



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDAS ESPECIALIDADES
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

**“NECESIDADES DE LOS PARIENTES DE PACIENTES
INGRESADOS A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
DEL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE, 2021”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
INTENSIVOS**

AUTOR:

LIC. SALDAÑA AGUADO, ROCIO DE JESUS

ASESOR:

Mg. MARIÑAS ACEVEDO ORFELINA

<https://orcid.org/0000-0001-7901-6336>

LIMA – PERÚ

2021

Índice general

Índice general	2
Índice de Anexos	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
I. INTRODUCCIÓN	6
II. MATERIALES Y MÉTODOS	13
III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXOS	26

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables	27
Anexo B. Instrumentos de recolección de datos.....	29
Anexo C. Consentimiento informado	32

Resumen

Objetivo: Determinar las necesidades de los parientes de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Rezola de Cañete, 2021.

Materiales y métodos: La investigación será desarrollada bajo el enfoque cuantitativo y su diseño será descriptivo. La población considerada es finita y contara con 80 participantes. Para la recolección de datos se empleará la técnica de la encuesta y el instrumento será el Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) de 45 ítems o enunciados.

Palabras claves: Enfermedad crítica; pacientes; familia; Unidades Hospitalarias; Unidades de Cuidados Intensivos (Fuente: DeCS).

Astract

Objective: Determine the needs of the relatives of patients admitted to the Intensive Care Unit of the Rezola de Cañete Hospital, 2021.

Materials and methods: The research will be developed under a quantitative approach and its design will be descriptive. The population considered is finite and will have 80 participants. For data collection, the survey technique will be used and the instrument will be the Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) of 45 items or statements.

Keywords: Critical Illness; patients; family; Hospital Units; Intensive Care Units (Source: DeCS).

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades con repercusiones graves suelen presentarse a veces de forma repentina y sin previo aviso, lo que deja poco tiempo para que los pacientes y su familia se preparen. En décadas anteriores, la enfermería de cuidados intensivos se preocupaba principalmente por el paciente individual, centrándose en el paciente, mientras que se dejaba de lado la inclusión del entorno familiar. Actualmente, en el ambiente de cuidados intensivos, los integrantes de la familia actúan como portavoces cuando el paciente está críticamente comprometido (1).

Los parientes en la unidad de cuidados intensivos (UCI) manifiestan crisis psicológica, estrés y depresión como consecuencia al ingreso de un familiar en esta unidad, que suele ser un evento imprevisto y destinado a personas clínicamente en estado crítico con la potencial de alta mortalidad (2).

Los ingresos a las UCI, están aumentando a un ritmo acelerado, ya que las indicaciones de más sistemas de soporte vital disponibles continúan expandiéndose, debido al envejecimiento de la población y los avances recientes en la tecnología médica. En Corea del Sur tuvieron un total de 10,127 camas de UCI en el 2016, y más de 300,000 pacientes ingresan anualmente en las UCI para un tratamiento intensivo (3).

Más de 2,7 millones de pacientes en UCI en los Estados Unidos cada año no pueden hablar, en gran parte debido a la presencia de vías respiratorias artificiales y ventilación asistida (es decir, ventilación mecánica). La capacidad de comunicación puede verse afectada aún más durante una enfermedad crítica por sedación, fatiga, delirio o enfermedad neurológica (4). Desde hace un año se han venido desarrollando estudios donde mostraron que la tasa de ingreso en la UCI entre los pacientes infectados por coronavirus fue mayor, que varió entre el 3% y el 100% de los casos confirmados (5).

Otros estudios demostraron que la prevalencia de mortalidad entre los pacientes de UCI con infección por coronavirus era muy alta, que oscilaba entre el 6% y el 86% de los pacientes ingresados (6).

Por otro lado, en la actualidad existe una asimetría de información sustancial entre los profesionales de la salud y los familiares/ pacientes. La alfabetización sanitaria de los familiares es sin duda un cofactor importante en el proceso de comunicación, ya que el 50% de los familiares no comprenden la comunicación del personal sanitario (7).

Facilitar la comunicación entre las familias de los pacientes críticamente enfermos y el personal médico puede ayudar a satisfacer las necesidades de la familia, al mismo tiempo sirve como factores importantes en tomar decisiones médicas para los pacientes en estado crítico (8). En los últimos años, se han desarrollado rondas multidisciplinarias centradas en la familia como nueva medida para estimular la colaboración familiar en las conversaciones con los médicos y para mejorar la calidad de comunicación, seguridad y satisfacción del paciente, y planificaciones posteriores al alta (9). Investigaciones han indicado que las tasas de prevalencia más altas de síntomas de estrés postraumático en parientes de pacientes adultos en UCI general se han observado 3 y 6 meses después de la estancia en la UCI (10).

Las familias de los enfermos críticos tienen necesidades y expectativas básicas de los suministros de atención médica en UCI. La satisfacción familiar es mayor cuando los proveedores de atención médica explican y enfocan su discusión en los siguientes elementos clave: manejo del dolor y la agitación, proporcionando información detallada sobre diagnósticos, expectativas, plan de manejo diario y pronóstico (11).

En Arabia Saudita, realizaron un estudio por Alshararie (12) donde menciono que, cinco de las diez necesidades principales identificadas por los familiares de los pacientes de la UCI, estaban dentro de la dimensión de seguridad ($p < 0,001$). Asimismo, ha demostrado que los familiares de los pacientes ingresados en UCI tienen niveles elevados de necesidades en dichos factores (seguridad, proximidad e información. Además, los miembros de la familia tenían el nivel más bajo de necesidades en las dimensiones de comodidad y apoyo.

Mientras tanto, en Palestina, emplearon un análisis por Salameh y colaboradores (13) de las necesidades de los familiares de los pacientes de la UCI, donde eligieron “muy importante” en los dominios de proximidad (58,27%), información (56,07%), comodidad (54,37%) y apoyo (50,89%). En cambio, en Muhimbili-Tanzania, Kohi y

colaboradores (1) indicaron que, el 72% de los familiares percibían como una necesidad “muy importante” tener una persona específica a quien llamar en el hospital de la UCI.

La evidencia científica muestra que la presencia ilimitada y la participación activa de los miembros de la familia pueden mejorar la seguridad de la atención de los pacientes en las UCI y generar satisfacción en los pacientes y sus familiares. Esto es más importante para los pacientes que no pueden comunicarse verbalmente. Es fundamental que las enfermeras preparen el entorno junto a la cama para la presencia y participación de los familiares del paciente en la UCI (14).

Actualmente, las investigaciones sobre la comunicación de las enfermeras de cuidados críticos han sido cuantitativas y han evaluado el desempeño laboral, su asociación con el agotamiento y los factores que dificultan la comunicación (15). La comunicación terapéutica, componente fundamental de la enfermería, implica el uso de estrategias específicas para animar a los pacientes a expresar sentimientos e ideas y transmitir aceptación y respeto. Para construir una relación terapéutica eficaz, se requiere un enfoque en el paciente y una muestra genuina de empatía. El familiar también debe ser involucrado en esta interacción (16).

Diversos autores definen los cuidados intensivos como una área especializada en la salud humana, que se encarga de diagnosticar, manejar y dar seguimiento de pacientes críticamente enfermos o con lesiones críticas (17). Estos pacientes están conectados a sistemas artificiales, que están equipados con dispositivos de tecnología avanzada, donde se encuentran los indicadores vitales de los pacientes, monitoreados las 24 horas del día, y donde el tratamiento es ofrecido por un equipo multidisciplinario (18). Según Pryzby, en su artículo sobre cuidados intensivos, señaló que las familias son en cierto sentido disrítmicas y que pueden mostrar un pensamiento errático después de la admisión de un ser querido en una UCI (19).

Las enfermeras de UCI son el grupo profesional más grande que trabaja en las UCI. Los pacientes gravemente enfermos y sus familias se benefician de la atención de personal altamente capacitado. Las enfermeras de UCI contribuyen a la seguridad del paciente, como la mejoría, reducción de morbi-mortalidad y disminución de las

complicaciones. Las enfermeras competentes de la UCI tienen un impacto significativo en el efecto fisiológico y emocional del paciente en UCI (20). Así mismo, estos profesionales de UCI atienden a pacientes críticamente enfermos, y su ámbito de trabajo puede incluir la comunicación con los seres queridos de los pacientes y sus cuidadores (21).

Según la teoría de Dorothea Orem (22), indica que el acto de ayudar a otros en la provisión y manejo del autocuidado para mantener o mejorar el funcionamiento humano en el nivel de efectividad del hogar.

La satisfacción de la familia con la experiencia del cuidado son medidas integrales de la calidad en UCI. Los pacientes de UCI tienen una capacidad limitada o nula para proporcionar comentarios sobre la atención recibida, ya sea debido a su enfermedad inicial o debido al efecto de los medicamentos (23). Sin embargo, los familiares perciben que el perfil del profesional sanitario es centrado únicamente en el paciente. Si el paciente es un miembro de una familia, entonces los parientes y el personal de salud deben reconocer los profesionales de atención médica están ayudando a los familiares porque es una parte crucial de la atención total del paciente. Los familiares de los pacientes críticamente enfermos tienen necesidades importantes en este período de crisis. Al reconocer estas necesidades y evaluar cómo se satisfacen, la atención total del paciente involucrará a la familia. Tal participación es esencial para el cuidado del paciente críticamente enfermo (24).

A continuación, se describe y definen cada una de las dimensiones de la variable principal necesidades de los parientes. La necesidad de seguridad nos da entender como el principal dominio de la calidad asistencial y sistemas de salud, el cual proporcionan un alto grado de responsabilidad y capacidad para evitar un mayor riesgo de fallo y error hacia el estado crítico del paciente (25). La necesidad de información está basada en el acceso a la comunicación fluida y correcta sobre las condiciones del paciente en UCI ante las relaciones de calidad de atención con las enfermeras, el cual son necesidades de alta prioridad para las familias o cuidadores ya que de esa forma reducen la preocupación y tensión psicológica del pariente (26).

La necesidad de proximidad es entendida como la capacidad de conocimiento que adquiere el familiar o cuidador con respecto al estado de salud del paciente. Esto permite el aumento del conocimiento y participación de los cuidados, que favorecen la relación entre enfermeras, pacientes y familiares, el cual aporta estabilidad, seguridad a los parientes y a una mejor adaptación a las situaciones del entorno (27). La necesidad de apoyo es referida como el nivel de organización a través del apoyo para cambios positivos en la práctica y satisfacer mejor la necesidad del paciente e integrantes de la familia. Podemos decir que, al evaluar a los integrantes del núcleo familiar de pacientes ingresados a UCI, puede hacer que la estancia hospitalaria sea menos tensionada y mejore el bienestar emocional, así como favorecer la experiencia vivenciada y dejar menos efectos negativos (28). La necesidad de confort es entendida como el bienestar o comodidad con respecto al cuidado y calidad de atención de acuerdo a la satisfacción de sus necesidades. El paciente en una UCI es complejo en base al diagnóstico y tratamiento ya que es asistida de forma directa e indirecta con el paciente, en relación continua entre enfermera-familiar-paciente (29).

Vázquez (30), en Perú, durante el 2016, realizó un estudio sobre las necesidades de los familiares de pacientes en unidades críticas, donde participaron 50 familiares, aplicaron el cuestionario CCFNI, teniendo como resultados que el 46% de los participantes tienen necesidades muy importantes, el 34% manifiestan que son necesidades importantes y el 20% que son necesidades para nada importantes. Se concluyó que hubo un alto porcentaje de respuestas importantes en los familiares.

Céspedes y colaboradores (31), durante el 2019, en Perú, desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue determinar las necesidades familiares de pacientes en UCI. Aplicaron el cuestionario CCFNI y sus resultados mencionan que el 85% necesita estar mejor informado sobre su familiar, el 85% indicó que no se siente como en la sala de espera, ya que lo usan frecuentemente. La familia estima que las necesidades de confianza y seguridad son más importantes.

Brysiewicz y Chipps (32), en South África, durante el 2017, desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue identificar las necesidades de familias de pacientes con trauma. Se aplicó el cuestionario CCFNI, los resultados indicaron que las necesidades generales

y subescalas con puntajes de necesidades generales más altos para los participantes sin educación (Necesidades generales ($p = 0.002$), Confort ($p < 0.001$) e Información ($p = 0.033$). Concluyendo que los resultados pueden ayudar al personal sanitario y comprender la necesidad del familiar en UCI.

Ishwori y colaborador (33), en Nepal, en el 2018, elaboraron un estudio cuyo objetivo fue identificar las necesidades que presentan las familias de pacientes que ingresan a UCI, donde emplearon el cuestionario CCFNI y en la que participaron 65 individuos. En sus resultados predominó con un 86,2% las necesidades de aseguramiento seguido de las necesidades de información con un 78,5%, la necesidad de comodidad con un 69,5%, las necesidades de cercanía con un 69% y por último el apoyo con un 64,1%. Concluyeron, que estas necesidades deben ser atendidas por enfermeras, ya que los parientes requieren de apoyo.

Raja y colaborador (34), en la India, durante el 2018 desarrolló una investigación, cuyo objetivo fue determinar la satisfacción de las necesidades de familiares de pacientes en UCI. Aplicaron el instrumento CCFNI y sus resultados indicaron que el 32,2% manifestó que nadie muestra interés por sus sentimientos y solo el 35,4% mencionó que se le informa sobre el equipamiento que utilizará el personal de salud.

Midega y colaboradores (35), en Brasil, en el 2019, diseñaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la satisfacción de los parientes de pacientes críticos ingresados en UCI. Emplearon el instrumento CCFNI, en sus hallazgos señalaron que el 37,1% de los familiares no entendían sobre el pronóstico de su paciente. Asimismo, el 60% de los parientes presentaba ansiedad y el 54,3% depresión. Se concluye que el personal médico debe brindar información necesaria sobre la situación y evolución del paciente.

El personal sanitario ha comenzado a ver a los integrantes de la familia como una parte integral del proceso de recuperación y el bienestar de los pacientes que están internados en los servicios de UCI. Las necesidades de los parientes cercanos pueden variar, y los profesionales enfermeros deben sintonizar con las necesidades de estos integrantes del núcleo familiar y tener una visión integral del cuidado para orientar intervenciones presidiendo a la identificación y satisfacción de esas necesidades. Se debe ver al pariente que está pendiente del familiar internado como un aliado en el

cual podemos confiar y debemos involucrarlo en el proceso de estadía del paciente en esta área crítica. Por ello es importante el desarrollo de este estudio que busca valorar e identificar las necesidades de los parientes que están directamente pendientes de la evolución del paciente que estado crítico, solo así se podrá tener un proceso de cuidado especializado e integral.

En una exploración que se hizo en las diferentes bases de datos donde se encuentra bibliografía científica del área de ciencias de la salud, se pudo verificar que en la mayoría de estudios donde se aborda temas sobre áreas críticas o UCI, estos se centran en el paciente en estado crítico y su evolución, viendo específicamente procedimientos invasivos, decisiones terapéuticas o medidas de soporte, pero poco se indaga en ellos sobre un actor importante en el proceso de recuperación de estos pacientes, que es el familiar o pariente que está pendiente y da su apoyo incondicional en búsqueda de la recuperación de su ser querido. Por ello se justifica el desarrollo de este estudio que busca valorar las necesidades de estos familiares, para poder atender estas como parte de su plan integral de cuidados que tiene por objetivo recuperar la salud del paciente en estado crítico.

El valor práctico del estudio se da en el sentido que los hallazgos del mismo serán proporcionados a las personas encargadas de la gestión del hospital y del servicio de UCI, ello será un insumo que les permitirá mejorar la práctica del cuidado enfermero que debe ver al paciente y su ambiente como una sola unidad de cuidado.

En relación a la relevancia social, se puede enfatizar que con el desarrollo del estudio y el conocimiento que este genere, los beneficiados directos serán los parientes de los pacientes internados en las UCI y por ende sus seres queridos que están en una situación crítica.

En lo metodológico, el estudio en curso, será desarrollado tomando como base las características del método científico, lo cual orienta al desarrollo de un proceso sistemático, ordenado y riguroso que permita obtener conocimiento científico significativo y relevante que permita implementar mejoras.

El objetivo general de la presente investigación será determinar las necesidades de los parientes de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Rezola de Cañete, 2021.

En cuanto a los objetivos específicos tenemos:

-Determinar las necesidades en su dimensión seguridad, de los parientes de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Rezola de Cañete, 2021

-Determinar las necesidades en su dimensión información, de los parientes de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Rezola de Cañete, 2021

-Determinar las necesidades en su dimensión proximidad, de los parientes de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Rezola de Cañete, 2021

-Determinar las necesidades en su dimensión apoyo, de los parientes de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Rezola de Cañete, 2021

-Determinar las necesidades en su dimensión confort, de los parientes de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Rezola de Cañete, 2021

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación será realizada desde la perspectiva del enfoque cuantitativo, ello debido a la forma como se recolectarán los datos, al instrumento de medición y al análisis de los datos mediante métodos estadísticos. En cuanto al diseño del estudio, esto será descriptivo-transversal a la vez, descriptivo, ya que se señalará la forma como se comporta la variable en la realidad (no se hará intervención de ningún tipo) y

transversal porque la medición de la variable se hará una sola en el lapso que dure el trabajo de campo (36).

2.2 POBLACIÓN

La población será finita y estará conformada por los parientes de pacientes ingresados a la UCI del Hospital Rezola de Cañete. De acuerdo a la cantidad de camas UCI y rotación de los pacientes en los meses anteriores, se prevé tener 80 parientes participantes durante el proceso de recolección de datos que durara dos meses (mes de mayo y junio del presente año). Los criterios para la selección de los participantes son:

Criterios de inclusión:

- Ser pariente con capacidad de decisión sobre la salud del interno en UCI.
- Ser pariente mayor de edad.
- Tener a su familiar interno al menos 24 horas en la UCI.
- Manifiestar su libre voluntad de querer ser participante del estudio.
- Dar su consentimiento informado cuando se le solicite.

Criterios de exclusión:

- Menores de edad.
- Pariente que no tenga capacidad de decisión sobre la evolución del paciente interno en UCI.
- Pariente que no quiere firmar el consentimiento informado.

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

El estudio en curso presenta como variable principal al constructo “necesidades de los parientes”, según la forma como se presentan sus valores finales (naturaleza) es una variable cualitativa y por el atributo que presenta (orden) su escala de medición es ordinal.

Definición conceptual: Es la sensación de carencia, así como la aparición de temores e incertidumbres que experimentan los parientes del paciente ante la situación crítica de salud de su ser querido (37).

Definición operacional:

Es la sensación de carencia, así como la aparición de temores e incertidumbres que experimentan los parientes de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos ante la situación crítica de salud de su ser querido, el cual será medido con el cuestionario CCFNI.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Técnica de recolección de datos:

La técnica a ser utilizada en el trabajo de campo será la encuesta, siendo esta la más indicada en estudios del área de la salud y de tipo cuantitativos-descriptivos. Dicha técnica está ampliamente difundida en diferentes latitudes, pues su fácil uso y flexibilidad en su aplicación, le permite obtener una cifra importante de datos en forma ágil y en un tiempo relativamente breve (38).

Instrumento de recolección de datos:

En este estudio se aplicará la versión original del instrumento Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), que fue elaborada por Molter y Leske en el año 1983 y permite evaluar a los familiares las necesidades durante la fase de cuidados intensivos ya ellos identifican los siguientes aspectos como: la claridad de lenguaje y concepto, redacción y adecuada comprensión de los ítems. Este cuestionario es conformado por 45 necesidades que los participantes califican en una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (1= No importante, 2= Poco importante, 3= Importante y 4= Muy importante). Los 45 enunciados de estas necesidades del CCFNI se clasifican en cinco subescalas tales como: necesidades de apoyo (14 necesidades), necesidades de información (9 necesidades), necesidades de cercanía y proximidad (9 necesidades), necesidades de seguridad (7 necesidades) y necesidades de comodidad (6 necesidades). La puntuación total se calculó sumando cada uno de los 45 ítems para obtener el resultado global. Así mismo, la puntuación mínima es de 45 y la máxima de 180 (39). En nuestro país el instrumento fue utilizado en varias oportunidades, y quien lo validó fue Vásquez en el año 2016 (30).

Validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos:

Este instrumento ya fue utilizado en nuestro país, siendo declarado válido y confiable por Vásquez Lupita (30), en su estudio desarrollado en el año 2016. En cuanto a la validez dicha autora declara que tiene validez de contenido aceptable, en cuanto a la confiabilidad, señala que fue obtenida mediante el Alpha de Cronbach cuyo valor fue 0,90, lo cual deja en evidencia una alta fiabilidad.

2.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Previo al trabajo de campo del estudio, se hará un despliegue para garantizar los procesos administrativos que permitan obtener los accesos a las instalaciones del establecimiento hospitalario y los parientes de pacientes internados en la UCI. Para ello, se gestionará una carta de presentación emitida por la coordinación académica de la Universidad María Auxiliadora, la cual será un importante documento de respaldo que permitirá conseguir la autorización de las autoridades del hospital y del servicio de UCI donde se hará el trabajo de campo.

2.5.2 Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos

El trabajo de campo en donde se hará un despliegue importante para la recolección de datos, se hará en el mes de mayo y junio del presente año. Se tiene previsto abordar a los parientes de los pacientes internados en la UCI, en la sala o espacios de espera de estos. Se los abordará teniendo en cuenta los protocolos sanitarios que permitan cuidar la salud del encuestador y encuestado. El instrumento será diseñado en un formato digital, específicamente en el formulario google, y para ello nos valdremos de un celular o Tablet para que el familiar pueda ingresar sus datos de forma directa. Se ha previsto que, con cada familiar participante, se tomará un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos de tiempo para el llenado de la ficha de datos.

2.6. MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Al ser un estudio cuantitativo y descriptivo-transversal, se empleará principalmente las herramientas de la estadística descriptiva para el análisis de los datos a obtenerse en el trabajo de campo. Los datos obtenidos por el formulario google, serán exportados

en la hoja de cálculo en Excel, de ahí pasara a una matriz diseñada en el programa estadístico SPSS 24.0, que es en donde se realizara el proceso de análisis propiamente dicho, ahí se emplearan las tablas de frecuencia, las medidas de tendencia central y las operaciones que permitan sumar los puntajes de las dimensiones y variable principal, ello nos dará tablas y figuras que expresen de forma más organizada los resultados del estudio. Los resultados serán el insumo para realizar la discusión y conclusiones de la presente investigación.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

En la época de los setenta, el informe Belmont fue hecho por la Comisión Nacional para la Protección de los Servicios Humanos de Investigación Biomédica y Conductual, que tuvo como propósito dar lineamientos y orientaciones como los principios éticos básicos para el desarrollo de estudios clínicos y de investigación con participación de personas humanas. Debido a su existencia, se erradicaron actos deplorables contra la salud e integridad del ser humano, que fueron denunciados en esa década en algunos estudios donde se vulneraron los derechos y vida de los participantes. Este manuscrito se ha convertido en la actualidad, la base de la regulación que rige la protección de sujetos humanos en toda investigación. El informe Belmont formula 3 principios éticos (autonomía, beneficencia y justicia) y luego de varios meses se incluyó uno más (no maleficencia), los cuales representan los cuatro principios bioéticos (40). En esta presente investigación se aplicarán los cuatro principios bioéticos:

Principio de autonomía

Este principio es entendido que toda persona tiene la capacidad de decidir de forma voluntaria en participar en estudios de investigación, la cual no afectará de ninguna manera su acceso a la atención actual o posterior. Asimismo, en este principio se emplea el consentimiento informado para respaldar sus derechos civiles como participante (41).

A cada participante se le informara de manera peculiar sobre dicha investigación solicitándoles su consentimiento informado para ser partícipe del mismo.

Principio de beneficencia

La beneficencia como principio se refiere a actuar de tal manera que beneficie a otros mientras se promueve su bienestar y seguridad (42).

A todo participante se explicará sobre los beneficios que traerá dicha investigación con su participación.

Principio de no maleficencia

Este principio es basado en no causar ningún malestar o daño contra la salud, se busca la protección e integridad de todo ser humano (43).

A los parientes se les tratara con amabilidad y cordialidad sin causar pudor contra su integridad física y moral.

Principio de justicia

El principio de justicia se refiere al derecho de los participantes a un trato justo y el derecho a la privacidad (41).

A cada pariente se le tratara de manera igualitaria y equitativa sin ningún medio de lucro o discriminación de cualquier índole o grupo étnico.

III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

3.1 Cronograma De Actividades

ACTIVIDADES	2021											
	FEB-21				MAR-21				ABR-21			
	Sem1	Sem2	Sem3	Sem4	Sem1	Sem2	Sem3	Sem4	Sem1	Sem2	Sem3	S

Identificación del problema			+	+								
Búsqueda de bibliografía			+	+	+	+	+	+				
Redacción de problema, marco teórico referencial y los antecedentes			+	+	+	+	+	+				
Redacción de importancia-justificación			+	+	+	+	+	+				
Elaboración de objetivos del estudio			+	+	+	+	+	+	+			
Elaboración de enfoque- diseño de estudio			+	+	+	+	+	+	+	+		
Elaboración de población, muestra y muestreo				+	+	+	+	+	+	+		
Elaboración de técnicas e instrumentos de recolección de datos					+	+	+	+	+	+		
Elaboración de aspectos bioéticos						+	+	+	+	+		
Elaboración de métodos de análisis de información								+	+	+	+	
Elaboración de consideraciones administrativas								+	+	+	+	
Elaboración de anexos								+	+	+	+	
Aprobación del proyecto									+	+	+	

3.2 Recursos Financieros

(Presupuesto y Recursos Humanos)

MATERIALES	2021				TOTAL
	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	s/.
Equipos					
1 laptop	1000				1000
USB	30				30
Útiles de escritorio					
Lapiceros	3				3
Hojas bond A4		10			10
Material Bibliográfico					
Libros	70				70
Fotocopias	20	20	20	20	80
Impresión	30	30	20	20	100
Anillado			18	18	36
Otros					
Transporte	20	20	20	20	80
Alimentos	50	10			60
Llamadas	40	20	10		70
Recursos Humanos					
Digitador	100				100
Imprevistos*		100		100	200
TOTAL	1273	210	88	178	1839

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kohi T, Obogo M, Mselle L. Perceived needs and level of satisfaction with care by family members of critically ill patients at Muhimbili National hospital intensive care units, Tanzania. *BMC Nursing* [revista en Internet] 2016 [acceso 13 de marzo de 2021]; 15(1): 1-7. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4784468/pdf/12912_2016_Article_139.pdf
2. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall J, et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: A multicenter study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* [revista en Internet] 2001 [acceso 17 de marzo de 2021]; 163(1): 135-139. Available from: <https://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/ajrccm.163.1.2005117>
3. Kang J, Cho Y, Choi S. State anxiety, uncertainty in illness, and needs of family members of critically ill patients and their experiences with family-centered multidisciplinary rounds: A mixed model study. *PLoS ONE* [revista en Internet] 2020 [acceso 16 de junio de 2021]; 15(6). Available from: https://storage.googleapis.com/plos-corpus-prod/10.1371/journal.pone.0234296/1/pone.0234296.pdf?X-Goog-Algorithm=GOOG4-RSA-SHA256&X-Goog-Credential=wombat-sa%40plos-prod.iam.gserviceaccount.com%2F20210727%2Fauto%2Fstorage%2Fgoog4_request&X-Goog-Date=20210727T215137Z&X-Goog-Expires=86400&X-Goog-SignedHeaders=host&X-Goog-Signature=66337d0145cef8872374b699dd5cc2350e224c31ccb119d976a97a544a0f2cec8f503fef528a49b691f83e3bfd5d8b5db988ed30114980ce5cd8107a278149ac510e1384152fa9d539d531579fb8561c5915783a8946a03b44ffd731e506acd913d3ed9b98abd4e26cae74fcb1b4c562e16b85422228761118835f9deea0c226c0c52ba7571d9e233b81590205b2ebfb2f176b332f2172278a4f1368b83b50c3b731e61309acd40e97e06eca2ad60a8b31e5c387c99ddef2e13dc3a34324d12d994c4b38aba7a9b3eba58fcc7d843e10f2fb6d51ffbfd9974c0d29999e727bff96f8aa4087bfe9c5ce4fb41cd36f87b3da0959b58ee50112099dbbc4acf0d2e
4. Angus D, Barnato A, Linde-Zwirble W, Weissfeld L, Watson S, Rickert T. Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. *Critical Care Medicine* [revista en Internet] 2004 [acceso 18 de marzo de 2021]; 32(3): 638-643. Available from: https://journals.lww.com/ccmjournals/Abstract/2004/03000/Use_of_intensive_care_at_the_end_of_life_in_the.3.aspx
5. Chen C, Lee C, Liu C, Wang J, Wang L, Perng R. Clinical Features and Outcomes of Severe Acute Respiratory Syndrome and Predictive Factors for Acute Respiratory Distress Syndrome. *J Chin Med Assoc* [revista en Internet] 2005 [acceso 18 de marzo de 2021]; 68(1): 1-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7129615/pdf/main.pdf>
6. Arabi Y, Murthy S, Webb S. COVID-19: a novel coronavirus and a novel challenge for critical care. *Intensive Care Medicine* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de marzo de 2021]; 46(5): 833-836. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00134-020-05955-1.pdf>

7. Hoffmann M, Holl A, Burgsteiner H, Eller P, Pieber T, Amrein K. Prioritizing information topics for relatives of critically ill patients: Cross-sectional survey among intensive care unit relatives and professionals. *Wiener Klinische Wochenschrift* [revista en Internet] 2018 [acceso 27 de junio de 2021]; 130(21-22): 645. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00508-018-1377-1.pdf>
8. Mittal V. Family-centered rounds. *Pediatric Clinics of North America* [revista en Internet] 2014 [acceso 18 de marzo de 2021]; 61(4): 663-670. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031395514000479?via%3Dihub>
9. Randall J, White D. Practical Guidance for Evidence-Based ICU Family Conferences. *Chest* [revista en Internet] 2009 [acceso 18 de marzo de 2020]; 134(4): 835-843. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2628462/pdf/nihms-85674.pdf>
10. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly L, Chevret S, Adrie C. A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. *New England Journal of Medicine* [revista en Internet] 2007 [acceso 18 de marzo de 2021]; 356(5): 469-478. Available from: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa063446?articleTools=true>
11. Davidson J, Powers K, Hedayat K, Tieszen M, Kon A, Shepard E. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine* [revista en Internet] 2007 [acceso 2 de marzo de 2021]; 35(2): 605-. Available from: https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2007/02000/Clinical_practice_guidelines_for_support_of_the.39.aspx
12. Alsharari A. The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient Preference and Adherence* [revista en Internet] 2019 [acceso 12 de junio de 2021]; 13: 465-473. Available from: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=48869>
13. Salameh B, Basha S, Eddy L, Judeh H, Toqan D. Essential care needs for patients' family members at the intensive care units in palestine. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* [revista en Internet] 2020 [acceso 20 de junio de 2021]; 25(2): 154-159. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7055187/pdf/IJNMR-25-154.pdf>
14. Mohebi S, Parham M, Sharifirad G, Gharlipour Z. Promoting patients health in intensive care units by family members and nurses: A literature review. *J Educ Health Promot* [revista en Internet] 2018 [acceso 2 de junio de 2021]; 9: 114. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7325791/>
15. Yoo H, Lim O, Lan J, Id S. Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *PLoS ONE* [revista en Internet] 2020 [acceso 17 de marzo de 2021]; 15(7): 5-7.
16. Webster D. Using Standardized Patients to Teach Therapeutic Communication in Psychiatric Nursing. *Clinical Simulation in Nursing* [revista en Internet] 2014 [acceso 18 de marzo de 2021]; 10(2): 1-6. Available from: [https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399\(13\)00199-0/abstract](https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399(13)00199-0/abstract)
17. Chowdhury D, Duggal A. Modelos de unidad de cuidados intensivos: ¿Quieres que

- estén abiertos o cerrados? Una revisión crítica. *Neurol India* [revista en Internet] 2021 [acceso 3 de abril de 2021]; 65(1): 39-45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28084236/>
18. Basar Z, Cilingir D. Evaluating ethical sensitivity in surgical intensive care nurses. *Nursing Ethics* [revista en Internet] 2019 [acceso 2 de abril de 2021]; 26(7-8): 2384-2397. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733018792739?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub_0pubmed
 19. Pryzby B. Effects of nurse caring behaviours on family stress responses in critical care. *Intensive and Critical Care Nursing* [revista en Internet] 2005 [acceso 18 de marzo de 2021]; 21(1): 16-23. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339704000837?via%3Dihub>
 20. Lakanmaa R, Suominen T, Ritmala-Castrén M, Vahlberg T, Leino-Kilpi H. Basic competence of intensive care unit nurses: Cross-sectional survey study. *BioMed Research International* [revista en Internet] 2015 [acceso 4 de abril de 2021]; 2015: 1-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4628747/pdf/BMRI2015-536724.pdf>
 21. Mitchell M, Coyer F, Kean S, Stone R, Murfield J, Dwan T. Patient, family-centred care interventions within the adult ICU setting: An integrative review. *Australian Critical Care* [revista en Internet] 2016 [acceso 2 de marzo de 2021]; 29(4): 179-193. Available from: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(16\)30075-3/fulltext](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(16)30075-3/fulltext)
 22. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev Méd Electrón* [revista en Internet] 2014 [acceso 8 de octubre de 2020]; 36(6): 2935-845. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=53881>
 23. Ali A, Krishnareddy K, Loney T, Hon H. Family satisfaction with intensive care services: A survey from three tertiary hospital units. *Ibnosina Journal of Medicine and Biomedical Sciences* [revista en Internet] 2019 [acceso 18 de marzo de 2021]; 11(2): 62-67. Available from: https://www.ijmbs.org/temp/IbnosinaJMedBiomedSci11262-7399562_203315.pdf
 24. Molter N. Necesidades de familiares de pacientes críticos: estudio descriptivo. *Heart Lung* [revista en Internet] 1979 [acceso 1 de abril de 2021]; 8(2): 332-339. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/253712/>
 25. Lacoma F. Seguridad del paciente crítico: La cultura de seguridad más allá de la UCI. *Revista de Calidad Asistencial* [revista en Internet] 2008 [acceso 1 de abril de 2021]; 23(4): 145-147. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X08721250>
 26. Bailey J, Sabbagh M, Loiselle C, Boileau J, McVey L. Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive and Critical Care Nursing* [revista en Internet] 2010 [acceso 8 marzo de 2021]; 26(2): 114-122. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339709001256?via%3Dihub>
 27. Aliberch A, Miquel I. Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de

- cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva* [revista en Internet] 2015 [acceso 5 de abril de 2021]; 26(3): 101-111. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239915000310>
28. Santana L, Alonso J, Sánchez-Palacios M. Support to the relatives of patients admitted to intensive care units. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* [revista en Internet] 2009 [acceso 5 de abril de 2021]; 2(2): 7-8. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-pdf-alternativo-13140016>
 29. Faria J, Pontífice-Sousa P, Gomes M. La comodidad del paciente en cuidados intensivos - una revisión integradora. *Enferm glob* [revista en Internet] 2018 [acceso 2 de abril de 2021]; 17(50): 477-489. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412018000200477
 30. Vasquez L. Necesidades del cuidador familiar de pacientes adultos mayores hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza [tesis Licenciatura]. Lima - Perú: Universidad Nacional Toribio de Mendoza de Amazonas; 2016. [Internet]. Available from: <http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/usmp/2408>
 31. Cespedes J, Morales E. Percepcion de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de adulto del Hospital Hermilio Valdizan Medrano Huanuco [tesis especialidad]. Huanuco, Perú : Universidad Nacional Hermillo Valdizan; 2017. [Internet]. Available from: [http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/1156/TESIS ACREDITACION - PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/1156/TESIS%20ACREDITACION%20-%20PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 32. Brysiewicz P, Chipps J. A survey of next of kin needs of trauma patients admitted to Intensive Care Units in South Africa. *Intensive and Critical Care Nursing* [revista en Internet] 2017 [acceso 10 de mayo de 2020]; 43: 136-142. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339716301483>
 33. Ishwori P, Bedantakala T. Perception of Nurses on Needs of Family Members of Patient Admitted to Critical Care Units of Teaching Hospital, Chitwan Nepal. *Nursing Research and Practice* [revista en Internet] 2018 [acceso 3 de junio de 2020]; 1-7. Available from: <http://downloads.hindawi.com/journals/nrp/2018/1369164.pdf>
 34. Raja M, Bhole S. To Evaluate the Level of Satisfaction in Relatives of Intensive Care Unit Patients. *NJIRM* [revista en Internet] 2018 [acceso 2 de agosto de 2020]; 9(1): 103-108. Available from: <http://nicpd.ac.in/ojs-/index.php/njirm/article/view/1863/1685>
 35. Midega T, Souza H, Lins R. Satisfaction of family members of critically ill patients admitted to a public hospital intensive care unit and correlated factors. *Journal of Nursing Regulation* [revista en Internet] 2019 [acceso 2 de junio de 2020]; 31(2): 147-155. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31141080/>
 36. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill. 2018. 714 p.
 37. Pardavila M, Vivar C. Needs of the family in the intensive care units: a review of the literature. *Enfermería Intensiva* [revista en Internet] 2012 [acceso 27 de setiembre de 2020]; 23(2): 51-67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21775182>

38. Alvira Martín F. La encuesta: una perspectiva general metodológica. Cuadernos Metodológicos 35. 2ª ed. Madrid-España: Centro de Investigaciones Sociológicas - CIS; 2011. 122 p.
39. Molter N. Critical Care Family Needs Inventory. Heart and Lung The Journal of Acute and Critical Care [revista en Internet] 1995 [acceso 13 de marzo de 2020]; 8(2): 432-435. Available from:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1995025143&site=ehost-live>
40. Sims J. A brief review of the Belmont report. Dimensions of Critical Care Nursing [revista en Internet] 2010 [acceso 2 de febrero de 2021]; 29(4): 173-174. Available from:
https://journals.lww.com/dccnjournal/Abstract/2010/07000/A_Brief_Review_of_the_Belmont_Report.7.aspx
41. Barrow J, Brannan G, Khandhar P. Research ethics [Internet]. StatPearls. 2020. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459281/>
42. Beauchamp T. The promise of the beneficence model for medical ethics. The Journal of contemporary health law and policy [revista en Internet] 1990 [acceso 2 de abril de 2021]; 6: 145-155. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10105336/>
43. Gómez P. Principios básicos de bioética. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [revista en Internet] 2009 [acceso 25 de abril de 2021]; 55(4): 230-233. Available from:
<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/297/268>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
TÍTULO: Necesidades de los parientes de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Rezola de Cañete, 2021.								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Necesidades de los parientes	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Es la sensación de carencia, así como la aparición de temores e incertidumbres que experimentan los parientes del paciente ante la situación crítica de salud de su	Es la sensación de carencia, así como la aparición de temores e incertidumbres que experimentan los parientes de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos ante la situación crítica de salud	Seguridad	Trata de que el personal de salud te de confianza y esperanza	7 preguntas 1, 2, 5, 6, 7, 9, 18	No importante	45 a 78 puntos
				Información	La comunicación que se evidencia entre el personal de salud y los parientes	9 preguntas 13, 14, 15, 17, 26, 29, 31, 33, 34	Un poco importante	79 a 112 puntos
				Proximidad	Conocimiento del estado de salud del familiar	9 preguntas 3, 4, 8, 10, 19, 21, 27, 32, 43	Importante	113 a 146 puntos
							Muy importante	147 a 180 puntos
								La suma total de las

	ser querido (37).	de su ser querido, el cual será medido con el cuestionario CCFNI.		internado en tiempo real		respuestas indicara la puntuación exacta.
			Apoyo	Nivel de soporte que recibe el familiar	14 preguntas (23, 25 28, 30, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45)	
			Confort	Nivel de comodidad de paciente y familia	6 preguntas (11,12, 16, 20, 22, 24)	

	Necesidades	No importante 1	Poco importante 2	Importante 3	Muy importante 4
1	Sentir que hay una esperanza	1	2	3	4
2	Sentir que el personal del hospital se preocupa por el paciente	1	2	3	4
3	Para tener la sala de espera cerca del paciente	1	2	3	4
4	Para ser llamado a domicilio sobre cambios en la condición del paciente	1	2	3	4
5	Conocer el pronóstico de seguridad	1	2	3	4
6	Tener respuestas honestas a la seguridad	1	2	3	4
7	Conocer datos específicos sobre el progreso de los pacientes	1	2	3	4
8	Recibir información sobre el paciente una vez al día	1	2	3	4
9	Tener explicaciones dadas en términos que sean comprensibles	1	2	3	4
10	Para ver con frecuencia al paciente	1	2	3	4
11	Sentirse aceptado por el personal del hospital	1	2	3	4
12	Tener un baño cerca de la sala de espera	1	2	3	4
13	Para estar seguro de que se está brindando la mejor atención posible al paciente	1	2	3	4
14	Saber por qué se hicieron las cosas para el paciente	1	2	3	4
15	Saber exactamente qué se está haciendo por el paciente	1	2	3	4
16	Disponer de cómodos muebles en la sala de espera	1	2	3	4

17	Para saber cómo se atiende médicamente al paciente	1	2	3	4
18	Tener amigos cerca para apoyo	1	2	3	4
19	A ser informados sobre los planes de transferencia mientras se realizan	1	2	3	4
20	Para estar seguro, está bien dejar el hospital por un tiempo	1	2	3	4
21	Para visitar en cualquier momento la proximidad	1	2	3	4
22	Tener teléfono cerca de la sala de espera	1	2	3	4
23	Para tener explicaciones del entorno antes de entrar en la UCI por primera vez	1	2	3	4
24	Disponer de buena comida en el hospital	1	2	3	4
25	Que el pastor visite	1	2	3	4
26	Habla con el médico todos los días	1	2	3	4
27	Tener horario de visitas comienza a tiempo	1	2	3	4
28	Para hablar de la posibilidad de muerte del paciente	1	2	3	4
29	Para ayudar con el cuidado físico del paciente	1	2	3	4
30	Para tener instrucciones sobre qué hacer en la cabecera	1	2	3	4
31	Para saber qué miembros del personal podrían dar qué tipo de información	1	2	3	4
32	Para hablar con la misma enfermera cada día	1	2	3	4
33	Conocer los tipos de miembros del personal que atienden al paciente	1	2	3	4
34	Tener una persona específica para llamar al hospital cuando no pueda visitar Información	1	2	3	4
35	A ser informado sobre los servicios de capellanía	1	2	3	4

36	A ser informado sobre otras personas que podrían ayudar con problemas	1	2	3	4
37	Tener a alguien preocupado por la salud del familiar	1	2	3	4
38	Tener un lugar para estar solo en el hospital	1	2	3	4
39	Estar solo en cualquier momento	1	2	3	4
40	Que se le diga sobre alguien para ayudar con problemas familiares	1	2	3	4
41	Tener el coraje a llorar	1	2	3	4
42	Tener otra persona con el pariente cuando visite ICU	1	2	3	4
43	Tener horas de visita cambiadas por condiciones especiales	1	2	3	4
44	Tener alguien con quien ayudar con problemas financieros	1	2	3	4
45	Hablar de sentimientos negativos como la culpa o la ira	1	2	3	4

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Ud. ha sido seleccionado para participar de un estudio de investigación, el cual requiere sus datos personales y firma en el presente documento. Recuerde que

debe leer detenidamente cada punto señalado y si en caso tuviera alguna duda consultar en el preciso momento.

Título del proyecto: Necesidades de los parientes de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Rezola de Cañete, 2021.

Nombre de los investigadores principal:

Saldaña Aguado Rocio De Jesus

Propósito del estudio: Determinar las necesidades de los parientes de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Rezola de Cañete, 2021.

Beneficios por participar: Puede conocer los resultados de la investigación por un medio adecuado, el responsable del estudio se lo hará saber si usted lo considera.

Inconvenientes y riesgos: No hay riesgo alguno, solo deberá dar sus respuestas en base a la ficha de datos.

Costo por participar: No existe costo alguno.

Confidencialidad: Los datos que usted brinde, serán estrictamente confidenciales.

Renuncia: Si lo decide, puede manifestar retirarse del estudio, ello no implicará sanción o reproche alguno.

Consultas posteriores: Si tuviera consultas o inquietudes sobre el estudio, diríjase a SALDAÑA AGUADO ROCIO DE JESUS, coordinadora del equipo a través del teléfono: 980640189 o al correo electrónico rocio_140811@hotmail.com

Contacto con el Comité de Ética: Si tuviera consultas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que estos son vulnerados, puede dirigirse al encargado del Comité de Ética de la Universidad María Auxiliadora

Participación voluntaria:

Su inclusión en la investigación es voluntaria y puede decidir no ser parte de ella cuando usted lo considere.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y entendido, además que tuve la posibilidad de hacer consultas, las cuales fueron atendidas debidamente, no habiendo percibido coacción ni haber sido influido indebidamente a ser parte o continuar siendo parte del estudio y que finalmente acepto ser participante voluntario en esta investigación.

Nombres y apellidos del participante	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	

Nombre y apellidos del investigador	Firma
SALDAÑA AGUADO ROCIO DE JESUS	
Nº de DNI	
47145607	
Nº teléfono móvil	
980640189	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma
SALDAÑA AGUADO ROCIO DE JESUS	
Nº de DNI	
47145607	
Nº teléfono	
980640189	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....
Firma del participante