

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FILIAL ICA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA ATENCIÓN
DOMICILIARIA Y ACTITUD DE ENFERMERÍA
FRENTE AL PACIENTE TERMINAL EN
PADOMI DEL HOSPITAL FELIX
TORREALVA GUTIERREZ,
ICA - OCTUBRE
2016**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

PALOMINO PALOMINO ILIANA ANDREA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

ICA – PERÚ

2017

**ASESOR:
LIC. VICTORIA PONCE PIO**

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la vida, la fortaleza y las bendiciones que me brinda cada día para salir adelante.

A mi abuela por todo el apoyo que me han brindado en los momentos difíciles, por contribuir en mi educación ,por enseñarme a ser perseverante y haberme dado la oportunidad de estudiar la carrera de enfermería, por su esfuerzo y dedicación.

A mis docentes por brindarme sus conocimientos, prepararnos académicamente, por compartir su experiencia, su tiempo, su exigencia por **colaborar en mi formación profesional y personal**, por sus consejos para poder enfrentarnos al mundo que nos espera.

A la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de ciencias de la salud de la Universidad Privada “San Juan Bautista”

Al director del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez por permitirme realizar mi estudio en la institución, al personal de enfermería y a los pacientes **por su colaboración para hacer posible la aplicación del instrumento.**

DEDICATORIA

A mis hijas y abuela por brindarme un apoyo incondicional y la oportunidad de lograr mis objetivos en el camino de perseverancia y formación profesional.

A mi Licenciada por brindarme su conocimiento y por su gran apoyo y motivación para la culminación de esta investigación.

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo determinar la percepción del familiar sobre la atención domiciliaria y la actitud de enfermería frente al paciente terminal en PADOMI del Hospital Felix Torrealva Gutiérrez, Ica – mayo 2016. La importancia radica en los familiares y en el equipo multidisciplinario de salud. Según el alcance del estudio es descriptivo, es de diseño no experimental, según el tiempo de ocurrencia es transversal y según el enfoque es cuantitativo. El área de estudio lo constituye pacientes que pertenecen al programa de atención domiciliaria, que se encuentra en la provincia de Ica. La muestra fue de 20 familias y 3 enfermeras con pacientes terminales, el instrumento fue el cuestionario estructurado para la primera variable y guía de observación para la segunda variable. Resultados: Según datos generales fueron el 40%(8) tienen entre 45 – 55 años, según lugar de procedencia el 80%(16) es de área urbana, según el sexo el 100%(20) es femenino, según el grado de instrucción el 55%(11) es de grado superior, según el estado civil el de 35%(7) está casada, según parentesco con el paciente el 50%(10) lo atienden su hija(o), según ocupación el 55%(11) son amas de casa y según religión el 90%(18) son católicas. De la percepción del familiar sobre la atención domiciliaria según datos globales al paciente terminal se encontró que el 75%(15) tuvieron una atención domiciliaria adecuado mientras que un 25%(5) fueron inadecuado. De la actitud de enfermería frente al paciente terminal según datos globales se encontró que 67%(2) de las enfermeras observadas tienen una actitud positiva y un 33%(1) actitud negativa. Conclusiones: La percepción del familiar sobre la atención domiciliaria según dimensión cuidado de la piel, alimentación e higiene es adecuada en el programa de atención domiciliaria y la actitud de enfermería frente al paciente terminal según dimensión componente cognitivo, afectivo y conductual es positiva en el programa de atención domiciliaria.

Palabras: Percepción – Actitud – Paciente Terminal - Atención de Enfermería.

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the family 's perception about home care and the nursing attitude towards the terminal patient in PADOMI of Felix Torrealva Gutiérrez Hospital, Ica - May 2016. The importance lies in the family and in the multidisciplinary health team. According to the scope of the study it is descriptive, it is of non-experimental design, according to the time of occurrence is transversal and according to the approach is quantitative. The study area consists of patients who belong to the home care program, which is located in the province of Ica. The sample consisted of 20 families and 3 nurses with terminal patients, the instrument was the structured questionnaire for the first variable and observation guide for the second variable. Results: According to general data, 40% (8) are between 45 and 55 years of age, according to place of origin, 80% (16) are urban, according to gender 100% (20) is female, according to the degree of Instruction 55% (11) is of a higher grade, according to the marital status 35% (7) is married, according to kinship with the patient 50% (10) is cared for by her daughter, according to occupation 55% (11) are housewives and according to religion 90% (18) are Catholic. From the household's perception of home care according to the terminal patient, 75% (15) of the patients had adequate home care while 25% (5) were inadequate. From the nursing attitude towards the terminal patient according to global data it was found that 67% (2) of the nurses observed had a positive attitude and a 33% (1) negative attitude. Conclusions: The family's perception of home care according to dimensions of skin care, food and hygiene is adequate in the home care program and the nursing attitude towards the terminal patient according to the cognitive, affective and behavioral component dimension is positive in the program Of home care.

Key words: Perception - Attitude - Terminal Patient - Nursing Care.

PRESENTACIÓN

La muerte, al igual que el nacimiento, son fenómenos naturales, inherente a la condición humana, que comparte aspectos biológicos, sociales, culturales, así como psicológico-emocionales, y quizás, ellos sean dos de los acontecimientos que mayor impacto emocional generan, tanto en la propia persona, como en sus redes de contactos sociales íntimos y en quienes los atienden. El profesional de enfermería tiene, dentro de sus funciones, la de ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo rodean; se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo con el necesitado. Por tanto frente al paciente terminal el profesional de enfermería tiene, dentro de sus funciones, la de ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo rodean. Por ende esta investigación cuyo objetivo es determinar la percepción del familiar sobre la atención domiciliaria y la actitud de enfermería frente al paciente terminal en PADOMI del hospital Felix Torrealva Gutiérrez, Ica – mayo 2016. El propósito es brindar información actualizada a fin de proponer estrategias de mejora en la atención de estos pacientes.

Se encuentra organizada en 5 capítulos: El capítulo I : El problema, planteamiento del problema, formulación del problema, justificación del problema, objetivo general, objetivo específico y el propósito de estudio. En el capítulo II: Marco teórico, antecedentes, base teórica, hipótesis, definición operacional de términos. En el capítulo III: material y métodos, tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, diseño de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos. En el capítulo IV comprende: Resultados y discusión. En el capítulo V: Conclusiones y recomendaciones. Finalizando con las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

ÍNDICE

	Pág.
CARATULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
SUMMARY	vi
PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS	xiv

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
I.c. OBJETIVOS	16
I.c.1. GENERAL	16
I.c.2. ESPECIFICOS	16
I.d. JUSTIFICACIÓN	17
I.e. PROPÓSITO	18

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

II.a. ANTECEDENTES	19
II.b. BASE TEÓRICA	25
II.c. HIPÓTESIS	44
II.d. VARIABLE	45
II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	45

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

III.a. TIPO DE ESTUDIO	46
III.b. ÁREA DE ESTUDIO	46
III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA	46
III.d. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47
III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	48

CAPÍTULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

IV.a. RESULTADO	50
IV.b. DISCUSIÓN	60

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.a. CONCLUSIONES	65
V.b. RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
BIBLIOGRAFÍA	72
ANEXOS	73

LISTA DE TABLAS

N°	TÍTULO	Pág.
1	DATOS GENERALES DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE TERMINAL EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA – MAYO 2016	50
2	PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA SEGÚN DIMENSIÓN CUIDADOS DE LA PIEL AL PACIENTE TERMINAL EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA – MAYO 2016	91
3	PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA SEGÚN DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN AL PACIENTE TERMINAL EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA – MAYO 2016	91
4	PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA SEGÚN DIMENSIÓN HIGIENE AL PACIENTE TERMINAL EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA – MAYO 2016	92
5	PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA AL PACIENTE TERMINAL EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA – MAYO 2016	92
6	ACTITUD DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL SEGÚN DIMENSIÓN COMPONENTE COGNITIVO EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA – MAYO 2016	93
7	ACTITUD DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL SEGÚN DIMENSIÓN COMPONENTE	93

	AFFECTIVO EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA – MAYO 2016	
8	ACTITUD DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL SEGÚN DIMENSIÓN COMPONENTE CONDUCTUAL EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA – MAYO 2016	94
9	ACTITUD DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA – MAYO 2016	94

LISTA DE GRÁFICOS

N°	TÍTULO	Pág.
1	PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA SEGÚN DIMENSIÓN CUIDADOS DE LA PIEL AL PACIENTE TERMINAL EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA – MAYO 2016	52
2	PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA SEGÚN DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN AL PACIENTE TERMINAL EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA – MAYO 2016	53
3	PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA SEGÚN DIMENSIÓN HIGIENE AL PACIENTE TERMINAL EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA – MAYO 2016	54
4	PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA AL PACIENTE TERMINAL EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA – MAYO 2016	55
5	ACTITUD DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL SEGÚN DIMENSIÓN COMPONENTE COGNITIVO EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA – MAYO 2016	56
6	ACTITUD DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL SEGÚN DIMENSIÓN COMPONENTE AFECTIVO EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA – MAYO 2016	57

7	ACTITUD DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL SEGÚN DIMENSIÓN COMPONENTE CONDUCTUAL EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA – MAYO 2016	58
8	ACTITUD DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA – MAYO 2016	59

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
ANEXO N°1	Operacionalización de variables	74
ANEXO N°2	Instrumento de recolección de datos	80
ANEXO N°3	Prueba binomial	82
ANEXO N°4	Tabla de códigos	83
ANEXO N°5	Prueba de confiabilidad	87
ANEXO N°6	Tabla matriz	89
ANEXO N°7	Tablas de frecuencia y porcentajes	91

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Según la OMS, el paciente terminal es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento específico con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes gran impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo con un pronóstico de vida limitado (inferior a 6 meses). La filosofía de los Cuidados Paliativos, que se basa en una concepción global, activa e integral de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal¹.

En relación a la calidad de vida la organización mundial de la salud propone indicadores estandarizados con el fin de evaluar las intervenciones que se definen con el objetivo de “mejorar la calidad de vida”. El apoyo familiar y social es fundamental en relación a la salud, especialmente la parte psíquica. Las personas necesitan amar y sentirse amadas, la necesidad de sentirse amados no decrece con los años. El sufrimiento como parte de la vida es aceptado como un valor moral ético que da sentido a la vida, no como una carga, que puede favorecer la calidad de vida.

Según Andrews y Witney, “La calidad de vida no es el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino como dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo”².

Según el Ministerio de salud de Panamá dice que las personas en situación terminal tienen necesidades específicas que incluyen la correcta valoración y tratamiento de su sintomatología (dolor,

náuseas, constipación, disnea, insomnio, etc.), el abordaje de los síntomas emocionales, la comunicación empática soporte e información adecuada a la familia. Para todo ello, es necesario que el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, ONGs y entidades privadas prestadoras de servicios en salud) se organice para hacer frente a los nuevos retos promocionales, preventivos y asistenciales³.

En el Perú todavía no es aceptado la distanasia pero hay códigos de ética que protegen al paciente terminal, se ha encontrado en el Hospital Arzobispo Loayza en un estudio a los pacientes con enfermedad crónica terminal se inclinan en un 52% por la distanasia, tanto la familia, el personal multidisciplinario de salud deben ofrecer calidad de vida sin sufrimiento al paciente terminal⁴.

Durante las prácticas rurales se pudo observar que las familias no están conformes por la atención de la enfermera y al interactuar con los familiares de los pacientes se muestran ionconformes con la atención del paciente. Esta investigación se lleva a cabo porque es un problema no solo de conducta personal sino de salud pública ya que trata de una población vulnerable donde la familia juega un rol importante y que se pudo observar en las prácticas rurales y frente a lo encontrado se plantea la siguiente interrogante de la investigación.

I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción del familiar sobre la atención domiciliaria y la actitud de enfermería frente al paciente terminal en PADOMI del hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – mayo 2016?

I.c. OBJETIVOS:

I.c.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción del familiar sobre la atención domiciliaria y la actitud de enfermería frente al paciente terminal en PADOMI del hospital Felix Torrealva Gutierrez, Ica – octubre 2017.

I.c.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O.E. 1: Identificar la percepción del familiar sobre la atención de domiciliaria, según sea:

- Cuidados de la piel
- Alimentación
- Higiene

O.E. 2: Identificar la actitud de enfermería frente al paciente terminal, según sea:

- Componente cognitivo
- Componente afectivo
- Componente Conductual

I.d. JUSTIFICACIÓN:

Esta investigación se justifica por ser un tema de profunda reflexión y meditación, no es fácil hablar del paciente terminal ya que enfoca una proximidad a la muerte, que genera un amplio conjunto de actitudes y emociones de variada intensidad. Por ello el conocer las actitudes del profesional de enfermería ante la muerte reviste gran importancia por la forma en como éstas influyen en la relación interpersonal y atención de enfermería con pacientes y familiares. Enfermería como disciplina responsable de proveer el cuidado de salud y por su formación humanística, debiera entregar la asistencia necesaria a la persona y familia que atraviesa por esta etapa final de la vida. Tiene el desafío de gestionar una atención de calidad, lo cual trae consigo la necesidad de incrementar su preparación en el área y generar un mayor número de

evidencia en la misma, que propenda a una mejor calidad del morir en la persona. Como aporte científico permitirá a los estudiantes, involucrarse en los problemas de salud del paciente terminal que cada día se va incrementando.

I.e. PROPÓSITO:

La presente investigación pretende dar a conocer la percepción sobre la atención domiciliaria y la actitud que tienen las enfermeras ante los pacientes terminales con el fin de que los resultados obtenidos del presente estudio permitan brindar información actualizada al Hospital Félix Torrealva Gutiérrez a fin de que formulen estrategias orientadas a que los familiares y enfermeras, mediante la capacitación y/o la educación continua, refuercen la percepción sobre la atención de enfermería domiciliaria así como promover talleres para el fortalecimiento de calidad de vida en un enfermo terminal, disminuyendo los riesgos y/o complicaciones a que están expuestos los pacientes.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

II.a. ANTECEDENTES

Para esta investigación se tomó en cuenta antecedentes relacionados, internacionales, nacionales y locales; que se presentan a continuación:

Bautista L, Arias M, Carreño Z. En el año 2016 realizaron un estudio transversal y descriptivo con el objetivo de determinar la **PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS HOSPITALIZADOS RESPECTO A LA COMUNICACIÓN Y APOYO EMOCIONAL EN COLOMBIA**. Materiales y Métodos: La muestra fue de 200 familiares; para la recolección de la información se utilizó el instrumento: (Percepción de los Familiares de los Pacientes Críticos), respecto a la intervención de Enfermería durante su Crisis Situacional. Resultados: *“La percepción global de los familiares, es favorable en un 80% expresando una connotación positiva. Los familiares de los pacientes ven la labor de enfermería como un comportamiento de cuidado humanizado centrado en la valoración del ser humano como un ser holístico, donde el cuidado brindado estuvo caracterizado por comportamientos como: la empatía, la comunicación efectiva, el afecto y el tacto. Conclusiones: “Humanizar la unidad de cuidado intensivo permite reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales, una familia participativa es una familia más sana con más herramientas para luchar contra la desesperanza que genera el ingreso de un paciente a los servicios de hospitalización crítica”⁵.*

Machant C, Miranda K, Risco P. En el año 2013 realizaron un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal con el objetivo de describir las **PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE**

HOSPITALIZADOS DEL SUBDEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DE LOS CUIDADOS HUMANIZADOS

BRINDADOS POR LA ENFERMERA EN CHILE. Material y métodos: *“La muestra estuvo conformada por 7 usuarios externos de la unidad, quienes estuvieron hospitalizados por lo menos 7 días en ella recibiendo tratamiento contra su enfermedad. Para lo cual se realizó una entrevista semi-estructurada, elaborada por las investigadoras, la que fue previamente piloteada y validada. Los resultados demuestran, que los pacientes recibieron cuidados humanizados durante su hospitalización por parte de las enfermeras de la unidad, lo que valoraron y agradecieron de todo corazón; e identificaron sin problema al profesional de Enfermería. Por esto concluimos que, en esta unidad prevalece el trato holístico hacia sus pacientes”*⁶.

Martínez K. Realizó en el año 2014 un estudio transversal y descriptivo con el objetivo de determinar los **PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO, SOBRE LA ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA ANTE UNA CRISIS SITUACIONAL EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA DE UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA.** Método: La población estuvo conformada por 30 familiares cuyos parientes se encuentran internados en los servicios de medicina, con grado de dependencia II, III. La técnica fue la entrevista y el instrumento una Escala de Likert modificada, aplicado previo consentimiento informado. Resultados. *“En cuenta a los datos generales del 100% (30) familiares, 83% (25) son mujeres y el 17% (5) son varones; 47%(14) tienen entre de 28 a 38 años, el 23% (7) de 17-27 años, 23% (7) de 39 a 49 años y 7% (2) de 50 a 68 años. 53% (16) cuentan con estudio técnico-superior, 30% (9) secundaria completa, 10% (3) secundaria incompleta y 7% (2) educación primaria completa. 40% (12) son esposa, 17% (8) hijo (a), 23% (6) sobrino (a), 10% (3) padre/madre. 67% (20) tiene a su paciente crítico hospitalizado entre 3 a 6 días, 27% (8) entre 7 a 10 días y 6%(2) entre*

11 y 14 días. De 100% (30), 43% (13) tiene una percepción medianamente favorable, 30% (9) desfavorable y 27% (8) favorable. Referente a la dimensión comunicación verbal, 40% (12) desfavorable, 30% (9) tienen una percepción y desfavorable y medianamente favorable respectivamente; en la dimensión comunicación no verbal, 53% (16) tienen una percepción medianamente favorable, 30% (9) favorable y 17% (5) desfavorable; en la dimensión de apoyo emocional tienen una percepción medianamente desfavorable 66.6% (20), 16.8% (5) favorable y 16.6% (5) desfavorable. Conclusiones”⁷.

Cortabrazo R. En el año 2014 realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal con el objetivo de determinar **ACTITUDES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA LA MUERTE Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TERMINAL, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL NACIONAL DOS-LIMA**. Metodología: *La población estuvo constituida por 63 enfermeras que laboran en la UCI, del Hospital Nacional Dos de Mayo las técnicas que se emplearon fueron la encuesta y la observación. Las técnicas que se emplearon fueron la encuesta y la observación; los instrumentos un cuestionario y una guía de observación. Resultados:” Las actitudes del profesional de enfermería hacia la muerte del paciente en la UCI del Hospital Dos de Mayo; son de indiferencia 58%, positivas 21% y negativas 21%. Según dimensiones presentan actitudes de indiferencia en la aceptación 71% y de temor 59% y en la perspectiva profesional 44% y solo presentan actitudes positivas en la evitación 42%. Los cuidados de enfermería al paciente terminal son inadecuados 70% y adecuados 30%. Según dimensiones presentan cuidados inadecuados físicos en un 63%, emocional 60% y espirituales 83%. Conclusiones: las actitudes de la enfermera hacia la muerte del paciente son de indiferencia y los cuidados de enfermería al paciente terminal son inadecuados”⁸.*

Reyes M, Colonia K, Reyes R. En el año 2013 realizaron un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal con el objetivo de describir las **PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICO ACERCA DEL APOYO PSICOSOCIAL QUE BRINDA LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN-LIMA.**

Material y métodos: La muestra estuvo conformada por 50 familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI, determinada mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario con 19 ítems, elaborado por los autores. Resultados: *“El 64% de los familiares percibe favorablemente el apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la UCI y el 36% lo percibe en forma desfavorable. En relación al aspecto emocional, se encontró que en las dimensiones de comprensión y tolerancia en la visita, y escucha al familiar, el 96% tiene una percepción de favorable a muy favorable; asimismo en la dimensión de expresiones de afecto y apoyo, el 92% tiene también una percepción de favorable a muy favorable. En el aspecto instrumental, se evidencia que los familiares tienen una percepción de favorable a muy favorable en las dimensiones de información sobre necesidades específicas y complementarias, información en forma clara y sencilla, e información sobre los medios diagnósticos con un 100%, 94% y 52% respectivamente. En relación a la solución de problemas específicos, se reporta que el 70% tiene una percepción de favorable a muy favorable en la dimensión de participación de los familiares en el cuidado del paciente. Por el contrario, el 60% tiene una percepción indiferente en la dimensión de información sobre requisitos para reposición de sangre, y el 50% tiene una percepción de desfavorable a muy desfavorable en la dimensión de flexibilidad en la visita a los familiares”⁹.*

Flores Y. En el año 2013 realizó un estudio de tipo descriptivo, cualitativo con el objetivo de determinar los **ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL CUIDADO DEL PACIENTE MORIBUNDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE-LIMA.**

Metodología: La población estuvo conformada por 50 profesionales de enfermería. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo escala de Lickert, que se aplicó previo consentimiento informado. Resultados. *“Del 100% (50), 42%(21) tienen actitud de indiferencia, 32%(16) de aceptación y 26%(13) de rechazo. En cuanto a la dimensión fisiológica, 58% (29) tiene una actitud de indiferencia, 22% (11) aceptación y 20% (10) rechazo; en la dimensión espiritual 72% (36) tiene una actitud de indiferencia, 20% (10) rechazo y 8% (4) aceptación; y en la dimensión psicoemocional 60% (30) tienen actitud de Indiferencia, 24% (12) aceptación y 16% (8) rechazo. Conclusiones. El mayor porcentaje de los profesionales de enfermería tiene una actitud de indiferencia hacia la atención del cuidado del paciente moribundo, referido a la dimensión fisiológica, espiritual y psicoemocional”¹⁰.*

Ramírez J, Ydrogo Y. En el año 2012 realizaron un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal con el objetivo de examinar la **ÉTICA DEL CUIDADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DESDE LA PERSPECTIVA DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO HRDLM CHICLAYO - LIMA.**

Método: Los criterios de inclusión fueron los familiares directos como esposo(a), hijos, hermanos y que vivan con él. Tener un tiempo mayor de 48 horas de hospitalizado el paciente en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente las Mercedes y ser mayor de 18 años; así mismo se incluyó la observación no participante. *“Se obtuvo 3 categorías: I. La ética del cuidado en el diálogo de presencia y la aplicación de virtudes. II: Revaloración de la*

*ética del cuidado para humanizar los cuidados de enfermería hacia el familiar acompañante del paciente crítico. III: Actitudes necesarias que favorecen la ética del cuidado y la interrelación. Las consideraciones finales fueron, que el profesional de enfermería hace uso de la ética del cuidado donde desarrolla la comprensión del otro ser que necesita ser cuidado a base de principios y valores morales y a la vez desarrolla también la comunicación no verbal, como un gesto, una mirada tierna, entre otros". Pero en la actualidad no todos los profesionales de enfermería ponen en práctica dicha características cayendo así en formas de no cuidado. Por lo que los familiares exigen un trato más humano y sensible, creando en el profesional de enfermería actitudes necesarias que no pueden quedar omisas ante el pedido de los familiares"*¹¹.

Farroñan J. En el año 2012 realizó un estudio de tipo cuantitativo, con diseño descriptivo con el objetivo de describir los **ACTITUD DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA EN LOS PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO-LIMA**. Método: *"El marco teórico se basó en la teoría de Hildergard Peplau, el escenario lo conformo el servicio de medicina varones y mujeres del hospital. "Los sujetos de estudio fueron las enfermeras con experiencia de 5 años continuos en dicho servicio y se hizo una triangulación con los familiares para obtener datos informativos más fidedignos. El análisis de datos fue de contenido temático y en toda la investigación se respetó los principios éticos y de cientificidad"*¹².

Los antecedentes mostrados anteriormente, han sido de apoyo para poder desarrollar la presente investigación. Permitiendo procesar los datos sobre conceptualización de la percepción del familiar sobre la atención domiciliaria y actitud de enfermería frente al paciente terminal en el servicio de medicina. Así mismo

los resultados de dichos estudios permitieron tener un panorama específico sobre los cuidados que le brindan la enfermera a los pacientes terminales y cómo puede afectar a los pacientes.

II.b. BASE TEÓRICA

PERCEPCIÓN

Es un acto de naturaleza cognitiva, considerado eminentemente complejo, en el que interviene la persona en su totalidad. Mediante la percepción no sólo se observa los objetos físicos sino personas e incluso realidades sociales. Por la percepción, la realidad queda estructurada y recibe un significado concreto. El primer contacto con el mundo real se tiene a través de las sensaciones, fase inicial de la percepción de la información. Para la Psicología moderna, puede definirse como *“el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos”*¹³.

Características de la Percepción

La percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal.

Subjetiva, ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro.

Selectiva, es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y seleccionar su campo perceptual en función de lo que desea percibir.

Temporal, es un fenómeno a corto plazo, la forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos.

La percepción puede ser considerada como: Percepción real o

percepción del objeto físico, percepción personal o percepción de una persona, percepción social o percepción de grupos y realidades sociales.

Para este estudio sea considerado algunas características del cuidado al paciente y que el familiar puede percibir durante la atención de enfermería.

Cuidados de la piel

Sabiendo que la piel que cumple una función importante, mantener la piel en buenas condiciones es esencial, en toda etapa de la vida sobretodo en pacientes en riesgo de morir, éste es uno de los problemas más difíciles que presentan los pacientes postrados en cama, y por falta de movilización, hay perdida de agua y está más propensa a sufrir ingreso de microorganismos. Uno de estos grandes problemas son las úlceras por compresión (también llamadas escaras) comúnmente aparecen en pacientes que permanecen en cama durante un tiempo prolongado, con compromiso físico al que se agrega la desnutrición, poca hidratación y falta de cambios posturales. Las escaras ocurren en áreas óseas del cuerpo. Las úlceras por compresión se pueden prevenir si se siguen los siguientes pasos: Explicar al familiar la importancia de cambiar de posición según horario, administre medicamentos para el dolor según se requiera para facilitar el movimiento. *“Usar almohadas para sostener al paciente en posición de lado, mantenga la piel limpia y seca, mantenga la ropa de cama seca y sin arrugas. Realizar masajes con suavidad alrededor de las áreas comprimidas enrojecidas, aplique loción alrededor de las áreas de compresión una o dos veces al día”*¹⁴.

Es bueno examinar diariamente al paciente durante el baño en busca de áreas de la piel enrojecidas. Si observa enrojecimientos en las áreas de compresión, poner atención para proteger la zona. La

enfermera principal puede sugerirle el uso de dispositivos como aire, agua o colchones de aire/presión alterna para reducir la compresión. Además, también se pueden usar protectores de piel de oveja para hombros y talones para reducir la fricción cuando el paciente se mueve sobre la ropa de cama. Incluso con el mejor de los cuidados, puede ocurrir una ruptura de la piel. La enfermera principal y el médico sugerirán formas de tratar estas úlceras de compresión y de promover la cicatrización de la piel.

Verifica el estado de hidratación del paciente

Tratar aquellos procesos que puedan influir en la evolución de las úlceras por presión: respiratorios, circulatorios y metabólicos. Mantener una buena hidratación, valorar la capacidad del paciente para colaborar con sus cuidadores en el programa de prevención.

Aplicación de cremas corporales

Lavarse la mano y cerciorarse de calentarlas un poco, lo mismo que calentar un poco la crema que se va a aplicar al paciente, aplicar crema suficiente en la mano, realizar contacto de la palma de la mano con la piel con movimientos lentos y suavemente al mismo tiempo deben ser rítmicos. *“El movimiento de la piel y músculos debe ser en forma ascendente. La lubricación y masaje de la piel los realizara con los cambios de posición”*¹⁵.

El uso del talco no es recomendable en pacientes que están postrados en cama debido a que puede causar fricción en la piel y dañar las células de la piel, así también el talco produce un polvillo dañino para la persona, la vía inhalatorio pueden causarle algún tipo de daño en el área de los cornetes, o desencadenar alguna alergia o sensibilidad no solo cutánea sino también respiratoria. Los familiares o cuidadores deben conocer estos aspectos para poner en práctica el cuidado de este tipo de pacientes.

Ingestión de líquidos

Los líquidos también son importantes para el cuerpo. Son necesarios para mantener la piel y las mucosas hidratadas y para promover la eliminación de residuos en la orina. La administración del mismo debe ser cuando es aceptado por el paciente, alentarlos para obtener buenos resultados. Estimule la ingestión de líquidos de calidad, en cantidad. *“Los líquidos ricos en proteínas y calorías proporcionan fluidos y nutrición. El jugo de pasas y el néctar de frutas no sólo suministran calorías sino que también estimulan la función intestinal. Evitar los líquidos durante la hora de la comida. Pueden generar una sensación de saciedad temprana”*. Para dar líquidos a pacientes que están débiles o que no pueden sostener una taza, se pueden usar pajillas/pitillos o goteros de medicamentos. Suministre líquidos en otras formas como jaleas, flanes¹⁶.

Cambio de posición del paciente

Deberá enseñarse a todos enfermos, a su familia y colaboradores la postura y mecánica corporal apropiadas; el mejor método es el buen ejemplo de la enfermera a medida que lleva a cabo sus actividades diarias. Si la familia se encarga del cuidado del paciente encamado en casa, la enfermera debe de explicar y demostrar los principios de la mecánica corporal apropiada al cambiar de posición y movilizar al paciente permitirá que un miembro de la familia demuestre que comprende estos principios. La frecuencia de los cambios posturales: cada dos horas, por la noche cada tres - cuatro horas. Debe conocer el cuidador el material necesario: almohadas, rodillos, cojines, sacos de arena, cuñas, dispositivos, colchones consistentes.

Para movilizar o cambiar de postura al paciente encamado se debe tener en cuenta su estado de salud y conocer si puede colaborar en la movilización. El tipo de paciente, se puede encontrar paciente no colaborador: realiza la movilización entre dos enfermeras, paciente

colaborador. Lo que debe hacer la enfermera durante la visita al paciente a su domicilio es pedir ayuda al familiar o cuidador. Retirar la ropa superior de la cama así como la almohada del paciente. Levantar al paciente éntrelos dos y no arrastrar, protegerlo de caídas se le coloca en la posición deseada.” *A la hora de movilizar al paciente a la posición deseada es preciso evitar fricciones y sacudidas repentinas o bruscas*¹⁷.

Alimentación

Respecto a la alimentación, se puede considerar que requiere cuidado mínimo, pero no necesariamente de cualquier modo. Sería un cuidado ordinario alimentar por sonda nasogástrica y si se espera una supervivencia razonable podría también incluirse la alimentación por gastrostomía. Sin embargo, la alimentación parenteral de hidratos de carbono, lípidos y proteínas, habitualmente se puede considerar como un cuidado extraordinario, pues plantea mayores problemas de aplicación, su costo es elevado, el paciente ha de estar hospitalizado, debe ser controlada por personal médico y no está exenta de riesgo.

En los pacientes en estado agónico, no es obligada la alimentación. En los pacientes en endovenoso parenteral, la alimentación por sonda o gastrostomía se considera cuidado ordinario y, por vía endovenosa, extraordinario. La obligatoriedad o no de estos cuidados, según sean o no ordinarios, recae tanto sobre la familia como sobre el personal sanitario que atiende a esos pacientes. Los que atienden al paciente han de tener en cuenta algunos principios: Que conforme se acerca un paciente a la muerte se vuelve cada vez más desinteresado por la comida y, en menor medida, en la toma de líquidos. Estos pacientes se muestran inapetentes son incapaces de disfrutar de una comida abundante¹⁸.

Sus necesidades calóricas son ahora mucho menores, y según algunos autores no está comprobado que una terapia nutricional agresiva en estos enfermos pueda mejorar su calidad de vida. Es necesario valorar las causas de los trastornos del apetito y tener en cuenta, en lo posible, las preferencias del paciente, presentación y preparación de las comidas, horarios, dietas especiales y la cantidad. Otra forma importante de ayudarles es dar poco énfasis a su pérdida de peso.

Ingestión de nutrientes

En la situación de enfermedad terminal es frecuente que enfermos y familiares refieran problemas relacionados con la alimentación. Se debe conseguir entre todos, que el acto de comer no suponga de ningún modo un problema añadido a su ya delicada situación, sino, por el contrario, un beneficio para su estado, la nutrición e hidratación de dichos pacientes no van a ser tratados como objetivos en sí mismos, sobre todo, cuando la desnutrición está relacionada con la progresión de una enfermedad sistémica, no susceptible de respuesta a un tratamiento específico.

Las recomendaciones que brindan las nutricionistas, son:

Reconocer los deseos del paciente, sabiendo y aceptando que está en su derecho de decidir si quiere o no comer, sin obligación, críticas o deseos de disuadirle. Es recomendable fraccionar la dieta en 6 - 7 tomas, y flexibilizar mucho los horarios según los requerimientos y deseos del paciente.

Hay que adaptar la cantidad de cada toma al enfermo, sin presionar para que realice una ingesta mayor, que va a inducir una sensación de fracaso.

En cuanto a la composición, no se debe insistir en la composición hipocalórica o hiperproteica, ni en dietas específicas ricas en fibras, para la prevención y tratamiento del estreñimiento, porque

disponemos de recursos específicos más eficaces. La adición de complejos vitamínicos o hierro oral es de muy dudosa eficacia.

La presentación de la dieta, la adecuación del tamaño del plato a la cantidad de comida, son aspectos importantes para mejorar la tolerancia, aunque son frecuentemente olvidados. Evitar que los familiares fuercen al paciente a comer, ya que esto crea muchas veces una gran tensión y hace que el momento de las comidas se convierta en un verdadero conflicto entre los familiares y el enfermo¹⁹.

Tipo de alimentación

Alimentación por sonda:

A veces, los pacientes no pueden ingerir alimentos ni medicamentos por vía oral. En algunos casos, los alimentos se pueden suministrar a través de una sonda, que se coloca en la nariz y que llega al estómago, o directamente en el estómago a través de la piel. La enfermera principal le enseñará a suministrar los alimentos por sonda. Nombre de la solución alimenticia, cantidad suministrada en cada alimentación, frecuencia de alimentación para el paciente. Se debe considerar para que el familiar o cuidador ponga en práctica a respecto, los siguientes:

Los alimentos deben estar a temperatura ambiente, hacer el lavado de la sonda antes y después de cada alimentación tal como se indica. Cambie la cinta y limpie la piel alrededor de la sonda todos los días. No fuerce los alimentos ni la medicina a través de la sonda. Si encuentra resistencia, pruebe limpiar la sonda con agua. Infórmele a la enfermera si no puede limpiar la sonda.

Antes de cada alimentación, se verificara que la sonda aún esté en el estómago, durante la alimentación y una hora después, el paciente debe permanecer sentado. Si la sonda se sale, no se asuste. Llame a la enfermera y ella la volverá a colocar. Un paciente alimentado por sonda debe seguir recibiendo higiene bucal para

evitar grietas y malos olores²⁰.

A medida que el estado del paciente empeore, éste tomará menor cantidad de alimentos y líquidos. Por lo general, esto es más perturbador para la familia que para el paciente que ya no tiene voluntad o no puede seguir comiendo ni bebiendo. Tratar de forzar a un paciente a comer sólo ocasionará conflictos. Perder el deseo de comer es una parte natural del proceso de la muerte. Muchas veces, el hecho de que el paciente se rehúse a comer concientiza a la familia sobre el empeoramiento del paciente y su muerte inminente. Es importante que hable de sus sentimientos con los integrantes del equipo que suministra atención a pacientes terminales para que pueda comprender el derecho del paciente de elegir, en lugar de enojarse o desilusionarse.

Higiene

Si los cuidados relacionados con la necesidad de higiene se realizan con el fin favorecer la comodidad y el bienestar, es fundamental ir más allá de la descripción de la técnica o el procedimiento y sus beneficios hacia la revisión de una visión teórica que la fundamente. Al respecto, la teoría de la comodidad propuesta por Kolcaba indica que los profesionales de enfermería deben demostrar el resultado de técnicas simples o cuidados básicos sobre la comodidad de los pacientes. Kolcaba definió la comodidad como *“la satisfacción (activa, pasiva o cooperativa) de las necesidades básicas humanas de alivio, tranquilidad o trascendencia que surgen de las situaciones del cuidado de la salud que son estresantes”*. Se define además como el estado en que se libera el cuerpo de estímulos sensoriales o ambientales desagradables.

“Es descrita como un constructo bidimensional, la primera dimensión definida como la experiencia de tener una necesidad específica,

*consta de tres estados, alivio, tranquilidad y trascendencia; la segunda dimensión definida por el contexto en el cual se produce dicha necesidad y corresponde al contexto físico, psicoespiritual, sociocultural y ambiental*²¹.

Bañar diariamente al paciente postrado en cama es una actividad que brinda una sensación de higiene y comodidad, y ayuda a renovar al paciente en cuerpo y espíritu. Por lo general, conviene bañarlo durante la mañana cuando tiene más energía para colaborar; sin embargo, cualquier hora del día, cuando el paciente lo prefiera, será el momento indicado. Elementos que necesitará: Un recipiente grande y agua tibia, jabón y toallas, una manta liviana para evitar escalofríos, crema, ungüento o loción que proteja la piel

Para evitar que el paciente se enfríe, sólo debe lavar un área pequeña por vez. Enjabone la piel con cuidado; luego enjuague y seque. Comience lavando el rostro del paciente y continúe bajando hacia los pies. Lavarle la espalda y aplicarle loción. Después de lavarle los pies y antes de lavar el área de las nalgas, será preciso cambiar el agua. Lavar diariamente el área genital es especialmente importante debido a que en esa zona tienden a acumularse bacterias. Lave las entrepiernas del paciente desde adelante hacia atrás. Enjuague bien y seque con cuidado con una toalla. Si el control de la orina o deposición es un problema, se deberá aplicar en el área una loción o un ungüento que proteja la piel. Después de completar el aseo genital, el paciente se pondrá de lado para cambiar las almohadillas y la sábana para moverlo.

Para la higiene corporal:

Si el movimiento le causa dolor al paciente, suministre un medicamento para el dolor aproximadamente una hora antes del baño. Ver si al paciente se le está frotando demasiado fuerte o

suave; considerar que la sensación es diferente al tacto. Durante el baño, proteja la privacidad del paciente (cierre la puerta y las cortinas; reduzca las interrupciones). Para evitar los escalofríos durante el baño, mantenga el cuerpo del paciente cubierto con una manta o sábana liviana. Si el paciente no siente que puede tolerar un baño completo, intente lavarle diariamente el rostro, las manos, la espalda, las axilas y los genitales. No utilice talcos, excepto debajo de los brazos; el talco tiende a apelmazarse en los pliegues de la piel. En cambio, se puede espolvorear un poco de fécula de maíz entre el paciente y la ropa de cama.

El momento del baño también puede incluir el arreglo del cabello y el rasurado. Para algunos pacientes, prestar atención a sus hábitos personales puede ayudarles a aliviar su espíritu.

Antes de realizar cualquier procedimiento, se cumplirá con pasos fundamentales: Comunicar y explicar al familiar lo que se va a realizar, reunir y preparar todo el equipo necesario, a fin de evitar pérdida de tiempo y molestias de espera al paciente, por falta de algo, lavado de manos. Además se deben considerar tres puntos importantes: Tomar en cuenta las preferencias personales del paciente dentro de lo posible, y si no preguntar al familiar. Integrar a la familia en la realización de estos procedimientos. *“Esto tiene doble beneficio, pues por un lado de mas seguridad y confianza al paciente y permite al mismo tiempo que se preparen los miembros de la familia que continuaran con el cuidado en el domicilio, mantener comunicación amable en todo momento con todo tipo de paciente”*²¹.

Las consideraciones específicas incluyen, brindar comodidad al paciente, mantener limpia la piel y anexos, disminuir el riesgo de complicaciones. Dentro del cuidado que brinda la enfermera es vital valorar y considerar los datos objetivos y subjetivos,, además del diagnóstico y el tipo de patología, la capacidad de autocuidado del

paciente, que está en referencia a estado de conciencia, orientación, equilibrio, coordinación, fuerza y tono muscular, tolerancia a la actividad. Con estas consideraciones se decide el tipo de baño que puede recibir. De preferencia, realizar el baño entre dos personas; usar guantes, tener en cuenta el tiempo de duración y frecuencia del baño también y con las condiciones higiénicas que presente cada usuario.

Exponer únicamente la zona del cuerpo que va a ser lavada, poner a particular atención tanto a lavado como a secado a determinadas aéreas corporales como pliegues (piel bajo mamas en mujeres por ejemplo) y cavidades (oídos, zona perineal, por ejemplo), cuidar la privacidad del paciente en todo momento para su tranquilidad. Tener precaución en el manejo y mantenimiento adecuado de todo dispositivo, aparato o implemento que tenga colocado el paciente para evitar accidentes.

La higiene bucal brinda muchos beneficios al paciente terminal. El cuidado habitual ayuda a prevenir úlceras. Después de finalizar el aseo bucal, aplique un humectante como Vaselina en los labios y en las comisuras para evitar que se agrieten. Vuelva a aplicar el humectante durante el día, según sea necesario. Evite limpiar la boca del paciente cuando está en posición horizontal o no puede tragar. Si el paciente desarrolla úlceras bucales, comuníquese a la enfermera principal. Ella le solicitará al médico medicamentos para tratar las úlceras. Evitar la presencia y proliferación de placas dentales, bacterias y caries en la cavidad bucal. Mantener en buenas condiciones higiénicas los dientes, encías y mucosas. Tener cuidado en aquellos pacientes que presenten algún tipo de lesión en mucosas, con un aseo mucho más delicado y cuidadoso que de costumbre. En pacientes inconscientes el aseo bucal implicara además una limpieza de secreciones según el procedimiento²².

Características de los cuidados de enfermería en PADOMI

Los avances en sanidad y otros recursos aseguran la continuidad de la vida, incluso en pacientes cuyas patologías son de extrema gravedad y que pueden desembocar en la muerte. Esta prolongación de la etapa final de la vida ha generado una demanda por parte de los pacientes de una serie de cuidados específicos. Es necesario resaltar la importancia de un programa específico para aquellos pacientes que demandan morir en casa, es decir, aquellos pacientes en situación terminal que se encuentran en la etapa final de su vida. La muerte en el propio domicilio se asocia a un menor riesgo de encarnizamiento terapéutico. También a la posibilidad de despedirse de este mundo en el mismo entorno en el que se ha vivido.

Los cuidados empleados en pacientes en situación terminal se denominan cuidados paliativos. Son llevados a cabo por una Unidad de Cuidados Paliativos, que debe coordinarse con los enfermeros de Atención Primaria para colaborar en conjunto y proporcionar la mayor cobertura posible. Determinar las pautas que en Atención Primaria se siguen en los cuidados de un paciente terminal es la finalidad de este trabajo con el fin de unificar conceptos²³.

Actitud de enfermería frente al paciente terminal

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendido y relativamente permanente. *El término "actitud" ha sido definido como "reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado"*. Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer muchas veces estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. Las

actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo, es notorio por las diferentes formas de actuar. Para algunos autores se consideran a las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí.

Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios. *“También los orientan si la actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar de lo cual la evidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a ser inverso y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión en la que se denomina disonancia cognitiva”²⁴.*

La “actitud” posee tres componentes los cuales son:

El componente cognitivo:

“Las actitudes son consideradas como mediadores entre un estímulo y un comportamiento o respuesta, son consideradas también como un proceso cognitivo ya que necesariamente forman parte de un proceso que incluye la selección, codificación e interpretación de la información proveniente del estímulo. Por otro lado, ya se ha mencionado que las actitudes existen en relación a una situación u objeto determinado. Para que esto sea posible se requiere de la existencia de una representación cognoscitiva de dicha situación u objeto”²⁵.

Las creencias, el conocimiento de los objetos, las experiencias previas que se almacenan en memoria, son algunos de los

componentes cognoscitivos que constituyen una actitud. Hay algunas creencias que actúan como “limitadoras” como lo son las que están relacionadas con la desesperanza y la impotencia, que ejercen influencia limitando la capacidad de desarrollo de las personas. Estas creencias se van incorporando a lo largo de la vida, y especialmente se arraigan en el ser durante la infancia, permaneciendo e influyendo en la edad adulta.

Los indicadores de este componente son:

Creencias: estado mental en el que un individuo tiene como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa, se expresa a través de una afirmación, no tiene una base científica.

Valores: estados a los que las personas dan importancia, por ejemplo el éxito, seguridad, amor, felicidad, etc. Es algo elevado en la jerarquía de nuestros intereses.

Conocimiento: información adquirida a través de la experiencia o la educación²⁶.

El componente afectivo:

Este componente es definido por como el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social considerado por autores como Fichen y Raven como el único componente característico de las actitudes. Pero también como el más enraizado y el que más se resiste al cambio. Las actitudes se distinguen de las creencias y opiniones, las cuales algunas veces integran una actitud provocando reacciones afectivas ya sean positivas o negativas hacia un objeto, es decir, las creencias y opiniones comprenden solamente un nivel cognoscitivo de la conducta humana. En tanto interactúan los componentes cognoscitivos y afectivos dan la posibilidad de ir conformando lo que el término actitud significa.

Una de las ideas básicas en el análisis de las fuerzas que dirigen la conducta humana es el concepto de hedonismo, es decir, la búsqueda de placer y su opuesto: la evitación del dolor. Este principio de alguna manera matiza la referencia emotiva general asociada a una actitud. De este modo, la actitud puede contener sentimientos positivos, favorables o placenteros; o negativos desfavorables o dolorosos. En síntesis, el componente afectivo de una actitud, se refiere al sentimiento ya sea en pro o en contra de un objeto o situación social para lo cual es necesario que exista un componente cognoscitivo.

Los indicadores usados para medirlo son:

Sensibilidad: capacidad de captar valores estéticos y morales, facultad para tener sensaciones. Capacidad para percibir el estado de ánimo, el modo de ser y de actuar de las personas y comprenderlo, así como la naturaleza de las circunstancias y los ambientes para actuar correctamente en beneficio de los demás.

Apatía: falta de emoción, motivación o entusiasmo, estado de indiferencia psicológico en el que un individuo no responde a aspectos de la vida emocional, social o física. Asociado a falta de energía. Puede ser específico hacia una persona, actividad o entorno.

Temor: sentimiento desagradable provocado por la percepción de un peligro real o supuesto.

Ansiedad: sentimiento de miedo desasosiego y preocupación. Respuesta emocional displacentera que engloba aspectos subjetivos o cognitivos, implica comportamientos poco adaptativos²⁷.

El componente conductual:

Se refiere a la acción patente, a las expresiones verbales, lo concerniente a la conducta en sí. Se puede concluir que las actitudes son la propia fuerza motivadora de la acción, el componente conductual es el resultado de la interacción entre los componentes cognoscitivo y afectivo, y aún más que ambos componentes tenderán

a la congruencia de la cual hablan. Hasta este momento, se ha venido especificando que las actitudes están constituidas por lo que las personas piensan y sienten respecto de un objeto estímulo, así como también a la manera en que se da vida a ese sentimiento y pensamiento por medio de la acción.

El elemento conductual se conoce como la predisposición o tendencia general hacia la acción en una dirección predicha. Este componente está directamente relacionado con el componente afectivo, así los sentimientos positivos tienden a generar disposiciones en las personas para entablar un contacto más estrecho y una experiencia prolongada con el objeto de la actitud y los sentimientos negativos que implican tendencias de escape o evasión con el objeto de aumentar la distancia entre la persona o el objeto de la actitud. En algunas ocasiones, existe, una relación inestable entre los componentes de la actitud, pero la tendencia general es la de mantener una relación estable entre estos. Los indicadores utilizados para medir este componente de la actitud serán:

Comodidad: aquello que produce bienestar, confort.

Responsabilidad: valor que está en la conciencia de la persona que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, en el plano de lo moral. Actuar correctamente de acuerdo a determinados parámetros preestablecidos.

Vocación: forma de expresión de la personalidad frente al mundo del trabajo o del estudio. Disposición natural a realizar ciertas actividades lo cual no es innato, puede ser un proyecto de vida.

Aceptación: recibir de forma voluntaria una cosa, conformidad, es algo necesario para la evolución humana.

Rechazo: resistencia a admitir o aceptar algo, tratando de alejarse de aquello que lo produce²⁸.

ROL DE LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE TERMINAL

La atención de enfermería con el paciente paliativo. La enfermera(o) debe brindar la mejor atención posible al paciente y los familiares. Para esto el personal de la salud deberá conocer una serie de manifestaciones y necesidades por las que pasa el enfermo terminal. Desde el punto de vista psicológico cuando el paciente se le diagnostica o imagina una enfermedad maligna transcurre por diferentes fases de la agonía: negación, rebelión, negociación, depresión y aceptación. El cuerpo experimenta dolor mientras el “yo” sufre.

El sufrimiento ataca la integridad y totalidad del individuo dominando su auto percepción y produciendo agonía permanente. La atención de enfermería en cuanto al aspecto emocional va encaminado a brindarle la máxima sensación de confort, bienestar, cubrir las reacciones psicológicas, demanda afecto, permitir expresiones y necesidades de comunicación, y así aumentar la autoestima, reducir su soledad, cambiar su entorno, minimizar su tensión emocional y sentimientos de miedo.

La comunicación con estos pacientes debe centrarse en:

Realizar entrevistas claras, cortas, correctas, centradas en el paciente, tratando de no engañarlo, aunque en ocasiones es innecesario decirle toda la verdad, pero lo que se diga debe corresponderse con ella. Inspirarle confianza, cercanía, evitar distanciamientos o evasiones dañinas que aumenten los sufrimientos, no invadir su espacio físico, actuar con cautela y respeto.

La muerte no debe centrarse como único tema de conversación, considerar lenguaje verbal y no verbal. Saber escuchar, no inducir respuestas, respetar el silencio útil. No perder el orden del relato,

estimular a continuar tema. Interpretar cuando sea necesario, asistir a asuntos concretos. Estimular al control de la toma de decisiones.

No reprimirle reacciones emocionales de ira y de cólera, permitirle expresar culpabilidad, depresión comprender su dejarlo solo cuando lo desee. Prestar atención a su dolor, quejas y sufrimientos, no negarlos. Darle apoyo emocional auténtico, compartir con naturalidad sentimientos de familia. Brindarles esperanzas sin evadir su realidad de enfermo terminal. Hablar al lado del paciente con voz normal sin susurros²⁹.

TEORÍAS DE ENFERMERIA

Teoría del cuidado humano de Jean Watson

La doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, el mismo que se debe poner en práctica, en el aspecto clínico, administrativo, educativo y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”.

El cuidado es la acción encaminada a hacer algo por alguien , rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida es decir, el cuidado es un proceso reciproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio.

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y

observa *“el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, enfoca, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; con capacidad relacional, transpersonal e intersubjetivo. Este enfoque permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, relacionar con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería. Los mismos que amparan propuestas para el cuidado que debe ofrecer la enfermera”*³⁰.

Modelo de Virginia Henderson “teoría de las 14 necesidades del ser humano”

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud. Virginia Henderson considera que la función de la enfermera es ayudar a la persona enferma o sana en la *“realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, a su recuperación o a una muerte tranquila y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios”*.

Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas. Para Henderson enfoca su atención al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible, propone que el trabajo de la enfermera se inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Considera que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que es necesario satisfacer, estas son cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las necesidades fundamentales elaboradas por Virginia Henderson son los que tiene que supervisarla el profesional de enfermería, ya que por su estado de salud no pueden actuar independientemente. Un paciente terminal necesita ayuda para poder cumplir muchas necesidades, alimentarse, moverse, eliminar, descansar, vestirse, descansar, muchos hasta para comunicarse. Necesitan del apoyo físico y psicológico, se siente desvalido con una serie de dudas, resentimientos y expectativas por lo que sucede a su alrededor.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente³¹.

II.c. HIPÓTESIS:

HIPÓTESIS GLOBAL:

La percepción del familiar sobre la atención domiciliar es inadecuada y la actitud de enfermería frente al paciente terminal es negativa en el programa de atención domiciliar Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – octubre 2016.

HIPÓTESIS DERIVADAS:

H.D.1. La percepción del familiar sobre la atención domiciliar según dimensión cuidado de la piel, alimentación e higiene es inadecuada en el programa de atención domiciliar del hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica – octubre 2016.

H.D.2. La actitud de enfermería frente al paciente terminal según dimensión componente cognitivo, afectivo y conductual es negativa en el programa de atención domiciliar del hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – octubre 2016.

II.d. VARIABLES:

Variable 1:

Percepción del familiar sobre la atención domiciliaria

Variable 2:

La actitud de enfermería

II.e DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS:

- **Paciente terminal:** El concepto de paciente terminal es aquel que se aplica a personas que sufren una enfermedad y que se encuentran en la etapa terminal o final de ella, sin esperanzas ni posibilidades de recuperación ya sea porque no se conoce la cura específica a la condición que se posee o porque el estado avanzado de la enfermedad no permite mejora alguna.
- **Cuidados de enfermería:** Son realizados a través de una atención donde estén perfectamente intrincadas la labor hospitalaria como la labor domiciliaria, para que el paciente pueda disfrutar en su entorno fuera del encorsetamiento administrativo y deshumanización hospitalaria. En este entorno es el profesional de enfermería el que más tiempo permanece cuidando al paciente y a la familia y por lo tanto el que más conoce y puede aportar datos para su mejor control sintomatológico y atención psicológica.
- **Cuidado:** Es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudar a la otra persona, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.
- **Percepción:** Proceso por el cual una persona tiene conocimiento del mundo exterior a partir de las impresiones que le comunican los sentidos.
- **Actitud:** El término "actitud" ha sido definido como "reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado".

CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODOS

III.a. TIPO DE ESTUDIO:

La investigación según el alcance de los resultados es descriptiva, porque se muestran y describen las variables como se presentaron; es de diseño no experimental, porque no se manipulan deliberadamente las variables de estudio; según el intervalo de ocurrencia de los hechos es transversal, los datos se recolectaron haciendo un corte en el tiempo en un momento único; es de enfoque cuantitativo, porque los resultados se presentan en frecuencias y porcentajes uso de la estadística descriptiva.

III.b ÁREA DE ESTUDIO:

El presente estudio se realizó en el Programa de atención domiciliaria (PADOMI), en pacientes del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, servicio tercerizado, desde hace 2 años que se encuentra localizado en avenida Conde de Nieva Sin Numero de la Ciudad de Ica. En esta institución se imparte servicio de salud todos los días el programa de atención domiciliaria de enfermería en el cual se realizan visitas domiciliarias de 1 hasta 3 veces dentro de la semana a los diferentes distritos en cual trabajan con un equipo multidisciplinario para su evaluación.

III. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población - muestra de estudio estuvo constituida por 20 familiares con pacientes terminales y 3 enfermeras de PADOMI del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez las cuales fueron incluidas por el método no probabilístico por conveniencia, según los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Familiares con pacientes terminales que se atienden en el programa de atención domiciliaria.
- Familiares que deseen participar voluntariamente de la investigación.
- Enfermeras que laboran en el servicio de PADOMI

Criterios de exclusión

- Familiares que no deseen participar voluntariamente de la investigación.

También se consideró el aspecto ético teniendo en cuenta la libre voluntad de participación, sin coacción, comunicando a los familiares de los pacientes terminales que la información brindada será estrictamente anónima.

IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta para la primera variable con su instrumento el cuestionario, dicho cuestionario estuvo estructurado con preguntas cerradas que consto de 12 preguntas aportadas por los sujetos que están participando con la finalidad de poder cumplir los objetivos trazados en el presente estudio. Para la segunda variable se utilizó la observación con su instrumento la guía de observación con 15 items.

Para la validez del instrumento se sometió a la consulta de expertos profesionales de la salud, de reconocida trayectoria quien respaldo la adecuada elaboración y capacidad del instrumento para la recolección de datos, al cual se le aplicó la prueba binomial, luego se realizó la confiabilidad estadística del instrumento mediante la aplicación del Alfa de Cronbach.

V. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos, se realizó el trámite administrativo, con una solicitud al Hospital Félix Torrealva Gutiérrez para que se de las facilidades del caso, luego se explica a los participantes dando a conocer que los datos obtenidos solo es con fines de estudio y se respetara los principios éticos, determinando su autonomía y anonimato. Luego se entregó a cada participante cada cuestionario elaborado.

VI. f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Las acciones que se realizaron para el procesamiento de datos fueron: Ordenamiento de la Información recolectada, luego de recolectados los datos se procesaron en forma manual y electrónica, previa elaboración del Libro o Tabla de Códigos y de la Tabla Matriz de datos mediante el programa Excel, a fin de que luego los resultados se presenten en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Para la medición de la primera y segunda variable se utilizó la sumatoria y división simple, para la primera variable con el siguiente resultado:

1ra Dimensión:

- Adecuado: 11-15
- Inadecuado: 5-10

2da Dimensión:

- Adecuado: 7-9
- Inadecuado: 3-6

3ra Dimensión:

- Adecuado: 9-12
- Inadecuado: 4-8

Dimensión global:

- Adecuado: 25-36
- Inadecuado: 12-24

Para la segunda variable con el siguiente resultado:

1ra Dimensión:

- Positiva: 11-15
- Negativa: 5-10

2da Dimensión:

- Positiva: 11-15
- Negativa: 5-10

3ra Dimensión:

- Positiva: 11-15
- Negativa: 5-10

Dimensión global:

- Positiva: 32-45
- Negativa: 15-31

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

IV. a. RESULTADOS:

TABLA N° 1
DATOS GENERALES DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE
TERMINAL EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX
TORREALVA GUTIERREZ,
ICA – OCTUBRE 2016

Edad	Fr	%
20 – 39 años	5	25
40 – 49 años	8	40
50 – 59 años	6	30
Más de 59 años.	1	5

Lugar de procedencia		
Área Rural	4	20
Área Urbana	16	80

Sexo		
Femenino	20	100
Masculino	0	0

Grado de instrucción		
Primaria	3	15
Secundaria	6	30
Superior	11	55

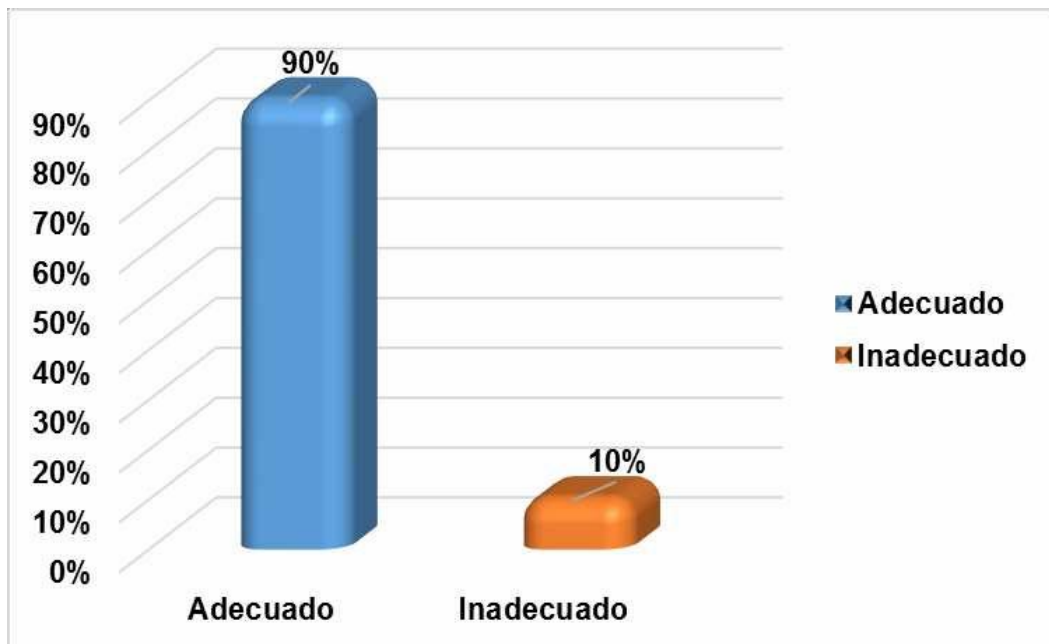
Estado civil		
Soltera	5	25
Casada	7	35
Conviviente	4	20
Otro	4	20

Parentesco		
-------------------	--	--

Hija (o)	10	50
Hermana (o)	3	15
Otro	7	35
<hr/>		
Ocupación		
Profesor(a)	1	0
Ama de casa	11	55
Otro	9	45
<hr/>		
Religión		
Católica	18	90
Cristiana	1	5
Otro	1	5
<hr/>		
TOTAL	20	100
<hr/>		

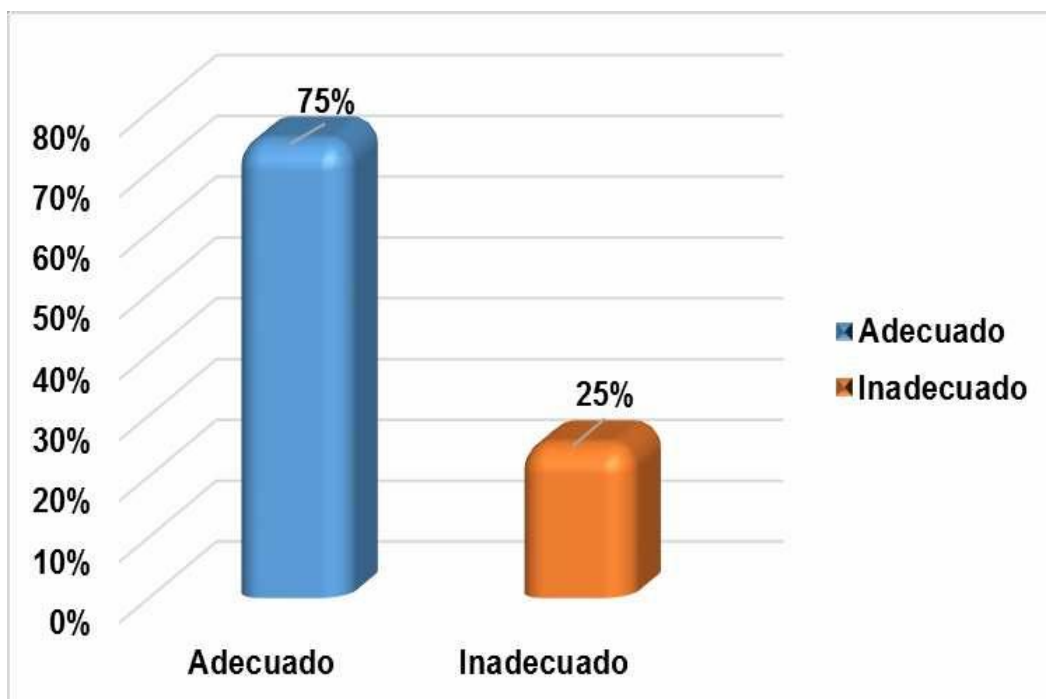
En relación a la edad de los familiares de pacientes terminales fueron el 40%(8) tienen entre 40 – 49 años, según lugar de procedencia el 80%(16) es de área urbana, según el sexo el 100%(20) es femenino, según el grado de instrucción el 55%(11) es de grado superior, según el estado civil el de 35%(7) está casada, según parentesco con el paciente el 50%(10) lo atienden su hija(o), según ocupación el 55%(11) son amas de casa y según religión el 90%(18) son católicas.

GRÁFICO N° 1
PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA
SEGÚN DIMENSIÓN CUIDADOS DE LA PIEL AL PACIENTE
TERMINAL EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX
TORREALVA GUTIERREZ, ICA –
OCTUBRE 2016



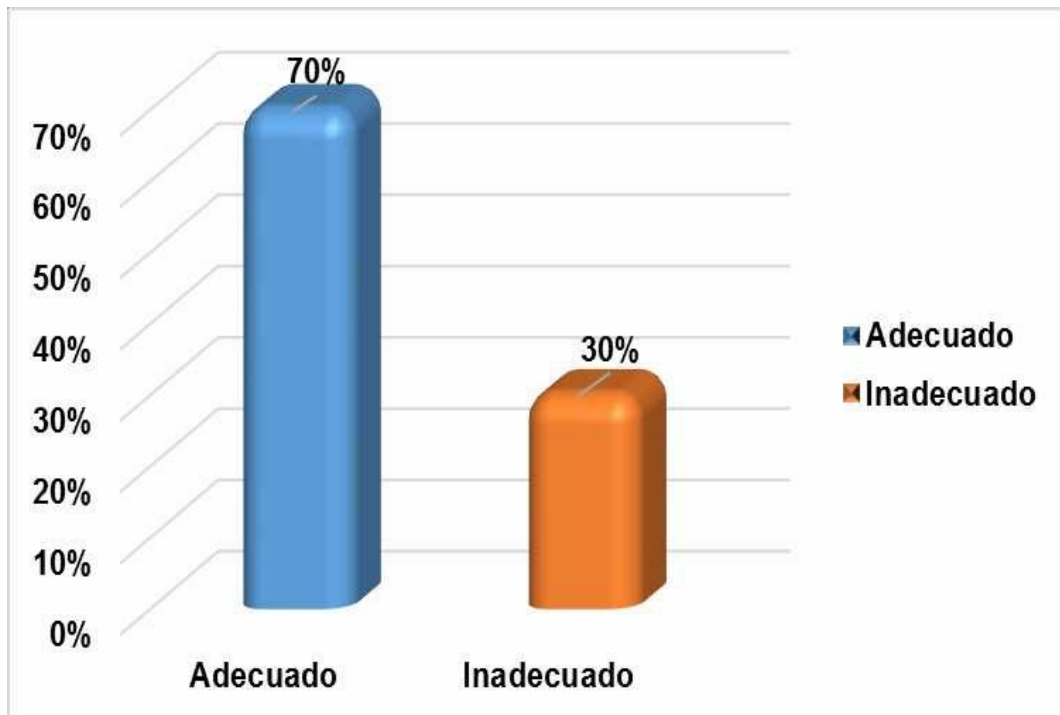
De la percepción del familiar sobre la atención domiciliaria según dimensión cuidados de la piel al paciente terminal se encontró que el 90%(18) tuvieron cuidados de la piel adecuado mientras que un 10%(2) fueron cuidados inadecuado.

GRÁFICO N° 2
PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA
SEGÚN DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN AL PACIENTE TERMINAL
EN PADOMI DEL HOSPITALFELIX TORREALVA
GUTIERREZ, ICA – OCTUBRE 2016



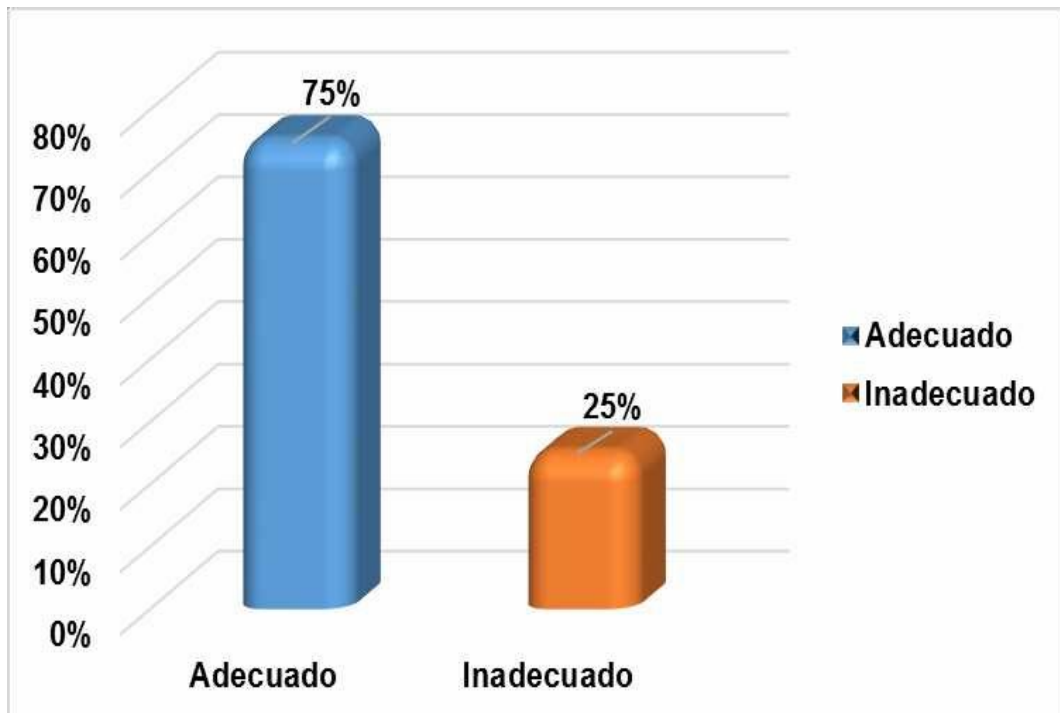
De la percepción del familiar sobre la atención domiciliaria según dimensión alimentación al paciente terminal se encontró que el 75%(15) tuvieron una atención adecuado mientras que un 25%(5) fueron inadecuado.

GRÁFICO N° 3:
PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA
SEGÚN DIMENSIÓN HIGIENE AL PACIENTE TERMINAL EN PADOMI
DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA
GUTIERREZ, ICA – OCTUBRE 2016



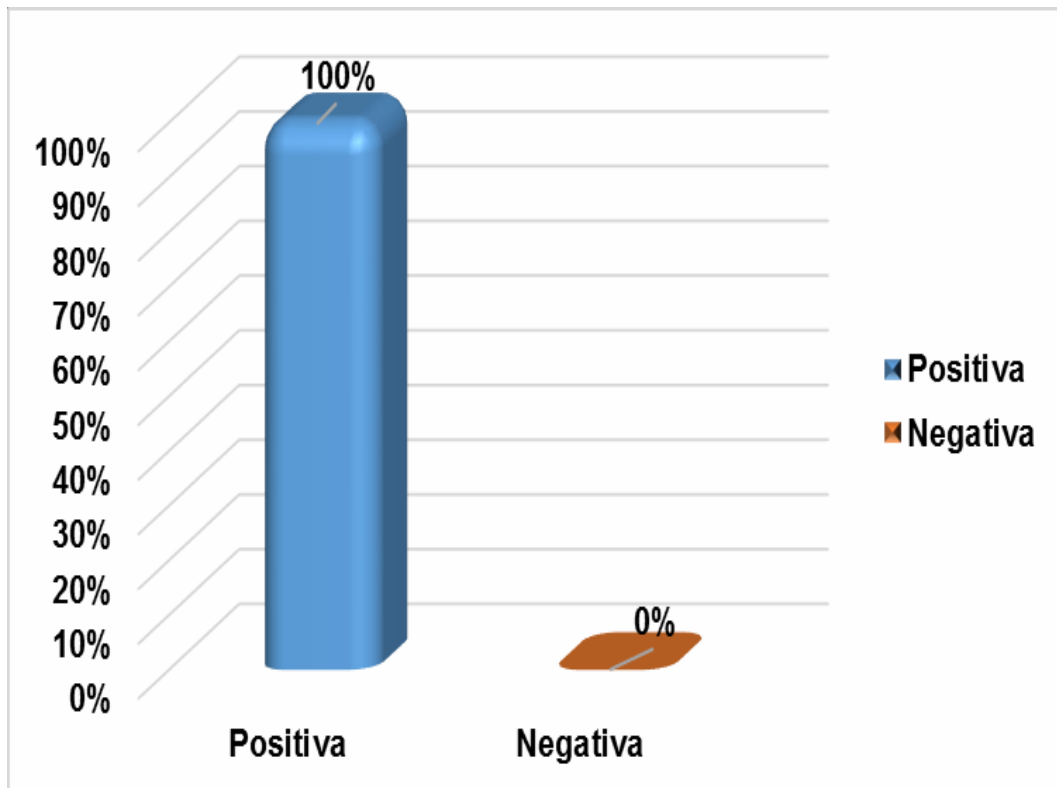
De la percepción del familiar sobre la atención domiciliaria según dimensión higiene al paciente terminal se encontró que el 70%(14) tuvieron una higiene adecuado mientras que un 30%(6) fueron inadecuado.

GRÁFICO N° 4
PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA
AL PACIENTE TERMINAL EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX
TORREALVA GUTIERREZ,
ICA – OCTUBRE 2016



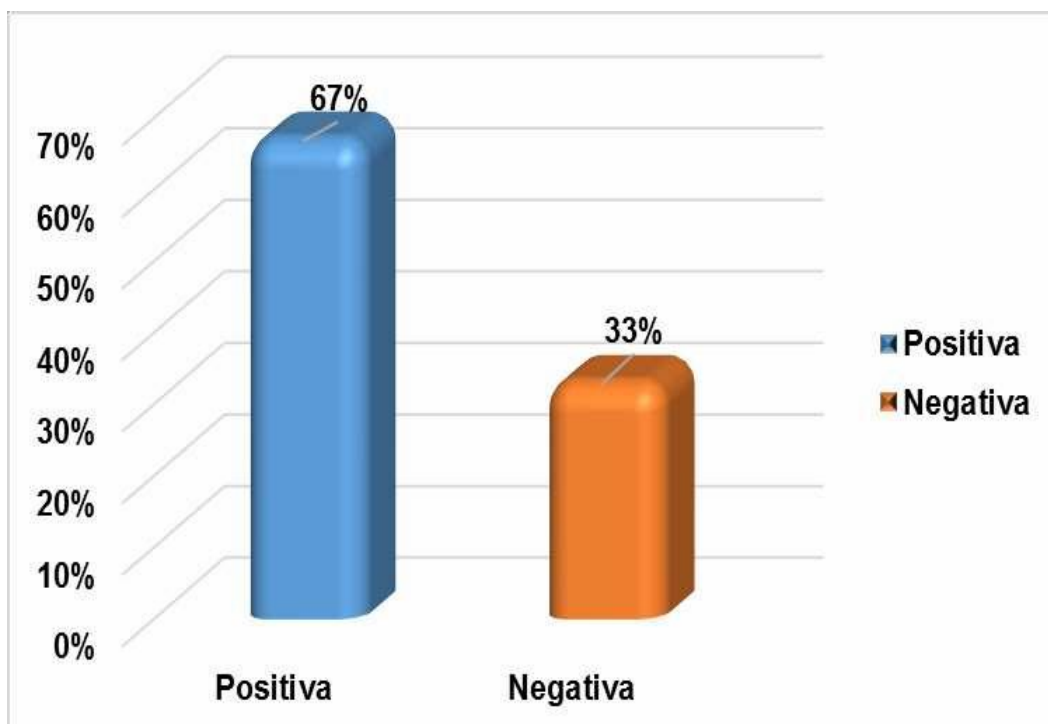
De la percepción del familiar sobre la atención domiciliaria según datos globales al paciente terminal se encontró que el 75%(15) tuvieron una atención domiciliaria adecuado mientras que un 25%(5) fueron inadecuado.

GRÁFICO N° 5
ACTITUD DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL
SEGÚN DIMENSIÓN COMPONENTE COGNITIVO EN
PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA
GUTIERREZ, ICA – OCTUBRE 2016



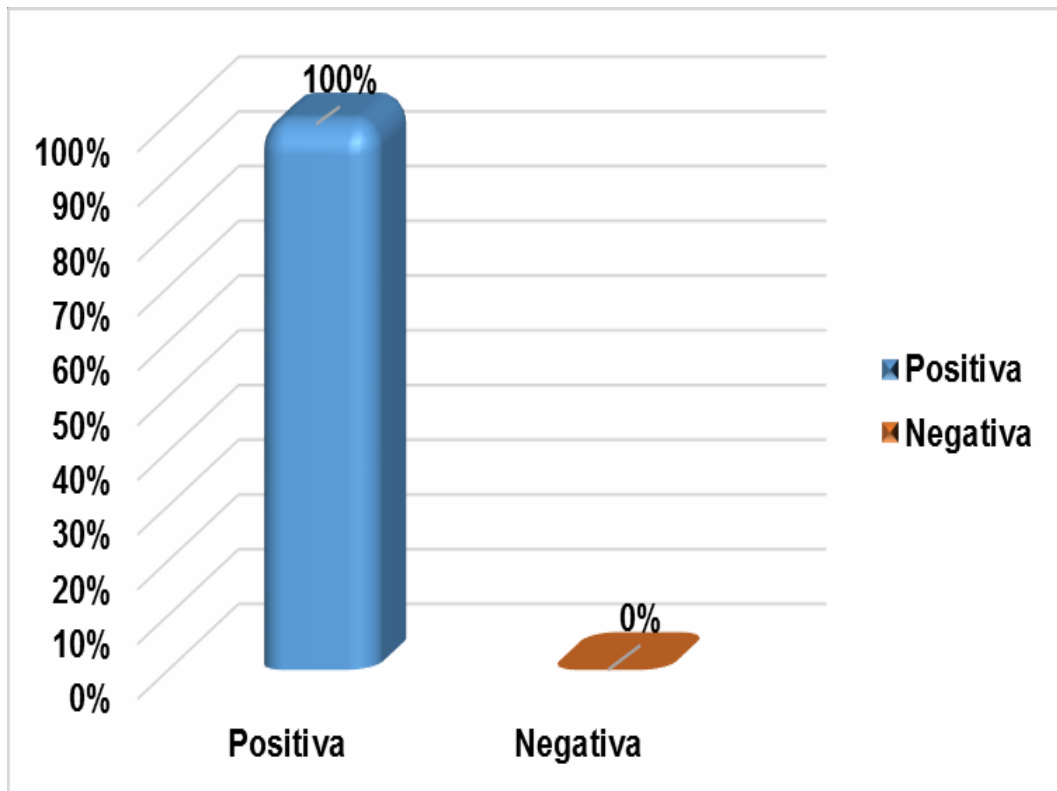
De la actitud de enfermería frente al paciente terminal según dimensión componente cognitivo se encontró que 100%(3) de las enfermeras observadas tienen una actitud positiva.

GRÁFICO N° 6
ACTITUD DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL
SEGÚN DIMENSIÓN COMPONENTE AFECTIVO EN
PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA
GUTIERREZ, ICA – OCTUBRE 2016



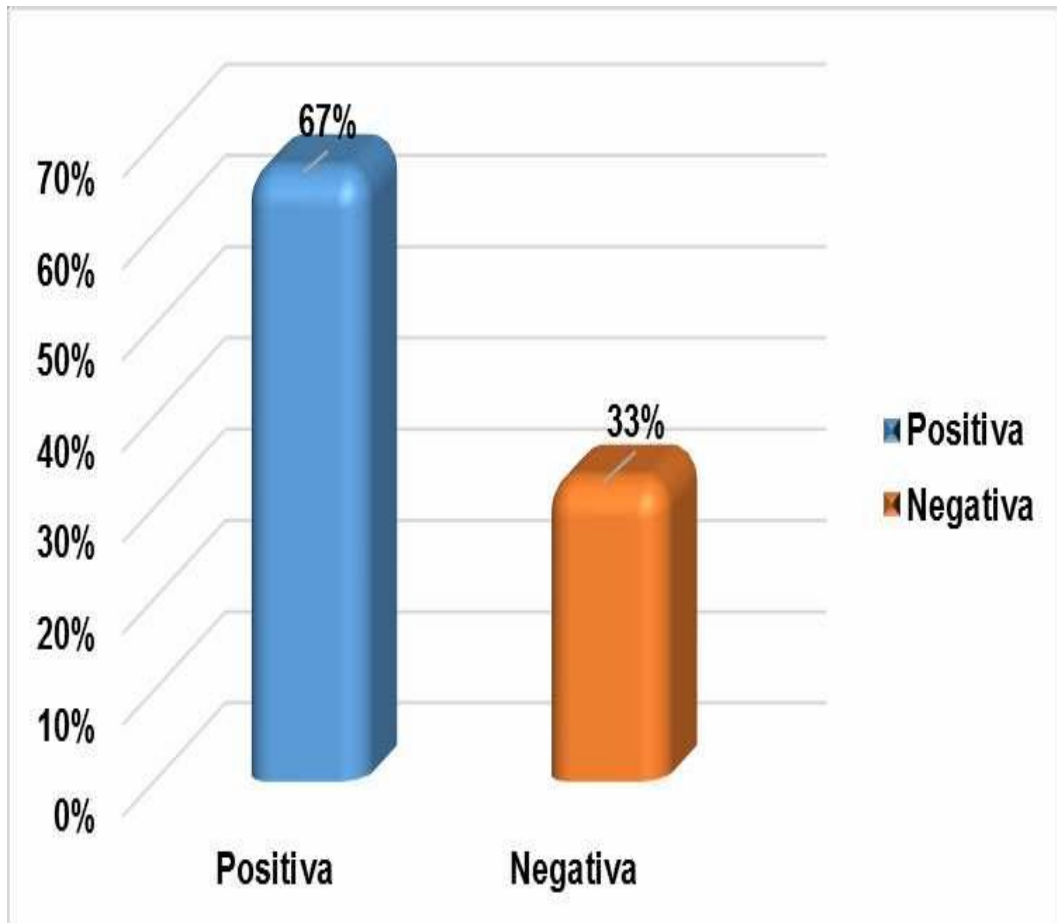
De la actitud de enfermería frente al paciente terminal según dimensión componente afectivo se encontró que 67%(2) de las enfermeras observadas tienen una actitud positiva y un 33%(1) una actitud negativa.

GRÁFICO N° 7
ACTITUD DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL
SEGÚN DIMENSIÓN COMPONENTE CONDUCTUAL EN
PADOMI DEL HOSPITAL FELIXTORREALVA
GUTIERREZ, ICA – OCTUBRE 2016



De la actitud de enfermería frente al paciente terminal según dimensión componente conductual se encontró que 100%(3) de las enfermeras observadas tienen una actitud positiva.

GRÁFICO N° 8
ACTITUD DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL EN
PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA
GUTIERREZ, ICA – OCTUBRE 2016



De la actitud de enfermería frente al paciente terminal según datos globales se encontró que 67%(2) de las enfermeras observadas tienen una actitud positiva y un 33%(1) actitud negativa.

IV.b. DISCUSIÓN:

TABLA N°1: En relación a la edad de los familiares de pacientes terminales fueron el 40% tienen entre 40 – 49 años, según lugar de procedencia el 80% es de área urbana, según el sexo el 100% es femenino, según el grado de instrucción el 55% es de grado superior, según el estado civil el de 35% está casada, según parentesco con el paciente el 50% lo atienden su hija(o), según ocupación el 55% son amas de casa y según religión el 90% son católicas. Datos diferentes encontrados por Ramírez J, Ydrogo Y.¹¹. Ellos encontraron que los familiares directos como esposo(a), hijos, hermanos y que vivan son los que están más tiempo con él .Pero similar a los encontrados por Martínez

K.⁷ El cual encuentra en sus datos generales del 100% familiares, 83% son mujeres y el 17% son varones; 47% tienen entre de 28 a 38 años, el 23% de 17-27 años, 23% de 39 a 49 años y 7% de 50 a 68 años. 53% cuentan con estudio técnico-superior, 30% secundaria completa, 10% secundaria incompleta y 7% educación primaria completa. Y a los encontrados por Farroñan J.¹² en la cual se basó en los cuidados Las edades que comprenden la personas que cuidan a los pacientes están entre una edad adulta.

Sin duda es notorio que en su mayoría los cuidadores son hijos, aunque se encuentra hermanos, nietos u otro tipo de parentesco; quienes tienen que asumir el cuidado del paciente en una etapa de vida productiva, de tal manera que es un problema social, puesto que los familiares en esta edades están llenos de proyectos para su familia, para sí mismos y tiene que hacerse cargo del familiar enfermo.

GRÁFICO N° 1: De la percepción del familiar sobre la atención domiciliar que reciben, según dimensión cuidados de la piel al paciente terminal se encontró que el 90% tuvieron cuidados de la piel adecuado mientras que un 10% fueron cuidados inadecuado. Datos similares a los

encontrados por Reyes M, Colonia K, Reyes R.⁹. Ellos encontraron que el 70% tiene una percepción de favorable a muy favorable. Definitivamente el profesional ya tiene necesidad de adquirir la experiencia y habilidades para orientar los cuidados del paciente geriátrico, más aún se tiene que sensibilizar con pacientes de gran riesgo. Lo que se pretende es que el paciente terminal reciba una calidad de vida adecuada hasta el final de sus días, sin alterar su estado emocional y regulando el aspecto físico que de por sí está deteriorándose cada día.

GRÁFICO N° 2: De la percepción del familiar sobre la atención domiciliaria según dimensión alimentación al paciente terminal se encontró que el 75% tuvieron una atención adecuado mientras que un 25% fueron inadecuado. Datos similares fueron encontrados por Machant C, Miranda K, Risco P.⁶. Ellos encontraron que los pacientes recibieron cuidados humanizados por parte de las enfermeras. A su vez los datos encontrados por Bautista L, Arias M, Carreño Z.⁵. En su investigación encontraron que los familiares de los pacientes ven la labor de enfermería como un comportamiento de cuidado humanizado centrado en la valoración del ser humano como un ser holístico, donde el cuidado brindado estuvo caracterizado por comportamientos.

El tema de la alimentación preocupa mucho a la familia y lo relacionan directamente con mejoría o empeoramiento, se debe de educar al familiar y hacer saber lo que es propia de la enfermedad terminal; recordarles que pueden agobiar al enfermo si insisten en que coma.

GRÁFICO N° 3: De la percepción del familiar sobre la atención domiciliaria según dimensión higiene al paciente terminal se encontró que el 70% tuvieron una higiene adecuado mientras que un 30% fueron inadecuado. Según la base teórica, Kolcaba²¹ definió higiene a la comodidad como la satisfacción (activa, pasiva o cooperativa) de las necesidades básicas humanas de alivio, tranquilidad o trascendencia que surgen de las situaciones del cuidado de la salud que son estresantes”.

Se define además como el estado en que se libera el cuerpo de estímulos sensoriales o ambientales desagradables. Es descrita como un constructo bidimensional, la primera dimensión definida como la experiencia de tener una necesidad específica.

Por tanto aunque el baño es una técnica habitual y rutinaria, su realización no está exenta de riesgos para el estado del paciente, por lo que se debe realizarse con estricta monitorización y control, aún más en el caso particular del paciente en estado crítico en quien se deben evitar eventos adversos. razón por la cual se hace necesaria la intervención del profesional de enfermería, en la prevención, el reporte y la búsqueda de un plan de mejoramiento que disminuya la morbimortalidad del paciente crítico relacionada con este procedimiento. Aspectos que deben ser explicado al familiar en el domicilio, para que aplique la técnica de la mejor manera.

GRÁFICO N° 4: De la percepción del familiar sobre la atención domiciliaria según datos globales al paciente terminal se encontró que el 75% tuvieron una atención domiciliaria adecuado mientras que un 25% fueron inadecuado. Datos similares a los encontrados por Bautista L, Arias M, Carreño Z.⁵. Ellos encontraron que la percepción global de los familiares, es favorable en un 80% expresando una connotación positiva. La percepción del familiar sobre la atención domiciliaria que realiza la enfermera es importante porque ellos son los que evalúan el trabajo que la enfermera está realizando por sus familiares.

En la prestación del cuidado en casa el cuidador necesita de mucho apoyo y de comprensión en cuanto: a sus problemas y dificultades en el trabajo; cuidados de salud; educación e información adecuada para una buena prestación de cuidados al enfermo y sobre el diagnóstico, acerca de las causas, importancia y gestión de los síntomas; probable pronóstico y cómo el enfermo fallecerá; súbitos cambios en la condición del enfermo, principalmente en las señales de la aproximación de la muerte.

GRÁFICO N° 5: De la actitud de enfermería frente al paciente terminal según dimensión componente cognitivo se encontró que 100% de las enfermeras observadas tienen una actitud positiva. Datos diferentes a los encontrados por Cortabrazo R.⁸. El en su investigación encontró que los cuidados de enfermería al paciente terminal son inadecuados 70% y adecuados 30%. En tanto las actitudes son consideradas como mediadores entre un estímulo y un comportamiento o respuesta, son consideradas también como un proceso cognitivo ya que necesariamente forman parte de un proceso que incluye la selección, codificación e interpretación de la información proveniente del estímulo Villegas²⁵.

El enfermo debe ser considerado con todo el respeto que le es debido, como ser humano que es, por lo que personalizar sus necesidades es una prioridad a cimentar por los profesionales de salud, familiares u otros cuidadores, respetando sus creencias y deseos, dando al proceso de muerte la posibilidad de proseguir su curso, de forma natural, encaminándose para un fin digno y sereno.

GRÁFICO N° 6: De la actitud de enfermería frente al paciente terminal según dimensión componente afectivo se encontró que 67% de las enfermeras observadas tienen una actitud positiva y un 33% una actitud negativa. Datos diferentes a los encontrados por Flores Y.¹⁰. Ellos encontraron que en la dimensión psicoemocional 60% tienen actitud de Indiferencia, 24% aceptación y 16% rechazo. Las actitudes se distinguen de las creencias y opiniones, las cuales algunas veces integran una actitud provocando reacciones afectivas ya sean positivas o negativas hacia un objeto, es decir, las creencias y opiniones comprenden solamente un nivel cognoscitivo de la conducta humana.²⁷. Brindar afecto a los familiares de los pacientes terminales es lo adecuado ya que ellos buscan consuelo porque su ser querido no estará más con ellos.

GRÁFICO N° 7: De la actitud de enfermería frente al paciente terminal según dimensión componente conductual se encontró que 100% de las

enfermeras observadas tienen una actitud positiva. Datos similares a los encontrados por Ramírez J, Ydrogo Y.¹¹. Ellos encontraron que el profesional de enfermería hace uso de la ética del cuidado donde desarrolla la comprensión del otro ser que necesita ser cuidado a base de principios y valores morales y a la vez desarrolla también la comunicación no verbal, como un gesto, una mirada tierna, entre otros. Se refiere a la acción patente, a las expresiones verbales, lo concerniente a la conducta en sí.²⁸. Las actitudes son la propia fuerza motivadora de la acción, el componente conductual es el resultado de la interacción entre los componentes cognoscitivo y afectivo, y aún más que ambos componentes tenderán a la congruencia de la cual hablan. La actitud de la enfermera según el componente de la conducta hacia el paciente terminal es importante porque tienen que expresarle fuerza a la familia y si su conducta no es favorable el paciente y el familiar lo sentirán.

GRÁFICO N° 8: Muestra la actitud de la enfermera frente al paciente terminal según datos globales donde el 67% de las enfermeras observadas tienen una actitud positiva y un 33% actitud negativa. Datos comparables a los encontrados por Flores Y.¹⁰. El encontró que la actitud de la enfermera del 100%, 42% tienen actitud de indiferencia, 32% de aceptación y 26% de rechazo, así también Cortabrazo R.⁸ encontró que los cuidados de enfermería al paciente terminal son inadecuados 70% y adecuados 30%. De acuerdo a los resultados hay deficiencias en la actitud frente a este tipo de pacientes, se requiere actuar con sensibilidad, con el paciente y la familia. El sufrimiento de quien muere puede ser aminorado por los que cuidan, simplemente con el mirar, con la forma de estar, por el gesto lleno de respeto y ternura. El proceso de muerte no se puede estancar en el tiempo, por eso cuidar de alguien que parte es ayudarlo en esa travesía. Las actitudes del profesional son de gran importancia porque Cuando prestamos un buen cuidado, la mayoría de las muertes pueden ser efectivamente en paz y relativamente libres de desconfort.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V. a. CONCLUSIONES:

1. La percepción del familiar sobre la atención domiciliaria según dimensión cuidado de la piel, alimentación e higiene es adecuada en el programa de atención domiciliaria, **Por lo que se rechaza la hipótesis derivada 1.**
2. La actitud de enfermería frente al paciente terminal es positiva en el programa de atención domiciliaria, **Por lo que se rechaza la hipótesis derivada 2.**

V. b. RECOMENDACIONES:

- Se recomienda a los responsables del programa fortalecer en las enfermeras capacidades para estar preparado y entrenado sobre los cuidados sobre estos pacientes. Coordinar e implementar, talleres, charlas y cursos de capacitación, que incrementen el conocimiento tanto científico como técnico, que conduzcan a la mejora de sus habilidades y destrezas respecto al cuidado orientado a sus necesidades del paciente y que evidencie el cuidado que brinda la enfermera.
- A los conductores de la salud de esta población, para que formulen estrategias que mejoren el aspecto actitudinal, frente a estos pacientes, donde se refuerce el cuidado humanizado manifestado por su capacidad de comunicación y escucha, entrega, compromiso ético, con una actitud positiva frente al paciente y su familiar, quien podrá cumplir acciones de cuidado con responsabilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cuidados de Enfermería en el Enfermo Terminal. [En línea] [Fecha de acceso 1 de enero de 2015]. URL disponible en: <http://www.fuden.es/ficherosadministrador/aula/aulaacreditterminaljulio04.pdf>
2. Amenos J. La calidad de vida en latina [En línea] [Fecha de acceso 12 de abril de 2015]. URL disponible en: <http://encuentra.com/sin-categoria/distanasia-2/>
3. Ministerio de salud de Panamá. Cuidados paliativos [En línea] [Fecha de acceso 2 de octubre de 2015]. URL disponible en: [http://190.34.154.93/rncp/sites/all/files/Cuidados%20paliativos%20\(2\).pdf](http://190.34.154.93/rncp/sites/all/files/Cuidados%20paliativos%20(2).pdf)
4. Fernández J. Herrera R. Actitudes de los Médicos sobre los Cuidados al Final de la Vida – La Enfermedad Terminal. Eutanasia, distanasia y ortotanasia. Lima-Perú. [En línea] [Fecha de acceso 2 de marzo de 2015]. URL disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/spmi/vol15_N4/actidues_médicos.htm
5. Bautista L, Arias M, Carreño Z. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional en Colombia 2016. [En línea] [Tesis para Licenciatura] [Fecha de acceso 13 de setiembre del 2016]. URL disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/330/743>
6. Machant C, Miranda K, Risco P. Percepción de los usuarios de la unidad de hospitalizados del subdepartamento de oncología y radioterapia de los cuidados humanizados brindados por la enfermera en Chile 2013. [En línea] [Tesis de grado] [Fecha de acceso 29 de diciembre del 2015]. URL disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2013/fmm315p/doc/fmm315p.pdf>

7. Martínez K. Percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un Hospital Nacional de Lima 2014. [En línea] [Tesis para licenciatura] [Fecha de acceso 3 de febrero del 2016]. URL disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4258/1/Martinez_ak.pdf
8. Cortabrazo R. Actitudes del profesional de enfermería hacia la muerte y cuidados de enfermería en el paciente terminal, unidad de cuidados intensivos Hospital Nacional Dos-Lima 2014. [En línea] [Tesis de licenciatura] [Fecha de acceso 18 de marzo del 2016]. Disponible en: Biblioteca Universidad Privada San Juan Bautista código TE/1196/2014
9. Reyes M, Colonia K, Reyes R. Percepción de los familiares del paciente crítico acerca del apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - Lima 2013. [En línea] [Tesis para licenciatura] [Fecha de acceso 1 de abril del 2015]. URL disponible en:
http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/File/200/204
10. Flores Y. Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2013. [En línea] [Tesis para Licenciatura] [Fecha de acceso 24 de junio del 2015]. URL disponible en:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4264/1/Flores_Benites_Yuliana_Carina_2014.pdf
11. Ramírez J, Ydrogo Y. Ética del cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del familiar cuidador del paciente en estado crítico HRDLM Chiclayo – Lima 2012. [En línea] [Tesis de grado] [Fecha de acceso 24 de junio del 2015]. URL disponible

en:

http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/164/1/TL_RamirezReynosoJudith_YdrogoDelgadoYaneth.pdf

12. Farroñan J. Actitud de la enfermera en el cuidado al final de la vida en los pacientes adultos del Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo-Lima 2012. [En línea] [Tesis de grado] [Fecha de acceso 2 de junio del 2015]. URL disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/226/1/TL_Farro%C3%B1an_Santamaria_JannethYovana.pdf
13. Ministerio de sanidad y consumo. Guía de la buena práctica clínica en atención domiciliaria. Madrid - España [en línea]. [Fecha de acceso 17 de junio de 2015] URL disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf
14. Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid. Harcourt Brace. Ed. 4ta. 1999.
15. Revista de Enfermería. Colombia [en línea] [Fecha de acceso 14 de junio de 2015] URL disponible en: <http://www.colombia.com/medicina/enfermeria/Vol1042007/trabajoslibres1.htm>
16. Persona y bioética, Cundinamarca, Colombia. Cadavid Chía, Giraldo vol. 12 N°2. [en línea] [Fecha de acceso 4 de junio de 2015] URL disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article.com>
17. Cecilia en Salud. Paciente Terminal [en línea]. [Fecha de acceso 20 de junio de 2015]. URL disponible en: <http://www.definicionabc.com/salud/paciente-terminal.php>
18. Ministerio de salud Ica, Programa de atención de enfermería 2013.
19. Cometto M, Gómez P, Marcon G. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, D. C.: OPS, 2011. Pag. 189-190 Biblioteca de la Universidad San Juan Bautista código WY/101/C76

20. Buigues F, Torres J. Paciente terminal [En línea]. [Fecha de acceso 07 de setiembre de 2015]. URL disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf>
21. Kolcaba KY. Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. .Geriatric Nursing. 2006;27(2):85-91.
22. Mayer F. Fase terminal y cuidados paliativos [En línea] [Fecha de acceso 09 de mayo de 2015]. URL disponible en: http://bienvenida.unam.mx/revistas/RDU/ciencias_salud/fase_terminal_y_cuidados_paliativos.pdf
23. Manual del cuidador en domicilio [En línea] [Fecha de acceso 1 de mayo de 2016]. URL disponible en: http://www.essalud.gob.pe/cruzada-por-la-humanizacion/pdf/manual_del_cuidador_en_el_domicilio.pdf
24. Las actitudes [En línea] PDF. Grupo de Investigación [Fecha de acceso 20 de setiembre de 2015]. URL disponible en: <http://www.edu-fisica.com/Formato.pdf>
25. Ubillos S, Mayordomo S. Actitudes: definición [En línea] [Fecha de acceso 20 de junio de 2015]. URL disponible en: <http://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>
26. Componentes de las actitudes [En línea] [Fecha de acceso 21 de junio de 2015]. URL disponible en: <https://www.uam.es/otros/persuasion/papers/Actitudes.pdf>
27. El componente afectivo. [En línea] [Fecha de acceso 23 de junio de 2015]. URL disponible en: <https://sites.google.com/site/tics1153/proyecto/g-informe-de-especificacion-de-requerimientos>
28. Navarro J. Componentes de la actitud. [En línea] [Fecha de acceso 25 de setiembre de 2015]. URL disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3DProcesos+cognitivos+y+aprendizaje+signific>

ativo+MRivas.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220443509976&ssbinary=true

29. Enfermera en la atención del paciente terminal [En línea] [Fecha de acceso 26 de junio de 2015]. URL disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3938/FuentesFernandezL.pdf?sequence=1>
30. Teoría del cuidado humano de Jean Watson [En línea] PDF. Modelos y Teorías en Enfermería [Fecha de acceso 21 de mayo de 2015]. URL disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>
31. Henderson V. [En línea] [fecha de acceso 10 de octubre del 2015]. URL disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>

BIBLIOGRAFÍA

- Cometto M, Gómez P, Marcon G. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, D. C.: OPS, 2011. Pag. 189-190 Biblioteca de la Universidad San Juan Bautista código WY/101/C76
- Cortabrazo R. Actitudes del profesional de enfermería hacia la muerte y cuidados de enfermería en el paciente terminal, unidad de cuidados intensivos Hospital Nacional Dos-Lima 2014. [En línea] [Tesis de licenciatura] [Fecha de acceso 18 de marzo del 2016]. Disponible en: Biblioteca Universidad Privada San Juan Bautista código TE/1196/2014
- Fernández J. Herrera R. Actitudes de los Médicos sobre los Cuidados al Final de la Vida – La Enfermedad Terminal. Eutanasia, distanasia y ortotanasia. Lima-Perú. [En línea] [Fecha de acceso 2 de marzo de 2015]. URL disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/spmi/vol15_N4/actidues_médicos.htm
- Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid. Harcourt Brace. Ed. 4ta. 1999.
- Ministerio de salud Ica, Programa de atención de enfermería 2013.
- Robles M. Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente crítico. . Enfermería Intensiva. 2002;13(2):47-56.

ANEXOS

ANEXO Nº 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Percepción sobre la atención domiciliaria en pacientes terminales</p>	<p>Es un acto de naturaleza cognitiva, eminentemente complejo en el que interviene toda la persona en su totalidad, que nos permite formar un concepto y características especiales del otro como objeto percibido. Con el objetivo de mejorar su calidad de vida y darles una atención integral y digna de la persona en forma holística.</p>	<p>Son las respuestas expresadas sobre las impresiones que tienen los pacientes en relación a las acciones y actividades que realiza el profesional de enfermería al brindar la atención en forma humana, oportuna, continua y segura en el programa de atención domiciliaria, para su medición se usara la técnica de la observación y como instrumento será el cuestionario con escala de lickert el cual nos dará como valor final si es: adecuado e inadecuado.</p>	<p>Cuidados de la Piel</p> <p>Alimentación</p> <p>Higiene</p>	<p>-Verifica el estado de hidratación del paciente. -Aplicación de cremas corporales. -Uso de talco en la piel. -Ingestión de líquidos -Cambio de posición del paciente. -Ingestión de nutrientes. -Consulta con el nutricionista -Tipo de alimentación -Aseo del paciente. -Baño diario. -Aseo bucal y limpieza de mucosa con agua y algodón</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p style="text-align: center;">Actitud de enfermería frente el paciente terminal</p>	<p>Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí.</p>	<p>Son las formas de actuar que toman las enfermeras frente a las pacientes en estado terminal. Se medirá a través de una guía de observación tipo escala de Likert, cuyo valor final será actitudes positivas o actitudes negativas.</p>	<p>Actitudes cognitivas</p> <p>Actitudes afectivas</p> <p>Actitudes conductuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento - Valores. - Técnicas - Temor - Apatía - Sensibilidad - Ansiedad - Aceptación - Rechazo - Comodidad. - Responsabilidad. - Vocación



ANEXO Nº2: PERCEPCION SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIAS EN PACIENTES TERMINALES

Tenga Ud. Buen día, soy la bachiller ILIANA PALOMINO PALOMINO estudiante de VIII ciclo de la Escuela de Enfermería de la Universidad Privada San Juan Bautista, a continuación le presenta una serie de preguntas. Las cual tiene como objetivo identificar percepción del familiar sobre la atención de enfermería lo cual será exclusivamente para fines de investigación, es de carácter anónimo y confidencial agradeciendo anticipadamente su gentil participación y valiosa información.

II.-INSTRUCCIONES

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se les presenta, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con una (x) la respuesta que estime verdadera. Y recuerde que sus respuestas deberán ser lo más sinceras posible, ya que eso puede afectar los resultados de la investigación.

III.1-DATOS GENERALES

1. Edad:

- a) 20 – 39
- b) 40 – 49 años
- c) 50 – 59 años
- d) Mas de 59 años.

2. Lugar de procedencia:

- a) Área Rural
- b) Área Urbana

3. Sexo:

- a) Femenino

b) Masculino

4. Grado de instrucción:

a) Primaria

b) Secundaria

c) Superior

d) Sin estudios

5. Estado civil:

a) Soltera

b) Casada

c) Conviviente

d) Otro

6. Parentesco con el paciente:

a) Hija (o)

b) Hermana (o)

c) Prima (o)

d) Sobrina (o)

e) Otro _____

7. Ocupación:

a) Profesor(a)

b) Desempleado

c) Enfermero(a)

d) Ama de casa

e) Otro_____

8. Religión:

a) Católica

b) Cristiana

c) Evangélica

d) Mormones

e) Otro_____

IV. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO

ÍTEM		A	
CUIDADOS DE LA PIEL	SI	VECES	NO
1.-La enfermera verifica el estado de hidratación del paciente.			
2.-La enfermera incentiva la aplicación de cremas corporales para mantener la piel hidratada.			
3.-La enfermera educa sobre evitar el uso de talcos sobre la piel.			
4.-La enfermera incentiva a la ingestión de líquidos.			
5.-La enfermera recomienda el cambio de posición del paciente cada 2 horas.			
ÍTEM		A	
ALIMENTACION	SI	VECES	NO
6.-La enfermera estimula a la ingestión de nutrientes necesarios diariamente.			
7.-La enfermera le brinda orientación sobre los alimentos que debe proporcionar al paciente.			
8.-La enfermera verifica que el tipo de			

alimentación sea el que este indicado por el médico tratante.			
ÍTEM	SI	A VECES	NO
HIGIENE			
9.-La enfermera verifica que el paciente este aseado.			
10.-La enfermera se preocupa por incentivar al aseo bucal del paciente (limpieza de mucosa con agua y algodón).			
11.-La enfermera incentiva al aseo/ baño diario del paciente.			
12.-La enfermera incentiva al mantenimiento de sabanas limpias y estiradas para evitar lacerar la piel del paciente.			

MUCHAS GRACIAS

ANEXO N°3: GUIA DE OBSERVACIÓN
ACTITUD DE ENFERMERIA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL

N°	COMPONENTE COGNITIVO	SI	NO	A VECES
1	El profesional enfermero demuestra conocer al paciente terminal que está atendiendo.			
2	En la atención del paciente terminal prevalece que tenga una muerte digna.			
3	Los conocimientos que posee el enfermero Ayudan a planificar los cuidados paliativos destinados al paciente terminal.			
4	La enfermera permanentemente busca nuevas técnicas de cuidados para brindar a los pacientes terminales una muerte digna.			
5	La enfermera demuestra conocimientos y experiencia frente a la atención que brinda al paciente.			
	COMPONENTE AFECTIVO			
6	Manifestar sensibilidad ante el paciente terminal.			
7	Es notorio el compromiso emocional con el paciente.			
8	En el trabajo con pacientes terminales se nota la carencia de entusiasmo relacionado a la imposibilidad de cura a pesar del esfuerzo profesional.			
9	El brindar cuidados a pacientes terminales genera temor en el profesional.			

10	La experiencia de acompañar permanentemente la agonía del paciente genera inquietud profesional.			
	COMPONENTE CONDUCTUAL			
11	Al brindar cuidados a pacientes terminales es notorio su inclinación natural por este tipo de pacientes.			
12	Al atender al paciente terminal la enfermera demuestra tolerancia.			
13	La responsabilidad profesional del enfermero para atender al paciente terminal está en primer lugar.			
14	El enfermero rechaza la conducta del paciente.			
15	Demuestra comodidad y busca soluciones inmediatas frente a las necesidades del paciente terminal.			

ANEXO 4: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

TABLA BINOMIAL SEGÚN JUECES DE EXPERTOS

Ítems	Experto N°1	Experto N°2	Experto N°3	Experto N°4	Experto N°5	P
1	1	1	1	1	1	0.031
2	1	1	1	1	1	0.031
3	1	1	1	1	1	0.031
4	1	1	1	1	1	0.031
5	1	1	1	1	1	0.031
6	1	1	1	1	1	0.031
7	1	1	1	1	1	0.031
					ΣP	0.217

Se ha considerado:

0 = Si la respuesta es negativa

1 = Si la respuesta es positiva

N° = Número de Jueces Expertos

$$P = \frac{\Sigma P}{\text{N° de Ítems}} = \frac{0.217}{7} = 0.031$$

Si $P \leq 0.05$, el grado de concordancia es significativo y el instrumento es válido

ANEXO N° 5: TABLA DE CODIFICACION DE RESPUESTAS

DATOS GENERALES

DATOS GENERALES	1. EDAD	a.	1
		b.	2
		c.	3
		d.	4
		e.	5
	2. LUGAR DE PROCEDENCIA	a.	1
		b.	2
3. SEXO	a.	1	
	b.	2	
4. GRADO DE INSTRUCCIÓN	a.	1	
	b.	2	
	c.	3	
	d.	4	
5. ESTADO CIVIL	a)	1	
	b)	2	
	c)	3	
	d)	4	
6. PARENTESCO CON EL PACIENTE	a)	1	
	b)	2	
	c)	3	
	d)	4	
	e)	5	
7. OCUPACIÓN	a.	1	

		b.	2
		c.	3
		d.	4
		e.	5
	8. RELIGIÓN	a.	1
		b.	2
		c.	3
		d.	4
		e.	5

CODIFICACIÓN DE LA PRIMERA VARIABLE

ÍTEMS			
1RA DIMENSIÓN	SI	A VECES	NO
1	3	2	1
2	3	2	1
3	3	2	1
4	3	2	1
5	3	2	1
ÍTEM	SI	A VECES	NO
2DA DIMENSIÓN			
6	3	2	1
7	3	2	1
8	3	2	1
ÍTEM	SI	A VECES	NO
3RA DIMENSIÓN			
9	3	2	1
10	3	2	1
11	3	2	1
12	3	2	1

CODIFICACIÓN DE LA SEGUNDA VARIABLE

1RA DIMENSIÓN	SI	NO	A VECES
1	3	1	2
2	3	1	2
3	3	1	2
4	3	1	2
5	3	1	2
2DA DIMENSIÓN	SI	NO	A VECES
6	3	1	2
7	3	1	2
8	3	1	2
9	3	1	2
10	3	1	2
3RA DIMENSIÓN	SI	NO	A VECES
11	3	1	2
12	3	1	2
13	3	1	2
14	3	1	2
15	3	1	2

ANEXO N° 6: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL ALFA DE CRONBACH PARA LA PRIMERA VARIABLE

Para determinar la confiabilidad del cuestionario se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S^2i}{S^2T} \right]$$

Donde:

- K : Número de ítems
- $\sum S^2i$: Sumatoria de las Varianzas de los ítems
- S^2T : Varianza de toda la dimensión.

Usando el software estadístico Excel, se obtuvo los siguientes resultados

Estadísticos de fiabilidad:

$$\frac{12}{12-1} \left(1 - \frac{0.15}{1.32} \right)$$

$$\frac{12}{11} \left(1 - \frac{0.15}{1.32} \right)$$

$$1.1 (1 - 0.11)$$

$$1.1 (0.89)$$

$$0.98$$

Alfa de Cronbach: 0,98

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1, por lo tanto el instrumento es altamente confiable.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL ALFA DE CRONBACH PARA LA SEGUNDA VARIABLE

Para determinar la confiabilidad del cuestionario se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S^2i}{S^2T} \right]$$

Donde:

- K : Número de ítems
- $\sum S^2i$: Sumatoria de las Varianzas de los ítems
- S^2T : Varianza de toda la dimensión.

Usando el software estadístico Excel, se obtuvo los siguientes resultados Estadísticos de fiabilidad:

$$\frac{15}{15-1} \left(1 - \frac{0.64}{1.43} \right)$$

$$\frac{15}{14} \left(1 - \frac{0.64}{1.43} \right)$$

$$1.1 (1 - 0.45)$$

$$1.1 (0.55)$$

$$0.62$$

Alfa de Cronbach: 0,62.

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1, por lo tanto el instrumento es confiable.

ANEXO N° 7: TABLA MATRIZ DE OBSERVACION GENERAL Y PRIMERA VARIABLE

N°	DATOS GENERALES								Percepción sobre la atención domiciliaria en pacientes terminales												TOTAL			
									Cuidados de la Piel					Alimentación				Higiene						
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	S.T.1	6	7	8	S.T.2	9	10		11	12	S.T.3
1	3	1	1	2	1	1	4	1	3	3	3	3	3	15	3	3	3	9	3	2	3	3	11	35
2	4	1	1	2	2	1	4	1	3	3	3	3	3	15	2	3	3	8	3	3	3	3	12	35
3	3	1	1	3	2	2	4	1	3	3	3	3	3	15	3	3	3	9	3	3	3	3	12	36
4	3	1	1	3	1	1	5	1	3	3	3	3	3	15	3	3	3	9	3	3	3	3	12	36
5	3	1	1	3	2	2	4	1	3	3	3	3	3	15	3	3	3	9	3	3	3	3	12	36
6	2	1	1	3	4	5	5	1	1	3	1	2	1	8	1	1	2	4	2	1	2	1	6	18
7	1	1	1	2	3	1	5	1	3	3	1	3	1	11	3	1	3	7	1	1	1	3	6	24
8	2	2	1	3	1	5	5	1	3	3	1	3	3	13	3	3	3	9	3	3	3	3	12	34
9	4	1	1	1	2	1	4	1	3	3	1	3	3	13	3	3	3	9	3	3	3	3	12	34
10	4	2	1	3	4	1	4	1	3	3	1	3	3	13	3	3	3	9	3	3	3	3	12	34
11	5	2	1	1	2	5	4	1	1	3	3	1	3	11	1	1	1	3	3	3	3	3	12	26
12	3	1	1	2	3	1	4	2	3	3	1	3	3	13	1	1	3	5	3	3	3	3	12	30
13	3	1	1	3	3	5	5	5	3	3	3	3	3	15	3	2	3	8	3	3	3	3	12	35
14	3	1	1	2	1	1	4	1	3	1	2	3	2	11	1	3	1	5	3	1	1	1	6	22

15	2	1	1	3	4	5	5	1	3	3	2	3	3	14	3	3	3	9	2	2	2	2	8	31
16	3	1	1	3	2	2	4	1	3	3	3	3	3	15	3	3	3	9	3	3	3	3	12	36
17	2	1	1	3	4	5	5	1	1	3	1	2	1	8	1	1	2	4	2	1	2	1	6	18
18	1	1	1	2	3	1	5	1	3	3	1	3	1	11	3	1	3	7	1	1	1	3	6	24
19	2	2	1	3	1	5	5	1	3	3	1	3	3	13	3	3	3	9	3	3	3	3	12	34
20	4	1	1	1	2	1	4	1	3	3	1	3	3	13	3	3	3	9	3	3	3	3	12	34

TABLA MATRIZ SEGUNDA VARIABLE

N°	Actitud de enfermería frente el paciente terminal																			TOTAL
	Cognitivas						Afectivas						Conductuales							
	1	2	3	4	5	S.T.1	6	7	8	9	10	S.T.2	11	12	13	14	15	S.T.3		
1	3	1	3	2	3	12	2	2	2	1	1	8	1	3	3	1	3	11	31	
2	3	3	3	3	3	15	3	1	3	3	3	13	3	3	3	3	3	15	43	
3	3	2	3	3	3	14	3	3	2	3	3	14	3	2	3	1	3	12	40	

ANEXO N° 8: TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES

TABLA N°2:
PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA
SEGÚN DIMENSIÓN CUIDADOS DE LA PIEL AL PACIENTE
TERMINAL EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX
TORREALVA GUTIERREZ, ICA –
OCTUBRE 2016

Cuidados de la Piel	Frecuencia	%
Adecuado	18	90%
Inadecuado	2	10%
Total	20	100

TABLA N°3:
PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA
SEGÚN DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN AL PACIENTE
TERMINAL EN PADOMI DEL HOSPITAL
FELIX TORREALVA GUTIERREZ,
ICA – OCTUBRE 2016

Alimentación	Frecuencia	%
Adecuado	15	75%
Inadecuado	5	25%
Total	20	100

**TABLA N°4:
PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA
SEGÚN DIMENSIÓN HIGIENE AL PACIENTE TERMINAL
EN PADOMI DEL HOSPITAL FELIX
TORREALVAGUTIERREZ, ICA –
OCTUBRE 2016**

Higiene	Frecuencia	%
Adecuado	14	70%
Inadecuado	6	30%
Total	20	100

**TABLA N°5:
PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA AL PACIENTE TERMINAL EN PADOMI
DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA
GUTIERREZ, ICA – OCTUBRE
2016**

Global	Frecuencia	%
Adecuado	15	75%
Inadecuado	5	25%
Total	20	100

TABLA N°6:
ACTITUD DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL
SEGÚN DIMENSIÓN COMPONENTE COGNITIVO EN
PADOMIDEL HOSPITAL FELIX TORREALVA
GUTIERREZ, ICA – OCTUBRE 2016

Cognitiva	Frecuencia	%
Positiva	3	100%
Negativa	0	0%
Total	3	100

TABLA N°7:
ACTITUD DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL
SEGÚN DIMENSIÓN COMPONENTE AFECTIVO EN
PADOMIDEL HOSPITAL FELIX TORREALVA
GUTIERREZ, ICA – OCTUBRE 2016

Afectiva	Frecuencia	%
Positiva	2	67%
Negativa	1	33%
Total	3	100

TABLA N°8:
ACTITUD DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL
SEGÚN DIMENSIÓN COMPONENTE CONDUCTUAL EN
PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA
GUTIERREZ, ICA – OCTUBRE 2016

Conductual	Frecuencia	%
Positiva	3	100%
Negativa	0	0%
Total	0	100

TABLA N°9:
ACTITUD DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL EN
PADOMI DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA
GUTIERREZ, ICA – OCTUBRE 2016

Global	Frecuencia	%
Positiva	3	100%
Negativa	0	0%
Total	3	100