



**UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA**

Facultad de Enfermería

**EFFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN EL
CONOCIMIENTO Y LA INCERTIDUMBRE DE LOS
FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICAS**

**Proyecto de investigación para optar el título de
Enfermería en Cuidados Intensivos**

Asesora:

LIC. ESP. OLGA PEREA CANCHARES

Autores:

Erika Mendieta Baylon

Luis Munarriz Palomino

Mariela Zamora Córdova

Lima – Perú

2016

ÍNDICE

| | PAG. |
|--|-------------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 3 |
| Formulación del problema..... | 4 |
| Justificación..... | 5 |
| Viabilidad y Factibilidad del estudio | 6 |
| CAPÍTULO II. PROPÓSITO Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO | 7 |
| Propósito | 7 |
| Objetivo General | 7 |
| Objetivos Específicos..... | 7 |
| CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO | 8 |
| Antecedentes | 8 |
| Base teórica | 11 |
| CAPÍTULO IV. HIPÓTESIS Y VARIABLES | 30 |
| Hipótesis | 30 |
| Variable | 30 |
| CAPITULO V. MATERIAL Y MÉTODO | 31 |
| Diseño de estudio..... | 31 |
| Población y Muestra | 31 |
| Definición operacional de variables..... | 33 |
| Procedimientos y técnicas de recolección de datos | 35 |
| Plan de tabulación y análisis de datos. | 39 |
| CAPÍTULO VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS | 41 |
| Principios éticos | 41 |
| Cronograma diagrama de Gantt..... | 42 |
| Presupuesto | 43 |
| Consentimiento Informado | 44 |
| Asentimiento Informado | 46 |
| Referencias bibliográficas | 48 |
| ANEXOS | 52 |
| Anexo 1: Cuestionario | 53 |
| Anexo 2: Programa educativo | 56 |
| Anexo 3: Guía Informativa..... | 62 |

RESUMEN

Objetivo: Determinar el efecto de un programa educativo, en el nivel de conocimientos y el nivel de incertidumbre de familiares de pacientes críticas de la unidad de cuidados intensivos. Instituto nacional materno perinatal, enero a Marzo 2017 **Material y métodos:** el estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal, se llevará a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno del Instituto Nacional Materno Perinatal. El estudio se realizará con la población constituida por un total de 60 familiares de pacientes críticas. Para la recolección de datos se aplicará la técnica de la encuesta, y como instrumento se utilizará un cuestionario de 2 partes, la primera parte que evalúa el nivel de conocimientos fue elaborado por los investigadores, el cual será sometido para confirmación de validez y confiabilidad y la segunda parte que evalúa la incertidumbre, se aplicará el cuestionario validado y adaptado al contexto del familiar que evalúa el nivel de incertidumbre de Merle Mishel. Para la recolección de información, se coordinará la autorización institucional, procediendo a su realización, previo consentimiento informado. La información obtenida se procesará y analizará a través del programa estadístico SPSS, se presentará en tablas de distribución de frecuencias y promedios.

Palabras claves: conocimientos, incertidumbre, paciente crítico, Cuidador primario.

INTRODUCCIÓN

La familia es importante en cada ser humano, todos provenimos de una familia y hacemos una familia en el transcurso de nuestras vidas, se hace familia en el hogar, en el trabajo, en el colegio, en la universidad etc. Esta familia se ve resquebrajada en su tranquilidad a causa de la enfermedad de uno de ellos. La salud familiar es considerada de interés en la salud pública, tanto en el Perú como a nivel internacional.

Así mismo en otros países existen varios estudios que abordan la necesidad de estudiar al familiar del paciente crítico, la creciente demanda de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos, trae consigo familiares que atraviesan estados emocionales amenazados por la incertidumbre y falta de información (1). Teniendo en cuenta que la vida familiar surge en la vida del hombre como una necesidad de supervivencia humana para poder enfrentar los desafíos de la naturaleza, con la ruptura de ésta, su estabilidad se ve amenazada (2). Frente a ello se ha observado en distintas unidades de cuidados intensivos (UCI) un distanciamiento de la enfermera intensivista con la familia, a diario el arduo quehacer, los múltiples cuidados que presenta el paciente crítico, el stress y otras dificultades que atraviesa la especialidad obstaculiza este vínculo, pero ello no debe justificar el quiebre de la relación enfermera familia ya que enfermería como profesión debe propiciar el cuidado integral a la familia, como esencia y razón de ser de la profesión.

Las enfermedades que acaban con un paciente hospitalizando en una UCI son progresivas o súbitas, el ingreso a estas unidades generalmente se da en forma rápida y deja a la familia en la incertidumbre, esto produce ruptura de roles por lo que es esencial en este período inicial, que tanto el paciente como la familia reciban ayuda efectiva, al encontrarse en un ambiente altamente tecnificado y con procedimientos que parecen cruentos y amenazantes para ellos (3).

La hospitalización de un familiar, altera el normal funcionamiento del núcleo familiar al que pertenece, se ha mostrado que los familiares experimentan niveles muy elevados de ansiedad y depresión mientras los pacientes están en la UCI (1).

En el afán de incluir a la familia del paciente crítico dentro del cuidado de enfermería se hace necesario buscar formas de poder acercarlas al entorno de la UCI y brindar los conocimientos necesarios para disminuir la incertidumbre que ellos presentan. Una estrategia efectiva son los programas educativos, a través de ellos se brinda información a poblaciones en riesgo como gestantes, hipertensos, renales, etc. para prevenir enfermedades, pero a nivel nacional la experiencia y la poca literatura existente indican que no se realizan protocolos o programas que tomen en cuenta la carencia de conocimiento del familiar del paciente crítico y la incertidumbre que genera este desconocimiento, ya que ellos atraviesan por una crisis emocional cuando sus familiares se encuentran graves. Incluir una maqueta que simula una UCI en miniatura que demuestra la tecnología usada y los distintos invasivos que presenta un paciente en estado crítico es nuevo, ya que solo se ha visto el uso de maquetas en profesiones como arquitectura, medicina, al aplicarlo en la educación que brinda enfermería se desea evaluar el efecto de este programa educativo y difundirlo, si no se brinda el soporte debido al familiar, pueden generar estados ansiosos persistentes o conductas negativas hacia la UCI.

En este tiempo donde se plantea la necesidad de abrir las puertas de la UCI a los familiares, es necesario educarlos para incorporarlo a este entorno que para ellos es hostil y atemorizante, ello debe ir precedido de información, educación, para disminuir la incertidumbre en el familiar (4). Es difícil graficar con palabras la distinta tecnología que se usa en el paciente para su cuidado, por ello, la elección de educar con una maqueta, será gráfica y detallada para poder alcanzar los efectos que se desean.

El familiar del paciente crítico debe ser considerado como parte fundamental en el tratamiento y recuperación del paciente, ya que ellos pueden contribuir mejorando los resultados de su familiar hospitalizado.

El objetivo de este proyecto de investigación se centra en evaluar el efecto de un programa educativo, en el nivel de conocimientos e incertidumbre de familiares de pacientes críticas de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional Materno Perinatal, de esta forma darle un sentido humanizado a la labor que el enfermero de UCIM desarrolla.

Capítulo I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia surge en la vida del hombre como una necesidad de supervivencia humana para poder enfrentar los desafíos de la naturaleza (2). Puede definirse en palabras como integridad, unión, fuerza, etc. La familia está conformada por un conjunto de personas y cuando uno de ellos enferma, genera en esta sociedad un deterioro en su estabilidad y sin esperárselo y de una manera abrupta, la cotidianeidad deja paso a la incertidumbre (5).

Estudios indican que la familia del paciente crítico hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), requiere cuidados, atención e información oportuna. Con frecuencia se les observa en sala de espera con manifestaciones conductuales y emocionales. Las personas no familiarizadas con las UCI; en sus primeras visitas reaccionan con angustia y múltiples expectativas en relación con la cantidad de dispositivos de monitoreo y equipos para el mantenimiento de la vida (3).

A diferencia de otras unidades, la UCI es un servicio de alta complejidad en el que brinda cuidado integral a personas en condiciones críticas de salud, esta unidad crea incertidumbre en el paciente pero sobre todo en los familiares, ya que es un área aislada y restringida donde se produce abruptamente interrupción de los procesos familiares. La familia debe estar incluida dentro del plan de cuidados de enfermería, sin embargo en varias UCI de Lima los profesionales priorizan los procedimientos al paciente, aislando a los familiares incrementando la incertidumbre y desesperación.

Además, por lo general un paciente en estado crítico se encuentra sometido a una serie de procedimientos de soporte vital, lo que es desconocido y de gran impacto para el familiar, es en esta situación que el profesional de enfermería debe establecer un vínculo de soporte emocional y de confianza, tratando de convertir a la familia en herramienta terapéutica en favor tanto de su familiar hospitalizado, como de ella misma (4).

Pero el cuidado de enfermería se ha venido despersonalizando, actualmente, en la práctica de enfermería se observa que el cuidado es identificado en el hacer monótono, lineal y sin sentido, en donde el familiar muchas veces es ignorado (6).

No tomar en cuenta al familiar aunado al desconocimiento que éste presenta aumenta su incertidumbre y desesperanza, por ello enfermería debe tener un papel relevante en cuanto a la educación como parte del cuidado, investigaciones afirman que es importante informar a los familiares y darles orientación sobre lo que pueden encontrar en sus primeras visitas a la UCI en relación con la tecnología y el pronóstico de la enfermedad del familiar hospitalizado, ya que éste se encuentra ante esta situación carente de conocimientos, con ello se contribuye a minimizar la ansiedad generada por la incertidumbre. Además el contacto más personalizado y frecuente, es necesario para crear un clima de seguridad y confianza (7).

Esta situación no dista mucho de la realidad. La Unidad de Cuidados Intensivos Materno es centro de referencia a nivel nacional, donde se reciben pacientes gineco obstétricas críticas de todo el Perú, se ha observado que la familia atraviesa una crisis de ansiedad, los primeros momentos son los más delicados, la familia llega a un ambiente desconocido, intuyendo que las próximas horas serán cruciales, donde su esposa, madre o hija esta inconsciente rodeada de cables, conectada a tubos y la preocupación de si son las últimas horas que van a estar a su lado o si quedará incapacitada para el resto de su vida, les surge una serie de inquietudes, como: ¿Por qué está conectado a esa máquina?¿Por qué no despierta, está en coma?, aunado en una serie de dudas a diagnósticos que recién oyen como “eclampsia”, “HELLP”, etc.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.

Por lo antes expuesto se hace necesario saber ¿Cuál es el efecto de un programa educativo, en el conocimiento y la incertidumbre de los familiares de pacientes críticas de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional Materno Perinatal, Enero a Marzo 2017?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Los escasez de información sobre un área desconocida y el no saber sobre el estado de salud de su paciente, genera un deterioro en el estado emocional de los familiares de pacientes en estado crítico que proviene de la incertidumbre, si no le damos el soporte debido puede generar estados ansiosos persistentes o conductas negativas hacia la unidad. Ninguna persona está preparada para aceptar la noticia de internar a un familiar en cuidados intensivos, ya que generalmente asocian a la UCI con la muerte y si bien el riesgo está presente, el profesional de enfermería debe buscar la mejor estrategia para brindar conocimientos de forma oportuna y eficaz, que pueda generar además de conocimientos, tranquilidad y disminuir la incertidumbre que se generan en las salas de espera ante un ambiente inexplorado altamente tecnificado.

En el país no existen programas o protocolos destinados a informar al familiar en el ingreso de una UCI ni el ambiente desconocido al que se somete, lo que le crea incertidumbre, aunado a una serie de diagnósticos que le son desconocidos, por ello surge la necesidad de estudiar el efecto de un programa educativo, en el nivel de incertidumbre de familiares de pacientes críticas, el programa educativo planteado es innovador y original, el cual se dará de forma expositiva a través de una maqueta representativa y una guía con la información necesaria, la educación con maqueta será de gran utilidad ya que la mayoría de personas tienen dificultades para interpretar el lenguaje. Su finalidad es informar las características de la unidad, los cuidados y la tecnología de soporte vital utilizada, todo esto en miniatura.

En cuanto al aporte social de esta investigación, se espera que, a partir de los hallazgos, se obtenga un instrumento de soporte a la familia aportando conocimientos sobre el ambiente de una UCI y de esta forma disminuir la incertidumbre.

Se espera que el profesional de enfermería se vea beneficiado, ya que implica un abordaje desde la familia creando una herramienta para ejecutarla en su plan de cuidado. Las implicaciones prácticas, esperadas a partir de este trabajo, permitirán considerar esta investigación como una guía para la educación de la familia del paciente en UCI. Por consiguiente, el validar el programa educativo aportara como antecedente para la institución como elemento medible de los estándares de calidad para la acreditación.

1.4 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO

La presente investigación será realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal, el cual se aplicará en los familiares de las pacientes críticas gineco obstétricas hospitalizadas en la Unidad De Cuidados Intensivos Materno.

Se considera un estudio viable, por tener acceso a la información, debido a que existen estudios similares que han investigado efectos de un programa educativo en los conocimientos, así como la teoría de la incertidumbre ampliamente explorada e instrumentos validados que estudian la misma, y se considera factible porque cuenta con las autorizaciones y permisos pertinentes por parte de la institución y la jefatura de la UCI Materna para su elaboración. Así mismo los investigadores cuentan con el tiempo necesario para realizar las distintas actividades programadas, relacionadas con el trabajo de investigación.

Los recursos económicos y materiales serán financiados por el propio equipo investigador que ayudarán a su ejecución.

CAPÍTULO II

2.1 PROPÓSITO

Con los resultados obtenidos se espera aplicar e instaurar este programa educativo en la UCI Materna para integrar al familiar del paciente crítico y de esta forma mejorar la calidad de atención que el profesional de enfermería desarrolla, brindando atención holística.

Con esta investigación se desea obtener un medio educativo para ser usado en el familiar del paciente crítico, basado en la evidencia, prestando interés a la familia, y atenderlas para favorecer su bienestar.

Se espera que esta investigación de lugar a investigaciones futuras, que permitan desarrollar estrategias de intervención frente a las necesidades de los familiares del paciente en UCI tomando en cuenta a la incertidumbre en la que se ven sometidos por la falta de conocimientos frente un ambiente desconocido y altamente tecnificado.

Asimismo, favorecer la difusión de este programa educativo a otras unidades de cuidados intensivos para que sean usados de acuerdo a su realidad en pro del familiar y sensibilizar al profesional de enfermería en la atención de los familiares de pacientes críticos.

2.2 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general

Determinar el efecto de un programa educativo, en el nivel de conocimientos y el nivel de incertidumbre de familiares de pacientes críticas de la unidad de cuidados intensivos.

Instituto nacional materno perinatal, Enero a Marzo 2017

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimientos en familiares de pacientes críticas antes y después del programa educativo.
- Identificar el nivel de incertidumbre en familiares de pacientes críticas, antes y después del programa educativo.
- Identificar el efecto del programa educativo en el nivel de conocimientos.
- Identificar el efecto del programa educativo en el nivel de incertidumbre.

Capítulo III.

MARCO TEÓRICO

3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

El ingreso de un paciente en una Unidad de Cuidados Críticos ocasiona en la familia trastornos a nivel psicológico y social que, en ocasiones requieren de tratamiento especializado. En este sentido, se ha observado que los familiares precisan de un proceso de adaptación, durante el cual pasan a convertirse también en sujetos de cuidados (8). En este contexto las necesidades que presentan son múltiples y deben ser tomadas en cuenta para su satisfacción, dentro del plan de cuidados de Enfermería, en un estudio observacional transversal cuyo objetivo es identificar las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados a UCI, destacó la necesidad de información como una de sus principales necesidades, la que se debe brindar de manera progresiva, y personalizada. Al respecto se ha señalado en investigaciones similares que la situación emocional delicada por la que atraviesa la familia hace necesario que los profesionales de salud se impliquen humanamente para atender de forma adecuada la necesidad de información (8).

En un estudio en el que se realizó una revisión de literaturas y revistas especializadas en cuidados Intensivos, estos artículos identificaron cuatro grupos de necesidades en las familias: cognitiva, emocional, social y práctica, donde una de las principales necesidades de la familia es recibir mayor información por parte de los profesionales, que la enfermera informe sobre los signos vitales, el cuidado, el tratamiento y aspectos concretos de la UCI, esta revisión propone que para cubrir estas necesidades se protocolice la información (9). Satisfacer las necesidades cognitivas de las familias es una meta importante para todo el personal de cuidados intensivos, la entrega de información veraz, comprensible y eficaz plantea desafíos específicos en el entorno estresante que se vive en una UCI (10).

En un estudio cuantitativo descriptivo de intervención familiar, metodología cualitativa de tipo fenomenológico se aplicó instrumentos con preguntas abiertas a la familia del paciente crítico, la efectividad del modelo se determinó mediante el indicador trato digno que se le proporcione a la familia del paciente crítico, dentro de este indicador se tomaron en cuenta

las variables de educación e información a la familia y el apoyo emocional, en el que se concluye que un programa educativo estructurado brindado a las familias en las UCI apoya que la importancia de aplicar un Modelo de Cuidado de Enfermería en unidades donde se proporcione información, educación y apoyo emocional apropiado, favorecen la adaptación ante la crisis (11).

Del mismo modo un estudio prospectivo cuasi-experimental donde se evaluó el efecto de un protocolo de acogida familiar en una unidad de cuidados intensivos, los primeros dos meses, el grupo control recibió la información y orientación usual y los dos meses siguientes, al grupo intervención se le aplicó un protocolo de acogida estructurado y multidisciplinar, proveído en las primeras 24 h tras el ingreso. A ambos grupos se les ofreció la Encuesta de Satisfacción Familiar en la UCI cuyos resultados evidencian que el nivel de satisfacción es muy alto a diferencia de la información cotidiana brindada, se concluye que para que la comunicación sea eficaz debe transmitir un mensaje que pueda ser captado y recordado, por ello una guía empleada para brindar información dentro de una acogida protocolizada en UCI es adecuada y presenta alto grado de satisfacción ya que no solo se brindara información verbal si no también escrita, lo cual es de suma importancia para mejorar el grado de información (1). El brindar atención personalizada al familiar, manteniéndolo informado y estableciendo una buena comunicación con el equipo multidisciplinario, favorece la adaptación del familiar en esta situación tan difícil como es el ingreso en UCI (12).

Otro estudio en el que se realizó un programa educativo a familiares de pacientes unidades de cuidados intensivos, concluyen que el programa planteado, genera en los familiares un afrontamiento positivo, observándose una disminución de la ansiedad y el llanto, lo que se traduce en una integración efectiva al cuidado del paciente que puede ser protectora durante la estancia y favorecedora para el alta y rehabilitación (13)

Davidson define “La comprensión facilitada como un proceso dinámico, continuo, reflexivo y creativo en el que las enfermeras proporcionan a la familia información completa acerca de la unidad crítica, el ambiente, equipos de monitoreo, para que tengan de esta unidad conciencia correcta y positiva frente a la hospitalización de una persona en cuidado intensivo, la familia necesita, para estar bien, darle sentido a la situación, comprender lo que está pasando, adaptarse a su nuevo rol y entender lo que deben hacer” (14). Investigar sobre la satisfacción de los familiares de pacientes críticos sirve para introducir mejoras en aspectos

muy importantes del cuidado integral del paciente crítico y su familiar (15). Intervenciones realizadas para que la familia entienda lo que está pasando y lo que debe hacer fomentan la sensación de tranquilidad, confort, seguridad; favorece la adaptación y previene resultados psicológicos adversos (16).

Por ello el cuidado con la familia debe ser tomado muy en cuenta, es así que en un estudio cuyo objetivo fue disminuir los niveles de incertidumbre en familiares de pacientes con esquizofrenia, se brindó una intervención educativa de tres talleres de psicoeducación y expresión de sentimientos con el fin de cuantificar el impacto de la intervención realizada se aplicó un pretest y un postest basados en la escala de medición de Incertidumbre de Mishel, el cual permitió evidenciar la presencia de incertidumbre y la disminución de este fenómeno a partir de la intervención del profesional de enfermería, a través de este proyecto se corrobora que la incertidumbre está presente en los familiares de pacientes con esquizofrenia y que el personal de enfermería favorece e influye directamente como proveedor de estructura en el marco de estímulos (17).

Estos resultados concuerdan con este estudio cuyo objetivo fue conocer las experiencias vividas por las mujeres diagnosticadas de fibromialgia aplicando la Teoría de la Incertidumbre propuesta por M. Mishel, las cuales presentaron elevados nivel de incertidumbre vinculado a la dificultad para hacer frente a los síntomas, incertidumbre ante el diagnóstico y la complejidad del tratamiento. Este estudio concluye que el profesional de la salud debe ofrecer una información clara sobre la patología, cuanto mayor es el nivel de conocimientos de las pacientes sobre la enfermedad y mejor es la calidad de la información que se presta, se informa de menor ansiedad e incertidumbre en la vivencia de la enfermedad(18).

3.2 BASE TEORICA

3.2.1 PROGRAMA EDUCATIVO COMO PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE EN LA UCI

PROGRAMA EDUCATIVO

Es un documento técnico, planificado y sistemático de enseñanza aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de prácticas saludables y evitar las prácticas de riesgo. El objetivo es la búsqueda de conocimientos, actitudes y comportamientos en el sentido de una salud óptima e influir positivamente en el bienestar físico y psíquico de la persona, el plan de acción incluye la evaluación de carácter formativo (19).

Fases de un programa educativo

Diagnóstico.- En esta fase del programa se realiza un análisis de la situación, determinando las necesidades de la población en materia de salud y valorando las posibilidades de intervención, a la vez que se establecen las prioridades.

Planificación. - En esta fase ya se conoce la situación actual. Ahora se tiene que decidir qué se va a hacer y cómo se va a hacer. Se necesita tiempo es bueno dejar periodos de reflexión. Para hacer la planificación del programa se tiene que diseñar los aspectos siguientes: objetivos, el público al que va dirigido, recursos, estrategias, actividades y cronograma.

Ejecución. - en esta fase se culmina la preparación que se hizo hasta ahora. Es el momento de poner en práctica todo lo programado. Esta es la parte visible del programa. A la vez que se realizan las actividades se irán evaluando los resultados.

Evaluación. - Esta fase sirve para valorar los datos antes, durante y después del programa, y conocer si se han cumplido los objetivos y cuál ha sido la eficacia del trabajo.

Se evalúa todo el programa, desde el inicio, donde se realiza el estudio para saber la situación inicial; se sigue con evaluaciones del proceso de cada fase, en cada actividad, y, por último, la evaluación final.

La evaluación puede ser cualitativa o cuantitativa:

Cualitativa: evaluamos si se han conseguido los objetivos (Sí/No). Si hemos observado cambios de conducta, si se han mejorado los servicios sanitarios, el grado de satisfacción conseguido, etc.

Cuantitativa: se miden con cifras los datos y los cambios en los indicadores de salud conseguidos con el programa: número de ejemplares de folletos informativos distribuidos, porcentaje de personas asistidas, prevalencia, etc.

Con todos estos datos se llega a conclusiones que recogen los resultados obtenidos, los errores detectados, sus posibles causas y, también, las alternativas de mejora. Esto servirá para ayudar a la puesta en marcha de nuevos planes y programas (20).

3.2.2 MÉTODO DIDÁCTICO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE: SIMULACIÓN CON MAQUETAS

Fundamento pedagógico:

El brindar un programa educativo tiene como punto de partida la selección de la didáctica apropiada para la educación del familiar del paciente crítico. Tras la revisión de la literatura la mejor metodología didáctica para la enseñanza de diferentes materias es la que está fundada en la escuela psicológica de J. Piaget, las siguientes palabras del psicólogo suizo resumen su concepto del aprendizaje:

“El conocimiento, no es una copia de la realidad. Conocer un objeto o un evento no es simplemente verlo y hacer una copia mental o imagen de él. Conocer un objeto es actuar sobre él; conocer es modificar, transformar el objeto y entender el modo como está construido. Así, una operación es la esencia del conocimiento, es una acción interiorizada que modifica el objeto mismo” (21).

Jean Piaget y Lev Vygotski son figuras clave del constructivismo que es una corriente pedagógica creada por Ernest von Glasersfeld, basándose en la teoría del conocimiento constructivista surge el constructivismo educativo.

El constructivismo educativo propone un paradigma en donde el proceso de enseñanza se percibe y se lleva a cabo como un proceso dinámico, participativo e interactivo del sujeto, de modo que el conocimiento sea una auténtica construcción operada por la persona que aprende. Éste se aplica como concepto didáctico en la enseñanza orientada a la acción y recalca la fuerte influencia del exterior en la construcción del conocimiento.

El aprendizaje significativo surge cuando el alumno, como constructor de su propio conocimiento, relaciona los conceptos a aprender y les da un sentido a partir de la estructura conceptual que ya posee. Dicho de otro modo, construye nuevos conocimientos a partir de los conocimientos que ha adquirido anteriormente. Este puede ser por descubrimiento o receptivo. Pero además construye su propio conocimiento porque quiere y está interesado en ello.

Diseño y planificación de la enseñanza

En una perspectiva constructivista, el diseño y la planificación de la enseñanza deberían prestar atención simultáneamente a cuatro dimensiones:

Los contenidos de la enseñanza: Se sugiere que un ambiente de aprendizaje ideal debería contemplar no sólo factual, conceptual y procedimental del ámbito en cuestión sino también las estrategias de planificación, de control y de aprendizaje que caracterizan el conocimiento de los expertos en dicho ámbito.

Los métodos y estrategias de enseñanza: La idea clave que debe presidir su elección y articulación es la de ofrecer a los alumnos la oportunidad de adquirir el conocimiento y de practicarlo en un contexto de uso lo más realista posible.

La secuencia de los contenidos: De acuerdo con los principios que se derivan del aprendizaje significativo, se comienza por los elementos más generales y simples para ir introduciendo, progresivamente, los más detallados y complejos.

La organización social: Explotando adecuadamente los efectos positivos que pueden tener las relaciones entre los alumnos sobre la construcción del conocimiento, especialmente las relaciones de cooperación y de colaboración (22).

Obstáculos en el aprendizaje de las personas clasificados por su naturaleza y características, en tres tipos:

Ontogenéticos: que consisten en limitaciones neurofisiológicas derivadas de la propia evolución, el estadio de desarrollo en que se encuentra, influido por el medio social, cultural y educativo en que ha vivido, y los conocimientos previos que ha logrado adquirir.

Epistemológicos: dificultades intrínsecas de los conocimientos. Estas dificultades son diferentes para cada conocimiento y es posible encontrarlos en la historia de los conceptos mismos, esto no quiere decir que se habrán de reproducir con igual nivel para todos los sujetos.

Metodológicos: Se refieren a los métodos que utilizan los docentes para enseñar, de acuerdo a un modelo educativo específico. Son los obstáculos metodológicos, sobre los que los profesores e instituciones educativas pueden actuar para mejorar el resultado de la educación, buscando los métodos de enseñanza apropiados, apoyados en el uso racional y responsable de la tecnología (23).

Tomando en cuenta las bases conceptuales de la teoría psicológica de Piaget: Observar no es adquirir conocimiento, no es informarse, adquirir el conocimiento es practicarlo en un contexto de uso lo más realista posible. La “*simulación con maquetas*” apunta a ser una metodología educativa efectiva en facilitar la información del ambiente de una UCI.

3.2.3 Las simulaciones con maquetas

La mayoría de personas tienen dificultades para interpretar el lenguaje, códigos y convenciones de la expresión gráfica. Por este motivo, se utilizan las maquetas como método de representación tridimensional (24).

Son instrumentos educativos que se utilizan en la educación médica, se define como cualquier actividad docente que utilice la ayuda de simuladores con el fin de estimular y favorecer el aprendizaje, simulando en lo posible un escenario clínico más o menos complejo (25).

Fundamentos

- Este método permite hacer comprensibles y fácilmente interpretables las características de los diferentes elementos de la unidad representada.
- Constituyen excelentes medios didácticos para la enseñanza de diferentes disciplinas y asignaturas técnicas
- Brindan una representación muy aproximada a la realidad objetiva (24).
- Se ha podido demostrar que el uso de las simulaciones acorta el tiempo necesario para el aprendizaje
- Permite el aprendizaje de experiencias prácticas en diferentes tipos de entornos, desde los más simples a los más complejos, desde los más habituales a los poco comunes y son transferibles a la realidad (25).
- Permite acelerar el proceso de aprendizaje y contribuye a elevar su calidad. Su utilización debe tener una sucesión lógica dentro del Plan educativo que se corresponda con las necesidades y requerimientos que se desea transmitir (26)
- Sitúa al educando en un contexto que imite algún aspecto de la realidad y en establecer en ese ambiente situaciones, problemáticas, similares a las que él deberá enfrentar.
- Permite acelerar el proceso de aprendizaje y contribuye a elevar su calidad. No puede constituir un elemento aislado del proceso docente, sin un factor integrador, sistémico y ordenado de dicho proceso.
- Se reconoce como una herramienta docente con capacidades para sostener situaciones, apoyar procesos de enseñanza aprendizaje y mejorar las limitaciones de la docencia tradicional especialmente en Ciencias de la Salud (27).

Utilización de la simulación

La simulación tiene 2 grandes usos en el proceso educativo:

Durante la enseñanza-aprendizaje y en la evaluación.

Para su empleo se requieren determinados requisitos:

Elaboración de guías orientadoras para los educandos y guías metodológicas para los profesores de cada tipo de simulación (y simulador) que se emplee, que contenga una definición clara de los objetivos a lograr.

Demostración práctica inicial a los educandos por parte del profesor, que contenga su introducción teórica, donde se puedan emplear otros medios de enseñanza de forma combinada. Ejercitación del educando de forma independiente.

Evaluación por el profesor de los resultados alcanzados por cada educando de forma individual.

Ventajas:

Permite al educando:

Acortar los períodos necesarios para aprender y aplicar lo aprendido, en algunas de sus variantes, ante nuevas situaciones.

Permite al profesor:

Reproducir la experiencia.

Idear ejercicios didácticos y de evaluación que correspondan más estrechamente con las situaciones que un educando enfrenta en la realidad (28).

El mérito de un simulador no es su complejidad sino su utilidad, la frecuencia y aceptación para su uso por parte de los educadores.

La simulación como herramienta educativa necesita espacios y elementos tales como maniqués de distinta complejidad que permitan generar los escenarios para ensayar, corregir y perfeccionar las distintas técnicas, sobre todo las de atención y cuidado. También requiere de la capacitación de los docentes en el uso de la estrategia y la creación de escenarios de realismo.

Los métodos de enseñanza son las distintas secuencias de acciones del profesor que tienden a provocar determinadas acciones y modificaciones en los educandos en función del logro de los objetivos propuestos y su utilización debe tener una sucesión lógica que se corresponda con las necesidades y requerimientos del Plan educativo.

Para definir el método de enseñanza se debe tener presente que es:

- Un conjunto de procedimientos del trabajo docente.
- Una vía mediante la cual el profesor conduce a los educandos del desconocimiento al conocimiento.
- Una forma del contenido de la enseñanza.
- La actividad de interrelación entre el profesor y el educando destinada a alcanzar los objetivos del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Es importante tener presente que no existe un método de enseñanza ideal ni universal. Es necesario valorar que su selección y aplicación dependen de las condiciones existentes para el aprendizaje, de las exigencias que se plantean y de las especificidades del contenido (28).

El desarrollo de una buena educación basada en las simulaciones requiere inversión en recursos materiales y humanos, pero no menos cierto que dichas premisas son condiciones necesarias pero no son suficientes. Deben ir acompañadas de una serie de condiciones que van a ser indispensables para que esta docencia sea eficaz.

1. La docencia por simulación debe basarse en una estricta planificación de acuerdo con unos objetivos docentes claramente establecidos. Cada enseñanza debe planificarse con un guión que refleje claramente la situación que se va a entrenar, los objetivos que se buscan y las competencias que se van a adquirir. La implementación de estos guiones estará bien sistematizada.
2. Lo que se enseña debe ser relevante en el contexto. Se debe planificar la enseñanza de las diferentes habilidades de forma integrada con la enseñanza teórica y clínica que ha de recibir el educando y el material que se adquiriera debe estar en perfecta consonancia con los objetivos de aprendizaje que se deseen alcanzar.
3. La evaluación es una parte esencial del proceso como en cualquier otra actividad educativa, tanto en su vertiente formativa como sumativa, pero especialmente en la primera. La retroalimentación es una de las partes imprescindibles de la simulación. Los instrumentos de evaluación deben estar bien calibrados conteniendo todas las características claves a evaluar.
4. Las características del educador en este campo se pueden resumir en: gustarle la docencia, tener conocimiento y recursos docentes, ser accesible, crear un clima positivo, tener una escucha activa, no ser intrusivo, generar preguntas, aprovechar la interacción de los educandos de un mismo grupo y promover el aprender a aprender.
5. El material de simulación no puede considerarse como un mero juguete y en su manejo han de observarse las mismas condiciones de uso y seguridad que en la realidad (25).

3.2.2 CONOCIMIENTOS QUE NECESITA LA FAMILIA DEL PACIENTE CRÍTICO

PACIENTE CRÍTICO

Aquel individuo que, por padecer una enfermedad aguda o una reagudización de una enfermedad crónica, manifiesta signos y síntomas que, en su conjunto, expresan la máxima respuesta posible de su organismo ante la agresión sufrida (29).

CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Servicio de alta complejidad, cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a personas en condiciones críticas de salud, presenta las siguientes características:

- Restricción en el ingreso de la familia
- El ruido constante de las alarmas en los equipos
- El frío ocasionado por el aire acondicionado
- La iluminación, hacen de la permanencia en la UCI una experiencia poco placentera
- Además que está cargada de incertidumbre afectando la condición del paciente.
- Presenta alta tecnología, hay diversidad de equipos que permiten conocer variables fisiológicas y contribuyen a la interpretación de la situación clínica del paciente y enfocar la terapéutica, los cuales pueden ocasionar disconfort en el paciente debido a que están adheridos a la piel, algunos pueden transgredir las barreras naturales y limitar la autonomía, la movilidad y el bienestar (30).

LA ENFERMERA INTENSIVISTA

La esencia de la enfermera intensivista se fundamenta en el cuidado de las personas como seres humanos y basa su práctica en un sistema de creencias holísticas que cuida la mente, el cuerpo y el espíritu, haciendo uso de la más alta tecnología.

En cuanto a la educación requiere integrar materialidad y espiritualidad para que el arte de enseñar sea realizable. Enseñar en enfermería es: encaminar, entender, ver, sentir, hablar, apoyar, tomar, construir, observar, acompañar, respetar, animar, oír, indagar, percibir, cualificar y saber cuidar. Por otro lado la inmersión de la tecnología es un hecho en el quehacer del profesional de enfermería; siendo esta una de las bases fundamentales

para el cuidado del paciente críticamente enfermo en la unidad de cuidados intensivos (31).

CONOCIMIENTO

Platón. El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo (32).

La familia del paciente crítico

La familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan, y están sujetos a la influencia del entorno. El ingreso de un paciente en una unidad de cuidados intensivos somete a la familia en una crisis, situación que provoca ansiedad y preocupación. Si la familia siente amenaza de perder uno de sus miembros, se defiende contra la pérdida y puede experimentar una crisis psicológica. El suministro eficaz de cuidados necesariamente involucra el cuidado de los miembros disponibles de la familia (33)

Estudios concluyen que las necesidades prioritarias que presentan los familiares es ser informado con relación a la evolución del paciente, conocer por qué determinados tratamientos fueron realizados en el paciente, disponer de orientaciones generales sobre la UCI en la primera visita, disponer de respuestas dadas con sinceridad, conocer que profesionales cuidan del paciente y ser acompañado por un profesional, amigo o familiar durante la visita (34).

Necesidades de conocimiento del familiar

Estas necesidades son aquellas que hacen referencia al conocimiento de los familiares sobre el paciente y las características de la UCI.

La información es la mayor necesidad de las familias, los familiares demandan explicaciones sobre el estado de salud de su ser querido y lo que está ocurriendo alrededor del paciente. La información médica y la de enfermería debe ser complementarias y que exista una adecuada coordinación de la misma para que los familiares reciban la mejor información posible. La literatura apunta que la familias esperan de enfermería información sobre los signos vitales, cuidado, confort y descanso del paciente,

tratamiento, equipo tecnológico, y el equipo de profesionales que trabajan en la unidad, que los médicos informen cada día las condiciones, el diagnóstico, pronóstico, tratamiento del paciente y los cambios en el pronóstico (9).

Los familiares deben tener la certeza de que su paciente está recibiendo el mejor cuidado posible, y recibir información sobre las reglas, de la unidad de cuidados intensivos.

La información facilitada debe ser estructurada, clara y se realice en un ambiente empático. La falta de una comunicación efectiva con las familias del paciente en UCI precipita en los familiares sentimientos de preocupación, ansiedad, frustración, soledad, desánimo, enfado, tristeza y miedo.

Para aliviar el sufrimiento de las familias, Álvarez y Kirby reivindican la importancia de proporcionar una información clara, oportuna y consistente que brinde guía y orientación para mantener la confianza en la recuperación del paciente. Además, el mensaje debe ser esperanzador, siempre y cuando no cree falsas expectativas (34).

Se debe orientar a los familiares y dar una inducción sobre lo que pueden encontrar en sus primeras visitas a la UCI en relación con la tecnología y tratamiento de la enfermedad del familiar hospitalizado. Con ello se contribuye a minimizar las emociones y sentimientos.

Tener una comunicación asertiva, contacto personalizado y frecuente, crea un clima de seguridad y confianza (7).

Según la teoría de la incertidumbre de Merle Mishel el nivel de escolaridad puede influenciar la aparición del temor; es así como la educación puede ayudar a suplir la estructura de los eventos en el marco de los estímulos, aumentando la base de conocimientos con los cuales se asocian estos eventos, dándoles así significado y contexto. Es evidente el impacto directo que ejerce en el nivel de incertidumbre de aquellos que tienen un menor nivel educativo debido a que perciben con mayor complejidad lo relacionado con el tratamiento y el sistema de cuidado. Aquellos individuos con un nivel de educación mayor son capaces de modificar la incertidumbre más rápidamente que los anteriores y la experimentan por periodos más cortos (36).

3.2.3 INCERTIDUMBRE

Teoría de la incertidumbre de Merle Mishel frente a la enfermedad

Las Teorías de Rango Medio son teorías con una amplitud limitada, describen fenómenos o conceptos específicos y reflejan de la mejor manera los componentes de la práctica enfermera. Las ideas de este tipo de teorías son relativamente simples, proceden de la práctica clínica y se aplican a ella. Por ello están consideradas como una herramienta adecuada para sustentar las intervenciones de los cuidados de enfermería porque generan explicaciones sobre el porqué de los fenómenos íntimamente ligados al quehacer cotidiano de la profesión (35) (36).

Esta teoría surgió con la propia experiencia de Mishel al ser testigo de la batalla que libró su padre contra el cáncer.

La teoría de la incertidumbre explica cómo las personas procesan cognitivamente los estímulos relacionados con la enfermedad y construyen un significado en estos eventos. Lo que lo hace exclusivo es que Mishel considera el marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad (37).

Ella conceptualiza:

Nivel de incertidumbre.- Incapacidad de la persona para determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto haciendo imposible predecir los resultados, todo ello producido por la falta de información y conocimiento (38).

Si las estrategias recopiladas son efectivas, entonces ocurrirá la adaptación. La dificultad para adaptarse dependerá de la habilidad de las estrategias recopiladas para poder manipular la incertidumbre en la dirección deseada, ya sea para mantenerla (si se valora como oportunidad) o para reducirla (si se valora como un peligro).

La incertidumbre invade casi cada aspecto en la vida de la persona; por tanto, sus efectos aparecen condensados y, por último, se enfrentan a la estabilidad del sistema. Como respuesta a la confusión y al desorden provocado por un estado de continua incertidumbre, el sistema no tiene otra opción que cambiar para sobrevivir. Lo ideal sería que en condiciones de incertidumbre crónica, la persona pase gradualmente de una

evaluación negativa de la incertidumbre a la adopción de un nuevo modo de ver la vida que acepte esta como parte de la realidad.

La práctica de la enfermería actual es coherente con esta visión del mundo intentando ayudar a la persona a considerar múltiples formas de valorar lo que le pasa o a considerar otras alternativas para adaptarse a la naturaleza cambiante de la enfermedad, animándolo a considerar alternativas y opciones y manejarlas como posibilidades.

Este nuevo punto de vista de la incertidumbre como un fenómeno natural es una nueva visión del mundo en el que la inestabilidad y las fluctuaciones se consideran naturales e incrementan notablemente el rango de posibilidades que tiene la persona. Por consiguiente, la incertidumbre, sobre todo en enfermedades crónicas y en enfermedades potencialmente letales, puede conducir a un nuevo nivel de organización y a una nueva perspectiva de la vida, incorporando la madurez y el cambio que se puedan adquirir como consecuencia de estas situaciones “inciertas”.

El marco estructural de la teoría se compone de tres elementos principales:

1. Antecedentes de incertidumbre
2. El proceso de valoración
3. Enfrentamiento de la enfermedad

1. Antecedentes de incertidumbre: Se refiere al marco de estímulos; a la forma, composición y estructura de los estímulos que la persona percibe. El marco de estímulos tiene, a su vez, tres componentes:

- El patrón de síntomas
- La familiaridad con el evento
- Congruencia con el evento

Estos tres elementos proveen los estímulos que son estructurados por la persona en un esquema que crea menos incertidumbre.

El patrón de síntomas: Se refiere al grado en el cual los síntomas se presentan con suficiente consistencia para percibir que tienen un patrón o configuración. Basados en este patrón, el significado de los síntomas puede ser determinado.

La familiaridad con el evento: Es el grado en el cual la situación es habitual, receptiva o contiene claves reconocidas.

Cuando los eventos se reconocen como familiares, se pueden asociar con eventos de la memoria y su significado puede ser determinado.

La congruencia con el evento: Se refiere a la consistencia entre los eventos relacionados con la enfermedad, e implica confiabilidad y estabilidad de los eventos, facilitando así su interpretación y comprensión.

Estos componentes del marco de estímulos están inversamente relacionados con la incertidumbre; ellos reducen la incertidumbre.

A su vez, estos elementos del marco de estímulos están influenciados por dos variables.

A. La capacidad cognitiva

B. Proveedores de estructura

A. Capacidad cognitiva: Son las habilidades de procesamiento de la información de la persona; sólo una capacidad limitada de información puede ser procesada en un determinado momento; la sobrecarga de información ocurre cuando esta capacidad es excedida y la limitación de la capacidad cognitiva reducirá la habilidad para percibir el patrón de síntomas, la familiaridad con el evento y la congruencia con el mismo, lo cual favorece la aparición de la incertidumbre.

B. Proveedores de estructura: Son los recursos disponibles para ayudar a la persona en la interpretación del marco de estímulos, éstos reducen el estado de incertidumbre, tanto directa como indirectamente.

La reducción de la incertidumbre ocurre indirectamente cuando los proveedores de estructura ayudan a la persona a determinar el patrón de los síntomas, la familiaridad con los eventos y la congruencia de experiencias. Los proveedores de estructura son autoridades confiables por su nivel educativo y apoyo social.

Los estímulos son procesados por el personal para construir un esquema cognitivo para los eventos de enfermedad; en la experiencia de la enfermedad la incertidumbre tiene cuatro formas:

1. Ambigüedad, relacionada con el estado de enfermedad.
2. Complejidad, con relación al tratamiento y sistema de cuidado.
3. Falta de información, acerca del diagnóstico y la seriedad de la enfermedad.
4. Falta de predicción, sobre el curso de la enfermedad y el pronóstico.

2. El proceso de valoración: Cuando existe la incertidumbre, las tareas preceptuales de reconocimiento y clasificación no se han complementado y la formación del esquema cognitivo está impedida para el reconocimiento y la clasificación de los eventos relacionados con la enfermedad que ocurrirán; los estímulos deben ser específicos, familiares, consistentes, completos, claros y limitados en número. Además, deben corresponder con un marco de referencia existente, congruentes con las expectativas de la persona en un contexto físico y temporal; cuando los estímulos no tienen estas características, ocurren errores en el procesamiento cognitivo y la incertidumbre es el estado cognitivo predominante.

El estado de incertidumbre debe ser el resultado de la naturaleza de los estímulos; cuando un evento se percibe como incierto, opera una de las siguientes tres situaciones:

- a) El evento no es reconocido.
- b) El evento es reconocido, pero no clasificado.
- c) El evento es reconocido, pero clasificado incorrectamente

La experiencia de la incertidumbre es neutral, no es una experiencia deseada ni evitada hasta que no es valorada; la valoración de la incertidumbre comprende dos procesos principales:

- Inferencia: Evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias relacionadas.
- Ilusión: Representa a las creencias que nacen de la incertidumbre.

3. Enfrentamiento de la enfermedad: Basado en la valoración; la incertidumbre puede ser vista como un peligro o una oportunidad

Se define este como cualquier actividad que el paciente puede poner en marcha, (tanto cognitiva como conductual) con el fin de enfrentarse a una determinada situación, puede cursar con diversas perspectivas:

- La adaptación refleja el comportamiento biopsicosocial mostrado dentro de la variedad de comportamientos comunes de la persona, (redefinido de manera individual).
- La nueva perspectiva de la vida: Representa la reformulación de un nuevo sentido del orden de las cosas, que resulta de la integración de una continua incertidumbre en la estructura de un mismo individuo, en la que se acepta la incertidumbre como si se tratase de un ritmo natural de la vida.
- El Pensamiento probabilístico: Se refiere a la creencia en un modelo condicional, en el que se dejan de lado el deseo de un estado de continua certeza y la previsibilidad.

Afirmaciones de la Teoría.

- La incertidumbre surge en el momento que la persona no puede estructurar o categorizar adecuadamente la información, porque le faltan las claves suficientes.
- La incertidumbre puede presentarse bajo la forma de ambigüedad, complejidad, falta de información, información nada consistente e imprevisible.
- Cuando la tipología de los síntomas, la familiaridad y la coherencia de las circunstancias (“marco de estímulos”) aumentan, el grado de incertidumbre disminuye.
- Las fuentes de la estructura (autoridad con credibilidad, apoyo social y educación) provocan, de modo directo, una disminución de la incertidumbre (ya que fomentan la interpretación de los hechos) y de modo indirecto al fortalecer el marco de los estímulos.
- La incertidumbre valorada como un “peligro” provoca una serie de esfuerzos de afrontamiento, dirigidos a reducir la incertidumbre y a controlar la excitación emocional que esta genera.
- La incertidumbre valorada como si fuese una “oportunidad” provoca una serie de esfuerzos de afrontamiento dirigidos a mantenerla.

- La influencia que tiene la incertidumbre en las consecuencias psicológicas se ve mediada por la efectividad de los esfuerzos de afrontamiento dirigido a disminuir la incertidumbre (valorada como peligro) o a mantenerla (si está valorada como una oportunidad).
- Cuando la incertidumbre es valorada como un peligro que no puede reducirse, se pueden emplear estrategias de afrontamiento para controlar las respuestas emocionales.
- Cuanto más tiempo dure la incertidumbre en el contexto de la enfermedad, más “inestable” será el modo de funcionamiento de la persona.
- Al hallarse bajo las condiciones de sufrir incertidumbre, el individuo tendría que desarrollar una perspectiva de vida nueva regida por la probabilidad y en la que aceptaría la incertidumbre como parte natural de la vida.
- El proceso de integrar el continuo estado de incertidumbre en la nueva manera de ver la vida puede detenerse o prolongarse por las fuentes de la estructura que no comparten el pensamiento probabilístico.
- Una exposición prolongada a la incertidumbre valorada como si se tratase de un peligro puede llevar a pensamientos molestos, a la anulación y a trastornos emocionales (38).

Las características de incertidumbre son a la vez fuentes de incertidumbre. Mishel originalmente identificó ocho dimensiones:

Ambigüedad, complejidad, falta de información, Impredecibilidad, falta de claridad, inconsistencia, múltiples significados y probabilidad.

Dentro de ellas, sólo las cuatro primeras son consideradas de mayor importancia estadística y son medidas a través de respuestas a los parámetros planteados en la Escala de Mishel.

En el año 2004, Mitchell y Courtney realizaron una intervención que pretendió examinar la ansiedad y la incertidumbre frente a la enfermedad en familias de pacientes que pasan de cuidados intensivos a un servicio general. Las familias fueron encuestadas antes y después del traslado, en donde se encontró que las familias presentan altos niveles de incertidumbre que están relacionados con su estado de ansiedad. La ansiedad aumenta considerablemente con la reducción del apoyo social.

Por lo tanto, es un síntoma que se debe manejar muy bien por el profesional de enfermería para así disminuir la incertidumbre tanto de la familia como la del mismo paciente.

La Escala de Incertidumbre desarrollada por Mishel modificada y revalidada en 1997, consta de 29 ítems, los que pretenden evaluar cuatro factores que influyen en la incertidumbre como son:

Ambigüedad.- Posibilidad de que algo pueda entenderse de varios modos o de que admita distintas interpretaciones.

Complejidad.- Indica significar que algo es muy complicado o difícil, se refiere a sistemas complejos compuestos por una serie de elementos que se relacionan entre sí y cuyo comportamiento y propiedades no son evidentes a simple vista.

Inconsistencia de la Información.- Argumentos que no son sólidos por falta de coherencia o estabilidad en la información.

Impredecibilidad.- Todo aquello que no es predecible, que no puede ser previsto con anterioridad o conocido. Es impredecible aquello que escapa a las posibilidades científicas o de conocimiento tradicionales y que, por tanto, puede ser algo difícil de controlar o de conocer (39).

Los profesionales de enfermería están incluidos en la teoría de Mishel como un elemento más que influye en el individuo ya que tanto el paciente como la familia los considera como expertos y una fuente de información fiable. La literatura clínica apoya la entrega de información como el principal método utilizado para ayudar a los pacientes a manejar la incertidumbre (40).

Investigaciones concluyen que los miembros de la familia experimentan altos niveles de incertidumbre, y ello puede afectar a su capacidad de apoyar al paciente (41).

La incertidumbre en el familiar de un enfermo, lo lleva a la angustia psicológica, y a la falta de confianza en el tratamiento, ello repercute en la recuperación del enfermo. Se ha demostrado que niveles altos de apoyo social mejoran la calidad de vida del paciente y que las familias de los pacientes que recibieron información clara, sentían menos ansiedad y tenían más capacidad para tomar decisiones y prestar apoyo físico y emocional al paciente(42).

La escala de incertidumbre de M. Mishel en su teoría ha sido aplicada ampliamente, y validada en una población heterogénea de pacientes, demostrando ser un instrumento fiable y válido para la medida de la incertidumbre en pacientes de diferentes países y poblaciones. Ha permitido la evaluación de diferentes intervenciones que han conseguido

reducir la incertidumbre y mejorar el afrontamiento de muchos enfermos crónicos hacia su enfermedad. La escala ha sido traducida a diferentes idiomas. Existe una versión en español aplicada al contexto latinoamericano (38).

**RESPUESTAS A LOS ÍTEMS DEL FACTOR AUTORIDAD CON CREDIBILIDAD
(AMBIGÜEDAD)**

1. Desconozco cómo van a tratar la enfermedad de mi paciente
2. ¿Los médicos le informan cosas que podrían tener varios significados?
3. ¿Los médicos le han dado diferentes diagnósticos?
4. ¿Tiene Ud. muchas dudas sin respuesta?

**FRECUENCIA DE RESPUESTAS A LOS ÍTEMS DEL FACTOR CAPACIDADES
COGNITIVAS (FALTA DE INFORMACIÓN)**

5. ¿NO le han informado exactamente la enfermedad que tiene su paciente?
6. ¿Ud. NO entiende todo lo que se le explica sobre su paciente?
7. La información que recibo es insuficiente
8. ¿La finalidad de realizar cada procedimiento, NO le es claro?

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA TIPOLOGÍA DE LOS SÍNTOMAS EN LOS
PACIENTES ENCUESTADOS (COMPLEJIDAD)**

9. ¿La información brindada por los profesionales, lo realizan con lenguaje confuso?
10. ¿Cree Ud. Que el tratamiento y cuidados que recibe su paciente en la UCI son inadecuados?
11. Creo que en la UCI no cuentan con los medios necesarios para atender a mi paciente
12. ¿Cree Ud. Que las necesidades de su familiar están insatisfechas?

**FRECUENCIA DE RESPUESTAS A LOS ÍTEMS DEL FACTOR COHERENCIA
CON LOS HECHOS (FALTA DE PREDICCIÓN)**

13. ¿Usted . NO sabe que va a pasar con su familiar en la UCI?
14. No sé cuánto tiempo durara la enfermedad de mi familiar
15. ¿Usted NO puede determinar cuánto tiempo pasará para que su familiar pueda cuidarse por sí mismo?
16. Desconozco cuál será el cuidado de mi familiar al alta del hospital

CAPÍTULO IV

HIPÓTESIS Y VARIABLES

HIPOTESIS:

Hipótesis general

El programa educativo mejora significativamente el nivel de conocimientos y disminuye el nivel de incertidumbre en familiares de pacientes críticas de la unidad de cuidados intensivos. Instituto nacional materno perinatal, enero- Marzo2017

Hipótesis específicas.

- Los conocimientos en familiares de pacientes críticos antes del programa educativo es bajo
- Los conocimientos en familiares de pacientes críticos después del programa educativo es alto
- El nivel de incertidumbre en familiares de pacientes críticos, antes del programa educativo es alto.
- El nivel de incertidumbre en familiares de pacientes críticos, después del programa educativo es bajo.

VARIABLES:

Variable Independiente.

- Programa Educativo.

Variable Dependiente

- Nivel de Conocimiento.
- Nivel de Incertidumbre.

CAPÍTULO V

MATERIAL Y MÉTODO

5.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, porque permite examinar los datos de manera numérica, diseño experimental, del tipo cuasi experimental por que evaluará el efecto de un programa educativo e implica usar un diseño con medición antes y después.

La finalidad de la investigación cuasi experimental es examinar las relaciones causales o determinar el efecto de una variable sobre otra, estos se diferencian de los experimentales en función del nivel de control que el investigador posee, cuando se estudia el comportamiento, raramente se pueden seleccionar los sujetos de forma aleatoria, así como manipular o controlar ciertas variables relacionadas con los sujetos o el entorno (43).

Según el análisis y el alcance de sus resultados es prospectivo, porque los hechos se observaran y registrarán a medida que se van sucediendo, Según el periodo en que se capta la información es transversal, ya que nos permite presentar información acerca de la incertidumbre y conocimientos de los familiares de los pacientes críticos en un determinado corte de tiempo.

5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

En este estudio se tomara a toda la población, que estará conformada por el familiar de las pacientes ingresadas a la UCI Materna sea, esposo, padre o madre de la paciente, identificado como cuidador principal el cual se definirá como la persona mayor de edad que, con lazos sanguíneos o no, se identifica como representante legal de ésta, a la que el médico informara y que es incluida en el proceso de toma de decisiones cuyo teléfono quedará inscrito como tal en la hoja de registro de enfermería. Tomando en consideración que las normas de la unidad solo permiten el ingreso de los antes mencionados es decir de 2 a tres familiares por paciente, en donde ingresan uno por vez.

Según las estadísticas de la unidad mensualmente se tienen un promedio de ingresos de 50 pacientes, de las cuales 20 de ellas son sometidas a ventilación mecánica y monitoreo

invasivo, por ello la población será 60 familiares ya que el estudio se llevara a cabo en 3 meses.

A los 60 familiares que reúnan los criterios de inclusión del estudio, antes de ingresar a su primera visita con su familiar en estado crítico se le realizara un pre test para evaluar el grado de incertidumbre y el nivel de conocimientos que presenta, luego se le aplicara el programa educativo, al finalizar este, se le realizara el post test.

5.2.1. Criterios de Inclusión

- Familiar del paciente crítico hospitalizado en la UCIM del INMP (papá, mamá, esposo) Identificado como cuidador principal de la paciente o identificado como representante legal de ésta.
- Familiar cuidador principal cuyo paciente este sometido a ventilación mecánica se encuentre o no con monitoreo hemodinámico.
- Si la pareja es menor de edad debe haber firmado el asentimiento informado
- Familiar cuidador principal que desee participar libremente del estudio
- Ser la primera visita a su familiar

5.2.2. Criterios de exclusión

- Familiar cuidador principal con dificultades para responder el instrumento.
- Familiar cuidador principal que no haya firmado consentimiento informado.

5.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSION | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADORES |
|---|--|---|---|---|
| VARIABLE INDEPENDIENTE PROGRAMA EDUCATIVO | Plan sistemático de enseñanza aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición y mantenimiento de prácticas saludables (19). | <u>Fases del programa</u> 1. Conociendo La UCI: características y rutinas de la unidad. 2. “Simulación De La UCI”: la tecnología usada. 3. El primer contacto. 4. Conociendo la enfermedad de mi familiar. | Contenidos sobre las características, rutinas diarias, tecnología usada y cuidados de enfermería dentro del servicio de la UCI que serán brindados a través de una maqueta de forma personalizada. | - Participación del familiar en las 4 fases del programa educativo en la primera visita. |
| VARIABLE DEPENDIENTE NIVEL DE CONOCIMIENTO | Conjunto de información almacenada mediante la experiencia, aprendizaje, o a través de la observación (32). | Generalidades sobre la UCI. Tecnología usada y cuidados de enfermería. Diagnóstico y evolución de la enfermedad. | Información que tiene el familiar sobre, La UCI, el equipo asistencial, características de la unidad, Horarios de visita. Información que tiene el familiar sobre, tratamiento, procedimientos invasivos, equipos de monitoreo, cuidados de enfermería. Información que tiene el familiar sobre, la enfermedad y estado de la paciente en términos entendibles. | Nivel de Conocimiento: Bajo < 11 pts Medio 11 a 14 pts Alto > 14 pts |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <p>VARIABLE DEPENDIETE</p> <p>NIVEL DE INCERTIDUMBRE</p> | <p>Incapacidad de la persona para determinar los significados de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos y por lo tanto no predice los resultados, por la falta de información y conocimiento (35).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Complejidad - Impredecibilidad - Inconsistencia de información - Ambigüedad | <p>Información que es muy difícil de entender para el familiar.</p> <p>Información que no puede ser prevista con anterioridad por el familiar.</p> <p>Información que presenta argumentos que no son sólidos por falta de consistencia para el familiar.</p> <p>Información que el familiar interpreta de distintas formas</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de respuestas a los ítems en relación al tratamiento y sistemas de cuidado. - Frecuencia de respuestas a los ítems Predicción, sobre el curso de la enfermedad y el pronóstico - Frecuencia de respuestas a los ítems Inconsistencia en el diagnóstico y la severidad de la enfermedad. - Frecuencia de respuestas a los ítems según la confianza que el familiar tiene en el personal de salud que atiende a su familiar <p>Nivel de Incertidumbre</p> <p>corte calificación: Bajo NI= < 18 puntos Regular NI = 18-30 puntos Alto NI = > 30 puntos</p> |
|--|--|--|--|--|

5.4. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para este estudio se empleará como técnica la encuesta; ya que se recolectará los datos usando procedimientos estandarizados de manera que a cada individuo componente de la población en estudio se le haga las mismas preguntas de la misma manera. El instrumento será un cuestionario previamente diseñado, dividido en 2 partes (ANEXO 1) La variable, incertidumbre será medida a través de respuestas a los parámetros planteados en la Escala de Merle Mishel, adaptada al familiar del paciente crítico que consta de 29 ítems y la segunda parte evaluará la variable conocimientos que consta de 10 preguntas valoradas en 2 puntos cada respuesta bien contestada. Utilizado tanto para el pre test y el post test, con una duración máxima de 20 minutos.

Para la variable, **INCERTIDUMBRE** se realizará con el cuestionario de Merle Mishel, el original consta de 29 ítems modificado al español, con alternativas de respuesta en las que el familiar responderá de acuerdo a como se siente el día de la evaluación, pero éste será modificado por los investigadores de acuerdo a la realidad de nuestra población y adaptado al familiar del paciente crítico, con 16 ítems.

Cada pregunta tiene un puntaje en una escala que va desde, DE ACUERDO hasta NO ESTOY DE ACUERDO, con un valor mínimo de 1 punto a un valor máximo de 3 puntos, a mayor puntaje mayor nivel de incertidumbre, El puntaje máximo de la escala es de 48 puntos y el mínimo 16 puntos.

La validación de la escala original fue informada por Torres et al (35), el índice de validez de contenido calculado para cada ítem fue superior a 0,8, la consistencia interna examinada para cada uno de las cuatro sub escalas mediante el cálculo del coeficiente del alfa de Cronbach, reportó un alto nivel de confiabilidad: 0,90 (ambigüedad), 0,77 (imprevisibilidad del pronóstico de la enfermedad), 0,75 (imprevisibilidad de los síntomas y otros factores desencadenantes) y 0,65 (complejidad). Para efecto de la actual investigación se modificó el cuestionario y fue evaluado por juicio de expertos, de ejecutarse deberá ser sometido a pruebas de validez y confiabilidad.

En el estudio se acogió al Modelo estructurado de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad desarrollado por Torres (35), que agrupa y relaciona los ítems del instrumento para luego ser analizados y determinar el nivel de Incertidumbre.

El puntaje para cada respuesta según la escala de incertidumbre de Merle Mishel

| | |
|---------------------|---|
| De acuerdo | 3 |
| Indiferente | 2 |
| No estoy de acuerdo | 1 |

Puntaje mínimo de la escala 16 puntos

Puntaje máximo de la escala 48 puntos

Puntaje de corte de calificación

- Puntaje de corte calificación Bajo NI= < 18 puntos
- Puntaje de corte calificación Regular NI = 18-30 puntos
- Puntaje de corte calificación Alto NI = > 30puntos

Para la variable, **CONOCIMIENTO** que es la primera parte del cuestionario consta de 10 preguntas con 4 alternativas de respuesta cada una, donde solo una es la respuesta verdadera, las preguntas estarán referidas a los tópicos abordados en el programa educativo. Cada pregunta correcta tendrá el valor de 2 puntos.

Para clasificar las respuestas se utilizará la escala de Estaninos, que se muestra a continuación.

Se determinará los puntos de corte:

A = promedio – 0.75 * desv. STD

B = promedio + 0.75 * desv. STD

| ESCALA | CLASIFICACION |
|---------------|----------------------|
| < a | Bajo |
| a – b | Medio |
| >b | Alto |

El estudio cumplirá los siguientes procedimientos:

- Inscripción en la Unidad de Investigación de la Facultad de Enfermería de la UPCH.
- Presentación del Proyecto al Comité de Ética de la UPCH.
- Presentación de Carta de Autorización al Instituto Nacional Materno Perinatal, dirigido al comité de docencia y capacitación.
- Coordinación con la Jefatura del departamento de Enfermería del Instituto Nacional Materno Perinatal
- Coordinación con la Jefatura del departamento de Enfermería de la Unidad De Cuidados Intensivos Materno
- El grupo de investigación coordinará directamente con la jefa de Enfermería de la Unidad De Cuidados Intensivos Materno para que se nos facilite el ingreso al servicio.

Para la recolección de la información se tendrá en cuenta tres momentos:

Primer Momento: Firma del Consentimiento Informado: El grupo de investigación se presentará con los familiares de la paciente crítica (según criterio de inclusión) en horario de la hora de visita de lunes a domingo desde las 14 a 16 hrs. Se dialogará con ellos y se les informará sobre la investigación, los objetivos del estudio, el propósito, la forma de su participación. Se les aplicará el consentimiento informado.

Segundo Momento: Para la variable incertidumbre y conocimientos, se empleará como técnica la encuesta cuyo instrumento a usar será un cuestionario de 24 preguntas donde se evalúan las 2 variables primero la incertidumbre y luego el conocimiento, para esto se entregará dicho cuestionario a cada familiar en el horario de visita como pre test, antes de ingresar a su primera visita con su familiar en estado crítico para evaluar el grado de incertidumbre y el nivel de conocimientos que presenta.

Luego los investigadores aplicarán el programa educativo personalizado al familiar constituida por una sesión que incluye 4 fases y dura 20 minutos aproximadamente:

Fase 1. “Conociendo la uci”, En ese momento nos presentaremos por el nombre y llevaremos al familiar a la sala de capacitaciones, ahí proporcionamos la información oral de contenidos acerca de la Unidad de Cuidados Intensivos Materno, las características de la unidad, el equipo asistencial y los horarios de visita.

Fase 2. “simulación de la UCI”, Después de haber explicado los contenidos generales de la unidad, se acompaña al pasillo interno de la unidad y se procede a explicar a través de una “simulación con una maqueta” que simula una unidad de cuidados intensivos en miniatura, el tratamiento, procedimientos invasivos y equipos de monitoreo que se utiliza en una paciente en estado crítico.

Esto se lleva a cabo con el familiar antes del primer contacto con la paciente crítica, y se le explicará a través de esta maqueta el tratamiento farmacológico y no farmacológico que recibe su familiar, como todos los procedimientos invasivos que presenta, en términos sencillos, el cuidado brindado por el profesional de enfermería y alrededor el equipo multidisciplinario presente en los distintos procedimientos.

La enfermera disipa dudas que pueda tener el familiar y recalca que luego el médico le informará acerca del diagnóstico y estado de salud de su familiar

Fase 3. “El primer contacto” Culminada la explicación de la maqueta y habiendo resuelto dudas, se lleva al familiar a colocarse mandilón, se le enseñará la técnica e importancia del lavado de manos y luego se le acompañará al lado de su familiar, se contrastará lo que se vio en la maqueta y el estado de su familiar, se brindará apoyo emocional y se estará atento frente a dudas y estados emocionales que pueda presentar durante el tiempo de la visita.

Fase 4 “conociendo la enfermedad de mi familiar”

Es la última intervención del programa se realiza después de la visita médica, en la que se refuerza la información brindada por el médico acerca de la enfermedad que presenta la paciente, utilizando términos y lenguaje de fácil comprensión, esta fase se resuelve en caso de que el familiar presente dudas e inquietudes frente a la información brindada por el galeno.

Finalizada la visita entregaremos una Guía informativa impresa, con todos los contenidos antes mencionados, para que los lea en casa.

Tercer Momento: Post programa educativo se realizará una evaluación final en un post test donde se emplearán los mismos indicadores evaluativos que se emplearon en la Pre test, esto nos permitirá conocer si los familiares disminuyeron el nivel de incertidumbre y saber el nivel de conocimientos que presentan.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Validez del instrumento

La validez será evaluada mediante juicio de expertos. Diez expertos evaluarán los instrumentos, compuesto por 05 enfermeros especialistas en cuidados intensivos, 03 médicos intensivistas y 02 estadistas. El resultado de juicio de expertos será sometido a la prueba binomial, un valor estadístico inferior a 0.05 será evidencia de la validez del contenido del instrumento.

Confiabilidad del instrumento.

La confiabilidad será evaluada a través de una prueba piloto a un 50% de la población, es decir 30 familiares de pacientes críticos en una UCI de otro hospital. La confiabilidad del instrumento que mide el conocimiento será evaluado mediante el estadístico Kuder Richardson. Un valor de dicho estadístico superior a 0.7 será evidencia de confiabilidad del instrumento.

5.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para identificar el nivel de conocimiento e incertidumbre de los familiares de pacientes críticos de la UCI INMP, se realizará un cuestionario de pre test antes del programa educativo. Después se les evaluara con un post test para valorar el efecto del programa educativo. Las diferencias significativas de los puntajes entre el pre test y post test se hallarán con programas estadístico descriptivos aplicada como el SPSS, etc.

Los datos obtenidos serán tabulados y procesados bajo un sistema computarizado, empleando el paquete estadístico SPSS versión 21 para Windows.

Análisis descriptivo: Este análisis describirá el nivel de incertidumbre así como el nivel de conocimientos en frecuencias absolutas y relativas, valor mínimo y máximo de cada variable, promedio, mediana y moda.

Análisis inferencial: Este análisis establecerá la relación existente entre una y otra variable. Para ello utilizaremos las pruebas de Chi cuadrado para variables nominales y T de Student para variables numéricas o de intervalo. Además, se establecerá el valor de p con un valor inferior a 0.05 para determinar la significancia estadística.

CAPÍTULO VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS

6.1 Principios éticos

Autonomía: Los investigadores reconocen que el respeto a la autonomía implica el derecho del familiar de la paciente crítica a aceptar o rechazar ser parte de esta investigación, en cualquier etapa del estudio, la aplicación de este principio se realizará mediante el consentimiento informado.

Beneficencia: Luego de finalizado el recojo de la información del estudio, se procederá a realizar el programa educativo personalizado al familiar del paciente crítico en las 4 fases del programa haciendo uso de la simulación con maqueta.

No maleficencia: la participación en esta investigación no causará ningún daño o riesgo a los participantes.

Justicia: Los participantes de la investigación tendrán garantizado un trato justo, la reserva de su identidad y la utilización de la información brindada para fines exclusivamente científicos.

6.2 Formatos de consentimiento establecidos por Vicerrectorado de Investigación de la UPCH

CRONOGRAMA DIAGRAMA DE GANTT

| AÑO | 2016 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2017 | | | | |
|-------------------------------------|-------|--------|---------|--------|-------|--------|---------|--------|-------|--------|---------|--------|--------|--------|---------|--------|------------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|-----------|--------|---------------|--|--|
| MES | MAYO | | | | JUNIO | | | | JULIO | | | | AGOSTO | | | | SEPTIEMBRE | | | | OCTUBRE | | | | NOVIEMBRE | | ENERO - MARZO | | |
| | I SEM | II SEM | III SEM | IV SEM | I SEM | II SEM | III SEM | IV SEM | I SEM | II SEM | III SEM | IV SEM | I SEM | II SEM | III SEM | IV SEM | I SEM | II SEM | III SEM | IV SEM | I SEM | II SEM | III SEM | IV SEM | I SEM | II SEM | | | |
| Revisión bibliográfica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Confección de Marco Teórico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión con asesora | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Confección del Instrumento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión con asesora el Instrumento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Validación del Instrumento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aplicación del Instrumento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión con asesora | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| presentación Final poster | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sustentación de proyecto Tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ejecución del Proyecto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

6.3 PRESUPUESTO.

| DESCRIPCION | CANTIDAD | COSTO UNITARIO | COSTO TOTAL |
|--------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|
| RECURSOS MATERIALES | | | |
| Útiles de escritorio | 04 | 0.50 | 2.00 |
| Lápices | 04 | 0.50 | 2.00 |
| Borradores | 04 | 0.50 | 2.00 |
| Lapiceros | 04 | 0.50 | 2.00 |
| Tajadores | 04 | 1.00 | 4.00 |
| Hojas bond | 400 | 0.10 | 40.00 |
| Folder manila | 20 | 0.50 | 10.00 |
| Silicona liquida | 10 | 2.00 | 20.00 |
| Triplay | 2 | 10 | 20.00 |
| SUB TOTAL | | | 102.00 |
| RECURSOS LOGISTICOS | | | |
| Movilidad | 20 | 5.00 | 100.00 |
| Búsqueda en internet | 80 | 1.00 | 80.00 |
| Impresiones | 900 | 0.10 | 90.00 |
| Comunicación: | | | |
| Telefónica | 50 | 1.00 | 50.00 |
| Copias | 600 | 0.10 | 60.00 |
| Refrigerio | 20 | 5.00 | 100.00 |
| SUB TOTAL | | | 480.00 |
| TOTAL | | | 582.00 |

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN- ADULTOS -

Instituciones : Universidad Peruana Cayetano Heredia – UPCH
Investigadores : Erika Mendieta, Luis Munarriz, Mariela Zamora
Título : Efecto de un programa educativo, en el conocimiento y la incertidumbre de los familiares de pacientes críticas

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Efecto de un programa educativo, en la incertidumbre y conocimientos de familiares de pacientes críticas”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Estamos realizando este estudio para evaluar el efecto de un programa educativo, en el nivel de incertidumbre y el nivel de conocimientos de familiares de pacientes críticas.

La hospitalización de un ser querido en la unidad de cuidados intensivos, es para la familia una experiencia estresante, traumática y desagradable, ya que se enfrenta a una situación de salud cercana a la muerte, Frente a esta situación, la presencia de una enfermera que realice intervenciones enfocadas al cuidado de la familia respondiendo dudas y educando, fomentan la sensación de confort, seguridad; disminuye la incertidumbre y previene resultados psicológicos adversos

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se hará lo sgte:

1. A la hora de visita se le evaluara con un pre teste de 24 preguntas
2. Luego se le brindará un programa educativo
3. Finalizado el programa y posterior a la visita de su familiar se aplicara un post test.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

Usted se beneficiará con la información y educación brindada.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar en el estudio.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información

que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

La información de sus resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando a los familiares de pacientes críticas.

Se contara con el permiso del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, cada vez que se requiera el uso de su información.

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a la licenciada Mariela Zamora Córdova 998097199.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, teléfono 01- 319000 anexo 2271

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante
Nombre:
DNI:

Fecha

Testigo
Nombre:
DNI:

Fecha

Investigador
Nombre:
DNI:

Fecha

**Asentimiento para participar en un estudio de investigación
(De 12 a 17 años)**

Instituciones : Universidad Peruana Cayetano Heredia – UPCH
Investigadores : Erika Mendieta, Luis Munarriz, Mariela Zamora
Título : Efecto de un programa educativo, en el conocimientos y la incertidumbre de familiares de pacientes críticas

Propósito del estudio:

Te estamos invitando a participar en un estudio llamado “Efecto de un programa educativo, en la incertidumbre y conocimientos de familiares de pacientes críticas”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Estamos realizando este estudio para evaluar el efecto de un programa educativo, en el nivel de incertidumbre y el nivel de conocimientos de familiares de pacientes críticas.

La hospitalización de un ser querido en la unidad de cuidados intensivos, es para la familia una experiencia estresante, traumática y desagradable, ya que se enfrenta a una situación de salud cercana a la muerte, Frente a esta situación, la presencia de una enfermera que realice intervenciones enfocadas al cuidado de la familia respondiendo dudas, fomentan la sensación de confort, seguridad; disminuye la incertidumbre y previene resultados psicológicos adversos

Procedimientos:

Si decides participar en este estudio se te realizará lo siguiente:

1. A la hora de visita se le evaluara con un pre teste de 24 preguntas
2. Luego se le brindará un programa educativo
3. Finalizado el programa y posterior a la visita de su familiar se aplicara un post test.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

Te beneficiarás con la información y educación brindada.

Costos e incentivos

No deberás pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirás ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar en el estudio.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos tu información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

La información de tus resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando a los familiares de pacientes críticas.

Se contara con el permiso del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, cada vez que se requiera el uso de su información.

Derechos del paciente:

Si decides participar en el estudio, puedes retirarte de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a la licenciada Mariela Zamora Córdova 998097199.

Si tienes preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, teléfono 01- 319000 anexo 2271

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador

Nombre:

DNI:

Fecha

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Torrents R, Oliva E, Torras M, Saucedo F, Suroca L, et al. Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada [tesis]. Universidad Autónoma de Barcelona, facultad de enfermería; 2004.
2. Marrero M. La familia como objeto de estudio en el proceso de salud-enfermedad de los trabajadores. Rev Cubana salud trabajo. Jul 2004; 5(1)
3. Charry R. Ordoñez L. Tiempos M. Interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos. [tesis]. Bogotá: Universidad de La Sabana, Facultad de Enfermería; 2012
4. Giraldo N, García J. Cuidado para el bienestar de los familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo adultos con base en la teoría de Kristen Swanson. [Tesis]. Bogotá: Universidad Nacional De Colombia. Facultad De Enfermería Cardiorrespiratoria; 2010.
5. Horn EV, Tesh A. The effect of critical care hospitalization on family members: stress and responses. Dimens Crit Care Nurs 2000; 19: 40-49.
6. Rodríguez A. Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. BINASSS. [Revista online]. 2011 [Citado 28 enero 2016]; 32 (1). Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n1/art7.pdf>
7. Uribe MT. Muñoz C. Restrepo J. Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. [tesis]. Antioquia: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería ; 2004
8. Llamas F, Flores J, Acosta M, González J, et al. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos.
9. Pardavila B, Vivar C. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Enferm Intensiva. 2012;23(2):51-67
10. Gómez L. El paciente crítico en la UCI: saber comunicarse con él y su familia [tesis]. Universidad Internacional de Catalunya, facultad de medicina y ciencias de la salud; 2015.
11. Garcia Avendaño J, et al. Efectividad del modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto agudo al miocardio en la unidad de cuidados intensivos. Rev Cuid. Dic 2015; 6(1)

12. Martínez S, Ballester R, Gil J. El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española [tesis]. Universidad Jaume, Facultad de CC. Humanas y Sociales; 2011.
13. Becerra F, Castro E, Suarez L, Espitia Z. Programa de educación a familiares de pacientes en unidades de cuidados intensivos adultos: “UCI amiga acompañame”. [Tesis]. Bogotá: Universidad de la Sabana, Facultad de Enfermería; 2011
14. Ruiza D, Buitrago S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. [tesis]. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela de enfermería y obstetricia; 2014.
15. Santana L. Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Med Intensiva*. Set 2007;31(2):57-61
16. Ruiz B. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enfermería Universitaria*. Mayo 2014;11(4):154-163
17. Sarmiento P, Botero G. Aplicación de la Teoría de Mediano Rango: Incertidumbre en la enfermedad, en una acción de cuidado con los familiares de pacientes con esquizofrenia. *Revista de Actualizaciones en Enfermería*. [Revista online]. 2012 [Citado 27 Mayo 2016]; 15(1). Disponible en <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-151/contenido-en-ingles151/>
18. Triviño A, Solano C, Siles J. Aplicación del modelo de incertidumbre a la fibromialgia. *Aten Primaria*. Abr 2016;48(4):219-225
19. Perez J. Evaluación de programas educativos. 2da ed. Madrid: La Muralla; 2006.
20. Programas de educación para la salud. Medibloc: Guía educativa [Internet]. Andalucía: Biblioteca de salud pública. 2009 [consulta 22 marzo 2016]. Disponible en: <http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176324.pdf>.
21. Pérez C. Absari F. La Simulación Como Apoyo Didáctico [tesis]. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad De Ingeniería; 2012.
22. Zubiría H. El constructivismo en los procesos de enseñanza-aprendizaje en el siglo XXI. 1a ed. México: Plaza Y Valdez; 2007

23. Pérez C. Absari F. La Simulación Como Apoyo Didáctico [tesis]. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad De Ingeniería; 2012.
24. Pérez Carrión T, Ferreiro Prieto I, Pigem Boza R. Las maquetas como material didáctico para la enseñanza y aprendizaje [tesis]. España: Universidad de Alicante, Departamento de expresión gráfica y cartografía; 2013
25. Pales J. Gomar C. El uso de las simulaciones en educación médica [tesis]. Salamanca: Universidad De Salamanca, Facultad de medicina; 2010
26. Salas R, Perea S, Ardanza P. La simulación como método de enseñanza y aprendizaje. Rev Cubana Educ Med Sup. Ene 1995; 9:(1-2).
27. Martigani D. Creación de escenarios de realidad virtual en la enseñanza de la enfermería en la universidad [tesis]. Buenos Aires: Universidad Tecnológica Nacional, facultad de enfermería; 2012.
28. Aiello M. Gimenez V. Uso de simuladores en la enseñanza de las Ciencias de la Salud [tesis]. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Matanza, facultad de medicina; 2012.
29. Turchetto E. A qué llamamos paciente críticamente enfermo y cómo lo reconocemos. Revista del Hospital Privado de Comunidad. Ago. 2005; 8(2):52-57.
30. Zapata B, Leon S. El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo [tesis]. Universidad de Antioquia, facultad de enfermería; 2007.
31. Álvarez O. Significado de la enfermera intensivista como ser cuidador de un paciente críticamente enfermo. [Tesis doctoral]. Valencia: Universidad De Carabobo, Facultad De Ciencias De La Salud; 2012.
32. Huanca G. Más allá de la eternidad y el infinito, el principio y el fin de lo existencial. Lima: Bubok; 2011.
33. Alspach J, Pérez J. cuidados intensivos en el adulto. 4ta ed. Madrid: Interamericana Mac Graw Hill; 1993.
34. Santana K, Kimura M, Azevedo K. Necesidades de los familiares de pacientes en unidades de terapia Intensiva: Análisis comparativo entre hospital público y privado [Tesis]. Sao Paulo: Universidad de Sao Paulo. Facultad de Enfermería; 2007.
35. Bailey DE, Stewart J. Uncertainty in illness. En: Tomey AM, Alligood MR (Eds.) Nursing Theorists and their Work (7th Ed). St. Louis Mosby 2011 Barcelona: 599-617.

36. Agama Sarabia A, Cruz Rojas L, Ostiguín Meléndez R. Teoría: alcances y niveles para explicar la práctica de enfermería. Biblioteca Las casas, 2011; 7(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0622.php>. Consultado el 2 de diciembre de 2011.
37. Bailey DE, Mishel MH, Belyea M, Stewart JL, Mohler J. Uncertainty intervention for watchful waiting in prostate cancer. *Cancer Nursing* 2004; 27(5): 339-346.
38. Torres C. Adaptación transcultural de la Escala de incertidumbre de m. Mishel, en personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. [Tesis doctoral]. Andalucía: Universidad de Jaén, Facultad de ciencias de la Salud; 2013.
39. Brevis Y. Creencias, sentimientos e incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de Pacientes ingresados a UCI. *Rev Chil Medicina Inten.* 2011; VOL 26(1): 27-34
40. Gil KM., Mishel MH, Belyea M, Germino B, Porter LS, Clayton M. Benefits of the uncertainty management intervention for African American and Caucasian older breast cancer survivors: 20-month outcomes. *Int J Behav Med.* 2006;13 (4):286-94
41. Mishel MH, Murdaugh CL. Family adjustment to heart transplantation: Redesigning the dream. *Nursing Research* 1987; 36: 332-336.
42. Germino BB, Mishel MH, Belyea M, Harris L, Ware A, Mohler J. Uncertainty in Prostate Cancer, Ethnic and Family Patterns. *Cancer Practice* 1998; 6, (2): 102-113.
43. Burns N, Grove S. Investigación en enfermería. 3ª ed. Genova: Elsevier editores; 2010.

ANEXOS

**EFFECTO DE UN
EDUCATIVO, EN EL
LA INCERTIDUMBRE**



**ANEXO 1
UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
Facultad de Enfermería**

**PROGRAMA
CONOCIMIENTO Y
DE LOS FAMILIARES**

**DE PACIENTES CRÍTICAS
CUESTIONARIO**

PRESENTACION: El cuestionario que se presenta se hace con fines de estudiar el efecto del programa educativo en el conocimiento y la incertidumbre de los familiares de pacientes críticas. Por ello, le pedimos su colaboración respondiendo con toda sinceridad. El presente cuestionario es confidencial y anónimo.

INSTRUCCIONES:

Lea atentamente cada pregunta y marque con una equis (X) la alternativa que Ud. crea que es la correcta. Por favor conteste todas las preguntas.

DATOS GENERALES

FECHA:

Edad: Sexo..... Parentesco.....

Grado instrucción:..... Procedencia..... Estado civil.....

1. CONOCIMIENTOS

1. ¿Qué es la UCI materna?

- a) Un servicio donde están las mamás y sus bebés
- b) Un servicio donde las pacientes fallecen
- c) Un servicio que ingresan pacientes ginecológicas, gestante o que ya dio a luz y se encuentra muy grave, precisa de observación y tratamiento continuo.
- d) No sé qué es la UCI materna.

2. ¿Sabe Ud. Quien es el Equipo asistencial al cuidado de su familiar?

- a) Los médicos, enfermeras y técnicos de enfermería durante las 24 horas del día
- b) Solo enfermeras
- c) Solo médicos
- d) No lo sé

3. ¿A qué hora se brinda la información médica?

- a) Por las mañanas
- b) Culminada la visita a las 4 de la tarde.
- c) En la noche
- d) No se brinda información médica

4. ¿A qué hora es el Horario de visitas?

- a) De 2 pm a 4pm
- b) De 7am 10am
- c) De 5pm 7pm
- d) No hay horarios de visita

5. Sabe Ud. porque su familiar tiene un tubo en la boca conectado a una máquina

- a) Porque que le ayuda a respirar hasta que logre recuperarse.
- b) Porque por ahí lo van a alimentar
- c) Porque nunca más podrá respirar por sí sólo
- d) No sé para qué sirven

6. Sabe Ud. Para qué sirven los Catéteres y sondas en su familiar

- a) Para pasarle medicamentos
- b) Para alimentarlo
- c) Para extraer muestras
- d) Todas son correctas

7. Porque qué suenan las alarmas

- a) Porque hay cambios en mi paciente, y no necesariamente en situaciones de peligro
- b) Porque mi familiar se está poniendo grave
- c) Porque mi paciente no puede respirar
- d) No sé porque suenan

8. Por qué es importante el lavado de manos al ingresar

- a) Porque puedo contaminar a mi paciente.
- b) Por qué no voy a usar guantes
- c) Por qué mis uñas están largas
- d) No sé porque es importante

9. Sabe por qué su familiar se encuentra con las manos sujetadas

- a) Para que no se vaya a retirar el tubo o los invasivos.
- b) Para que no moleste al personal
- c) Para que no se vaya a escapar.
- d) No sé porque le sujetan las manos

10. ¿Sabe Ud. Porque usamos bombas infusoras?

- a) Para administrar tratamiento en dosis exacta
- b) Para administrar tratamiento en el tiempo adecuado.
- c) Para administrar la dieta en dosis y tiempo adecuado
- d) Todas son correctas

INSTRUCCIONES:

Lea atentamente cada pregunta y/o afirmación y marque con una equis (X) la alternativa que más se aproxime a cómo se siente HOY. No debe dejar de contestar ninguna pregunta. No hay respuestas correctas e incorrectas; todas sus respuestas son válidas.

Si está DE ACUERDO, entonces marque “De acuerdo”.

Si NO ESTÁ DE ACUERDO, marque “No estoy de acuerdo”.

Si está INDECISO sobre cómo se siente, entonces marque “Indiferente” **Por favor conteste todas las preguntas.**

2. INCERTIDUMBRE

1. Desconozco cómo van a tratar la enfermedad de mi paciente

- a) De acuerdo
- b) Indiferente
- c) No estoy de acuerdo

2. ¿Los médicos le informan cosas que podrían tener varios significados?

- a) De acuerdo
- b) Indiferente
- c) No estoy de acuerdo

3. ¿Los médicos le han dado diferentes diagnósticos?

- a) De acuerdo
- b) Indiferente
- c) No estoy de acuerdo

4. ¿Tiene Ud. muchas dudas sin respuesta?

- a) De acuerdo
- b) Indiferente
- c) No estoy de acuerdo

5. ¿NO le han informado exactamente la enfermedad que tiene su paciente?

- a) De acuerdo
- b) Indiferente
- c) No estoy de acuerdo

c) No estoy de acuerdo

6. ¿Ud. NO entiende todo lo que se le explica sobre su paciente?

- a) De acuerdo
- b) Indiferente
- c) No estoy de acuerdo

7. La información que recibo es insuficiente

- a) De acuerdo
- b) Indiferente
- c) No estoy de acuerdo

8. ¿La finalidad de realizar cada procedimiento, NO le es claro?

- a) De acuerdo
- b) Indiferente
- c) No estoy de acuerdo

9. ¿La información brindada por los profesionales, lo realizan con lenguaje confuso?

- a) De acuerdo
- b) Indiferente
- c) No estoy de acuerdo

10. ¿Cree Ud. Que el tratamiento y cuidados que recibe su paciente en la UCI son inadecuados?

- a) De acuerdo
- b) Indiferente
- c) No estoy de acuerdo

11. Creo que en la UCI no cuentan con los medios necesarios para atender a mi paciente

- a) De acuerdo
- b) Indiferente

12. ¿Cree Ud. Que las necesidades de su familiar están insatisfechas?

- a) De acuerdo
- b) Indiferente
- c) No estoy de acuerdo

13. ¿Usted . NO sabe que va a pasar con su familiar en la UCI?

- a) De acuerdo
- b) Indiferente
- c) No estoy de acuerdo

14. No se cuanto tiempo durara la enfermedad de mi familiar

- a) De acuerdo
- b) Indiferente
- c) No estoy de acuerdo

15. ¿Usted NO puede determinar cuánto tiempo pasará para que su familiar pueda cuidarse por sí mismo?

- a) De acuerdo
- b) Indiferente
- c) No estoy de acuerdo

16. Desconozco cuál será el cuidado de mi familiar al alta del hospital

- a) De acuerdo
- b) Indiferente
- c) No estoy de acuerdo

ANEXO 2 – PROGRAMA EDUCATIVO

La hospitalización de un ser querido en la unidad de cuidados intensivos, es para la familia una experiencia estresante, traumática y desagradable, ya que se enfrenta a una situación de salud cercana a la muerte, Frente a esta situación, la presencia de una enfermera que realice intervenciones enfocadas al cuidado de la familia respondiendo dudas, fomentan la sensación de confort, seguridad; favorece la adaptación y previene resultados psicológicos adversos.



PROGRAMA EDUCATIVO: “SIMULANDO LA UCI”

MARIELA ZAMORA CORDOVA
LUIS MUNARRIZ PALOMINO
ERIKA MENDIETA BAYLON

TITULO: PROGRAMA EDUCATIVO “SIMULANDO LA UCI”

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Objetivo general

Lograr un efecto positivo, en las necesidades cognitivas de familiares de pacientes críticas de la Unidad de Cuidados Intensivos. Instituto Nacional Materno Perinatal.

Objetivos específicos

1. Brindar información relevante acerca de la unidad en términos sencillos a través de la información oral y escrita
2. Lograr que la familia identifique los diferentes equipos de monitoreo y tratamiento que presenta la paciente.
3. Lograr que el familiar entienda el diagnóstico frente a la enfermedad que presenta su familiar

LA ELABORACIÓN DE DICHO PROGRAMA EDUCATIVO INCLUYE 2 ETAPAS EN SU PROCESO:

ETAPA 1

Creación del programa educativo

Se formó un grupo de trabajo para elaborar un programa educativo específico en las necesidades cognitivas de familiares de pacientes críticas. Consultamos la bibliografía y revisamos las guías informativas de otros hospitales y alguna de unidades de cuidados intensivos.

En la elaboración de este programa educativo queda incluida la creación de una guía informativa que contiene la información que se considera más relevante con relación a la normativa y tipo de unidad, horarios de visita y aspectos importantes en relación al equipo asistencial y aparataje.

Para la guía informativa incluida en este programa, se llevó a cabo la revisión de expertos de 5 enfermeras especialistas de la Unidad, Jefa de enfermera del servicio, 3 médicos de la UCIM.

El desarrollo del “PROGRAMA EDUCATIVO, SIMULANDO LA UCI” contiene la descripción, la secuencia de las intervenciones en relación a las necesidades de conocimiento que presentan las familias en base a las literaturas consultadas.

ETAPA 2

Puesta en marcha del programa

Ejecución del programa en tres intervenciones

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El programa educativo estará dirigido a los familiares de la paciente crítica, las fases educativas son:

Cuando la paciente ya está ingresada y se le han realizado los cuidados propios del ingreso, la enfermera responsable de la paciente es la encargada de acoger a la familia, si no es posible por la complejidad del momento será otra enfermera quien realizará la acogida.

Dentro del programa está incluida la relación interpersonal en la acogida de los familiares, en el la enfermera captará las necesidades de la familia, con el fin de ayudarles a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual.

CONTENIDOS DEL PROGRAMA

SE DIVIDE EN 4 FASES:

1. FASE: “Conociendo la uci”

En ese momento nos presentaremos por el nombre y proporcionamos la información oral descrita en la guía en la que presenta contenidos acerca de la UCI, las características y rutinas de la unidad y el porqué del aislamiento preventivo para todos los pacientes de la UCI, que influye en la reducción del número de visitas.

Solicitaremos teléfonos de contacto que registraremos en la hoja de monitoreo de enfermería con el fin de poderlos localizar en caso de necesidad, Luego daremos a conocer las normativas de la unidad.

En este momento se hace una observación del comportamiento y estado emocional de la familia, para poder valorar el grado de incertidumbre y la posible relación de ayuda a realizar, y valoraremos si es el momento más adecuado para facilitar esta información ya que somos conscientes que, probablemente por la situación del estado de su familiar, estarán poco receptivos y la información no será efectiva.

Durante todo este proceso trataremos de proporcionar un ambiente de confianza donde el familiar pueda manifestar sus dudas e inquietudes.

2. FASE: “simulación de la UCI”

Después de haber explicado los contenidos generales de la unidad, se procede a explicar a través de una maqueta representativa de la unidad de cuidados intensivos en miniatura el tratamiento y aparataje.

tiene como objetivo que la familia pueda identificar los diferentes equipos de monitoreo y tratamiento que presenta la paciente, esto se lleva a cabo con el familiar antes del primer contacto con la paciente críticamente enferma, y se le explicará a través de una «maqueta representativa» en miniatura de un paciente en UCI, el tratamiento farmacológico y no farmacológico que recibe su familiar, como todos los procedimientos invasivos que presentan, en términos sencillos y alrededor el equipo multidisciplinario presente en los distintos procedimientos.

Se explicara en que consiste la UCI, el objetivo del uso del ventilador mecánico en su familiar, el hecho de estar conectado a un monitor multiparametros, las múltiples bombas infusoras esenciales para el tratamiento, las sondas y cánulas insertadas, incluso la sedación que recibe el paciente, con términos claros, sencillos, fáciles de comprender.

Este aspecto es relevante, dado que la mayor parte de los estudios muestra que la familia presenta temor miedo ante un entorno desconocido y con frecuencia confunde algunos de estos tratamientos como nocivos para el paciente creando mayor ansiedad en este.

La enfermera disipara dudas que pueda tener el familiar y recalcará que luego el médico le informará acerca del diagnóstico y estado de salud de su familiar

3. FASE: “El primer contacto”

Culminada la explicación de la maqueta y habiendo resuelto dudas, se llevara al familiar a colocarse mandilón, se le enseñará la técnica e importancia del lavado de manos y luego se le acompañará al lado de su familiar, se contrastara lo que se vio en la maqueta y el estado de su familiar, se brindara apoyo emocional y se estará atento frente a dudas y estados emocionales que pueda presentar durante el tiempo de la visita.

4. FASE: “conociendo la enfermedad de mi familiar”

Es la última intervención del programa se realiza después del informe médico, en la que se refuerza la información brindada acerca del diagnóstico de la paciente, utilizando términos y lenguaje de fácil comprensión, esta fase se resuelve en caso de que el familiar presente dudas e inquietudes frente a la información brindada por el galeno.

Finalizada la visita entregaremos una Guía informativa impresa, con todos los contenidos antes mencionados, para que los lea y los recuerde, de tener dudas con la guía quedaran más claro los contenidos.

MAQUETA REPRESENTATIVA- SIMULACIÓN DE UNA UCI





ANEXO 3 - GUÍA INFORMATIVA PARA EL FAMILIAR

1. “Conociendo la uci” : Características y rutinas de la unidad

¿Qué es la UCI materna?

La unidad de cuidados intensivos materno es un servicio donde ingresa toda paciente ginecológica, gestante o que ya dio a luz y se encuentra muy delicada, precisa de tratamientos y cuidados continuos. Por esta razón aquí existe personal de salud especialista preparado y material específico, para cuidar a su familiar.



- **Equipo asistencial:** En esta unidad laboran médicos, enfermeras y técnicos de enfermería durante las 24 horas del día que aseguran la correcta atención de su familiar.
- Antes de entrar a la unidad nos pondremos un mandil.
- La información médica se brinda diariamente por el médico culminada la visita a las 4 de la tarde.

- En el caso de cambios en el estado de su familiar, o de tener resultados de pruebas concretas, se le brindará información médica en otros horarios de visita.
- No se da información médica por teléfono, pero siempre que lo necesite se le podrá facilitar información relacionada con el bienestar y confort de su familiar.
- El horario de atención de la asistente social es de 10 a 18 horas.
- **Horario general de visitas** Es preciso respetar el horario de visitas establecido para favorecer la organización interna De 14.00 a 16.00 (de 2 pm a 4pm)
- En el caso de no poder visitar a su familiar en los horarios establecidos, se pondrá en contacto con la enfermera y/o el médico responsable para determinar el mejor momento en que podrá visitarlo.
- Durante las horas de visita se permitirá la entrada de dos a 3 personas, (familiares directos), el ingreso de familiares es limitado por las bajas defensas que presentas nuestras



pacientes y mientras más gente ingresa mayor será el ingreso de microbios a la unidad.



- Se deberá lavar las manos antes de entrar en la unidad con la técnica correcta que el personal de enfermería explicará.
- Fuera de los horarios de visita no se permite estar en el

pasillo, ya que es zona de paso. Si desean quedarse pueden hacerlo en la sala de espera para familiares, aunque les recomendamos que por la noche vayan a descansar a su domicilio. Deben tener presente que en el caso de cambios importantes en el estado de su familiar nos pondremos en contacto con ustedes por teléfono.

- Los objetos personales que necesita su familiar en esta unidad son: peine, cepillo, pasta dental, pañales, termómetro, y toalla. La enfermera ya le pedirá en el momento oportuno otros utensilios que su familiar pueda requerir.

2. “Simulación de la UCI” : LA TECNOLOGÍA USADA **TRATAMIENTO, PROCEDIMIENTOS INVASIVOS**

- **Sistemas para respirar:** El tubo que se encuentra en la boca de la paciente está conectado a un respirador que le ayudara a su familiar hasta que logre recuperarse.

- **Catéteres y sondas:** sirven para la administración continua de tratamiento, alimentación, para medición de datos valiosos de la salud de la paciente, todos son necesarios, estos serán retirados cuando la paciente ya no lo necesite y no causan dolor, pues la paciente recibe medicamentos que lo alivian de forma continua.

EQUIPOS DE MONITOREO

- **Las alarmas:** Puede ser que su familiar esté conectado a diversos equipos que son necesarios para garantizar la eficacia del tratamiento y su seguridad. Tenga en cuenta que estos aparatos tienen alarmas que informan siempre al equipo asistencial de todas las variaciones que puedan producirse. A veces estas alarmas pueden sonar por distintos motivos (que no siempre tienen que estar relacionados con situaciones de



urgencia), permitiendo al equipo asistencial un margen de Actuación.

- **Los monitores** permiten al personal asistencial observar las funciones vitales de forma continua en su familiar, esto es importante para reconocer variaciones y actuar inmediatamente.

- **CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

- **Estado de sedación:** mientras se recupera a su familiar le estamos administrando sedantes y medicamentos para el dolor por ello se encuentra profundamente dormida.

- **Bombas infusoras:** sirven para a través de ellas pasar tratamiento en la cantidad y tiempo adecuado, lo cual asegura la correcta administración de tratamiento.



- **Sujeción mecánica:** nuestra paciente esta sujeta de las manos, para evitar que en algún momento se vaya a retirar algún equipo o catéter, empeorando su salud, esto mientras recupere la lucidez.

No se preocupen por el funcionamiento de los diferentes aparatos que lleva su familiar, durante el tiempo que dura la visita.

3. “El primer contacto”

Recomendaciones durante la visita a su familiar

Centren su atención en procurarle tranquilidad, confort, apoyo, dirigiendo sus conversaciones de forma positiva para que le puedan ayudar a establecer conexión con aquellos aspectos de su vida que ustedes saben que le hacen ilusión, le interesan, lo motivan, etc.

4. “conociendo la enfermedad de mi familiar”

Si después del informe médico, Ud. Presenta dudas, la enfermera responsable de su familiar reforzará la información brindada.

