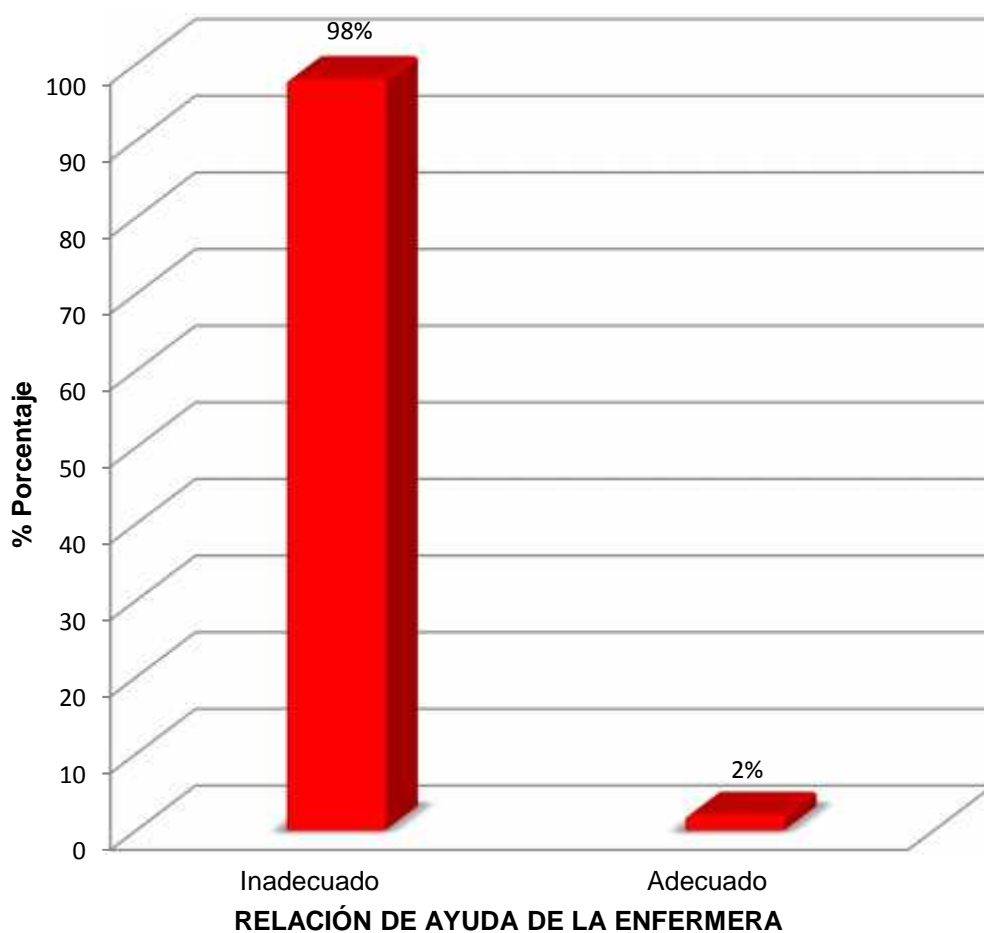
RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA	Nº	%
INADECUADA	49	98%
ADECUADA	1	2%
TOTAL	50	100

Fuente: Aplicación del instrumento que evalúa la relación ayuda de la enfermera al familiar cuidador en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray 2015.

GRÁFICO Nº 1

RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA AL FAMILIAR CUIDADOR EN CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL

VICTOR LAZARTE ECHEGARAY 2015.



Fuente: Tabla 1.

TABLA Nº 2

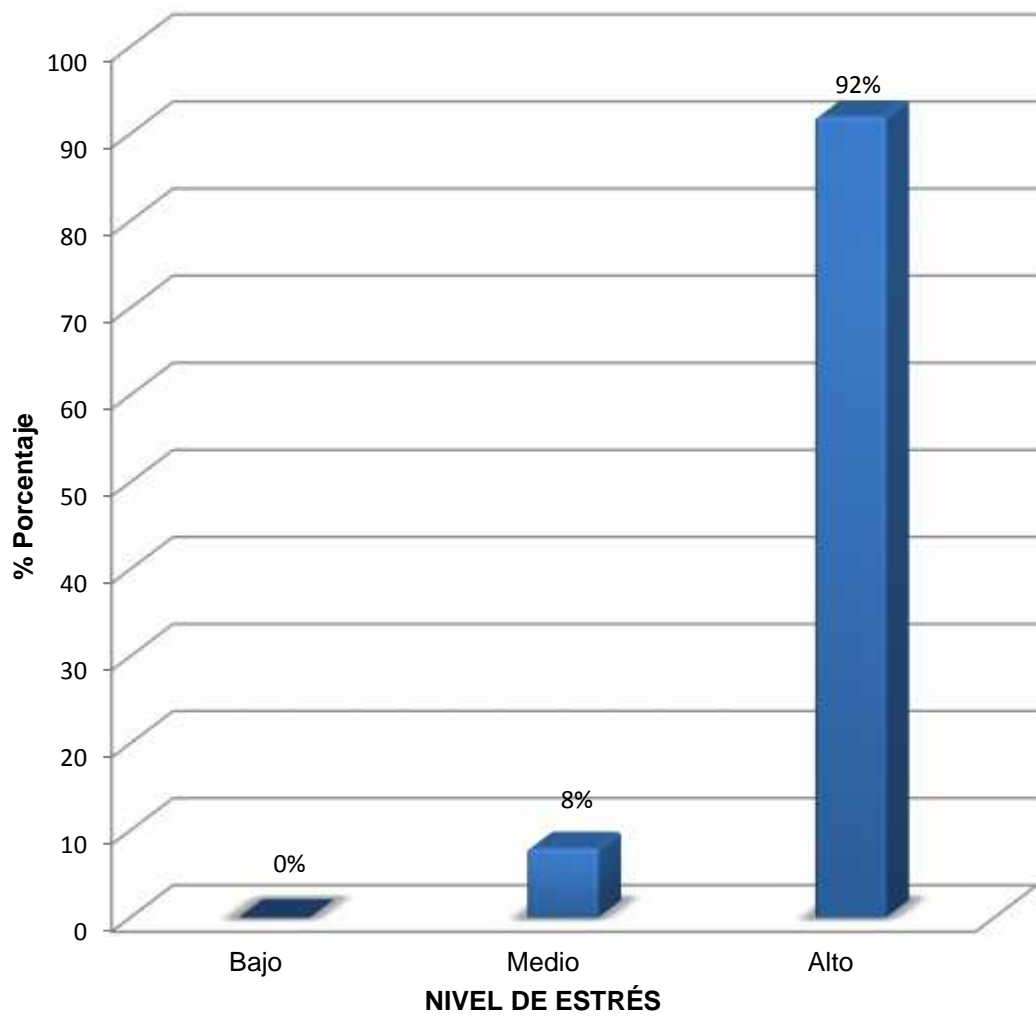
**NIVEL DE ESTRÉS DEL FAMILIAR CUIDADOR EN CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY
2015.**

NIVEL DE ÉSTRES	Nº	%
ALTO	46	92%
MEDIO	4	8%
BAJO	0	0
TOTAL	50	100

Fuente: Aplicación del instrumento que mide el nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray 2015.

GRÁFICO Nº 2

NIVEL DE ESTRÉS DEL FAMILIAR CUIDADOR EN CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY 2015.



Fuente: Tabla 2.

TABLA Nº 3

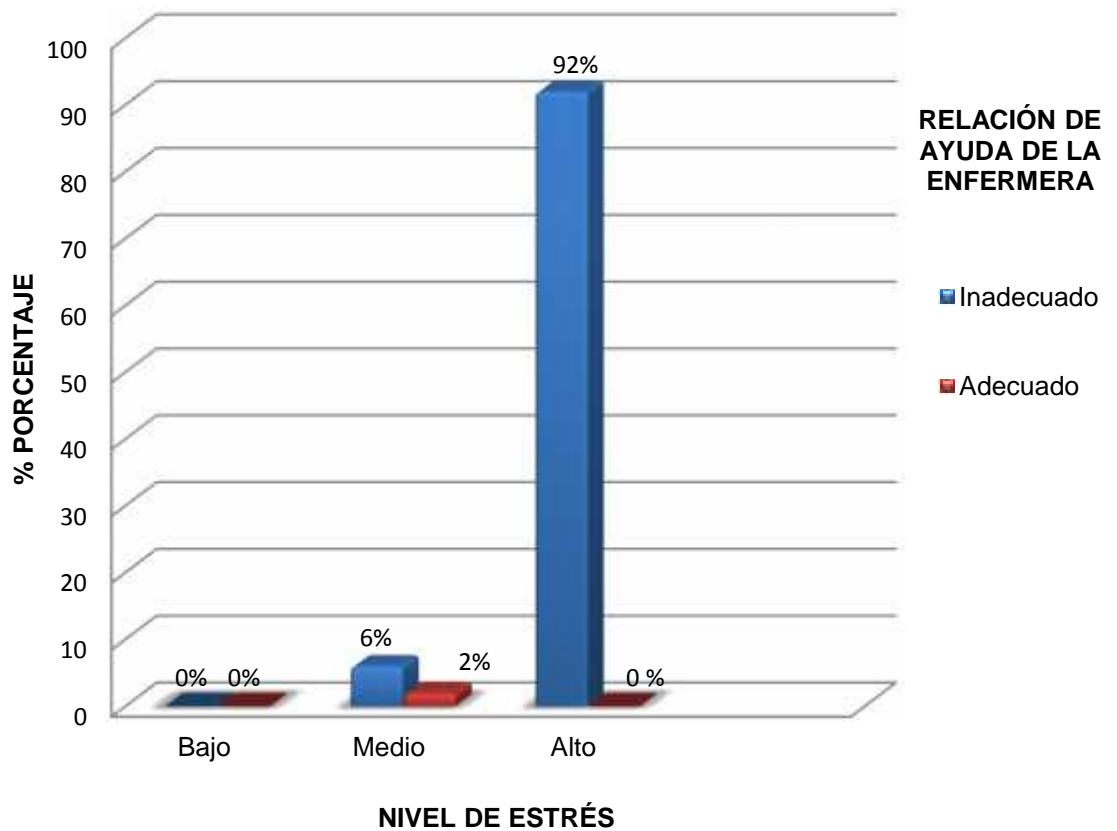
**INFLUENCIA DE LA RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENERMERA
EN EL NIVEL DE ESTRÉS DEL FAMILIAR CUIDADOR EN
CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL VICTOR LAZARTE
ECHEGARAY 2015.**

NIVEL DE ESTRÉS	RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA				TOTAL	
	INADECUADA		ADECUADA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BAJO	0	0	0	0	0	0
MEDIO	3	6	1	2	4	8
ALTO	46	92	0	0	46	92
TOTAL	49	98	1	2	50	100

Fuente: Instrumentos aplicados en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray 2015.

GRÁFICO Nº 3

INFLUENCIA DE LA RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENERMERA EN EL NIVEL DE ESTRÉS DEL FAMILIAR CUIDADOR EN CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY 2015.



Fuente: Tabla 3.

IV. DISCUSIÓN

De acuerdo a los hallazgos encontrados en el presente estudio de investigación, realizado en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray se obtuvieron los siguientes resultados:

En la **Tabla N°1**: Referente a la relación de ayuda de la enfermera al familiar cuidador, se encontró que el 2% tuvo una adecuada relación de ayuda de la enfermera, mientras el 98% obtuvo una Inadecuada relación de ayuda de la enfermera. (Gráfico N°1)

Los resultados obtenidos son similares a los encontrados por Arribasplata S y Esparza C. (2006), en su estudio sobre “Relación de ayuda de la enfermera en el afrontamiento del cuidador familiar del paciente hospitalizado. Hospital Regional Docente de Trujillo”, quienes concluyen que el 65.2% de familiares cuidadores recibió una regular relación de ayuda de la enfermera y el 7.2% una mala relación de relación de ayuda de la enfermera.

También Concha D, (2004) que investigó sobre: “Relación entre enfermeras de unidad de cuidados intensivos y familiares: Indicios para el cambio”. Encontraron en su estudio cualitativo que las enfermeras consideran a los familiares elementos externos a la unidad y al proceso del cuidar al paciente crítico, que entienden el

entorno de la unidad como un potente factor estresor para los familiares, y que el contacto con los familiares supone un factor de estrés emocional para ellas, entre otros motivos, porque no se sienten formadas en habilidades psico-sociales.

Por lo tanto, el haber encontrado una inadecuada relación de ayuda de la enfermera nos hacen deducir que probablemente esta situación se deba a que la enfermera se esta centrando en el cuidado biológico del paciente, olvidándose del familiar cuidador, mostrando un trato indiferente en ciertas ocasiones, dejando de lado los sentimientos, preocupaciones, inquietudes y ansiedad que presentan los familiares cuidadores al tener a su ser querido hospitalizado, olvidándose así, la enfermera, de su labor humanística, actuando de una manera reacia, ajena al dolor humano, haciendo que la hospitalización se torne aún más difícil de afrontar. Su calidad de atención y el grado óptimo de cuidados se ven opacados por el ambiente hospitalario, el mismo escenario del presente estudio y la carga laboral que presentan, dificultan el realizar una atención de calidad tanto al paciente como a sus cuidadores y teniendo en cuenta que ellos son el nexo principal entre el equipo de salud y éste, influirá en su recuperación.

En la **tabla Nº 02:** En relación al nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos se encontró que el 92% de los

familiares cuidadores tuvieron nivel de estrés alto, el 8% tienen nivel medio, en tanto que ningún (0%) familiar cuidador obtuvo nivel de estrés bajo. (Gráfico N°2).

Estos resultados divergen al estudio de Vargas J y Aguilar E. (2011). México, quienes investigaron sobre “Niveles de estrés en los familiares de los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos de un hospital general”, en donde se encontró que el 90% de ellos tenían datos de estrés y el 10% no presentaron nivel de estrés. Del 90% que presentaron datos de estrés: el 50% obtuvo nivel de estrés bajo, el 30% nivel de estrés medio y 10% con estrés alto.

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.

Otro trabajo que reporta resultados similares, es la de García J y col. (2009). En México, en su estudio sobre: “Nivel de estrés del familiar cuidador en las unidades de cuidados intensivos”.

Concluyeron que el 56% presentó nivel de estrés alto, el 39% nivel de estrés medio y el 5% nivel de estrés bajo.

En la población de estudio encontramos un alto índice de estrés en cuidados intensivos, el cual es una respuesta de la inadecuada ayuda que reciben los familiares cuidadores por parte de la Enfermera, 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 cuidador así como el mismo paciente.

En la **tabla N° 03**: Se presentan los siguientes hallazgos, el 92% de los familiares cuidadores califican de manera inadecuada la relación de ayuda de la enfermera y obtienen nivel de estrés alto, el 6% califican de manera inadecuada la relación de ayuda de la enfermera y tienen nivel de estrés medio, en tanto que el 2% de los familiares cuidadores califican de manera adecuada la ayuda de la enfermera y obtienen nivel de estrés medio.

En nuestro medio no existen trabajos de investigación, en familiares cuidadores de pacientes en cuidados intensivos con las variables del presente estudio que puedan servir como elementos de referencia.

Por lo tanto, en nuestro trabajo de investigación, las cifras obtenidas nos manifiestan una gran repercusión de la relación de ayuda de la enfermera en el nivel de estrés que presenta el familiar cuidador en su labor diaria; en tanto que los miembros del equipo de salud, en especial la Enfermera, son fuente primordial de ayuda directa durante la hospitalización de su ser querido. Por ello para conseguir una adecuada relación de ayuda es importante que la enfermera considere que la comunicación, el contacto, la proximidad, la expresión de sentimientos, el acompañamiento, el estar con la familia, son fundamentales para brindar un cuidado holístico con calidad y calidez; y lograr disminuir el estrés en el familiar cuidador.

Demostrándose que existe una influencia altamente significativa con ($P = 0.001$), es decir a medida que el familiar cuidador recibe una adecuada relación de ayuda de la enfermera, disminuye su nivel de estrés.

V. CONCLUSIONES

1. La relación de ayuda de la enfermera en Cuidados Intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echegaray fue calificada por los familiares cuidadores como inadecuada en un 98%.
2. El 92% de los familiares cuidadores de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echegaray presentaron alto nivel de estrés.
3. Se encontró influencia altamente significativa ($P=0.001$) entre la relación de ayuda de la enfermera y nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos; es decir, a medida que el familiar cuidador recibe una adecuada relación de ayuda de la enfermera disminuye su nivel de estrés.

VI. RECOMENDACIONES

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

- 1.** 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 ayuda y así poder reducir en ellos el estrés.
- 2.** 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 cuidador teniendo en cuenta sus expectativas, necesidades y percepciones disminuyendo así el estrés.
- 3.** Seguir realizando estudios de investigación sobre la relación de ayuda de la enfermera y nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos y publicarlos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albistur M, y col. La familia del paciente internado en unidad de cuidados intensivos. Rev. Med. Uruguay. 2000; 16: 243-56.
2. Allué M. Sobrevivir en la UCI. Enfermería Intensiva, 1997; 1 (8): 29-34.
3. Álvarez Y. Unidad de cuidados intensivos: Un campo inexplorado por el psicólogo en Chile. Revista de Psicología, 1990; 1 (1): 7-16.
4. Arribasplata S y Esparza C. Relación de ayuda de la enfermera en el afrontamiento del cuidador familiar del paciente hospitalizado. Hospital Regional Docente de Trujillo 2006. [Tesis]. Perú. Universidad Nacional de Trujillo;2006.
5. Azoulay E, et al. Family physician interactions in the intensive care unit. Crit Care Med 2004; 32 (11): 2323-2328.
6. Bacigalupo J, Uzal M. La familia del paciente internado en la unidad de cuidados intensivos. Rev. Med. Uruguay 2000; 136 (4): 53.
7. Barbero J. Humanización: Relación de ayuda con el enfermo terminal y su familia. Por una enfermería humanizada, Santander: Sal Terra. Madrid: Bermejo JC; 1999.p. 49-57.

8. Bernat R. Necesidades de la familia del paciente crítico, revisión bibliográfica. *Nursing* 2008; 26 (9): 60-3.
9. Cash D. Levels of occupational burnout, personality type, and coping processes: a comparison of intensive care and non intensive care registered nurses in primary care hospital setting. University of San Francisco EEUU, 1996; p.145.
10. Campo M, Cotrina M. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. *Enferm. Glob. España* 2011; 10 (24): 103-108.
11. Chalifour J. La Relación de ayuda en enfermería. Una perspectiva holística - humanística. Edt. SG Ed. S.A Barcelona – España; 1991; pp. 25, 27, 28, 29, 31, 37, 42, 48, 50.
12. Cibanal J. Interrelación del Profesional de Enfermería con el paciente. Barcelona – España: Doyma S.A; 1991.
13. Concha D. Relación entre enfermeras de unidad de cuidados intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *Nure Investigación Toronto-Canadá* 2004; 1 (3): 1-6.
14. Cornock M. Stress and intensive care patient: perceptions of patients and nurses. *Journal Advances Nurses* 1998; 27: 518-527.
15. Díaz A, Díaz N. Ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. *Nurse Investigation. Madrid* 2004; (10): 2.
16. Di Mauro R. Uso de conceptos de gestión de calidad en las unidades de cuidados intensivos. Entre la teoría y la realidad. Presentado a la cátedra de medicina intensiva. [Monografía].

Montevideo. Facultad de medicina; 2010.
[Accesado: 23-04-2015]. Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=891172>

17. 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. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013. [Accesado: 24-04-2015]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1322/1/franco_cr.pdf
18. García A y col. Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enferm. Intensiva* 2010; 21 (1): 20-27.
19. García A y Amorós S. Guía de atención a los familiares del paciente crítico. Islas Baleares: Hospital Universitaria San Dueta; 2011.
20. García J y col. Nivel de estrés del familiar cuidador en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm. Intensiva México* 2009; 26 (2): 67-72.
21. Garrouste M, et al. Opinions of families, staff and patients about family participation in care in intensive care units. *Journal of critical care* 2010; 25 (4): 634-64.
22. Gómez P y col. El ingreso en la unidad de cuidados intensivos. La repercusión en el familiar del paciente. *Boletín de Psicología México* 2006; 87: 61-87.

23. Gómez P y Soriano J. Satisfacción con la información: posible variable interviniente en el estado de ánimo de cuidadores primarios de pacientes críticos. *Clínica y Salud España* 2009; 20 (1): 91-105.
24. Guntupalli K y Fromm R. Burnout in the internist-intensives. *Intensive Care Medicine USA*. 1996; 22 (7): 625-630.
25. Jiménez V y Zapata L. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichán Colombia* 2013; 13 (2): 159-72.
26. Koenig H, et al. Hospital stressors experienced by elderly medical patients: developing a hospital stress index. *Int J Psychiatry Med* 1995; 25: 103-122.
27. Landeros E y Salazar G. Reflexiones sobre el cuidado. *Rev. Enferm IMSS Chile* 2006; 14, (3): 121–122.
28. Leedy S y Pepper J. Bases conceptuales de enfermería profesional. 1ra Ed. New York – USA: Lippincott; 1989. p. 251-68.
29. Libro de censo diario de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Belén de Trujillo (Octubre 2012 – Abril 2013).
30. Libro de censo diario de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo (Octubre 2013 – Febrero 2014).
31. Long B. *Enfermería Médicoquirúrgico: Un enfoque del proceso de enfermería*. 4ªed. España: Harcourt Brace; 1998. p.92.

32. López A. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4° ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2012. p. 2-4.
33. Márquez M. La experiencia del familiar cuidador de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. [Tesis]. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia; 2012.
34. Martín A, et al. "Psychological repercussions in family members of hospitalized critical condition patients". Journal of Psychosomatic Research 2005; 58: 447-451.
35. Medina J. ¿Qué formación para qué enfermería: del reduccionismo simplificante a los saberes complejos. Complejidad y Enfermería. Barcelona Alertes. Psicopedagogía 2003; pp. 139-149.
36. Ministerio de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Análisis de situación de Salud del Perú. MINSA-Perú 2013. [Accesado: 25-04-2015] Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>
37. Ministerio de Salud. Habilidades para la promoción de la salud mental y prevención del estrés: Módulos de capacitación. Programa de salud mental INSM Honorio Delgado Hideyo Noguchi 2001; 6.
38. Molter N. Needs of relatives of critical ill patients: a descriptive study. Herat & Lung 1979; 8 (2): 332-9.
39. Montoya V. Relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos – EsSalud. [Tesis]. Chiclayo; 2008.

40. Mosquera J y Col. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. Unidad de Cuidados Críticos. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España, 2009; 20 (2).
41. Organización Mundial De La Salud. La organización del trabajo y el estrés: Serie protección de la salud de los trabajadores: 3; Reino Unido.
42. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos. 2013. [Accesado: 23-04-2015]. Disponible en: <http://www.paho.org/per/images/stories/DyE/IB2013.pdf?ua=1>
43. Pardavila M y Vivar C. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos: Revisión de literatura. Enferm. Intensiva España 2012; 23, (2): 51-67.
44. Pérez de Ciriza A y col. Factores desencadenantes de estrés en cuidados intensivos. Enfermería Intensiva España 1996; 7 (3), 95-103.
45. Pinto N, Ortiz L y Sánchez B. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores". Revista Aquichan, 2005; 5: 128-137.
46. Polit D y Yhungler B. Investigaciones en Enfermería: Principios y Métodos. 4ª. Ed. EE.UU: Editorial Lippincott Philadelphia; 1991.
47. Rodríguez M, y col. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. Enfermería Intensiva 2003; 14 (3): 97.
48. Smeltzer S y col. Enfermería Médicoquirúrgico. 12ava. ed. Editorial: Wolters Kluwer Health España, S.A; 2013. p. 79.

49. Selye H. *The Stress of Life*, New York, Mc Graw-Hill 1956; 15-54.
50. Selye H. "El estrés de mi vida: Memorias de un científico". Michigan, 2009.
51. Sonogo B. Los espacios curativos. *Medicina Intensiva* 2003; 19 (1): 26-32.
52. Stavroula L. "OMS. La Organización del trabajo y el estrés". Francia; 2004.
53. Torrents R, y col. Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada. *Enfermería Intensiva* 2003; 14 (2): 49-60.
54. Van Horn E y Kautz D. Promotion of family integrity in the acute care setting: A review of the literature. *Dimens Crit Care Nurs* 2007; 26 (3): 101- 107.
55. Vargas J y Aguilar E. Niveles de estrés en los familiares de los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos de un hospital general- Instituto Mexicano del Seguro Social. [Tesis]. Oaxaca México. Hospital General de Zona Número 1; 2011.
56. Verhaeghe S, et al. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2005; 14 (4): 501-9.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

ANEXO Nº 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO..... después de haber recibido orientación acerca de la investigación a realizar por las Bachilleres Gutiérrez Narváez, Brenda y Sagástegui Caballero, Claudia, acepto ser encuestado(a) con el propósito de contribuir a la realización del proyecto de investigación titulado: **“Relación de ayuda de la enfermera y nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos. Hospital Víctor Lazarte Echeagaray 2015”**.

Entiendo que mi identidad se mantendrá en el anonimato y los datos que yo proporcionaré serán confidencialmente guardados y que no tendrán ninguna repercusión de mi persona, familia y que me será posible saber los resultados del proyecto de investigación, doy el consentimiento de colaboración para que así conste por mi propia voluntad.

Familiar Cuidador

Investigadora

DNI:

Investigadora

DNI:

Trujillo,..... de..... 2015.



**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

ANEXO Nº 2

SOLICITUD DE EMISIÓN DE JUICIO DE EXPERTO

ENF.

Presente.-

Asunto: Solicita emitir opinión de Juicio de Experto.

De mi especial consideración:

Es grato dirigirnos a usted para poder saludarla y a la vez hacer de su conocimiento que como Bachilleres en Enfermería hemos tenido el interés y motivación de realizar el trabajo de investigación en el área de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos, el mismo que tiene por título: **“Relación de ayuda de la enfermera y el nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos. Hospital Víctor Lazarte Echegaray 2015”**, con el propósito de obtener el Título de Licenciada en Enfermería.

Por ello, nos dirigimos a su persona para solicitarle emita su Juicio de Experto acerca del instrumento: Cuestionario, el mismo que está adjuntado a este documento para su revisión, corrección y formulación de las recomendaciones que usted crea conveniente.

Atentamente,

.....
Bach. Brenda Gutiérrez Narváez

.....
Bach. Claudia Sagástegui Caballero

Trujillo,..... de..... 2015.



**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

ANEXO Nº 3

**RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA Y EL NIVEL DE ESTRÉS
DEL FAMILIAR CUIDADOR EN CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL
VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY 2015**

**CUESTIONARIO SOBRE RELACION DE AYUDA DE LA ENFERMERA AL
FAMILIAR CUIDADOR EN CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL VÍCTOR
LAZARTE ECHEGARAY 2015**

Elaborado por las autoras.

INSTRUCCIONES: El presente instrumento ha sido elaborado para conocer la relación de ayuda de la enfermera al familiar cuidador del paciente hospitalizado en unidad de cuidados intensivos. Agradecemos responder los ítems presentados con sinceridad, indicando con un aspa (X) la respuesta que considere conveniente.

INDICADORES	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. La enfermera saluda cordialmente y le demuestra afecto: un abrazo, palmada en la espalda cuando usted ingresa a la unidad.			
2. La enfermera le informa sobre rutinas y reglamentos de la unidad dentro de las 48 h. de haber ingresada su familiar.			
3. La información brinda por la enfermera es confiable y entendible.			
4. La enfermera la (lo) mira a los ojos cuando le habla.			
5. Durante los horarios de visita, la enfermera se acerca a usted y le anima a expresar: dudas, temores, preocupaciones.			
6. Usted percibe que la enfermera muestra interés y brinda cuidados de calidad y calidez oportunos a su familiar.			
7. La enfermera escucha y respeta sus preocupaciones, creencias y sentimientos con respecto al estado de salud de su familiar.			
8. La enfermera le ayuda a identificar recursos de afrontamiento refiriéndose a ud. como: señor (a) vaya a comer algo o vaya a descansar; durante el proceso de hospitalización en UCI de su familiar.			
9. La enfermera le explica los cuidados que está recibiendo su familiar.			
10. La enfermera promueve el contacto entre usted y su familiar enfermo.			

TOTAL			
-------	--	--	--



**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

ANEXO Nº 4

**RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA Y EL NIVEL DE ESTRÉS
DEL FAMILIAR CUIDADOR EN CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL
VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY 2015**

**CUESTIONARIO PARA MEDIR EL NIVEL DE ESTRÉS DEL FAMILIAR
CUIDADOR EN CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE
ECHEGARAY 2015**

Elaborado por las autoras.

INSTRUCCIONES: El presente instrumento tiene como objetivo medir el nivel estrés del familiar cuidador del paciente hospitalizado en unidad de cuidados intensivos. Agradecemos responder los ítems presentados con sinceridad, indicando con un aspa (X) la respuesta que considere conveniente.

INDICADORES	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Pierde fácilmente el control cuando no le proporcionan una información oportuna y clara sobre el estado de salud de su familiar.			
2. Le angustia pensar que su familiar se pueda morir en UCI.			
3. En algún momento ha sentido que no puede controlar sus emociones.			
4. Percibe que el ambiente de la UCI es muy tenso.			
5. Siente que se enoja fácilmente con las dificultades que se presentan.			
6. Siente tensión en el cuello, hombros, nuca, o ardor en el estómago.			
7. Siente usted que su hábito de sueño ha cambiado, desde que su familiar ha ingresado a UCI.			
8. Siente que debido a que su familiar está hospitalizado, ya no dispone de tiempo suficiente para realizar otras actividades.			
9. Le es difícil tomar decisiones sobre el tratamiento, procedimientos que necesita su familiar.			
10. Piensa constantemente sobre el futuro que le espera a su familiar.			
TOTAL			

ANEXO N° 5

TABLAS MATRIZ DE DATOS

N°	AYUDA DE LA ENFERMERA												ESTRÉS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ptje	Nivel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ptje	Nivel
1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	5	Inadecuado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Alto
2	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	4	Inadecuado	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	17	Alto
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Inadecuado	1	2	1	0	1	0	1	1	1	1	9	Medio
4	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	4	Inadecuado	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	17	Alto
5	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	4	Inadecuado	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	17	Alto
6	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	4	Inadecuado	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	17	Alto
7	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3	Inadecuado	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	17	Alto
8	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	Inadecuado	1	2	1	1	0	2	2	2	1	2	14	Alto
9	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	5	Inadecuado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Alto
10	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	Inadecuado	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	16	Alto
11	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	4	Inadecuado	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	18	Alto
12	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	5	Inadecuado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Alto
13	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	4	Inadecuado	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	18	Alto
14	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	5	Inadecuado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Alto
15	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	Inadecuado	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	16	Alto
16	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	4	Inadecuado	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	18	Alto
17	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	4	Inadecuado	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	18	Alto
18	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	Inadecuado	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	16	Alto
19	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	Inadecuado	0	2	1	2	0	1	2	2	1	2	13	Medio
20	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	5	Inadecuado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Alto
21	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	Inadecuado	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	16	Alto
22	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	Inadecuado	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	17	Alto
23	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	5	Inadecuado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Alto
24	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	4	Inadecuado	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	18	Alto
25	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	4	Inadecuado	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	18	Alto
26	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	Inadecuado	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	17	Alto
27	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	4	Inadecuado	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	18	Alto
28	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	4	Inadecuado	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	19	Alto
29	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	5	Inadecuado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Alto
30	0	1	1	2	1	2	1	0	1	2	11	Adecuado	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	13	Medio
31	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	4	Inadecuado	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	19	Alto
32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Inadecuado	0	2	1	2	0	1	2	2	1	2	13	Medio
33	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	4	Inadecuado	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	19	Alto
34	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	4	Inadecuado	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	19	Alto
35	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	4	Inadecuado	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	19	Alto
36	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3	Inadecuado	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	17	Alto
37	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	Inadecuado	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	17	Alto
38	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	5	Inadecuado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Alto
39	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	Inadecuado	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	17	Alto
40	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	4	Inadecuado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Alto
41	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	5	Inadecuado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Alto
42	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	4	Inadecuado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Alto
43	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	5	Inadecuado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Alto
44	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	Inadecuado	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	17	Alto
45	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	4	Inadecuado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Alto
46	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	4	Inadecuado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Alto
47	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	Inadecuado	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	17	Alto
48	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	Inadecuado	1	2	1	1	0	2	2	2	1	2	14	Alto
49	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	4	Inadecuado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Alto
50	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	4	Inadecuado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Alto

ANEXO N° 6

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Tabla 1: Prueba de hipótesis de la relación de ayuda de la enfermera y su influencia en el nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echegaray 2015.

NIVEL DE ESTRÉS	RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA				Total
	Inadecuado		Adecuado		
	N°		N°		
Medio	3	3.92	1	0.08	4
Alto	46	45.08	0	0.92	46
Total	49		1		50

Fuente: Aplicación del instrumentoo que evalúa la relación de ayuda de la enfermera y nivel de estrés del familiar cuidador, Hospital Víctor Lazarte Echegaray 2015.

Hipótesis de la Chi-cuadrado:

Hipótesis nula (H_0): La relación de ayuda de la enfermera no influye significativamente en el nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echegaray 2015.

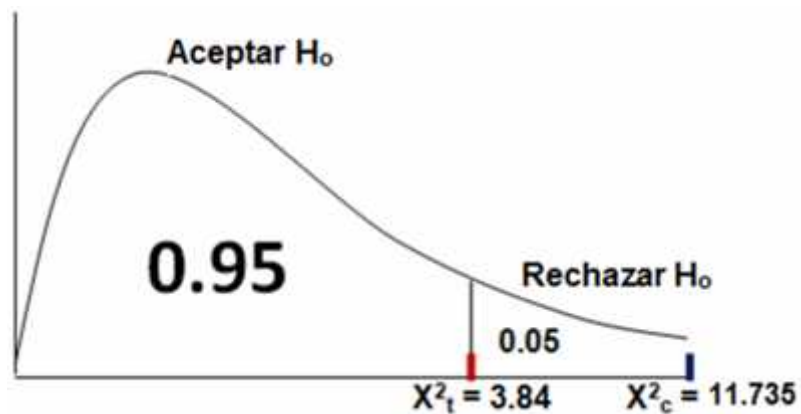
Hipótesis alterna (H_1): La relación de ayuda de la enfermera influye significativamente en el nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echegaray 2015.

ESTADISTICO DE PRUEBA: “CHI-CUADRADO” $\chi^2 = \frac{\sum (O - E)^2}{E}$

Dónde:

- O: Valores observados
- E: Valores esperados
- Nivel de significancia = 0.05

Figura 1: Región crítica de la relación de ayuda de la enfermera y su influencia en el nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echegaray 2015.



Fuente: Tabla 1.
Elaboración propia