

Cátedra: Taller de Trabajo Final

PROYECTO DE INVESTIGACION

“Expectativas del paciente y la familia en aislamiento”

Estudio a realizar en el Hospital Privado de la Provincia de Córdoba, en el periodo de
junio a octubre del 2021

Asesora Metodológica

Licenciada Díaz Estela

Autoras

Hurtado Peña, Mayra DNI: 93925492

Olivares Mejía, Cinthya, DNI: 93912779

Córdoba, 26 de marzo de 2021

DATOS DE LAS AUTORAS

Hurtado Peña, Mayra Elzihña Jesús

Enfermera profesional, egresada en el año 2013 de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la universidad Nacional de Córdoba, Actualmente se desempeña en enfermera laboral en Dinosaurio mall S.A.

Olivares Mejia, Cinthya Erika

Enfermera profesional, egresada en el año 2015 de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Actualmente se desempeña en el Hospital Privado Universitario de Córdoba Capital

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primer lugar a nuestras familias por el apoyo incondicional y el acompañamiento que nos han brindado en el transcurso de nuestra carrera

Además queremos reconocer a la Licenciada Diaz Estela por habernos guiado y al resto del equipo docente de la Cátedra de Taller de Trabajo Final por el apoyo para culminar nuestro proyecto

Por ultimo damos las gracias a Dios por brindarnos los medios necesarios para continuar con nuestra formación como profesionales

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	II
PRÓLOGO.....	4
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
Planteo del problema	6
Definición del problema	12
Justificación	12
Marco teórico.....	13
Objetivos	27
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLOGICO	28
Tipo de estudio	29
Operacionalización de la variable	30
Universo	31
Muestra	31
Técnica e instrumento de recolección de datos	31
Planes.....	31
Cronograma.....	34
Presupuesto.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS.....	39
Anexo I	40
Anexo II	41
Anexo III	42
Tabla Matriz N°1.....	48
Tabla Matriz de preguntas semi estructuradas.....	48
Tabla matriz de preguntas abiertas	49

PROLOGO

En el presente proyecto se busca investigar las expectativas del paciente y familia mediante tres dimensiones que ayudaran a conocer y proporcionar cuidados óptimos y de calidad al paciente y su familia en el ámbito de aislamiento.

Capítulo I, el planteamiento problema empieza con la historia del aislamiento, la temática de lo general, la contextualización del sector, una breve descripción del lugar y espacio, cuidados de enfermería en el área de aislamiento. El registro de las observaciones de la realidad, los interrogantes, la búsqueda de antecedentes respondiendo los interrogantes, y una breve síntesis que nos conducen a la pregunta problema de la investigación. La justificación que fundamenta el por qué y para que la investigación. Marco teórico definiciones conceptuales con variedad de autores y referencias, se formula la conceptualización de la variable “*expectativas*” sus dimensiones e indicadores, se presenta el objetivo general, y objetivos específicos.

Capitulo II Diseño metodológico, especifica el tipo de estudio a realizar a la población y muestra la cual se llevara a cabo. La variable “*expectativas* se operacionaliza para ser medible, de los indicadores, la técnica de recolección de datos a utilizar, se conduce a la elaboración de los planes (recolección de datos, procesamiento de datos, presentación de datos y análisis de datos), cronograma de Gantt, y el presupuesto estimado del proyecto.

Finalmente en el anexo se adjuntan las notas de autorización para la institución seleccionada, consentimiento informado para el paciente, instrumento de recolección de datos y la tabla de matriz.

CAPÍTULO I
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

PLANTEO DEL PROBLEMA

El aislamiento como acción de prácticas asistenciales en salud, es implementado desde la antigüedad, por ejemplo en la colonia de leproso

En la prehistoria, las acciones humanas relacionadas con el aislamiento fueron infrecuentes, porque el hombre vivía aislado y sin animales (nómada), pero al abandonar esa vida y llegar al sedentarismo, las poblaciones crecieron, empezó la domesticación de animales, aparecieron los procesos infecciosos y más adelante surgieron las epidemias, algunos de los factores que contribuyeron a su aparición fueron: convivencia hombre animal, escaso conocimiento de prácticas de higiene, que ocasionaba que la gente sufriera infecciones, sin entender su naturaleza ni origen, con Hipócrates (460-375 d.c) se inicia el estudio y la explicación racional de los males que aquejaban al hombre.

Con el transcurso del tiempo las enfermedades empiezan a perjudicar a poblaciones enteras, afectando su salud y ocasionando numerosas muertes, surgen las primeras prácticas de aislamiento, separando a las poblaciones en personas sanas y personas infectadas o enfermas.

Garzon, Romero, Martinez M&AN, (2004) definen el aislamiento como:

(...) “la separación de personas infectadas de los huéspedes susceptibles durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad, en lugares y bajo condiciones tales que eviten o limiten la transición del agente infeccioso”

Es decir que en todos los pacientes que se sospecha o se confirme un proceso de infección transmisible, deben aplicarse medidas de aislamientos para prevenir y controlar la transmisibilidad. (Citado por Bermeo, Chipantaxi, 2017, p. 19)

Otro momento histórico a destacar son los periodos de guerras donde numerosos soldados heridos morían por infecciones configurando este contexto a la necesidad de intervenciones urgentes de acciones eficaces como es el pensamiento, conocimiento de la teorista Florence Nightingale (enfoque estadístico de las infecciones) generando acciones de salud pública, manejo de la higiene,

eliminación de residuos, red de agua y carpas hospitalares dejando a las personas enfermas en las mejores condiciones, para que la naturaleza actúe sobre ella

Los hospitales modernos tienen su origen en las casas de acogida y/o hospedajes que distan siglos de los actuales, una de las medidas sanitarias que perduran es el aislamiento como medidas de bioseguridad para el control de las infecciones con niveles de cumplimiento y recomendaciones del personal de salud, familias, y toda persona que circule por estas instituciones. (Robles Cardenas, 2016, p. 27)

Una de las instituciones importantes de la Ciudad de Córdoba y en el cual se va a llevar a cabo el proyecto es el Hospital Privado S.A, ubicado en Córdoba Capital, fundado el 30 de septiembre de 1957, por un pequeño grupo de profesionales de la salud.

Esta institución abarca 27000 m² con cinco plantas totalmente renovadas y equipadas con aparatología de vanguardia, habitaciones amplias con la mayor comodidad, quirófanos y unidades de última generación; se brinda atención de máxima complejidad y se realizan actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, sus propósitos fundamentales son la investigación, docencia y asistencia médica.

Las áreas con las que cuenta son Obstetricia y neonatología, Trasplantología, Cirugía Cardiovascular, de tórax y abdominal, Neurocirugía, Cirugía de cabeza y cuello, Neurología, traumatología y ortopedia, Urología, Hemodiálisis, Hemodinámica, Gastroenterología e intervencionismo endoscópico, radiología, Hematología y Oncología.

En la institución la infraestructura está diseñada para albergar pacientes en aislamiento, pero carece de un sector exclusivo, cuenta con un equipo interdisciplinario de control de infecciones.

El servicio de clínica médica se encuentra ubicado en el segundo piso del hospital, cuenta con 23 enfermeros distribuidos en los tres turnos que están capacitados para brindar atención y cuidados polivalentes, estructuralmente posee 17 habitaciones con dos camas cada una y según el requerimiento de la institución

puede albergar un máximo de 17 pacientes en aislamiento que equivale al 50% de su capacidad, las patologías tratadas son diversas, pero prevalecen la neumonía, infección de tracto urinario, diarrea, fractura de cadera, distensión de abdomen agudo.

En el último tiempo se observa un aumento de la cantidad de pacientes que ingresan en aislamiento, por protocolo de la institución se realiza una valoración en guardia o en consultorio externo para conocer si los pacientes padecen enfermedades infectocontagiosas o han estado internados en otras instituciones en los últimos seis meses, en caso de que algunas de estas condiciones se cumplan, se realizan hisopados nasales y anales y son internados en aislamiento hasta que estén listos los resultados de laboratorio.

No todo el personal de salud cumple con las medidas de bioseguridad y generalmente los pacientes y familiares desconocen el motivo por el cual ingresan en aislamiento de contacto, gotas o aéreo, así como también las medidas de bioseguridad y la reducción de la frecuencia del horario de visitas que tiene por objeto evitar la propagación de los microorganismos. Estas medidas aumentan la incertidumbre sobre su periodo de internación, como va a ser su cuidado, temor por contagiar a sus seres queridos, observar los elementos de seguridad utilizados y la influencia en la comunicación con el personal de salud y su familia.

Ante la problemática descrita, se plantean los siguientes interrogantes

¿Adhiere el paciente y los familiares a las pautas de aislamientos?

¿Qué información brinda el equipo de salud ante el aislamiento del paciente?

¿Los familiares están informados del protocolo de aislamiento y como se actúa en la Internación del paciente?

¿Cuál es la relación entre el paciente, la familia y el equipo de salud?

¿Cómo se siente ante la reducción del horario de visita de los familiares y amigos?

¿Qué expectativas tiene sobre la información de su internación en aislamiento los pacientes?

Para dar respuesta a estos interrogantes se realizó una búsqueda bibliográfica y se encontraron los siguientes estudios

¿Adhiere el paciente y los familiares a las pautas de aislamientos?

Según Monsalve Romero C.A., (2016) en su estudio “Adherencia a técnicas de aislamiento en familiares y visitantes de pacientes aislados por vía aérea en la Universitaria Clínica León XIII en Medellín, cuyo objetivo fue evaluar la adherencia de las técnicas de aislamiento por parte de los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea, el estudio fue de tipo descriptivo, observacional de corte transversal, la población y muestra fueron 58 familiares y visitantes de pacientes aislados por vía aérea durante 30 días entre febrero y marzo del 2016, se les aplicó una encuesta y lista de chequeo diseñadas por la investigadora que concluyó que los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea no tienen una total adherencia a las técnicas de aislamiento, porque solo la mitad comprende la información, limitando así el conocimiento que motive a la aplicación de estas.

(...) es considerable la medida que hay desconocimiento, sobre las demás medidas de aislamiento como la restricción de visitas, número de acompañantes permitidos, motivo y tipo de aislamiento lo que limita la adherencia a las técnicas de aislamiento.(p. 57)

¿Qué información brinda el equipo de salud ante el aislamiento del paciente?

Según Benites A., Alarcón N. M., (2017) en su estudio “Estrategia educativa para promover el conocimiento de protocolos de aislamientos en familiares de personas hospitalizadas”, realizado en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, cuyo objetivo es desarrollar una estrategia educativa que promuevan el conocimiento sobre el protocolo de aislamiento en familiares de personas hospitalizadas, del mismo participaron 15 familiares de personas que en

el momento de la intervención se encontraban en aislamiento, al final se llegó a la conclusión que

(...) el papel educador que tiene enfermería, que brinda información a los pacientes y familiares genera resultados positivos pues las personas son receptivas a la información brindada, esto a su vez les genera tranquilidad en cuanto a la situación de salud de la persona hospitalizada (...)

El lavado de manos es una de las medidas más costo efectivas para frenar la transmisión de microorganismos, en este aspecto se identificó un vacío de información, no solo en el correcto procedimiento y momentos sino en la importancia de realizarlo. Brinda las herramientas necesarias a las familias en cuanto a los diferentes procesos relacionados con la hospitalización y/o la enfermedad permitirá empoderarlos y favorecer el acto de cuidado incluso más allá del ámbito hospitalario (...) (p. 49)

¿Cómo se siente ante la reducción del horario de visita de los familiares y amigos?

Estudio realizado por Batista de Jesus J., Lima Dias A. A., Moralez de Figueiredo R., (2019) "Precauciones específicas: las vivencias de pacientes internados" realizado en la Universidad Federal de São Carlos, São Paulo, Brasil, cuya finalidad fue conocer la percepción, significados y repercusiones del ser bajo precauciones específicas para pacientes hospitalizados, estudio cualitativo con metodología clínico-cualitativa según la referencia teórica de vulnerabilidad, se usó una entrevista semidirigida y el análisis de contenido de Bardin, la población estaba compuesta por pacientes hospitalizados que requerían precauciones, 19 personas fueron entrevistadas y al final se llegó a la conclusión que los pacientes que se encontraron internados en aislamiento se sentían solos, por tener menor contacto con los profesionales y por la reducción de los horarios de visita

(...) el efecto de las precauciones de aislamiento de contacto en las actividades realizadas identificó que los profesionales tenían menos contacto con pacientes en comparación a los demás. Los resultados también indican que los pacientes tenían visitas restringidas y permanecían incluso más tiempo solos. Por tanto, la restricción de visitas, la ausencia de acompañante y el menor contacto pueden haber favorecido la sensación de soledad que relatan los entrevistados.

¿Los familiares están informados del protocolo de aislamiento y como se actúa en la Internación del paciente?

Según Alonso Ovies A., Alvarez J., Velayos C., Garcia M. M., Luengo M. J., (2014), en su estudio "*Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica*", realizado en una unidad de cuidados intensivos polivalentes de adultos en el Hospital universitario de Fuenlabrada, Madrid, España, estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas, la población estuvo formada por los familiares de pacientes que hubieran estado ingresados y hubieran sido dados de alta vivos de la UCI, se realizaron 10 entrevistas y se llegó a concluir que existen divergencias entre lo que los familiares esperan y lo que reciben en referencia a la información médica, indica que conocer las expectativas de la familia ayudara a dar una atención de mayor calidad y un trato más humano en las UCI

(..) Una de las fuentes principales de conflicto en la UCI y de insatisfacción en pacientes y familiares es la mala comunicación interpersonal, el poco tiempo empleado en la comunicación no es el único problema. La comunicación se centra más en informar de los procedimientos que se van a realizar que en comentar el estado del paciente; la queja principal de pacientes y familiares es que el personal no es capaz de escucharles y entenderles. Los profesionales, sin embargo, no son plenamente conscientes de esa comunicación deficitaria, manifestando un grado de satisfacción bastante positivo (...)

Síntesis

El paciente y los familiares no adhieren a las normas de aislamientos

El equipo de salud brinda información ante el aislamiento del paciente

Los familiares no están informados del protocolo de aislamiento

La relación entre el paciente, la familia y el equipo de salud no se vió modificada

La familia y los amigos perciben negativamente la reducción del horario de visita

No habiendo encontrado respuestas a las expectativas es que se define el problema de la siguiente manera:

¿Cuáles son las expectativas del paciente y la familia en el sector de aislamiento en el Hospital Privado de la Ciudad de Córdoba de junio a octubre del 2021?

JUSTIFICACION

Este proyecto de investigación se llevara a cabo con la finalidad de conocer las expectativas de pacientes y familiares en aislamiento que se encuentran internados en el Hospital Privado de la Provincia de Córdoba dado que se ha incrementado la cantidad de pacientes que permanecen internados por tiempo prolongado en aislamiento de contacto, por gota o aérea principalmente por resistencia de microorganismos

El problema merece ser investigado porque no se han realizado investigaciones que ayuden a identificar y jerarquizar las expectativas de pacientes y familiares ya que los enfermeros son quienes están en contacto y observan que surgen múltiples expectativas en cuanto a la utilización de elementos de bioseguridad, la reducción del horario de visitas, la internación en una habitación individual.

La finalidad de este proyecto es importante para que el personal de enfermería pueda accionar sobre lo que esperan los pacientes y sus familias, brindado a ellos seguridad y una atención biopsicosocial durante su internación.

El estudio llevara a la reflexión sobre la práctica del personal de enfermería para que la profesión no solo sea una rutina de cuidados biológicos, si no también abordar la parte psicológica y social mediante fundamentos científicos para brindar solidez al desempeño y lograr el reconocimiento profesional

MARCO TEORICO

Las personas que están internadas en aislamiento se encuentran en un ambiente extraño, hostil, con disminución de contacto con sus familiares, debe abandonar los roles que previamente desempeñan (familia, trabajo) y adoptar un papel pasivo y dependiente de los profesionales, esto supone un gran impacto emocional para el paciente, experimentan múltiples sensaciones: miedo, ansiedad, incertidumbre, impotencia, frustración, estrés, soledad.

Con respecto a la internación en el sector de aislamiento implica para el paciente una separación de su ambiente cotidiano, para ellos es un territorio desconocido y en ocasiones no son comprendidas las razones de su aislamiento, esto les genera estigmas, como “sentirse sucios” o en “peligro” porque tiene una enfermedad infectocontagiosa, en su conjunto su diagnóstico de enfermedad de ingreso y el aislamiento le originan diversas expectativas, sentimientos, actitudes, estrés y aburrimiento

Para Martín, Perez y Galán, 2005 (Citado por Etxeberria 2014)

Los familiares se enfrentan a una situación nueva en la que predominan sentimientos como confusión, preocupación, incertidumbre, desamparo, enfado, culpa, etc., deben adaptarse a esta nueva situación que viene marcada por el horario de visita restringido, la terminología de los profesionales de la salud, la calidad y cantidad de información, el estado de salud de su familiar, etc.

Según Jasper, 1998, (Citado por Oñate, 2014)

El aislamiento (...) “es cuando no existe intercambio de pensamiento, de afectos por la existencia de un encerramiento físico, psíquico, mental o sensorial, proceso que parte de la intercomunicación y daña a la psique. Asociado, siempre está la falta de libertad”. (p. 85)

(...) hablar de aislamiento es hablar de Alemania con los campos de concentración, sin intercambio de pensamiento, de afectos y desde el encerramiento físico. Sabemos que el aislamiento produce entre otras patologías culpa. (...) (p. 85)

El aislamiento consiste en la separación de personas infectadas de los huéspedes susceptibles, durante el periodo de transmisibilidad e la enfermedad, en lugares y bajo condiciones tales que eviten la transmisión del agente infeccioso (Hoyos, et al., 2016, p. 45)

Hall y Havens, 1999, citado por (Molina, Muñoz, 2015)

Definieron el aislamiento social como la medida objetiva de tener mínimas relaciones con otros; y aislamiento emocional (o soledad), como el sentimiento subjetivo de insatisfacción con el menor número de contactos sociales mantenidos.

Cattan, White y Bond, 2005, citado por (Molina, Muñoz, 2015)

Definen la soledad (o aislamiento emocional) como el sentimiento subjetivo de falta o pérdida de compañía; mientras que consideran que el aislamiento social es la ausencia objetiva de contactos y de interrelaciones entre la persona mayor y la red social

Diferentes sistemas de aislamiento para pacientes internados se implementaron en los últimos 30 años. En nuestro país ADECI (Asociación Argentina de enfermería de control de infección), da a conocer las normas de aislamiento para hospitales, se evidencio alguna dificultad en su implementación y su poca utilidad para la prevención del contagio o la transmisión de contagios, fundamentalmente entre pacientes. A pesar de la controversia en cuanto a los sistemas de aislamientos, el advenimiento del control de infecciones, colaboro aclarando dos situaciones, la primera, todo paciente con la enfermedad infectocontagiosa puede internarse en un hospital general y la segunda, se comprendieron las formas de transmisión de microorganismos y se dejaron de lado los mitos; que estaban relacionados con las infecciones que puede adquirir el personal de salud que atiende a los pacientes.

En el siglo XXI las medidas de aislamiento en hospitales se encuentra en revisión por distintos factores, hasta no hace mucho el hospital era el único lugar donde se internaban las personas enfermas que necesitaban de cuidados agudos. Hoy ha cambiado con la incorporación de otras formas de atención como los hospitales de día, los cuidados ambulatorios, centros de salud, entre otros. El concepto de infecciones hospitalarias ha cambiado y se sabe que todas las modalidades de atención ofrecen factores de riesgo para la infección adquirida.

Por lo tanto la denominación “infección hospitalaria”; ha sido reemplazada por “infecciones asociadas al cuidado de la salud”.(...) (Huanco, Pinto, Quispe, 2015 p. 9)

El Hospital Privado Universitario de Córdoba, como institución, utiliza internamente protocolos para el control de infecciones que incluyen las precauciones estándares que deben ser respetados por todos los profesionales, pacientes, y familiares

El protocolo que se utiliza actualmente en la institución fue actualizado por última vez en el año 2016 y según el mismo las precauciones estándares se derivan de las normas de BIOSEGURIDAD y están diseñadas para el cuidado de todos los pacientes internados independientemente de su diagnóstico y presunto estado de infección. La implementación de estas, es la estrategia fundamental para el control de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) y su objetivo es reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos por los fluidos del paciente mediante la utilización de los elementos de protección personal que evitan el contacto directo con los mismos. Si el paciente además tiene un germen multirresistente y/o patologías de transmisión aérea se complementan las precauciones estándares con las precauciones de contacto. (...)

Estas precauciones distinguen la transmisión por tres mecanismos, precaución de contacto (PC), clostridium difficile (CD), precaución por gotas (PG) y precaución aérea (PA).

Las precauciones específicas basadas en la vía de transmisión, se aplican además de las estándar, en pacientes con infección documentada o sospecha, o bien colonizados por agentes patógenos de relevancia epidemiológica (...)

➤ **Precaución de contacto:** Diseñadas para disminuir el riesgo de transmisión de germen multirresistentes (GMR), es decir para todos los pacientes que se conozca o se sospeche colonización o infección por GMR Betalamactamasa de espectro extendido (BLE), Acinetobacter multirresistente, pseudonoma multirresistentes, Rotavirus, Escabiosis, Pediculosis, Virus de hepatitis A, Clostridium difficile (CD), Enterobacterias resistentes a la carbapenemes (ERC/KPC), Staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR), Enterococcus vancomicina resistente (EVR)

Se produce a través del contacto:

Directo: contacto directo con el paciente colonizado/infectado de las manos sin guante.

Indirecto: A través de objetos o materiales contaminados (instrumental médico, Juguetes, etc.)

Los requisitos para esta precaución son:

Habitación individual

- para la higiene de manos (lavado de manos con agua y jabón o con solución alcohólica)
- Elementos de barrera para uso del personal (guantes y batas descartables), debe colocarse primero la bata y luego los guantes, para retirar, primero se retiran los guantes, luego la bata.
- Elementos individuales para la atención del paciente (tensiómetro, termómetro, estetoscopio)
- Disminución de la circulación del personal de la institución/familia.
- La puerta de la habitación debe permanecer cerrada.
- Elementos exclusivos para la limpieza de la unidad (palo de piso, trapo, rejilla, balde, guantes de limpieza).(…)

➤ **Clostridium difficile:** Esta bacteria tiene la capacidad de formar esporas (forma de mayor resistencia bacteriana), las esporas permanecen por periodos de tiempos prolongados en superficies, por lo cual es importante la higiene de manos con agua y jabón (...)

➤ **Precaución por gota:** que se utiliza cuando se sospecha de pacientes infectados con microorganismos que se transmiten en partículas mayores a 5mm es decir que sedimentan por gravedad y tienen un radio de acción de no más de un metro o que puedan ser generadas por el paciente cuando tose, estornuda o habla o durante procedimientos específicos.

Los elementos de barrera utilizados son la mascarilla al estar a menos de 1 metro del paciente y guantes y bata si hay riesgo de salpicadura de secreciones respiratorias, todos deben ser descartados antes de salir de la sala y en caso de haber algún artículo contaminado debe ser desinfectados y/o esterilizado.

Las patologías que requieren este tipo de aislamiento son enfermedades por H.influenza tipo b, Influenza H1N1, Parotiditis, Neumonía, Coqueluche (bordetella), Adenovirus, Hanta Virus. (...)

➤ **Precaución por vía aérea** que se aplica a patologías que se transmiten a partir de partículas eliminadas por vía aérea y que pueden permanecer en el aire en suspensión por largos periodos de tiempo, la propagación aérea de las partículas pequeñas (de tamaño $\leq 5\mu\text{m}$) portadoras de microbios son capaces de permanecer en el aire, como núcleos de gotitas o en escamas de la piel, y las corrientes aéreas pueden transportarlas a distancias superiores a los 2m de su

fuelle. Estas partículas son susceptibles de ser inhaladas, los elementos de barrera utilizados son mascarilla (N95) que debe ser colocada fuera de la habitación y desechada antes de salir.

Las patologías que requieren este tipo de aislamiento son mycobacterium tuberculosis, varicela, hepatitis b, sarampión

De esta manera los profesionales de la institución tienen las siguientes pautas para ingresar y asignar al paciente en una habitación aislada del sector correspondiente:

- Paciente proveniente de otra institución hospitalaria o geriátrica
- Paciente que allá estado internado en los seis meses previos
- Paciente que durante su internación se le diagnostico infección por gérmenes multirresistentes
- Pacientes neutropenicos e inmunodeprimidos

Procedimiento de traslado de pacientes con precaución de contacto

Si el paciente tiene indicación de estudios que deban realizarse fuera de la unidad quien lo traslada debe lavarse las manos y colocarse elementos de protección personal (EPP) es decir bata y guantes limpios

➤ Colocarse los EPP en el siguiente orden:

- La bata o camisolín es el EPP que debe colocarse primero
- En segundo lugar se colocara los guantes, previo lavadoa de manos

➤ Retirar los EPP, en el siguiente orden:

- Los guantes son los primeros EPP que deben retirarse
- En segundo lugar se retira el camisolín

➤ Luego del traslado del paciente remover y descartar los EPP, practicar higiene de manos y realizar desinfección de la camilla o silla de ruedas con alcohol al 70%

➤ El equipo donde se realizó el estudio debe ser descontaminado con alcohol al 70% o con peroxomonoslfato de potasio por el personal del servicio

Por lo tanto se llega a la conclusión que el personal de la salud tiene conocimientos sobre el aislamiento y tipos de precauciones estándares que se deben llevar a cabo, luego de esto se hará hincapié en las expectativas

Entre los autores que definen el término “expectativas” se encuentran

Según Bandura, 1977, (Citado por Blanco, 2017)

Expectativa es “el convencimiento de que una ejecución se realice con éxito” es decir, la confianza que las personas tenemos en que podemos desempeñar con éxito una determinada conducta. (p.5)

Bandura, 1986, (Citado por Rodriguez, Avendaño, 2019)

Define tres tipos de Expectativas: expectativas de situación –resultado, expectativas de acción resultado y La autoeficacia percibida (p.19)

Bandura, 1994, (Citado por Chuya, 2015, pp. 14 -15)

(...) “Define a la autoeficacia como el conjunto de creencias de las personas acerca de sus capacidades para ejecutar niveles de rendimiento que ejerzan influencia sobre los acontecimientos que afectan sus vidas y conseguir el éxito. La autoeficacia hace énfasis en la forma que el ser humano piensa, siente y actúa en determinadas áreas de la vida, proponiéndose y cumpliendo lo programado” (p.10)

(...) sostiene que los individuos que demuestran mayor constancia y perseverancia, son personas con niveles altos de autoeficacia, determinando mayor bienestar personal. Estas personas se esfuerzan más en las tareas que participan, ven las situaciones riesgosas como desafíos estimulantes, experimentan un compromiso elevado hacia sus intereses y actividades, y se recuperan rápido de sus frustraciones, se enfocan en mantener una actitud positiva (...) En cambio, las personas con un nivel bajo de autoeficacia dudan de sus capacidades, “tienen bajas aspiraciones y escaso compromiso con los objetivos que deseen llevar a cabo, cuando se enfrentan con tareas difíciles, habitan en sus deficiencias personales, y disminuyen rápidamente sus esfuerzos ante las dificultades

Tolman 1932 y Lewin 1938 (Citado por Pamela Vitteri 2018)

(...) bajo la escuela conductista realizaron estudio sobre la parte cognitiva en el contexto de la psicología del comportamiento, es así que también investigaron sobre la psicología de las personas tanto en grupo como en individual, en base a lo cual concluyen que la expectativa de la persona es relativa a la respuesta que espera que ocurra como resultado de sus acciones y comportamientos.(p.8)

Vrom 1964, (Citado por Pamela Vitteri 2018)

(...)es así que las expectativas se las puede definir como la creencia respecto a la probabilidad de que una acción vendrá acompañada de cierto resultado.(...) se la entiende como la consideración que el individuo hace sobre el hecho de lograr un determinado resultado.(...)(p. 9)

La teoría de las expectativas fue utilizada inicialmente para entender la satisfacción que experimentan los clientes después de consumir un determinado producto, actualmente también se la está utilizando en el contexto educativo considerando al estudiante como lo que es, una parte importante del proceso formativo. (Ramos, Unda & Pantoja 2016 p. 10)

Oliver, 1980, (Citado Padilla 2015)

Asocia el término de expectativa con la satisfacción del producto o servicio presentado, aludiendo a que la predicción de lo que se espera puede estar más relacionada con la satisfacción final del usuario en comparación con la percepción que éste tenga del producto en sí mismo. Es por ello que las expectativas pueden ser analizadas tanto desde el punto de vista de la evaluación de las metas personales como acerca de acontecimientos ajenos a la persona.

A partir de los anteriores autores se llega a la conclusión que la expectativa está relacionada lo que va a ocurrir, lo que se espera obtener el paciente y la familia en un determinado tiempo

Florence Nightingale, (Citado Peres, Aperibense, Aguado, Gómez,Pina, 2021)

(...) la "persona" actúa como un sujeto pasivo, apoyó las opiniones de los pacientes en las decisiones donde estos se encontraban involucrados. Nightingale ve al ser humano afectado por el entorno. Apoyó por tener en cuenta las opiniones de los pacientes, en las decisiones donde estos se encuentren involucrados. Consta de un componente físico, emocional, intelectual, sin dejar de lado el espiritual (p.6)

Por lo tanto el paciente es aquella persona que padece una enfermedad, sufre de dolor y malestar y por ende solicita asistencia médica y cuidados profesionales para la mejoría de su salud, los pacientes internados en el sector de aislamiento del Hospital Privado son predominantemente adultos

Por lo cual este estudio pretende conocer los conceptos de la persona y la familia

Según la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson, 1950, (Citado por Novoa, 2019)

La etapa adulta transcurre entre los 40 y 60 años, en esta etapa el adulto consigue estabilidad y satisfacción tanto laboral como emocional, por lo que quiere guiar a otras personas, ya sea a sus propios hijos o simplemente personas de generaciones más nuevas a las de él. Debe saber que es necesitado por alguien más. Cuando no se logra, el adulto tiene la necesidad de un poco de intimidad para poder luchar con el sentimiento de estar estancado. Por lo que empiezan a auto preocuparse y cuidarse como si fueran sus propios hijos.

Álvarez, 2001, (citado por Maira Vergara. 2018)

La “*familia*”, puede ser definida como una institución básica de la sociedad ya que constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana. Para este propósito cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del hombre, y ha asegurado, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación del individuo para su incorporación en la vida social y la transmisión de valores culturales de generación en generación. La sociedad descansa en la familia como entidad llamada a garantizar la vida organizada y armónica del hombre.

Suárez, Ortiz y Urrego, Murillo, 2014, (Citado por Mazo, Mejía, Muñoz 2019)

La familia es la primera institución que le proporciona al individuo las herramientas que le permitirán convivir con los demás, ya que dentro de ella se empieza a fortalecer y/o establecer aspectos

de su personalidad, pensamiento y comportamiento, que serán necesarios para un mejor desenvolvimiento a la hora de participar e interactuar con agentes externos a los de su familia.

En este estudio es importante conocer la relación entre el paciente – enfermera y familia- enfermera por lo cual se adhiere a la teoría de Orlando

Orlando, 1961, (Citado por Mastrapa, Lamadrid, 2016)

(...) “resalta la relación recíproca entre paciente y enfermera, concibe la función profesional de la enfermería como la resolución y el cumplimiento de la necesidad de ayuda inmediata del paciente. Identifica y resalta los elementos del proceso de enfermería y le da particular importancia a la participación del paciente en el mismo. Esta teoría se centra en cómo mejorar la conducta del paciente mediante el alivio de su angustia, produciendo un cambio positivo”. (p.5)

(...) “la acción de la enfermera en contacto con el paciente se denomina proceso de enfermería, este puede ser automático o deliberado. Las acciones de enfermería deliberadas son aquellas donde las percepciones, pensamientos y sentimientos resultan evidentes para el paciente y la enfermera, estas son las que han sido diseñadas para identificar y satisfacer las necesidades inmediatas del paciente y por tanto para cumplir su función profesional. Esta teoría hace hincapié en la inmediatez, para lo cual propone una correlación positiva entre el tiempo durante el que no se cumplen las necesidades del paciente y su grado de angustia”. (p.5)

Orlando, 1961, (Citado por, Alligood, 2015).

De ahí que la teoría del proceso de enfermería se centre en el contacto inmediato entre la enfermera y el paciente. La observación de las expresiones verbales y no verbales del paciente con las que manifiesta sus necesidades. Con estos datos la enfermera promueve acciones destinadas a satisfacer la necesidad de ayuda del paciente.

Arendt, 1978, (Citado por Botero, Leal, 2017)

¿qué es el pensar?, ¿qué nos hace pensar?, Arendt señala que cuando nos planteamos estas preguntas pareciese que la experiencia del pensar fuera algo indecible, ya que las palabras no alcanzan a captar completamente el sentido de esta experiencia. No obstante, Arendt considera que la actividad del pensar la puede realizar cualquier persona en la vida cotidiana y no es una actividad exclusiva de los filósofos, los científicos y los sabios. A través del pensar, los seres humanos pueden trascender las situaciones contingentes del mundo, dado que, aunque los pensamientos surgen de las experiencias humanas, pueden ir más allá de ellas en la búsqueda de su significado. Por supuesto, esta "búsqueda del significado" cuenta con la colaboración de otras dos facultades mentales importantes: la imaginación y la memoria. La imaginación es la que transforma las experiencias que vivimos en imágenes que nos permiten representarnos lo que está ausente. Mientras que la memoria es la que nos permite preservarlas para posteriormente ser narradas a través del lenguaje que es el puente entre el espíritu y el mundo.

Los objetos del pensar son representaciones que ponen de manifiesto aquello que no está presente a nuestros sentidos. De ahí que la actividad del pensar esté en cierta medida relacionada con la dimensión de la ausencia. El pensamiento se activa cuando decidimos suspender la acción e interrumpimos las actividades de la vida cotidiana con el propósito de examinar qué nos afecta. Sin embargo, Arendt considera que dicha retirada no puede conducirnos a un solipsismo extremo, puesto que los asuntos humanos siempre nos van a impulsar a tomar decisiones y actuar debido a su contingencia, fragilidad y urgencia. Arendt no es fortuita, ella descubrió en la figura de Sócrates cómo el pensar está relacionado con la

capacidad de juzgar en el espacio político y cómo éste, a su vez, necesita de la presencia y compañía de los otros para manifestarse a través del lenguaje y tener una visibilidad en el mundo.

(...) El pensar acompaña a la vida y es, en sí mismo, la quinta esencia del estar vivo; y puesto que la vida es un proceso, su quintaesencia sólo puede residir en el proceso del pensamiento real y no en algún resultado tangible o en un pensamiento concreto. Una vida sin pensamiento es posible, pero no logra desarrollar su esencia; no sólo carece de sentido, sino que además no es plenamente viva. Los hombres que no piensan son como los sonámbulos (...)

Por lo tanto según el autor Bandura, los pacientes y sus familias que se encuentran internados surgen diversas expectativas que hace énfasis en la forma de ser humano de cómo , piensa , siente y actúa y se define en con los siguientes autores.

El pensamiento:

El pensar es reflexionar o considerar una cosa con detenimiento y cuidado. Dice, también, que se trata del proceso que permite analizar detenidamente algo con la finalidad de sacar conclusiones, en general, pensar con detenimiento las cosas; pensar para sacar conclusiones y mejorar lo que se es o lo que se hace; poner en marcha un mecanismo emocional y cognitivo donde se pueda reflejar, como en un espejo, lo que ocurre y lo que preocupa (Domingo y M.V. Gómez 2014).

Los sentimientos:

Según Fernández, Domínguez, 2001(citado por Acedo, Borrachero, Cañada, Martínez, Sánchez 2015)

las emociones se pueden clasificar en positivas, negativas y neutras, las positivas son aquellas que implican sentimientos agradables, son cortos y movilizan pocos recursos para su afrontamiento como por ejemplo felicidad, las emociones negativas implican sentimientos desagradables, valoran la situación como dañina y movilizan muchos recursos para su afrontamiento, ejemplos: miedo, ira, tristeza y asco, por ultimo las emociones neutras son las que producen intrínsecamente reacciones no agradables ni desagradables, es decir que no pueden considerarse como positivas ni negativas, por ejemplo la sorpresa.

Según Heller 2011(Citado por Garcia, 2015)

“Sentir es estar implicado en algo”, sentimiento e implicación son tomados como sinónimos, esta definición la podemos entender como la relación que existe entre la persona y los referentes del mundo. La implicación puede ser cualquier cosa, una persona, un objeto, o hasta otra implicación, del mismo modo esta pueden ser negativas, positivas, directas o indirectas, (...) Heller hace el sentimiento sinónimo de vinculación (p.41)

Los sentimientos son regulados por las costumbres y ritos sociales en tal forma que el límite superior de la intensidad socialmente prescripto y aceptado, así como sus contenidos, no superen el límite tolerado por la homeostasis biológica.

El comportamiento:

Según Bandura, 1997, (Citado por Lucana, 2019)

En su teoría cognitiva de la personalidad sostiene que el comportamiento es guiado por la forma en cómo se afronta una situación; no obstante, no ignora los estímulos que presta el ambiente inmediato frente a cualquier situación, manifiesta que la personalidad es producto de la interacción entre cognición, aprendizaje y el ambiente donde también interviene de forma relevante las expectativas internas que tenga el individuo. Según se cumpla las expectativas o no las personas llegan a alcanzar niveles elevados de desempeño interno denominado autoeficacia el cual se entiende como capaz de afrontar las situaciones de tal forma que lleva a resultados deseados.

(...) la conducta de los individuos se orienta a metas, de tal forma los individuos pueden autorregularse, asimismo las personas tienen cierta libertad además de capacidad un constante cambio (...)

En su teoría humanista de la personalidad denomino tendencia formativa a la inclinación inherente al desarrollo de la naturaleza, en el aspecto humano esta tendencia formativa, vendría a ser la tendencia a la realización, según el, nuestro comportamiento no es irracional, sino más bien avanza hacia los objetivos que el organismo busca lograr.

La motivación es innata en cada individuo, es y tiende a la bondad (...), la valoración orgánica viene a ser una guía subconsciente que valora la experiencia evaluando si tiene potencial para un adecuado crecimiento, aproxima a las personas a experiencias que generan crecimiento y aparta de experiencias que los inhibe, inclusive si las actividades parecen divertidas serán evitadas si la guía subconsciente innata los considera perjudicial.

(...) menciona que ciertas características hacen que el comportamiento de una persona sea plenamente funcional o con una buena salud mental, entre ellas tenemos: apertura a la experiencia, vivencia existencial, confianza orgánica, experiencia de libertad, creatividad (Citado por Lucana, 2019, pp 15-16)

DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

El equipo de investigación estudiará expectativa adoptando a:

Bandura, 1986, (Citado por Rodriguez, Avendaño, 2019)

Quien en su teoría cognitiva, referente a la regulación de la motivación y la acción humana clasifica tres tipos de expectativas, las expectativas de situación-resultado, de acción-resultado y expectativas de autoeficacia percibida

Bandura, 1994, (Citado por Chuya, 2015)

(...) “Define la autoeficacia como el conjunto de creencias de las personas acerca de sus capacidades para ejecutar niveles de rendimiento que ejerzan influencia sobre los acontecimientos que afectan sus vidas y conseguir el éxito. La autoeficacia hace énfasis en la forma que el ser humano **piensa, siente y actúa** en determinadas áreas de la vida, en este caso durante el periodo de internación en aislamiento, proponiéndose y cumpliendo lo programado” (p.10)

(...) sostiene que los individuos que demuestran mayor constancia y perseverancia, son personas con niveles altos de autoeficacia,(...)se recuperan rápido de sus frustraciones, se enfocan en mantener una actitud positiva

(...) En cambio, las personas con un nivel bajo de autoeficacia dudan de sus capacidades(...) cuando se enfrentan con tareas difíciles, habitan en sus deficiencias personales, y disminuyen rápidamente sus esfuerzos ante las dificultades

Es decir que los altos niveles de autoeficacia están relacionados con efectos positivos para la salud y el bienestar de las personas, autoperciben mejor su salud y el pronóstico de recuperación

Se estudiará las expectativas del paciente y la familia a través de:

Ante el uso de los elementos de bioseguridad como batas, guantes, cofia y barbijo durante su aislamiento por medio de:

- Como protección para el paciente y su familia
- Para evitar la propagación de los microorganismos.
- Ante el uso correcto y para seguridad en su atención.
- Para beneficios en su salud por los procedimientos.

Ante la reducción del horario de visita, que impide encontrarse con sus familiares y amigos relacionado a:

- En la relación paciente- familia-
- En la relación paciente -equipo de salud
- En la relación familia- equipo de salud
- En la comunicación que se establece.

Al estar internado en una sala individual en aislamiento referido a:

- En la interacción con sus familiares.
- En la igualdad en su atención comparada con la recibida en una sala común.

OBJETIVO GENERAL

Establecer las expectativas del paciente y la familia en aislamiento en el Hospital Privado en la Ciudad de Córdoba de junio a octubre del 2021

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las expectativas del paciente y la familia ante el uso de elementos de bioseguridad (batas, guantes, cofia y barbijo durante su aislamiento)
- Determinar las expectativas del paciente y la familia ante la reducción del horario de visita(Relación paciente familia, Relación paciente equipo de salud entre otros)
- Definir las expectativas del paciente y la familia al estar internado en una sala individual en aislamiento (Interaccionar con sus familiares, Igualdad en su atención comparada con la recibida en una sala común)

CAPÍTULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

El tipo de estudio que se llevará a cabo es de tipo cuantitativo **descriptivo y transversal**

Descriptivo

Porque permitirá realizar una descripción para identificar las expectativas de los pacientes y la familia en el sector de aislamiento del Hospital Privado de Córdoba, en un contexto específico reflejando la realidad.

Transversal

Porque se estudiará en un determinado momento y por única vez, haciendo un corte en el tiempo, durante el periodo de junio a octubre del 2021

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

La variable a estudiar en este proyecto será, “expectativas del paciente y familia en el sector de aislamiento” y se analizarán en base a las dimensiones e indicadores que se plasman a continuación:

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Expectativas del paciente y la familia en aislamiento	ante el uso de elementos de bioseguridad (Batas, guantes, barbijo, cofia)	Protección para el paciente y su familia Evitar la propagación de los microorganismos. El uso correcto y seguridad en su atención Beneficios en su salud por los procedimientos
	ante la reducción del horario de visita	Relación paciente familia Relación paciente equipo de salud Relación familia equipo de salud Comunicación Fluida
	ante la internación en sala individual	Interaccionar con sus familiares Igualdad en su atención comparada con la recibida en una sala común

POBLACION Y MUESTRA

El universo estará formado por todos los pacientes que se encuentren en aislamiento en los cuatro internados de clínica médica del Hospital Privado, entre los mismos suman 75 personas mensuales, sumando un total aproximado de 150 en los dos meses en los cuales se va a realizar la recolección de datos.

La muestra se constituirá con la totalidad de pacientes (44 pacientes) en aislamiento en el internado del segundo piso del hospital Privado, se eligió este porque es el área donde hay mayor cantidad de pacientes mensuales y por tener mayor acceso ha dicho sector.

FUENTE TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Fuente: La fuente a utilizar será primaria, porque los datos se obtendrán y se van a registrar del objeto de estudio.

Técnica: La técnica a emplear para la recolección de datos será una encuesta de respuestas abiertas porque será entregado a pacientes y sus familiares y serán ellos quienes las completen.

Instrumento: Se va elaborar un cuestionario auto administrado con preguntas cerradas, que permitirá registrar datos específicos anónimos.

Plan de recolección de datos: Previamente a la recolección de datos se solicitara autorización a la Dirección y el Departamento de enfermería del Hospital Privado de la Provincia de Córdoba. Luego se entregara el consentimiento informado de forma escrita a los pacientes y sus familiares para que entiendan el por qué y para qué se realizara el estudio y puedan decidir si participan o no. Después se brindara el cuestionario auto administrado de lunes a viernes de 16:00 a 20:00 horas por ser un rango amplio y además el único horario de visita con el que cuenta el internado del segundo piso. Finalmente se retiraran los mismos

Procesamiento de datos: Para determinar las expectativas del paciente y la familia se establece la siguiente puntuación: de uno (1) o dos (2) puntos para cada dimensión de la variable, si la respuesta es afirmativa/favorable el puntaje es dos (2) y si la respuesta es negativa/desfavorable el puntaje es uno (1).

Después de recepcionar las encuestas se va a controlar y ordenar para descartar cualquier equivocación, a continuación, los datos serán cargados en la tabla matriz para ser tabulados y así conocer las frecuencias absolutas y relativas

Presentación de datos: Luego de clasificar los datos se van a presentar a través de tablas

Cuadro N°: 1 Expectativas del paciente y la familia ante el uso de elementos de bioseguridad en aislamiento. Hospital Privado en la Ciudad de Córdoba de junio a octubre del 2021

PACIENTE

- Protección para el paciente y su familia
- Evitar la propagación de los microorganismos.
- El uso correcto y seguridad en su atención
- Beneficios en su salud por los procedimientos

FAMILIA

- Protección para el paciente y su familia
- Evitar la propagación de los microorganismos.
- El uso correcto y seguridad en su atención
- Beneficios en su salud por los procedimientos

Cuadro N°:2 Expectativas del paciente y la familia ante la reducción del horario de visitas que impide encontrarse con sus familiares y amigos. Hospital Privado en la Ciudad de Córdoba junio a octubre del 2021

PACIENTE

- Relación paciente familia
- Relación paciente equipo de salud
- Relación familia equipo de salud
- Comunicación Fluida

FAMILIA

- Relación paciente familia
- Relación paciente equipo de salud
- Relación familia equipo de salud
- Comunicación Fluida

Cuadro N°: 3 Expectativas del paciente y la familia al estar internado en una sala individual en aislamiento.Hospital Privado en la Ciudad de Córdoba junio a octubre del 2021

PACIENTE

- Interaccionar con sus familiares
- Igualdad en su atención comparada con la recibida en una sala común

FAMILIA

- Interaccionar con sus familiares
- Igualdad en su atención comparada con la recibida en una sala común

Análisis de datos: Se realizará por medio de la estadística descriptiva y finalmente se obtendrán las conclusiones. El programa informático para el análisis de los resultados será Microsoft Office Excel 2010

DIAGRAMA DE GANTT DE JUNIO A OCTUBRE DEL 2021

Cronograma de actividades	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Revisión del Proyecto					
Recolección de Datos					
Procesamiento de Datos					
Presentación de Datos					
Análisis					
Informe					
Divulgación					

PRESUPUESTO

Rubro	Detalle	Cantidad	Precio unitario	Precio Total
Recursos Humanos	licenciado en enfermería	3	\$ 500	\$ 1500
Recursos Materiales	Resma de hojas A4 80 gr por 500 hojas	5	\$ 150	\$ 750
	Carpetas plasticas A4	5	\$ 35	175
	Lapiceras azul/negra	6	\$ 30	\$ 180
	Cartucho color negro	2	\$ 340	\$ 680
	Cartucho varios colores	1	\$ 420	\$ 420
Transporte	colectivo urbano	60	\$17.22	1033.20
Total del presupuesto				5288.20

BIBLIOGRAFIA

- Bermeo Chafra V. E., Chipantaxi Caiza G. P., (2017). Evaluación del nivel de conocimientos y aplicación de las normas para el manejo de aislamientos por contacto y respiratorio por parte del equipo de salud en el servicio de medicina interna del Hospital General Docente de Calderón, en el periodo Abril - Julio 2017

Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11981/1/T-UCE-0006-008-2017.pdf>

- Monsalve Romero C. A., (2016). Adherencias de técnicas de aislamiento en familiares y visitantes de pacientes aislados. (tesis de pregrado). Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez. Medellín. Revista de calidad asistencial. Vol.29 N°6 pp. 229-368
- Benitez Mateus A., Alarcon Castro N. M., (2017). Estrategia educativa para promover el conocimiento de protocolos de aislamientos en familiares de personas hospitalizadas, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja 2017
- Batista de Jesus J., Lima Dias A. A., Moralez de Figueiredo R., (2019) "Precauciones específicas: las vivencias de pacientes internados" realizado en la Universidad Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brazil en el año 2019

Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000400874&tlng=en#aff1

- Alonso Ovies A., Alvarez J., Velayos C., Garcia M. M., Luengo M. J., (2014). Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica.
- Etxeberria Erauskin J., (2014) Sobrecarga emocional de las familias de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos

Recuperado de <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/11564>

- Oñate Español M., (2014) Aislamiento y patología inherente: paralelismo entre el renacimiento en Doña Juana I de Castilla y la época actual
-

Recuperado de [file:///C:/Users/mhurtado/Downloads/Dialnet-AislamientoYPatologiaInherenteParalelismoEntreEIRe-4809963%20\(9\).pdf](file:///C:/Users/mhurtado/Downloads/Dialnet-AislamientoYPatologiaInherenteParalelismoEntreEIRe-4809963%20(9).pdf)

- Hoyos, et al. (2016) Manual de bioseguridad para los establecimiento de salud
Recuperado de <http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/Manual-de-Bioseguridad-02-2016-1.pdf>
- Huanaco V., Pinto D. O., Quispe E., (2015), Medidas de bioseguridad en paciente con aislamiento de contacto en clínica medica
Recuperado de https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/8542/huanaco-vronica.pdf
- Blanco Gascón I., (2017), Expectativa de autoeficacia docente en educación infantil
Recuperado de <https://zaguan.unizar.es/record/64746/files/TAZ-TFG-2017-4952.pdf>
- Rodriguez Castellanos R. G., Avendaño Lozano E. D., (2019),
Estilos de vida y autoeficacia percibida de la salud de los estudiantes del primer año de la escuela nacional de formación profesional policial Lima Perú
Recuperado de <http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/4373/RODR%c3%8dGUEZ%20CASTELLANOS%20AVENDA%c3%91O%20LOZANO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Peres M. A. A., Aperibense P. G. G. S., Dios Aguado M. M., Gómez Cantarino S., Queirós P. J. P., (2021) El modelo teórico enfermero de Florence Nightingale: una transmisión de conocimientos
Recuperado de <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/110511/60288>
- Vergara Coello M. A., (2018) Procesos de adaptación de los hijos de familias reestructuradas en la ciudadela de la Virgen Canton Vinces
Recuperada de <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/5110/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000099.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Botero M. J., (2017) Pensamiento, voluntad y juicio: las condiciones mentales de la acción política en la filosofía de Hannah Arendt
Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/trf/n53/0188-6649-trf-53-00085.pdf>

- Dávila Acedo M. A., Borrachero Cortés A. B., Cañada Cañada F., Martínez Borreguero G., Sánchez Martín J., (2015, junio). Evolución de las emociones que experimentan los estudiantes del grado de maestro en educación primaria, en didáctica de la materia y la energía. Revista Eureka, pp. 550-564

Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/920/92041414011.pdf>

- Garcia Zuñiga A., (2015), Re pensar la educación de los sentimientos para los estudiantes de bachillerato

Recuperada de <http://200.23.113.59:8080/jspui/bitstream/123456789/628/1/31487.pdf>

- Lucana Meza V. J., (2019), La Personalidad

Recuperado de <https://repositorio.une.edu.pe/bitstream/handle/UNE/3975/MONOGRAF%c3%8dA%20-%20LUCANA%20MEZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Chuya Yungaicela P. R., (2015), Autoeficacia en las conductas saludables

Recuperado de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/4190/1/CD00508-2015-TRABAJO%20COMPLETO.pdf>

ANEXOS

Córdoba, Junio del 2021

Hospital Privado Universitario de Córdoba
Dirección/Departamento de enfermería
Jefa de Departamento
Licenciada.....

S...../.....D

Por medio de la presente informamos que somos alumnas regulares la licenciatura de enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba y nos encontramos cursando la materia Taller de Trabajo final, por lo cual solicitamos autorización para poder realizar un proyecto de investigación en el internado del segundo piso del Hospital Privado.

El nombre del proyecto es “Expectativas del paciente y la familia ante el uso de elementos de bioseguridad en aislamiento” entre los meses de junio a octubre del 2021, se utilizara como medio de recolección de datos encuestas auto administradas

Sin otro particular, saluda atentamente

.....
Hurtado Peña Mayra Elzihña Jesús

.....
Olivares Mejia, Cinthya Erika

Consentimiento Informado

Mediante la presente se lo invita a participar del proyecto de investigación “expectativas del paciente y la familia en aislamiento de junio a octubre del año 2021. Su participación consistirá en aceptar contestar una encuesta abierta que será administrada por el personal de enfermería. Es anónima, no tiene ningún costo y posee la libertad para decidir participar. Los resultados serán usados de forma confidencial y anónima por el grupo de investigadores. En cualquier momento puede tomar la decisión de retirarse sin realizar dicha encuesta.

Luego de leer y comprender el estudio ACEPTO participar voluntariamente y que se me aplique la encuesta propuesta

Encuesta a los Pacientes

La siguiente encuesta tiene el objeto de conocer las “Expectativas del paciente y la familia en aislamiento” en el Hospital Privado de la Provincia de Córdoba de junio a octubre del 2021.

Por esto se solicita su colaboración para responder de manera precisa las preguntas, se garantiza la confidencialidad de los datos, agradecemos su colaboración

Datos personales:

1. Edad: ____
2. sexo: Masculino____ Femenino____
3. Estado civil: Casado ____ Soltero ____ Divorciado(a)____ Viudo(a)____
4. Tipo de aislamiento: Aéreo____ Contacto__ Gotas

Preguntas

1. ¿Desde hace cuánto tiempo está internado en el sector de aislamiento?

.....

2. ¿Por qué está internado?

.....

3. ¿Estuvo internado con anterioridad en aislamiento?, ¿Porque?

.....

4. ¿Qué siente al estar internado en aislamiento?

.....

5. ¿Cómo actuó cuando le comunicaron que ingresaba en una habitación en aislamiento?

.....

6. ¿Usted piensa que el uso de los elementos de bioseguridad es necesario? ¿Por qué?

.....

7. ¿le generan seguridad? ¿Por qué?

.....

8. ¿Está de acuerdo que el enfermero use los guantes, barbijos, bata y cofia para su atención? ¿Por qué?

.....

9. ¿Cuál es su sentimiento al observar que sus familiares y amigos utilizan las batas, barbijos, guantes y cofia en el horario de visita?

.....

10. ¿Usted conoce porque hay una reducción del horario de visita?

.....

11. Podría explicar con sus palabras, ¿Cuáles son los beneficios para su salud con la reducción del horario de visita?

.....

12. ¿Usted cree que su comportamiento con sus familiares ha cambiado desde que está internado? ¿De qué modo?

.....

13. ¿Siente que la comunicación con sus familiares y amigos ha cambiado por la reducción del horario de visitas? ¿Por qué?

.....

14. ¿Usted piensa que la relación con sus familiares y amigos ha cambiado desde que se encuentra internado en aislamiento? ¿porque?

.....

15. ¿Cómo es la relación con el equipo de salud, durante el proceso de su atención?

.....

16. ¿Usted cree que la interacción con sus familiares es diferente por estar en una habitación individual en aislamiento? ¿Por qué?

.....

17. ¿Ha sentido un trato diferente en cuanto a su atención por el equipo de salud por estar internado en una habitación individual?

.....

Encuesta a los familiares

La siguiente encuesta tiene el objeto de conocer las “Expectativas del paciente y la familia en aislamiento” en el Hospital Privado de la Provincia de Córdoba de junio a octubre del 2021.

Por esto se solicita su colaboración para responder de manera precisa las preguntas, se garantiza la confidencialidad de los datos, agradecemos su colaboración

Datos personales:

1. Parentesco con el paciente internado:
2. Edad:
3. Sexo: Masculino __ Femenino__
4. Estado civil: Casado __ Soltero __ Divorciado(a)__ Viudo(a)__
5. Tipo de aislamiento en el que se encuentra su familiar:
Aéreo__ Contacto__ Gotas__

Preguntas

1. ¿Desde hace cuánto tiempo está internado su familiar?, ¿Por qué?
.....
2. ¿Anteriormente su familiar estuvo internado en aislamiento?,
¿Cuánto tiempo y Porque?
.....
3. ¿Qué sentimientos le genera que su familiar este internado en
aislamiento?
.....

4. ¿Cómo actuó cuando le comunicaron que su familiar ingresaba en una habitación en aislamiento?

.....

5. ¿Usted piensa que el uso de los elementos de bioseguridad, batas, guantes, barbijos, cofia es necesario?, ¿Por qué?

.....

6. ¿A usted el uso de guantes, batas, barbijos y cofia le genera seguridad? ¿por qué?

.....

7. ¿Está de acuerdo que los enfermeros utilicen las batas, guantes, barbijo, y cofia para la atención de su familiar?

.....

8. ¿Usted conoce porque hay una reducción del horario de visita?

.....

9. Podría explicar con sus palabras ¿Cuáles son los beneficios para su salud con la reducción del horario de visita?

.....

10. ¿Usted cree que el comportamiento de su familiar ha cambiado desde que está internado? ¿De qué modo?

.....

11. ¿Usted piensa que la relación con su familiar ha cambiado desde que se encuentra internado en aislamiento? ¿Porque?

.....

12. Siente que la comunicación con sus familiares y amigos ha cambiado por la reducción del horario de visitas? ¿Por qué?

.....

13. ¿Qué influencia piensa que tuvo en su familia la internación de su familiar?

.....

14. ¿Usted piensa que la relación con su familiar ha cambiado desde que se encuentra internado en aislamiento? ¿porque?

.....

15. ¿Cómo es la relación con el equipo de salud desde que su familiar se encuentra internado?

.....

16. ¿Usted cree que la interacción con su familiar es diferente por estar en una habitación individual en aislamiento? Si, No, ¿Por qué?

.....

17. Ha sentido un trato diferente por el equipo de salud hacia su familiar por estar internado en una habitación individual?

.....

DATOS DE REFERENCIA

Nº				SEXO		ESTADO CIVIL				TIPO DE AISLAMIENTO		
	PACIENTE	FAMILIAR	EDAD	FEMENINO	MASCULINO	SOLTERO	CASADO	VIUDO	DIVORCIADO	AEREO	GOTA	CONTACTO
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
...												

TABLA MATRIZ DE PREGUNTAS

EXPECTATIVAS DEL PACIENTE EN AISLAMIENTO																	
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
....																	

TABLA MATRIZ DE PREGUNTAS

EXPECTATIVAS DE LA FAMILIA DEL PACIENTE EN AISLAMIENTO																	
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
....																	