

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

ESCUELA DE POST GRADO



=====

**MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA DE ENFERMERIA
EN LA DISMINUCION DE ESTRÉS DE FAMILIARES DE NIÑOS
HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
DEL INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO**

=====

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE MAGISTER EN
SALUD PÚBLICA Y GESTION SANITARIA**

TESISTA: LIDA ENEIDA CHAVEZ DUEÑAS

ASESOR: DRA. VERONICA CAJAS BRVO

HUANUCO - PERU

2018

DEDICATORIA

**A MI ADORADA MADRE POR SU AMOR E INVALORABLE AYUDA DURANTE
MI FORMACION PROFESIONAL.**

**A MI QUERIDO ESPOSO Y ADORADOS HIJOS POR SU AMOR
INCONDICIONAL.**

AGRADECIMIENTO

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN DE LA CIUDAD DE HUANUCO POR DARME LA OPORTUNIDAD DE CUMPLIR MÍ MÁS ANSIADO ANHELO DE OBTENER EL TITULO DE MAGISTER, DEL MISMO MODO A LA Dra. VERONICA CAJAS BRAVO, POR SU APOYO PARA EL CUMPLIMIENTO DE MIS OBJETIVOS EN EL DESARROLLO DE LA PRESENTE TESIS.

AL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO. AREA DONDE SE ADQUIEREN MUCHAS EXPERIENCIAS DE ATENCION DIRECTA AL PACIETE Y SU FAMILIA OBJETIVO Y MOTIVO DEL ESTUDIO.

RESUMEN

El ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) supone para los pacientes y sus familiares una situación estresante que provoca sentimientos de sobrecarga emocional, a través de la presente TESIS se pretende lograr el siguiente **objetivo** : Determinar la influencia de un modelo de intervención educativa de Enfermería en la disminución del estrés de familiares de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto de Salud del Niño, para tal fin se llevó a cabo revisión bibliográfica , las evidencias del trabajo diario en la UCI , el **Tipo de Estudio** que se utilizó es el cuantitativo Prospectivo. **El Diseño** fue el Cuasi Experimental con un grupo Antes y Después, con una Población de 33 familiares tomadas por muestreo probabilístico accidental. **Los Resultados** a las que se llegaron fueron : Se identificaron niveles de Estrés antes de aplicar el Modelo de Intervención Educativa considerados como Normal el 15.2 % (5), Leve 33.3 % (11), Moderado 36.3 % (12) y Severo 15.2 % (5) identificados según es Test de Hamilton, instrumento validado, posterior a la aplicación del modelo NO evidenciamos estrés moderado ni severo , tenemos finalmente grado Normal en un 81.8 % (27) y grado de estrés leve el 18.2 % (6) de los casos. **Concluimos** que el modelo de intervención Educativa aplicada en la TESIS es efectivo, comprobándose la hipótesis planteada pues logra modificar el Estrés de la familia en estudio.

Palabras Claves Modelo de Intervención Educativa, Estrés, familia.

SUMMARY

Admission to the Intensive Care Unit (ICU) is a stressful situation for patients and their families that causes feelings of emotional overload, through the present THESIS addresses its **objective**: Determine the influence of a model of educational intervention Nursing in the stress reduction of children hospitalized in the Intensive Care Unit of the Child Health Institute, final paragraph was carried out the bibliographic review, the evidences of the daily work in the ICU, the **type of study** that was used in the quantitative Prospective. **The Design** was Quasi Experimental with a group Before and After, with a population of 33 relatives contracted accidental probabilistic. **The results** were similar to those of the Educational Intervention Model considered Normal, 15.2% (5), Mild 33.3% (11), Moderate 36.3% (12) and Severe 15.2% (5) identified according to Hamilton Test, validated instrument, after the application of the model, we did not show moderate, severe, normal stress, 81.8% (27) and light stress degree, 18.2% (6) of the cases. **We conclude** that the model of Educational intervention applied in the THESIS is effective, checking the hypothesis and modifying the Stress of the family under study.

Key Words: Educational Intervention Model, Stress, family.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo está motivado por una urgente necesidad Educativa para un grupo humano; Siendo la familia del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos, quienes muestran ansiedad y estrés frente a la hospitalización de su niño, el desconocimiento del ambiente hospitalario sumados a la gravedad del niño ahonda más el sufrimiento de la familia mostrando diferentes grados de estrés. Por ello el interés de realizar un trabajo de investigación con el planteamiento de la aplicación de un MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA que ayude a la familia afrontar y disminuir el estrés que los agobia. Se ejecutó durante los meses de Mayo a Octubre del año 2017

El presente trabajo consta de 5 capítulos: En el CAPITULO I, se formula el problema: ¿Cómo influye un Modelo de Intervención Educativa de Enfermería en la disminución de Estrés de familiares e niños hospitalizados en la UCI del ISN siendo el objetivo general: Determinar la efectividad de la aplicación del MODELO en la disminución del Estrés.

El CAPITULO II, sirvió de base y sustento para la elaboración y sustento del trabajo.

En el CAPITULO III, se consideró el Tipo de Estudio que se utilizó es el Cuantitativo Prospectivo, el diseño fue el CUASI –EXPERIMENTAL en un solo grupo ANTES y DESPUES, conformado por 33 familiares de pacientes hospitalizados; Los Instrumentos utilizados son; El Test de Hamilton para identificar el grado de estrés, Modelo de intervención Educativa con el uso de

folletos y trípticos a través de charlas educativas, asimismo se aplicó técnicas de relajación al grupo de familiares.

En el CAPITULO IV, tenemos finalmente los resultados del Trabajo de Investigación ejecutado; Identificando niveles de Estrés de leve, moderado y severo logrando modificar éstos niveles con la aplicación del modelo a niveles de Normal y Leve.

Por tanto se logra demostrar la HIPÖTESIS planteada en el presente trabajo de Investigación teniendo ésta mucha relevancia e importancia por la efectividad en el grupo familiar pues ellos participaron efusivamente durante el desarrollo y ejecución de la presente TESIS DE INVESTIGACION.

INDICE**CAPITULO I**

| | |
|--|----|
| 1.- EL PROBLEMA DE INVESTIGACION | |
| 1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA | 10 |
| 1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA: | |
| 1.2.1 PROBLEMA GENERAL | 13 |
| 1.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS | 13 |
| 1.3. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECIFICOS: | |
| 1.3.1. OBJETIVO GENERAL | 14 |
| 1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS | 14 |
| 1.4. HIPOTESIS | 14 |
| 1.5. VARIABLES : | |
| 1.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE | 15 |
| 1.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE | 15 |
| 1.6. JUSTIFICACION | 15 |
| 1.7. VIABILIDAD | 16 |
| 1.8. LIMITACIONES | 17 |

CAPITULO II

| | |
|--|----|
| 2.- MARCO TEORICO | |
| 2.1. ANTECEDENTES: | |
| 2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES | 18 |
| 2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES | 22 |
| 2.2. BASES TEORICAS: | |
| 2.2.1. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS | 24 |
| 2.2.2. ESTRÉS | 26 |
| 2.2.3. FAMILIA | 35 |
| 2.2.4. INTERRELACION ENFERMERA FAMILIA | 45 |
| 2.2.5. EDUCACION | 50 |
| 2.2.6. MODELO EDUCATIVO DE ENFERMERIA | 56 |
| 2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES | 59 |
| 2.4. BASES EPISTEMICOS | 62 |

CAPITULO III

| | |
|---|----|
| 3.- MARCO METODOLOGICO | |
| 3.1. TIPO DE INVESTIGACION | 63 |
| 3.2. DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACION: | |
| 3.2.1. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION | 64 |
| 3.2.2. CALCULO DE LA MUESTRA | 64 |
| 3.2.3. CRITERIOS DE ESTUDIO | 64 |
| 3.3. POBLACION Y MUESTRA | 65 |
| 3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS | 66 |
| 3.5. TECNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS | 66 |

CAPITULO IV

| | |
|----------------|----|
| 4.- RESULTADOS | 68 |
|----------------|----|

CAPITULO V

| | |
|-----------------------------|----|
| 5.- DISCUSION DE RESULTADOS | 82 |
|-----------------------------|----|

| | |
|---------------------|----|
| CONCLUSIONES | 86 |
|---------------------|----|

| | |
|--------------------|----|
| SUGERENCIAS | 87 |
|--------------------|----|

| | |
|---------------------|----|
| BIBLIOGRAFIA | 88 |
|---------------------|----|

| | |
|---------------|----|
| ANEXOS | 93 |
|---------------|----|

CAPITULO I

1.- EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA :

La Unidad de Cuidados Intensivos es un Servicio que brinda atención integral a pacientes críticos que debido a la gravedad de su enfermedad son admitidos en esta área para la vigilancia continua y el tratamiento inmediato asegurando el restablecimiento mejorando así el pronóstico de salud de cada paciente hospitalizado , el ingreso de un niño a la UCI condiciona a ser sometido al abordaje de colocación de Catéteres, sondas, drenajes e incluso a ser intubado de acuerdo a la gravedad y al diagnóstico de salud , detrás de ellos tenemos a su familia cargada de preocupación y tensión y con mucha necesidad de información y ayuda que muchas veces no recibe (UCI - ISN)

La familia cumple un papel importante en el entorno del paciente, toda vez que la complejidad y gravedad en los servicios de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) cobran mayor dimensión y provocan situaciones de angustia y elevados grados de estrés. Está reportado en la literatura el aumento de los niveles de estrés en la familia que se encuentran en las unidades donde existe más tecnología médica y más vigilancia por el equipo médico ^{1,2}

Torrents refuerza la idea de que los familiares de un paciente ingresado a una UCI, sufren ansiedad, desorganización y necesidad de ayuda sobre todo las primeras 24 horas posteriores al ingreso. Por tanto; El núcleo familiar involucrado requiere de tanto apoyo emocional como de una clara comunicación sobre el estado de salud del paciente.

La Unidad de Cuidados Intensivos, es un servicio de alta complejidad de atención, donde más sufren los familiares, pues la pérdida de la salud supone una crisis situacional en la que la familia experimenta reacciones emocionales significativas (estrés, miedo, depresión, angustia, soledad, incertidumbre, llanto) y se requiere de mecanismos afectivos y de afrontamiento para restaurar el equilibrio emocional, en estas circunstancias, el apoyo emocional y soporte comunicativo por parte del personal de enfermería ayuda mucho es este aspecto³

El proceso de la enfermedad afecta no solo a la persona, sino que se extiende al ámbito de las relaciones familiares. Como dice Ruiz⁴ y Bernat⁵ et al, “el ingreso de un paciente en la unidad de cuidados intensivos supone la ruptura de la unidad paciente-familia agravada por la frecuente incapacidad de la familia para recibir información y expresar sus propios deseos e inquietudes”. Si a esto se agrega el déficit de comunicación se podrían generar situaciones inquietantes para el usuario – paciente y/o familia, que llevaría a producir conflictos interpersonales afectando de manera negativa la calidad percibida en la asistencia a la familia del paciente crítico. Partiendo de estas premisas, se puede afirmar que las familias no son solo visitantes en el entorno de la UCI, sino que son una extensión del paciente y experimentan el proceso del cuidado al lado de su familiar

La familia del paciente crítico requiere cuidados, atención e información oportuna. Por lo tanto, vale la pena conocer las manifestaciones de la experiencia vivida como planteamiento de un problema, para buscar soluciones y estrategias de apoyo⁶. Se ha documentado que el ingreso a la UCI altera el normal funcionamiento del círculo familiar al que pertenece, de ahí la importancia del familiar. El familiar se convierte en pieza fundamental del

cuidado de la persona hospitalizada, con frecuencia se observa salas de espera con manifestaciones de diferente índole de acuerdo con el contexto de sus vivencias y necesidades⁶

Para los familiares informarse a través del personal terapéutico, puede ser difícil, porque los ven muy ocupados y temen molestarlos, al mismo tiempo no suele existir un lugar específico para intercambiar impresiones entre familiares y profesionales del equipo terapéutico aumentando de ésta forma, aumenta la ansiedad y el sentimiento de impotencia de los miembros de la familia. Esta situación lleva a los familiares a tomar conversaciones en los pasillos, a la interpretación de gestos, miradas y palabras, de las que extraen sus propias conclusiones, muchas veces errónea acerca del personal de la UCI⁷

Por tal razón, el personal de enfermería debe ser capaz de brindar apoyo emocional no solo al paciente, sino a su familiar logrando empatía, confianza, comprensión y sensibilidad; igualmente, en la comunicación tanto verbal como no verbal con los familiares, y en el momento de brindar información debe considerar varios criterios como lo son: el contenido del mensaje, la sencillez, la claridad, la credibilidad, la adaptabilidad, entre otros. En la atención en Instituciones de Salud, el personal de enfermería tiene un papel relevante como lo expresa García et al⁸, siendo este personal quien brinda información, educa y orienta al paciente, la familia y los cuidadores.

En la UCI del ISN Por las tardes, las visitas se realizan de 3 pm a 4 pm. Durante este tiempo las familias pueden ver a sus niños ingresados y que se encuentran gravemente enfermos. El tiempo es mucho menor que en cualquier otro servicio, por lo delicado que de su salud. Además, el número de personas está restringido para que el paciente no se vea sometido a una sobrecarga emocional mayor y la relación de ayuda de la Enfermera y la familia es limitado pues se prioriza

primordialmente la atención directa al paciente y el informe que se brinda a este grupo es corto y generalmente se da por la parte Médica y de una manera somera y breve, todo ello preocupa más a la familia llegando a manifestar situaciones emocionales alteradas que no ayudan a su niño en su recuperación

UCI - ISN

Por lo descrito fue necesario e importante plantear un modelo de Intervención Educativa de Enfermería que ayude a la familia del niño hospitalizado a disminuir el estrés dentro de los límites normales, favoreciendo asimismo la estabilidad emocional a este grupo ^{UCI - ISN}

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

Influencia de un modelo de intervención educativa de la Enfermera en la disminución del Estrés de los familiares de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto de Salud del Niño en el año 2017.

1.2.1 PROBLEMA GENERAL :

¿Cómo influye un modelo de intervención educativa de la Enfermera en la disminución de Estrés de familiares de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto de Salud del Niño

1.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS :

- a. ¿Cómo se logrará identificar los niveles de estrés de familiares previo a la intervención educativa?
- b. ¿Cómo se aplicará un modelo de intervención educativa a familiares de niños hospitalizados en la UCI - ISN?
- c. ¿Cómo se logrará determinar los niveles de estrés de familiares posterior a la aplicación del modelo de intervención educativa?

- d. ¿Cómo se efectivizará el modelo de intervención educativa aplicada a los familiares de niños hospitalizados en la disminución del estrés?

1.3 OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la influencia de un modelo de intervención educativa de enfermería en la disminución del estrés de familiares de los niños hospitalizados en la UCI – ISN.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a. Identificar los niveles de estrés de familiares previo a la Intervención Educativa.
- b. Aplicar el modelo de intervención educativa a familiares que niños hospitalizados en la UCI-ISN.
- c. Determinar los niveles de estrés de los familiares, posterior a la aplicación del modelo de intervención educativa.
- d. Demostrar la efectividad del modelo de intervención educativa aplicada a los familiares de niños hospitalizados en la disminución del estrés.

1.4 HIPOTESIS:

Cuando la enfermera aplica, un modelo de intervención educativa disminuye el estrés de familiares de niños hospitalizados en la UCI del Instituto de Salud del Niño de la Ciudad de Lima.

1.5 VARIABLES:

1.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

MODELO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERIA

1.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE

ESTRÉS DE FAMILIARES

1.6 JUSTIFICACION

El paciente en estado crítico es aquél que presenta o puede presentar de forma inminente graves alteraciones de sus funciones vitales que ponen en peligro su vida, siendo la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el lugar donde se agrupan este tipo de pacientes.⁽⁹⁾

Probablemente, la UCI es el lugar de los servicios sanitarios donde los familiares sufren más y donde los deseos de los familiares implican contacto con el paciente y con los profesionales ⁽¹⁰⁾.

El cuidado del paciente crítico es incompleto si no se acompaña del abordaje de los problemas no médicos de los familiares, en relación a sus sentimientos de ansiedad, miedo, soledad. ⁽¹¹⁾

La enfermera intensivista deberá cuidar al unísono a la persona que está hospitalizada en la UCI y a sus familiares como un solo núcleo de cuidado, lo que facilita a ésta comprender las dificultades socio emocionales surgidas en el grupo familiar como una totalidad, esto a su vez permite darles apoyo más decidido y comprometido durante el proceso de adaptación a la nueva situación que confrontan. ⁽¹²⁾

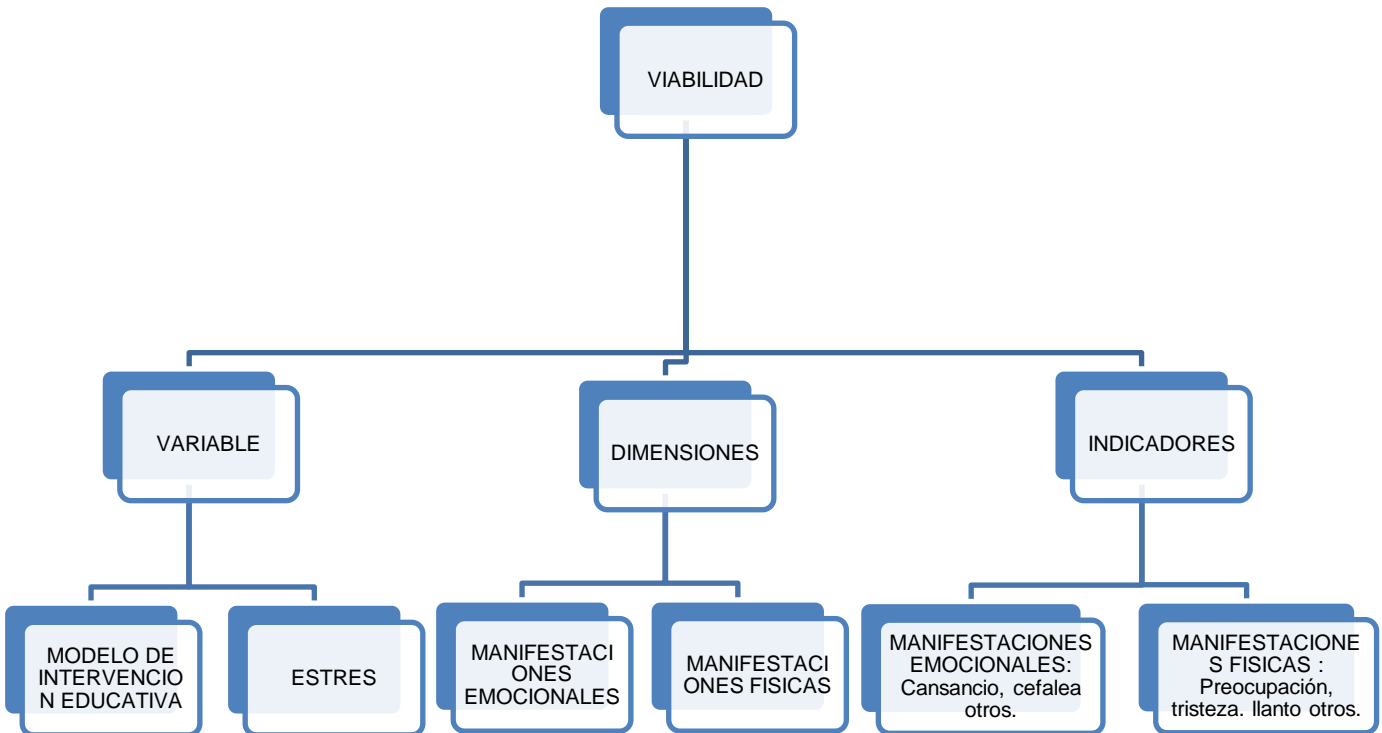
Por lo descrito podemos afirmar lo que acontece el entorno en la UCI del ISN; La crisis de la Enfermedad y hospitalización del niño afecta a los familiares con

sentimientos habitualmente observables durante la permanencia del niño en UCI.

El interés de realizar el presente estudio de investigación es la necesidad de interactuar con la familia estableciendo un modelo de intervención educativa que ayude a la familia a su estabilidad emocional, evitar aumentar el estrés por la hospitalización del niño;

Los resultados de ésta intervención impulsarán el fortalecimiento y la ejecución permanente de un modelo de Intervención Educativa por parte de la Enfermera. Que favorezca a la familia durante el tiempo de permanencia del niño en la Unidad, mejorando su estabilidad emocional y de ésta manera la familia transmite emociones positivas para su niño hospitalizado por ello la gran importancia que surge la elaboración y aplicación del siguiente proyecto de investigación. UCI - ISN

1.7 VIABILIDAD



1.8 LIMITACIONES

- a. Fidelidad y veracidad de los datos: Para recolectar ésta información se tuvo que comprobar a cada uno de los integrantes de la muestra en estudio comprobando asimismo las manifestaciones Emocionales y Físicas que se presenten en ellos.
- b. Falta de cooperación de los padres para recolectar información: Se presentó diversas reacciones de los familiares incluidos en la muestra que no ayudaron en el proceso del estudio.
- c. Actividades dentro del área o Servicio donde se recolectó la información: Se presentaron momentos inesperados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

CAPITULO II

2.- MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES :

El estudio realizado en la Ciudad de Caracas VENEZUELA, cuyo título es: “efectividad de un Plan de Intervención Psicoterapéutica en la ansiedad de familiares a pacientes ingresados a terapia intensiva”, siendo los autores: Dra. María Perníz y Dra. Alexandra Núñez S.; Estudio realizado en el Hospital: Dr. Carlos Arévalo de Caracas, el año 2015; se obtuvo información acerca de los niveles de ansiedad antes y después de la aplicación del plan en un grupo de 25 personas, cuya muestra fue 50 sujetos familiares de 22 pacientes ingresados a la UTI, estudio: Cuasi-Experimental con diseño ANTES y DESPUÉS con un grupo CONTROL; Los instrumentos utilizados fueron un inventario de auto evaluación y un tríptico Informativo, sobre las condiciones que rodean al paciente en la UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, los resultados concluyen que los niveles de ansiedad son severos a moderados, otros hallazgos indican que el 95% de los sujetos se mostró receptivo a la fase de información.

El estudio descrito tiene afinidad con el estudio realizado puesto que en ella se trabaja con familiares de áreas críticas, aplicando en ella inventario de auto evaluación más tríptico informativo, la cual se usó en nuestro estudio, test de evaluación del estrés y se aplicó modelo de intervención de enfermería que en ella integra: Programa Educativo, afiches y trípticos informativo.¹³

* Otro **SEGUNDO ESTUDIO** realizado por: Gema Rodríguez y María Santander ENFERMERAS FRONTERAS I sobre: Resultados en Educación para la salud grupal y control de estrés en un grupo de personas captadas en consulta de enfermería, cuyas de personas captadas en consulta de Enfermería, cuyas edades emprendían entre 25 y 50 años durante el año 2015.

Cuyo objetivo era:

- Conseguir que las asistentes conozcan y utilicen diversas técnicas de relajación, dependiendo de la diversa situación que experimentan, que les permitan controlar sus situaciones de estrés.

Metodología:

- Aplicativo, programado en grupos pequeños: TALLER
- Sesiones de técnicas de relajación 20 a 30 minutos una vez a la semana (durante 2 semanas)

Contenido:

- Mostrar fisiología del estado de estrés y sus mecanismos de compensación.
- Mostrar elementos que favorecen la relajación.
- Se aplicó taller sobre control de estrés.
- Técnicas de relajación muscular progresiva.
- Utilización música terapia en cada sesión de relajación.
- Se realizó 3 sesiones consecutivas en 3 semanas con fechas 8, 16 y 22 Mayo año 2015.

Al finalizar la Educación se pasó una encuesta de 3 preguntas.

- a) ¿Melodías comprendido por qué se genera una situación de estrés y cómo se resuelve?

b) ¿Pensáis que las técnicas aprendidas os pueden resultar útiles en vuestra vida diaria?

c) ¿Aconsejarías las sesiones a otras personas?

Llegaron a las siguientes conclusiones:

- Todas aplicaron adecuadamente las técnicas, dominando el nerviosismo y estrés.
- Todas refirieron sentirse mejor.
- Todas dieron su aprobación mejorando su estado de ánimo.¹⁴

* Tenemos un **TERCER ESTUDIO** cuyo tema de investigación es : SOBRECARGA EMOCIONAL DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI), cuya autora es June Etxeberria Erauskin (UPNA) , de la Universidad Pública de Navarra en España en el año 2012, cuyo **objetivo** es : Identificar y describir el impacto q supone el ingreso a la UCI sobre las necesidades emocionales de las familias e Identificar la relación entre la Enfermera y la familia, la información transmitida y la sobrecarga de los familiares, llegando a las siguientes conclusiones:

- a. Es necesario identificar necesidades individuales para realizar intervenciones efectivas.
- b. Brindar mayor flexibilidad a las visitas.
- c. Integrar a la familia en el cuidado del paciente
- d. La familia debe recibir información asertiva para mejorar la relación con su paciente y exista mayor tranquilidad emocional¹⁵

Tenemos un **CUARTO ESTUDIO** sobre: “Comunicación entre la Enfermera y el familiar de una persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos “ presentada por Gerson Andrés Ballesteros Pinzón. TESIS para optar Título de Mg. De la Universidad Nacional de Colombia en el año 2014.

Resumen El presente estudio se llevó acabo con el objetivo de describir las características de la comunicación entre la enfermera y el familiar del paciente hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en la Clínica Carlos Ardila Lulle Fundación oftalmológica de Santander (FOSCAL) y Hospital Universitario de Santander (HUS) instituciones de salud ubicada en las ciudades de Floridablanca y Bucaramanga respectivamente. La investigación se realizó con abordaje cualitativo, enfoque de análisis de contenido según el modelo de Bardin 2010 en el que participaron 12 familiares de pacientes hospitalizados en la UCI Adultos de las instituciones de salud señaladas; la información obtenida permitió alcanzar la saturación teórica. Para la recolección de la información se utilizó la técnica de entrevistas semiestructuradas, En este estudio se pudo concluir que el familiar de la persona hospitalizada demandan de la enfermera profesional cualidades como: amabilidad, cordialidad, empatía, reconocimiento y un lenguaje entendible, consideradas importantes para establecer la comunicación y están enfocadas a satisfacer la necesidad de información, las relacionadas con la necesidad de una comunicación humanizada para la mejora de la Salud Mental en este grupo.¹⁶

*Un QUINTO ESTUDIO se trata del proyecto: “Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas “

Departamento d'Infermeria i Fisioteràpia, Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

Introducción

En el contexto de una investigación-acción participativa (IAP), con el objetivo general de promover un cambio para mejorar los cuidados que se ofertan a los familiares del paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI), se estableció un proceso en 4 fases: diagnóstico de situación, propuestas de cambio, diseño e implementación de las propuestas y evaluación. Este trabajo presenta las 2 primeras fases.

Objetivos

Conocer las características de la atención a los familiares en la unidad.
Alcanzar el consenso sobre las áreas de acción-intervención en esta unidad.

Material y método

Metodología cualitativa. Diseño: IAP. Técnica de recogida de datos: 4 grupos focales y consenso con grupos de apoyo. Participaron 10 profesionales en los grupos focales y 30 en los grupos de apoyo. Se realizó análisis de contenido. Se alcanzó el punto de saturación teórica.

Resultados

Se elaboraron 2 documentos: 1) diagnóstico de situación en el que se describe la situación actual de la atención de los familiares y 2) 10 propuestas de cambio, de las que se priorizaron 5, que eran: difusión entre los profesionales de la evidencia sobre familiares en la UCI a través de una sesión y la entrega de trípticos informativos, mejora de los procesos de información (enfermera-familia e intraequipo), protección de la intimidad de los pacientes y disminución del ruido ambiental, plan de formación para los profesionales y cambio en la política de visitas.¹⁷

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES :

“PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO RESPECTO A LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE LA CRISIS SITUACIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI. Abril 2013 “UNMSM. Para optar el título de Lic. En Enfermería. Autora. Rosa Esther Franco Canales

Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención que realiza la enfermera durante la crisis situacional en la UCI Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – Abril 2013 Los objetivos fueron: Determinar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Abril del 2013 e identificar la

percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la dimensión de comunicación verbal, no verbal y apoyo emocional en la UCI-HNERM. El método que se utilizó fue el descriptivo de corte transversal, tipo cuantitativo. La población estuvo conformada por 24 familiares de los pacientes de la UCI. La técnica fue la entrevista y el instrumento la escala modificada de Likert. Los resultados fueron que el 37.5% (9) refirieron una percepción favorable, 33.3% (8) desfavorable, y 29.2% (7) indiferente. Ello está referido a que las enfermeras no orientan a la familia sobre la forma de hacer frente a los sentimientos de angustia, no tienen un tono cálido al hablar con los familiares y no tranquilizan con palabras de aliento. Los aspectos desfavorables e indiferentes en el área de comunicación verbal fueron que las enfermeras no preguntan sobre los problemas que enfrentan debido al paciente crítico, ni explica sobre los procedimientos que se realiza a los pacientes, en el área de comunicación no verbal no le mira de manera cálida al responder alguna inquietud del familiar y en el área de apoyo emocional no le toman de la mano cuando los observan tristes o afligidos y no se acerca para tranquilizarlos. Los aspectos favorables en el área de comunicación verbal está dado por que las enfermeras utilizan un lenguaje claro y sencillo al responder alguna inquietud al familiar, en la comunicación no verbal explica los procedimientos y le presta atención cuando le pregunta algo, mientras que en el aspecto de apoyo emocional se muestra atentas y comprensivas con los familiares del paciente. Las conclusiones fueron que existe un porcentaje significativo de familiar del paciente crítico que percibe la intervención de enfermería durante la crisis situacional como indiferente en las dimensiones de comunicación verbal y apoyo emocional; y prioritariamente desfavorable en la dimensión de comunicación no verbal. Limitando así la

restauración de la homeostasis psico-emocional del familiar. Además la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional tiene una tendencia prioritariamente hacia lo indiferente y desfavorable en aquellos familiares de sexo masculino, grado de instrucción superior, y entre adultos jóvenes.¹

2.2 BASES TEORICAS:

2.2.1 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

a. Descripción de la Unidad de Cuidados Intensivos:

Una unidad de cuidados intensivos es un servicio creado para la vigilancia continua y el tratamiento inmediato de pacientes gravemente enfermos, cuyas funciones vitales (potencialmente recuperables) estén tan alteradas, que ponen en peligro la vida.¹⁸

La UCIP ha evolucionado como el marco único para la atención de los niños con enfermedades inestables o amenazadoras para la vida. Su peculiaridad entre las unidades de cuidados críticos de la medicina moderna radica en que es una unidad que presta asistencia tanto a los pacientes médicos como a los quirúrgicos. La unidad de UCI, se destaca por su alto desarrollo en la tecnología médica para la atención a un paciente crítico que supone una gran demanda a las instalaciones físicas y a su personal.

La UCIP debe ser un lugar en el que se fundan las experiencias médicas y quirúrgicas del hospital, es en este centro en la que se presta atención a un niño en cuestión de minutos y es aquí donde los pacientes pueden recibir control estricto del personal capacitado en ésta área (médicos, enfermeras), para asegurar el restablecimiento y mejorar el pronóstico de salud a cada paciente.

Por esta razón suele emplearse una vigilancia invasora para asegurar la mejor fiabilidad en el momento más necesario.¹⁸

b. Paciente Pediátrico en estado crítico:

Gran parte de la práctica pediátrica se dedica a ayudar al niño a hacer la transición desde el medio uterino hasta la edad adulta, a través de periodos de lactancia, infancia y adolescencia. En este sentido, se hace hincapié en los aspectos relativos al mantenimiento de la salud y al crecimiento y el desarrollo normales.

Cuando en uno de nuestros pacientes aparece una enfermedad grave, el abordaje e intervención al niño en estado crítico es inmediato, con una exploración física inmediata con estudios de laboratorio hasta llegar a un diagnóstico de presunción, la cual llevan a un plan de tratamiento; cuando nos enfrentamos a una enfermedad que pone en peligro la vida, hay que tomar decisiones respecto a la intervención terapéutica, apoyándose en datos limitados y en la riqueza de la experiencia clínica.

En general se asocia la atención intensiva al enfermo en estado crítico con alta tecnología, pero nuestro abordaje inicial del niño en estado crítico enfermo depende casi totalmente de la capacidad clínica.

La atención al paciente crítico es inmediata, inicialmente la observación es importante para comenzar con un tratamiento antes de los exámenes de laboratorio; sobre todo si existe dificultad respiratoria, la intubación endotraqueal es en el momento.

Ampliando el abordaje, cuando se trata a un niño en estado crítico, se debe centrar los aspectos fisiológicos que en el diagnóstico ¹⁹

Se consideran entre los elementos de cuidados críticos que son: examen, control, intervención y anticipación; en la que la planificación es constante, usando los datos obtenidos en el examen y en el control para actualizar continuamente la impresión del pronóstico.²⁰

2.2.2 ESTRÉS

a. Estrés:

El estrés es como un fenómeno que se presenta cuando las demandas de la vida se perciben demasiado difíciles. La persona se siente ansiosa y tensa y se percibe mayor rapidez en los latidos del corazón. Es inevitable experimentar cierto grado de estrés en la vida y en las ocasiones apropiadas resulta benéfico. No obstante, demasiado estrés es peligroso para la salud en general, ya que se alteran en forma prolongada y perjudicial las funciones de muchos sistemas del organismo.²²

En otras palabras, el estrés o síndrome general de adaptación, es una respuesta connatural, hace parte de nuestra condición biológica y se activa cada vez que nuestro organismo identifica un estímulo como amenazante de la homeostasis.

Otros autores lo definen como: la respuesta física y emocional provocada en el ser humano por una situación física, psicológica o social que produce desequilibrio y desarmonía. Es desencadenado por un estímulo de tal intensidad y magnitud que produce tensión.²²

Según artículos del MINSA; el estrés se define como la expresión de la relación entre el individuo y su medio ambiente, la cual es evaluada cognitivamente por la persona. Como un exceso o peligro a sus propios recursos y capacidad individual, poniendo así en peligro su salud mental y física.²¹

Una aportación del Instituto de la Familia; es que debe entenderse el estrés como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza. Se manifiesta como una actividad predominante del Sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo.

Se parte de la definición del concepto de estrés y de cómo lo ven diferentes autores (Selye, Myers, Lazarus y Folkman, etc.); se estudian también los factores implicados y sus interacciones. Desde el modelo interactivo, se define el estrés como el proceso a través del cual se perciben y se responde a ciertos acontecimientos, denominados factores estresantes, que se evalúan como amenazantes o constituyen un desafío. Se estudia el fenómeno del estrés desde una perspectiva multifactorial.

Otro de los elementos de estudio se refiere al proceso de afrontamiento del estrés, que hace referencia a aquellos esfuerzos conductuales y cognitivos que realiza la persona para hacer frente a las situaciones estresantes y así controlar los estados emocionales asociados a ellas. También se han considerado los tipos generales de afrontamiento; negativita, autorreferente y auto eficaz y sus características más generales.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento del estrés, se analizan las formas predominantes con que las personas pueden hacer frente a las situaciones de estrés; la evaluación primaria y la evaluación secundaria se consideran como aquellas estrategias de evaluación dirigidas hacia la emoción y hacia el problema respectivamente.

Se analizan también los trastornos de ansiedad (fóbicos, de angustia, de ansiedad generalizada, obsesivo-compulsivo y de estrés postraumático). Junto con sus características conductuales, cognitivas y emocionales, se exponen los diferentes inventarios de evaluación de la ansiedad, las hojas de registro y las hojas de auto registro con el fin de que los profesionales conozcan su aplicación.

Por último se ha elaborado un esquema de plan de cuidados estandarizado en cada uno de los trastornos especificados, junto con los resultados (NOC) más apropiados y las intervenciones (NIC) específicas para ayudar a su resolución. Al final se han elaborado ejemplos de intervenciones enfermeras y actividades muy detalladas para que puedan utilizarse en la resolución de los trastornos.²³

b. Factores Etiológicos del Estrés:

Cuando la persona esté expuesta al estrés, éste es registrado por el cerebro y su señal transmitida a la corteza cerebral que permite los procesos intelectuales, activa a su vez el hipotálamo, encargado del control de la vida emocional y del sistema nervioso, al cual pone en movimiento y al sistema endocrino.

Cuando existe una amenaza en el medio externo o interno, la persona comienza a experimentar rápidamente una serie de variaciones fisiológicas que preparan el cuerpo para afrontar el peligro, éstas modificaciones son notadas por otras, a veces por la misma persona y en ocasiones pasan desapercibidas.²²

El estrés, lleva a las personas a reaccionar a la defensiva, tornándose irritables y sufriendo consecuencias nocivas sobre todo el organismo. Manifestándose ésta como:

Elevación de la presión sanguínea, gastritis y úlceras en el estómago y el intestino, disminución de la función renal, problemas de sueño, alteración del apetito, agotamiento; todo ello se manifiesta según el estímulo negativo externo en que se presente la situación, en este caso respecto a las experiencias hospitalarias.²¹

En orden a manejar el estrés se deben identificar aquellos aspectos del ambiente de trabajo que pueden tener consecuencia adversa sobre la salud.

Los factores extra-laborales; incluyen estresores de la vida familiar y la comunidad que no están relacionados con el trabajo, pueden ser del área social y cultural relacionados con el trabajo: Clima, dieta, contactos y actividades sociales; e individual (factores genéticos demográficos, cuentos de vida, autoconocimiento, variedad de intereses y reacciones).

Factores Laborales; papel del individuo en la Organización, conflictos e incertidumbres acerca de su trabajo, influencia del ámbito del trabajo en el sector salud, que sumadas a las cargas psicosociales como el sentirse incapaz de resolver muchos de los problemas de los enfermos, la angustia de trabajar con moribundos, las situaciones de emergencia que exigen intervenciones inmediatas, permanecer atento y concentrado durante periodos de tiempo prolongados.²²

c. Estrés de familiares de niños hospitalizados :

➤ FUENTE DE ESTRÉS RELACIONADOS CON LA UCI :

El hecho de ver y oír el equipo conectado a los niños enfermos, causa ansiedad y temor. Con gran frecuencia los padres no logran distinguir entre una alarma que señala una situación de amenaza de vida, la familia cambia de actitud al ver y saber que son otras las personas que están al cuidado de sus hijos, la presencia de una serie de equipos y el abordaje de ciertos aditamentos en el cuerpo del niño aumenta más su angustia. ^{UCI - ISN}

➤ NECESIDADES DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS :

- Recibir información precisa, actualizada y congruente.
- Hablar con regularidad con el médico que atienda a su hijo.
- Que sienta que se está haciendo todo por su hijo.
- Tener esperanzas de que su hijo sobrevivirá.

➤ RESPUESTA AL ESTRÉS Y CONDUCTA DE ADAPTACION :

Los padres suelen comportarse en la misma forma que en crisis anteriores, pudiendo ocurrir ciertas reacciones como:

- Situaciones de choque por la primera vez que lo ven en un estado crítico.
- Es posible que no recuerden la información o que pregunten lo mismo varias veces.
- Temor al acercarse a la cama del niño.
- Cada familia tiene diversa reacción frente a la situación de crisis que se le presente.
- La mayoría de los padres se sienten culpables e impotentes cuando su hijo está enfermo o lastimado porque sienten que ellos deben protegerle de todo tipo de daño.
- Algunos padres consideran que Dios causó la enfermedad de su hijo, como castigo un pecado o a una falta de alguno de los progenitores.
- Las enfermedades graves ocasionan preocupaciones económicas que agravan más el estrés ya existente en la familia.²¹

d. Afrontamiento del estrés :

El estrés puede ser controlado. La persona puede adiestrarse para desarrollar determinadas habilidades que le ayuden identificar factores potenciales del estrés y modificar reacciones perjudiciales ante él. Una de las habilidades que se puedan desarrollar es la de lograr relajarse. La relajación proporciona

resultados muy satisfactorios en el tratamiento del estrés, además del beneficio inmediato que brinda, otorga a la persona la sensación de estar en control de sí misma, de que el estado de tensión no se escapa de la voluntad y que por lo tanto es una situación controlable.

La práctica de la relajación concede una sensación placentera de gran tranquilidad mental y distensión muscular completa. Cuando la tensión es muy fuerte, se requiere que la relajación sea profunda para que el resultado sea efectivo. No obstante pese a los múltiples beneficios tiene el inconveniente de que no puede practicarse de manera inmediata cuando se presenta una situación productora de estrés.

Es éstos casos se recomienda una forma de relajación basada en la respiración, consiste en pasos: Primero se debe respirar profundamente reteniendo el aire tres o cuatro segundos y exhalándolo lentamente, lo cual se repite dos o tres veces.

Otra forma de controlar el estrés es aprender a preocuparse constructivamente, existen dos tipos de preocupación: La destructiva y la constructiva. La preocupación destructiva es aquella que no está provista de estrategias de solución, es repetitiva, recurrente y obsesiva y no puede cambiarse teniendo un futuro incierto, es preocuparse por preocuparse y contribuye al empeoramiento de la situación. En cuanto a la preocupación constructiva, es racional, incluye planes y métodos para afrontar los agentes productores de estrés y fundamentalmente se centra en soluciones más que en el problema.^{24 - 25}

e. Respuestas al estrés y conductas de adaptación :

Los padres suelen comportarse en la misma forma que en crisis anteriores, pudiendo ocurrir ciertas reacciones como:

- Situaciones de choque por la primera vez que lo ven en estado crítico
- Es posible que no recuerden la información o que pregunten varias veces lo mismo.
- Temor al acercarse a la cama del niño
- Cada familia tiene diversa reacción frente a la situación de crisis que se presente.
- La mayoría de los padres se sienten culpables e impotentes cuando su hijo está enfermo o lastimado porque sienten que ellos son los indicados de protegerlos de todo tipo de daño
- Algunos padres consideran que Dios causó la enfermedad de su hijo, como un castigo o pecado de alguno de los progenitores.
- Las enfermedades graves ocasionan preocupaciones económicas que agravan más el estrés ya existente en la familia. ²¹

f. Factores estresantes de la familia :

La crisis de la enfermedad y hospitalización de un niño afecta a todos los miembros de la familia nuclear y, en grados variables, también a los de la familia extensa; al ingresar un niño a una unidad de cuidados intensivos, las reacciones y necesidades de los familiares son típicamente mayores que cuando ingresa con una enfermedad menos grave, en una unidad pediátrica normal. La exposición siguiente repasa las reacciones habituales de la familia; las específicas de los ingresos en cuidados intensivos.

Las reacciones de los padres o la enfermedad de su hijo dependen de diversos factores; casi todos responden a la enfermedad y hospitalización con reacciones notablemente constantes; en primer lugar se da la incredulidad si la

enfermedad se da en forma brusca y es seria, luego reaccionan con cólera y sentimientos de culpa; los padres dudan de su capacidad de cuidadores y consideran realizarse una auto evaluación, pues se sienten incapaces de aliviar el dolor físico y emocional del niño.

Temor, ansiedad y frustración son los sentimientos expresados habitualmente por los padres. A menudo mucha de la ansiedad guarda relación con el trauma y el dolor infringidos al niño. Los sentimientos de frustración suelen estar asociados a la falta de información sobre los procedimientos y tratamientos, el desconocimiento de las reglas y los reglamentos del Hospital, la sensación de ser mal recibido por el personal y el temor de preguntar. Mucha de ésta frustración se puede aliviar cuando los padres saben lo que esperan y lo que se espera de ello, se les anima a participar en los cuidados de su hijo y se les considera como los principales contribuyentes al restablecimiento total del niño.

Tarde o temprano, los padres sufren algún grado de depresión. Las madres suelen hablar de su sensación de agotamiento físico y mental, cuando todos los demás miembros de la familia se han adaptado a la crisis, otros motivos de ansiedad y depresión guardan relación con el futuro bienestar del niño y con los efectos negativos producidos por la hospitalización. Los padres a su vez, son incapaces de percibir el restablecimiento del niño y, en consecuencia, necesitan continuar la actitud sobre protectora y de atención al niño.²⁵

Tipos de Estrés que manifiestan las personas:

Estresantes físicos:

- Dolor y malestar (inyección, intubación, aspiración)
- Inmovilidad (reposo en cama)

- Privacidad de sueño
- Imposibilidad de comer o de beber
- Cambios de los hábitos de eliminación

Estresantes Medioambientales:

- Entornos extraños aglomeraciones
- Sonidos extraños
- Fluidos de los equipos (monitores, teléfono, aspiradora)
- Sonidos humanos (conversaciones, risas, llantos)
- Personas desconocidas (profesionales, pacientes)
- Olores extraños y desagradables
- Luces constantes
- Actividad relacionada con otros pacientes
- Sensación de prisa en el personal

Estresantes Psicológicos:

- Falta de intimidad
- Imposibilidad de hablar (si el niño está intubado)
- Inadecuado conocimiento de la situación
- Gravedad de la enfermedad
- Comportamiento de los padres (expresión preocupada).²⁵

2.2.3 FAMILIA

a. Generalidades:

La **familia** es un grupo de personas formado por individuos unidos, primordialmente, por relaciones de filiación o de pareja.²⁶ El Diccionario de la Lengua Española la define, entre otras cosas, como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas.²⁷ Lo que lleva implícito los conceptos

de parentesco y convivencia, aunque existen otros modos, como la adopción. Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.²⁸

Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio y algunas sociedades, solo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia—, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

No hay consenso sobre una definición universal de la familia. Es un concepto antropológico inferior al clan, la tribu y la nación; sociológico e incluso económico (unidad mínima de empresa). La familia nuclear, fundada en la unión entre hombre y mujer, es el modelo principal de familia como tal, y la estructura difundida mayormente en la actualidad; pero las formas de vida familiar son muy diversas, dependiendo de factores sociales, culturales, económicos y afectivos. La familia, como cualquier institución social, tiende a adaptarse al contexto de una sociedad.²⁹

b. Características de la familia:

Todos los sistemas tienen necesidad de alcanzar un equilibrio interno, pudiéndose producir cambios y crear un nuevo estado de equilibrio.

Todas las familias, además de estructura y equilibrio, tienen objetivos. Cualquier movimiento o cambio dentro del sistema familiar está dirigido hacia un objetivo que puede ser natural o planificado. La aparición de esquizofrenia en un familiar

suele producir desequilibrio y crear un estado de disfuncionalidad. Como el de hospitalizar a un niño críticamente enfermo puede producir igual desequilibrio emocional, esta situación puede durar si no se corrige a tiempo.

La manera en que una familia y sus miembros se ven unos a otros es importante. Algunas familias tratan de fomentar la autoestima, el sentimiento que esto produce puede ser transitorio; en otros casos, esta sensación puede ser una constante amenaza para las familias; la falta de autoestima puede alterar indudablemente la salud mental de una familia ³⁰

Un estudio realizado en la Universidad de Kentucky Estados Unidos, encontró algunas características de las familias.

Compromiso: las familias fuertes se comprometen entre ellas mismas para promover la felicidad de sus miembros. Éste compromiso se manifiesta a la hora de involucrarse en el futuro de cada uno de manera que se pueda establecer objetivos para cada integrante y desde allí trabajar para el logro de los mismos.

Aprecio expresado. Familias que se expresan abiertamente y verbalmente, es decir hacer saber a los demás a través de sus palabras acciones de cada uno.

Matrimonio fuerte. La salud del matrimonio influencia la salud de la familia. Cuando existe un matrimonio fuerte, donde la pareja se encuentra sólidamente unida, ese éxito se transfiere a la familia. El respeto mutuo entre los padres es uno de los factores más críticos. Aquellos hogares donde una sola persona sea hombre o mujer está a cargo de la familia también pueden llegar a ser saludables siempre y cuando existan responsabilidades claras y delimitadas para cada integrante de la familia.

Muy buena comunicación. Las familias mantienen buena comunicación y aprenden a manejar los conflictos y las situaciones negativas que se presenten en el día a día.

Positivismo. Las familias fuertes siempre esperan lo mejor aún en las peores situaciones. Buscarán lo bueno en cada cosa difícil que estén pasando.

Involucramiento en la comunidad. Ninguna familia puede vivir aislada. Las familias se mantienen en contacto con amigos y familiares, para recibir ayuda en caso se les presente situaciones de peligro.³¹

c. Familia del paciente crítico:

La hospitalización constituye una situación de Estrés psicológico también para la familia de cualquier paciente.

La internación hospitalaria implica separaciones y el abandono del hogar por parte del enfermo. Se agregan también muchas dificultades prácticas; mayores gastos económicos, problemas en el manejo del hogar.

CAPLAN (1993), menciona que la familia es fuente de ayuda concreta y de servicios prácticos en tiempos de necesidad y una hospitalización lo es. Por ello el apoyo del grupo familiar en su interacción con el enfermo puede favorecer mucho su recuperación.

Es necesario otorgar a la familia el grado de participación que le corresponde frente a la hospitalización en el área crítica, pero a su vez corregir los modos de interacción personal y de adaptación al estrés que suelen provocar complicaciones.

En los periodos críticos del paciente, promueve ansiedad y temores en toda la familia y cada uno de los integrantes los controla según sus posibilidades; es

imprescindible conocer bastante a la familia y evaluar su capacidad para acompañar al enfermo en las dificultades que se puedan presentar.

En situaciones de estrés, las personas ven amenazadas su identidad, a la que sienten como más vaga y confusa.

Con frecuencia, en algunas familias se presentan otras respuestas patológicas al estrés, siendo éstas: depresión, ansiedad entre otros. En todo éste contexto hospitalario no hay que dejar de destacar el ámbito familiar el cual varía mucho, pero estos también influyen sobre este con sus características y roles sociales pre determinados.³²

d. Crisis de la familia:

De la REVISTA CUBANA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL:

Durante las diferentes etapas del desarrollo familiar, la familia enfrenta diferentes momentos críticos del ciclo evolutivo, que implican cambios tanto individuales como familiares, los que pueden constituir un período de crisis.

En estos períodos de transición de una etapa del ciclo vital a otra hay indefinición de las funciones, porque los miembros de la familia están asumiendo un nuevo rol. El querer conciliar ambos funcionamientos produce en ocasiones fluctuaciones, inestabilidades, transformaciones, que se expresan en ciertos niveles de desorganización de la familia, y es lo que se denomina como crisis familiar.

Según Blaustein S. estas crisis son llamadas evolutivas, porque están en relación con los cambios biológicos, psicológicos y sociales de cada uno de los miembros de la familia, y con los cambios, en consecuencia, de las pautas de interacción en el contexto familiar. En estas crisis evolutivas se cambian las viejas pautas de interacción por otras nuevas que posibilitan, a cada uno de los

miembros de la familia, el desempeño de nuevas funciones en sus roles dando lugar al crecimiento y desarrollo de la familia.

Por su parte Louro I. plantea que en este proceso de cambio predominan las tareas denominadas de desarrollo, las que están relacionadas con las etapas del ciclo vital que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse, crecer y madurar. Cuando cada uno de los miembros de la familia tiene bien definidas sus funciones y los roles correspondiente al ciclo vital cronológico, va creándose una estructura familiar organizada que le permite tener un desarrollo en su identidad familiar y en la individualidad personal de sus componentes. Ahora bien, si en el esfuerzo de reorganización familiar la propia estructura familiar, por su falta de flexibilidad, no lo permite, aparecen entonces las disfunciones familiares.

Sin embargo, la dinámica familiar como todo proceso en desarrollo no es lineal y ascendente. Este proceso se ve afectado en muchas ocasiones por situaciones, que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso del divorcio, padecimiento de una enfermedad crónica, o el fallecimiento de un miembro de la familia, los cuales tienen una expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación que asigna al evento o situación, y de los recursos con que cuenta para hacerle frente. En este caso las tareas que debe desarrollar la familia, son tareas de enfrentamiento que se derivan de las llamadas crisis.

Al término crisis se le han dado diferentes significados, según la intencionalidad de los estudios de los diferentes autores. Es una palabra que arrastra, desde siglos, un significado dramático y negativo, del cual, recién en los últimos tiempos y con el desarrollo de las nuevas concepciones sobre las crisis

evolutivas, se ha tratado de dar un concepto más positivo. Derivada etimológicamente de un vocablo griego, crisis significa separación y elección, definiéndose con estas 2 acciones un proceso dinámico compuesto por un período, en el que deben producirse una separación (de algo - alguien), antes de que pueda darse una elección (de algo-alguien) como expresión de una evolución madurativa; y entre ambos un tiempo, un antes y un después. La comunidad científica, que considera la crisis como un fenómeno evolutivo que da lugar a nuevos estados organizacionales,

Hamilton, Mc Cubbin y Fegley en su libro *Stress and Family* conceptualizan las crisis como un aumento de la disrupción, desorganización o incapacidad del sistema familiar para funcionar. La familia en crisis se caracteriza por la inhabilidad a retornar a la estabilidad, y a la constante presión a hacer cambios en la estructura familiar y en los modelos de interacción.

Patterson J. plantea que la crisis familiar se caracteriza por una desorganización familiar, donde los viejos modelos y las capacidades no son adecuados por largo tiempo y se requiere un cambio. Para este autor muchas crisis familiares son normativas que requieren cambios en la estructura y reglas familiares. Otras crisis son previamente promovidas por decisiones familiares para hacer mayores cambios; por ejemplo, cuando se hace un plan para mejorar el funcionamiento familiar y lograr una mejor satisfacción de las necesidades individuales y familiares. En otras situaciones la familia es impulsada hacia la crisis por la ocurrencia de eventos estresores no normativos, tales como, un accidente fatal en un miembro de la familia. Este modelo ve las crisis familiares como una variable continua que refleja la total ruptura del sistema.

Louro I. señala que el vocablo crisis no implica la vivencia de circunstancias negativas o la máxima expresión de un problema, sino también la oportunidad

de crecer, superar la contradicción con la consiguiente valencia positiva. Las crisis no son señales de deterioro, suponen riesgos y conquistas, son motores impulsores de los cambios. La familia en crisis no es necesariamente una familia disfuncional o problemática. El hecho de vivir en crisis no es necesariamente la causa de disfunción familiar, sino el modo cómo se enfrenta.³³

e. Valoración de la familia en crisis:

La valoración estructural familiar proviene de teorías de comunicación y de información.

El abordaje familiar ofrece una estructuración de referencia en el que todos los factores q afecta a la familia pueden interrelacionarse entre sí comprendiendo el problema familiar totalmente

Jackson introdujo y desarrollo el concepto de homeostasis familiar; al formular que cada familia busca su propio equilibrio y es resistente a modificarlo.

Desde el punto de vista familiar, cada miembro de la familia juega un papel esencial, en configurar y mantener la restructuración familiar, manteniendo los canales de comunicación a cada uno de los miembros de la familia.

Al comprender la conducta de un individuo comprendemos la de todos los del grupo familiar.

Una familia en crisis necesita cambios y fortaleza en superar situaciones externas que afectan el grupo familiar para que así exista estabilidad suficiente para asegurar el crecimiento y maduración psicosocial de sus miembros.³⁴

f. Equilibrio emocional de la familia:

Todos los sistemas tienen necesidad de alcanzar un equilibrio interno, pudiéndose producir cambios y crear un nuevo estado de equilibrio.

Todas las familias, además de estructura y equilibrio, tienen objetivos. Cualquier movimiento o cambio dentro del sistema familiar está dirigido hacia un objetivo

que puede ser natural o planificado. La aparición de esquizofrenia en un familiar suele producir desequilibrio y crear un estado de disfuncionalidad. Como el de hospitalizar a un niño críticamente enfermo puede producir igual desequilibrio emocional, esta situación puede durar si no se corrige a tiempo.

La manera en que una familia y sus miembros se ven unos a otros es importante. Algunas familias tratan de fomentar la autoestima, el sentimiento que esto produce puede ser transitorio; en otros casos, esta sensación puede ser una constante amenaza para las familias; la falta de autoestima puede alterar indudablemente la salud mental de una familia.³⁰

g. Necesidades de los padres:

Los padres de niños hospitalizados en un área crítica requieren saber y conocer acerca de su hijo y su entorno. Debiendo ser considerado lo siguiente:

- Recibir información precisa, actualizada y congruente.
- Hablar con regularidad con el médico que atienda a su hijo.
- Que sienta que se está haciendo todo por su hijo.
- Tener esperanzas de que su hijo sobrevivirá.³⁰

h. Relación de ayuda a la familia :

Rosa Natividad Pérez⁴⁹ nos refiere que la familia está considerada como un grupo natural con historia propia.

Cuando un miembro de la familia enferma, toda la familia entra en crisis, porque en la familia ocurre lo mismo que se da en un organismo interno, lo que afecta a un órgano, afecta a todo el organismo en general, ya que en sus miembros existe una estrecha interrelación emocional.

La experiencia de la enfermedad por un miembro de la familia, conlleva a la unión familiar y un desarrollo personal.

La enfermera, que entra en contacto con el paciente y con sus familiares, puede ayudar a que esa experiencia de enfermar se convierta en una expresión genuina de la persona humana.

La persona enferma tiene una dimensión social que primeramente se relaciona con sus familiares.

Por eso, sin su familia, el paciente no puede ser ni bien entendido ni bien atendido, se puede decir entonces que a familia tiene un papel tanto en el motivo como el objetivo de nuestra profesión, y que la calidad de nuestra asistencia profesional depende también de la calidad de nuestro encuentro con la familia del paciente.

Esta relación de ayuda tiene dos objetivos:

- Ayudar a la familia a ayudar a su enfermo.
- Ayudar a la familia que sufre

Se ve en estos objetivos que la familia está marcada por la situación de su paciente, teniendo en cuenta que no es lo mismo tener un familiar en UCI u otro que padezca proceso crónico.

Es importante subrayar que la familia tiene un papel insustituible al lado de su enfermo por lo siguiente:

- Mantiene su continuidad biográfica.
- Lo mantiene en contacto con el exterior del hospital.
- Es motivo y apoyo para el paciente ante los casos de deshumanización o de inadecuación profesional.
- Por todo esto debemos considerar a la familia como un gran apoyo en la recuperación del paciente, pero desafortunadamente esto no se verifica en

nuestra práctica asistencial. Se ve que muchas veces que la familia no está preparada para sumir ésta situación; para ello la enfermera debe desarrollar un rol importante como son:

- Con las actitudes como la comprensión, favorecer el acercamiento de los familiares.
- Con la educación, dando información, orientaciones, etc., para vencer la inseguridad o la dificultad para cuidar a su enfermo que los familiares pueden sentir.
- Favoreciendo la Interrelación Enfermera-familia, con un trato, amable, cordial que agradable.
- Se quiere ayudar a la familia para que viva sanamente de enfermedad, dejando constancia que su Enfermo está en cuidado a través de:
 - Mostrando que no somos indiferentes ni insensibles el dolor de esa familia, dándoles ocasión para que se desahoguen.
 - Procurar que se ayuden recíprocamente.
 - Existen también dificultades que siempre se presentan:
 - Primero; porque no siempre se evidencia la necesidad de una relación de ayuda a la familia, o a uno de sus miembros.
 - Segundo; actitud de rechazo ante la presencia de los familiares.
 - Prejuicios: los familiares son un estorbo.
 - Todas estas actitudes obstaculizan la relación y hacen sufrir a la familia.
 - La relación de ayuda forma parte de todo un conjunto de medidas que las enfermeras debemos impulsar dentro y fuera del equipo asistencial para:
 - Conocer y responder a las necesidades que la enfermedad hace sentir a la familia, procurándoles apoyo emocional, asistencial y social.

- Recuperar el potencial terapéutico de la familia descubriéndolo y protegiéndolo.
- Ayudar a vivir sanamente las relaciones interpersonales en medio de la enfermedad.³⁴

2.2.4 INTERRELACION ENFERMERA FAMILIA

a. Enfermería y familia:

Las enfermeras presentan gran interés en el bienestar de la familias pero a su vez presentan diversos grados de crítica por la situación que se presenta frente a la atención del paciente que su objetivo principal en ese momento además existe temor a ser sancionadas por asumir liderazgo en la información a familiares asimismo se piensa mantener a los familiares fuera de las unidades pues así la atención hacia el paciente es más completa.³⁵

El estrés emocional por ejemplo es la manifestación clara que evidencia la familia al percibir el ambiente de una UCI por ello el proceso de información a la familia es importante y la enfermera se siente limitada a ello siendo necesario establecer estándares de atención en el proceso de proporcionar información.³⁶

Se piensa que las enfermeras se encuentran en una encrucijada entre el pasado histórico y las posibilidades que se abren con el desarrollo académico y científico de la profesión.

EL saber enfermero y el desarrollo de la profesión (de la cantidad y calidad del *corpus* de conocimientos) deben conducir necesariamente cambios en las relaciones con pacientes y familias y la capacidad de asumir responsabilidad de las decisiones.

Así las enfermeras empiezan a querer colaborar en igualdad de condiciones al proceso de información del paciente crítico y adaptarse al entorno de la familia

a través de la flexibilización de las normas de acceso que va a repercutir en la calidad de atención del enfermo y la satisfacción de los familiares.³⁶

b. Atención de Enfermería frente al estrés

A veces ingresan niños en instalaciones especiales del Hospital, como en un hospital de día, en una habitación de aislamiento o en una unidad de cuidados intensivos. Algunos de estos ingresos son inesperados. Estas situaciones requieren una especial preparación del niño y de la familia y medidas asistenciales de enfermería basadas en el conocimiento de las necesidades del niño y del singular estrés asociado a estas instalaciones hospitalarias, entre los beneficios de éste tipo de instalación está considerado como uno de los más importantes: la minimización del estrés que supone la hospitalización por la separación que siente la familia frente a su niño.³⁷

Existe especial preocupación de parte de la familia, ya que se da la separación mayor del niño si es aislado, con límite de visitas, aumentando todos los factores estresantes típicamente asociados a la hospitalización, del mismo modo se identifica que la presencia del niño en cuidados intensivos requiere una intervención especial en cuanto a su cuidado ya que la familia suele sentirse abrumada cuando su hijo está gravemente enfermo requiriendo atención permanente y constante.

Refiriéndonos a Miles y Mathes (1991); en la que dan a conocer que el comportamiento del niño y sus propias respuestas emocionales y la alteración de su rol paterno son los factores más estresantes de la experiencia de la UCI.

Por lo descrito la Enfermera; deberá tomar especial atención a la familia que son de mayor importancia en estas situaciones:

Se deben tomar las medidas ante la relación.

La pérdida de control, el daño, dolor corporal deben ser controladas a tiempo a través de la orientación que reciben con educación de parte de las enfermeras que guíen la mejor orientación del grupo de familiares.

Las visitas continuas en la unidad, haciendo participe al familiar en la atención directa del niño suele ser muy importante; pues se aprovecha la presencia del a familia pudiendo ser en beneficio aprovechando éste tiempo para educar y orientar al grupo de familiares sobre el área hospitalaria y aspectos importantes de cuidados y atención al niño crítico.³⁷

c. Intervención de Enfermería a la familia en crisis

La enfermera al abordar una familia en crisis, debe reflexionar al respecto de las reacciones paternas y de los otros hijos ante el evento y decidir bajo qué modelo la abordará.

Existen múltiples teorías que permiten el abordaje de la familia en crisis como por ejemplo:

- Modelo vinculado al tiempo donde los padres cursan por etapas la enfermedad del niño tales como: Impacto, negación, pesar y aceptación el enfrentamiento con la enfermedad.
- Modelo de pena crónica, en ella los padres presentan una reacción crítica constante y después del diagnóstico
- Modelo integrado donde los padres transitan en forma circular en las etapas de impacto, negación, pesar y aceptación que son perspectivas para la valoración de puntos específicos para la familia en crisis.
- Para la intervención con los miembros de una familia en crisis se debe considerar: El grado de desorganización de la familia, relacionar el evento

precipitante con el estado actual de la crisis y proporcionar oportunidades para la expresión de emociones.

- La enfermera al convivir con la persona 8 a 12 horas en un turno puede intervenir varias veces y reconocer diversos datos de crisis de manera oportuna, por ello solo requiere estar pendiente de la forma en que los padres y los hermanos asimilan la información y como activan sus mecanismos de adaptación.³⁷

d. Enfermería integral :

Su finalidad principal es conservar la vida humana y mejorar la salud del individuo de acuerdo con sus necesidades particulares.

Enfermería ofrece el triple aspecto; preventivo, educativo, curativo; la atención y el trabajo de enfermería no termina en el Hospital o en el paciente y su atención individual; extendiéndose a los lugares y la comunidad.

En esta forma la enfermera sirve a la sociedad y a su profesional tomar un interés activo por el bienestar de la comunidad en todo lo que pueda contribuir al bien colectivo. Cumple este requisito trabajando en el mejoramiento del servicio de enfermería y de la enseñanza de la misma a través de la actividad como miembro de las asociaciones de Enfermería.³⁸

La enfermera debe cumplir los objetivos de su profesión, tal como lo han definido las autoridades de esta especialidad, la enfermería debe incluir un cuerpo de conocimientos teóricos sobre las cuales basar sus prácticas; tan solo durante las últimas décadas las enfermeras han concentrado sus esfuerzos hacia la identificación de un caudal circunscrito de conocimientos específicos de la enfermería que puede servir como base teórica para la práctica de ésta profesión. Por otra parte, creemos que tal base teórica, cuando llegue a su pleno

desarrollo, constará de una serie de principios generales formulados con criterio estrictamente científico, que servirán para describir, explicar y predecir la práctica de esta noble actividad.¹⁹

En tal sentido vemos que la profesión de enfermería cumple un rol importante, cumpliéndose así con las funciones realizadas en la práctica diaria de atención al paciente.

Igualmente la atención que brinde la enfermera, va dirigido al paciente, la familia y comunidad, en su contexto integral. Abocados al restablecimiento de la salud del paciente, educación a la familia. Cumpliendo así con la labor integral en el área de salud, específicamente.

2.2.5 EDUCACION

a. La educación:

En las últimas décadas, la Educación, como tantas otras disciplinas del conocimiento humano, experimentó un acelerado proceso evolutivo del conocimiento científico y tecnológico, lo cual permite verla desde distintos ángulos a veces contradictorios.

Según la Real Academia de la Lengua Española, la Educación proviene del vocablo latín EDUCATION ONIS que significa acción y efecto de Educar y orientar; enseñanza y doctrina (limitada) a los niños y jóvenes; Fernández Adalberto, hace un análisis de las diversas orientaciones que se han dado a la Educación en los que señala a Cousinet quien indica que: “El principal deber del educador consiste en estar igualmente atento a no introducir en la infancia necesidades ficticias, mediante intervenciones inoportunas en permitir al niño satisfacer sus verdaderas necesidades dejando una mera libertad a la maduración y asegurándoles al medio conveniente”.

García Flor, quien manifiesta que “La Educación es el perfeccionamiento de las facultades específicamente humanos”; Dante refiere: “El aspecto de la Educación es asegurar al hombre la Eternidad”, Marañón: “La educación es la superación ética de los instintos, Spencer. “La función de Educar es preparar para la vida completa”.

GUTIERREZ Zawaga; Isabel y otros, en el sentido amplio, definen Educación como: “todas las medidas y procesos que ayudan al ser nacido como humano y familiarizarse con su naturaleza humana” ³⁸

b. Sistema educativo:

Conceptuamos la Educación como un proceso cuyo objetivo es dotar de habilidades, conductas o comportamientos al individuo sujeto de este proceso. Las ideas que encierran este concepto son sostenidos por todos los que estudian el tema.

Este proceso es bipolar tanto en su concepción filosófica: enseñanza-aprendizaje, como en su aplicación práctica: maestro-alumno, y su aplicación se da hoy al borde del año 2000 como hace 5,000 años, una persona privilegiada es poseedora de conocimiento, el que expone casi siempre de modo oral ante el alumno que de modo pasivo, asume un rol de receptor en el que será vertido los conocimientos. Como es de verse el alumno no interviene casi para nada excepto para hacer una evaluación al conocimiento.

Este sistema educativo como era de esperarse, ha sido sometido a críticos- recuérdese los peripatéticos de Aristóteles, y es por ello que en los últimos tiempos han aparecido diferentes corrientes pedagógicas que proponen alternativas al Sistema Educativo tradicional y con ello la finalidad de mejorar el “producto” final del proceso educativo.³⁹

c. Educación de adultos:

Como nos señala la psicología, adulto es la persona que dejó de ser adolescente sin llegar aún a la vejez. Es decir hablamos de un sujeto que llegó ya a la madurez de su personalidad, es por tanto una persona jurídicamente responsable por el desarrollo psicológico alcanzado; etimológicamente el término adulto procede del latín “adultum” “que significa el que ha terminado de crecer o el que ha crecido”.

Teniendo en cuenta lo que acabamos de señalar; las características propias de la adultez; la educación del adulto tendrá que ser dada con características particulares que tengo en cuenta en primer lugar la caracterología propia de la personalidad del adulto y por otro la realidad inmediata del adulto, cual es la de estar inmerso en algún lugar del mecanismo productivo de la sociedad, es decir el adulto vive en el trabajo, realiza alguna labor y hay que considerar esta realidad.

Augusto Salazar Bondy nos dice que “La Educación de todos debe ser una formación para el trabajo, por el trabajo y en el trabajo”. Esto significa que a partir de la realidad laboral del adulto es que debemos diseñar el proceso educativo a fin de estrechar la educación con el trabajo y lograr el desarrollo cabal de la persona humana que es el fin último de la educación.

Compartimos profundamente este criterio de Salazar Bondy, sobre todo que esto es tanto más certero cuanto que no hay hombres aislados, la importancia de la preparación de los educadores de adulto cuando nos dicen que esta actividad educadora es reconocida como una nueva profesión, así dicen que el Teachers Collage de la Universidad de Columbia, fue el primero en reconocer tal hecho y en 1922 ofreció el primer curso que usó el término Educación del adulto en el título. El primer doctorado en Educación para adultos fue conferido

por la Universidad de Columbia en 1,935 para el 1ro. De Enero de 1962 unas 30 Universidades habían otorgado el título de Dr. en Educación para adultos a 323 personas, señalando además en su libro los nombres de tales Universidades de EE.UU.³⁸

La eficacia y la eficiencia de la Educación de adultos solo se podrán lograr cuando exista una armonía o congruencia entre los objetivos o intenciones en la Educación con técnicas y procedimientos contenidos en la Educación del Adulto. Todo esto se puede resumir diciendo que la Educación de Adultos, como todo proceso educativo, requiere del uso creativo de una metodología adecuada.

Es importante no sólo diseñar los objetivos y contenidos del proceso educativo, sino también seleccionar adecuadamente la forma cómo se hará para lograr que el participante aprenda. Son importantes entonces el contenido y la forma.

El proceso de enseñanza – aprendizaje se ha orientado por 3 diferentes concepciones pedagógicas, las cuales han predominado en distinto grado de acuerdo al momento histórico de la evolución de los procesos de capacitación del adulto.⁴⁰

d. Nivel educativo de los padres:

El nivel de educación alcanzado por un individuo o por el promedio de miembros de un grupo o de una sociedad en su conjunto constituye un valioso indicador del desarrollo de los mismos y de sus posibilidades de acceso a la cultura y a la información.

Asimismo diversos autores han señalado la relación entre el nivel educativo de las personas y posibilidad de incorporar y asimilar nuevos, mayores y diversos

tipos de información, en base a las cuales reorientan adaptativamente la propia conducta en el medio.⁴⁰

Otros autores (GECAS, 1978), analizando el efecto de la clase social sobre la socialización, han reflejado la consistencia de diversos estudios tendientes a demostrar que la combinación entre clase social, nivel educativo y estatus ocupacional de los miembros mayores, se traduce, a nivel familiar, en diferencias entre los distintos grupos sociales a nivel de una mayor motivación de logro.

En general, se espera que el mayor o menor nivel educativo de los miembros adultos de una familia tenga alguna influencia sobre el nivel o forma de organización de la vida cotidiana de la misma, así como en la forma de crianza de los hijos.

Siguiendo una tendencia mundial, que excluye apenas algunos países que han alcanzado un nivel de desarrollo, los conceptos en cuanto a nivel educativo se refiere están correlacionados.

Por Ejemplo en el caso peruano, (Ferrando 1992) revela la tendencia a un mayor nivel de escolarización y educación en general en el curso de las tres últimas generaciones.

El grado de conocimiento y el nivel de instrucción de los padres es importante para el entendimiento del conocimiento que se pueda impartir.

Dentro De la sociedad existen diversidad de grupos sociales siendo el grupo familiar más importante dentro de ella, contando con la necesidad de evaluación del conocimiento que tenga cada familia para impartir enseñanzas educativas necesarias en el ámbito de salud que pueda estar afectando a uno de los miembros que integran la familia dentro de la sociedad.²¹

e. La sistematización del proceso enseñanza y aprendizaje:

Una de las formas de Educación es a través de la enseñanza y el aprendizaje. Ellos no son dos hechos originados independientemente en el azar, sino mas bien, es un proceso complejo de interrelación dirigida, en el cual se hallan involucrados el profesor, el estudiante, el sistema, la familia y la sociedad.

Por otro lado, si se considera que el Educando ha recibido influencia directa de un sistema educativo imperante de la familia, de la comunidad que finalmente de la sociedad en un individuo con determinadas características y experiencias a partir de los cuales se tiene que iniciar en él, la formación y educación. Por esta razón es necesario la especial atención en el proceso enseñanza – aprendizaje.⁴¹

f. Educación en enfermería:

Aunque no siempre es necesario un MAESTRO, es necesario los servicios de la Enfermera, que actúa como maestro, pues es una de las funciones de la Enfermera el de Educación, la interacción interpersonal entre el paciente, la familia y la enfermera que trata de cubrir las necesidades de aprendizaje pudiendo ser formal e informal según el método y las técnicas de enseñanza que se consideran más apropiadas.

La enfermera facilita la posibilidad de aprender el aprendizaje, toda sesión de aprendizaje puede coincidir con la hora de visitas de los miembros de la familia incluidos asimismo en el plan de aprendizaje.

La enfermera también facilita el aprendizaje mediante la selección de los métodos y técnicas de enseñanza más apropiados para satisfacer las necesidades individuales del paciente.

Con frecuencia se procede a la explicación del método de enseñanza acompañada siempre de un diálogo a cambio de impresiones que se considera importante ya que se brinda al paciente y/o familia la oportunidad para expresar sus sentimientos e inquietudes, formular preguntas y recibirá información adecuada.

La enseñanza en grupo es apropiada, ya que, no solo permite recibir información necesaria, sino que también brinda una sensación de seguridad, al considerarse miembro del grupo.

Se pueden utilizar ayudas para la enseñanza como complemento de las posibilidades de la enfermera en su calidad de maestra.

El proceso de enseñanza-aprendizaje constituye parte integrante del proceso de enfermería, con un enfoque sobre el aprendizaje, con el objeto de cubrir las necesidades de enseñanza y aprendizaje del paciente y su familia.³⁸

2.2.6 MODELO EDUCATIVO DE ENFERMERIA

a. Modelo Educativo:

Un modelo educativo consiste en una recopilación o síntesis de distintas teorías y enfoques pedagógicos, que orientan a la elaboración de los programas de estudios y en la sistematización del proceso enseñanza aprendizaje.

En otras palabras, un modelo educativo es un patrón conceptual a través del cual se esquematizan las partes y los elementos de un programa de estudios. Estos modelos varían de acuerdo al periodo histórico, ya que su vigencia y utilidad depende del contexto social.

Al conocer un modelo educativo, se puede aprender cómo elaborar y operar un plan de estudios, teniendo en cuenta los elementos que serán determinantes en la planeación didáctica. Por eso, se considera que el mayor conocimiento del modelo educativo generará mejores resultados.

El modelo educativo tradicional se centra en la elaboración de un programa de estudios, sin demasiados elementos adicionales ya que no se tienen en cuenta de forma explícita las necesidades sociales ni la intervención de especialistas, entre otros factores.

Este modelo educativo contempla un método de acuerdo como uno lo plantea, en este sentido, el modelo presenta influencia de los avances científicos y tecnológicos en educación.⁴⁷

b. Charlas educativas a la familia :

La palabra **charla** designa a aquella conversación, que generalmente ostenta tintes amistosos e informales, y que uno mantiene con otro individuo o con varios, que hacen las veces de interlocutores, con la misión de comentar algún tema, ponerlo, o tomar conocimiento de algo, entre otras cuestiones.

Es aquella conferencia de corta duración y de características semi formales. En los ambientes educativos es común la realización de este tipo de acontecimientos.⁴³

Sus principales características son:

- Técnica expositiva para informar, motivar, cambiar de actitud
- El tema debe responder al deseo y necesidades del grupo
- Información veraz , comprensible y motivadora
- Lenguaje adaptado a la mentalidad y cultura
- Poseer habilidades de comunicación.⁴⁴

c. Entrevista a la familia :

Es una conversación profesional con una o varias personas que pretende la recogida de información para su análisis, archivo y estudio, el contenido de una entrevista puede ser estructurada o no estructurada.

ESTRUCTURADA; Se prepara previamente un formulario con preguntas, el entrevistador interroga al entrevistado siguiendo un formulario ya adaptando una postura neutral, es útil para obtener datos cuantitativos e información objetiva.

NO ESTRUCTURADA; Es más abierta y flexible, parte de preguntas abiertas que no tiene una secuencia establecida, permite tener información subjetiva y cualitativamente importante.⁴⁵

d. Técnicas de relajación :

Una **técnica de relajación** es cualquier método, procedimiento o actividad que ayudan a una persona a reducir su tensión física y/o mental. Generalmente permiten que el individuo alcance un mayor nivel de calma, reduciendo sus niveles de estrés, ansiedad o ira. La relajación física y mental está íntimamente relacionada con la alegría, la calma y el bienestar personal del individuo.

Las técnicas de relajación a menudo emplean técnicas propias y de los programas de control de estrés están vinculadas con la psicoterapia, la medicina psicosomática y el desarrollo personal . La relajación de la tensión muscular, el descenso de la presión arterial y una disminución del ritmo cardíaco y de la frecuencia respiratoria son algunos de sus beneficios en la salud.¹ Sin embargo, no se dispone de evidencia científica que apoye la eficacia de algunos métodos.⁴⁶

En fisiología y psicología, la relajación voluntaria del tono y de las masas musculares de todo el cuerpo o de una parte del mismo es posible gracias al control que ejerce la corteza cerebral sobre los centros de los movimientos automáticos y del tono, situados a nivel de los núcleos grises de la base del

cerebro y en el tronco cerebral. Su estudio abarca toda la fisiología de sistema extra piramidal.

Como fenómeno puramente voluntario, tiene interés en algunas técnicas terapéuticas, tanto en lo que se refiere a la recuperación de la fatiga como en otras de matiz más claramente psiquiátrico: práctica de la hipnosis, etc. Los métodos y técnicas de relajación, que se basan en un entrenamiento progresivo y regular, tienden en realidad a modificar indirectamente el tono de origen psíquico de las personas que se someten a ellas. Desde un punto de vista puramente recuperador, tienen gran interés en el tratamiento de personas espásticas y con lesiones neurológicas de este tipo.

Puede tener dos significados. el primer lugar se define como un estado físico en donde los músculos se encuentran en reposo, pero también puede ocurrir el caso de que una persona esté deprimida y sus músculos se encuentren en reposo no se sienta relajada. Por este último motivo también se define a la relajación como un estado de conciencia de la calma y ausencia de tensión o estrés. Si se suman las dos definiciones, relajación sería un estado de satisfacción tanto física como psicológica, donde el gasto energético y metabólico se reducen considerablemente.⁴⁷

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.3.1 La Sistematización del Proceso Enseñanza Aprendizaje.

Una de las formas de Educación es a través de la enseñanza y el aprendizaje. Ellos no son dos hechos originados independientemente en el azar, sino más

bien, es un proceso complejo de interrelación dirigida, en el cual se hallan involucrados el profesor, el estudiante, el sistema, la familia y la sociedad.

Por otro lado, si se considera que el Educando ha recibido influencia directa de un sistema educativo imperante de la familia, de la comunidad que finalmente de la sociedad en un individuo con determinadas características y experiencias a partir de los cuales se tiene que iniciar en él, la formación y educación. Por esta razón es necesario la especial atención en el proceso enseñanza – aprendizaje¹⁸

2.3.2 Programa Educativo:

Es un proceso planeado y organizado de enseñanza aprendizaje, que se desarrolla a partir de la formación profesional o capacitación de las personas, teniendo en cuenta que dicho proceso es duradero, permanente, permitiendo el compromiso y participación activa¹⁷

El programa se identifica como un documento elaborado y planificado a través de conocimientos de enseñanza y aprendizaje para el mayor conocimiento de temas importantes a impartir⁸

Se debe considerar PRINCIPIOS DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN ENFERMERIA. Para ello se deben planear los siguientes principios que se regirán a cualquier programa educativo:

El reconocimiento de la verdad y el valor del programa, es una motivación de gran fuerza en el aprendizaje y estimulará a cada uno a buscar ayuda que necesita.

- ✓ El programa debe ser planeado con anterioridad y debe ser flexible para permitir la consideración de los interesados del grupo. El planeamiento previo y cuidadoso del programa facilite la revisión y buena presentación.

- ✓ El programa debe ser adecuado a las capacidades e intereses de la organización y del grupo para quienes ha sido planeado ¹⁷

2.3.3 Educación en Enfermería:

Aunque no siempre es necesario un MAESTRO, es necesario los servicios de la Enfermera, que actúa como maestro, pues es una de las funciones de la Enfermera el de Educación, la interacción interpersonal entre el paciente, la familia y la enfermera que trata de cubrir las necesidades de aprendizaje pudiendo ser formal e informal según el método y las técnicas de enseñanza que se consideran más apropiadas.

La enfermera facilita la posibilidad de aprender el aprendizaje, toda sesión de aprendizaje puede coincidir con la hora de visitas de los miembros de la familia incluidos asimismo en el plan de aprendizaje.

La enfermera también facilita el aprendizaje mediante la selección de los métodos y técnicas de enseñanza más apropiados para satisfacer las necesidades individuales del paciente.²⁰

2.3.4 Guías de Intervención educativa

Dentro del amplio campo de salud, se encuentra el campo de Enfermería en la que cumple diferentes funciones siendo éstas: Investigación, administración, asistencial y educativo; Dentro del presente aspecto trataremos la función educativa que cumple la enfermera en el diario que hacer profesional y engloba aspectos muy importantes considerado a través de: Información, recomendaciones, llegar al grupo a través de técnicas que sirven de apoyo, se dan enfocados el logro que la vida sea posible y existen condiciones apropiadas.⁴²

2.3.5 Folleto

Es un material didáctico impreso de bajo costo, que sirve para hacer llegar una información o mensaje en forma breve y directa. Su FORMA y TAMAÑO son variables, verticales u horizontales, consta de textos e ilustraciones dependiendo del público al que nos dirigimos.⁴²

2.4 BASES EPISTEMICOS

Sobre la Educación.- El ser humano está dotado de inteligencias múltiples con componentes y dotaciones constitutivas sobre los que tienen efectos profundos, todo el acopio de experiencias culturalmente recibidas (García 2011)³⁹

Sobre el Estrés.- Según Dorothy Johnson, la autora afirma que la contribución de Enfermería consiste en facilitar el funcionamiento eficaz de la conducta de la persona frente a los estímulos externos como es el estrés, cuyo objetivo es reducir el Estrés con el apoyo Educativo.⁴⁸

CAPITULO III

3.- MARCO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACION :

El tipo de Investigación que se utilizó en el presente estudio es el cuantitativo – Prospectivo.

CUANTITATIVO porque señala alternativas usando magnitudes numéricas y se produce por causa y efecto y se basa en la aplicación de estímulos obteniendo una respuesta (Mendoza Rudy 2006)

PROSPECTIVO porque esta metodología está basada en el establecimiento de unos factores de cambio y su evolución posible en un plazo determinado aplicando estrategias a través de un tiempo definido (UNAD)

3.2 DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACION :

El diseño fue el Cuasi-Experimental con un solo grupo ANTES y DESPUÉS (Cook y Campbell 1996). De corte Transversal (Arnau 2003)

CUASI EXPERIMENTAL; “casi experimental” “casi demostrado”, derivación de estudios experimentales, en los cuales la asignación de los sujetos u objetos de investigación NO ES ALEATORIA aunque el factor de exposición es manipulado por el investigador.

3.2.1. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

Incluyó grupos ya constituidos:

GE = Grupo Experimental O₁, O₂ ANTES

GC = Grupo Control O₃, O₄ DESPUES

X = Variable Experimental (Independiente)

O₁, O₂ = Medición de Variable Dependiente

O₃, O₄ = Medición de Variable Dependiente

EVALUACION FINAL:

| PRE TEST | | | POST TEST | |
|----------------------|----------------|------------------|-----------------|----------------|
| O ₁ | O ₂ | X | O ₃ | O ₄ |
| V. Dependiente | | V. Independiente | V. Dependiente | |
| (Grupo Experimental) | | | (Grupo Control) | |

3.2.2. CALCULO DE LA MUESTRA

La muestra será obtenida en relación al número de pacientes ingresados a la UCI durante 1 mes, siendo un promedio de 33 pacientes.

Considerando los Criterios de Inclusión y Exclusión; Se tomará en cuenta 4 meses para realizar el estudio, donde se recolectó información de 33 familiares de pacientes hospitalizados, se aplicó asimismo el modelo de intervención educativa durante el proceso de recolección de datos.

3.2.3. CRITERIOS DE ESTUDIO

a) Criterios de Inclusión:

- Padres de niños que ingresan a la UCI y se encuentran gravemente enfermos
- Padres que se encuentran atravesando por primera la hospitalización de su hijo en el servicio
- Padres de niños que tengan de permanencia entre uno a 15 días de hospitalización

b) Criterios de exclusión :

- Padres de niños hospitalizados con más de 15 días de permanencia (Crónicos) que por la naturaleza y el tiempo de enfermedad la familia se encuentra en una etapa de superación y aceptación de la enfermedad.
- Padres que tengan experiencias similares frente a su niño hospitalizado en la UCI
- Padres que evidencian rasgos ansiosos frente a cualquier estímulo externo
- Padres que fácilmente superan situaciones difíciles que se le presentan.

3.3 POBLACION Y MUESTRA :

Se considerará en el Estudio todos los familiares de los niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos durante un mes, la muestra de obtendrá por MUESTREO NO PROBABILÍSTICO POR CONVENIENCIA, porque se tomaron los padres de niños críticos que ingresan el servicio en el momento de realizar el estudio.

3.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS :

Se utilizó los siguientes instrumentos:

- a. Como sistema informativo :
 - Folletos y trípticos
- b. Como sistema educativo :
 - Programa Educativo
- c. Como complemento del modelo de intervención :
 - Hoja de encuesta de identificación
 - Test de Hamiltón (Instrumento Validado)
 - Técnicas de relajación

3.5 TECNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS :

- a) La técnica que se utilizará para la recolección datos fue el de la ENTREVISTA, para ello se utilizó como instrumento el TEST DE HAMILTON, Instrumento validado, en la que se identificó el grado de Estrés en la que se encuentra la familia del niño hospitalizado en UCI.
- b) Posteriormente se aplicó el MODELO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA
 - ✚ Como Sistema Informativo: Uso de folletos y trípticos.
 - ✚ Como Sistema Educativo: Educación a través de programa educativo.
 - ✚ Como Complemento de Modelo de Intervención: se introdujo técnicas de relajación al grupo de padres del Estudio que sirvió como relajante y anti estresante.
- c) Finalmente se utilizó nuevamente el TEST DE HAMILTON a través de la ENTREVISTA para comprobar la efectividad del modelo de Intervención educativa

PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

a) Administrativo:

- Se solicitó permiso a la Institución para la ejecución del trabajo de Investigación, contando con resolución de aprobación del centro de Investigación.
- Se solicitó consentimiento de los familiares del hospitalizado en UCI para la recolección de información y aplicación del Modelo de Intervención Educativa.
- Se Coordinó con la jefatura de la UCI para el apoyo en la recolección de datos.

b) Metodológico:

- Una vez completado los requisitos anteriores se inició la recolección de información.
- Se inició con el primer familiar del niño que ingrese a UCI, que reunió los requisitos en los criterios de inclusión y exclusión.
- Se utilizó una hoja de encuesta de identificación de datos personales.
- Se utilizó el Test de Hamilton, para identificar niveles de Estrés.
- Se aplicó charlas educativas y Terapias de relajación.
- Finalmente se utilizó nuevamente el Test de Hamilton para identificar el grado de Estrés posterior al programa.

PLAN DE PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:

Luego de haber recolectado información sobre niveles de estrés de familiares antes y después de la aplicación del Modelo de Intervención Educativa, se sometió a una revisión exhaustiva, luego se procedió a la codificación para presentar los resultados; ello se realizó en cuadros de doble entrada y triple entrada.

CAPITULO IV
RESULTADOS
CUADRO N° 1

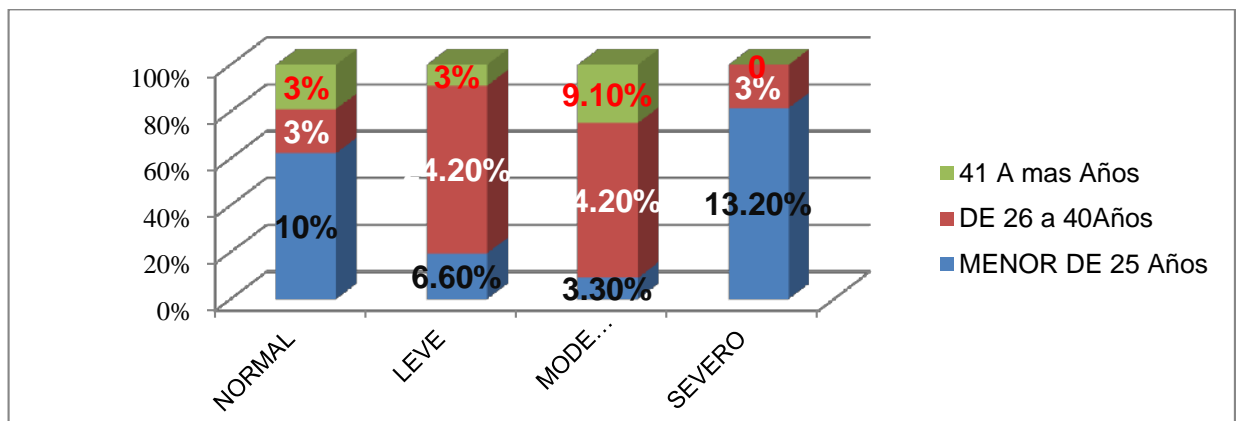
CONSOLIDADO DE DATOS DE IDENTIFICACION DE FAMILIARES
PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

| IDENTIFICACION | | TOTAL DE FAMILIARES | |
|----------------------|--------------------|---------------------|--------|
| | | N° | % |
| EDAD | MENORES DE 25 AÑOS | 10 | 30.3 % |
| | 26 A 40 AÑOS | 18 | 34.5 % |
| | 41 A MAS | 5 | 15.2 % |
| | TOTAL | 33 | 100 % |
| SEXO | MASCULINO | 5 | 15.2 % |
| | FEMENINO | 28 | 84.8 % |
| | TOTAL | 33 | 100% |
| ESTADO CIVIL | SOLTERO | 9 | 27.3 % |
| | CASADO | 13 | 39.4 % |
| | CONVIVIENTE | 11 | 33.3 % |
| | TOTAL | 33 | 100 % |
| OCUPACION | TRABAJADOR | 11 | 33.3 % |
| | SUCASA | 22 | 66.7 % |
| | TOTAL | 33 | 100 % |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | PRIMARIA | 6 | 18.2 % |
| | SECUNDARIA | 20 | 60.6 % |
| | SUPERIOR | 7 | 21.2 % |
| | TOTAL | 33 | 100 % |
| PROCEDENCIA | LIMA | 19 | 57.6 % |
| | PROVINCIA | 14 | 42.4 % |
| | TOTAL | 33 | 100 % |

CUADRO N° 2**GRADO DE ESTRÉS DE FAMILIARES EN RELACION AL EDAD ANTES DE APLICAR EL MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA**

| Grado de Estrés | ANTES | | | | | | | |
|-----------------|--------------|-------|--------------|--------|--------|-------|-------|-------|
| | < de 25 Años | | 26 a 40 Años | | 41 a + | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| EDAD | | | | | | | | |
| NORMAL | 3 | 9.9 | 1 | 3 | 1 | 3 | 5 | 15.2% |
| LEVE | 2 | 6.6 | 8 | 24.2 | 1 | 3 | 11 | 33.3% |
| MODERADO | 1 | 3.3 | 8 | 24.2 | 3 | 9.1 | 12 | 36.3% |
| SEVERO | 4 | 13.2 | 1 | 3 | 0 | 0 | 5 | 15.2% |
| TOTAL | 10 | 33.3% | 18 | 54.5 % | 5 | 15.2% | 33 | 100 % |

Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton.

GRAFICO N° 2

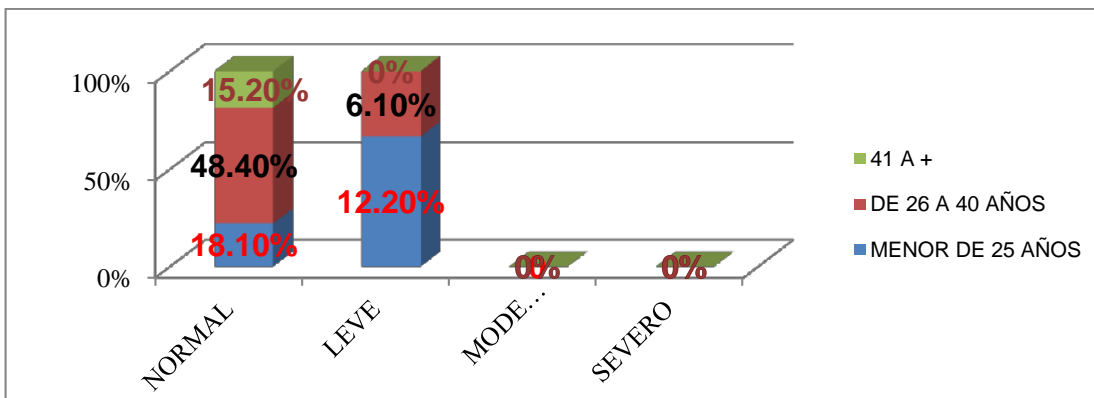
Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton

En el siguiente cuadro vemos estrés severo en familiares menores de 25 años en el 13.2 % , seguida de estrés moderado en el 24.2 % en familiares de 26 a 40 años, en mayores de 41 años tenemos un 9.1 % con grado de estrés moderado.

CUADRO N° 3**GRADO DE ESTRÉS DE FAMILIARES SEGÚN EDAD DESPUES DE APLICADO
EL MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA**

| GRADO DE ESTRÉS EDAD | < DE 25 AÑOS | | 26 A 40 AÑOS | | 41 A + | | TOTAL | |
|----------------------------|-----------------|-------|-----------------|-------|--------|-------|-------|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| NORMAL | 6 | 18.1 | 16 | 48.4 | 5 | 15.2 | 27 | 81.8% |
| LEVE | 4 | 12.2 | 2 | 6.1 | - | - | 6 | 18.2% |
| MODERADO | - | - | - | - | - | - | - | - |
| SEVERO | - | - | - | - | - | - | - | - |
| TOTAL | 10 | 30.3% | 18 | 54.5% | 5 | 15.2% | 33 | 100% |

Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton

GRAFICO N° 3

Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton

X² menor de 25 años = 1.82 g. L. = 1 p > 0.05 No significativo

X² de 26 a 40 años = 25.08 g. l = 1 p < 0.001 Altamente Significativo

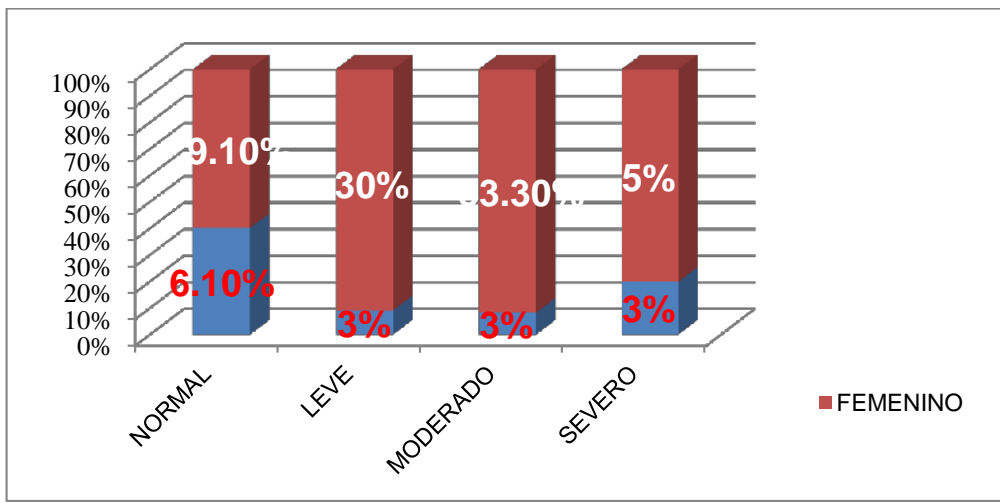
X² de 41 a + años = 6.67 g. l. = 1 p < 0.05 Significativo

* La aplicación del programa de intervención no observó variación significativa en los casos menores de 25 años; en los casos de 26 a 40 años y en los de 41 a más años, sí se observó variación significativa. Tenemos en el siguiente cuadro luego de aplicado el modelo de intervención Educativa que los 3 grupos superaron el grado de estrés.

CUADRO N° 4**GRADO DE ESTRÉS DE FAMILIARES EN RELACION AL SEXO ANTES DE APLICAR EL MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA**

| GRADO DE ESTRÉS | SEXO | | | | | |
|-----------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|-------------|
| | MASCULINO | | FEMENINO | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| NORMAL | 2 | 6.1% | 3 | 9.1 | 5 | 15.1 |
| LEVE | 1 | 3 | 10 | 30 | 11 | 33.3 |
| MODERADO | 1 | 3 | 11 | 33.3 | 12 | 36.4 |
| SEVERO | 1 | 3 | 4 | 12.1 | 5 | 15.1 |
| TOTAL | 5 | 15.2% | 28 | 84.8% | 33 | 100% |

Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton

GRAFICO N° 4

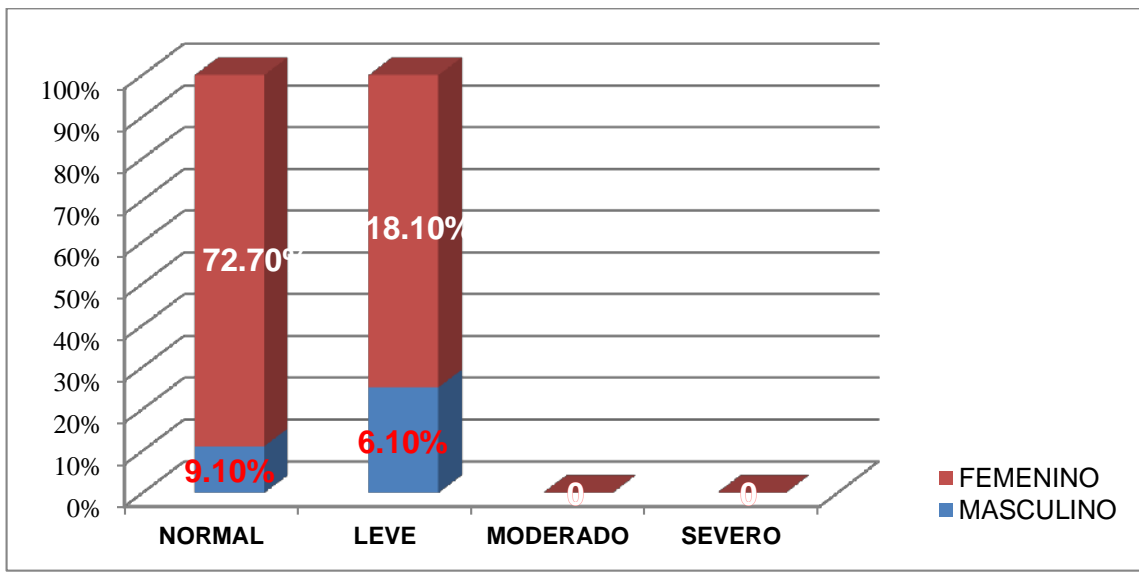
Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton

*Vemos en el cuadro el mayor número de participantes son mujeres con un 84.8% y un menor % del sexo masculino con 15.2%. Asimismo, tenemos evidencia de estrés en ambos grupos moderado a severo con 6 a 8 % respectivamente.

CUADRO N° 5**CUADRO DE ESTRÉS DE FAMILIARES EN RELACION AL SEXO DESPUES DE
APLICAR EL MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA**

| GRADO DE ESTRES | SEXO | | | | | |
|--------------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | MASCULINO | | FEMENINO | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| NORMAL | 3 | 9.1 | 24 | 72.7 | 27 | 81.8% |
| LEVE | 2 | 6.1 | 4 | 18.1 | 6 | 18.2% |
| MODERADO | - | - | - | - | - | - |
| SEVERO | - | - | - | - | - | - |
| TOTAL | 5 | 15.2% | 28 | 84.8% | 33 | 100% |

Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton

GRAFICO N° 5

Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton

$X^2 = \text{Masculino} = 0.40$, g. l. = 1, $p < 0.05$ No significativo

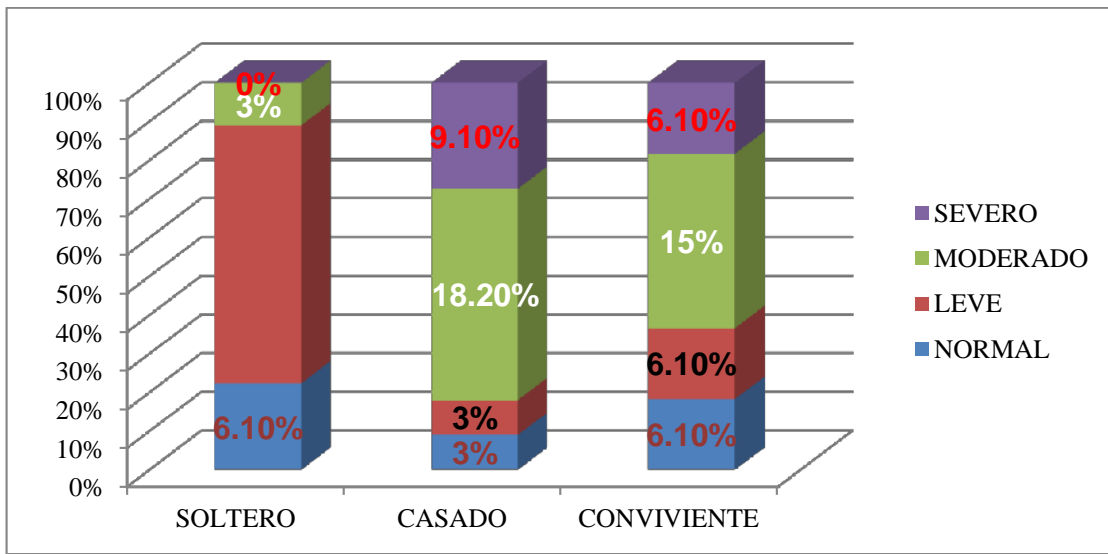
$X^2 = \text{Femenino} = 31.54$, g. l. = 1, $p < 0,001$ Altamente significativo

* Como se puede apreciar el modelo de intervención educativa realizado en el I. S. N. de la Unidad de Cuidados Intensivos Ha sido muy efectivo en mujeres que en varones, por los resultados encontrados del Ji cuadrado el programa ha sido muy útil para el alivio del estrés de las mujeres y no tiene efectividad estadística significativa en los varones

CUADRO N° 6**CUADRO DE ESTRÉS DE FAMILIARES EN RELACION AL ESTADO CIVIL
ANTES DE APLICAR EL MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA**

| GRADO DE ESTRES | ESTADO CIVIL | | | | | | | |
|--------------------|--------------|-------|--------|-------|-------------|-------|-------|-------|
| | SOLTERO | | CASADO | | CONVIVIENTE | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| NORMAL | 2 | 6.1 | 1 | 3 | 2 | 6.1 | 5 | 15.2% |
| LEVE | 6 | 18.2 | 3 | 9.1 | 2 | 6.1 | 11 | 33.3% |
| MODERADO | 1 | 3 | 6 | 18.2 | 5 | 15 | 12 | 36.3% |
| SEVERO | - | - | 3 | 9.1 | 2 | 6.1 | 5 | 15.2% |
| TOTAL | 9 | 27.3% | 13 | 39.4% | 11 | 33.3% | 33 | 100 % |

Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton.

GRAFICO N° 6

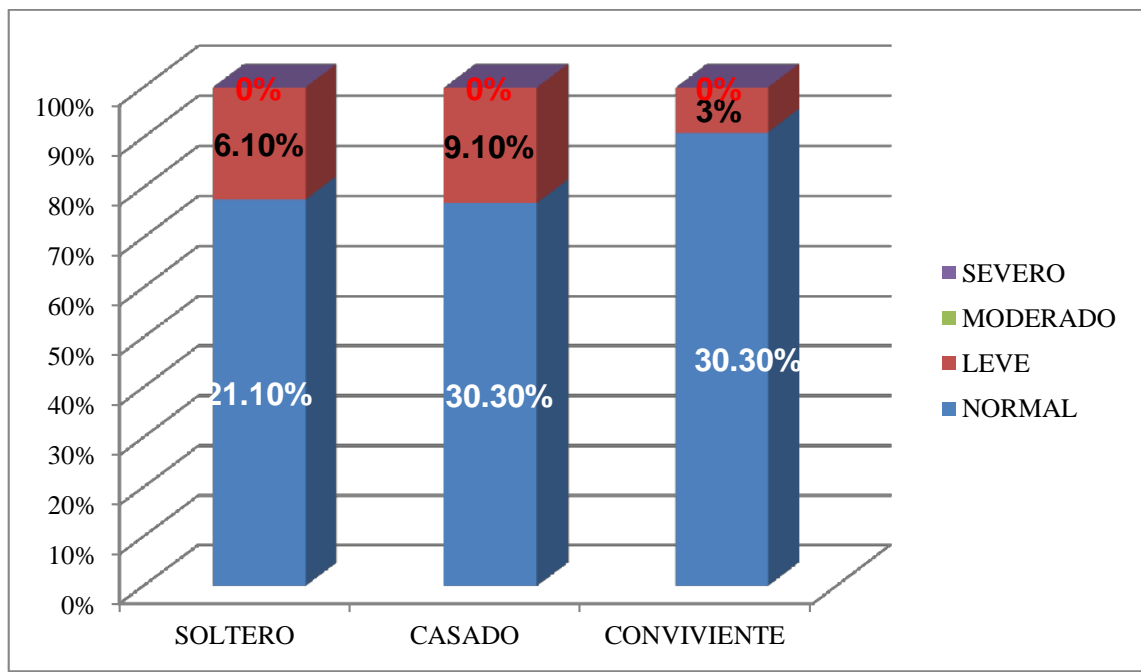
Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton.

*En el presente cuadro mayor relevancia de grado de Estrés en familiares de estado civil casado y conviviente, encontrando estrés moderado en el 18.2 % (6) en el grupo de casados y 15 % (5) en el grupo de convivientes, seguido de Estrés Severo en este grupo con un 15.2% (5) en ambos grupos. No teniendo mayor relevancia en el grupo de estado civil soltero.

CUADRO N °7**CUADRO DE ESTRÉS DE FAMILIARES EN RELACION AL ESTADO CIVIL
DESPUES DE APLICAR EL MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA**

| ESTRÉS DE FAMILIARES | ESTADO CIVIL | | | | | | | |
|----------------------|--------------|-------|--------|-------|-------------|-------|-------|-------|
| | SOLTERO | | CASADO | | CONVIVIENTE | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| NORMAL | 7 | 21.1 | 10 | 30.3 | 10 | 30.3 | 27 | 81.85 |
| LEVE | 2 | 6.1 | 3 | 9.1 | 1 | 3 | 6 | 18.2% |
| MODERADO | - | - | - | - | - | - | - | - |
| SEVERO | - | - | - | - | - | - | - | - |
| TOTAL | 9 | 27.3% | 13 | 39.4% | 11 | 33.3% | 33 | 100% |

Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton.

GRAFICO N° 7

Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton.

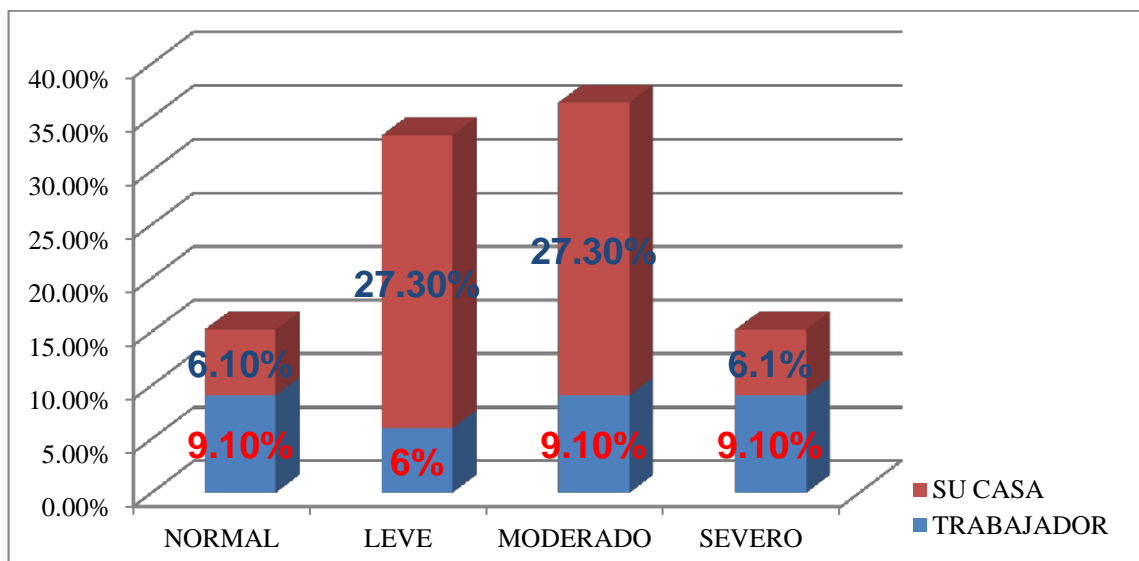
En el presente cuadro podemos evidenciar que se supera el grado de Estrés en los 3 grupos pero aún persiste Estrés leve en un 9.1% (3) en el grupo de casados y un 6.1% (2) en el grupo de solteros. Finalmente no encontramos Estrés ni moderado ni severo en ningún grupo

CUADRO N° 8**GRADO DE ESTRÉS DE FAMILIARES EN RELACION A LA OCUPACION
ANTES DE UTILIZAR EL MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVO**

Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un

| GRADO DE ESTRÉS | OCUPACION | | | | | |
|--------------------|------------|---------------|-----------|---------------|-----------|--------------|
| | TRABAJADOR | | SU CASA | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| NORMAL | 3 | 9.1 | 2 | 6.1 | 5 | 15.2 |
| LEVE | 2 | 6 | 9 | 27.3 | 11 | 33.3 |
| MODERADO | 3 | 9.1 | 9 | 27.3 | 12 | 36.3 |
| SEVERO | 3 | 9.1 | 2 | 6.1 | 5 | 15.2 |
| TOTAL | 11 | 33.3 % | 22 | 66.7 % | 33 | 100 % |

cuestionario validado de Hamilton

GRAFICO N° 8

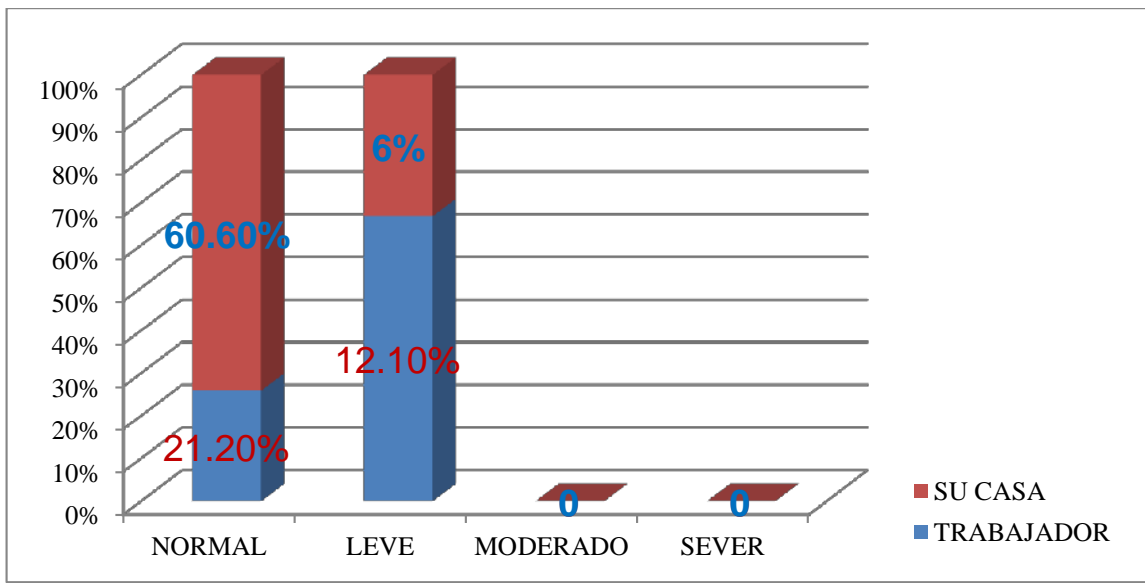
Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton

* En el siguiente cuadro se ve que el mayor número de familiares participantes en el estudio 66.7 %, no trabajan y se ocupan en labores de casa asimismo se evidencia grado de estrés moderado y severo en el grupo de familia que trabaja

CUADRO N° 9**GRADO DE ESTRÉS DE FAMILIARES EN RELACION A SU OCUPACION
DESPUES DE APLICADO EL MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA**

| GRADO DE ESTRES | OCUPACION | | | | | |
|--------------------|------------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | TRABAJADOR | | SU CASA | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| NORMAL | 7 | 21.2 | 20 | 60.6 | 27 | 86.8% |
| LEVE | 4 | 12.1 | 2 | 6.1 | 6 | 18.2% |
| MODERADO | - | - | - | - | - | - |
| SEVERO | - | - | - | - | - | - |
| TOTAL | 11 | 33.3% | 22 | 66.7% | 33 | 100% |

Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton

GRAFICO N°9

Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton

X² Trabajador = 2.93, g. l. = 1, p > 0.05

No Significativo

X² Su casa = 29.45, g. l. = 1, p < 0.001

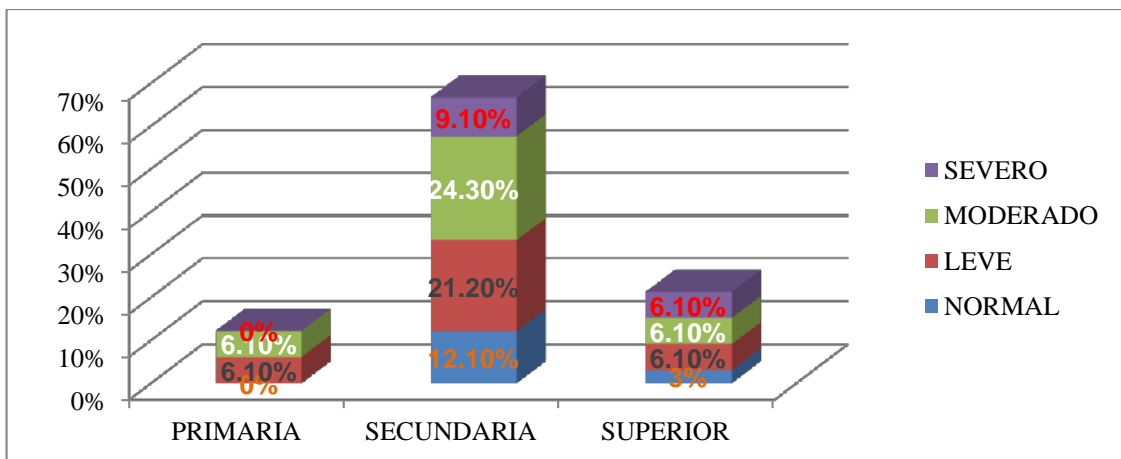
Altamente Significativo

* En el siguiente cuadro se ve que en ambos grupo entre trabajadores y amas de casa logran superar el estrés a grado normal y leve, vemos asimismo que aún hay un leve estrés en el grupo de trabajadores a diferencia de las amas de casa.

CUADRO N° 10**GRADO DE ESTRÉS DE FAMILIARES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN
ANTES DE APLICAR EL MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA**

| GRADO DE ESTRES | GRADO DE INSTRUCCION | | | | | | | |
|--------------------|----------------------|--------|------------|--------|----------|-------|-------|-------|
| | PRIMARIA | | SECUNDARIA | | SUPERIOR | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| NORMAL | - | - | 4 | 12.1 | 1 | 3 | 5 | 15.2% |
| LEVE | 2 | 6.1 | 7 | 21.2 | 2 | 6.1 | 11 | 33.3% |
| MODERADO | 2 | 6.1 | 8 | 24.3 | 2 | 6.1 | 12 | 36.3% |
| SEVERO | - | - | 3 | 9.1 | 2 | 6.1 | 5 | 15.2% |
| TOTAL | 4 | 12.1 % | 22 | 66.7 % | 7 | 21.2% | 33 | 100 % |

Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton.

GRAFICO N° 10

Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton.

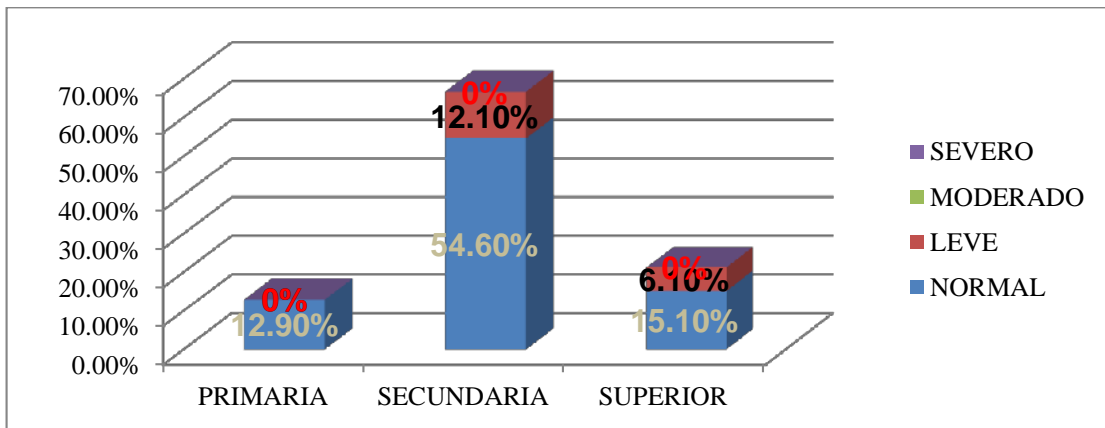
Tenemos en el presente cuadro Estrés severo en familiares con grado de instrucción secundaria con 9.1 % y grado de instrucción superior en un 6.1 %

Seguidas con el grado de estrés moderado con 24.1 % en .G° Secundaria.

CUADRO N° 11**GRADO DE ESTRÉS DE FAMILIARES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN
DESPUES DE APLICADO EL MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA**

| GRADO DE ESTRES | GRADO DE INSTRUCCION | | | | | | | |
|-----------------|----------------------|-------|------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | PRIMARIA | | SECUNDARIA | | SUPERIOR | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| NORMAL | 4 | 12.9 | 18 | 54.6 | 5 | 15.1 | 27 | 81.8% |
| LEVE | - | - | 4 | 12.1 | 2 | 6.1 | 6 | 18.2% |
| MODERADO | - | - | - | - | - | - | - | - |
| SEVERO | - | - | - | - | - | - | - | - |
| TOTAL | 4 | 12.9% | 22 | 66.7% | 7 | 21.2% | 33 | 100% |

Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton

GRAFICO N° 11

Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton

Primaria:

X² Grado de instrucción Primaria = 8.00, g.l. = 1 , p < 0.025 SIGNIFICATIVO

Secundaria:

X² Grado de instrucción Secundaria = 17.82, g.l. = 1 , p < 0.01 ALTAMENTE SIGNIFICATIVO

Superior:

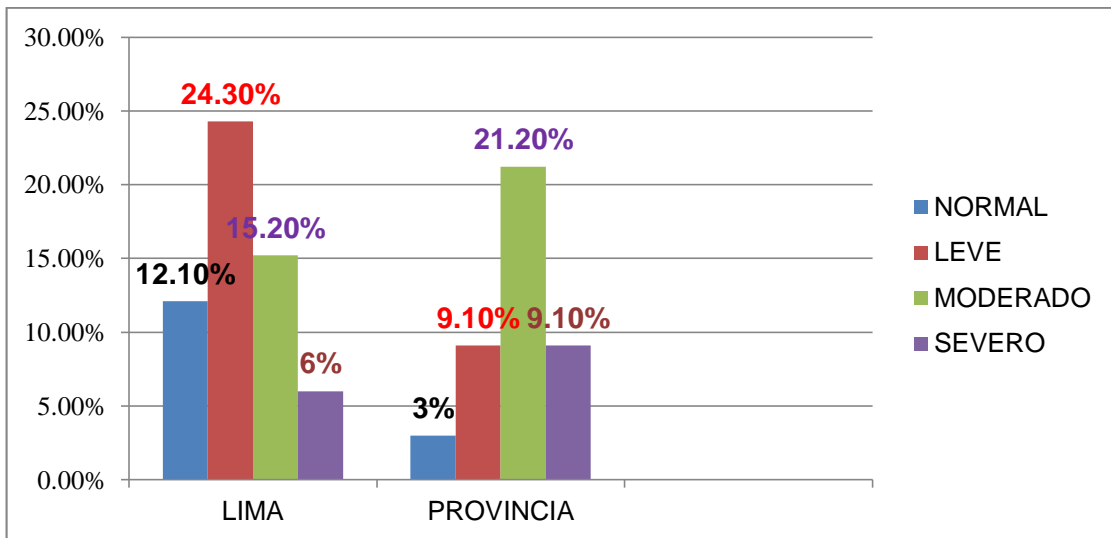
X² Grado de instrucción Superior = 4.67, g.l. = 1 , p < 0.06 SIGNIFICATIVO.

* En todos los casos, no importando su nivel de instrucción, el programa de intervención tuvo efecto positivo, es decir que se logró reducir significativamente el nivel de estrés.

CUADRO N° 12**GRADO DE ESTRÉS DE FAMILIARES SEGÚN EL LUGAR DE PROCEDENCIA
ANTES DE APLICAR EL MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA**

| GRADO DE ESTRES | LUGAR DE PROCEDENCIA | | | | | |
|--------------------|----------------------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | LIMA | | PROVINCIA | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| NORMAL | 4 | 12. | 1 | 3 | 5 | 15.2% |
| LEVE | 8 | 24. | 3 | 9.1 | 11 | 33.3% |
| MODERADO | 5 | 15.2 | 7 | 21.2 | 12 | 36.4% |
| SEVERO | 2 | 6 | 3 | 9.1 | 5 | 15.1% |
| TOTAL | 19 | 57.6% | 14 | 42.4% | 33 | 100% |

Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton

GRAFICO N° 12

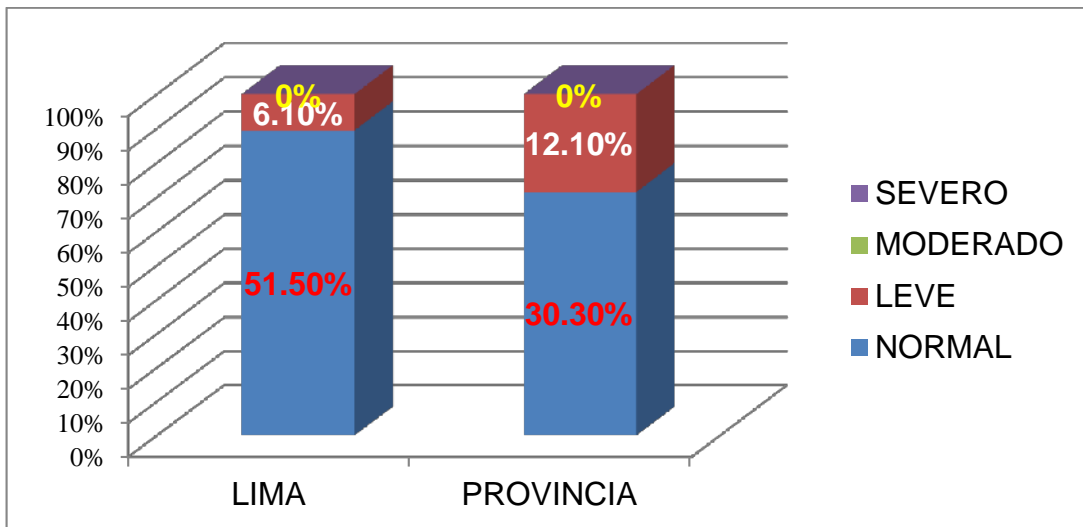
Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton

*Observamos en el cuadro y gráfico que los familiares de provincia manifiestan mayor grado de estrés en grado moderado con un 21.2% (7) y severo en el 9.1% (5) de los casos, los familiares del estudio que viven en Lima también manifiestan Estrés en menor grado pese a ser el mayor número de familiares que participaron en el estudio.

CUADRO N° 13**GRADO DE ESTRÉS DE FAMILIARES SEGÚN EL LUGAR DE PROCEDENCIA
DESPUES DE APLICAR EL MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA**

| GRADO DE ESTRES | LUGAR DE PROCEDENCIA | | | | | |
|--------------------|----------------------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | LIMA | | PROVINCIA | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| NORMAL | 17 | 51.5 | 10 | 30.3 | 27 | 81.8% |
| LEVE | 2 | 6.1 | 4 | 12.1 | 6 | 18.2% |
| MODERADO | - | - | - | - | - | - |
| SEVERO | - | - | - | - | - | - |
| TOTAL | 19 | 57.6% | 14 | 42.4% | 33 | 100% |

Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton

GRAFICO N° 13

Fuente: Entrevista a través de un cuestionario con elaboración propia y medición de Estrés con un cuestionario validado de Hamilton.

El grado de estrés a grado normal y leve es superado en ambos grupos, sin embargo aún se observa en el grupo de provincia hay mayor % en el estrés leve, con un 12.1% (4) y un 6.1%(2) en los familiares que viven en Lima.

CUADRO N° 14**GRADO DE ESTRÉS DE FAMILIARES ANTES Y DESPUES DE APLICAR EL MODELO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA REALIZADA EN EL I.S.N**

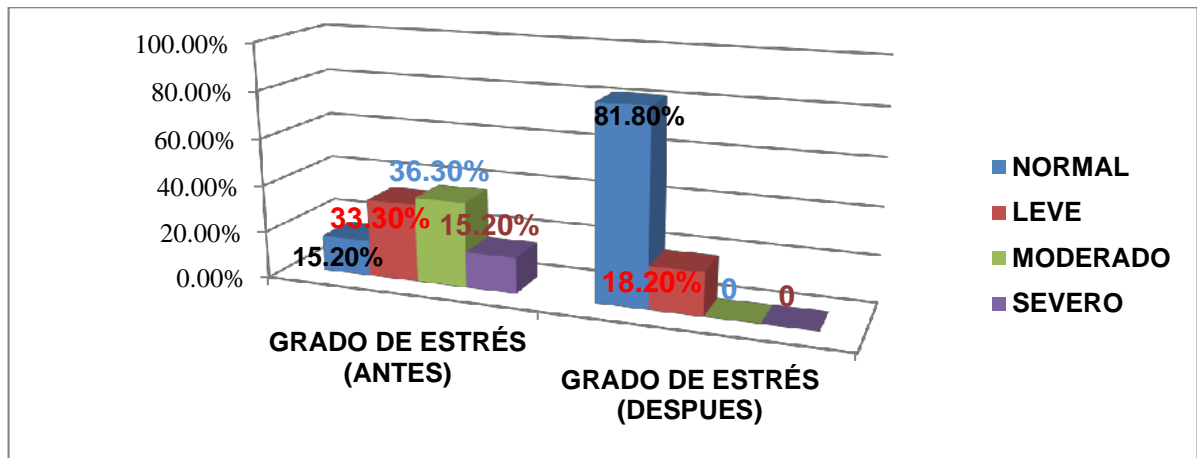
Fuente: Recolección de información a través del Test de Hamilton ANTES y DESPUES de aplicado el de

| Grado de Estrés | Antes | | TOTAL | Después | | TOTAL |
|--------------------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|
| | N° | % | | N° | % | |
| Normal (< de 50) | 5 | 15.2% | 5 | 27 | 81.8% | 27 |
| Leve (51 a 59) | 11 | 33.3% | 11 | 6 | 18.2% | 6 |
| Moderado (60 a 69) | 12 | 36.3% | - | - | - | - |
| Severo (70 a +) | 5 | 15.2% | - | - | - | - |
| TOTAL | 33 | 100% | 33 | 6 | 100% | 33 |

Intervención Educativa

$\chi^2 =$ Grado de estrés: 33.60

GI = 3, $p < 0.001$ Altamente significativo

GRAFICO N ° 14

Fuente: Recolección de información a través del Test de Hamilton ANTES y DESPUES de aplicado el de Intervención Educativa.

En el siguiente cuadro se demuestra la Hipótesis planteada en la TESIS de investigación; El análisis estadístico del Ji cuadrado muestra la variación del grado de Estrés no se debe a un hecho azaroso sino que existe relación, cambiando el grado de Estrés de manera efectiva. Tenemos antes del MODELO Estrés Moderado en 36.3% y Severo 15.2%, aplicado el Modelo, no se evidencia Estrés Moderado ni Severo.

CAPITULO V

5.- DISCUSION DE RESULTADOS

La familia es un grupo muy importante dentro de la sociedad, siendo ellos el sujeto del estudio en la presente TESIS de investigación.

La Unidad de Cuidados Intensivos es un área crítica donde alberga pacientes pediátricos graves con abordaje complejo necesario para su recuperación. Los padres experimentan situaciones de choque pues evidencian equipos conectados con su niño enfermo que desconocen ocasionando en ellos estrés y angustia, agravando más aún su sufrimiento. El modelo de intervención educativa planteado resalta el acercamiento con la familia.

Cobb R. Reportó en investigaciones realizadas en familias que los efectos de la enfermedad o incapacidad del niño sobre el sistema familiar son numerosos conceptualizadas como un estado de alteración y desequilibrio del entorno familiar.⁴⁸

Rosa Natividad Pérez; Refiere que la familia está considerada como un grupo natural con historia propia, cuando un miembro de la familia enferma toda la familia entra en crisis; de tal manera sin su familia el paciente no puede ser ni bien entendido ni bien atendido, la familia tiene un papel insustituible al lado del paciente.⁴⁹

Ruíz y Bernat , afirman que el ingreso de un paciente a una unidad de cuidados intensivos supone la ruptura paciente – familia, agravándose más aún por la frecuente incapacidad de la familia de recibir información y expresar sus deseos e inquietudes, agregándosele el déficit de comunicación.⁴⁻⁵

Para la familia informarse es un tema difícil por encontrarse en un área crítica y observar al personal terapéutico muy ocupados , ellos temen molestarlos, suelen interpretar gestos y miradas muchas veces erróneos hacia el personal de la UCI.⁷

La comunicación según Gutiérrez Zawaga Isabel en un sentido amplio define como todas las medidas y procesos que ayudan al ser humano a familiarizarse con la naturaleza humana.³⁸

Se cuenta con la necesidad el abordaje de la intervención de la Enfermera frente a la familia en crisis: La Enfermera al convivir el mayor tiempo con la familia debe reconocer diversos estados de crisis de manera oportuna, por ello requiere estar pendiente de forma que los padres asimilen la información que ellas les den y así activen en la familia su mecanismo de adaptación.³⁷

De acuerdo a lo planteado las evidencias que tenemos en la Unidad de Cuidados Intensivos del ISN frente a la hospitalización del niño gravemente enfermo, se puede identificar a la familia realmente tensa, preocupada y con mucho estrés, manifestándolo con llanto y mucha tristeza en su rostro. La información que recibe del personal Médico es corto y muchas veces incompleto y confuso y el de la Enfermera limitado porque no está autorizada a dar informes por el motivo que se prioriza la atención directa al paciente y su estabilización, dejando de lado a la familia que también es importante y no es considerada. UCI

– ISN

Contrastando los resultados de la TESIS planteada con el aporte teórico tenemos que la familia del paciente hospitalizado si manifiesta grados de estrés frente a la hospitalización de su niño considerando en grados desde normal, leve, moderado y severo que trae como consecuencia el desequilibrio familiar. Por ello se planteó aplicar un modelo de intervención educativa que ayude a la

familia a superar el estado emocional alterado modificando de ésta manera el estrés que antes manifestaba logre estabilizarse, ayudando finalmente a la familia a superar los niveles de estrés de moderados y severos a un grado normal.

Por tanto, debemos considerar luego de evaluar el trabajo final que todo familiar requiere ser entendido y atendido pues son de gran ayuda para la recuperación del paciente gravemente enfermo, mejorando la comunicación a través de la educación y acercamiento. (TESIS DE INVESTIGACION)

Del mismo modo podemos contrastar la TESIS con algunos antecedentes relacionados al tema. El estudio realizado en la ciudad de Caracas Venezuela el año 2015, por la Dra. María Perníz y la Dra. Alexandra Núñez sobre “ Efectividad de un plan de intervención psicoterapéutica en la ansiedad de familiares de pacientes ingresados en terapia intensiva “ donde se obtuvo información acerca de niveles de ansiedad antes y después de la aplicación del modelo de intervención de familiares de la UTI, los resultados concluyen que el 95 % de los participantes (Familiares) se mostraron receptivos a la fase de información asimismo concluyen que los niveles de ansiedad mejoran de severos a moderados, como podemos corroborar con la presente TESIS de investigación que también se utilizó un modelo que ayudó que mejoran los niveles de Estrés de Moderados del 36.3 % y Severo en un 15.2 % , llegando a un grado normal en el 81.8 % de los casos y leve el 18.2 % de los casos.

Tenemos un estudio realizado por Enfermera Fronteras donde realizaron un trabajo grupal: “Educación para la Salud y control de Estrés en el año 2015, trabajaron en grupo y por edades donde finalmente todos refirieron sentirse mejor y controlaron el estrés y nerviosismo, la cual tiene una estrecha relación

con la TESIS presentada pues luego de aplicar el modelo educativo la familia refleja estabilidad emocional en el grupo de familiares.

La Enfermera es una profesional y está más cercana a la familia por ello es la indicada de trabajar con la familia con su apoyo incondicional y de humanismo.

CONCLUSIONES

1. El estudio de Investigación se llevó a cabo en el Instituto de Salud del Niño, servicio de Cuidados Intensivos.
2. Participaron 33 familiares que hacen un total del 100 %.
3. Los participantes fueron familiares de los niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.
4. Para la participación en el estudio se contó con la aprobación de la familia a través de un consentimiento informado.
5. Se identificó niveles de Estrés a través de una encuesta con la aplicación del Test de Hamilton, instrumento que se utilizó en la Tesis.
6. Previo al modelo de intervención Educativa se identificó. El grado de Estrés según la distribución del Test de Hamilton: Normal 15.2 % (5), Leve 33.3 % (11), Moderado 36.3 % (12) y Severo 15.2 % (5).
7. Se aplicó el modelo de intervención educativa luego de identificados niveles de estrés en los familiares.
8. Se demostró la efectividad del modelo de intervención educativa a través de la disminución del estrés de familiares, llegando al resultado final, encontramos un nivel de estrés normal en un 81.8% (27) de los casos y un estrés leve en un 18.2% (6) de los casos, no encontramos estrés moderado ni severo al final del estudio; Demostrando así la efectividad del modelo de intervención educativa.

SUGERENCIAS

1. Se plantea la aplicación de un Modelo Educativo en la Unidad de Cuidados Intensivos para ello se requiere el apoyo de la Dirección del Instituto de Salud del Niño dando facilidades para la ejecución de dicho programa dotando de profesionales para este fin como son Psicólogos y Licenciadas en enfermería del mismo modo el compromiso de algún laboratorio para aporte económico de ser necesario para el desarrollo en este proceso. Del mismo modo exista mejor coordinación en la UCI con las jefaturas Médica y de Enfermería dando facilidades para la aplicación del programa estableciendo horarios diarios permanentes.
2. Concientizar y sensibilizar al personal de salud que labora en la Unidad para que participen en un programa de adiestramiento para ellos que involucre conocimientos básicos sobre identificar niveles de estrés y su manejo, que sirva para trabajar con la familia del niño hospitalizado y que manifieste un estado de nivel alterado por tener a su niño hospitalizado.
3. Se sugiere que se brinde mayor facilidad a los familiares que manifiesten un estado de estrés alterado brindando todo el apoyo de acercamiento, comunicación, educación y manejo de estrés con el apoyo de un psicólogo.
4. Concientizar al personal de salud sobretodo de la Unidad de Cuidados Intensivos continuar la labor educativa en el área asistencial asimismo proponer nuevos trabajos semejantes al modelo que ayuden a la familia y al niño hospitalizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Franco R. Percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención que realiza la enfermera durante la crisis situacional en la UCI Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina.
2. Torrents R, Torras E, Saucedo M, Surroca L, Jover. Impacto de los familiares del paciente crítico, ante una acogida protocolizada. Enfermería intensiva, 2013, [http://dx.doi.org/10.2016/S1130-2399\(03\)78104-8](http://dx.doi.org/10.2016/S1130-2399(03)78104-8), consulta: 10/08/17
3. Organización Panamericana de la Salud: Calidad en la atención y seguridad del paciente, Setiembre 2015; Disponible en; http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3412%3Acalidad-atención-seguridad-paciente&catid=1530%3Apatient_safely&Itemid=2166&lang=es.
4. Ruiz M. Satisfacción del familiar con el cuidado a pacientes en estado crítico (Tesis) 2012, Universidad Autónoma de Nuevo León, facultad de Enfermería
5. Bernat MD, Tejedor R, Sanchis J. ¿Cómo valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en la Unidad de Cuidados Intensivos? Año de publicación año 2012.
6. Charry R, Ordoñez L, Tiempos M, Cortes M. Interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos de dos instituciones de salud, año 2012 (tesis) en la Ciudades de Pitalito y Neiva, Universidad de la Sabana : Bogotá – Colombia.
7. Jiménez V, Zapata L, Díaz L. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una Unidad de Cuidados

- Intensivos, año 2013, Aquichán – Redalyc: www.redalyc.org/revista. Bogotá, Colombia.
8. García DJ, Estrada MC, Gallegos M, Antuna AB, Efectividad del modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto agudo de miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos. Año 2015 ; Disponibilidad : 913-31.<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.166>
 9. Llevador Sanchos, J. “Temas básicos de cuidados intensivos “, año: 2016, Madrid. – España.
 10. Zafortea C, Gastaldo D, Sanchez-Cuenca P. E., Pedro J, Lastra P. “Relación entre enfermeras de Cuidados Intensivos y familiares, indicios de cambio” , Marzo 2014
 11. Pérez M. Carmen, Najarro Francisco Román, Dulce M. Angel, Gallardo N, Fernández A. “Comunicación: Una necesidad para el paciente y familia, una competencia de enfermería”. Setiembre 2009, Disponible en : revista@paginasenferurg.com/www.enferurg.com, Revista vol. N° 1
 12. Guevara B, “Una aproximación al perfil de la Enfermera intensivista” Año Octubre 2007, Disponible; www.portalesmedicos.com , Revista electrónica de portales Médicos.
 13. Dra. María Perníz, Dra. Alexandra Nuñez S. Tema de Investigación: “Efectividad de un plan de intervención en la ansiedad de familiares ingresados a terapia intensiva”, año 2015, Ciudad de caracas, Venezuela.
 14. Gema Rodríguez, María Santander, Año 2015, Artículo: enfermeras fronteras. Hospital Clínico de salamanca – España.
 15. June Etxeberra Erauskin. Tema de Investigación: “Sobrecarga emocional de los familiares de los pacientes de la Unidad de cuidados Intensivos”, año 2012, Universidad Pública de Navarra (UPNA) España.

16. Gersón Andrés Ballesteros Pinzón. Tema de Investigación: “Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos” Año 2014. Hospital Universitario (FOSCAL – HUS) Bogotá – Colombia.
17. Departamento de enfermería, Tema de Investigación : “Mejorando el cuidado de los familiares del paciente crítico, estrategias consensuadas”, Año 2014, Universitat de les Balears, Palma de Mallorca, , Hospital Son Llàtzer, España.
18. Arellano P. Mario, Cuidados Intensivos en Pediatría, año 2009, tercera edición, editorial Interamericana – México.
19. Blumer, Jeffrey L. Guía práctica de Cuidados Intensivos de Pediatría, año : 2013, tercera edición, Editorial Doyma – Libros, Madrid – España.
20. Folleto sobre tecnología Educativa: “Estrategia metodológica para la educación continua” año 2012
21. José E. Velásquez D. Tema: “Ayudando a familiares que están bajo estrés” Edición Instituto of Food, Año: 2011 La Florida
22. Boletín Epidemiológico Antioquia, 2015; Dirección sectorial de Salud, Abril – Mayo – Junio, Medellín, Colombia.
23. Pedro José Beneit Medina, María Dolores Serrano Parra, año 2014; Disponible: <http://dialnet.unirioja.es/articulo?codigo=5123104>. DIALNET, España.
24. Loretta E. Heidgerken .Revista Educación en enfermería, editorial Interamericana , año 2012; Washington
25. Neidhardt. J. Weistein, M. y Conry, R. Programas para prevenir y controlar el estrés, 2014. DEUSTO. Madrid.- - España.
26. Roche Roberto Psicología de la pareja y de la familia: Análisis y optimización (Parámetro desconocido). Fechaaccesoepisodio=ignorado.

27. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española ;Agosto 2015 , disponibilidad ; [www;es.wikipedia.org/wikifamilia](http://www.es.wikipedia.org/wikifamilia).
28. Declaración Universal de los Derechos Humanos; La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y el estado; Disponible : [www;es.wikipedia.org/wikifamilia](http://www.es.wikipedia.org/wikifamilia)
29. Valdivia Sánchez Carmen: la familia: Concepto, cambios y nuevos modelos, año 2008. La Revue du REDIF.
30. Dianne C. longo. La práctica clínica en enfermería psicosocial –Evaluación e intervención. Editorial Ihambra, Año 2015
31. Aroldo Noriega; Características de un familiar ; Año 2016, Disponibilidad: <https://linkedin.com/pub/aroldo-noriega/140> see all posts by
32. Giacomantone Eduardo y Mejía Alberto; El impacto emocional, Editorial Paidós, año de publicación: 2013
33. Gonzales Benitez Idarmis; Las crisis familiares, citado 2018, Revista Cubana ,Disponible : http://scielo.sld/cu/scielo.php?script=sci_arttext.pid.es
34. Centre Londres, Valoración de la familia y estructura familiar, año 2010, disponible: [http://www.mailxmail.com/curso-valoración-familia-situación de crisis/valoración-estructura familiar](http://www.mailxmail.com/curso-valoración-familia-situación-de-crisis/valoración-estructura-familiar). Londres
35. ZafortezaC. Pedro J.E. Gastaldo D, Lastra P. Sánchez – Cuenca P. : Que perspectivas tienen las enfermeras de cuidados intensivos en su relación con los familiares del paciente crítico, año 2013
36. Finns J.J. Solomon M.Z. Communication in intensive care settings: The challenge of futility disputes, Crit Care, año 2013
37. Whaley Wong, DonnaL. Wong. Enfermería Pediátrica, Organización Panamericana de la Salud, Editorial: Mirror, año: 2015, cuarta edición. España

38. Loretta E. Heidgerren. Enseñanza de la Enfermera. Editorial Interamericana S.A. Año 2014, España.
39. Guerrero Muñoz, Luisa Angélica; Efectividad de un modelo innovador de Educación en servicios para enfermeras, año 2013
40. Convenio Multilateral: Metodología de educación de adultos en Salud y Saneamiento. 2013 OPS, Aprisabac.
41. Abolió de Cols Susana: Planteamiento del proceso Enseñanza Aprendizaje, editorial ; Marimar año 2013
42. Julian Pérez Porto: Definición del Modelo Educativo, publicado ; 2008 ,
Disponibile : <http://definición.de/modelo-educativo/>
43. Charla: Comunicación, educación y familia 2015, Disponible:
<https://definicionabc.com/comunicación/charla.php>.
44. Charlas Educativas : disponible :
Slideshare. <https://es.slideshare.net/luisafdabustos1/charlas-educativas>
45. Entrevista con la familia año 2017, disponible :
<http://es.slideshare.net/agherranz/la-entrevista-con-la-familia>.
46. Lehrer, Paúl M, David H,Barlpw, Robert L. Woolfolk, Wesley E. Sime, Principles and Practice of stress Management, trird Edition, Año 2016 – FRW
47. Wikipedia: Relaxation by Daniel Goleman: The York Times. Mayo 2016.
48. Figley, C. R y Mc Cubbins: Stress and the family, collection de articles importances. Año 2013, New York.
49. Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds Mc Graw – Hill: Artículos de Psicología. Editorial Industrial S. A. Año : 2013, New York

ANEXOS

ANEXO N° 1**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL
MODELO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ALIVIO DEL ESTRÉS
REALIZADO POR LA LIC. LIDA CHAVEZ D. EN EL I.S.N.**

Se estudió la relación estadística significativa a un nivel de confianza del 95%, con un error del 5% y una probabilidad $p < 0.05$, mediante el análisis del Ji o chi cuadrado (X^2), prueba no paramétrica aplicada para recuentos.

$$X^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Dónde:

fo = frecuencia observada o real.

fe = frecuencia esperada o calculada.

Σ = Sumatoria.

X^2 = Ji cuadrado.

ANEXO N° 2**ANALISIS ESTADISTICO DEL GRADO DE ESTRÉS DE FAMILIARES EN RELACION A LA EDAD ANTES Y DESPUES DE APLICADO EL MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA****MENOR DE 25**

| | Antes | Después | Total | |
|--------|-------|---------|-------|----|
| Normal | 3 | 6 | 0 | 9 |
| Estrés | 7 | 4 | 0 | 11 |
| Total | 10 | 10 | 0 | 20 |

| | | | | |
|------|------|-------|------|------|
| VE3 | 4,50 | 1,50 | 2,25 | 0,50 |
| VE7 | 5,50 | -1,50 | 2,25 | 0,41 |
| VE1 | 4,50 | -1,50 | 2,25 | 0,50 |
| VE17 | 5,50 | 1,50 | 2,25 | 0,41 |

| | |
|----------|----------|
| Ji cuad. | 1,82 |
| = | |
| | g.l. = 1 |
| | p < 0,05 |

Conclusión: NO

SIGNIFICATIVO

De 26 a 40 años

| | Antes | Después | Total | |
|--------|-------|---------|-------|----|
| Normal | 1 | 16 | 0 | 17 |
| Estrés | 17 | 2 | 0 | 19 |
| Total | 18 | 18 | 0 | 36 |

| | | | | |
|-----|------|-------|-------|------|
| VE3 | 8,50 | 7,50 | 56,25 | 6,62 |
| VE7 | 9,50 | -7,50 | 56,25 | 5,92 |

| | | | | |
|------|------|-------|-------|------|
| VE1 | 8,50 | -7,50 | 56,25 | 6,62 |
| VE17 | 9,50 | 7,50 | 56,25 | 5,92 |

| | |
|----------|-------|
| Ji cuad. | 25,08 |
| = | |
| g.l. = 1 | |
| p< 0,001 | |

Conclusión: ALTAMENTE

SIGNIFICATIVO

DE 41 A MAS

| | Antes | Después | | |
|--------|-------|---------|---|----|
| Normal | 1 | 5 | 0 | 6 |
| Estrés | 4 | 0 | 0 | 4 |
| Total | 5 | 5 | 0 | 10 |

| | | | | |
|------|------|-------|------|------|
| VE3 | 3,00 | 2,00 | 4,00 | 1,33 |
| VE7 | 2,00 | -2,00 | 4,00 | 2,00 |
| VE1 | 3,00 | -2,00 | 4,00 | 1,33 |
| VE17 | 2,00 | 2,00 | 4,00 | 2,00 |

| | |
|----------|------|
| Ji cuad. | 6,67 |
| = | |
| g.l. = 1 | |
| p< 0,05 | |

Conclusión: SIGNIFICATIVO

ANEXO N° 3**ANALISIS ESTADISTICO DEL GRADO DE ESTRÉS DE FAMILIARES EN RELACION AL GRADO DE INSTRUCCIÓN ANTES Y DESPUES DE APLICADO EL MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA****PRIMARIA**

| | Antes | Después | | |
|--------|-------|---------|---|---|
| Normal | 0 | 4 | 0 | 4 |
| Estrés | 4 | 0 | 0 | 4 |
| Total | 4 | 4 | 0 | 8 |

| | | | | |
|------|------|-------|------|------|
| VE3 | 2,00 | 2,00 | 4,00 | 2,00 |
| VE7 | 2,00 | -2,00 | 4,00 | 2,00 |
| VE1 | 2,00 | -2,00 | 4,00 | 2,00 |
| VE17 | 2,00 | 2,00 | 4,00 | 2,00 |

| | |
|----------|-----------|
| Ji cuad. | 8,00 |
| = | |
| | g.l. = 1 |
| | p < 0,025 |

Conclusión: SIGNIFICATIVO

SECUNDARIA

| | Antes | Después | | |
|--------|-------|---------|---|----|
| Normal | 4 | 18 | 0 | 22 |
| Estrés | 18 | 4 | 0 | 22 |
| Total | 22 | 22 | 0 | 44 |

| | | | | |
|------|-------|-------|-------|------|
| VE3 | 11,00 | 7,00 | 49,00 | 4,45 |
| VE7 | 11,00 | -7,00 | 49,00 | 4,45 |
| VE1 | 11,00 | -7,00 | 49,00 | 4,45 |
| VE17 | 11,00 | 7,00 | 49,00 | 4,45 |

| | |
|----------|-----------|
| Ji cuad. | 17,82 |
| = | |
| | g.l. = 1 |
| | p < 0,001 |

Conclusión: ALTAMENTE
SIGNIFICATIVO

SUPERIOR

| | Antes | Después | | |
|--------|-------|---------|---|----|
| Normal | 1 | 5 | 0 | 6 |
| Estrés | 6 | 2 | 0 | 8 |
| Total | 7 | 7 | 0 | 14 |

| | | | | |
|------|------|-------|------|------|
| VE3 | 3,00 | 2,00 | 4,00 | 1,33 |
| VE7 | 4,00 | -2,00 | 4,00 | 1,00 |
| VE1 | 3,00 | -2,00 | 4,00 | 1,33 |
| VE17 | 4,00 | 2,00 | 4,00 | 1,00 |

| | |
|----------|----------|
| Ji cuad. | 4,67 |
| = | |
| | g.l. = 1 |
| | p < 0,05 |

Conclusión :
SIGNIFICATIVO

ANEXO N° 4**ANALISIS ESTADISTICO DEL GRADO DE ESTRÉS DE FAMILIARES SEGÚN LA OCUPACION
ANTES Y DESPUES DE APLICADO EL MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA****TRABAJADOR**

| | Antes | Después | | |
|--------|-------|---------|---|----|
| Normal | 3 | 7 | 0 | 10 |
| Estrés | 8 | 4 | 0 | 12 |
| Total | 11 | 11 | 0 | 22 |

| | | | | |
|------|------|-------|------|------|
| VE3 | 5,00 | 2,00 | 4,00 | 0,80 |
| VE7 | 6,00 | -2,00 | 4,00 | 0,67 |
| VE1 | 5,00 | -2,00 | 4,00 | 0,80 |
| VE17 | 6,00 | 2,00 | 4,00 | 0,67 |

| | |
|----------|----------|
| Ji cuad. | 2,93 |
| = | |
| | g.l. = 1 |
| | p < 0,05 |

Conclusión: NO

SIGNIFICATIVO

SU CASA

| | <i>Antes</i> | <i>Después</i> | | |
|---------------|--------------|----------------|---|----|
| <i>Normal</i> | 2 | 20 | 0 | 22 |
| <i>Estrés</i> | 20 | 2 | 0 | 22 |
| <i>Total</i> | 22 | 22 | 0 | 44 |

| | | | | |
|------|-------|-------|-------|------|
| VE3 | 11,00 | 9,00 | 81,00 | 7,36 |
| VE7 | 11,00 | -9,00 | 81,00 | 7,36 |
| VE1 | 11,00 | -9,00 | 81,00 | 7,36 |
| VE17 | 11,00 | 9,00 | 81,00 | 7,36 |

| | |
|----------|-----------|
| Ji cuad. | 29,45 |
| = | |
| | g.l. = 1 |
| | p < 0,001 |

Conclusión: ALTAMENTE

SIGNIFICATIVO

ANEXO N° 5**ANALISIS ESTADISTICO DEL GRADO DE ESTRÉS DE FAMILIARES EN RELACION AL SEXO
ANTES Y DESPUES DE APLICADO EL MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA****MASCULINO**

| | Antes | Después | | |
|--------|-------|---------|---|----|
| Normal | 2 | 3 | 0 | 5 |
| Estrés | 3 | 2 | 0 | 5 |
| Total | 5 | 5 | 0 | 10 |

| | | | | |
|------|------|-------|------|------|
| VE3 | 2,50 | 0,50 | 0,25 | 0,10 |
| VE7 | 2,50 | -0,50 | 0,25 | 0,10 |
| VE1 | 2,50 | -0,50 | 0,25 | 0,10 |
| VE17 | 2,50 | 0,50 | 0,25 | 0,10 |

| | |
|----------|----------|
| Ji cuad. | 0,40 |
| = | |
| | g.l. = 1 |
| | p < 0,05 |

Conclusión: NO SIGNIFICATIVO

FEMENINO

| | Antes | Después | | |
|--------|-------|---------|---|----|
| Normal | 3 | 24 | 0 | 27 |
| Estrés | 25 | 4 | 0 | 29 |
| Total | 28 | 28 | 0 | 56 |

| | | | | |
|------|-------|--------|--------|------|
| VE3 | 13,50 | 10,50 | 110,25 | 8,17 |
| VE7 | 14,50 | -10,50 | 110,25 | 7,60 |
| VE1 | 13,50 | -10,50 | 110,25 | 8,17 |
| VE17 | 14,50 | 10,50 | 110,25 | 7,60 |

| | |
|----------|-----------|
| Ji cuad. | 31,54 |
| = | |
| | g.l. = 1 |
| | p < 0,001 |

Conclusión:

ALTAMENTE SIGNIFICATIVO

ANEXO N° 6**ANALISIS ESTADISTICO DEL GRADO DE ESTRÉS DE FAMILIARES ANTES Y DESPUES DE
APLICADO EL MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA**

| | Antes | Después | Total |
|----------|-------|---------|-------|
| Normal | 5 | 27 | 32 |
| Leve | 11 | 6 | 17 |
| Moderado | 12 | 0 | 12 |
| Severo | 5 | 0 | 5 |
| Total | 33 | 33 | 66 |

| | | | | |
|------|-------|--------|--------|------|
| VE5 | 16,00 | 11,00 | 121,00 | 7,56 |
| VE11 | 8,50 | -2,50 | 6,25 | 0,74 |
| VE12 | 6,00 | -6,00 | 36,00 | 6,00 |
| VE5 | 2,50 | -2,50 | 6,25 | 2,50 |
| VE27 | 16,00 | -11,00 | 121,00 | 7,56 |
| VE6 | 8,50 | 2,50 | 6,25 | 0,74 |
| VE0 | 6,00 | 6,00 | 36,00 | 6,00 |
| VE0 | 2,50 | 2,50 | 6,25 | 2,50 |

| | |
|----------|-----------|
| Ji cuad. | 33,60 |
| = | |
| | g.l. = 3 |
| | p < 0,001 |

Conclusión: ALTAMENTE

SIGNIFICATIVO

ANEXO N° 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento, Yo Sr (a)

.....
Padre (Madre) del niño;

.....
Hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto de Salud del Niño.

ME han explicado que se está realizando un programa de Educación a familiares a través de un proyecto de investigación titulado “MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA EN LA DISNINUCION DEL ESTRÉS DE FAMILIARES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS EN LA UCI – ISN”, A CARGO DE LA Sra. Lic. Lida E. Chávez Dueñas y los participantes son los familiares de los niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Por lo descrito, doy mi consentimiento para ser participe en dicho proyecto de Investigación, encontrándose mi niño hospitalizado en la Unidad.

Sr. (a)

DNI N°.

ANEXO N° 8

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACION

Dirigido A:

Familiares de niños hospitalizados en la UCI – ISN

Objetivo General:

- Detectar grado de estrés de familiares de niños hospitalizados en UCI – ISN

Lugar: ISN Servicio: Unidad de Cuidados Intensivos

Fecha:

DATOS DEL FAMILIAR:

Nombre:

Edad:

Sexo: Estado Civil:

Grado de Inst.

Ocupación.....

DATOS DEL NIÑO:

Nombre del Paciente:

Edad:

Sexo:

Dx:

ANEXO N° 9

| TEST DE HAMILTON | 1. EVALUACION | | | |
|--|---------------|---|---|---|
| | R | A | M | S |
| 1. Se siente Ud. mas ansioso y nervioso de lo normal | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Siente Ud. miedo sin ver razón de ello | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Se enfada con facilidad y siente momentos de mal humor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Siente Ud. que se desvanece, como si sintiera caerse | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Siente que todo le va bien y nada malo puede sucederle | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Los brazos y piernas le tiemblan | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Se siente Ud. mal por los dolores de cabeza, cuello y espalda | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. se siente Ud. débil y se cansa con facilidad | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. Se siente Ud. tranquilo y puede permanecer sentado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. El corazón le late con mayor rapidez que lo normal | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Tiene Ud. momentos de mareo y se siente preocupado por ello | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Tiene periodos de desmayo | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. Su respiración es buena, lo hace con facilidad | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Siente Ud. que se le adormece dedos de manos y pies | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Se siente molesto por los dolores de estómago y digestión | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Tiene deseos de orinar con mucha frecuencia | 1 | 3 | 2 | 1 |
| 17. Siente resequedad en la piel sobretodo en manos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Siente Ud. que se ruboriza con facilidad | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19. Duerme Ud. con facilidad, descansa bien | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Tiene Ud. Pesadillas | | | | |

VALORACIÓN:**R** = raramente (Normal)**A** = Algunas Veces (leve)**M** = Muchas Veces (Moderado)**S** = Siempre (Severo)**PUNTAJE:**

< de 50 puntos

De 50 – 59 pts.

De 60 – 69 pts.

DE 70 a mas

ANEXO N° 10**PUNTAJE FINAL DE ACUERDO A LA EVALUACION CON EL TEST DE HAMILTON A LOS FAMILIARES PARTICIPANTES ANTES Y DESPUES DE APLICAR EL MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA**

| N° DE FAMILIARES | PUNTAJE | | RESULTADOS | |
|------------------|---------|---------|------------|---------|
| | ANTES | DESPUES | ANTES | DESPUES |
| FAMILIA N° 1 | 70 | 35 | S | L |
| FAMILIA N° 2 | 56 | 29 | L | N |
| FAMILIA N° 3 | 60 | 45 | M | N |
| FAMILIA N° 4 | 60 | 36 | M | N |
| FAMILIA N° 5 | 58 | 44 | M | M |
| FAMILIA N° 6 | 53 | 36 | L | N |
| FAMILIA N° 7 | 51 | 34 | L | N |
| FAMILIA N° 8 | 58 | 30 | L | N |
| FAMILIA N° 9 | 54 | 40 | L | N |
| FAMILIA N° 10 | 64 | 30 | M | N |
| FAMILIA N° 11 | 60 | 45 | M | N |
| FAMILIA N° 12 | 62 | 39 | M | N |
| FAMILIA N° 13 | 58 | 34 | M | N |
| FAMILIA N° 14 | 61 | 44 | M | N |
| FAMILIA N° 15 | 46 | 23 | N | N |
| FAMILIA N° 16 | 51 | 34 | L | N |
| FAMILIA N° 17 | 57 | 48 | L | N |
| FAMILIA N° 18 | 64 | 40 | M | N |
| FAMILIA N° 19 | 65 | 50 | M | N |
| FAMILIA N° 20 | 49 | 34 | N | N |
| FAMILIA N° 21 | 72 | 51 | S | L |
| FAMILIA N° 22 | 61 | 39 | M | N |
| FAMILIA N° 23 | 51 | 29 | L | N |
| FAMILIA N° 24 | 44 | 33 | N | N |
| FAMILIA N° 25 | 68 | 55 | M | L |
| FAMILIA N° 26 | 73 | 54 | S | L |
| FAMILIA N° 27 | 56 | 48 | L | N |
| FAMILIA N° 28 | 60 | 35 | M | N |
| FAMILIA N° 29 | 45 | 29 | N | N |
| FAMILIA N° 30 | 61 | 37 | M | N |
| FAMILIA N° 31 | 45 | 37 | N | N |
| FAMILIA N° 32 | 70 | 53 | S | L |
| FAMILIA N° 33 | 70 | 51 | S | L |
| TOTAL | 33 | 33 | - | - |

ANEXO N° 11**MODELO DE TECNICAS DE RELAJACION APLICADA A LA FAMILIA QUE PARTICIPO EN EL MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA****RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA**

1.- FRENTE: Levantar las cejas fuertemente. Soltar poco a poco. Repetir

2.- PARPADOS: Cerrar los ojos fuertemente. Abrirlos poco a poco. Repetir

3.- MANDIBULA: Apretar el diente fuerte. Abrir la boca poco a poco. Repetir

Repetir los 4 ejercicios una vez más

5.- BRAZO DERECHO: Levantando el brazo, apretar el puño muy fuerte. Relajarlo. Repetir con el brazo caído.

6.- BRAZO IZQUIERDO: Igual que el derecho

7.- CUELLO:

- ❖ Tirar fuertemente hacia atrás. Volver a posición normal
- ❖ Tirar hacia delante. Volver a posición
- ❖ Tocar con la oreja derecha el hombro. Volver a posición
- ❖ Tocar con la oreja izquierda. Volver a posición

Repetir los 3 ejercicios una vez más

8.- PIERNA DERECHA: Levantar la pierna, bajar los dedos del pie fuertemente. Volver a posición normal despacio, luego apretar el pie contra el suelo

9.- PIERNA IZQUIERDA: Igual que la derecha

10.- ABDOMEN: Meter el estómago fuertemente mientras se coge aire. Soltar el estómago mientras se coge aire. Soltar el estómago mientras se suelta el aire lentamente por la boca.

Repetir los 3 ejercicios una vez más.

ANEXO N° 12

**TRIPTICO INFORMATIVO UTILIZADO EN EL MODELO DE INTERVENCION
EDUCATIVA**

❖ **RESPIRACIÓN ARTIFICIAL :**

Se utiliza cuando el paciente no respira solo, necesita el apoyo de un ventilador mecánico.



❖ **ASPIRACIÓN DE SECRECIONES :**

Es la eliminación de secreciones (Moco) de los pulmones, boca y nariz con ayuda de una sonda.



❖ **CURACIONES :**

Se realiza en todo paciente con heridas a fin de evitar infecciones.



RECUERDE :

- El niño por su enfermedad es susceptible a adquirir infecciones, mientras menos contacto tenga menor es el riesgo de infección.
- Su colaboración es para nosotros muy importante.

RECOMENDACIONES :

- El lavado de manos es importante antes y después de visitar a su niño
- Colocarse el mandil antes de ingresar a la sala
- No olvidarse que los niños necesitan útiles de aseo , Topa y pañales para su atención.



MINISTERIO DE SALUD

POBLENZANA

INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD

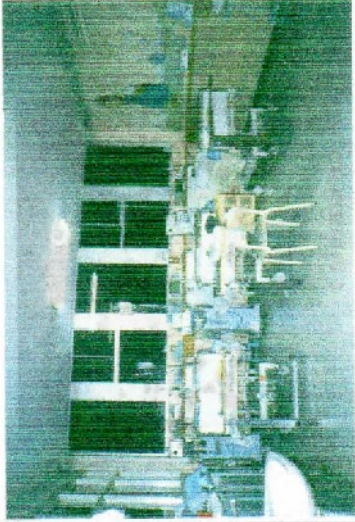





DEL NIÑO



Sr. Padre de familia :

INFORMESE SOBRE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

En ésta UNIDAD haremos todo lo posible para ayudar a su niño.

| | | |
|---|--|---|
| <p>PRESENTACIÓN</p> <p>La Unidad de Cuidados Intensivos es un servicio creado para la vigilancia continua y el tratamiento inmediato de niños gravemente enfermos.</p>  <p>NUESTRO OBJETIVO :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Brindar atención inmediata y oportuna al niño hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos. | <p>SU NIÑO ES ATENDIDO EN LA UCI , MEDIANTE EL PRESENTE INFORMATIVO LE DAMOS INDICACIONES GENERALES COMO :</p> <p>¿ Quiénes trabajamos en la UCI ?</p> <p>Médicos intensivistas, enfermeras y personal técnico capacitado para la atención de pacientes delicados.</p> <p>¿ Quiénes están autorizados para ingresar a la visita ?</p> <p>Los padres y en su ausencia tutores previamente identificados.</p> <p>¿ Cual es el horario de visita ?</p> <p>De 5 a 6 pm.</p> <p>¿ Quién es el encargado de informarle sobre el estado de salud de su niño ?</p> <p>El médico de turno le informará sobre el estado de salud de su niño</p> <p>¿ Que le proporciona la UCI a su niño ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados y vigilancia continua • En algunos casos los niños con problemas respiratorios requieren de equipos como el VENTILADOR MECANICO que les ayuda a respirar. • Los PROCEDIMIENTOS en la UNIDAD son necesarios para la atención del niño, así tenemos :  | <p>ALIMENTACIÓN:</p> <p>A través de una sonda colocada en la nariz hasta el estómago para la administración de dieta o leche cuando el niño no lo hace solo.</p>  <p>ELIMINACIÓN :</p> <p>Se utiliza una sonda para ayudar al paciente que evacue la vejiga con facilidad</p>  <p>FUNCIONES VITALES :</p> <p>Control estricto para ver el estado general del niño enfermo</p>  <p>TRATAMIENTO :</p> <p>Administración de medicinas y suero directamente a la vena para atención del paciente.</p>  <p>FISIOTERAPIA RESPIRATORIA :</p> <p>Ejercicios y masajes respiratorios para ayudar al paciente a eliminar secreciones.</p> |
|---|--|---|

ANEXO N° 13

EDUCACION A LA FAMILIA A TRAVES DE CHARLAS EDUCATIVAS





ANEXO N° 14

TERAPIAS DE RELAJACION COMO MODELO EDUCATIVO A LOS FAMILIARES







UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso - Cayhuayna
Teléfono 514760 - Pág. Web. www.posgrado.unheval.edu.pe



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO

En el Auditorio de la Escuela de Posgrado, siendo las **09:30h**, del día **jueves 22.FEBRERO.2018**, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

| | |
|-------------------------------------|------------|
| Dra. Marina LLANOS MELGAREJO | Presidenta |
| Mg. Antonio Alberto BALLARTE BAYLÓN | Secretario |
| Mg. Alberto SALDAÑA PANDURO | Vocal |

Asesor de Tesis, Dra. Verónica CAJAS BRAVO; (Resolución N° 02454-2017-UNHEVAL/EPG-D)

La aspirante al Grado de Maestro en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Doña Lida E. CHÁVEZ DUEÑAS

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: **"MODELO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN LA DISMINUCIÓN DE ESTRÉS DE FAMILIARES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO"**.

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante a Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- a) Presentación personal.
- b) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones.
- c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- d) Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis las observaciones siguientes:

.....
.....

Obteniendo en consecuencia la Maestría la Nota de DIECISEIS (16)

Equivalente a Aprobado, por lo que se recomienda
(Aprobado ó desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Huánuco, siendo las 11:00 horas del 22 de febrero de 2018.

.....
 PRESIDENTA
 DNI N° 22418598

.....
 SECRETARIO
 DNI N° 07310427

.....
 VOCAL
 DNI N° 22408968

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE POSGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos del autor de la tesis)

Apellidos y Nombres: Chávez Dieñas, Lida Eneida
 DNI: 10184071 Correo electrónico: lida9197@gmail.com
 Teléfonos Casa 015255157 Celular 998750286 Oficina _____

2. IDENTIFICACION DE LA TESIS

| | |
|-----------|--|
| Posgrado | |
| Maestría: | <u>Maestría en Salud Pública y Gestión Sanitaria</u> |
| Mención: | _____ |

Grado Académico obtenido:

MAESTRO

Título de la tesis:

MODELO DE INTERVENCION EDUCATIVA DE ENFERMERIA
EN LA DISMINUCION DEL ESTRES DE FAMILIARES

Tipo de acceso que autoriza el autor:

| Marcar "X" | Categoría de Acceso | Descripción de Acceso |
|-------------------------------------|---------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | PÚBLICO | Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio. |
| <input type="checkbox"/> | RESTRINGIDO | Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo. |

Al elegir la opción "Público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquiera tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

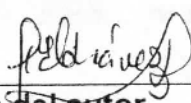
En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

() 1 año () 2 años () 3 años () 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasara a ser de acceso público.

Fecha de firma: 22-02-18



Firma del autor