

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA  
ORIENTACIÓN PROFESIONALIZANTE**



**Experiencia del Cuidador de la Persona Hospitalizada en la Unidad de  
Cuidados Intensivos en un Hospital de Segundo Nivel en Sinaloa**

**TESIS**

**Como requisito para obtener el grado de maestría en enfermería**

**PRESENTA**

**Lic. Enf. David Christopher Angulo Ramírez**

**DIRECTORA**

**Dra. Verónica Guadalupe Jiménez Barraza**

**COMITÉ TUTORAL**

**Dr. Jesús Roberto Garay Núñez**

**Culiacán Rosales, Sinaloa a diciembre de 2024**



Dirección General de Bibliotecas  
Ciudad Universitaria  
Av. de las Américas y Blvd. Universitarios  
C. P. 80010 Culiacán, Sinaloa, México.  
Tel. (667) 713 78 32 y 712 50 57  
dgbuas@uas.edu.mx

## UAS-Dirección General de Bibliotecas

### Repositorio Institucional Buelna

#### Restricciones de uso

Todo el material contenido en la presente tesis está protegido por la Ley Federal de Derechos de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

Queda prohibido la reproducción parcial o total de esta tesis. El uso de imágenes, tablas, gráficas, texto y demás material que sea objeto de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente correctamente mencionando al o los autores del presente estudio empírico. Cualquier uso distinto, como el lucro, reproducción, edición o modificación sin autorización expresa de quienes gozan de la propiedad intelectual, será perseguido y sancionado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial  
Compartir Igual, 4.0 Internacional



## **Agradecimientos.**

Al Omnisciente por darme la fuerza en esta bereda, por la que hemos transitado juntos.

In the first moment... Al joven de 2016 que con entereza luchaba por ser alguien en la vida, al ser más humilde que he conocido, y que me enseñó el valor de serlo, a mi hoy esposo **Rodrigo Almada Jacobo**, quien es mi soporte en los momentos de debilidad, la sonrisa en los momentos felices, y la calma en los desastres. Al hombre que tiene la paciencia más grande que he conocido, al que hasta en las miradas de más enojo refleja amor. Y que tras nueve años de recorrer este camino juntos, esta meta es tan mia como suya... And wherever you go, so will I 'cause a double rainbow is hard to find.

À ma directrice de thèse, le **Dra. Verónica Guadalupe Jiménez Barraza**, pour son dévouement, sa patience et l'intégrité avec laquelle elle partage ses connaissances, qui font aujourd'hui partie de cet aboutissement.

A mi codirector **Dr. Jesús Roberto Garay Núñez** , por su apoyo durante este proceso, por la confianza, un agradecimiento fraterno.

Al **Dr. Luis Alexander Lovera Montilla**, quien con su vasta sabiduría, su imparable energía y su historia de vida, logró transmitir conocimientos fundamentales para lograr esta misión.

A **Consuelo Cedillo Mota y Olivia Hernández Estrada**, grandes compañeras de trabajo, a quienes les tengo mucho aprecio y afecto, por no perder la fe en este joven soñador.

A **Guadalupe Ramos**, que iniciamos juntos este transitar en un rumbo desconocido, que fuimos soporte mutuo, consolidando una gran amistad.

A **Angelica Delgado**, amiga y consejera, que siempre tiene voluntad y tiempo para una buena frase, una buena felicitación y un te quiero al final de cada conversación.

Al **turno vespertino del HGC**, quienes a pesar de venir de complicarles la vida laboral, me enseñaron que ver las circunstancias desde otra perspectiva siempre es para bien.

A las supervisoras de la JAD **Angelica Bernal** y **Arianna Higuera**, por la confianza de siempre poder hablarles con sinceridad y sus buenos deseos durante este proyecto.

Al **cuerpo docente** de postgrados de la Facultad de Enfermería Culiacán, por compartir sus conocimientos y abrir nuevos horizontes.

A la **Universidad Autonoma de Sinaloa** por abrirme sus puertas una vez más y ser participe de una meta más en mi formación académica.

A **Colombia, la universidad del valle**, quien me abrio sus puertas para conocer una nueva cultura y nuevas tradiciones en la Facultad de Salud, donde la Escuela de enfermería y su cuerpo docente me recibió con los brazos abiertos, con nuevos conocimientos y visiones.

Por último, a **todas esas personas** que dedicaron mente, cuerpo, poder y alma a ser piedras en este andar, It seems, despite your exhaustive strategies, no lograron su cometido.

## **Dedicatorias.**

A **Francisca Silvas Barreras**, mi abuela, quien ya no se encuentra con nosotros, sin embargo, sigue presente en este corazón que la extraña diario desde hace cinco años.

A mi mamá **Irene Ramírez Castro**, quien por una vida ha dado lo mejor por salir adelante, siempre constante, siempre luchadora, que a pesar de las adversidades, su prioridad fue sacar adelante a sus hijos, por cada desvelo y cada madrugada, siempre presente a pesar del cansancio, es por eso y más que cada triunfo en la vida de su último “hermoso” es primero suyo y después mío.

A mi papá **Guadalupe Daniel Angulo Silvas**, quien el trabajo lo fue todo en la vida, quien con una familia logró consolidarse académicamente, para él toda mi gratitud, por siempre priorizar el bienestar de su familia, sobre el suyo mismo, con todo mi respeto y admiración, esta meta es de ambos.

A mis hermanos y hermanas, **Beatriz, Bartolo, Isela, Guillermo y Yesenia**, a esos cinco mundos, que a su muy particular manera han logrado converger y siempre han estado presentes en los triunfos como en las adversidades. Hoy llegamos a la meta todos.

## RESUMEN.

Se realizó la investigación de Agosto del 2024 a Noviembre del 2024, con un enfoque cualitativo mediante un método fenomenológico interpretativo, cuyo **Objetivo general** fue: Develar el mundo la experiencia del cuidador de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de segundo nivel en Sinaloa. **Metodología:** la técnica para la recolección de los datos fue mediante una entrevista fenomenológica semiestructurada con una pregunta detonadora u orientadora y mediante la observación no participante, obteniendo una muestra de 07 entrevistados. Para garantizar la confiabilidad de los datos se analizaron las entrevistas en varias ocasiones, hasta llegar a la saturación teórica, el análisis de los datos se realizó mediante el círculo hermenéutico de Heidegger y utilizando el análisis artesanal. **Resultados:** Emergieron 03 categorías y dos subcategorías pertenecientes a la tercera categoría. **Conclusiones:** La importancia de adoptar un enfoque integral en la atención del paciente crítico contemplando las necesidades de los cuidadores, considerando el soporte emocional y espiritual para transformar la experiencia de los cuidadores en un proceso menos desgastante. **Recomendaciones:** Se sugiere continuar con investigaciones basadas en los cuidadores de las personas hospitalizadas.

**Palabras clave:** Experiencias, Cuidador, Enfermería, Cuidado, unidad de cuidados intensivos.

## ABSTRACT.

The research was conducted from August 2024 to November 2024, with a qualitative approach using an interpretative phenomenological method, whose **general objective** was: To unveil the world experience of the caregiver of the person hospitalized in the intensive care unit of a second level hospital in Sinaloa. **Methodology:** the technique for data collection was through a semi-structured phenomenological interview with a triggering or guiding question and through non-participant observation, obtaining a sample of 07 interviewees. To guarantee the reliability of the data, the interviews were analyzed on several occasions, until reaching theoretical saturation, the analysis of the data was carried out through Heidegger's hermeneutic circle and using the craft analysis. **Results:** 03 categories and two subcategories belonging to the third category emerged. **Conclusions:** The importance of adopting a comprehensive approach in the care of the critically ill patient contemplating the needs of caregivers, considering emotional and spiritual support to transform the experience of caregivers into a less wearing process. **Recommendations:** It is suggested to continue with research based on caregivers of hospitalized persons.

**Keywords:** Experiences, Caregiver, Nursing, Care, Intensive Care Unit.

## Índice

GÉNESIS.....	10
I.INTRODUCCIÓN.....	11
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
2.1 JUSTIFICACIÓN.....	18
2.2 OBJETIVOS: .....	21
2.3 OBJETIVO GENERAL .....	21
2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
III. ESTADO DEL ARTE.....	21
IV. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL.....	29
4.1 MARCO TEÓRICO.....	29
4.2 MARCO CONCEPTUAL.....	34
V. METODOLOGÍA.....	36
5.1 ENFOQUE.....	36
5.2 MÉTODO.....	37
5.3 CONTEXTO.....	38
5.4 TEMPORALIZACIÓN.....	39
5.5 PARTICIPANTES.....	39
5.5.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.....	39
5.6 SELECCIÓN DE PARTICIPANTES.....	40
5.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	41
5.7.1 DESCRIPCIÓN OPERATIVA.....	42



5.7.2 RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS.....	42
5.8 ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	44
5.9 RIGOR METODOLÓGICO.....	45
5.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	46
VI. RESULTADOS.....	47
VII. DISCUSIÓN.....	65
VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	70
8.1 CONCLUSIONES.....	70
8.2 RECOMENDACIONES.....	71
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
X. APENDICES.....	83
APÉNDICE 1: CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES.....	83
APÉNDICE 2. RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS.....	88
APÉNDICE 3. CÉDULA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	89
APÉNDICE 4. GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.....	90
APÉNDICE 5. GUÍA DE OBSERVACIÓN:.....	92
APENDICE 6 CONCENTIMIENTO INFORMADO.....	94
XI. ANEXOS.....	97
DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA.....	97

## **GÉNESIS**

El interés de realizar la presente investigación surge de la experiencia como trabajador profesional de enfermería en el ámbito asistencial en áreas críticas, de ver día con día que no se le da la atención que requiere el cuidador principal de la persona hospitalizada; de observarlos como ven pasar las horas en una sala, esperando tener noticias. El querer saber que sucede del otro lado de la puerta donde está la familia de mi paciente.

## I. INTRODUCCIÓN.

Los pacientes internados en una unidad de cuidados intensivos, se encuentran entre la vida y la muerte, su recuperación se encuentra en manos de los profesionales de salud altamente capacitados que se encuentran con ellos, los profesionales de la salud que se encuentran en los servicios de una unidad de cuidados intensivos en un hospital, son personal que brindan cuidados holísticos sin importar las condiciones de gravedad del paciente, teniendo gran oportunidad de cuidados personalizados, de mayor magnitud, determinados por un profesional de enfermería por cada paciente.

Enfermería siendo la ejecutora del cuidado profesional podemos definir el cuidado como: “el cuidado es una actitud de relación amorosa, suave, amigable, armoniosa y protectora de la realidad, personal, social y ambiental”(Boff, 2012). Ante esta definición podemos encarecer que la enfermería si no es la creadora del cuidado por existencia, es la profesión que se encargó de profesionalizar el cuidado, hacia la población de una manera profesional, investigando para dar sustento en la metodología y la ciencia.

Las unidades de cuidados intensivos son parte fundamental de los hospitales que se dedican a la atención en salud de segundo y tercer nivel, contando con un equipamiento, para atender pacientes de alta gravedad, bajo esquemas de sedación, con ventilación mecánica, entre otras múltiples situaciones en las que este inmerso el paciente.

Podemos definir una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)según (SSA, 2013) como: “*Unidad de cuidados intensivos o terapia intensiva, al área de hospitalización, en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en*

*estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento”*(P. 4).

En el momento que los cuidadores primarios de las personas ingresados en una unidad hospitalaria reciben la noticia de que su familiar necesita el ingreso a una unidad de cuidados intensivos, es momento de tomar una decisión que para la familia en ese momento puede ser abrumadora, y fundamental para la vida del paciente, su actuar desde ese momento, la influencia de sus emociones, y la manera en que debe afrontar la toma de una decisión tan importante.

Los cuidadores primarios de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos deben afrontar la ausencia de un miembro de la familia que juega un rol fundamental en su vida, al ser un área aislada, la unidad de cuidados intensivos no permite el ingreso permanente de acompañamiento al paciente, esto resultando en sentimientos encontrados por parte de la familia.

Al no tener un contacto directo con sus familiares hospitalizados, y tener un tiempo límite durante una o dos veces al día, estos deben afrontar el ver a su familiar en una cama, con ventilación mecánica, intubado, con técnicas invasivas que preservan la vida, “Hacen preguntas como ¿Tiene dolor?, ¿Me escucha?, ¿Por qué está con tantos aparatos?, ¿Está dormido?, ¿Lo puedo tocar?, ¿No tendrá frío?, ¿Se va a morir?, ¿Por qué no puedo permanecer a su lado?, ¿Por qué no me informan cómo sigue? Etc.(Chacon & Ruiz, 2016).

Ante esta situación, el personal del área de una unidad de cuidados intensivos está, tan inmersa en la recuperación de los pacientes, que la familia llega a quedar en segundo

plano, sin recibir los cuidados integrales y olvidando la gran carga emocional que pueden llevar con ellos las 24 horas del día, no solo por la ausencia de su familiar, y la gravedad con la que este pueda encontrarse, sino, la constante solicitud de permisos para realizar algunos procedimientos por el bien de su paciente, los problemas socioeconómicos en los que puedan estar por la estancia de su familiar, el aprender como tomar decisiones en familia, y los conflictos que esto pueda reflejar.

“El ingreso de un paciente en una UCI somete a los miembros de su familia a una situación difícil; por su complejidad tanto los pacientes como sus familias presentan alteraciones emocionales como ansiedad, estrés, depresión o el denominado síndrome de cuidados intensivos” (Pinzón, 2014).

Como personal de salud de una unidad de cuidados intensivos, el enfoque en salvaguardar la vida del paciente lleva “muchas veces los cuidados están enfocados a los pacientes dejando desatendidos a los familiares, quienes también experimentan emociones, sentimientos de sufrimiento e intensa preocupación”(Alfaro & Bayona, 2019).

Según (Sánchez, 2004).

*El grupo familiar puede dejar de funcionar normalmente cuando se produce un acontecimiento estresante como puede ser la hospitalización de uno de sus miembros. En estas circunstancias, la familia puede tener dificultades para tomar decisiones, cuidarse mutuamente o solucionar problemas. Esto es debido a que los problemas individuales de salud no se centran en el individuo en sí, sino que trascienden y afectan a la familia como grupo (P. 1).*

La estancia de un familiar en la unidad de cuidados intensivos es, para la familia un cambio radical en su estructura, sus formas de vida, ya que se trunca de manera abismal las relaciones familiares, su estilo de vida, la permanencia que exigen los centros hospitalarios de mínimo un familiar presente las 24 horas del día durante la estancia en UCI “ellos se encuentran con miedo, solos y sienten la necesidad de comunicarse con los demás expresando de una u otra forma cómo se sienten” (Pinzón, 2014).

Los familiares como punto fundamental de la estancia de una paciente en una unidad de cuidados intensivos están inmersos en una constante presión psicológica, centrando esta investigación en el sentir, el afrontamiento, sus vivencias durante la estancia de su familiar en la unidad de cuidados intensivos.

La fenomenología ha sido para la enfermería una de las mayores herramientas para el abordaje de las experiencias de los pacientes, sus cuidadores y hasta las suyas propias "Dejar ver desde sí mismo aquello que se muestra, del modo como se muestra desde sí mismo"(Vásquez, s/f). Como nos menciona la fenomenología es la ciencia que nos permite acercarnos al fenómeno para buscar el conocimiento de las experiencias desde la perspectiva de quien las vivió.

El objetivo por el cual se realizó el presente estudio con enfoque cualitativo de tipo fenomenológico según la filosofía de Heidegger es con múltiple información acerca de la experiencia del cuidador de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos de un hospital público de segundo nivel en Sinaloa. Se realizó a través de una entrevista fenomenológica semiestructurada a nuestros participantes que cumplieron con los criterios de elección.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La práctica de los cuidados de enfermería en la UCI y reanimación se considera todavía una bio- tecnología aplicada. El cuidado y el tratamiento se estructuran en términos de criterios técnicos; se atiende solo a los aspectos físicos, biológicos o fisiológicos, pero se descuidan, en cambio aspectos psicosociales que inevitablemente concurren en los problemas de salud de la familia. (Sánchez, 2004).

Los cuidados de enfermería en una UCI podrían decirse que son enfocados en su totalidad hacia los pacientes, llevando a que los familiares que están afrontando una constante lucha emocional, sin tener el saber de cómo afrontar las situaciones que están viviendo, pasen desapercibidos.

“Las UCI han hecho un trabajo excepcional desde que se crearon, trajeron esperanza y oportunidad a quienes morían principalmente a causa de la epidemia de poliomielitis debido a la parálisis respiratoria” (Rojas, 2019).

Desde la creación de las UCI, estas han sido espacios en donde la restricción de convivencia familiar-paciente ha estado limitado, desde el contacto físico constante, la poca información que los familiares reciben sobre el estado de salud, las instalaciones que suelen ser de gran equipamiento y eso puede llegar a asustar a los familiares, que no saben la manera en que deben de reaccionar al estar los pocos minutos al día que tienen con su ahora paciente de la institución, el poco tiempo que el personal sanitario le dedica al familiar mientras este está en el “horario de visita” ya que el personal tiende a alejarse del paciente por durante ese lapso de tiempo.

Si bien como personal de enfermería se incide en el “cuidado humanizado” en las UCI y en todo el ámbito sanitario en atención al paciente ya sea primero, segundo o tercer nivel de atención, si bien “Humanizar el mundo de la salud es un proceso complejo que comprende todas las dimensiones de la persona y que va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria, la formación de los profesionales de la salud, el desarrollo de planes de cuidados, etc.”(Bermejo, 2014).

Como nos mencionan (Plata, 2010).

*El personal de enfermería juega un papel muy importante en el ámbito hospitalario, no solo realizan actividades asistenciales, sino que brindan seguridad y confort aliviando no solo el sufrimiento físico sino también espiritual.(P. 8).*

Como enfermería brindadores de cuidado humanizado se debe de trascender más allá de la relación enfermera-paciente, tomando a los cuidadores como un ente fundamental en la recuperación de la salud de un paciente internado en una UCI “En el mundo sanitario, humanizar significa hacer referencia al hombre en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual” (Bermejo, 2014).

Como profesionales del cuidado hay mucho progreso por delante, para que los cuidados holísticos sean brindados de manera ecuánime para todos y todas, la inclusión del familiar que desde el punto de vista de:

Massa, Florez, y Montalvo 2018 mencionan que:



Tradicionalmente, el contacto del cuidador con su familiar hospitalizado se limita a una hora de visita en las jornadas de la mañana y tarde, que, en ocasiones, es suspendida. De ahí que los cuidadores aquejen atención e información oportuna por parte del equipo de salud de la UCI. Los profesionales de enfermería brindan cuidados especializados a los pacientes; no obstante, el cuidador familiar, por lo general, no es incluido en sus intervenciones de cuidado (p. 2).

Retomando lo anterior como profesionales de enfermería es una unidad de cuidados intensivos, acercarse al familiar, cuestionar si se encuentra bien, hacerle saber que, si necesita algo, brindarle toda la seguridad y confianza desde el profesional de salud hacia ellos, para el acercamiento correcto, no dejarlos de lado en la atención en salud de sus cuidadores principales.

Dándoles seguridad, ya que, si bien de primera instancia gran parte de los pacientes de una UCI son pacientes que conllevan enfermedades que son parte de las estadísticas de morbi mortalidad del país, se podría definir al familiar como un cuidador informal fuera de la institución, si se mirara la cualidad desde este punto de vista el acercamiento con el familiar podría brindarle al personal de salud facilidades para el cuidado de sus seres queridos internados.

Debido a todo lo anterior surgió la siguiente interrogante:

### **Pregunta**

¿Cuáles son las experiencias del cuidador de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos en un hospital de segundo nivel en Sinaloa?

## 2.1 JUSTIFICACIÓN.

La presente investigación cualitativa se realizó con la perspectiva de lograr, conectar y analizar las situaciones que el familiar del paciente internado en una unidad de cuidados intensivos, lleva consigo durante el proceso de enfermedad grave de su enfermo que ahora está en manos de los profesionales de salud de UCI, analizar como el profesional de enfermería debe tener una relación enfermero-paciente y cuidadores de una manera en que el los cuidadores se sintieran más incluidos en el proceso de enfermedad de su ahora paciente internado.

La problemática que enfrentan los cuidadores en el momento del ingreso de su familiar a la unidad de cuidados intensivos, el cúmulo de emociones que llegan llevar consigo desde el momento del informe, el firmar consentimientos informados en los cuales gran parte del tiempo únicamente se informa a grandes rasgos sin especificar el procedimiento o únicamente reciben un “fírmele aquí” por parte del personal sanitario, el afrontar las decisiones sobre su familiar, llevando consigo, sus creencias y cultura que en ocasiones puede ser contradictorio a lo que medicamente hablando necesita su familiar internado que se está debatiendo entre la vida y la muerte.

Plata et al. 2010 nos menciona que:

*Los sentimientos son parte esencial de una persona en la vida cotidiana y al tener que enfrentar un proceso de enfermedad se generan en el individuo una serie de preocupaciones que pueden interferir en su recuperación, la angustia, el sufrimiento y la inestabilidad son principalmente los que se experimentan frente a esta situación, más aún cuando el paciente ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (P. 3).*

La gran cantidad de emociones y sentimientos que desarrolla el familiar del paciente hospitalizado como el mismo paciente, esto cuando el paciente está en estado crítico pero está en su plena conciencia, muchas veces el desconocimiento puede llevar a una decisión precipitada que pueda afectar el estado de salud del familiar hospitalizado, si bien como personal de salud se tiene la obligación de brindar apoyo emocional al familiar, la presión del momento ante el rápido actuar, ante los procedimientos de urgencia, las rápidas decisiones que se deben de tomar en bien de la salud del enfermo, el acercarse a la familia, y brindarles apoyo emocional, es de gran ayuda para la toma de decisiones de ellos, el desahogo de sus sentimientos y emociones en bien de que se tome la mejor decisión de beneficio al enfermo puesto que “es muy difícil en la vida del ser humano tener que vivenciar una hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); en la sociedad la mayoría de las personas, este término se relaciona con pronóstico reservado y muerte, es ahí donde la enfermería juega un papel muy importante” (Plata, 2010).

La importancia de analizar, comprender las experiencias de los cuidadores de los paciente internados en una UCI, es vital, ya que como profesionales de enfermería ante un paciente en estado crítico, quienes llevan más carga en su andar son los familiares, ya que la gravedad de la situación recae sobre la familia, si bien en algunos momentos de la estancia, la agresividad puede verse presente en la familia, esto puede deberse a la gran carga emocional que conllevan consigo, y aunado a la falta de atención y dedicación de los profesionales de salud a dedicarles un momento para saber cómo se encuentran, si están cansados, invitarlos a que se tomen un momento que se dediquen unos momentos para salir, y hacerles saber que su familiar está bien cuidado, que se hace todo porque su estado

de salud mejore, esas pequeñas palabras y el interés hacia la familia sería un desfogue de emociones para ellos.

Como nos menciona el libro de modelos y teorías de enfermería Alligood y Tomey, 2018 en la que nos muestra la teoría de modelo de relaciones entre seres humanos.

Donde Travelbee (1966) nos dice que:

El objetivo de la enfermería es ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, a encontrar un significado para estas experiencias, siendo el fin último la presencia de la esperanza. (p. 67).

La familia como pilar fundamental en el proceso de la enfermedad de un paciente hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos, el enfoque en la familia siendo esta un punto de apoyo, base para el profesional de enfermería dentro de los cuidados transpersonales donde podemos englobar el cuidado al paciente-cuidadores principales.

AHUANCAMA (2016) establece que:

La enfermedad afecta a todos los miembros de la familia debido a todos los cambios que obligatoriamente se producen en la vida conyugal/filial, familiar, laboral y social, produce una gran tensión y angustia en los miembros sanos de la familia, los cuales reaccionarán en función de su propia personalidad, de modo que, si no son psicológicamente fuertes, pueden convertirse en un obstáculo más, en lugar de ser una ayuda para el enfermo (p. 34).

## **2.2 OBJETIVOS:**

### **2.3 OBJETIVO GENERAL**

- Develar el mundo la experiencia del cuidador de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de segundo nivel en Sinaloa

### **2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Interpretar la experiencia del cuidado de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de segundo nivel en Sinaloa.

## **III. ESTADO DEL ARTE.**

En relación con la temática que se pretende estudiar en este primer momento de la investigación se encontraron los siguientes resultados:

### **Internacional:**

Chacon y Ruiz (2016). Realizaron una investigación de tipo cualitativo, denominada “vivencias del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional docente Trujillo” el propósito con el que realizaron esta investigación fue comprender las vivencias del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos.

Dicha investigación abordó estudio de caso, la población en la que se aplicó esta investigación estuvo conformada por los familiares de los pacientes hospitalizados durante el mes de diciembre en el año 2015. La muestra fue por saturación y redundancia, con una muestra total de 8 personas.

Para la recolección de la información se utilizó la entrevista y la observación, el análisis de la información una vez recolectada dio lugar a cuatro categorías: la primera categoría consistió en las vivencias de sentimientos negativos por el familiar, esta a su vez dio lugar a 5 subcategorías en las que enfatizaron, la angustia, la ansiedad, la manifestación de la depresión, la incertidumbre y por último el temor por la hospitalización de su familiar.

La segunda categoría: trató sobre las vivencias en las emociones agradables y desagradables, negativas y positivas, misma que dio lugar a 9 subcategorías en la que predominó: la culpabilidad en el proceso, la decepción de un ser divino, la tristeza, el miedo, la desesperación, esperanza y la confianza.

En la tercera categoría, mostraron las reacciones negativas y positivas, en las se tomaron en cuenta tres subcategorías, en las que se determinaron la experimentación de la negación, el apoyo mutuo, y los cambios en los estilos de vida.

Por último, la cuarta categoría: que relata el impacto de la actitud positiva y negativa del personal de salud.

Dentro de las consideraciones finales de esta investigación las autoras detallaron que: comprender las vivencias de los familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos, implica entender la existencia de diversos sentimientos negativos los cuales se justifican por la situación dolorosa en la que se encuentran inmersos, el ver sufrir a un ser querido. La angustia, la ansiedad, la depresión, la incertidumbre y el temor surgieron como estados de ánimo afectivos y generaron las experiencias subjetivas de las personas.

Alfaro y Bayona (2019) en la ciudad de Lambayeque Perú, realizaron una investigación sobre las vivencias de los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios de un hospital de segundo nivel. Con el propósito de analizar y comprender las vivencias de los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios en el hospital de José Cayetano Heredia en el mes de diciembre del 2018.

El tipo de estudio de esta investigación fue descriptivo, con abordaje de estudio de caso, con una población de estudio de 18 personas con una muestra final de 14. La recolección de la información se realizó a través de una entrevista semiestructurada a profundidad y con observación participante, posterior al análisis temático.

Una vez concluida la recolección de la información, estos fueron leídos y releídos buscando las unidades de significado a través de la descontextualización de los diferentes discursos obtenidos de los familiares en el estudio. Una vez que se identificaron los elementos clave y los límites aproximados del problema en este caso se identificó a los familiares de los pacientes que estuvieron hospitalizados en una unidad de cuidados intermedios.

Se encontraron las siguientes categorías: experimentando sentimientos y reacciones frente a la hospitalización de un familiar, experimentado el apoyo del profesional de salud, experimentando la incomprensión del personal de salud, sentimientos de bienestar por la evolución favorable del familiar hospitalizado.

Dentro de los criterios de inclusión encontramos: los familiares de pacientes que se encuentran hospitalizados más de 10 días en la unidad de cuidados intermedios, aquellos familiares que permanecen una gran parte del tiempo con el paciente, aquellas familias que deseaban participar y que los familiares de los pacientes tuvieran una edad de 18 a 60 años.

Alguno de los resultados obtenidos fueron los siguientes: los familiares de los pacientes con estancia en la unidad de cuidados intermedios experimentan diversos sentimientos, emociones y reacciones, como la pena, la tristeza, el temor, angustia, impotencia, y la desesperación y que la intensidad dependerá de los mecanismos del afrontamiento y de sus redes de apoyo.

Pinzón (2014) desarrolló una investigación de tipo cualitativo fenomenológico, en la ciudad de Bogotá Colombia denominada: comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos.

El propósito que motivo la realización de esta investigación fue: describir las características de la comunicación entre la enfermera y el familiar del paciente hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos, específicamente en la clínica Carlos Ardila Lulle fundación oftalmológica de Santander por sus siglas (FOSCAL) y el hospital universitario de Santander dichas instituciones de salud se encuentran ubicadas en las ciudades de Floridablanca y Bucaramanga.

El enfoque de análisis del contenido se realizó bajo el modelo de Bardin del 2010 en el que participaron 12 personas. Para la recolección de la información, estos investigadores utilizaron la técnica de entrevistas semi estructuradas, mismas que fueron grabadas y transcritas con previa autorización de los participantes.



Dentro de los criterios de inclusión que ellos utilizaron se encuentran: que las personas tenían que ser mayores de 18 años, ser familiar de la persona hospitalizada en la UCIA de la fundación oftalmológica de Santander, que no tuvieran déficit cognitivo o alguna enfermedad mental para responder las entrevistas, así como que al momento de haberle realizado la entrevista no haber estado bajo el efecto de medicamentos o sustancias que limitaran la habilidad para poderse comunicar y que el paciente del familiar tuviera más de 48 horas de hospitalizado.

Al concluir el análisis de la información de los participantes surgió un gran tema: caracterización de la comunicación compuesta a su vez por 5 categorías, las cuales se describen a continuación, (para que comunicarse, como es la comunicación, los facilitadores de la comunicación y las principales barreras de la comunicación)

Dentro de las conclusiones que establecieron estos investigadores destacan que: el familiar del paciente hospitalizado demanda del profesional de enfermería algunas cualidades como, amabilidad, cordialidad, empatía, reconocimiento y deben estar enfocadas a satisfacer la recurrente necesidad de la información por el familiar del paciente hospitalizado.

Cueva Olivera (2021) desarrolló una investigación denominada: “necesidades de los familiares de los pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos del hospital de emergencias ate vitarte, 2021”.

En esta investigación cuyo propósito fue: Identificar las necesidades de los familiares de los pacientes internados en una UCI y poder conocer y evaluar las necesidades de comunicación, información, así como también identificar y analizar las

necesidades de apoyo emocional y apoyo espiritual de los familiares de pacientes internados en una UCI.

EL enfoque utilizado en el estudio de esta investigación es cuantitativo de corte descriptivo transversal por conveniencia en la cual la población estudiada fueron los familiares o parientes cuidadores primarios de pacientes internados en una UCI tomando una muestra de 80 personas.

Dentro de los criterios de inclusión utilizados por el investigador fueron que tuvieran un familiar con por lo menos 24 horas de hospitalización en una UCI, que fuera familiar-cuidador primario de la persona hospitalizada, que fuera mayor de 18 años y que firmara un consentimiento informado.

El análisis de la investigación se llevó a cabo el uso de un instrumento de medición llamado “Inventario de Necesidades y Estresores de Familiares en Terapia Intensiva (INEFCI)”, sin resultados operativos hasta el momento por parte del autor.

### **Nacional:**

Garcia et al. (2015) desarrolló un protocolo de investigación denominado “Efectividad del modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto agudo al miocardio en la unidad de cuidados intensivos”.

El propósito de esta investigación fue: intervenir con la familia y determinar la efectividad del modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto agudo al miocardio (IAM) en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en la ciudad de Durango México.

El enfoque de la investigación con un estudio cuantitativo descriptivo de intervención familiar donde además se llevó a cabo metodología cualitativa de tipo fenomenológico, donde los instrumentos utilizados fueron entrevista, y valoración familiar utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC y después para valorar la efectividad de la intervención, en una serie de formatos de evaluación.

Durante los criterios de inclusión que utilizaron fueron: no hubo distinción de género, tener una edad igual o menor a 18 años, teniendo un total de muestra de 28 familias de pacientes con IAM en la UCI del ISSSTE Durango, en un periodo de junio a noviembre del 2013 con un muestreo de conveniencia.

Al término del análisis de la investigación la efectividad el modelo se seleccionó según la percepción de la familia sobre la atención proporcionada durante la estancia hospitalaria de su familiar con IAM en la UCI obtenido resultados relevantes como lo son un 89% de las familias respondieron que el profesional de enfermería fue atento al escuchar sus inquietudes y sentimientos. Un 85% de las familias tuvieron inquietud sobre la información de informes médicos de la salud de su familiar, ya que era poco clara, donde el profesional de enfermería tuvo que explicar en lenguaje común a la familia y no en terminología médica que puede ser confusa para la familia. Un 100% de las familias pasaban por momentos de temor, incertidumbre, nerviosismo, ira, desesperanza entre otros. Un 100% de las familias tuvieron una alta satisfacción con el tiempo dedicado por el profesional de enfermería para la comprensión y la exactitud de la información, atención y cuidado que se les brindó durante la estancia hospitalaria de su familiar.

En las conclusiones los investigadores destacaron que la importancia de aplicar un modelo de cuidado de enfermería familiar en donde se proporcione información, educación y apoyo psicoemocional bien elaborado y apropiado para ayudar a las familias a la adaptación ante la crisis del ingreso de un familiar con IAM a una UCI.

Barrios (2021) Redactó un artículo el cual se denomina “Niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios con personas de cuidado hospitalizados en servicios restringidos: estudio piloto”.

El propósito de la investigación realizada para la elaboración de este artículo fue identificar niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga que presentan cuidadores primarios con familiar hospitalizado en servicios de acceso restringido para una detección temprana de los trastornos mentales.

El enfoque del estudio realizado fue cuantitativo descriptivo de corte transversal con una muestra de 30 personas a conveniencia mismas que se encontraban en una sala de espera de los servicios que se consideran restringidos en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Chihuahua.

Dentro de los criterios de inclusión que se implementaron está, que los participantes tengan entre 18 y 90 años, que no presenten problemas de comunicación verbal, sexo indistinto y que contaran con un familiar internado en las áreas consideradas restringidas.

Utilizando las escalas de Goldberg la cual mide los niveles de ansiedad y depresión, y la escala de Zarit que mide los niveles de sobrecarga, que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Dentro de los resultados obtenidos en este estudio

se encontró que de los 30 participantes el 50% presentó ansiedad leve, mientras que el 26.7% ansiedad moderada y el 3.3% presentó ansiedad severa, en el caso de la depresión 23.3% mostró depresión leve, mientras que el mismo porcentaje presentaron depresión moderada y el 3.3% presentó una depresión severa. En cuanto a la sobrecarga el 13.3% presentó sobrecarga ligera y el 3.3% sobrecarga severa.

En las conclusiones con base a los resultados obtenidos pueden presentar una crisis situacional al tener un trastorno de ansiedad, depresión o sobrecarga mismo que no es percibido por el profesional de enfermería debido a la baja relación de personal-paciente-cuidador, llegando al colofón de que se tiene descuidada la interacción de un cuidado integral.

#### **IV. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL.**

##### **4.1 MARCO TEÓRICO.**

La presente investigación se sustentó con algunos conceptos del metaparadigma de enfermería, según la conceptualización de Travelbee y Swanson, esta última siendo la base teórica con base a la teoría del cuidado y su modelo de la estructura del cuidado que consta de cinco fases por las cuales el profesional de enfermería debe encaminarse junto a la persona sujeta de cuidado, para llegar al bienestar de esta.

Joyce Travelbee planteó en su teoría de las relaciones entre seres humanos, la sugerencia del modelo relación persona-persona; en el cual nos menciona una revolución humanista en la profesión de enfermería, integrando la intervención de enfermería en el proceso de relación persona-persona y esta permite la integración completa de la satisfacción de las necesidades de los pacientes. Buscando en la relación persona-persona

el fomento del autocuidado, educación en salud y manejo de enfermedad para generar cambios en los estilos de vida saludable en los pacientes y sus familias.

Joyce Travelbee publicó libros y escritos principalmente a mediados de la década de los 60's en su primer libro publicado en 1966 llamado "aspectos interpersonales de enfermería (interpersonal of nursing) y en 1971 publicó su segundo libro "intervención psiquiátrica en enfermería",

Luego de dedicarse y realizar aportaciones importantes en el campo de la enfermería psiquiátrica Joyce Travelbee falleció en 1973 a la corta edad de 47 años. Propuso que: "el objetivo de la enfermería es ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, encontrar un sentido o significado constructivo a estas experiencias, siendo el fin último la presencia de la esperanza" (AHUANCAMA, 2016).

Travelbee escribió sobre el dolor, la esperanza, la comunicación, la interacción, la empatía, la compasión, la transferencia y el uso terapéutico del propio yo. Dijo que la enfermería se lleva a cabo mediante relaciones entre seres humanos y que esa es la base de toda correspondencia que existirá entre quienes establecen esa relación.

Sostuvo que dar un sentido a la enfermedad y al sufrimiento permitía que las personas y el contexto que las rodea a aceptar el mal y también que fuera utilizado como una experiencia de autoconocimiento.

Durante su estudio Joyce Travelbee llegó a la conclusión de que, para lograr ayudar a las personas, como profesionales de enfermería se tenía que llevar a cabo una

serie de objetivos con la finalidad de sostener la relación enfermería-persona y consolidar la ayuda los cuales se presentan a continuación:

- 1) Enfrentarse con los problemas presentes.
- 2) Conceptualizar sus problemas.
- 3) Percibir su participación en sus experiencias.
- 4) Enfrentar en forma realista los problemas emergentes.
- 5) Discernir alternativas de solución a sus problemas emergentes.
- 6) Ensayar nuevas líneas de comportamiento.
- 7) Comunicarse oportuna y adecuadamente.
- 8) Socializar la experiencia como lección aprendida.
- 9) Encontrar un sentido a lo que vive.

En lo propuesto por Travelbee la función asistencial se centra en la relación de ayuda la cual está basada en la comunicación así mismo el profesional de enfermería debe tener conocimiento de algunas técnicas de comunicación como podrían ser estimular al enfermo y su familia a que verbalicen sus preocupaciones, ansiedades y temores, Ayudar a la persona a aclarar las ideas, ayudarlo a concentrarse-enfocar, ayudar a la persona a identificar causas y efectos en su conducta, escucha activa de los mensajes verbales y no verbales, ayudarlo a percibir la riqueza de su participación en la experiencia.

**Hildegard E. Peplau** planteó en su teoría de las relaciones interpersonales en enfermería, surgiendo como resultado el modelo de enfermería psicodinámica; el cual consiste en ser capaz de entender la conducta del otro para brindar ayuda a los demás al poder identificar las problemáticas que les aquejan y el poder ejecutar los principios de las

relaciones humanas a las dificultades que puedan surgir en los diferentes grados de la experiencia. Esta desarrolló su modelo sobre los conceptos estructurales del proceso interpersonal la cual constituye la relación profesional de enfermería-paciente. Esta teoría permite a los profesionales de enfermería acercarse a los sentimientos y los comportamientos del paciente y su entorno a los comportamientos frente a la enfermedad ya que pueden ser incorporados en las intervenciones de enfermería.

**Kristen M. Swanson** Kristen Swanson nació el 13 de enero de 1953 en Providence, Rhode Island, Estados Unidos. Recibe su título de enfermería en 1975 en la Universidad de Rhode Island, para 1978 logra conseguir su maestría de salud y enfermedad para adultos en la Universidad de Pennsylvania. Posteriormente, obtuvo un Doctorado por la Universidad de Colorado con énfasis en enfermería psicosocial. Fue así como a principios de la década de 1980, sus libros, artículos de revistas y periódicos han estado circulando y se mantienen vigentes en la actualidad (Smith & Parker, 2015)

Kristen Swanson fue profesora y presidenta del programa de enfermería infantil del centro médico de la Universidad de Washington, miembro ejecutivo en el hospital universitario Robert Wood Johnson en Estados Unidos. En el año 2009 se convirtió en sexto decano en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, tiene más de 100 artículos y capítulos de libro, además de contribuir en consultas y presentaciones para el avance de la profesión de enfermería.

La teoría del cuidado cuyos orígenes tienen influencias teóricas como lo son Jean Watson, quien fue directora de tesis de Swanson durante sus estudios de doctorado, Jacqueline Fawcett quien fue participe en la comprensión y clarificación de las diferencias



de los objetivos de la profesión de enfermería de otras disciplinas del área de la salud, teniendo claro que el cuidado es el fundamento principal de la profesión, Katheryn E. Barnard quien fue la propulsora de la transformación del metaparadigma interpretativo al contemporáneo y la postulación de sus investigaciones fenomenológicas.

Swanson propone en 1991 la Teoría de los Cuidados como parte de una serie de investigaciones de origen fenomenológicas, el empirismo con base fundamental en el contexto de la enfermería perinatal, esto durante tres fases, mismas que fueron la base fundamental para la formulación de manera empírica de las cinco fases del cuidado, o procesos del cuidado: “conocer, estar con, hacer por, permitir y mantener la confianza” (Swanson, 1991).

**Mantener la confianza:** El cuidado siempre inicia con la creencia fundamental de que la persona cuenta con la capacidad para superar y poder afrontar los procesos de vida que se le acontezcan, durante el momento de cuidado y a futuro y el profesional de enfermería, debe tener las cualidades de brindarles la confianza para superar las dificultades y que encuentren un sentido al futuro.

**Conocer:** Durante esta fase es el profesional de enfermería debe entender la importancia del proceso que está atravesando la persona y es esencial para el potencial tratamiento.

**Estar con:** En este momento del proceso lineal del cuidado el profesional de enfermería debe tener una presencia emocional y no solo física asegurando a la persona que su realidad es apreciada y que el profesional cuenta con la disposición de estar ahí para la persona.

**Hacer para:** Descrita por la misma Swanson (1991) “Es hacer por el otro lo que no es capaz de hacer por sí mismo”, para el profesional de enfermería es el momento de cuidado más significativo, donde la persona sujeta de cuidado y el profesional de enfermería ya tienen una conexión.

**Permitir/Posibilitar:** Implica para el sujeto de cuidado un momento de aprendizaje sobre el autocuidado que deberá ejercer, para la conservación del bienestar obtenido durante el proceso, mientras que, para el profesional de enfermería, es la fase en la que se brindan todas las herramientas que necesita el sujeto de cuidado.

Durante estas cinco fases o procesos de cuidado, en las cuales, según Swanson, son el camino que debe llevar el profesional de enfermería a la par del individuo, familia o comunidad que sean sujetos de cuidado, para llegar al objetivo del cuidado que se recibió, nombrado por la misma Kristen como bienestar del cliente.

#### **4.2 MARCO CONCEPTUAL.**

##### **Enfermería:**

“Un proceso interpersonal, en el cual el enfermero asiste a un individuo o familia a prevenir y enfrentar la enfermedad y el sufrimiento y a encontrar significados de esa experiencia”(Travelbee, 1966).

##### **Comunicación:**

La comunicación es la vía por la cual se lleva a cabo el propósito de la enfermería, que consiste en asistir a un individuo o familia a prevenir y enfrentar la enfermedad y el sufrimiento, ya encontrar los significados de esa experiencia”. (Travelbee, 1966).

**Unidad de cuidados intensivos:**

“Área de hospitalización, en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento” (SSA, 2013).

**Paciente en estado agudo crónico:**

“Aquel que presenta alteración de uno o más de los principales sistemas fisiológicos, con pérdida de su autorregulación, que requiere soporte artificial de sus funciones vitales, asistencia continua y que es potencialmente recuperable” (SSA, 2013)

**Experiencia:**

“Movimiento en el que lo inmediato, lo no experimentado, es decir, lo abstracto, ya sea del ser sensible o de lo simple sólo pensado, se hace extraño y luego retorna a sí desde ese extrañamiento, con lo que queda expuesto, sólo entonces y no antes, en su realidad efectiva y verdad, tal como es, también, patrimonio de la conciencia” (Hegel, 1807).

**Cuidador principal:**

“Es la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometida” (Venegas, 2006).

## **Cuidado:**

“Una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal” (Swanson, 1991).

## **V. METODOLOGÍA.**

### **5.1 ENFOQUE.**

Dentro de la metodología de la presente investigación cualitativa, según Rodríguez, Gil y García (1996) la investigación cualitativa permite al investigador indagar la realidad en su contexto natural, tal y como este sucede, intenta sacar sentido e interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que las personas implicadas le otorgan. La investigación cualitativa, es un tipo de investigación cuyo objetivo es brindar una mayor comprensión, significado e interpretación subjetiva que el ser humano le otorga a sus creencias, motivaciones y actividades culturales, a través de diferentes diseños investigativos, ya sea a través de la etnografía, la fenomenología, la investigación acción, las historias de vida y la teoría fundamentada (Behar, 2008).

Dentro de los diferentes diseños de investigación cualitativa para esta investigación se abordará la fenomenología la cual según Rodríguez et al. (1996). Es describir los significados que las experiencias existenciales han marcado sobre el ser, procurando darle una explicación a las connotaciones en los que estamos absortos en la vida diaria, y no desde la estadística.

## 5.2 MÉTODO.

En relación con el método; la característica del método fenomenológico interpretativo nos da cuenta a partir de las experiencias de las cuales los seres humanos han tenido con fenómenos vividos, que son explicados por ellos mismos y se presentan teniendo una estructura con un significado (Laza, Pulido y Castiblanco, 2012).

Por otra parte, Husserl (2012). Menciona que la fenomenología descriptiva o también conocida como fenomenología transversal es “la ciencia de la esencia de la conciencia” focalizando la intención y connotando la experiencia que se suscitó desde la perspectiva primordial de quien vivió la experiencia. Mientras que Heidegger va un paso hacia la fenomenología hermenéutica citado por Barbera & Inciarte (2012) nos ratifica el enfoque interpretativo el cual explora diversas posturas y autores que, en lugar de buscar las "causas" ofrecidas tradicionalmente por la filosofía naturalista o la ciencia clásica, se centran en las "razones". Estas razones comprenden pensamientos, emociones o elementos lógicos que motivan a una persona a actuar, es decir, las motivaciones. Lo más destacado de este enfoque es su interés por los significados de la conducta humana, entendida como un signo. Así, el interpretativismo se orienta hacia la comprensión de las acciones humanas a través de la interpretación de esas motivaciones.

### **5.3 CONTEXTO.**

El hospital de segundo nivel en donde se realizó la presente investigación fue inaugurado el 19 de mayo de 1990 por el presidente de la república, Lic. Carlos Salinas de Gortari y el gobernador constitucional del estado de Sinaloa Lic. Francisco Labastida Ochoa estando presente en la ceremonia también el Dr. Jesús Kumate Rodríguez quien fungía como secretario de salud federal mientras que el Dr. Humberto Gómez Campaña quien desempeñaba como secretario de salud el estado de Sinaloa. Durante sus inicios contaba con 60 camas censables para la atención de la ciudadanía.

Actualmente cuenta con 120 camas censables, cuenta con una plantilla de trabajadores de 1116, de los cuales 240 son médicos y 436 personal de enfermería brindando la atención de 106,249 consultas anuales y realiza un promedio de 4962 de cirugías de diversas especialidades al año.

Reconocido como unidad modelo en 2006, ya contando con el premio nacional de calidad otorgado en 2005, se le proporcionó el premio al mérito social en 2004 por parte del H. Congreso del Estado de Sinaloa, formando parte del consejo de salubridad desde mayo del 2003, obtuvo la certificación ante el consejo de salubridad general del año 2007 – 2010 y en 2016 obtuvo la acreditación de patologías contra gastos catastróficos. En 2018 arrancó la obra de construcción de las nuevas instalaciones, que lamentablemente en la actualidad, únicamente presta servicios de consulta externa y urgencias básicas y no funciona las 24 horas del día.

## **5.4 TEMPORALIZACIÓN.**

La presente investigación tiene como objetivo realizarse bajo la calendarización de agosto del 2024 a noviembre del 2024 tal cual se muestra en el apéndice número uno, en las tablas 01, 02, 03, 04 y 05.

## **5.5 PARTICIPANTES.**

De acuerdo a Glasser y Strauss citado por (Moreno, s. f.).Se establecen algunos criterios de relevancia teórica donde señalan que los criterios para la selección de los participantes en la investigación cualitativa deben de ser de acuerdo con la finalidad de la investigación y que estas también impulsen la construcción de las categorías concernientes.

### **5.5.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.**

Los participantes, son personas las cuales tienen el ingresado a un paciente en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de segundo nivel en Sinaloa, mayores de edad, delimitando a que sean cuidadores, que aceptaron participar bajo consentimiento informado por escrito y permitiendo que sus discursos sobre las experiencias que tuvieron en el proceso de hospitalización de su paciente en la UCI.

#### **Criterios de inclusión:**

- Ser mayor de 18 años.
- Quienes deseen participar.
- Sexo indistinto.
- Nivel socioeconómico indistinto.

**Criterios de exclusión:**

- Personas con discapacidad cognitiva.
- Quienes no logren demostrar la mayoría de edad.

**Criterios de eliminación:**

- Personas que no firmen el consentimiento informado.
- Quienes no deseen ser audio grabados.
- Quienes contesten de manera muy limitada las preguntas.

**5.6 SELECCIÓN DE PARTICIPANTES.**

El número de participantes fue indeterminado mediante selección por conveniencia, hasta llegar a la saturación teórica de acuerdo a la información obtenida, ya que según lo establecen Taylor y Bogdan (1984) la selección de los participantes no se especifica previamente siendo difícil la determinación del número de personas que se deben entrevistar, ya que la importancia del potencial de cada entrevistado es de relevancia para la comprensión sobre el área de estudio, y es cuando el investigador percibe que ha llegado a la saturación teórica cuando no se produce ninguna relevancia nueva.



## **5.7 -TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Para tener acceso a la información al participante mediante una entrevista en la cual se les realiza un preguntar orientadora o detonadora, para dar paso a que el participante hable con respecto a esa experiencia. Guerrero, Menezes y Ojeda (2017) nos menciona que la entrevista fenomenológica es encontrarse con un fenómeno que se está experimentando por una persona dándole esta la determinación al suceso es así como darle apertura para que exprese su fenómeno.

La observación es el principio de la diligencia científica y el conocimiento de la humanidad, es el proceso de la observación el que necesita curiosidad en busca de la expansión de los conocimientos científicos de lo que se está observando, y debe de poseer un sujeto y un objeto (López, 2019).

La observación es el eminente principio de la investigación científica, requiere de un proceso de deconstrucción – reconstrucción según los objetivos planteados mediante la apreciación científica.

La presente investigación se llevó a cabo mediante la observación no participante que en palabras de Campos y Lule (2012) es aquella que se lleva a cabo mediante la no intervención en los sucesos directamente, es por eso que no coexiste una relación con los entes, únicamente se es espectador de lo que acontece y se delimita a la toma de notas de lo que está aconteciendo para la consumación de la investigación.

Para el proceso de recolección de la información durante la presente investigación se utilizó una grabadora de audio con la finalidad de guardar la información obtenida durante la entrevista.

#### **5.7.1- DESCRIPCIÓN OPERATIVA.**

El presente proyecto de investigación se presentó ante el comité de ética e investigación certificado de la salud de la secretaria de salud del estado de Sinaloa. Con sede en el Hospital General de Culiacán “Dr. Bernardo J. Gastélum para su aprobación y registro. Al ser aprobado por los comités, dentro de las actividades primordiales para asegurar el éxito de esta investigación se contempló una primera inmersión al campo de estudio con la finalidad de conocer las instalaciones, así como solicitar la colaboración de los jefes de servicio. Una vez se concluyó dicho proceso, se procedió con la aplicación y recolección de la información a través de las entrevistas a profundidad tal y como se muestra en el apéndice (4) para dicho proceso fue importante aplicar dentro de los criterios de rigurosidad para la elección de participantes los criterios de inclusión, de exclusión y de eliminación, así como se entregaron los consentimientos informados a quienes desearon participar con la finalidad de dar formalidad a dicho proceso, por todo lo anterior fue de suma importancia haber explicado a los participantes, el objetivo de la investigación, así como su finalidad, la importancia de su participación y su contribución a la ciencia. El tiempo aproximado para la recolección de la información fue de aproximadamente 30 días tal y como se muestran en los cronogramas del apéndice (1).

#### **5.7.2- RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS.**

Los requerimientos para la elaboración del proyecto de investigación se necesitaron: los participantes, los colaboradores y el investigador. Según Cu, (s. f.) las personas que aportan directa o indirectamente al proyecto de investigación son aquellos que pueden garantizar el éxito del proyecto, así como el cumplimiento de sus objetivos y por consiguiente la efectuación de sus resultados.

Los recursos humanos en investigación científica fueron identificados, seleccionados, utilizados, clasificados e integrados al proyecto de investigación utilizando el mismo diseño de investigación. Estos representan la garantía de que se obtuvieron los mejores resultados con el conocimiento y el método científico correspondiente en los diversos tipos de investigación existentes (Carvajal, 2013).

Para el desarrollo de esta investigación se contó con el siguiente grupo de investigadores, los cuales estuvieron trabajando en el desarrollo del protocolo, así como en el análisis de los resultados, elaboración de conclusiones, recomendaciones y brindando una asesoría continua al investigador en formación.

- L.E. David Christopher Angulo Ramírez (Estudiante de Maestría).
- Dra. Verónica Guadalupe Jiménez Barraza (Directora de Tesis).
- Dr. Jesús Roberto Garay Núñez (Codirector de Tesis).

Los recursos financieros quedaron sujetos a que el investigador principal debiese cubrirlos en su totalidad como becario directo del programa del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología en México (CONAHCYT).

Por otra parte, dentro de los recursos financieros previstos se estableció que: todos los gastos generados fueron subsidiados por el investigador y colaboradores apoyados por recursos públicos como parte del programa Becarios del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología en México (CONAHCYT), donde el gasto promedio total fue de \$63,410 MXN. importe con letra: sesenta y tres mil cuatrocientos diez pesos moneda nacional, tal y como se muestra en el apéndice dos, tabla: (5).

### **5.8 - ANÁLISIS DE LOS DATOS.**

El análisis de los datos para este proyecto se realizó con base en la metodología del filósofo Martin Heidegger, uno de los principales exponentes de la fenomenología hermenéutica y es precisamente el llamado círculo hermenéutico que Aranguren (2017) en la circularidad que puede haber en la tradición o en la interpretación de los sucesos, mientras que un texto puede interpretarse como un todo, si se observa desde la perspectiva de una tradición ya se encuentra predispuesta su comprensión, es así como el texto es el mismo mantiene su identidad, sin embargo las posibles maneras de interpretarse son ilimitadas y genera diferencias.

Descrito por Heidegger (1961) el círculo hermenéutico es intrínseco a la comprensión, en otras palabras, la mutua dependencia mantiene al ente y al ser es meramente la circularidad real entre estos. La relación de dependencia recíproca que perdura entre el ente y el ser exige entender que la mostración de uno nos somete al otro.

Comprender es totalmente una acción de la comprensión, la deducción, la derivación y la conclusión en una interpretación total: entendido como una aseveración de lo que se necesita entender con algo que ya conocemos. Es decir, siempre estamos sometidos a un círculo de interpretación; en otras palabras, se está siempre en un círculo hermenéutico.

La información que se obtuvo de las entrevistas realizadas, se hizo la transcripción de los datos mediante la utilización de un programa en línea que se encuentra de manera gratuita, posteriormente se hicieron relecturas de la información obtenida con la finalidad de evitar cualquier tipo de omisión en el proceso de transcripción, finalmente una vez corroborada la información, se inició el proceso de decodificación de los datos de forma manual “Artesanal” mediante la teoría fundamentada y posteriormente se inició el proceso de categorización.

## **5.9 RIGOR METODOLÓGICO.**

Dentro de los criterios de rigor que permiten aceptar la aplicación minuciosa y científica de esta investigación se encuentra la credibilidad, la confirmabilidad y la transferibilidad o aplicabilidad. Cadenas (2016) menciona que, la credibilidad es lograda cuando los descubrimientos de la investigación son reconocidos como válidos por quienes participaron en ella. Mientras que la confirmabilidad es la imparcialidad al momento de la interpretación de los datos. La transferibilidad es poder transpolar los resultados a otros escenarios similares en donde tenga aplicabilidad.

## 5.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

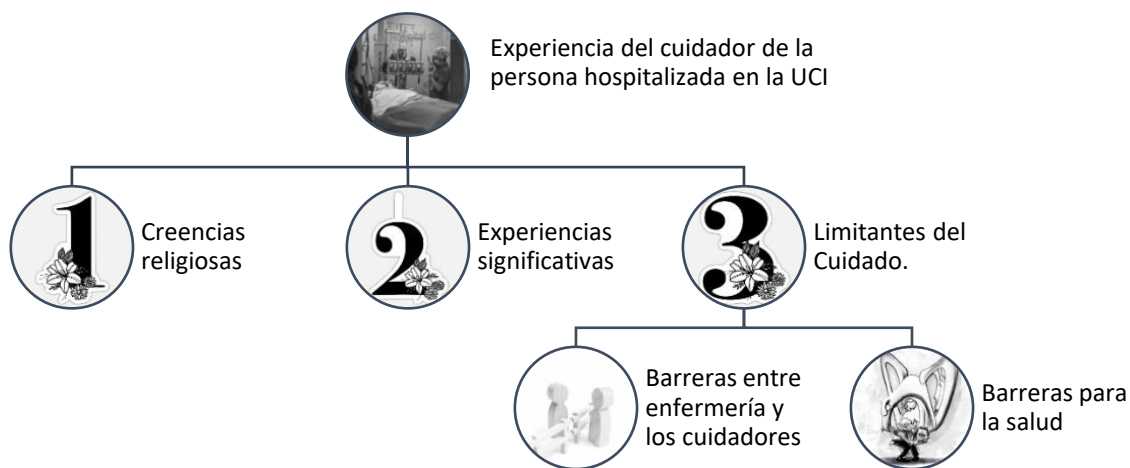
La investigación se realizó conforme a los principios de confidencialidad, anonimato y privacidad establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SSA, 2014). Apoyado del código de Nüremberg y tomando como base la declaración de Helsinki durante todo momento en la realización de la presente investigación, el uso de la información se llevó a cabo teniendo preponderancia de los principios esenciales como la **beneficencia** que a la letra dice que se deben de suprimir los prejuicios, los intereses propios y actuar en beneficio de los demás fomentando el bien y no solo la búsqueda de contrarrestar el daño o no hacerlo, buscando el máximo beneficio posible, en búsqueda de la utilización de la mejor tecnología a la que se tenga acceso, aplicando el conocimiento científico impulsando al máximo los beneficios obtenidos directa e indirectamente para los implicados. Mientras que por otra parte el principio fundamental de **no maleficencia** nos proporciona un modelo pertinente que elude y minimiza el riesgo de cualquier tipo de daño intencionado, que, bajo un ineludible ético lícito para todos y los principios morales propios, así como también por las leyes de la sociedad. Asimismo el principio básico de **autonomía** establece que se deben priorizar las preferencias y los valores del sujeto desde la perspectiva ética y respetándose como norma, enalteciendo los derechos individuales y la autonomía (Sánchez, 2024). El principio de **justicia** es la imparcialidad, así como también la no discriminación o exclusión de los participantes por sexo, nivel educativo, creencias etc. Manteniendo siempre la imparcialidad entre los participantes (Morales, 2017).

De acuerdo con lo establecido en la ley general de salud para la instigación científica en personas, esta investigación no representa ningún riesgo para los participantes ni para los investigadores, todos los términos y condiciones quedarán plasmados en el consentimiento informado tal y como se muestra en el apéndice (6).

## VI. RESULTADOS

En el presente estudio surgieron las siguientes categorías, las cuales se presentan a continuación en el esquema triangular, que en el núcleo se encuentra el fenómeno de estudio y en cada vértice una de las categorías emergidas. Véase a continuación.

Esquema 1.



Fuente: Elaboración propia (Angulo, 2024).

Nota: En la parte superior se encuentra el fenómeno que se está estudiando, el cual son las experiencias, mientras que inmediatamente en la parte inferior se encuentran horizontalmente las categorías 1, 2 y 3 que emergieron, mientras que bajo la categoría 3 se observan dos subcategorías encontradas.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes del estudio.

Seudónimo	Edad	Sexo	Parentesco
E1	35	Mujer	Madre
E2	56	Hombre	Hermano
E3	41	Mujer	Madre
E4	27	Mujer	Esposa
E5	67	Hombre	Padre
E6	23	Mujer	Hermana
E7	49	Mujer	Madre

**Nota:** Para mantener la confidencialidad de los participantes del estudio, se asignaron seudónimos, para preservar su probidad, a manera que cada participante se nombró como: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7.

En la presente tabla se dispone a prologar las principales características de los sujetos de estudio, se observa el rango de edades que van desde los 27 a los 67 años, asimismo se muestra el sexo de los sujetos observando el predominio del sexo femenino, por otro lado, se muestra el parentesco que tiene cada uno de ellos con la persona hospitalizada, prevaleciendo que son madres, seguido de los hermanos.



## **Categoría 1:**

Creencias religiosas en momentos difíciles.

### **Descripción operacional:**

Las creencias religiosas es la anteposición de algo de naturaleza no comprobada, que sirve de soporte para los seres humanos ante cualquier situación, esta implica la relación de cada persona, o el acercamiento que estás tengan con “Dios” desde la perspectiva de cada uno de ellos, sin una religión aparente de por medio, solo un ser divino o seres divinos, realizando peticiones u oraciones para pedir por la mejora de su enfermo y poniendo en sus manos la situación que afrontan, con la finalidad de tener un soporte, que puede fungir y perpetuar la unión de la familia.

Como se evidencia en los siguientes discursos:

*Pues yo le **doy gracias a Dios** que mi hermana ya mira, ya abrió los ojos, y tengo la esperanza de **que va a salir adelante ... E6.***

*Yo desde que llegue con ella, **me persigne y a pedirle a Dios y a pedirle a Dios**, porque yo sé la gravedad de la situación de ella pues y de los demás que están ahí, porque es lo mismo del cerebro, y **gracias a Dios, ya poco a poco ... E5.***

***Estás pidiéndole a Dios, estas rezando**, cuando ya estás ahí con él... E3.*

*Toda la familia ahí batallando, pero, ahí vamos, ahí vamos, y **gracias a Dios, ya abrió los ojos, ya en la tarde... E1.***

Tabla 2. Códigos y discursos para la categoría: Creencias religiosas ante una situación de gravedad.

Códigos	Discursos
<b>Fe, agradecimiento en Dios</b>	<i>"Pues yo le <b>doy gracias a Dios</b> que mi hermana ya mira, ya abrió los ojos, y tengo la esperanza de <b>que va a salir adelante</b>... E6.</i>
<b>Rezarle a Dios en conocimiento de la situación</b>	<i>"Yo desde que llegue con ella, <b>me persigne y a pedirle a dios y a pedirle a Dios</b>, porque yo sé la gravedad de la situación de ella pues, y de los demás que están ahí... y <b>gracias a Dios, ya poco a poquito</b> ... E5.</i>
<b>Esperanza personal frente a la verdad</b>	<i>"Estás <b>pidiéndole a Dios, estas rezando</b>, cuando ya estás ahí con él... E3.</i>
<b>Unión y enfuerzo familiar en un bien común</b>	<i>"Toda la familia ahí batallando, pero, ahí vamos, ahí vamos, y <b>gracias a Dios, ya abrió los ojos</b>, ya en la tarde... E1.</i>

**Trecho empírico:**

Villalba, Cots, & Romero (2012) Las creencias religiosas son capaces de sostener a las personas durante un proceso de salud enfermedad además de dar respuestas que se relacionan directamente con la enfermedad e incluso con la muerte. Al llevar un proceso de enfermedad no solo padece sufrimiento la persona que lo padece sino, que la familia

también, y las creencias religiosas de estas, son capaces de ayudar a sobrellevar esa experiencia tan apesadumbrada.

González Valdés (2004) Las circunstancias de enfermedad por las cuales la persona junto a sus seres queridos, están transitando los lleva a que recurran a maximizar su expresión de fe, encontrando como sustento, apoyo y reforzando la esperanza, siendo así que las creencias religiosas, en momentos difíciles suelen ser más periódicas.

(Pargament, 1997) citado por Quiceno & Vinaccia (2011) El afrontamiento de las situaciones negativas por las que las personas transitan a lo largo de su vida, en compañía de las creencias religiosas, que se vuelven pilares para facilitar la entereza que estos puedan tener, siendo así una fuente de optimismo.

López (2023) Las creencias religiosas pueden proveer un significado único en la vida de cada persona, además de vivificar, el afrontamiento más oportuno del proceso de enfermedad que se afronta por parte de la persona y sus seres queridos es así como la religión tiene la fuerza y el beneficio de lograr que las personas tengan una mejor estabilidad psicológica, desde la perspectiva de cada uno de las y los individuos.

## Categoría 2.

Experiencias significativas durante el proceso de hospitalización.

### Descripción operacional:

Las experiencias significativas durante un proceso de hospitalización de un ser querido dejan a expensas emociones que suelen ser intensas, marcando a las personas involucradas profundamente, a la persona que vive el proceso propiamente, así como a los familiares, algunas suelen estar unidas al miedo, así como a la esperanza. Estas experiencias tan relevantes a nivel personal para quien padece la enfermedad, como para quienes lo rodean, deben marcar una pauta para llegar a una reflexión en unidad, sobre la salud y el estado de bienestar.

A continuación, se desglosan los fragmentos que dan sustento a la categoría 2:

*Ahorita, le voy a dar un beso a mi marido, cuando no se den cuenta, y pues ya cuando iba la señora, pues, **que se le murió**, la señora se dio la vuelta, se sentó en la silla y **se quedó sería**, así, ha de cuenta como no creyendo... E2.*

***Siempre** hemos estado en las buenas y en las malas, **ella también ha estado conmigo**, yo he estado lejos y **ella ha ido** a verme hasta allá cuando he estado enferma... E6.*

*Es que **las cosas** aquí **pasan** en un ratito, **ahorita** tienes a tu familia y ya **mañana ya no**. Y aquí nomas estas en suspenso... E7.*

*Nosotros **nunca creímos** estar en esta situación, **nos marcaron** de aquí que **teníamos que venir**, **no explicaron nada**... Te marca, sientes que **la vida se te va** cuando ves ahí... Cables, maquinas, cosas colgadas y **no sabes**... E4.*

Tabla 3. Códigos y discursos narrados para la categoría: Experiencias significativas durante el proceso de hospitalización.

<b>Códigos</b>	<b>Discursos</b>
<b>Dolor, empatía por sus pares</b>	<i>Ahorita, le voy a dar un beso a mi marido, cuando no se den cuenta”, y pues ya cuando iba la señora, pues, <b>que se le murió</b>, la señora se dio la vuelta, se sentó en la silla y <b>se quedó sería</b>, así, ha de cuenta como no creyendo... <b>E2.</b></i>
<b>Lazos familiares estrechos</b>	<i><b>Siempre</b> hemos estado en las buenas y en las malas, <b>ella también ha estado conmigo</b>, yo he estado lejos y <b>ella ha ido a verme hasta allá cuando he estado enferma... E6.</b></i>
<b>Incertidumbre, sentimiento de pérdida</b>	<i>Es que <b>las cosas aquí pasan</b> en un ratito, <b>ahorita</b> tienes a tu familia y ya <b>mañana ya no</b>. Y aquí nomas estas en suspenso... <b>E7.</b></i>
<b>Impresión, estado de shock, temor</b>	<i>Nosotros <b>nunca creímos</b> estar en esta situación, <b>nos marcaron de aquí que teníamos que venir, no explicaron nada... Te marca, sientes que la vida se te va cuando ves ahí... Cables, maquinas, cosas colgadas y no sabes... E4.</b></i>

#### **Trechos empíricos:**

Bernal-Ruiz & Horta-Buitrago (2014) Durante la estadía de un ser querido en una unidad hospitalaria en la que el proceso de salud enfermedad se visualiza en experiencias

cercanas a la muerte, como lo es la unidad de cuidados intensivos, deriva en una en situaciones traumáticas, estresantes y hasta desagradables para los cuidadores principales.

Díaz Pérez (2015)

En el entorno del cuidado multidisciplinario encaminado a los cuidadores de los pacientes hospitalizados en las UCI, el rol de los profesionales de enfermería es fundamental para que se garantice una adecuada coordinación en la comunicación de la información. Es esencial que enfermería actúe con responsabilidad al proporcionar a la familia información, clara, uniforme, y consistente, ya que es uno de los métodos para reducir la incertidumbre y el estrés de los cuidadores, además de fortalecer la confianza en el equipo de profesionales de salud. Es así como los cuidadores requieren sentirse cuidados, recibir atención al igual que el paciente, esto ayuda a la familia a enfrentar el proceso con mayor seguridad y comprensión. El asegurar que sus necesidades emocionales y cognitivas sean atendidas de manera efectiva por parte del personal de enfermería quienes por su cercanía con el paciente son los ideales para realizar el proceso.

### **Categoría 3:**

Limitantes del cuidado.

#### **Descripción operacional:**

Durante el proceso de cuidado en la hospitalización de un ser querido en una unidad de cuidados intensivos, pueden interceder, una cantidad de factores que pueden ser determinantes durante el proceso de atención de la salud, afectando directa e indirectamente a las personas hospitalizadas, a sus cuidadores y a la misma institución de salud.

A continuación, se aprecian los fragmentos de la entrevista que sustentan la categoría número 03:

*Ya se olvida la casa, se olvida uno de todo... ahorita **no tenemos luz** nos la cortaron... Llegan los mensajes... **Que tiene que pagar uno** ... Ya lo cortaron... **E2.***

*Y pues hasta **problemas hay** en la familia que porque **ya no tienen** y conseguimos... Por todos lados... **E6.***

*Ya empezamos a batallar con las medicinas, **ese es un gasto muy grande** ahorita... **E5.***

*En casa la verdad, **las cosas patas pa arriba**... Ya no encontramos la puerta con los gastos... Y pues **compramos lo que podemos**, lo que no pues no se le pone... **E1.***

Tabla 4. Códigos y discursos narrados para el sustento de la categoría: Limitantes del cuidado.

<b>Códigos</b>	<b>Discursos</b>
<b>Economía familiar, preocupación</b>	<i>Ya se olvida la casa, se olvida uno de todo... ahorita <b>no tenemos luz</b>, nos la cortaron... Llegan los mensajes... <b>Que tiene que pagar uno</b>... Ya lo cortaron... <b>E2.</b></i>
<b>Problemas familiares, voluntad</b>	<i>Y pues hasta <b>problemas hay</b> en la familia que porque ya <b>no tienen</b> y conseguimos... Por todos lados... <b>E6.</b></i>
<b>Recursos institucionales, falta de apoyo</b>	<i>Ya empezamos a batallar con las medicinas, <b>ese es un gasto muy grande</b> ahorita... <b>E5.</b></i>
<b>Abandono del hogar, Esfuerzos nulos, impotencia</b>	<i>En casa la verdad, <b>las cosas patas pa arriba</b>... Ya no encontramos la puerta con los gastos... Y pues <b>compramos lo que podemos</b>, lo que no pues no se le pone... <b>E1.</b></i>

### **Trechos empíricos:**

Soto (2019) En gran parte de las unidades de atención de salud, si bien, la infraestructura de los hospitales debe garantizar ser la suficiente para la población, los insumos al interior de las mismas, forman parte fundamental para garantizar la atención de calidad, La gran mayoría de las instituciones de salud no cuentan ni con las condiciones mínimas de infraestructura ni con los insumos suficientes para mantener una calidad en la atención de salud de la población, y la construcción de más y nuevos hospitales sin



garantizar la cobertura de insumos no es una política factible para el sistema de salud actual, en el que la infraestructura más moderna sin los requerimientos de mantenimiento que requiere, se vuelve disfuncional, logrando formar parte del aumento en la mortalidad, la prolongación de las hospitalizaciones debido a las complicaciones durante la estancia.

García (2019) Son numerosas las limitaciones que existen y las que deben superarse para lograr la atención adecuada a los pacientes y a sus familias, desde una infraestructura tanto insuficiente como deficiente, equipamiento de las unidades de cuidados intensivos, que no cumplen con los requerimientos básicos necesarios y que están normados al papel, sumando, la elevada demanda de pacientes que requieren una hospitalización en cuidados críticos, es así que es necesario derivar a otras instituciones externas en las cuales existen convenios, sin embargo, los costos se duplican, lo que influye negativamente en los servicios de salud que se brindan.

Tarquino (2014) Las UCI, no se enfrentan solamente por los pacientes que se encuentran hospitalizados, sino que también los cuidadores forman un papel fundamental, y son estos quienes se enfrentan a exigencias y desafíos que llegan a afectar al núcleo familiar, ya que la modificación de los estilos de vida, es radical, debido a la crisis por la que está atravesando la familia, y ante el surgimiento de nuevas necesidades, tomar decisiones fundamentales para el bienestar de la persona hospitalizada, incluso el nacimiento de nuevas dinámicas en el núcleo familiar, que van desde el reajuste de roles hasta la modificación de las normas que rigen la convivencia, sobre todo para aquellos que asumen el rol de cuidadores principales.

## Subcategoría 1

Barreras entre enfermería y los cuidadores.

### Descripción operacional:

La UCI, además de tener un papel fundamental, en las unidades de salud, es también uno de los servicios en los cuales, por requerimientos meramente burocráticos, los cuidadores no pueden ser parte directa de los cuidados de su ser querido que se encuentra hospitalizado, y es aquí donde surge la barrera entre los profesionales de enfermería y los cuidadores que afrontan el proceso, de una manera aislada y bajo una desatención tanto emocional como de información de los procesos que vive su ser querido al interior de la UCI.

A continuación, se muestran los trechos de entrevista que sustentan esta subcategoría número 1:

*Es como todo pues, hay unas que con amor y cariño hacen su trabajo y **otras no... tiene que haber personas buenas y malas tanto enfermeras como de todo... E6.***

*Y tratan de gritarle a una... la ignoran a una y le cierran la ventana y la **puerta** y se queda una nomas ahí parada... E7.*

*Yo entiendo que estén estresadas, pero **uno también**... Les pregunta uno algo, y **ahorita, ahorita**... Pregúnteles a los médicos, **que ellos le digan**... E2.*

*Le gritan por la ventana para ir por recetas y ya... **No explican** qué es, ni para qué... les pregunta uno y se enojan... si quiere tráigalo si no, no y*

*cierran la ventana... No todas también hay de enfermeras a enfermeras, que hacen su trabajo con amor, otras que no ... E4.*

Tabla 5. Códigos y discursos narrados para el sustento de la subcategoría 1: Barreras entre enfermería y los cuidadores.

<b>Códigos</b>	<b>Discursos</b>
<b>Trabajo, falta de empatía</b>	<i>Es como todo pues, hay unas que con amor y cariño hacen su trabajo y otras no ... tiene que haber personas buenas y malas tanto enfermeras como de todo... E6.</i>
<b>Superioridad, Sentimiento de rechazo</b>	<i>Y tratan de gritarle a una ... la ignoran a una y le cierran la ventana y la puerta y se queda una nomas ahí parada... E7.</i>
<b>Estrés, Eludir la interacción</b>	<i>Yo entiendo que estén estresadas, pero uno también ... Les pregunta uno algo, y ahorita, ahorita... Pregúnteles a los médicos, que ellos le digan ... E2.</i>
<b>Comparaciones, falta de información</b>	<i>Le gritan por la ventana para ir por recetas y ya... No explican que es, ni para que... les pregunta uno y se enojan... si quiere tráigalo si no, no y cierran la ventana... No todas también hay de enfermeras a enfermeras, que hacen su trabajo con amor, otras que no ... E4.</i>

### ***Trechos empíricos:***

Duque-Ortiz & Arias-Valencia (2020) La existencia de barreras que forman parte de la dificultad de que se desarrolle una correcta, adecuada y funcional relación entre los profesionales de enfermería y los cuidadores de los pacientes que se encuentran hospitalizados en una UCI, entre las que se pueden destacar la predisposición que el personal de enfermería siendo no la más adecuada o la más eficiente, hacia el trato con la familia, generando así una interacción deficiente que con altas probabilidades genere tensiones. También la falta de información o la calidad de esta que es recibida por los cuidadores no es la más adecuada, es así como esta, más que generar una satisfacción de las necesidades y las inquietudes de la familia, será todo lo contrario. Además, la falta de comprensión y empatía hacia con los cuidadores por parte del personal de enfermería puede afectar la confianza y la comunicación que debe desarrollarse entre estos, fomentando el sentir de indiferencia que puede llegar a envolver a los cuidadores.

Heredia et al. (2022) Para la familia es esencial que el personal de enfermería brinde a los cuidadores, información, oportuna y completa de lo que conllevan los cuidados que se le brindan a su ser querido que se encuentra hospitalizado en la UCI, como lo son el nivel de comodidad en el que se encuentra, la estabilidad que ha mantenido en los signos vitales, dar una breve explicación de la función de los aparatos electro médicos con los que se salvaguarda la vida de su paciente, adaptando la información que se les brinda a sus necesidades y haciendo uso de un lenguaje comprensible, siendo siempre realistas y brindándole satisfacción a la familia y contribuyendo a que no exacerben sus sentimientos de preocupación, ansiedad, entre otros.

Correa-Pérez & Chavarro (2020) La información que se provee a los cuidadores durante el proceso de estancia de sus pacientes en una UCI, se convierte en una prioridad, ya que es fundamental que se cubra la necesidad de información del estado crítico en que se encuentra la persona ingresada, teniendo que brindar mediante una comunicación clara, y detallada para que la comprensión de la situación y el tratamiento sea asertiva. Es además un derecho de la familia, recibir esta información que en momentos delicados es fundamental para mitigar la incertidumbre y el estrés. Sin embargo, la transmisión de esta información conlleva una carga emocional para el personal de enfermería, teniendo que ser capaces de comunicar con sensibilidad y de manera cuidadosa el contenido de la información. Es así como alcanzar un nivel trascendente de empatía hacia los cuidadores en un momento susceptible puede ser un desafío para el personal de salud.

## **Subcategoría 2**

### Barreras económicas para la salud

#### **Descripción operacional:**

La economía es un carácter fundamental en el momento en que se atraviesa por una situación vulnerable de salud, más cuando la persona llega a una UCI, ya que sostener una hospitalización de un paciente crítico es prácticamente imposible, para una persona de clase media baja o baja, si bien las instituciones de salud, en su mayoría no cobran directamente sus servicios, la infraestructura de las mismas es decadente, y la falta de equipamiento, materiales de insumo y medicamentos de alto y bajo costo, no es suficiente, ya sea por falta de presupuesto o por la sobresaturación de los servicios, es así que las personas que llegan a estas deben anteponer los recursos económicos con los que cuenta,

para dar solución a las nuevas necesidades económicas que ahora enfrenta y dar paso a las barreras económicas que pueden ser decisivas en la recuperación de la salud de su ser querido.

A continuación, se observan los trechos de la entrevista que dan sustento a la subcategoría 2:

*Nos endeudamos pidiendo prestado, acá y allá y pues, lo principal es lo principal, que sane... E5.*

*Rentamos su aparato, porque ya se nos andaba yendo, porque era urgente, nos cobraron... pesos por rentar ese aparato para que la operaran... E3.*

*Ya empezamos a batallar con las medicinas, ese es un gasto muy grande ahorita... Llevamos cerca de unos... Pesos, ya se llevaron un montón de notas... más otro montón que tenemos ahí... E2.*

*Y ahorita ya estamos batallando con las medicinas y pues nosotros, no, no tenemos seguro, ella no tiene seguro... E6.*

Tabla 6. Códigos y discursos narrados para el sustento de la subcategoría 2: Barreras para la salud.

<b>Códigos</b>	<b>Discursos</b>
<b>Priorizar, deudas</b>	<i>Nos endeudamos pidiendo prestado, <b>acá y allá</b> y pues, lo principal es lo principal, <b>que sane ... E5.</b></i>
<b>Gastos súbitos, falta de equipamiento</b>	<i><b>Rentamos su aparato</b>, porque ya se nos andaba yendo, porque <b>era urgente</b>, nos cobraron... pesos por rentar ese aparato <b>para que la operaran ... E3.</b></i>
<b>Falta de medicamento, apoyo</b>	<i>Ya empezamos a <b>batallar con las medicinas</b>, ese es un <b>gasto muy grande</b> ahorita... Llevamos cerca de unos... Pesos, ya se llevaron <b>un montón</b> de notas... <b>más otro montón</b> que tenemos ahí... <b>E2.</b></i>
<b>Informalidad laboral, gastos diarios</b>	<i>Y ahorita ya estamos <b>batallando con las medicinas</b> y pues nosotros, no, no tenemos seguro, <b>ella no tiene seguro ... E6.</b></i>

### **Trechos empíricos:**

Llaca Molina (2021) Si bien la existencia de la seguridad social para personas que no cuentan con ella directamente por algún empleo formal, evitando a las familias gastos médicos poco accesibles, tratamientos con costos exorbitantes y situaciones de emergencia. Sin embargo, existen problemas en las instituciones que llegan a limitar su efectividad, y evidenciar la insuficiencia de la cobertura de los servicios hacia la población,

obligándolos a los cuidadores a asumir el costo de los servicios que no tienen a la disposición en las unidades médicas, representando una carga financiera adicional, especialmente en momentos críticos.

Merchán Espitia (2017) El afrontamiento a los problemas económicos que los cuidadores de los pacientes hospitalizados en una UCI afectan tanto al núcleo familiar como a la recuperación de la salud del ser querido que se encuentra hospitalizado. Los gastos imprevistos, que se pueden asociar a los traslados a la unidad hospitalaria son cuantiosos conforme pasan los días, además de la adquisición de productos específicos que tienen relación con el cuidado del paciente, como lo son la higiene del paciente, los cuales el hospital no los puede proveer en su totalidad. Como resultado los cuidadores deben hacer sacrificios en sus áreas esenciales de la vida cotidiana y priorizar los costes médicos del ser querido hospitalizado, sobre otros compromisos financieros.

Jiménez, Rojas, García, González & Mancilla (2017) La dinámica familiar presenta cambios significativos cuando surge la hospitalización de un ser querido y una de las principales es la inestabilidad económica, la cual se ve recrudecida por la pérdida del empleo, debido a la permanencia que deben tener los cuidadores de los pacientes en las UCI, lo que lleva a la reducción de los ingresos al hogar, además de la intensificación que se da en los gastos médicos, medicamentos, traslados y estudios adicionales con los que las instituciones no tengan a su disposición, llevando a las familias a caer en un riesgo de inestabilidad económica a largo plazo, ya que los ingresos económicos con los que se cuentan, son para los requerimientos del ser querido hospitalizado.



## VII. DISCUSIÓN

El análisis fenomenológico interpretativo de las experiencias de los cuidadores de personas hospitalizadas en la UCI revela un mundo cargado de emociones intensas, desafíos económicos y sociales, y recursos internos que permiten sobrellevar la situación. Las tres categorías emergentes; creencias religiosas en momentos difíciles, experiencias significativas durante el proceso de hospitalización, y limitantes del cuidado ofrecen un marco integral para comprender las vivencias de los cuidadores.

### **Creencias religiosas en momentos difíciles**

En contextos de alta complejidad y estrés, como el cuidado de un paciente hospitalizado en la UCI, la religión y la espiritualidad se convierten en pilares esenciales para afrontar la adversidad. Las creencias religiosas permiten a los cuidadores encontrar un sentido de propósito y esperanza ante la incertidumbre (Villalba Vinagre et al., 2012). Este hallazgo es consistente con lo señalado por Quiceno y Vinaccia (2011), quienes destacan que las prácticas religiosas y el afrontamiento espiritual ayudan a mitigar el impacto psicológico del cuidado en situaciones de crisis.

Alfaro y Bayona (2019) encontraron que los cuidadores recurren con frecuencia a la oración y a otros rituales religiosos, buscando en ellos consuelo y fortaleza. En este sentido, la religión no solo actúa como una herramienta emocional, sino que también puede

ser un canal para establecer conexiones comunitarias y recibir apoyo social. Según López (2023), la integración de la espiritualidad en el proceso médico puede enriquecer la experiencia del cuidador al atender dimensiones emocionales y psicosociales que los equipos de salud a menudo pasan por alto.

La espiritualidad también influye en la manera en que los cuidadores enfrentan las situaciones más difíciles, como el deterioro de la salud del paciente o la proximidad de la muerte. González Valdés (2004) señala que las creencias religiosas permiten reinterpretar el sufrimiento desde una perspectiva de resignación o trascendencia, ayudando a los cuidadores a sobrellevar las circunstancias críticas. Esto refuerza la idea de que las dimensiones espirituales deberían ser integradas en el modelo de atención de las UCI, no solo para los pacientes, sino también para sus cuidadores.

### **Experiencias significativas durante el proceso de hospitalización**

El proceso de hospitalización en una UCI genera vivencias intensas y a menudo contradictorias. Por un lado, los cuidadores experimentan angustia, ansiedad y agotamiento físico. Por otro lado, esta experiencia también puede fortalecer los lazos familiares y generar momentos de reflexión significativa (Merchán Espitia, 2017). Según Jiménez Gutiérrez et al. (2017), la incertidumbre sobre el pronóstico del paciente es una fuente

importante de estrés, lo que lleva a muchos cuidadores a sentir que están emocionalmente sobrecargados.

Sin embargo, esta experiencia también puede interpretarse como un proceso de aprendizaje. Chacón y Ruiz (2016) encontraron que los cuidadores desarrollan habilidades para enfrentar las demandas emocionales y logísticas del cuidado, lo que puede traducirse en un crecimiento personal significativo. En este contexto, el acompañamiento del equipo de salud juega un rol determinante. Díaz Pérez (2015) señala que una comunicación clara y empática puede transformar una experiencia negativa en una oportunidad para establecer vínculos de confianza y colaboración entre cuidadores y personal médico.

La percepción de los cuidadores sobre la atención recibida también influye en su experiencia. García et al. (2015) destacan que los modelos de cuidado centrados en la familia mejoran no solo los resultados clínicos del paciente, sino también la satisfacción del cuidador con el proceso de hospitalización. Sin embargo, cuando esta interacción falla, el cuidador puede sentirse excluido o desinformado, lo que incrementa su estrés y disminuye la calidad de su vivencia (Correa-Pérez & Chavarro, 2020).

## **Limitantes del cuidado**

Los cuidadores enfrentan múltiples barreras que dificultan su capacidad para proporcionar apoyo efectivo al paciente. Estas limitantes, identificadas en dos

subcategorías principales —barreras entre enfermería y cuidadores, y barreras económicas para la salud—, reflejan tanto desafíos estructurales como emocionales.

### **Barreras entre enfermería y los cuidadores**

La relación entre el personal de enfermería y los cuidadores es fundamental para garantizar una experiencia positiva. No obstante, como señala Pinzón (2014), esta relación suele estar marcada por la falta de comunicación efectiva. En muchas ocasiones, los cuidadores perciben que el personal de salud prioriza los aspectos técnicos del cuidado sobre las interacciones humanas, lo que genera sentimientos de exclusión y frustración (Duque-Ortiz & Arias-Valencia, 2020).

Además, las políticas restrictivas de acceso a las UCI, diseñadas para proteger a los pacientes, a menudo terminan siendo una fuente de estrés para los cuidadores. Bernal-Ruiz y Horta-Buitrago (2014) proponen que los equipos de salud adopten modelos de atención que incluyan a las familias como parte integral del proceso de cuidado. Esto no solo mejoraría la experiencia del cuidador, sino que también podría tener un impacto positivo en la recuperación del paciente.

### **Barreras económicas para la salud**

El impacto financiero de la hospitalización es una de las barreras más significativas para los cuidadores. Llacsá Molina (2021) documenta que los gastos

asociados con la atención médica, incluidos medicamentos, transporte y alimentación, pueden generar una carga económica insostenible para las familias de bajos ingresos. Este hallazgo es consistente con lo señalado por Soto (2019), quien destaca que las desigualdades en el acceso a servicios de salud exacerban estas barreras, especialmente en hospitales de segundo nivel que cuentan con recursos limitados.

La precariedad económica no solo afecta la calidad del cuidado recibido por el paciente, sino que también tiene un impacto emocional en el cuidador, aumentando su estrés y reduciendo su capacidad para afrontar la situación. Según Alfaro y Bayona (2019), los cuidadores a menudo deben tomar decisiones difíciles entre cubrir los costos asociados con la hospitalización o satisfacer otras necesidades básicas de la familia.

### **Hacia una atención integral y humanizada**

Los resultados de este estudio subrayan la importancia de adoptar un enfoque integral en el cuidado del paciente crítico, que incluya tanto a los cuidadores como al equipo de salud. Correa-Pérez y Chavarro (2020) argumentan que la humanización de las UCI es clave para mejorar la experiencia de los cuidadores, proponiendo medidas como la flexibilización de horarios, programas de apoyo psicológico y mayor comunicación.

Por su parte, García (2019) sugiere que la implementación de modelos de gestión de calidad en las UCI puede aumentar la satisfacción de los usuarios, al abordar de manera proactiva las necesidades de los cuidadores. Estas estrategias, combinadas con iniciativas para reducir las barreras económicas, podrían transformar la experiencia de hospitalización en un proceso menos estresante y más inclusivo.

## **VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

### **8.1 CONCLUSIONES.**

El análisis fenomenológico interpretativo de las experiencias de los cuidadores de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital de segundo nivel en Sinaloa permitió develar las vivencias profundas y complejas de este grupo, marcadas por elementos emocionales, espirituales, sociales y económicos. Los resultados revelan que las creencias religiosas, las experiencias significativas durante el proceso de hospitalización y las barreras que enfrentan en el cuidado configuran una vivencia única que está íntimamente ligada a su entorno y a las interacciones con el sistema de salud.

Por un lado, las creencias religiosas emergieron como un recurso clave que los cuidadores utilizan para encontrar consuelo y sentido ante la incertidumbre y el estrés inherentes a la hospitalización en la UCI. Estas creencias les ofrecen una estructura emocional que mitiga la angustia, fortaleciendo su capacidad para afrontar la adversidad. Por otro lado, las experiencias significativas vividas durante el proceso de hospitalización reflejan tanto momentos de angustia como oportunidades para fortalecer vínculos afectivos y desarrollar habilidades personales, destacando la importancia de una comunicación efectiva con el equipo de salud para mejorar estas vivencias.

Sin embargo, las barreras enfrentadas por los cuidadores, como las dificultades en la interacción con el personal de enfermería y los desafíos económicos, revelan limitantes estructurales que impactan negativamente su experiencia. Estas barreras no solo dificultan su participación en el cuidado del paciente, sino que también aumentan su carga emocional

y financiera, evidenciando la necesidad de estrategias para humanizar la atención en las UCI.

En general, los hallazgos de este estudio subrayan la importancia de adoptar un enfoque integral y humanizado en la atención del paciente crítico que contemple no solo las necesidades del enfermo, sino también las de sus cuidadores. La implementación de medidas que fomenten la comunicación efectiva reduzca las barreras económicas y consideren el soporte emocional y espiritual puede transformar la experiencia de los cuidadores en un proceso menos desgastante y más colaborativo. En última instancia, comprender el mundo vivido de los cuidadores permite mejorar la calidad del cuidado en la UCI, humanizando la atención y promoviendo un entorno de apoyo tanto para el paciente como para su familia.

## **8.2 RECOMENDACIONES.**

### **1. Recomendaciones para el sistema de salud**

Fortalecer la humanización del cuidado en las UCI:

Implementar estrategias centradas en el cuidado integral del paciente y su familia, fomentando un entorno más empático y accesible para los cuidadores. Esto incluye flexibilizar los horarios de visita y crear espacios para la interacción con el paciente en un ambiente controlado.

Diseñar políticas de soporte económico:

Crear programas que proporcionen apoyo financiero para las familias de pacientes críticos, cubriendo gastos básicos como transporte, alimentación y medicamentos. Estos programas pueden ser gestionados en colaboración con instituciones gubernamentales o de beneficencia.

Promover la capacitación del personal de salud:

Desarrollar programas de formación para el personal de enfermería y otros profesionales, enfocándose en habilidades de comunicación efectiva, empatía y atención humanizada hacia los cuidadores.

## **2. Recomendaciones para el personal de enfermería**

Fomentar la comunicación efectiva y continua:

Establecer canales claros de comunicación con los cuidadores para brindar información regular sobre el estado del paciente, explicar procedimientos y responder a sus preguntas. Esto contribuirá a reducir la ansiedad y el estrés de las familias.

Involucrar a los cuidadores en el proceso de cuidado:

Diseñar estrategias que permitan a los cuidadores participar activamente en ciertas actividades relacionadas con el bienestar del paciente, como la higiene o la rehabilitación, fortaleciendo así su sentido de utilidad y conexión.

Reconocer las dimensiones emocionales y espirituales de los cuidadores:

Identificar y abordar las necesidades emocionales y espirituales de los cuidadores, respetando y apoyando sus creencias religiosas como una herramienta de afrontamiento válida.

## **3. Recomendaciones para las instituciones educativas y de investigación**

Integrar la perspectiva del cuidador en los planes de estudio de enfermería:



Incorporar en los programas académicos temas relacionados con el cuidado familiar, el afrontamiento emocional y la humanización de las UCI, para preparar mejor a los futuros profesionales de la salud.

Fomentar investigaciones futuras:

Ampliar el conocimiento mediante estudios adicionales sobre el impacto de las barreras económicas, la efectividad de la comunicación y la influencia de las creencias religiosas en los cuidadores. Esto permitirá desarrollar intervenciones más específicas y efectivas.

#### **4. Recomendaciones para los cuidadores y la comunidad**

Fortalecer redes de apoyo comunitario:

Promover la creación de grupos de apoyo entre cuidadores, donde puedan compartir experiencias, emociones y recursos. Estos grupos pueden ser facilitados por hospitales o instituciones sociales.

Promover la autogestión del bienestar del cuidador:

Alentar a los cuidadores a cuidar de su propia salud física, emocional y espiritual, mediante acceso a talleres de manejo del estrés, espacios de descanso en los hospitales y apoyo psicológico durante la hospitalización.

Fomentar la sensibilización sobre el rol del cuidador:

Realizar campañas de sensibilización para visibilizar las necesidades y desafíos de los cuidadores, generando empatía y apoyo desde la comunidad y los sistemas de salud.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- AHUANCAMA, O., 2016. “*Relación terapéutica según teoría de Joyce Travelbee entre enfermera y familia de pacientes de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho Lima-Perú*” (Tesis de postgrado) cuantitativa, UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, PERÚ.
- Alfaro, A., & Bayona, D., 2019. “*Vivencias de los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios de un hospital nivel III Essalud Piura 2018*” (tesis de postgrado) CUALITATIVA, UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”, PERÚ.
- Alligood, M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=nlpgDwAAQBAJ>
- Aranguren, D., Milagros, R., (2017). “El Círculo Hermenéutico...el Círculo de la Comprensión”. *Analéctica* 3(23):15–19. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4287586>
- Barbera, N., & Inciarte, A. 2012. "*Fenomenología y hermenéutica: Dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas*" *Multiciencias* 12(2), 199–205. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90424216010>
- Barrios, L. (2021). “Niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios con personas de cuidado hospitalizados en servicios restringidos: estudio piloto”. *Jóvenes en la Ciencia*, 7.

- Behar, D. (2008). "Metodología de la Investigación". Recuperado de <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-la-concordia-mexico/gestion-del-talento-humano/behar-daniel-2008-metodologia-de-la-investigacion/13857524>)
- Bernejo, J. (2014). "¿Derecho a la humanización?" 2.
- Bernal-Ruiz, D., & Horta-Buitrago, S. (2014). Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enfermería universitaria*, 11(4), 154–163. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1665-70632014000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-70632014000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Boff, L. (2012). *El cuidado necesario*. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?id=0B\\_2uQAACAAJ](https://books.google.com.mx/books?id=0B_2uQAACAAJ)
- Cadenas, D. 2016. "El Rigor en la Investigación Cualitativa: Técnicas de Análisis, Credibilidad, Transferibilidad y Confirmabilidad". *Revista venezolana de investigación* 7(1):17–26.
- Campos, G., y Lule, N. (2012). "LA OBSERVACIÓN, UN MÉTODO PARA EL ESTUDIO DE LA REALIDAD". *Ximahi* 7(13), 45-60.
- Carvajal, L. (2013). "Recursos Humanos en la Investigación científica". [Mensaje en un blog] Recuperado de <https://www.lizardocarvajal.com/recursos-humanos-en-la-investigacion-cientifica/>
- Chacon, M., & Ruiz, L., (2016). "VIVENCIAS DEL FAMILIAR DE LA PERSONA HOSPITALIZADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL

*REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2015*". (Tesis de postgrado)  
CUALITATIVA, UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO", PERÚ.

Correa-Pérez, L., & Chavarro, G. A. (2020). Integralidad en la atención del paciente crítico: Buscando un camino para humanizar la UCI. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 21(1), 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.04.004>

Cu, J. s/f. "Recursos Humanos En La Investigación." *Scribd*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/502124684/Recursos-Humanos-en-la-Investigacion-jose-cu>

Cueva, G., (2021). "*Necesidades de los familiares de los pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos del hospital de emergencias Ate Vitarte, 2021*" (Tesis de postgrado). Universidad privada Norbert Wiener, Perú.

Díaz Pérez, A. (2015). *Cuidado y comunicación por parte de enfermeros a familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos*. Recuperado de <http://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/17574>

Duque-Ortiz, C., & Arias-Valencia, M. M. (2020). Relación enfermera-familia. Más allá de la apertura de puertas y horarios. *Enfermería Intensiva*, 31(4), 192–202. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.09.003>

García, A. D., Estrada, M. C., Gallegos A. M., & Antuna, A. B., (2015). "Efectividad Del Modelo De Cuidado De Enfermería Para La Familia De Paciente Con Infarto Agudo Al Miocardio En La Unidad De Cuidados Intensivos". *Revista CUIDARTE* 6(1), 923–931.

García, D., (2019). *Gestión de calidad y satisfacción del usuario en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz* (Tesis de postgrado) Universidad Inca Garcilaso De La Vega, Perú.

González, T. L. (2004). Las creencias y el proceso salud-enfermedad. *Psicología para América Latina*, (1), 0–0. Recuperado de [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2004000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2004000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)

Guerrero-Castañeda, R. F., De Oliva T. M., y Ojeda-Vargas, M. G. (2017). “Características de la entrevista fenomenológica en investigación en enfermería”. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 38(2): doi: 10.1590/1983-1447.2017.02.67458

Hegel, G., (1807). *Fenomenología del Espíritu*. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/j.ctv2kqwz3s>

Heidegger, M. (1961). *Ser y Tiempo*. Recuperado de [https://www.amazon.com.mx/Ser-y-tiempo-Martin-Heidegger/dp/8498790476/ref=asc\\_df\\_8498790476/?tag=gledskshopmx-20&linkCode=df0&hvadid=295466240324&hvpos=&hvnetw=g&hvrnd=15150483021292867828&hvpone=&hvptwo=&hvqmt=&hvdev=c&hvdvcmdl=&hvlocint=&hvlocphy=1010154&hvtargid=pla-454094275179&pssc=1](https://www.amazon.com.mx/Ser-y-tiempo-Martin-Heidegger/dp/8498790476/ref=asc_df_8498790476/?tag=gledskshopmx-20&linkCode=df0&hvadid=295466240324&hvpos=&hvnetw=g&hvrnd=15150483021292867828&hvpone=&hvptwo=&hvqmt=&hvdev=c&hvdvcmdl=&hvlocint=&hvlocphy=1010154&hvtargid=pla-454094275179&pssc=1)

- Heredia, V., Suárez, M., Badía, E., Gracia, C., Torralba, L., y Prieto, C. (2022). Necesidades de la familia del paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Sanitaria de Investigación*. Recuperado de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/necesidades-de-la-familia-del-paciente-critico-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>
- Husserl, E. (2012). *Logical Investigations Volume 1*. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=wZpBIY2obZ8C>
- Jiménez, M., Rojas, V., García, I. A., González, S., y Mancilla, B. A. (2017). Experiencias de los familiares con pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva. *Revista de Enfermería Neurológica*, 16(1), 16–24. <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v16i1.234>
- Laza-Vásquez, C., Pulido-Acuña G. P., y Castiblanco-Montañez R. A., (2012). “La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación de alto riesgo”. *Enfermería Global* 11(28):295–305.
- Llacsá, J. P. (2021). *Comportamiento del gasto de bolsillo y nivel socio económico de pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos en época de pandemia en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Callao 2020*. (Tesis de postgrado). Universidad César Vallejo, Perú.
- López, A., (2023). Medicina y religión: Una experiencia más [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://movidasana.com/medicina-y-religion-una-experiencia-mas/>

- López-Palma, A. E., Benítez-Hurtado X. G., Leon-Ron M. J., Maji-Mozo P. J., Dominguez-Montoya D. R., Baez-Quiñónez D. F., (2019). “La observación. Primer eslabón del método clínico”. *Revista Cubana de Reumatología* 21(2).
- Massa, E., Florez I., Montalvo A., (2018). “Incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo”. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 20(1):12. doi: 10.11144/Javeriana.ie201.icfp
- Merchán, M. E. (2017). *Vivencias de la familia con paciente internado en Unidad de Cuidado Intensivo UCI* (Tesis de postgrado). Universidad de La Sabana. cuba.
- Morales, O. B. (2017). “Comité de ética en investigación”. *Sitio Web del Comité de ética en investigación*. Recuperado de <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/>
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice* (548). New York, NY, US: Guilford Press.
- Pinzón, G., (2014). “*Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos*”. (tesis de postgrado). Universidad Nacional de Colombia, Colombia.
- Plata, G., Ferreira, J. C., Lindarte, A. A., Niño, C. J., Ramírez N. R., Rojas L. Y. (2010). “Entre la incertidumbre y la esperanza: Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI)”. *Ciencia y cuidado* 7(1) 52-60. doi: <https://doi.org/10.22463/17949831.493>.

- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2011). Creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 5(1), 25–36. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1900-23862011000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1900-23862011000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Rodríguez-Gómez, G. Gil-Flores, J. y Garcia-Jimenez, G. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/44376485\\_Metodologia\\_de\\_la\\_investigacion\\_cualitativa\\_Gregorio\\_Rodriguez\\_Gomez\\_Javier\\_Gil\\_Flores\\_Eduardo\\_Garcia\\_Jimenez](https://www.researchgate.net/publication/44376485_Metodologia_de_la_investigacion_cualitativa_Gregorio_Rodriguez_Gomez_Javier_Gil_Flores_Eduardo_Garcia_Jimenez)
- Rojas, V. (2019). “HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS”. *Revista Médica Clínica Las Condes* 30(2):120–25. doi: 10.1016/j.rmclc.2019.03.005
- Sánchez, A. (2004). “Ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos”. *Nure investigation* 10(10): 01-19.
- Sánchez, M. (2024). “Ética y Principios Bioéticos que rigen a la enfermería” [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://chontales.unan.edu.ni/index.php/etica-y-principios-bioeticos-que-rigen-a-la-enfermeria/>
- Smith, M. C. (Ed). (2015). *Nursing Theories & Nursing Practice. Fourth edition*. Philadelphia, EE. UU: Davis Company.
- Secretaria de Salud México. (2013). “*NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. / Comisión Nacional de los*



*Derechos Humanos - México*” Recuperado de  
<https://www.cndh.org.mx/documento/nom-025-ssa3-2013-para-la-organizacion-y-funcionamiento-de-las-unidades-de-cuidados>

Secretaria de Salud México. (2014). “*DOF - Diario Oficial de la Federación*” Recuperado de  
[https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014#gsc.ta  
b=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014#gsc.tab=0)

Swanson K. M. (1991). “Empirical development of a middle range theory of caring”. *Nursing research* 40(3):161–65.

Tarquino, J. (2014). *La familia del paciente en Unidad de Cuidado Intensivo (UCI)*. (Tesis de pregrado) Universidad del Rosario, Colombia.

Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Recuperado de <https://eugeniawagner.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/08/taylor-bogdan-intr-met-cuali-1.pdf>

Travelbee, J. (1966). *Interpersonal aspects of nursing. Philadelphia*”. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000108&pid=1657-5997200800010000500001&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000108&pid=1657-5997200800010000500001&lng=en)


Vásquez, J. s/f. “La fenomenología de Martin Heidegger -De Husserl a Heidegger-” Revista UdeA 3(3) 27-56.

Venegas-Bustos B. C. (2006). “HABILIDAD DEL CUIDADOR Y FUNCIONALIDAD DE LA PERSONA CUIDADA”. *Aquichan* 6(1):137–147.

Villalba, M. E., Cots, I., & Romero, N. (2012). ¿Las creencias religiosas condicionan el afrontamiento de la enfermedad y muerte de un familiar? *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia*, 9(39), 11. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4634211>



**X. APENDICES**  
**Apéndice 1: Cronogramas de actividades.**

**Tabla 1. Cronograma del primer semestre:**

Cronograma de actividades, primer semestre 2023.										
Actividades	Agosto		septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre	
Elección del tema de investigación	Planeado	Realizado								
Revisión a profundidad del tema y viabilidad.			Planeado	Realizado						
Revisar la accesibilidad al campo de estudio.					Planeado	Realizado				
Elaborar: Introducción, justificación, Objetivos y pregunta de investigación.							Planeado	Realizado		
Elaboración de marco teórico.							Planeado	Realizado		
Elaboración de marco conceptual.							Planeado	Realizado		
Complementación del protocolo.							Planeado	Realizado	Planeado	Realizado
Planeado										
Realizado										


**Fuente: Autoría propia**

**Tabla 2. Cronograma del segundo semestre:**

Cronograma de actividades, segundo semestre 2023														
Actividades	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio	
Visita al campo de estudiar el fenómeno de investigación.	Planeado	Realizado					Planeado	Realizado	Planeado	Realizado	Planeado	Realizado		
Revisión de la metodología.													Planeado	Realizado
Estructuración de la metodología.													Planeado	Planeado
Revisión de los instrumentos para la recolección de la información.													Planeado	Planeado
Revisión de la metodología para el análisis de los datos													Planeado	Realizado
Complementación del protocolo			Planeado	Realizado	Planeado	Realizado	Planeado	Realizado	Planeado	Realizado	Planeado	Realizado	Planeado	Realizado
Planeado														
Realizado														

**Fuente: autoría propia**

**Tabla 3. Cronograma del tercer semestre:**

<b>Cronograma de actividades, tercer semestre 2023</b>										
Actividades	Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre	
Complementación del protocolo	Planeado	Realizado	Planeado	Realizado	Planeado	Realizado	Planeado	Realizado	Planeado	
Revisión de la metodología para el análisis de los datos			Planeado	Realizado	Planeado	Realizado	Planeado	Realizado	Planeado	
Estructuración de la metodología.			Planeado		Planeado		Planeado	Realizado	Planeado	
Estancia Académica en Colombia					Planeado	Realizado	Planeado	Realizado		
Planeado										
Realizado										



**Fuente: autoría propia**

**Tabla 4. Cronograma de actividades cuarto semestre.**

Cronograma de actividades, Cuarto semestre 2024														
Actividades	Enero		Febrero		Marzo		abril		Mayo		Junio		Julio	
Tramite de Registro de Protocolo	■		■		■		■		■		■		■	■
Recolección de los datos mediante la aplicación de los instrumentos.														
Análisis de los datos.														
Análisis de Resultados.														
Estructuración de Conclusiones y recomendaciones.														
Presentación de tesis.														
Planeado	■													
Realizado	■													

**Fuente: autoría propia.**

**Tabla 5. Cronograma de actividades quinto semestre.**

Cronograma de actividades, quinto semestre 2024										
Actividades	Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre	
Autorización de registro de protocolo	Planeado	Realizado								
Recolección de los datos mediante los instrumentos.			Planeado	Realizado	Planeado	Realizado	Planeado	Realizado		
Análisis de los datos.							Planeado	Realizado		
Análisis de Resultados.							Planeado	Realizado		
Estructuración de Conclusiones y recomendaciones.							Planeado	Realizado		
Presentación de tesis.									Planeado	Realizado
Planeado										
Realizado										

**Fuente: autoría propia.**

## Apéndice 2. Recursos materiales y financieros.

Para la implementación del presente proyecto de investigación los que se consideraron los siguientes recursos:

**Tabla 5:**

<b>Material</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Total</b>
Equipo de computo	1	\$25,000.00	\$25,000.00
Impresora	1	\$ 3,000.00	\$ 3,000.00
Audio grabadora	1	\$ 1,200.00	\$ 1,200.00
Hojas de papel	2 cajas	\$ 280.00	\$ 560.00
Foto copias	50	\$ 2.00	\$ 100.00
Cartuchos de tinta para impresora	6	\$ 450.00	\$ 2,700.00
Tablet	1	\$ 21,800.00	\$ 21,800.00
Traslados, gasolina.	-	\$ 1,100.00	\$ 8,800.00
Lápices, plumas y plumones.	20	\$ 5.00	\$100.00
Cuadernillos	5	30	\$150.00
Compensación económica a participantes.	Indefinido	\$300.00	-
<b>Total:</b>			<b>\$ 63,410.00</b>



### Apéndice 3. Cédula de datos sociodemográficos.

**Tabla 6:**

Resultados:					
Número de participantes:					
Sexo:	Masculinis:		Femeninos:		
Edad	De 18 a 35	De 36 a 55	De 55 a mas		
Religi6n	Con religi6n	Sin religi6n	Otras:		
Estado civil	Casados	Solteros	Uni6n libre	Otros:	
Nivel socioecon6mico	Bajo-bajo	Medio bajo	Medio	Medio alto	Alto
Escolaridad	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Universidad
Ocupaci6n	Empleado (a)	Amo (A) de casa	Empleador	Otras	
			(a)		

#### **Apéndice 4. Guía de entrevista semiestructurada.**

La presente entrevista fenomenológica tiene como objetivo recolectar información importante sobre los participantes de los cuales corresponde nuestro tema de estudio: **“Experiencia del cuidador de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos en un hospital de segundo nivel en Sinaloa.”** Las interrogantes le permitirán develar el mundo de la **experiencia del cuidador de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de segundo nivel en Sinaloa.** Agradecemos su colaboración en la entrevista la cual será audio grabada con fines de recolectar información para la investigación y el desarrollo del tema mencionado. La información recopilada será confidencial, de solo uso para fundamentación y desarrollo del tema de investigación utilizando código para proteger su identidad de cada participante.

##### **A. Datos Generales**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_ Domicilio:  
\_\_\_\_\_ Área: (Urbana o Rural): \_\_\_\_\_ Días  
de estancia de su familiar: \_\_\_\_\_

##### **B. Datos Específicos Entrevistador:**

Muy Buen día, primeramente, a nombre de todo el equipo queremos agradecerle de antemano su aceptación de colaborar en esta investigación y el valioso tiempo que usted amablemente dedicara para la misma.

## **SUGERENCIA DE GUÍA:**

1. ¿Cómo ha afectado la hospitalización de su ser querido en su vida diaria a usted y a su familia?
2. ¿Qué emociones ha experimentado durante el proceso de hospitalización de su familiar en la UCI?
3. ¿Podría describir una situación particular que haya sido relevante durante la hospitalización de su familiar en la UCI?
4. ¿Cómo ha sido, la relación, que ha tenido con los profesionales de salud de la UCI?
5. ¿Cómo ha sido la comunicación con los profesionales de la salud en la UCI durante la hospitalización de su familiar?
6. En relación con lo que usted ha expresado, de lo que experimentó en la UCI ¿tiene alguna opinión del cuidado que recibió como cuidador de un familiar?
7. ¿Cómo cree que esta experiencia ha cambiado su perspectiva de la vida?
8. ¿Qué ha aprendido de esta experiencia?

## **Apéndice 5. Guía de observación:**

1. Ambiente externo: Indagar sobre el entorno exterior donde los cuidadores primarios conviven alrededor del hospital (áreas donde descansan, lugares donde comen, áreas verdes si existen, áreas de meditación o religiosidad) con finalidad de que los cuidadores primarios sientan comodidad y confianza al estar contestando la entrevista.
2. Ambiente interno: Indagar y observar sobre el entorno interno donde pasan la mayor parte del tiempo y sus actividades al interior del hospital.
3. Los hechos observados: Enfocarse en las gesticulaciones faciales y movimientos corporales que los cuidadores primarios realizan durante la entrevista semiestructurada.
4. Lo que dicen: Los discursos, enfocándose en cada una de las frases que describen durante la entrevista guiada.
5. Lo que hacen: Las conductas, actitudes y comportamientos, los gestos, las posturas relacionadas con el fenómeno de estudio.
6. Las relaciones entre los miembros de la comunidad del hospital ( enfermeros, médicos, trabajadores sociales, personal de salud y cuidadores primarios) indagar en la correlación que estos tienen al involucrarse entre sí.
7. Los hechos que producen en el investigador: La actitud que toma el entrevistado al estar realizando la guía de preguntas.
8. Experiencia vivida: Sentimientos, dudas, sufrimientos, expectativas, suposiciones, temores, miedos, inseguridades, logros, etc. Que los cuidadores primarios relaten.
9. Los comentarios del observador: Comentarios sobre las actitudes y comportamientos de cada una de las personas entrevistadas.

10. La conclusión: El ver como al finalizar la entrevista se sabe más sobre la experiencia del cuidador primario de personas hospitalizadas en una unidad de cuidados intensivos y la correlación de estas con los profesionales de salud.

## Apéndice 6 Consentimiento Informado.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Por medio del presente me dirijo a usted con la finalidad de hacerle la invitación a participar en el estudio de investigación titulado **“Experiencia del cuidador de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos en un hospital de segundo nivel en Sinaloa.”**, que tiene como **objetivo: Develar el mundo de la experiencia del cuidador de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de segundo nivel en Sinaloa**, el protocolo será conducido por investigador principal él **LE. David Christopher Angulo Ramírez** como parte de su proceso de titulación del programa de **Maestría en Enfermería con Orientación Profesionalizante**, mismo que se llevará a cabo en el Hospital general de Culiacán “Dr. Bernardo J. Gastelum, bajo la supervisión y aprobación por parte del comité de ética e investigación del **Hospital General de Culiacán** motivo por el cual, en caso de tener alguna pregunta relacionada con mis derechos como paciente de un estudio de investigación, puedo comunicarme con la Dra. Tavita Cázares Gómez, presidente del Comité de Ética e Investigación, al teléfono celular 667 103 3001.

**Investigadores adjuntos:** Dr. Verónica Jiménez Barraza, Dr. Jesús Roberto Garay Núñez

El procedimiento que se realizará durante mi participación en el estudio será el siguiente:

Si usted acepta participar en esta investigación, se le hará una serie de preguntas durante un tiempo aproximado de una hora. Las entrevistas realizadas serán con el fin de obtener información sobre los cuidados por parte del profesional de enfermería

que labora en este hospital, así como exponer su experiencia al fungir como cuidador primario en una unidad de cuidados intensivos.

- En el presente proyecto de investigación se pretende hacer uso de una grabadora de voz para verificar la información que se anote.
- En todo momento de la entrevista se contará con una tabla de apoyo y hojas para registrar toda la información. Los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines meramente científicos.
- En caso de que hiciera falta tiempo para la recolección de datos, se programará en otro momento, para continuar con la entrevista en el horario que sugiera la/el participante.

Los efectos adversos o reacciones que pudiera llegar a presentar son: No existen riesgos para usted relacionados con su participación en el proyecto. Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria, puede decidir no participar en el presente estudio, Si decide participar, puede cambiar su decisión y abandonarlo en cualquier momento y por cualquier motivo, sin penalización o pérdida de mis beneficios a los que tenga derecho. Los investigadores pueden resolver cualquier duda que se le presente durante el estudio realizado.

Beneficios esperados: Aunque no recibirá beneficios económicos personales por participar en este estudio de investigación su colaboración nos será de gran ayuda para comprender los cuidados que brindan los profesionales de enfermería a los cuidadores primarios en una unidad de cuidados intensivos.

**Datos generales:** La presente investigación es de tipo cualitativo con un método fenomenológico a través de una técnica de selección de participantes por conveniencia: de acuerdo con la técnica de saturación de datos en la cual se realiza una exploración exhaustiva del fenómeno de interés para poder llegar a conocer a plenitud lo que se observa o se descubre.

Se me informa que se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos de la participación en el estudio y que si fuera el caso de que en un futuro los

resultados fueran publicaciones en revistas de la salud o eventos académicos en ningún momento serán identificados, así como también que el investigador solamente podrá identificar a los participantes haciendo uso de un número clave para mantener estricto apego en la identidad de los participantes.

Así como también se informa que, en caso de tener alguna duda, pregunta, inconveniente o comentario relacionado con la participación en el estudio, el participante podrá comunicarse con el investigador de lunes a domingo en la Facultad de Enfermería Culiacán, con domicilio Josefa Av. Álvaro Obregón Y Josefa Ortiz de Domínguez Esquina, C.P. 80030, Colonia Tierra Blanca, Culiacán de Rosales, Sinaloa. con la Dra. Verónica Jiménez Barraza, con el número de teléfono celular: 6671380838 quien funge como director de tesis e investigador adjunto.

Finalmente, si acepta participar en el estudio y una vez firmado el consentimiento informado sobre su participación, se le hará entrega de una copia de este.

Luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, y de conocer los riesgos si los hubiera y beneficios indirectos de mi participación en el estudio aceptó participar

Nombre y firma de participante  
\_\_\_\_\_

Fecha:    /    /

Nombre y firma del investigador  
\_\_\_\_\_

Fecha:    /    /

Nombre y firma del testigo 1  
\_\_\_\_\_

Fecha:    /    /

Nombre y firma del testigo 2  
\_\_\_\_\_

Fecha:    /    /



## XI. ANEXOS.

### Dictamen comité de ética



HOSPITAL GENERAL DE CULIACÁN

Dr. Bernardo J. Gastélum

Folio: 001488

Culiacán, Sin., a 02 de agosto de 2024  
Asunto: DICTAMEN DE APROBACIÓN

LIC. ENF. DAVID CHRISTOPHER ANGULO RAMÍREZ  
Facultad de Enfermería Culiacán, de la Universidad Autónoma de Sinaloa  
PRESENTE.-

Por medio de la presente y haciendo referencia a:

No. De protocolo: 013-24  
**Experiencia del Cuidador de la Persona Hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital de Segundo Nivel en Sinaloa.**

Le notifico que el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Culiacán Dr. Bernardo J. Gastélum, con Registro de CONBIOETICA-25-CEI-001-20160708, ordinaria del 01 de agosto de 2024 revisó los siguientes documentos:

- Protocolo última versión Jul 2024.
- Consentimiento informado última versión Jul 2024.
- Entrevista, última versión Jul2024.
- Cronograma de actividades, última Versión Jul2024.

Tras la revisión de ese material, el presente Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum", emite **DICTAMEN DE APROBACIÓN**, con vigencia de un año a partir de la emisión del presente oficio. Deberá someter a comité un reporte anual de los avances de su protocolo o bien un reporte final, antes de la vigencia mencionada.

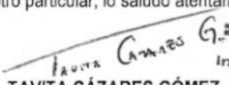

El protocolo será conducido por **DAVID CHRISTOPHER ANGULO RAMÍREZ**, y directora: Dra. Verónica Guadalupe Jiménez Barraza, en el Hospital General de Culiacán Dr. Bernardo J. Gastélum.

La evaluación fue realizada, con apego a los requerimientos de COFEPRIS, Buenas Prácticas Clínicas y lineamientos de la ICH. Siendo importante mencionar a los miembros que participaron, evaluaron y dictaminaron los documentos:

Por el Comité de Ética en Investigación

Puesto	Nombre
Presidente	Dra. Tavita Cázares Gómez
Secretario	Dr. José Matías Sánchez Inzunza
Vocales	Lic. Dania Lizzette Prado González
	Dr. Erick Cuitláhuac Armenta Rivera
	Lic. Rosa Amelia Benítez Cazarez
	Dra. Oralia Sandoval Guerrero
Externo	Lic. Itzel María Benítez Fuentes

Sin otro particular, lo saludo atentamente.

  
  
**DRA. TAVITA CÁZARES GÓMEZ**  
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
DEL HOSPITAL GENERAL DE CULIACÁN "DR. BERNARDO J. GASTELUM"



# HOSPITAL GENERAL DE CULIACÁN

Dr. Bernardo J. Gastélum

Folio: 001033

Culiacán, Sin., a 02 de agosto de 2024

Asunto: DICTAMEN DE APROBACIÓN

LIC. ENF. DAVID CHRISTOPHER ANGULO RAMÍREZ  
Facultad de Enfermería Culiacán, de la Universidad Autónoma de Sinaloa  
P R E S E N T E.-

Por medio de la presente y haciendo referencia a:

No. De protocolo: 013-24  
Experiencia del Cuidador de la Persona Hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital de Segundo Nivel en Sinaloa.

Le notifico que el Comité de Investigación del Hospital General de Culiacán, Dr. Bernardo J. Gastélum, con registro de COFEPRIS 17 CI 25 006 089, ordinaria del 01 de agosto de 2024 revisó los siguientes documentos:

- Protocolo última versión Jul 2024.
- Consentimiento informado última versión Jul 2024.
- Entrevista, última versión Jul2024.
- Cronograma de actividades, última Versión Jul2024.


Tras la revisión de ese material, el presente Comité de Investigación del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum", emite **DICTAMEN DE APROBACIÓN**, con vigencia de un año a partir de la emisión del presente oficio. Deberá someter a comité un reporte anual de los avances de su protocolo o bien un reporte final, antes de la vigencia mencionada.

El protocolo será conducido por DAVID CHRISTOPHER ANGULO RAMÍREZ, y directora: Dra. Verónica Guadalupe Jiménez Barraza, en el Hospital General de Culiacán Dr. Bernardo J. Gastélum.

La evaluación fue realizada, con apego a los requerimientos de COFEPRIS, Buenas Prácticas Clínicas y lineamientos de la ICH. Siendo importante mencionar a los miembros que participaron, evaluaron y dictaminaron:

Nombre	Puesto
Dr. Erick Cuitláhuac Armenta Rivera	Presidente
Lic. Dania Lizzette Prado González	Secretario
Dra. María Guadalupe Ramírez Zepeda	Vocal
Dr. Ignacio Osuna Ramírez	Vocal
TF. Noemí Ochoa Acosta	Vocal

Sin otro particular, lo saludo atentamente.

  
DR. ERICK CUITLAHUAC ARMENTA RIVERA  
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN  
HOSPITAL GENERAL DE CULIACÁN "DR. BERNARDO J. GASTELUM"