

**NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO ANTES Y DESPUÉS DE
LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO
ACERCA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
AREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA DE ENFERMERIA CUIDADO
INTEGRAL AL ADULTO CRITICAMENTE ENFERMO
VALENCIA – VENEZUELA**



**NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE
UN PROGRAMA EDUCATIVO ACERCA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

Autora:
Andreina Medina

Tutora:
Prof. Dra, Marianela Mejias

Valencia, Octubre 2017



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA



CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO CRITICAMENTE ENFERMO

**NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE
UN PROGRAMA EDUCATIVO ACERCA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

Autor: Lic. Andreina Medina

Trabajo presentado ante el Área de Estudio de Postgrado de la Universidad de Carabobo para optar al Título de Magíster en Enfermería Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo

Valencia, Octubre 2017

AVAL DEL TUTOR

Dando cumplimiento a lo establecido en el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo en su artículo 133, quien suscribe Dra. Marianela Mejías, titular de la cédula de identidad N° 6.322.577, en mi carácter de Tutor del Trabajo de Maestría; titulado: **“NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO ACERCA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS”**, presentado por la ciudadana ANDREINA MEDINA, titular de la cédula de identidad N° 14.162.928, para optar al título de Magister en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo, hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se le designe.

En Valencia a los diecinueve días del mes de junio del año dos mil diecisiete.

Marianela Mejías

C.I: 6.322.577

AUTORIZACIÓN DEL TUTOR

Dando cumplimiento a lo establecido en el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo en su artículo 133, quien suscribe Dra. Marianela Mejías, titular de la cédula de identidad N° 6.322.577, en mi carácter de Tutor del Trabajo de Maestría; titulado: **“NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO ACERCA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS”**, presentado por la ciudadana ANDREINA MEDINA, titular de la cédula de identidad N° 14.162.928, para optar al título de Magister en Desarrollo Curricular, hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se le designe.

En Valencia a los diecinueve días del mes de junio del año dos mil diecisiete.

Marianela Mejías

C.I: 6.322.577

INDICE

RESUMEN	xii
INTRODUCCION	xiii
CAPITULO I. EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del Problema	15
1.2. Objetivos de la Investigación.....	20
Objetivo General	20
Objetivos Específicos	20
1.3. Justificación	21
CAPITULO II. MARCO REFERENCIAL	
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	23
2.2. Bases Teóricas.....	28
2.3. Definición De Términos Básicos	56
2.4. Hipótesis.....	57
2.5. Sistema de Variables	58
2.6. Operacionalización de variables.....	59
CAPITULO III. MARCO METODOLOGICO	
3.1. Diseño y Tipo de Investigación.....	63
3.2. Población.....	63
3.3. Muestra y Método de Selección de la Muestra	63
3.4. Recolección de la Información.....	64
3.5. Validez y confiabilidad.....	65
3.6. Consideraciones Éticas	65
3.7. Procedimiento para la recolección de datos	66
3.8. Técnica de análisis y tabulación de datos.....	67

CAPITULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

1. Presentacion de los Resultados	68
2. Analisis e Interpretacion de los Resultados	100
3. Discusión De Los Resultados.....	110

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones.....	112
2. Recomendaciones.....	115

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	116
---------------------------------	-----

ANEXOS: A.- Instrumento.....	121
B.- Consentimiento Informado.....	124
C.- Programa Educativo.....	125

INDICE DE TABLAS

TABLAS N°	Pág.	
1	Distribución de los familiares investigados según Edad y Grupo Unidad de Cuidados Intensivos del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016.....	70
2	Distribución de los familiares investigados Según Sexo Y Grupo Unidad de Cuidados Intensivos del CPV Valencia. Enero - Agosto 2016.....	73
3	Distribución de los familiares investigados Según Nivel Educativo Y Grupo Unidad De Cuidados Intensivos Del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016.....	75
4	Distribución de los familiares investigados Según Parentesco Y Grupo Unidad De Cuidados Intensivos Del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016	77
5	Distribución de los familiares investigados según Tiempo De Hospitalización (Horas) al momento de aplicar el inventario de Ansiedad (IDARE) Y Grupo Investigado Unidad De Cuidados Intensivos del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016.....	79
6	Valores Medios (X) y Desviación Estándar (S) de la Puntuación del Inventario De Ansiedad (IDARE-E) Para La <i>Escala Estado</i> Antes Y Después De Impartir El Programa Educativo, Con referencia A Aspectos Generales De La Unidad De Cuidados Intensivos (AGUCI) , Según Grupo Investigado. Unidad De Cuidados Intensivos del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016.....	83
7	Valores Medios (X) Y Desviación Estándar (S) de la Puntuación del Inventario De Ansiedad (IDARE - R) Para La <i>Escala Rasgo</i> Antes Y Después de Impartir El Programa Educativo, con referencia A Aspectos Generales De La Unidad De Cuidados Intensivos (AGUCI) , Según Grupo Investigado. Unidad De Cuidados Intensivos del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016.....	86
8	Valores Medios (X) Y Desviación Estándar (S) de la Puntuación Del Inventario de Ansiedad (IDARE - E) Para La <i>Escala Estado</i> , Con referencia A Los Aspectos Relacionados Con El Paciente Hospitalizado En La Unidad De Cuidados Intensivos (APHUCI)	

	Antes Y Después De Impartir El Programa Educativo Según Grupo Investigado Unidad De Cuidados Intensivos Del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016.....	89
9	Valores Medios (X) Y Desviación Estándar (S) de la Puntuación del Inventario De Ansiedad (IDARE- R) Para La <i>Escala Rasgo</i> , Con Referencia A Los Aspectos Relacionados Con El Paciente Hospitalizado En La Unidad De Cuidados Intensivos (APHUCI) Antes y Después de Impartir El Programa Educativo Según Grupo Investigado. Unidad De Cuidados Intensivos Del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016.....	92
10	Valores Medios (X) Y Desviación Estándar (S) de la Puntuación del Inventario de Ansiedad (IDARE) Para la <i>ESCALAS ESTADO Y RASGO</i> , con referencia a los Aspectos Generales (AGUCI) Y De Los Pacientes Hospitalizados En La Unidad De Cuidados Intensivos (APHUCI) Antes Y Después De Impartir el Programa Educativo Según Grupo Investigado. Unidad De Cuidados Intensivos del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016.....	95

INDICE DE GRAFICOS

	GRAFICOS	pág.
1	Distribución de los Familiares Investigados Según Edad Y Grupo . Unidad de Cuidados Intensivos del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016	72
2	Distribución de los Familiares Investigados Según Sexo Y Grupo Unidad De Cuidados Intensivos Del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016	74
3	Distribución de los Familiares Investigados Según Nivel Educativo Y Grupo Unidad de Cuidados Intensivos del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016.....	76
4	Distribución de los Familiares Investigados Según Parentesco Y Grupo . Unidad De Cuidados Intensivos del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016.....	78
5 ^a	Distribución de los Familiares Investigados Según Tiempo de Hospitalización (Horas) Al Momento de Aplicar El Inventario de Ansiedad (IDARE) Antes de Impartir El Programa Y Grupo investigado Unidad De Cuidados Intensivos del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016.....	81
5B	Distribución de los Familiares Investigados Según Tiempo De Hospitalización (Horas) Al Momento De Aplicar El Inventario De Ansiedad (IDARE) Después De Impartir El Programa Y Grupo Investigado Unidad De Cuidados Intensivos Del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016.....	82
6	Valores Medios (X) Y Desviación Estándar (S) De La Puntuación del Inventario de Ansiedad (IDARE - E) Para La Escala Estado Antes Y Después De Impartir El Programa Educativo, Con Referencia A Aspectos Generales De La Unidad De Cuidados Intensivos (AGUCI) , Según Grupo Investigado Unidad De Cuidados Intensivos Del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016.	85
7	Valores Medios (X) Y Desviación Estándar (S) De La Puntuación Del Inventario De Ansiedad (IDARE - R) Para La Escala Rasgo Antes Y Después De Impartir El Programa Educativo, Con Referencia A Aspectos Generales De La Unidad De Cuidados	

	Intensivos (AGUCI), Según Grupo Investigado Unidad De Cuidados Intensivos Del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016.	88
8	Valores Medios (X) Y Desviación Estándar (S) De La Puntuación Del Inventario De Ansiedad (IDARE - E) Para La Escala Estado, Con Referencia A Los Aspectos Relacionados Con El Paciente Hospitalizado En La Unidad De Cuidados Intensivos (APHUCI) Antes Y Después De Impartir El Programa Educativo Según Grupo Investigado Unidad De Cuidados Intensivos Del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016.....	91
9	Puntuación Del Inventario De Ansiedad (IDARE - R) Para La Escala Rasgo Antes Y Después De Impartir El Programa Educativo, Con Referencia A Aspectos Relacionados Con El Paciente Hospitalizado En La Unidad De Cuidados Intensivos (APHUCI), Según Grupo Investigado Unidad De Cuidados Intensivos Del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016	94
10A	Nivel de Ansiedad de los Familiares del Paciente Politraumatizado Valores Medios (X) Y Desviación Estándar (S) de la Puntuación del Inventario de Ansiedad (IDARE - E) Para La Escala Estado Con Referencia A Los Aspectos Generales (AGUCI) Y De Los Pacientes Hospitalizados En La Unidad De Cuidados Intensivos (APHUCI) Antes y Después de Impartir El Programa Educativo Según Grupo Investigado. Unidad de Cuidados Intensivos del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016.....	98
10B	Nivel de Ansiedad de los Familiares del Paciente Politraumatizado Valores Medios (X) Y Desviación Estándar (S) de la Puntuación del Inventario de Ansiedad (IDAE - R) Para La Escala Rasgo con Referencia A Los Aspectos Generales (AGUCI) Y de los Pacientes Hospitalizados En La Unidad De Cuidados Intensivos (APHUCI) Antes Y Después De Impartir El Programa Educativo Según Grupo Investigado. Unidad De Cuidados Intensivos Del CPV. Valencia. Enero - Agosto 2016.....	99



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO CRITICAMENTE
ENFERMO



**NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE
UN PROGRAMA EDUCATIVO ACERCA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

AUTORA: Lic. Andreina Medina

TUTORA: Dra. Marianela Mejías

RESUMEN

El presente trabajo de investigación estuvo enmarcado en la línea de investigación: Cuidado de enfermería a pacientes politraumatizados graves y fallas multiorgánicas, el objetivo fue: comparar el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos en sus factores: Estado y Rasgo; antes y después de la implementación de un programa educativo acerca de la unidad de cuidados intensivos en una institución de salud privada ubicada en Valencia. El diseño de la investigación fue de campo, descriptivo, cuasi-experimental. La población estuvo constituida por 40 familiares de los pacientes politraumatizados que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos en el lapso de enero - agosto 2016. La muestra fue no probabilística, intencional y estuvo representada por 32 familiares de los pacientes politraumatizados, de los cuales 16 conformaron el grupo control y 16 el grupo experimental. Previo consentimiento informado, se les aplicó un instrumento estandarizado tipo cuestionario: Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (IDARE) antes y después de impartir el programa educativo. Los resultados demostraron que el programa fue exitoso para disminuir el nivel de ansiedad estado referido a los AGUCI y APHUCI con una significancia estadística de 11,72 puntos ($p < 0,004$) para el grupo experimental y 0,50 para el grupo control. Por su parte no fue significativo para el nivel de ansiedad rasgo de los AGUCI y los APHUCI, la diferencia entre antes y después de su aplicación, fue positiva en 0,15 puntos para grupo experimental y 0,41 para el grupo control.

Palabras Clave: ansiedad, familiares, estrategia, enfermería.

INTRODUCCION

Un gran número de personas politraumatizadas que sobreviven al impacto, llegan a las instituciones de salud ameritando cuidado intensivo para recuperar la salud y el bienestar. Según lo referido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) los traumatismos se sitúan entre las primeras causas de morbilidad a nivel mundial.. No obstante, los familiares al recibir tan inesperada noticia, se dirigen con prontitud al centro hospitalario donde está su ser querido. Se encuentran en estado de alerta, llenos de expectativas, con incertidumbre y necesidad de obtener más información acerca del estado de salud y el pronóstico de su ser querido, así como del ambiente y funcionamiento del lugar donde se encuentra hospitalizado, lo que pudiera constituirse en una situación de amenaza para la familia por la ansiedad que genera el proceso de hospitalización.

Al respecto Baeza, Balanger, Belchi , Coronas y Gillamón (2008) definen “la ansiedad como un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes, es decir, situaciones que nos afectan y en las que tenemos algo que ganar o que perder” (pág. 1). Tal es el caso de los familiares del paciente politraumatizado que se encuentra amenazado ante el quebrantamiento de la salud de su ser querido, con la posibilidad de mantener o perder su vida. Por tanto, es necesario que el profesional de Enfermería que está a cargo de los pacientes politraumatizados, desarrolle un programa educativo que proporcione a los familiares de los pacientes la información precisa y oportuna que le permita mitigar la ansiedad ante la circunstancia de tener a su ser querido hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo.

El presente trabajo de investigación se desarrolló en una institución hospitalaria privada ubicada en el estado Carabobo, con la finalidad de determinar el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado antes y después de la implementación de un programa educativo acerca de la Unidad de Cuidado Intensivos. Esta investigación se enmarca dentro de la línea de investigación: Cuidados de enfermería a pacientes

politraumatizados graves y falla multiorgánica, correspondiente a la Maestría en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo.

La investigación está estructurado de la siguiente manera: Capítulo I: El problema, comprende el planteamiento del problema, el objetivo general y específicos, así como la justificación del estudio; Capítulo II: corresponde el marco teórico referencial integrado por los antecedentes previos de la investigación y las bases teóricas, así mismo la definición de términos básicos, el sistemas de hipótesis, sistemas de variables y la operacionalización de las mismas. En cuanto al Capítulo III: corresponde al marco metodológico de la investigación, el cual se centra en el diseño y tipo de investigación, la población, la muestra y método de selección, recolección de datos, el instrumento y el procedimiento de recolección de la información, su validez, confiabilidad; consideraciones éticas, las técnicas de análisis y tabulación de datos. Capítulo IV: se presenta los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento. Capítulo V se presentan las conclusiones y recomendaciones. Por último, se presentan las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

El presente capítulo está estructurado por el planteamiento del problema, objetivos y la justificación del estudio.

1. Planteamiento del Problema

Los politraumatismos se consideran la exposición violenta e inesperada del organismo a una fuente de energía que le cause dos o más lesiones.

Al respecto Moro, Perez, & Burgos, (1999) lo define al paciente politraumatizado como: “Todo herido con dos o más lesiones traumáticas graves periféricas, viscerales o complejas que entrañan una repercusión respiratoria o circulatoria que pone en peligro el pronóstico vital inmediatamente o en las horas siguientes.” Pág. 30 entendiéndose que son aquellas personas que presentan una o más contusión en la cual compromete al menos uno de sus signos vitales.

El traumatismo constituye una de las primeras causas de morbilidad a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (2012) refiere que “los traumatismos causados por accidentes de tránsito son la causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales” (pág. 358). Asimismo, la Asociación Civil Para la Prevención de Accidentes y Apoyo a sus Víctimas (ASOTRANSITO, 2012) considerando las estadísticas del Instituto Nacional de Tránsito y Transporte Terrestre señala que Venezuela ocupa el primer lugar en Latinoamérica y el tercero en el mundo, en accidentes de tránsito (pág. 2).

En el Estado Carabobo, la Corporación de Desarrollo de la Región Central (Corpocentro, 2010) en su Dossier, refiere que entre las principales causas de muerte para el año 2009, según grado de previsibilidad, el tercer lugar lo ocupan los accidentes con 483 por cada 100.000 habitantes ubicándose en un 5,02% de la población (Pág. 57). Las estadísticas señaladas anteriormente, revelan que los accidentes de tránsito han sido la primera causa de muerte a nivel mundial para el año 2009 y se encuentran entre los tres primeros lugares de morbilidad a nivel nacional y regional, cuyas consecuencias en la persona que lo sufre, afectan una o varias partes del organismo poniendo en peligro la vida ameritando así, el traslado a una institución de salud.

Según De Prado F. (2001) un herido portador de diversas lesiones, y donde al menos una de ellas pone en peligro el pronóstico vital es considerado un paciente politraumatizado (pág. 267), el cual debido a la gravedad del estado de salud amerita el traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En esta área, el equipo multidisciplinario de salud ofrece prioridad en el cuidado y manejo coordinado del paciente politraumatizado, durante 24 horas continuas.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se caracteriza por ser un área restringida por los múltiples procedimientos de atención de salud que se realizan para preservar la vida de la persona y por tener normativas o políticas institucionales que limitan la permanencia de los familiares en esta área. Por lo tanto, cuando el paciente ingresa a la Unidad de Cuidados de Intensivos se aísla de su grupo familiar, ya que el familiar debe permanecer en el área externa, definida en algunas instituciones de salud como sala de espera. Esta situación pudiera generar en el familiar ansiedad ante lo desconocido del pronóstico de su ser querido, las características y normativas particulares de la unidad.

Ante este escenario, según Torres, L. (2001) “Los familiares más allegados han de adaptarse a esta situación que para ellos es nueva e implica cambios” (Pág. 159). Los cambios se producen al enfrentar el nuevo ambiente que consta de un espacio físico con área restringida que limita el contacto con el ser querido, así como la rutina del nuevo rol que deben desempeñar cada uno de los familiares. Estos cambios, como experiencias de vida, pudieran afectar emocionalmente a los familiares y dependiendo del parentesco y afectividad que se tenga, el proceso de adaptación va a ser en mayor o menor grado.

Ante los cambios, el familiar del paciente politraumatizado se ve sometido a una gran tensión emocional. Según estudios realizados por González, P. (2004) y García, M. (2012) han demostrado que el ser humano al verse sometido a tensión emocional desarrolla mecanismos de respuestas, algunos compensatorios otros de defensa, para cumplir con el proceso de adaptación de su nueva circunstancia de vida. De esta manera, el familiar al enfrentar la situación de peligro de la persona politraumatizada, podría desarrollar ansiedad como mecanismo de respuesta a la situación de tensión emocional que genera la hospitalización de un ser querido.

En consecuencia, Pardavila V. (2011) refiere que para aliviar el sufrimiento de las familias y mitigar la ansiedad, se debe proporcionar información clara, oportuna y consistente que sirva de 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. Una correcta identificación de las necesidades de los familiares permitirá planificar y personalizar adecuadamente los cuidados a prestarles, aumentando el grado de satisfacción de los familiares, la seguridad en un medio desconocido y disminuyendo los niveles de ansiedad característicos de estos procesos de cambios, con la consiguiente influencia en el bienestar del propio paciente politraumatizado.

Sin embargo; en la Unidad de Cuidados Intensivos en la institución de salud privada se evidencia que los familiares del paciente politraumatizado permanecen a las puertas de la unidad, algunos inquietos y preocupados por el pronóstico de su familiar lo cual manifiestan: caminando de un lado al otro, balbuceando, respirando aceleradamente. Asimismo, pudieran sentirse culpables por la situación difícil que presenta su ser querido, manifestado por expresiones tales como “sí yo hubiera estado con el (ella) eso no hubiese pasado”, presentan irritabilidad, llanto, tono de voz elevado al dirigirse al personal de salud, temblores en extremidades, mientras que otros se aferran a la fe religiosa, como estímulo para organizarse, rezar u orar para encomendarse a Dios, llaman a servidores de la iglesia a la cual pertenecen para pedir a Dios por la pronta y satisfactoria recuperación de su familiar.

Ante la situación de incertidumbre que genera el ingreso del paciente politraumatizado a la Unidad de Cuidados Intensivos, los familiares manifiestan la necesidad de ver y estar con su ser querido; así que cuando la puerta de la unidad se abre, los mismos se acercan a preguntar por el estado de salud y las necesidades del paciente, sumado a que la realización de procedimientos a los pacientes genera suspensión o se pospone para otro horario, las visitas de los familiares, lo que produce disgustos en los mismos manifestado por gestos corporales como encogidas de hombros, sacudidas de manos y brazos, enojo y palabras amenazantes contra el personal de salud.

Aunado al escenario antes descrito se observa, que hay debilidad en la orientación que se le proporciona al familiar del paciente politraumatizado hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), debido a que es necesario un programa de orientación formal y rutinario que permita que los familiares puedan recibir una información que disminuya la ansiedad de los mismos, considerando que las respuestas recibidas carece de la información requerida.

Por otra parte, entre las normativas de la UCI se encuentra que el médico deberá proporcionar información a los familiares sobre las condiciones del paciente en el horario de la mañana (diurno), ante esta situación los familiares plantean interrogantes tales como: “¿Va a estar bien? ¿Se va a recuperar?”. Interrogantes que demuestran su preocupación por el desenlace de la salud de su ser querido.

Finalmente, cuando logran entrar a la Unidad de Cuidados Intensivos se evidencia en sus rostros, expresión de alegría, al estar dentro y establecer el contacto con su familiar enfermo; sin embargo, realizan constantes preguntas al profesional de enfermería, tales como: ¿Hay que ponerse todo esto? Refiriéndose a la técnica de barrera (gorro, bata, mascarilla y cubre botas) ¿Dónde lo tienen ubicado? ¿Puedo pasar a verlo? Se pudiera decir que tienen necesidad de información ya que la recibida podría ser deficiente.

Lo antes mencionado conlleva a formular la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado antes y después de la implementación de un programa educativo acerca de la Unidad de Cuidados Intensivos en una institución de salud privada en cuanto a: Aspectos generales de la Unidad y aspectos relacionados con el paciente?

Por todo lo antes expuesto se hace necesario realizar la presente investigación Comparar el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado en sus factores: Estado y Rasgo; antes y después de la implementación de un programa educativo acerca de los aspectos generales de la Unidad de Cuidados Intensivos y aspectos relacionados con el paciente, incorporando al familiar como parte fundamental del cuidado de enfermería.

2. Objetivos de la Investigación

2.1.- Objetivo General:

Comparar el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos en sus factores: Estado y Rasgo; antes y después de la implementación de un programa educativo acerca de la unidad de cuidados intensivos referente a: aspectos generales de la unidad de cuidados intensivos y aspectos relacionados con el paciente.

2.2- Objetivos Específicos:

2.2.1.- Comparar el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos en su factor Estado, antes y después de la implementación de un programa educativo referido a: aspectos generales de la unidad de cuidados intensivos.

2.2.2.- Comparar el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos en su factor Rasgo, antes y después de la implementación de un programa educativo referido a: aspectos generales de la unidad de cuidados intensivos.

2.2.3.- Comparar el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos en su factor Estado, antes y después de la implementación de un programa educativo referido a: aspectos relacionados con el paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos.

2.2.4.- Comparar el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos en su factor Rasgo, antes y después de la implementación de un programa educativo referido a: aspectos relacionados con el paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos.

3. Justificación de La Investigación:

La presente investigación es significativa para la profesión de enfermería debido a que al brindar cuidado desde su rol asistencial podrá también, cumplir con el rol educativo proporcionando información clara y oportuna a los familiares del paciente politraumatizado que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos a través del programa como un trinomio (enfermera-paciente-familiares) inseparable.

Ésta investigación es relevante para la sociedad por que pudiera satisfacer las necesidades emocionales, afectivas y cognitivas de los familiares del paciente politraumatizado a través de un programa educativo que fomenta en ellos la comunicación y proporciona información oportuna referente a la Unidad de Cuidados Intensivos y aspectos relacionados con el paciente, beneficiándolos desde una perspectiva holística al ser incluidos como parte importante de los cuidados del profesional de enfermería.

En éste sentido, la experiencia de aprendizaje de los familiares, pudiera ser de autoayuda en sus vivencias positivas para aminorar su ansiedad estado - rasgo para nuevos eventos de amenazas y a su vez, orientar a otros desde su propia experiencia.

Como un aporte de relevancia para la docencia, el programa educativo pudiera incluirse como programa de extensión de la Escuela de Enfermería “Dra. Gladys Román de Cisneros” de la Universidad de Carabobo, acreditando a los profesionales de enfermería y capacitándolos para la implementarla en las áreas asistenciales.

La relevancia para el paciente politraumatizado porque permitirá durante el acercamiento del familiar con el paciente una comunicación menos tensa en el sentido, de que al estar el familiar más informado estará menos ansioso lo que se traduce en una relación más efectiva familiar – paciente.

Asimismo, tiene relevancia para la institución de salud por ser un tema innovador y pionero en la implementación de un programa educativo dirigido al familiar del paciente politraumatizado hospitalizado en UCI. Sin embargo, el presente estudio también podrá ser aplicado a otras instituciones de salud.

Finalmente, es relevante para la investigación, dado a que los resultados obtenidos ofrecerían nuevos trabajos a investigar serviría de antecedente para la realización de investigaciones futuras.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

El presente capítulo, está estructurado por los antecedentes, bases teóricas, definiciones de términos, sistema de hipótesis, sistema de variables y su operacionalización.

1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se presentan algunas investigaciones que hacen referencia a las variables en estudio.

Mark Edith, (2015) en su investigación en el estado Carabobo - Venezuela titulada: “Necesidades de atención de los familiares de pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde” cuyo objetivo fue: Determinar las necesidades de atención a los familiares del paciente que ingresa a esta unidad, en cuanto afectividad, comunicación y acercamiento”, cuya metodología utilizada fue no experimental, cuantitativo, descriptivo, transversal y de campo. La información fue recolectada a través de un cuestionario diseñado en dos partes: la primera parte, constituida por datos socio-demográficos, y la segunda parte, con la variable en estudio, con preguntas en escala de Likert, con respuestas que van desde nunca, casi nunca, casi siempre y siempre. Se aplicó una prueba piloto a un grupo de 10 familiares, el cual se empleó el coeficiente Kuder de Richardson 20 obteniendo una confiabilidad de 0,93. Un total de 24 familiares que corresponden al 30% de la población de los pacientes hospitalizados en dicha unidad, y el tiempo de la muestra fue de un mes. En los resultados: La mayoría de los familiares

entrevistados percibieron a la enfermera con buen estado de ánimo, comunicativa y con presencia física, nunca percibieron apoyo espiritual.

Lo antes descrito se relaciona con la investigación objeto de estudio, ya que considerando las necesidades de atención de los familiares del paciente politraumatizado que ingresan a la unidad de cuidados intensivos, se utilizará un programa educativo proporcionándoles información acerca de los aspectos generales de la Unidad así como también, de los aspectos relacionados con el paciente.

García Arias, (2012) Realizaron un estudio en España, Zaragoza titulado: “Ansiedad en los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet, (HUMS)” con el objetivo de Analizar el perfil y el estado de ansiedad de los cuidadores de los pacientes ingresados en la UCI de Traumatología del HUMS. La población estuvo formada por 224 familiares de pacientes. Para determinar el tamaño muestral, se realizó un muestreo aleatorio simple con un nivel de confianza del 95%. Con estos condicionantes, se consideró como tamaño de la muestra el de 90 familiares de pacientes. Los resultados mostraron que el 82,6% de los familiares presentaban ansiedad y que estaba relacionada con el género del familiar y con la causa que había motivado el ingreso del paciente en la UCI de Traumatología del HUMS.

Ésta investigación se relaciona con la actual en tanto que ambas consideran la variable Ansiedad en los familiares del paciente, destacando que el sólo ingresar a la unidad de cuidados intensivos les produce a los familiares alteraciones emocionales, así mismo proyecta el cuidado de enfermería al familiar del paciente como parte de sus funciones.

Rodas J. (2012) en su estudio en Guayaquil – Ecuador titulado: “Percepción y ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados

intensivos.” Su objetivo fue: Determinar la relación que existe entre la percepción de estar informado y la incidencia de ansiedad como estado en la población. El presente trabajo es un estudio correlacional en familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos, para ello se revisaron aspectos teóricos como la ansiedad y la percepción, se los operacionalizó, evaluó cuantitativamente y finalmente se correlacionaron los datos, permitiendo identificar su relación en este problema en especial. Las conclusiones resultantes fueron que la mayoría de la población tiende a percibirse mal informada respecto a la condición de su paciente. Según los datos observados, se encuentra que en esta población la gran mayoría presentó altos niveles de ansiedad. Recomendaciones: A la luz de estos resultados, resalta la necesidad que existe de mejorar esta percepción en los familiares de los pacientes. El familiar que se siente bien informado, se siente más tranquilo. De esta manera es preciso trabajar en el mejoramiento de la comunicación entre el área y los familiares de los pacientes. Conociendo las causas que generan ansiedad y demás malestares en la población, es posible la elaboración de programas de intervención, específicos para las condiciones hospitalarias de UCI (unidad de cuidados intensivos).

La investigación de Rodas J. (2012) coinciden la variable ansiedad, y el factor aspectos relacionados con el paciente, entre sus recomendaciones los resultados de éste estudio permiten destacar que el familiar que se siente bien informado, se siente más tranquilo, coincidiendo con la presente investigación en ofrecer un programa educativo proporcionando la información que los familiares requieren en función de satisfacer las necesidades de su estado emocional.

Vargas J. & Aguilar G., (2011) realizaron un estudio en la ciudad de Oaxaca. México. Titulado: “Niveles de estrés en los familiares de los pacientes atendidos en la

unidad de cuidados intensivos de un hospital general” con el objetivo de medir los niveles de estrés en una población constituida por los familiares cuidadores de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, la intención de conocer esta información radica en poder brindarles una mejor atención al otorgarles recursos para afrontar psicológicamente su condición emocional, durante y después de esta experiencia. Se utilizó la Escala de Estrés Percibido PSS-10 como instrumento de evaluación. Se examinaron los niveles de estrés en 10 familiares que ejercían el rol de cuidadores primarios de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en un Hospital General. Los resultados mostraron que el 90% de ellos tenían datos de estrés, la mayoría de estrés bajo (50%). Se consideró deseable sugerir un paquete de ayuda psicológica mediante un protocolo de recepción y manejo apoyado en folletos de información para el momento del ingreso a UCI que proporcione información general de las reglas de la unidad, de las comodidades y servicios que se les puedan ofrecer y de la manera de afrontar adecuadamente su rol como cuidadores, sin descuidar su salud física y emocional. Y cuando se les traslada a la sala de cuidados generales, con información actualizada para el nuevo escenario. Finalmente, un curso de control del estrés para los familiares durante su estancia en UCI y posibles servicios de psicoterapia posteriores a su alta del Hospital a fin de evaluar la posible presencia de estrés postraumático.

Este trabajo sirve como referencia para el presente estudio, ya que ratifica la importancia de darles información a los familiares del paciente politraumatizado, considerando que no es cualquier información, sino la que satisface sus necesidades emocionales y contribuye a afrontar su proceso de adaptación ante el ingreso de su ser querido a la unidad de cuidados intensivos.

Sira E. y Guevara B. (2011) realizó una investigación Carabobo - Venezuela titulada: “Niveles de ansiedad presentados en dos grupos de pacientes politraumatizados, uno de los cuales recibió un programa instruccional sobre toracotomía mínima.” Tuvo como objetivo: Determinar las diferencias que existen en los niveles de ansiedad presentados en dos grupos de pacientes politraumatizados antes y durante el procedimiento de toracotomía mínima referidos a: Ansiedad leve, Moderada y Grave, uno de los cuales recibió un programa instruccional sobre toracotomía mínima impartido por el profesional de enfermería. El diseño de la investigación es experimental, de tipo cuasi experimental. La población objeto de estudio estuvo conformado por todos los pacientes politraumatizados que ingresaron a la Unidad de Trauma Shock, de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el lapso de febrero a octubre 2009 con traumatismo torácico que ameritaron Toracotomía Mínima y la muestra estuvo constituida por 30 pacientes politraumatizados que ingresaron a la Unidad 15 conformaron el grupo control y 15 el grupo experimental a los cuales se les aplicó un instrumento para medir los niveles de ansiedad que estos presentaban antes y durante el procedimiento de toracotomía mínima. Los resultados demostraron que si existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de las medias, en los grupos de pacientes de control y experimental, donde se evidencia los beneficios proporcionados por el programa instruccional ofrecido a los pacientes. Dentro de las recomendaciones está presentar los resultados a las autoridades de la institución donde se realizó el estudio, publicar los resultados en revistas indexadas arbitradas y realizar estudios similares con una muestra más amplia.

A través de los resultados de éste estudio la autora hace aportes a la presente investigación recomendando la realización de estudios similares y fomentando cambios en los niveles de ansiedad después de implementar un programa educativo acorde a las necesidades de información de los familiares del paciente politraumatizado que ingresa a la Unidad.

2. BASES TEÓRICAS

A continuación se presentan las consideraciones de diferentes investigadores y teorizantes que sustentan el tema de la ansiedad y los mecanismos para la valoración así como los factores que afectan a los familiares.

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

El ingreso de un ser querido en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) supone una barrera física y psicológica en la interrelación del grupo familiar, sobre todo si se trata de un evento inesperado como el politraumatismo. El familiar al recibir la noticia de dicho evento, en la mayoría de los casos, manifiesta: preocupación, angustia, cansancio, tristeza, lo que genera tensión emocional y por consiguiente ansiedad.

Baeza, Balanger, Belchi, Coronas, & Gillamón (2008) definen “la ansiedad como un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes, es decir, situaciones que nos afectan y en las que tenemos algo que ganar o que perder” (pág. 1). Considerando la definición que realizan los autores antes mencionados, la ansiedad puede definirse como estado emocional que presenta el familiar del paciente politraumatizado que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos ante la situación de amenaza a la vida del paciente.

En este sentido, Ellis, A (2000) detalla que la ansiedad:

es un conjunto de sensaciones molestas y de tendencias a la acción que le permite darse cuenta de que ocurren o pueden ocurrir hechos desagradables - esto es, cosas que van en contra

de sus deseos – y que le avisan de que tendría que hacer algo al respecto (pág. 27).

La definición anterior, explica como muy probablemente el familiar del paciente politraumatizado desea que su ser querido se recupere pronto o esté fuera de peligro de muerte, ante tal situación la ansiedad es la agrupación de sensaciones molestas o impresiones subjetivas y objetivas que pudieran manifestar los familiares del paciente politraumatizado tales como: incomodidad, intranquilidad, caminar de un lado a otro, ganas de huir o luchar, buscar seguridad o información acerca del estado de salud de su ser querido y del funcionamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos, de manera que alguna de éstas acciones logren satisfacer su deseo.

Potter & Perry (2002) define la ansiedad como “un fenómeno maduracional crítico relacionado con el cambio, el conflicto y la percepción del control del entorno” (pág. 247). Por tanto, la ansiedad se presenta como la oportunidad para el familiar del paciente politraumatizado, para procesar la nueva experiencia de tener a un ser querido en la Unidad de Cuidados Intensivos, considerando la percepción de su nuevo entorno y el conflicto que pudiera generar el incumplimiento de las labores y roles dentro de la sociedad, mientras permanece en la sala de espera durante la hospitalización del mismo.

Lorenzo y otros (2008) refiere que la ansiedad “es una respuesta fisiológica normal ante situaciones estimulantes nuevas, intensas o amenazantes del ambiente, que permite al organismo adaptarse, ofreciendo una respuesta que lo prepara y adapta frente a dichos estímulos” (pág. 275). En tal sentido, ante el estímulo de un nuevo ambiente al que se enfrentan los familiares, la ansiedad es un mecanismo de defensa, en el cual el profesional de enfermería pudiera intervenir preparándolos al proceso de

adaptación, a través de la aplicación de un programa educativo que le presente su nuevo entorno y le informe acerca de la estructura y funcionamiento de la unidad.

Sobre éste particular, García Arias (2012) refiere que “el personal de Enfermería debería considerar el cuidado del familiar como parte integral de sus funciones dentro de la unidad de cuidados intensivos, realizando intervenciones dirigidas a reforzar las habilidades de afrontamiento” (pág. 4). Según el autor es deber del profesional de enfermería, realizar la valoración y el plan de atención tanto al paciente politraumatizado como a los familiares para reforzar las habilidades de afrontamiento; ofreciendo información pertinente acerca de la distribución física de la unidad, función de los equipos de monitoreo, las normativas y los cuidados básicos de enfermería de manera que dicha información tenga influencia positiva sobre el nivel de ansiedad en los familiares del paciente politraumatizado.

Por consiguiente, García A. (2012) refiere que “la información es una necesidad que debe de satisfacer el personal médico y de enfermería, como parte de los cuidados que deben prestar a los familiares de un paciente ingresado en una UCI” (pág. 5). El profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos está altamente capacitado y calificado para dar información a los familiares de forma clara y oportuna de manera que estaría cuidando su estado emocional al incluirlo en su plan de cuidado. De la misma manera, Díaz G. (2006) refiere que “la familia deja de funcionar normalmente cuando uno de sus miembros está grave y hospitalizado, lo que hace que existan dificultades para tomar decisiones, cuidarse mutuamente o solucionar problemas” (pág. 26).

Por otra parte el mismo autor acota que “la familia es la responsable del mantenimiento de la salud y la conservación de la calidad de vida de sus miembros” (pág. 26). Visto de ésta forma, cada familiar es un miembro importante dentro de la familia, y al quebrantarse la salud de alguno de ellos, el resto tiene el compromiso de

tomar decisiones e inclusive ocupar el rol del que está hospitalizado, generando tal situación tensión y alteración en el estado emocional como proceso de adaptación y solución ante la nueva situación de amenaza.

No obstante Jarne A., Talar A., Armayones M. Horta E. Y Requena E. (2006) definen la ansiedad como “un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma” (pág. 119). Por tanto, la ansiedad es una etapa personal en el que los familiares del paciente sienten molestias, cansancio, inseguridad, resistencia, están a disgusto consigo mismo y con su entorno.

Al respecto, el autor antes citado refiere que la ansiedad repercute en tres áreas:

- 1.- **Área Cognitiva:** temor, espera de un peligro, sentimientos pesimistas, preocupación por el futuro, malestar difuso, mal funcionamiento de la atención, memoria, concentración, etc.
- 2.- **Área Conductual o Relacional:** Irritabilidad, inquietud, temblores, discusiones, tensión familiar y ambiental, etc.
- 3.- **Área Somática:** Hiperactividad Vegetativa. Estas tres áreas de respuestas no se activan de la misma manera en todos los sujetos; es más, tampoco tienen que hacerlo necesariamente en el mismo sujeto. Es decir, nos podemos encontrar con sujetos que presentan más repercusión de la ansiedad en un área que en otra. Este fenómeno denominado disociación o fraccionamiento de respuestas puede tener importancia clínica y de cara al tratamiento del paciente. Pág. 120.

Los mencionados autores especifican tres áreas de acción de la ansiedad en la persona, éstas tres áreas de acción que pudieran presentar la ansiedad se relacionan y se interrelacionan una con otra, de ahí la importancia de valorar a los familiares como un sistema holístico integral.

El área cognitiva, le ayudará a los familiares del paciente politraumatizado estar alerta, atentos y le permitirá el logro de su adaptación y ejecutar acciones de defensa ante las sensaciones negativas. El área conductual o relacional, le permitirá expresar lo que siente, es la manera de exteriorizar su actual estado emocional. Y finalmente el área somática, por activación del sistema nervioso central el cual dará respuestas fisiológicas de ansiedad, tales como sudoración, taquicardia, sequedad bucal entre otros.

En este sentido, Spielberger (1980) manifiesta que “las sensaciones de incertidumbre, temor, nerviosismo y preocupación al igual que los cambios fisiológicos y conductuales, como los temblores, palpitaciones y las náuseas, frecuentemente constituyen los síntomas de la ansiedad” (pág. 14). Por tanto, la ansiedad se engloba en un proceso psicobiológico manifestados por quien lo presenta o padece. En los familiares de los pacientes politraumatizados que ingresan en la unidad de cuidados intensivos son claramente manifestados en diferentes áreas a través de respuestas fisiológicas y psicológicas.

De allí la importancia de conocer las causas que conducen a la ansiedad, dichas causas pudieran deberse a aspectos de orden psicoafectivo tales como la tensión o estrés y la amenaza.

Al respecto, Spielberger (1980) cita lo siguiente:

Durante el siglo XIV, el término de tensión (stress) derivado del latín, se uso por primera vez para describir un estado de angustia, opresión, penuria y adversidad. Durante los siglos XVIII y XIX, el significado popular de la palabra pasó a denotar una fuerza, presión o influencia poderosa ejercida sobre un objeto físico o una persona. De ésta manera, el hecho de que una situación de lugar o no a la tensión, depende de la manera como cada persona vea o interprete dicha situación, así como la “habilidad individual para hacerle frente” pág. 7-10.

La tensión, podría ser causa de ansiedad en los familiares del paciente politraumatizado, debido a la versión subjetiva de cada familiar ante la fuerza que ejerce recibir la noticia, predecir el futuro, el pronóstico de su estado de salud, el desconocimiento de la unidad, el ser una nueva experiencia o en su defecto tener experiencia negativa anteriores, por ende desencadenarían una respuesta o reacción ante tal situación, según su propensión hacia la ansiedad.

Por ello, Spielberger (1980) describe como causa de ansiedad la amenaza, definida como “la percepción o apreciación de dicha situación o estímulo, por un individuo, como algo potencialmente peligroso o dañino. Las personas que consideren amenazadora una situación, experimentarán una reacción de ansiedad” (pág. 16). La apreciación individual y subjetiva de cada uno de los familiares del paciente politraumatizado hospitalizado en la UCI, a percibir un posible peligro o no ante su nueva realidad e incertidumbre del pronóstico de su ser querido y del funcionamiento de la unidad, lo pudiera llevar a reaccionar ante la ansiedad.

En el mismo orden de ideas, Spielberger, C (1980) toma en cuenta dos dimensiones de la ansiedad denominadas: Ansiedad Rasgo o Ansiedad Peculiar; y Ansiedad Estado. La Ansiedad Rasgo o Ansiedad Peculiar describe “las diferencias individuales de la propensión a la ansiedad; es decir, de la tendencia a ver el mundo como algo peligroso y en la frecuencia con la cual se experimenta el estado de ansiedad durante un prolongado lapso de tiempo” (pág. 60). Por tanto, se deduce que los familiares del paciente politraumatizado tiene sus características propias inherentes a la personalidad, la cuales influirán para que el nivel de ansiedad estado sea mayor o menor, según la propensión que éstos tengan de interpretar su situación de salud-enfermedad como algo peligroso o amenazante tanto para la vida del paciente como para el núcleo familiar.

Para Spielberger (1980) la ansiedad Estado “se refiere a una reacción desagradable frente a una tensión específica” (pág. 60), la cual pudiera considerarse un “estado emocional transitorio” (pág. 17). En tal sentido, la ansiedad estado que pudieran presentar los familiares del paciente politraumatizado sería transitoria, es decir, mientras ocurre el evento que la causó y mientras permanezca en ellos una interpretación de posible peligro o amenaza ante las normas para entrar de visita o el ver conectado a su ser querido a equipos de tecnología entre otros.

Es importante para la presente investigación, destacar lo mencionado por Long, Phipps, & Cassmeyer (1997) quienes refieren que “las personas pueden fluctuar en diferentes niveles de ansiedad” (pág. 99). La ansiedad que pudieran presentar los familiares del paciente politraumatizado pudiera definirse por niveles, de allí la importante de distinguir los niveles a través de escalas de medición. Entre ellas tenemos, el inventario de ansiedad de Beck, desarrollado por el Dr. Aarón Beck en 1988, concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad.

En este sentido, González L.Felicia M. (2007) describe el Inventario de Ansiedad de Beck como:

...inventario compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad relacionados con las manifestaciones físicas de las mismas, según los criterios diagnósticos del DSM-IV¹. No existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad... Lo que limita su uso, no obstante... es un instrumento útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad (pág. 192).

¹ En inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Manual Diagnóstico y Estadístico De Los Trastornos Mentales)

El Inventario de Ansiedad de Beck se enfoca hacia las manifestaciones orgánicas que se producen por la ansiedad, encontrándose dos factores principales: síntomas somáticos y síntomas subjetivos de ansiedad, motivo por el cual no es la escala que aplica a los fines de la presente investigación. Sin embargo, se valora la diversidad de instrumentos de medición del nivel de ansiedad existente de larga data y es confiablemente utilizado.

Para la presente investigación, se hará énfasis en el aspecto psicológico específicamente en el estado emocional tomando como referencia la teoría de Spielberger, la cual determinó la ansiedad a través de una escala de autoevaluación de Estado- Rasgo. Ésta teoría ha evolucionado en el tiempo siendo aplicada a diversos campos, beneficiando al sector salud con cada investigación.

Al respecto, Spielberger (1980) menciona que:

El proceso se inicia con una situación o estímulo potencialmente peligroso o nocivo (agente productor de la tensión). Si el agente es visto como algo potencialmente peligroso o amenazador, se producirá una reacción de ansiedad. De tal manera, nuestra definición se refiere a la siguiente secuencia de sucesos temporales:
Agente → Percepción de la amenaza → Estado de ansiedad (pág. 15).

En los familiares de los pacientes politraumatizados, el proceso de ansiedad se inicia con el estímulo de tener a un ser querido hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos, tomando en consideración que su salud está en peligro, lo que se traduce como una situación de amenaza ante la cual los familiares reaccionaran según la interpretación que cada uno tenga de dicha situación.

La escala de medición, el Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE) fue elaborado por Charles Spielberger, Gorsuch y Lushene en el año 1.966. Al respecto, González L.Felicia M. (2007) refiere que “la información adquirida en las investigaciones por más de una década, con el IDARE permitió realizar revisiones del instrumento... desde su aparición el IDARE había sido traducido y adaptado a 48 idiomas y dialectos (pág. 169). Es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas independientes de ansiedad: la ansiedad estado (condición emocional transitoria) la ansiedad Rasgo (propensión ansiosa relativamente estable) y ha sido altamente confiable y utilizado a lo largo del tiempo por diferentes disciplinas y países.

González L.Felicia M. (2007) menciona:

Cada una de ellas tiene 20 ítems, en el IDARE-E (Inventario de Ansiedad – Estado) contiene 10 ítems positivos de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos. En el IDARE-R (Inventario de Ansiedad – Rasgo) hay 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 1 a 4 en ambas subescalas... En la escala de Estado se le orienta al sujeto que debe responder cómo se siente en el momento actual en relación a los ítems formulados, y como se siente generalmente en relación a los ítems de la escala de ansiedad rasgo... De manera convencional se aplica primero la escala Ansiedad como estado y luego la escala ansiedad como rasgo: pero es posible aplicar solamente una de las subescalas, en función de los intereses del examinador (pág. 168).

De los antes expuesto por el autor, en cuanto a la Ansiedad Estado representada por un total de 20 ítems mencionados como indicador positivo, se refiere a las respuestas que indican presencia de ansiedad o conducta ansiosa tales como: sentirse tenso, preocupado, angustiado, oprimido y el indicador negativo para ausencia de ansiedad o respuesta de conducta no ansiosa, tales como: sentirse calmado, seguro, con confianza, relajado y satisfecho.

Así mismo en la Ansiedad Rasgo representada por 20 ítems de los cuales el autor menciona que 13 representan el indicador positivo para presencia de ansiedad o conducta ansiosa tales como: sentir cansancio, tristeza, tensión emocional, baja autoestima y 7 ítems que indican conducta no ansiosa o respuesta negativa para ansiedad tales como: sentirse bien, feliz, estable, ser una persona tranquila. Respuestas que en la presente investigación serán estudiadas en los familiares del paciente politraumatizado que ingresa a la unidad de cuidados intensivos. Así mismo expone que el éxito en la obtención de los resultados del instrumento, está dado por el orden de aplicación de las escalas, primero la escala ansiedad estado así como también en el énfasis del enunciado al responder como se sienten en el momento los familiares del paciente politraumatizado que ingresa a la unidad de cuidados intensivos y luego generalmente ésta última para la escala ansiedad rasgo.

Ahora bien, según González L.Felicia M. (2007) el resultado final del IDARE “permite ubicar al sujeto en distintos niveles de ansiedad para cada escala siendo Baja, Media o alta” (pág. 170). De ésta manera, el IDARE cumple con el propósito del actual estudio, ya que ofrece un escalafón de la ansiedad: baja, media o alta, que pudieran presentar los familiares del paciente politraumatizado que ingresa a la UCI. Así los datos subjetivos positivos y negativos para ansiedad pudieran cuantificarse y compararse antes y después de la aplicación del programa educativo.

La estrategia de calificación del nivel de ansiedad del IDARE es la siguiente:

A. Estado

$$3+4+6+7+9+12+13+14+17+18= A$$

$$1+2+5+8+10+11+15+16+19+20= B$$

$$(A-B) + 50 =$$

- Alto (≥ 45)
- Medio (30 – 44)
- Bajo (≤ 30)

B. Rasgo

$$22+23+24+25+28+29+31+32+34+35+37+38+40 = A$$

$$21+26+27+30+33+3+39 = B$$

$$(A-B) + 35 =$$

- Alto (≥ 45)
- Medio (30 – 44)
- Bajo (≤ 30)

Los resultados obtenidos, posterior a la aplicación de la escala, podrían ayudar al diseño e implementación del programa educativo, tomando en consideración que la Unidad de Cuidado Intensivo se caracteriza por ser un área hospitalaria destinada al cuidado especializado y continuo de aquellos pacientes cuyas condiciones en el estado de salud ponen en riesgo la vida, en esta condición se encuentra el paciente politraumatizado, el cual Mora, F (2009) define como “la persona que como consecuencia de un accidente sufre lesiones múltiples en las que al menos una de ellas puede poner en peligro su vida” (pág. 56). La situación de riesgo a perder la vida, se constituye en una amenaza para el familiar quien se enfrenta a la incertidumbre acerca del pronóstico del estado de salud del paciente politraumatizado.

PROGRAMA EDUCATIVO

Una de las estrategias que pueden minimizar la ansiedad e incertidumbre en el familiar del paciente hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos, es el programa educativo el cual queda definido por Araujo M & Brunet I., (2012) “Un conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo que se llevan a cabo para lograr un determinado fin.” (pág. 22). De manera, que la planificación sistemática en un tiempo determinado dirigida a los familiares del paciente politraumatizado, con el fin de valorar el nivel de ansiedad que pudieran presentar mientras esperan la recuperación del paciente, podría ser un programa educativo que se implemente en la UCI.

Por su parte, López O., (1995) cita que “las estrategias actúan concentrándose en las prioridades” (pág. 4) para el autor de la presente investigación, es una prioridad proporcionar a los familiares del paciente politraumatizado, la información oportuna acerca los aspectos generales de la unidad y aspectos relacionados con el paciente, siendo éste un ambiente nuevo y desconocido para ellos y en el cual pernotarán los familiares durante la estadia de la persona enferma politraumatizada ingresada en la UCI.

En éste mismo orden de ideas, al hacer mención de lo educativo Bermudez (2010) se refiere “al conjunto de acciones destinadas a desarrollar capacidades intelectuales... Eso puede hacerse en diferentes maneras, ya sea sistematizada, experimental o de manera informal” (pág. 3). Considerando que la variable independiente, se denomina programa educativo, se realizará de manera sistematizada porque mantendrá una serie de pasos ordenados secuencialmente de acuerdo a la complejidad de la información, la cual se desarrollará en la sala de espera del área de UCI de un hospital privado en la ciudad de Valencia, estado Carabobo.

Así mismo, González O., (2003) dice que: “las estrategias de aprendizajes cognitivas permiten transformar la información en conocimiento” (pág. 2) La información proporcionada a los familiares de los pacientes politraumatizados, acerca de la UCI se transformará en conocimientos y por ende en mejoras en su comportamiento emocional.

González O., (2003) define a la estrategia educativa o de aprendizajes como:

Un conjunto interrelacionado de funciones y recursos, capaces de generar esquemas de acción que hacen posible que el alumno se enfrente de una manera más eficaz a situaciones generales y específicas de su aprendizaje; que le permiten

incorporar y organizar selectivamente la nueva información para solucionar problemas de diverso orden (pág. 3).

En acuerdo con González, de ésta investigación se generará como estrategia un programa educativo, que permitiera hacer efectivo el proceso enseñanza - aprendizaje de los familiares del paciente politraumatizado. Los familiares serían los participantes que recibirán la información que le permitirá mantener un estado emocional saludable, mitigando el nivel de ansiedad y adaptándose al nuevo ambiente.

García M., Sáez c., y Escarbajal D., (2000) señala que “toda la actividad educativa para la salud se reduce a un proceso de presentación de la información y de realización de experiencias educativas dirigidas a influenciar la conducta de los sujetos en beneficio de su salud” (pág. 37). El profesional de enfermería proporcionará salud al paciente politraumatizado hospitalizado en la UCI y a sus familiares, implementando el programa educativo, influirá en la conducta de los familiares del paciente politraumatizado en beneficio de su salud emocional, según los niveles de ansiedad que presenten.

Gutierrez L. P, (2003) “Es útil brindar apoyo multidisciplinario individual y familiar que incluye el modelo biopsicosocial, a fin de que el enfermo reciba un servicio integral de atención.” (Pág. 64), con la implementación del programa educativo el proceso de atención y cuidado de enfermería al paciente politraumatizado se incluiría a los familiares a fin de brindar un servicio integral considerando no sólo el bienestar orgánico en el paciente sino también, el bienestar emocional en los familiares.

Según Gutierrez L. P, (2003) “El modelo psicológico de apoyo emocional para pacientes críticos debe incluir: Programas psicoeducativos...” (Pág.65), considerando lo expuesto por el autor en la presente investigación el proporcionar

información acerca de los aspectos generales de la Unidad de cuidados intensivos y los aspectos relacionados con el paciente, funge como programa psicoeducativo y de apoyo emocional para los familiares participantes del mismo.

En éste mismo orden de ideas Urder, Lough, & Stacy (2008) Manifiestan:

“Las enfermeras tienen la responsabilidad legal y ética de satisfacer los cuidados indispensables relativos a la educación de los pacientes, entre los que se incluyen la identificación de las necesidades de aprendizaje de los pacientes y sus familiares, la valoración de su disposición al aprendizaje, la enseñanza del contenido apropiado, documentar el plan de instrucción y evaluar los resultados” (Pág. 26).

Con lo antes expuesto por los autores, se destaca el compromiso reglamentario y moral que tiene el profesional de enfermería ante el bienestar no solo del paciente sino de los familiares proporcionándoles la información necesaria acerca de los aspectos de la UCI y los aspectos relacionados con el paciente hospitalizado en el momento adecuado, siendo capaz de evaluar los efectos alcanzados con las instrucciones dadas.

Acerca de los componentes básicos de los programas educativos Feo, R. (2010) menciona que:

En la práctica diaria pueden estar entrelazados dado que en los procesos de enseñanza y aprendizaje el estudiante como agente activo adapta y procesa la información a la par de sus expectativas y sus conocimientos previos sobre la temática a aprender; sin embargo, es importante considerar elementos comunes que conviene estar presentes en una estrategia didáctica y de esta manera lograr aprendizajes pertinentes y transferibles a contextos reales, tales elementos son: Nombre de la estrategia, contexto (es el escenario donde se realiza el encuentro pedagógico), Duración Total, Objetivos y/o

Competencias: son las metas del aprendizaje, sustentación
Teórica: se refiere a la orientación del aprendizaje. Contenidos,
Recursos y medios, estrategia de evaluación, observaciones.
(pág. 223)

Los mencionados elementos o componentes implícitos en el programa educativo, serán elegidos por la investigadora considerando el objetivo de la misma, articulando el conjunto de contenidos, opciones metodológicas, textos y materiales para secuenciar las actividades que han de realizarse. Cuando un profesional de enfermería en su rol docente diseña una sesión educativa necesita reflexionar y tomar decisiones sobre aspectos que le permitan estructurar y organizar su plan de acción enseñanza – aprendizaje.

En cuanto al contenido del programa educativo, se desarrollará: Aspectos generales de la unidad y aspectos relacionados al paciente politraumatizado hospitalizado en la UCI. En este sentido, la unidad de cuidados intensivos constituye según Martínez J. (2011) “Un sistema de asistencia clínica que atiende a enfermos en los que existe o pudiera existir un compromiso severo de las funciones vitales y que pudiera ser reversible” (pág. 11); por tanto, el paciente que ingresa a la UCI podría ser potencialmente recuperable; sí se revierte el compromiso severo de las funciones vitales. Información que al ser recibida por los familiares del paciente les daría la oportunidad de controlar su estado emocional ante la situación de amenaza.

Por otra parte, el mismo autor menciona acerca de lo que significa una Unidad de Cuidados Intensivos que “es la zona del hospital donde se dan la estructura física, el equipamiento técnico y el personal especializado para la atención del enfermo recuperable” (pág. 11), La distribución física de la unidad de cuidados intensivos del Centro de estudio consta de 8 cubículos, separados entre sí por cortinas, debidamente equipados con monitores de alta tecnología y sus respectivos sistemas de alarmas

activados, en un ambiente frío la temperatura es de aproximadamente 18°C lo que se traduce en un gran desafío para el familiar del paciente politraumatizado, al enfrentarse a un nuevo ambiente, donde pernotará durante el proceso de hospitalización.

ASPECTOS GENERALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Para la presente investigación se hará referencia de los Aspectos Generales de la Unidad de Cuidados Intensivos tenemos en primer lugar Normativas de la UCI del Centro Policlínico Valencia (La Viña), entre las cuales se mencionará: De la visita, medidas de asepsia y antisepsia tales como la técnica de barreras y lavado de manos al ingresar el familiar a la UCI.

De la Visita: se mencionará los siguientes aspectos:

1. Se restringe la entrada a la UCI con: Franelillas, short, bermudas, faldas cortas, exceso de prendas, carteras voluminosas y calzados abiertos esto incluye damas y caballeros.
2. Está prohibido el uso de teléfono celular, laptop, cámaras fotográficas, video juego, etc. Dentro de La UCI.
3. Es indispensable que permanezca un (1) familiar del paciente politraumatizado las 24 horas del día en la sala de espera, con capacidad para decidir y autorizar procedimientos necesarios.
4. Horario de visita es el siguiente:
Matutino: 12:00m – 12:15pm
Vespertino: 5:00pm – 5:15pm

Nocturno: 8:00pm – 8:15pm

Nota: Sujeto a modificación dependiendo de la dinámica del trabajo.

5. Podrán pasar un máximo de 2 familiares por pacientes, uno por uno. Durante quince (15) minutos. Solo en casos especiales entraran juntos.
6. No se permite la visita de menores de 12 años. En situaciones especiales podrán ingresar con previa autorización del Jefe de servicio o coordinación de enfermería.
7. Deberán utilizar las medidas de bioseguridad proporcionadas por la institución tales como: Gorro, mascarilla, bata, cubre botas.
8. Deberá cumplir con el lavado de mano antes y después de ingresar a visitar el paciente.
9. Para el lavado de manos el profesional de enfermería le instruirá el lugar, los recursos y como se realizará.
10. La información a los familiares del paciente, sobre el estado de salud Hemodinámico, será proporcionada por el profesional autorizado: Médico adjunto y médico tratante. Canalizado por el profesional de enfermería según sea el caso. (Fuente Centro Policlínico Valencia 2016)

MEDIDAS DE ASEPSIA AL INGRESAR LOS FAMILIARES DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE VISITA A LA UCI

Según Martínez R. & Paz J., (1994) Asepsia es “conjunto de procedimientos que impiden la llegada de microorganismos patógenos a un medio. Entre las medidas generales de asepsia que se pueden utilizar en el hospital se pueden citar: Técnicas de aislamiento, indumentaria, cámara de flujo laminar, desinfección (Pág. 204).

Para esta investigación la enfermera informara, sobre la técnica y vestimentas usadas para garantizar la limpieza entre el paciente hospitalizado en la UCI y el familiar.

TÉCNICA DE BARRERA:

Entre las técnicas de barrera que se describirán a continuación tenemos: El Uso de gorro, mascarilla, bata y cubre botas.

Según Fuller, J. (2008) explica que el gorro “Se usa para reducir la contaminación. ...Debido a la caída de cabellos y de caspa del cuero cabelludo. ...Los gorros contienen todo el cabello y cubren la línea del nacimiento y las patillas” (Pág. 156). Entendiéndose que el gorro ofrece una defensa y un límite entre el cabello lo cual pudiera ser un vector de bacterias tanto del familiar del paciente politraumatizado hospitalizado en UCI al paciente, como de dicho paciente a los familiares, es por ello que deberá utilizarse al momento de la visita considerando que el gorro cubra totalmente el cabello y en caso de los caballeros hasta las patillas.

Por su parte Potter P., Perry, Casado, & Derev, (2001) citan “Una mascarilla aplicada adecuadamente se ajusta bien sobre la boca y la nariz de forma que los gérmenes patógenos y los líquidos orgánicos no puedan entrar o escaparse por los lados” (Pag.878) De manera que los familiares durante la visita usaran dicha

maskarilla haciendo una barrera entre los gérmenes de su boca al exterior, permitiéndoles hablarle al paciente sin riesgo de transmisión de agentes patógenos.

Acerca de las batas Potter P., Perry, Casado, & Derev, (2001) señalan:

Las batas de aislamiento deben ser abiertas por detrás y tienen tiras o elásticos en el cuello y en la cintura para mantenerlas cerrada y seguras. Las batas deben ser bastante largas como para cubrir las prendas externas, las mangas largas con puños bien ajustados ofrecen protección adicional (Pág. 878).

Para mantener la funcionalidad de la bata como medio de barrera es necesario que los familiares del paciente politraumatizado hospitalizado en la UCI se sujeten bien la bata con las respectivas tiras de cierre y se asegure que cubran hasta las muñecas en miembros superiores y por debajo de las rodillas en los miembros inferiores.

Potter P. , Perry, Casado, & Derev, (2001) Continúan diciendo: “Los uniformes o las batas evitan que los profesionales y los visitantes entre en contacto con material infectado y sangre o líquidos orgánicos” (Pág. 879). Con lo antes señalado la bata es una barrera segura que resguarda tanto al familiar que la utiliza para visitar al paciente politraumatizado como para el paciente mismo, ya que evita que las bacterias que pudieran venir en la vestimenta de los familiares del medio externo no podrán ser transmitidas al paciente hospitalizado en la UCI y Viceversa.

Para finalizar con los métodos de barreras Fuller , J. (2008) cita que los cubrezapatos o cubre botas “Protegen a los zapatos de contaminación con sangre o líquidos corporales y deben usarse cuando se anticipa que puede haber salpicaduras o

derrame. ...Si se usan deben cambiarse diariamente; también cuando se rasgan, mojan o ensucian” (Pág. 156).

Ciertamente los cubre botas protegen al usuario en este caso a los familiares del paciente politraumatizado de que se contaminen con sustancias biológicas al visitar la UCI, aunque la Unidad de Cuidados Intensivos se mantenga limpia y debidamente desinfectada el derrame de líquidos corporales accidental al piso pudieran diseminar bacterias, en tal caso es fundamental la función de los mencionados cubre botas. No obstante, los familiares de transeúnte por caminos o aceras sin especificarse que microorganismo patógeno pudiera venir adherido a la suela de sus zapatos, ante asumir el riesgo de contagio se hace necesario el uso de los cubre botas para ingresar como visitante a la UCI.

En relación a la **Lavado de manos** según la, OMS, (2009) refiere:

A. Aplicar una dosis de la preparación a base de alcohol y cubrir ambas manos. Frotar las manos hasta que se sequen.

B. Al lavarse las manos con agua y jabón, mojar las manos con agua y aplicar una cantidad del producto para cubrir ambas manos. Enjuagarse con agua y secarse bien con una toalla descartable. Usar agua corriente limpia siempre que sea posible. Evitar el agua caliente, ya que la exposición reiterada al agua caliente puede aumentar el riesgo de dermatitis. Usar una toalla para cerrar la canilla. Secarse bien las manos con un método que no las contamine nuevamente.

C. Se pueden usar jabones líquidos, en hoja, en barra o en polvo. Se deberían usar barras pequeñas de jabón en una jabonera rejilla para facilitar el desagüe (Pág. 22).

Dicho procedimiento representa para los familiares la seguridad de eliminar los microorganismos patógenos que pudiera, transmitir al paciente politraumatizado durante el contacto en la visita.

El otro indicativo de los aspectos generales de la unidad que se desarrollará a continuación lo representan los equipos de electromedicina tales como: Ventilador Mecánico, Monitores y Bombas de Infusión.

Al respecto Ruza T., (2010) refiere que:

En las unidades de cuidados intensivos se han incorporado una elevada tecnología: Monitores, ventiladores, desfibriladores, bombas de infusión, etc., son elementos de uso cotidiano junto con todo el equipo humano que vela por el paciente y por el correcto funcionamiento de los instrumentos citados, ya que de ellos depende en gran manera la información que ofrece el paciente y las acciones que sobre el mismo se realizan para lograr la recuperación de su salud (Pág. 32).

Lo antes expuesto afirma lo necesario del uso de los equipos de electromedicina para garantizar el bienestar óptimo y pronta recuperación del paciente politraumatizado, permitiéndoles a los familiares mitigar la ansiedad al estar informado sobre el uso y funcionamiento de los mismos.

El Ventilador Mecánico, según Ruza T. (2010) “Puede definirse simplemente como un aparato que se conecta a la vía aérea del paciente y está destinado a aumentar o proporcionar la ventilación del mismo” (Pág. 620). De manera que el ventilador mecánico se hace imprescindible para la vida del paciente politraumatizado, sustituyendo su función respiratoria.

La ventilación mecánica, que proporciona un ventilador consiste en palabras de Moya P. y Fernández M. (2011) como el “Procedimiento de sustitución temporal de la función ventilatoria normal, y se emplea en situaciones en que ésta, por diversos

motivos, no cumple los objetivos fisiológicos que le son propios, y tal procedimiento es ejercido por medio de los ventiladores mecánicos” (Pág. 14).

De modo que ésta ventilación será controlada o asistida con el ventilador mecánico, según haya sido el fallo fisiológico del paciente politraumatizado y el profesional de enfermería está capacitado para dar lectura del acoplamiento o no de la función respiratoria del paciente y su relación con los parámetros ventilatorios así como del funcionamiento y limpieza de los ventiladores existente en la unidad.

Acerca de los Monitores, Ruza F. (2010) menciona: “Su función principal es la de captar las bioseñales diversas que genera el paciente y mostrarlas cuantificadas y representadas en el tiempo (Pág. 33). Las Bioseñales, se capturan a través de la monitorización continua: tales como los signos vitales, parámetros ventilatorios, interpretadas por un profesional capacitado para el trabajo de la unidad de cuidados intensivos entre ellos el de enfermería, el cual también lleva registro y control en la respectiva evolución del paciente.

Como tercer equipo tecnológico Santos B. y Guerrero M. (1994) definen las bombas de Infusión como: “Aquellos aparatos que mediante la aplicación de una presión positiva ayudan a administrar fármacos por vía parenteral o enteral” (Pág. 253). En concordancia con los autores, la administración de medicamentos a través de la bomba de infusión es precisa, exacta, inequívoca en la dosificación de fármacos o alimentos garantizando la recuperación de la salud del paciente politraumatizado hospitalizado en la UCI.

Los equipos antes mencionados cuentan con parámetros de alarmas en tal sentido Torres M. y Ortiz B., (1997) señala que: “Sea cual sea el parámetro que monitoricemos, si éste lo obtenemos mediante un instrumento mecánico o electrónico, debemos regular adecuadamente las alarmas ajustándolas de tal forma

que nos alerten ante cualquier anomalía del paciente o del propio instrumento en cuestión” (Pág. 195).

Cabe destacar que el profesional de enfermería, también tiene la preparación acerca del funcionamiento de cada uno de los equipos tecnológicos, lo que implica saber ¿qué hacer?, e informar a los familiares del paciente politraumatizado hospitalizado en la UCI, dado el momento que suene una alarma o se amerite modificar parámetros de cualquiera de los equipos tecnológicos descritos.

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE

Para la presente investigación se hará referencia a los Aspectos Relacionados con el Paciente entre los cuales se mencionarán exámenes de laboratorio de rutina, especiales y los medios invasivos tales como: Catéteres de intubación gástrica, vesical, endovenoso (Vía Central), drenajes y tubo de tórax.

Cuando se trata de dar información a los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de cuidados Intensivos se hace bajo las normativas ético legales no solo de la institución sino de los respectivos códigos de ejercicios bien sea del profesional médico o de enfermería.

Al respecto Urden, Lough, & Stacy, (2008) citan “El convencimiento de que los pacientes y sus familias tienen derecho a ser informados del diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos comprensibles sirve de base para todas las actividades educativas” (Pág. 26). Bien es cierto que el equipo multidisciplinario de salud, es responsable de cumplir con su deber de informar ante el derecho que tanto el paciente como familiares tienen acerca de la evolución satisfactoria o no de la enfermedad que los llevó a ser hospitalizados ameritando cuidados Intensivos.

Urden, Lough, & Stacy, (2008) también mencionan que “Ciertamente, para algunos pacientes, recibir más información de la que pueden procesar e integrar puede aumentar en gran medida la ansiedad e incluso enlentecer su recuperación. Los individuos tienen el derecho a aceptar, adoptar o rechazar la información” (Pág. 26). Considerando lo antes expuesto, el profesional de enfermería está en la responsabilidad de identificar la disposición que tengan o no los familiares del paciente politraumatizado para consentir, o no la información necesaria acerca de los aspectos generales del paciente politraumatizado hospitalizado en la UCI así mismo, evaluar si dicha información favorecerá o no la pronta recuperación del paciente o familiares o por el contrario pudiera aumentar su estado emocional.

A continuación se hará mención de la información que por normativa y política de la institución en estudio permite que el profesional de enfermería proporcione a los familiares del paciente, cabe resaltar que la información correspondiente al estado de salud, evolución y pronóstico es facultativo médico en dicha institución.

Se inicia con el indicador exámenes de laboratorio de rutina y especiales para ello Gutierrez, P. (2010) expone: “los pacientes de la unidad de cuidados intensivos son el grupo de paciente al cual se le realiza más pruebas de laboratorio durante su hospitalización” (Pág. 976). Es importante informar a los familiares del paciente politraumatizado el continuo control que tiene el paciente hospitalizado en la UCI en cuanto a la realización de pruebas tanto diarias (rutinas) como eventuales (especiales).

Gutierrez, P. (2010) continúa diciendo que “las pruebas de laboratorio serán buscadas como parte de una respuesta terapéutica a un problema clínico, más que una búsqueda de que los valores anormales sean corregidos” (Pág. 980). De esta manera,

la finalidad de la realización de las pruebas de laboratorio de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos son realizadas según lo requiera para garantizar un diagnóstico y por ende el tratamiento respectivo.

Para el indicador medios invasivos se considera el impacto emocional, que pudieran tener los familiares del paciente politraumatizado al ver durante la visita a su ser querido conectado a dichos medios, de los cuales se desarrollaran los siguientes: catéteres de intubación gástrica, vesical, endovenoso (Vía Central), drenajes, tubo orotraqueal y tubo de tórax.

Al respecto de la intubación gastrointestinal Urden, Lough, & Stacy, (2008) refieren que:

Las sondas de aspiración nasogástrica (colectores de levín, de salem) eliminan los líquidos referidos hacia el estómago, evita la acumulación del aire ingerido, en algunos casos descomprimen parcialmente el intestino, y disminuye el riesgo de aspiración. Estas sondas también pueden utilizarse para recoger muestras y para administrar alimentación enteral. La sonda se introduce a través de la nariz hacia la nasofaringe, descendiendo a través de la faringe y del estómago. El tiempo de permanencia de la sonda nasogástrica depende de su indicación (Pág. 379).

Los autores indican que el medio invasivo intubación gástrica tiene las funciones de: vaciamiento gástrico, toma de muestra y alimentación. También señalan la trayectoria anatómica que hace la sonda nasogástrica lo que pudiera causar tensión a los familiares del paciente politraumatizado al tener el primer contacto con el, sin previa información.

Acercas del catéter vesical o las sondas vesicales Arias, Aller, Miranda, Arias, & Lorente, (2004) citan que “Son aquellos tubos utilizados para evacuar la orina del tracto urinario. ...Se colocan en la vejiga a través de la uretra. Están indicadas para

realizar balance hídrico y poder medir la diuresis con exactitud” (Pág. 191). En coherencia con los autores, la utilidad del catéter vesical radica en el control de líquidos eliminados con precisión y su relación con los ingeridos favoreciendo la reposición de los mismos si fuera necesario, así como también valorar las características de la diuresis eliminada ya que éste catéter se conecta a un recolector a caída libre y visible a todos, de tal modo cuando los familiares lo vean es muy probable que se preocupen y hagan preguntas al respecto, manifestando así la necesidad de ser informados.

Por otra parte, el paciente politraumatizado hospitalizado en la UCI amerita la cateterización de una vía central que Arias, Aller, Miranda, Arias, & Lorente, (2004) manifiestan que es “la canalización de una vena de mediano o gran calibre que permite alojar la punta del catéter en la desembocadura de la vena cava superior (aurícula derecha) (Pág. 172). La anterior definición, permite sintetizar lo vital que es realizarle al paciente politraumatizado un acceso inmediato y directo al torrente sanguíneo y por estar en aurícula derecha permite la administración de fluidos y fármacos potentes, que por una vía periférica serían irritantes. Ahora bien, la parte externa del catéter presenta tres líneas de administración que pudiera causar impacto emocional tipo angustia en los familiares del paciente politraumatizado durante la visita.

En cuanto al medio invasivo: drenajes se indicara lo manifestado por Arias, Aller, Miranda, Arias, & Lorente, (2004) como:

Aquella maniobra operatoria que facilita evacuación o expulsión de una colección líquida, semilíquida o gaseosa situada en un tejido o cavidad corporal hacia el exterior del organismo. Este drenaje o evacuación se ve facilitada por la utilización de dren o drenajes. Dichos drenajes permiten la salida de líquidos existentes en cavidades dificultando su acúmulo posterior y, por consiguiente,

evitan el riesgo sobreañadido de infección fenómenos compresivos o de estasis local (Pág. 164).

Con lo antes descrito, ante la vista de los familiares del paciente politraumatizado pudiera ocasionar preocupación por la presencia de sistemas de vaciados de fluidos o gases corporales, tales como drenes de látex, bolsas de colostomía, pleurovac etc. que necesariamente deben estar en el exterior del paciente para evitarle complicaciones o consecuencias nocivas para su salud a posteriores.

Siendo los tubo endotraqueales (TET) otro medio invasivo de vital importancia para el paciente politraumatizado hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Urden, Lough, & Stacy, (2008) dicen que “el tubo endotraqueal es la vía aérea artificial más utilizada para manejar la vía aérea a corto plazo, sus indicaciones son el mantenimiento de la vía aérea, el control de las secreciones, la oxigenación y la ventilación (Pág. 268); el planteamiento anterior refleja las vitales funciones de la utilización de un tubo endotraqueal en un paciente politraumatizado y hospitalizado en la UCI como lo son el suplir la función pulmonal que en ése momento el paciente no puede hacer por si mismo: manejo de secreciones, oxigenacion y ventilacion.

Los mismos autores continuan diciendo que:

Los tubos endotraqueales tienen diferentes tamaños, según su diámetro interno y tiene un marcado radiopaco que corre a lo largo del tubo. Al final del tubo hay un manguito que se infla mediante una sonda piloto. ... el otro extremo del tubo tiene un adaptador de 15mm que facilita la conexión del tubo con una bolsa de resucitación manual, un tubo en T o un ventilador (Pág. 269).

Así que cuando los familiares del paciente politraumatizado observan tal dispositivo en la boca de su ser querido además conectado a un ventilador artificial pudiera generarle una respuesta positiva para ansiedad como lo es la tristeza, tensión sintiendo amenaza de muerte por desconocer ¿para que lo tiene?. Siendo una información necesaria que reciban estos familiares a fin de contribuir mitigando su conducta ansiosa, si la presentaran.

Finalmente, el Tubo torácico descrito por Arias, Aller, Miranda, Arias, & Lorente, (2004) es:

Un tubo de plástico rígido pero flexible, multiperforado y de diámetro variable que oscila desde 28 Fr a 32 Fr. Estos tubos se conectan a un sistema recolector (pleurovac) formado por tres cámaras conectadas entre sí mediante válvula unidireccionales del paciente al sistema de succión (Pág. 168).

Éste tubo es un tipo de drenaje, de gran importancia por ser utilizado en el tórax, lo que está asociado a la vital función respiratoria, su colocación oportuna es necesaria para recuperar los signos vitales del paciente politraumatizado hospitalizado en la UCI y de alto impacto emocional cuando el familiar entra a visitarlo y le ven el contenido muy probablemente hemático, conectado a su caja recolectora a caída libre por lo que la investigadora consideró informar a dichos familiares acerca del mismo.

3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Ansiedad Estado: Se refiere a la reacción o respuesta emocional momentánea que presentan los familiares del paciente politraumatizado que ingresan a la UCI.

Ansiedad Rasgo: Se refiere a la reacción o respuesta emocional que frecuente o generalmente presentan los familiares del paciente politraumatizado que ingresar a la Unidad de Cuidados intensivos.

Nivel de Ansiedad: Para ésta investigación es el punto de medición en el que se encuentra la ansiedad rasgo y estado, de los familiares del paciente politraumatizado y pudiera ser alto, medio o bajo.

Programa Educativo: Se refiere a la Planificación de pasos consecutivos a través, del proceso enseñanza – aprendizaje para proporcionar información a los familiares del paciente politraumatizado, acerca de los aspectos generales de la UCI y aspectos relacionados con el paciente.

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): Para éste estudio, es el espacio físico donde se encuentran hospitalizados los pacientes politraumatizados, a fin de recibir cuidados críticos por parte del equipo de salud.

4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

4.1.- HIPÓTESIS GENERAL:

Existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado en sus factores: Estado y Rasgo; antes y después de la implementación de un programa educativo referido a: Aspectos generales de la Unidad de Cuidados Intensivos y aspectos relacionados al paciente hospitalizado.

4.2.- HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

4.2.1. Existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado en su factor Estado, antes y después de la implementación de un programa educativo referido a: Aspectos generales de la Unidad de Cuidados Intensivos.

4.2.2. Existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado en su factor Rasgo, antes y después de la implementación de un programa educativo referido a: Aspectos generales de la Unidad de Cuidados Intensivos.

4.2.3. Existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado en su factor Estado, antes y después de la implementación de un programa educativo referido a: Aspectos relacionados al paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

4.2.4. Existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado en su factor Rasgo, antes y después de la

implementación de un programa educativo referido a: Aspectos relacionados al paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

5. SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: Nivel de Ansiedad de los Familiares del paciente Politraumatizado: Se refiere al estado emocional de los familiares del paciente politraumatizado que ingresa a la unidad de cuidados intensivos al percibir una situación como amenazante en sus factores: Estado y Rasgo.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Programa Educativo acerca de la Unidad de Cuidados Intensivos: Se refiere a la información que proporciona la investigadora al familiar del paciente politraumatizado en relación a la unidad de cuidados intensivos, en sus factores: Aspectos Generales de la Unidad de Cuidados Intensivos y aspectos relacionados al paciente hospitalizado en la UCI.

6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE: Nivel de Ansiedad de los Familiares del paciente Politraumatizado: Se refiere al estado emocional de los familiares del paciente politraumatizado que ingresa a la unidad de cuidados intensivos al percibir una situación como amenazante en sus factores: Estado y Rasgo.

FACTOR	INDICADOR.	SUBINDICADOR	ITMS.
<p>Ansiedad Estado</p> <p>Se refiere al resultado emocional que presenta momentáneamente el familiar del paciente politraumatizado que ingresa a la unidad de cuidados intensivos ante situaciones que considera amenazantes, expresado en respuestas negativas y positivas</p>	<p>Respuestas Negativas</p> <p>Se refiere a las sensaciones subjetivas que indican ausencia de ansiedad en los familiares de los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos referido a Conducta No Ansiosa sentirse: calmado, con confianza, seguro, relajado y satisfecho.</p> <p>Respuestas Positivas</p> <p>Se refiere a las sensaciones subjetivas que indican Presencia de ansiedad en los familiares de los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos referido a Conducta Ansiosa sentirse: tenso, preocupado, angustioso, oprimido.</p>	<p>Conducta No Ansiosa Sentirse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calmado - Tiene Confianza - Seguro - Relajado - Satisfecho <p>Conducta Ansiosa Sentirse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tenso - Preocupado - Angustioso - Oprimido 	<p>1, 8,</p> <p>2, 5, 11,</p> <p>10, 15,</p> <p>16, 19, 20.</p> <p>3, 4, 6,</p> <p>7, 17,</p> <p>9, 12, 13,</p> <p>14, 18.</p>

VARIABLE DEPENDIENTE: Nivel de Ansiedad de los Familiares del paciente Politraumatizado: Se refiere al estado emocional de los familiares del paciente politraumatizado que ingresa a la unidad de cuidados intensivos al percibir una situación como amenazante en sus factores: Estado y Rasgo.

FACTOR	INDICADOR.	SUBINDICADOR	ITMS.
<p>Ansiedad Rasgo</p> <p>Se refiere al resultado emocional que presenta generalmente el familiar del paciente politraumatizado que ingresa a la unidad de cuidados intensivos ante situaciones que considera amenazantes, expresado en respuestas negativas y positivas</p>	<p>Respuestas Negativas</p> <p>Se refiere a las sensaciones subjetivas que indican ausencia de ansiedad en los familiares de los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos referido a</p> <p>Conducta No Ansiosa sentirse: bien, persona tranquila, sentirse feliz, ser estable.</p> <p>Respuestas Positivas</p> <p>Se refiere a las sensaciones subjetivas que indican Presencia de ansiedad en los familiares de los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos referido a</p> <p>Conducta Ansiosa sentir: cansancio, baja autoestima, tristeza, tensión emocional.</p>	<p>Conducta No Ansiosa</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sentirse Bien -Persona Tranquila -Sentirse Feliz - Ser Estable <p>Conducta Ansiosa</p> <p>Sentir</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cansancio - Baja Autoestima - Tristeza - Tensión emocional 	<p>21, 26, 27 30, 33, 36 39.</p> <p>22, 24, 25, 32 23, 35, 28, 29, 31, 34, 37, 38, 40</p>

VARIABLE INDEPENDIENTE: Programa Educativo acerca de la Unidad de Cuidados Intensivos: Se refiere a la información que proporciona la investigadora al familiar del paciente politraumatizado en relación a la unidad de cuidados intensivos, en sus factores: Aspectos Generales de la Unidad de Cuidados Intensivos y aspectos relacionados al paciente hospitalizado en la UCI.

FACTOR	INDICADOR	SUB- INDICADOR	ITEMS
<p>1) Aspectos Generales de la Unidad: Se refiere a la información que proporciona la investigadora al familiar del paciente politraumatizado en relación a: Normativas de la UCI y Equipos de Electromedicina.</p>	<p>1.1) Normativas de la UCI Se refiere a la información que proporciona la investigadora sobre las pautas que deben seguir los familiares de los pacientes politraumatizados hospitalizados en la UCI comprende: Horario de Visitas y Medidas de asepsia y antisepsia al ingresar el familiar a la UCI.</p> <p>1.2) Equipos de Electromedicina: Se refiere a la información que proporciona la investigadora a los familiares del paciente politraumatizado hospitalizado en la UCI sobre la función de los aparatos que porta el paciente comprende: Ventiladores Mecánicos, monitores y bombas de infusión.</p>	<p>-De la visita -Medidas de Asepsia al Ingresar el familiar a la UCI:</p> <p style="padding-left: 40px;">- Técnica de Barreras. - Lavado de Manos.</p> <p>-Ventilador Mecánico -Monitores -Bombas de infusión</p>	

VARIABLE INDEPENDIENTE: Programa Educativo acerca de la Unidad de Cuidados Intensivos: Se refiere a la información que proporciona la investigadora al familiar del paciente politraumatizado en relación a la unidad de cuidados intensivos, en sus factores: Aspectos Generales de la Unidad de Cuidados Intensivos y aspectos relacionados al paciente hospitalizado en la UCI.

FACTOR	INDICADOR	SUB- INDICADOR	ITEMS
<p>2) Aspectos relacionados con el Paciente: Se refiere a la información que proporciona la investigadora al familiar del paciente politraumatizado en relación a: Los exámenes de laboratorios y medios invasivos que porta el paciente.</p>	<p>2.1) Exámenes de Laboratorio: Se refiere a la información que proporciona la investigadora a los familiares del paciente politraumatizado hospitalizado en la UCI sobre la realización de pruebas de laboratorio comprende: Exámenes de rutina y exámenes especiales.</p> <p>2.2) Medios Invasivos que porta el paciente: Se refiere a la información que proporciona la investigadora a los familiares del paciente politraumatizado hospitalizado en la UCI, sobre los dispositivos que porta el paciente comprende Catéteres para: intubación gástrica, vesical, endovenoso (vía central), drenajes, tubo endotraqueal y tubo torácico</p>	<p>-Exámenes e Rutina. - Exámenes Especiales.</p> <p>-Catéteres para: intubación gástrica, vesical, endovenoso (vía central), drenajes, tubo endotraqueal y tubo torácico.</p>	

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

En éste capítulo se explica el diseño de la investigación, el tipo de investigación, la población y la muestra, el instrumento de recolección de datos, el procedimiento para la recolección de datos, la validez y la confiabilidad, la técnica de análisis.

1. DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es una investigación de un diseño de campo, de tipo descriptiva y cuasi-experimental con dos grupos: un grupo control y el otro grupo experimental. Al grupo experimental, se le aplicó el programa educativo con un pre y post test, que midió el nivel de ansiedad. Mientras que al grupo control para efectos de la investigación, sólo se la proporcionará la información rutinaria.

2. POBLACIÓN

La población estuvo constituida por 40 familiares de los pacientes politraumatizados que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos del “Centro Policlínico Valencia” en los meses de Enero – Agosto de 2016, los cuales representaron el 100% de la población.

3. MUESTRA

Para la investigación, la muestra fue no probabilísticos intencional y estuvo constituida por 32 familiares del paciente politraumatizado de los cuales, 16 participaron en el grupo control y 16 en el grupo experimental que ingresó a la

UCI durante los meses de Enero – Agosto de 2016 los cuales representaron el 80% de la población debido a que cumplieron con los siguientes criterios:

- Que quieran formar parte de la muestra.
- Que sepan leer y escribir.
- Que sean mayor de edad. (a partir de 18 años)
- Parentesco: Padre o Madre, Esposo o Esposa, Hermano o hermana, hijo o hija, sobrino o sobrina.
- Que estén mayormente en contacto con la UCI.

Criterios de exclusión:

- Visitante esporádico.
- No haber tenido experiencia de familiares en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Ser personal de la Unidad de Cuidados Intensivos activo o jubilado

4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de la información en ésta investigación se aplicó un instrumento tipo cuestionario internacionalmente utilizado denominado Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (IDARE) según el Autor Charles Spielberger, el cual midió el Nivel de Ansiedad Estado – Rasgo. El mismo estuvo estructurado con las siguientes características:

PARTE I: Datos Sociodemográficos.

PARTE II: Con 20 ítems relacionados con la Ansiedad Estado, reportando como se siente el sujeto “ahora” “en éste momento” y que indican intensidad en cuatro (4) categorías: No, Un Poco, Bastante, Mucho.

Y otros 20 ítems relacionados con la Ansiedad Rasgo, que se refiere como se siente el sujeto “generalmente” “habitualmente” y se contestan también en cuatro (4) puntuaciones de frecuencia con las categorías: Casi Nunca, Algunas Veces, Frecuentemente, Casi Siempre.

5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El instrumento que se aplicó en la presente investigación para medir el Nivel de Ansiedad Estado - Rasgo, es un instrumento estandarizado internacionalmente que cumple con los criterios de validez y confiabilidad.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el diseño y elaboración de la investigación, la investigadora contempló explícitamente los aspectos bioéticos para proteger los derechos de los familiares del paciente politraumatizado que participaron en el estudio.

Dichos aspectos son reconocidos internacionalmente, se consideraron los propuestos por Beauchamp y Childress (1979) en su obra: “Principios de ética biomédica”, los cuales son: No Maleficencia, Justicia, Beneficencia y Autonomía.

Cabe destacar, que en principio de no maleficencia, justicia, beneficencia en la presente investigación al culminar con el objetivo planteado se le proporcionó al grupo control el programa educativo acerca de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Finalmente, la investigadora dejó constancia de los términos del consentimiento obtenido y de sus modificaciones en un documento que puede ser consultado por todas las partes interesadas.

7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para recolectar la información se realizaron los siguientes pasos administrativos:

- Solicitud escrita con la coordinación Docente de Enfermería de la institución.
- Solicitud escrita a la coordinadora de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos de la institución.
- Consentimiento Informado de los familiares de los pacientes politraumatizados para participar de la investigación en forma voluntaria.
- Aplicación del instrumento de medición de los Niveles de Ansiedad antes del programa educativo.
- Aplicación del programa educativo.
- Se les facilitó material visual (tríptico) como parte del programa educativo a los familiares del grupo experimental.
- Aplicación del instrumento de medición de los Niveles de Ansiedad después del programa educativo.
- Se recolectaron los instrumentos aplicados a la muestra seleccionada.

El Programa Educativo contiene II unidades

La unidad I: Los Aspectos generales de la UCI.

La Unidad II: Aspectos relacionados con el paciente.

Para el procedimiento de recolección de la información se consideraran los siguientes pasos:

1.- Se les aplicó el instrumento estandarizado para medir el nivel de Ansiedad Estado – Rasgo a ambos grupos investigados: el Grupo Control y Grupo Experimental. Aproximadamente a las 18 hrs antes de ingresar a visitar el paciente a la UCI.

2.- Luego Al Grupo Control, antes del primer contacto del familiar con el paciente se le ofrecerá la información de rutina la cual comprende: Horario de visitas, número de familiares por paciente que deben pasar a la UCI, entre otros aspectos, durante 5 minutos, reunidos todo el grupo de familiares.

3.- Al grupo Experimental, se le proporcionó el programa educativo sobre los Aspectos Generales de la UCI y Aspectos Relacionados con el Paciente. Se reunieron en grupos de 4 familiares durante 12 minutos y 8 min para preguntas y respuestas.

4.- Finalmente, a partir de las 19 - 24 horas se aplicó por segunda vez el instrumento estandarizado para medir el nivel de Ansiedad en Ambos grupos investigados una vez aplicado el programa educativo (Grupo Experimental) y la información de rutina (Grupo Control).

8. TÉCNICAS DE ANÁLISIS Y TABULACIONES DE DATOS.

Los resultados de ésta investigación fueron presentados en Tablas y gráficos de frecuencias, porcentajes, valores promedios y desviación estándar, juntos con análisis de significación estadística, usando para éstos el test de chi cuadrado (Chi^2), el test exacto de Fisher (extensión de Freeman - Halton), la prueba de la t de Student para comparación de medias de grupos independientes y relacionadas para sus respectivos análisis.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente capítulo está estructurado por los resultados del nivel de ansiedad estado – rasgo que presentaron los familiares del paciente politraumatizado que ingresaron a la unidad de Cuidados Intensivos.

1.- PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se dan a conocer los resultados de la investigación. Para ello se realizó el procesamiento de la información, usando el procesador estadístico SPSS versión 22. Se comienza la exposición de resultados mostrando las características sociodemográficas y otras relacionadas con los grupos de los familiares investigados.

Luego, se obtuvo los valores promedios de las puntuaciones del Nivel de ansiedad ESTADO y RASGO, según el instrumento utilizado (IDARE), aplicándolo a ambos grupos, antes y después de impartir el programa sobre la Unidad de Cuidados Intensivos del CPV. Una vez realizado el procesamiento de la información, se utilizaron los procedimientos estadísticos de tabulación y análisis de los resultados.

En primer lugar, la tabulación se hizo a través de tablas de asociación, acompañadas de frecuencias, porcentajes, valores promedios y desviación estándar, juntos con análisis de significación estadística, usando para éstos el test de chi cuadrado (χ^2), el test exacto de Fisher (extensión de Freeman - Halton), la prueba de la t de Student para comparación de medias de grupos independientes y relacionadas

El porcentaje de significación es de menos de 5% ($p < 0,05$) para la comprobación de significación estadísticas o no de asociaciones de variables cruzadas y de diferencias de medias establecidas a fin de verificar las hipótesis de la investigación.

La información presentada, según lo explicado anteriormente, se expresan también en gráficas estadísticas correspondientes a cada tipo de información.

TABLA 1

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES
DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES INVESTIGADOS SEGÚN
EDAD Y GRUPO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016

EDAD (AÑOS)	GRUPO		TOTAL (%)
	CONTROL (%)*	EXPERIMENTAL (%)*	
18 – 30	2 (12,5)	3 (18,7)	5 (15,6)
31– 40	6 (37,5)	5 (31,3)	11 (34,4)
41 – 50	4 (25,0)	4 (25,0)	8 (25,0)
50 O MÁS	4 (25,0)	4 (25,0)	8 (25,0)
TOTAL	16 (100,0)	16 (100,0)	32 (100,0)

*PORCENTAJE EN BASE A SUB TOTALES POR GRUPO
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (MEDINA, 2016)

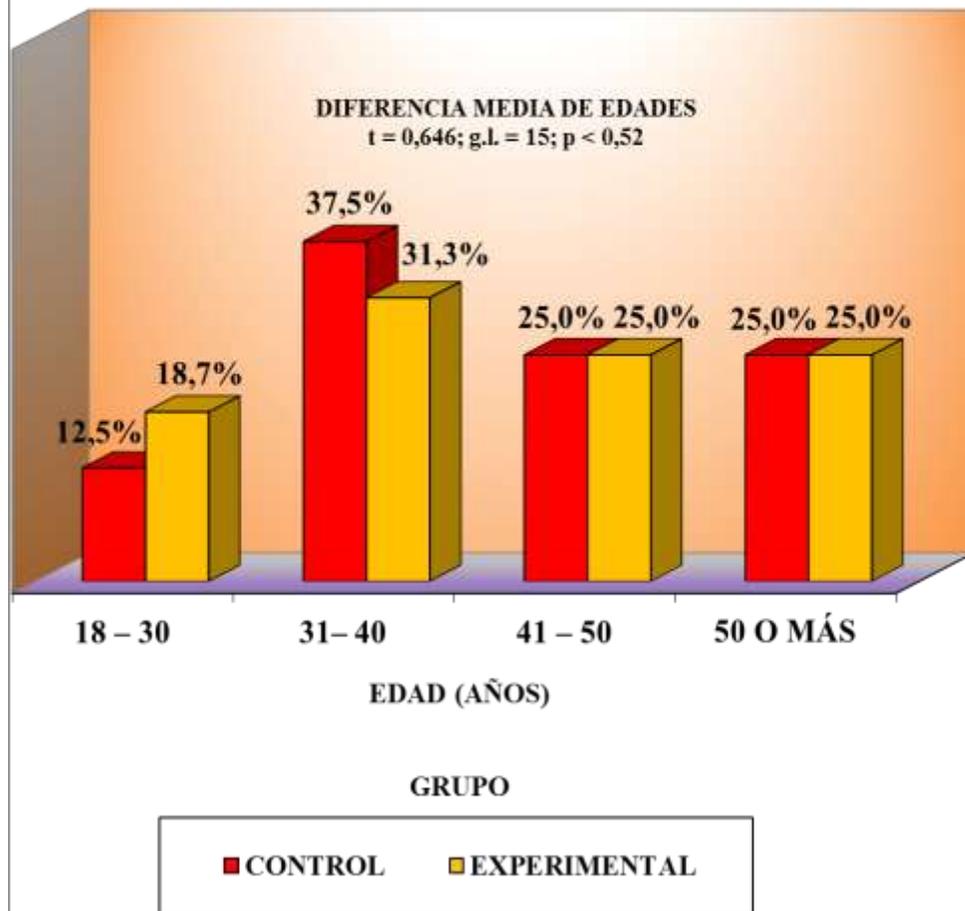
En los dieciséis familiares del grupo control hubo mayoría de edades comprendidas entre 31 a 40 años (37,5%), siguen los de 41 a 50 años y de 50 años o más con idéntica representación del 25,0% y, por último, los de 18 a 30 años con un 12,5%. Para el grupo experimental, los dos conjuntos de edad de más de 40 años, presentaron el mismo porcentaje que tuvo el grupo control, es decir, 25,0%; mientras

que los de 31 a 40 años fueron el 31,3% y los de 18 a 30 años el 18,7% de los dieciséis familiares que recibieron el programa.

En cuanto, al promedio de edad por grupo, los constituyentes del grupo control tuvieron un promedio de edad igual a 42,3 años con desviación estándar de 12,0 años, siendo en el experimental 39,7 años con desviación igual a 11,5 años, resultando la diferencia no significativa ($t = 0,646$; g.l. = 15; $p < 0,52$).

GRÁFICO 1

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES INVESTIGADOS SEGÚN EDAD Y GRUPO
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (MEDINA, 2016)

TABLA 2

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES
DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES INVESTIGADOS
SEGÚN SEXO Y GRUPO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.

SEXO	GRUPO		TOTAL (%)
	CONTROL (%)*	EXPERIMENTAL (%)*	
FEMENINO	10 (62,5)	8 (50,0)	5 (15,6)
MASCULINO	6 (37,5)	8 (50,0)	11 (34,4)
TOTAL	16 (100,0)	16 (100,0)	32 (100,0)

*PORCENTAJE EN BASE A SUB TOTALES POR GRUPO
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (MEDINA, 2016)

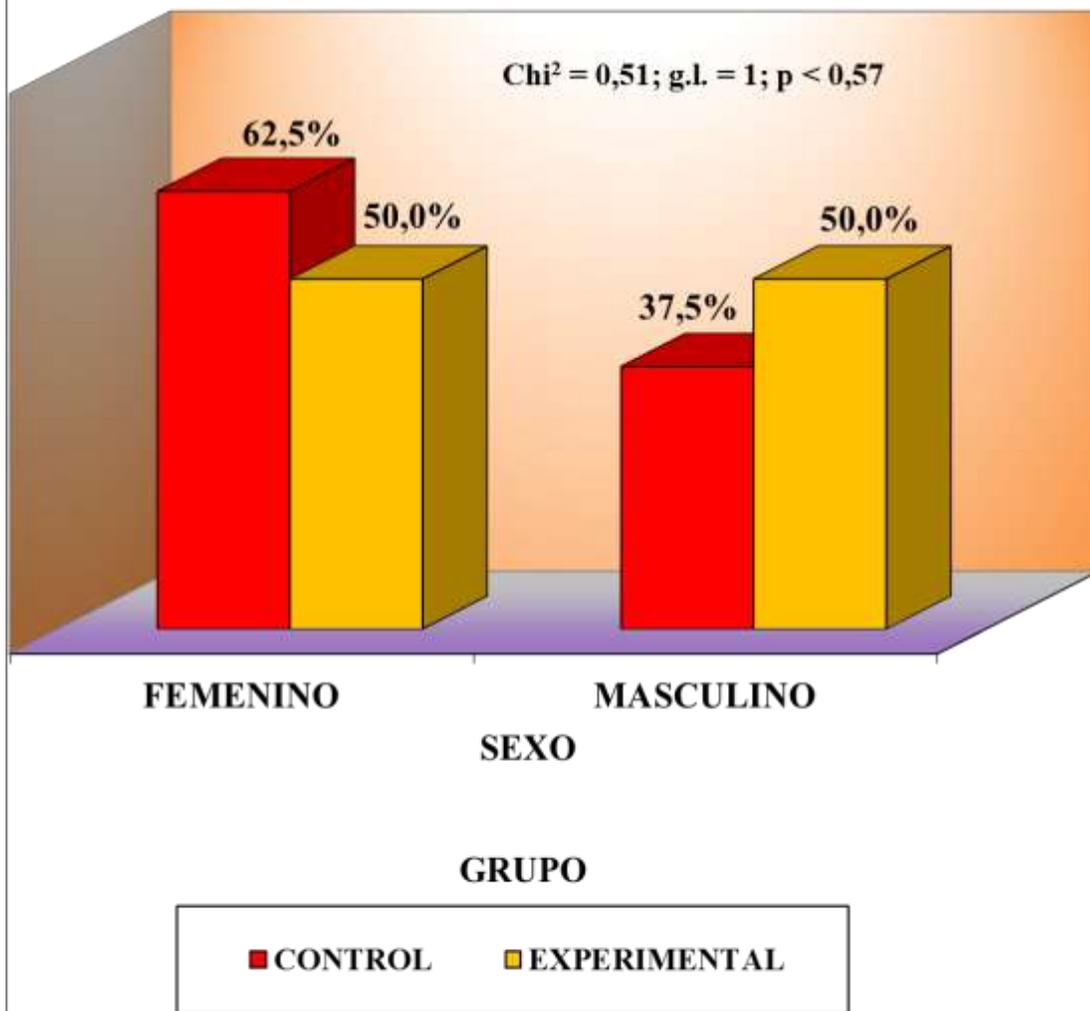
De los dieciséis familiares del grupo control, el 62,5% pertenecen al sexo femenino, siendo éste representado en un 50,0% en el grupo experimental. No se encontró asociación significativa entre el sexo de los familiares y los tipos de grupos ($\text{Chi}^2 = 0,51$; g.l. = 1; $p < 0,57$).

GRÁFICO 2

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES INVESTIGADOS SEGÚN SEXO Y GRUPO

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.**



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (MEDINA, 2016)

TABLA 3

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES
DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES INVESTIGADOS
SEGÚN NIVEL EDUCATIVO Y GRUPO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.

NIVEL EDUCATIVO	GRUPO		TOTAL (%)
	CONTROL (%)*	EXPERIMENTAL (%)*	
LICENCIATURA	9 (56,2)	7 (43,7)	16 (50,0)
TÉCNICO SUPERIOR	2 (12,5)	4 (25,0)	6 (18,7)
BACHILLER (5TO AÑO)	3 (18,7)	4 (25,0)	7 (21,9)
BACHILLER (3ER AÑO)	1 (6,3)	0 (0,0)	1 (3,1)
OTRO	1 (6,3)	1 (6,3)	2 (6,3)
TOTAL	16 (100,0)	16 (100,0)	32 (100,0)

*PORCENTAJE EN BASE A SUB TOTALES POR GRUPO
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (MEDINA, 2016)

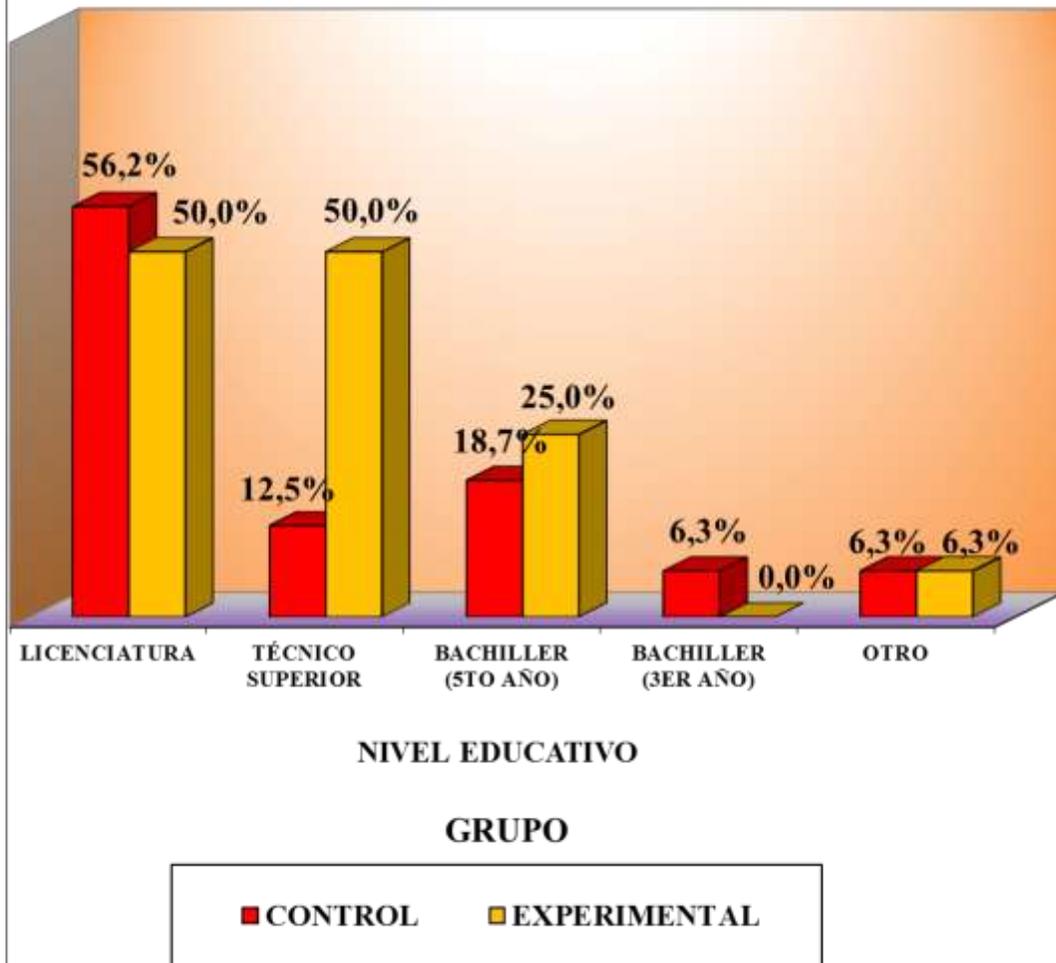
En el grupo control el 56,2% tenía licenciatura, pero en el experimental fue 43,7%, mientras que los técnicos superiores universitarios fueron 12,5% y 25,0% en los dos grupos respectivos, los demás niveles educativos fueron de tipo bachillerato (5to año aprobado) con 18,7% y 25,0%, para tercer año aprobado 6,3% sólo en el grupo control e igual a un único familiar en otro nivel por igual (6,3%) para ambos grupos.

GRÁFICO 3

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES INVESTIGADOS
SEGÚN NIVEL EDUCATIVO Y GRUPO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (MEDINA, 2016)

TABLA 4

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES
DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES INVESTIGADOS
SEGÚN PARENTESCO Y GRUPO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.

PARENTESCO	GRUPO		TOTAL (%)
	CONTROL (%)*	EXPERIMENTAL (%)*	
HIJO (A)	7 (43,7)	2 (12,5)	9 (28,1)
ESPOSO (A)	6 (37,5)	4 (25,0)	10 (31,2)
HERMANO (A)	2 (12,5)	6 (37,5)	8 (25,0)
PADRE - MADRE	0 (0,0)	3 (18,7)	3 (9,4)
SOBRINO (A)	1 (6,3)	1 (6,3)	2 (6,3)
TOTAL	16 (100,0)	16 (100,0)	32 (100,0)

*PORCENTAJE EN BASE A SUB TOTALES POR GRUPO
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (MEDINA, 2016)

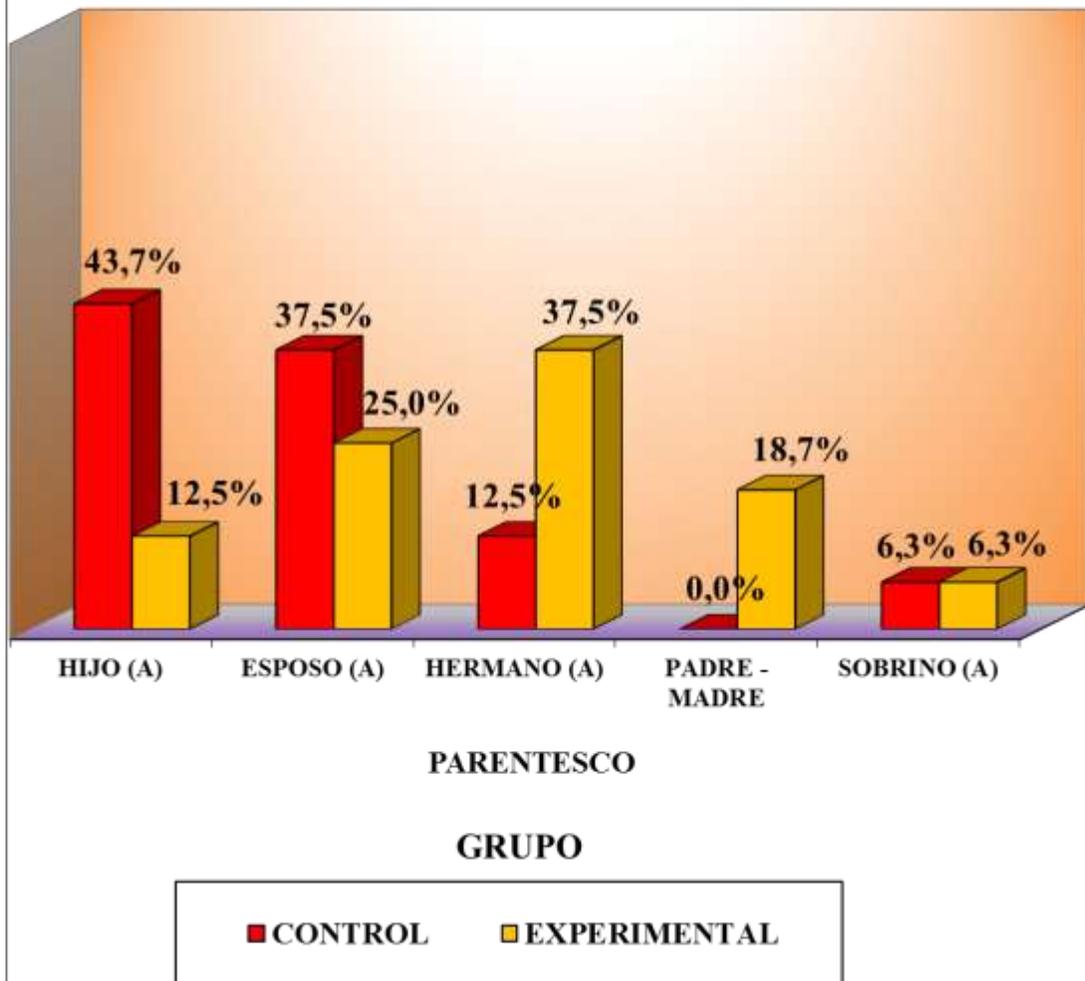
Par el grupo control, fue predominante el parentesco de hijo o hija de los familiares investigados, pero en el grupo experimental fue con un 37,5% el hermano o hermana. Con respecto al parentesco de esposa o esposo, predomina con 37,5% en el control y con 25,0% solamente en el grupo experimental; por su parte padre o madre fueron tres (18,7%) familiares de los politraumatizados en el grupo experimental, siendo sobrino o sobrina por igual con un solo familiar (6,3%) en cada grupo.

GRÁFICO 4

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

**DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES INVESTIGADOS
SEGÚN PARENTESCO Y GRUPO**

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.**



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (MEDINA, 2016)

TABLA 5

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES
DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES INVESTIGADOS SEGÚN **TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN (HORAS)** AL MOMENTO DE APLICAR EL INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE) Y GRUPO INVESTIGADO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.

APLICACIÓN DEL IDARE	GRUPO		TOTAL (%)
	CONTROL (%)*	EXPERIMENTAL (%)*	
ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO			
0 – 6	3 (18,7)	8 (50,0)	11 (34,4)
7 – 12	10 (62,5)	4 (25,0)	14 (43,8)
13 – 18	2 (12,5)	4 (25,0)	6 (18,7)
MÁS DE 18	1 (6,3)	0 (0,0)	1 (3,1)
DESPUÉS DEL PROGRAMA EDUCATIVO			
19 – 24	6 (37,5)	11 (68,8)	17 (53,1)
25 – 48	10 (62,5)	5 (31,2)	15 (46,9)
TOTAL	16 (100,0)	16 (100,0)	32 (100,0)

*PORCENTAJE EN BASE A SUB TOTALES POR GRUPO
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (MEDINA, 2016)

Al ingresar los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) antes de proporcionar el programa a aplicar, se solicitó a los familiares de ellos (ambos grupos) responder el instrumento en estudio (IDARE). En el grupo control, lo hizo el

18,7% en un tiempo transcurrido entre 0 a 6 horas; de 7 a 12 horas el 62,5%; de 13 a 18 horas el 12,5% y con más de 18 horas solo un familiar, para un 6,3%. Para el grupo experimental en el mismo orden de intervalos fueron 50,0%, 25,0% 25,0% y nadie con más de dieciocho horas. No hubo asociación significativa entre el tiempo transcurrido y los grupos investigados (TEF = 0,061; $p < 0,07$).

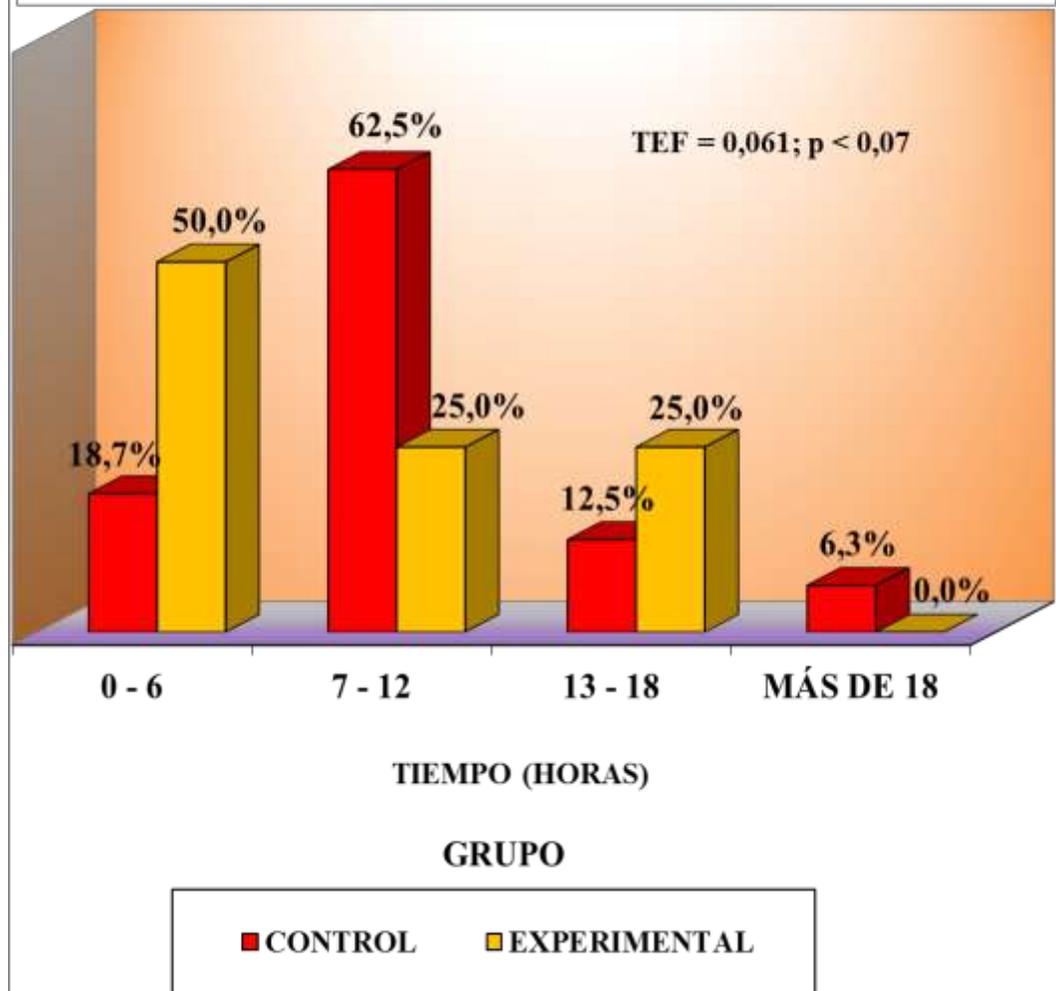
Luego de impartir el programa al grupo experimental, se aplicó el instrumento nuevamente a 68,8% de los familiares entre las 19 y 24 horas y al resto (31,2%) dentro del intervalo de 25 a 48 horas. Por su parte, a los familiares del grupo control, aunque no les fue impartido el programa, se les solicitó nuevamente responder el IDARE, siendo el 37,5% que lo hizo entre las 19 y 24 horas del ingreso de sus familiares a la UCI y un 62,5% para el intervalo de 25 a 48 horas. Tampoco se encontró asociación significativa entre el tiempo transcurrido y los grupos investigados ($\text{Chi}^2 = 3,14$; $p < 0,08$).

GRÁFICO 5A

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES INVESTIGADOS SEGÚN TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN (HORAS) AL MOMENTO DE APLICAR EL INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE) ANTES DE IMPARTIR EL PROGRAMA Y GRUPO INVESTIGADO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.



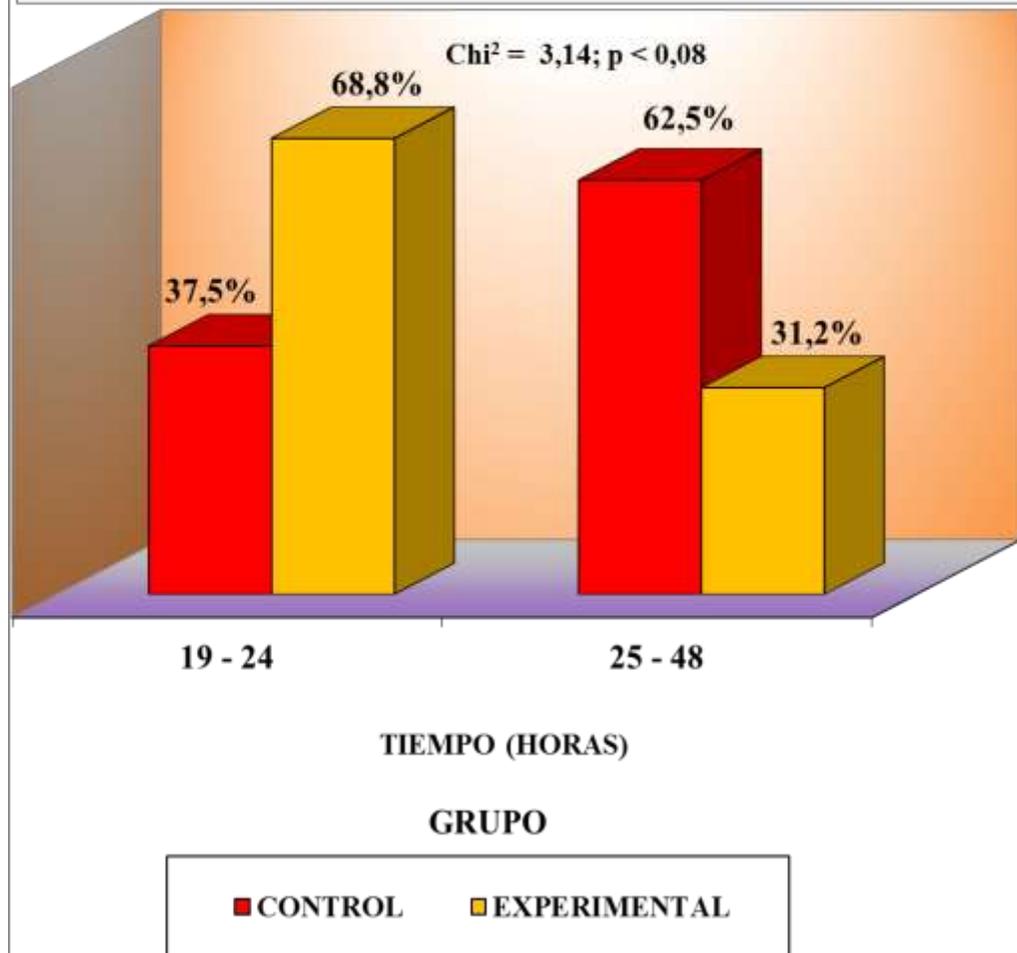
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (MEDINA, 2016)

GRÁFICO 5B

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES INVESTIGADOS SEGÚN TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN (HORAS) AL MOMENTO DE APLICAR EL INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE) DESPUÉS DE IMPARTIR EL PROGRAMA Y GRUPO NVESTIGADO

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.**



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (MEDINA, 2016)

TABLA 6

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES
DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

VALORES MEDIOS (X) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S) DE LA PUNTUACIÓN DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE - E) PARA LA **ESCALA ESTADO** ANTES Y DESPUÉS DE IMPARTIR EL PROGRAMA EDUCATIVO, CON REFERENCIA A **ASPECTOS GENERALES DE LA UNIDAD** DE CUIDADOS INTENSIVOS (AGUCI), SEGÚN GRUPO INVESTIGADO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.

OCASIÓN	GRUPO ESCALA ESTADO (AGUCI)		DIFERENCIA E - C SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	CONTROL (C) X ± S (n = 16)	EXPERIMENTAL (E) X ± S (n = 16)	
ANTES (A)	60,93 ± 9,34	64,62 ± 12,72	+ 3,69 t = - 0,935 g.l. = 30; p < 0,36
DESPUÉS (D)	57,12 ± 12,41	50,37 ± 9,40	- 6,75 t = +1,758 g.l. = 30; p < 0,09
DIFERENCIA D - A	-3,81	-14,25	---
SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	t = -1,657 g.l = 15; p < 0,12	t = - 4,064 g.l. = 15; p < 0,001	---

FUENTE: INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE - E)

En el nivel de ansiedad ESTADO, respecto a los AGUCI, hubo una diferencia de 3,69 puntos entre los resultados de la aplicación del IDARE - E a los grupos investigados, la cual fue POSITIVA al restar de la media del grupo experimental la media del grupo control. Sin embargo, tal diferencia no fue

significativa ($p < 0,36$), lo que aseguró que los dos grupos eran comparables antes de llevar a cabo el programa estipulado en el diseño de la investigación.

Posteriormente, se encontró una diferencia negativa de 6,75 puntos no significativa ($p < 0,09$) entre las medias de ambos grupos (experimental menos control), una vez impartido el programa a los familiares del grupo experimental. La diferencia de - 6.75 puntos resalta que el valor medio del grupo experimental es menor que en el grupo control, por lo que se demostró que el programa tuvo un efecto importante en reducir el nivel de ansiedad ESTADO referido a los AGUCI en el grupo experimental con respecto al grupo control, aun no siendo, en términos estadísticos de nivel significativo, pero estuvo cerca de nivel elegido de $p < 0,05$.

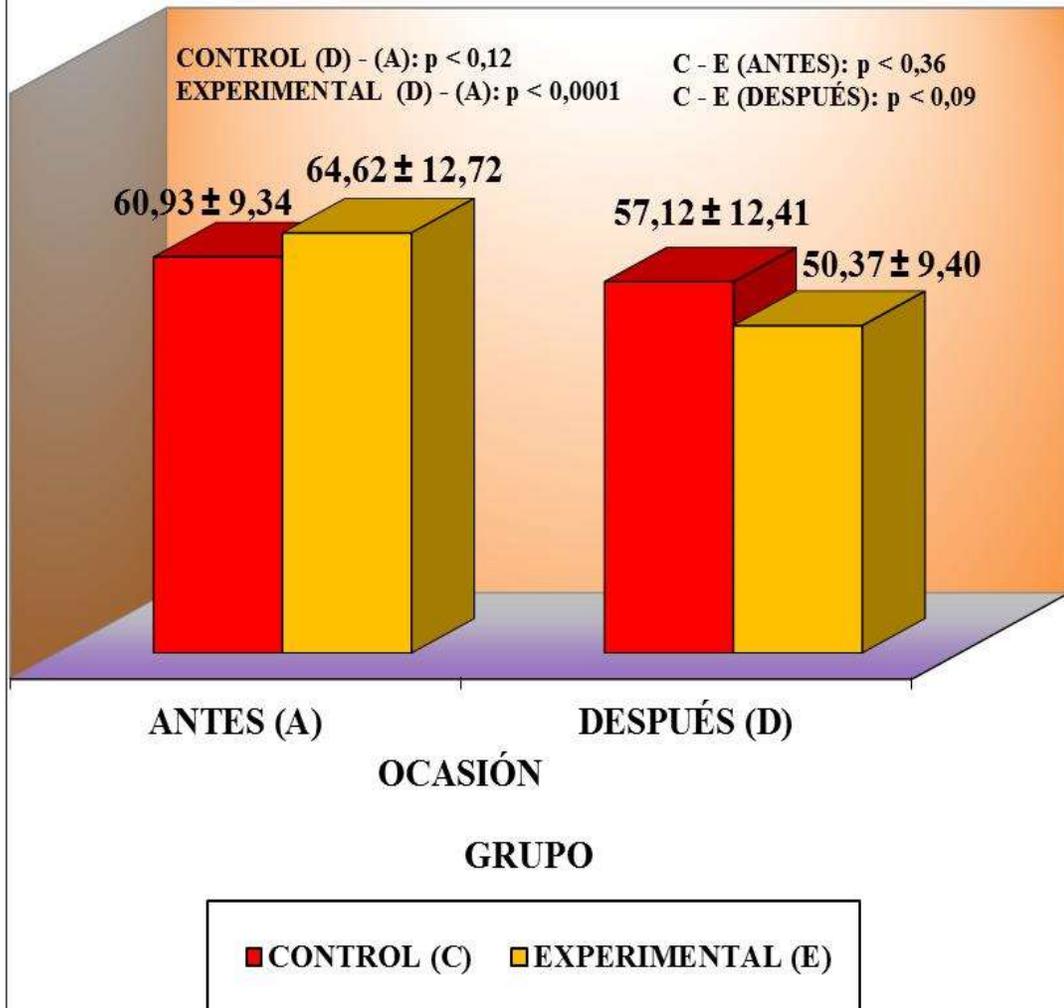
Por otra parte, al aplicar el IDARE – E, en ocasión posterior a haber impartido el programa al grupo experimental, el valor promedio en el grupo control fue de menor en 3,81 puntos al inicio de la hospitalización de los familiares de ese grupo. Esta diferencia no fue significativa ($p < 0,12$). En grupo experimental, después de impartir a los familiares el programa fue de menos de 14,25 puntos con relación al valor medio antes de aplicarlo. Esta diferencia es muy significativa ($p < 0,001$), lo que confirma que el programa fue exitoso para disminuir el nivel de ansiedad ESTADO referido a los AGUCI.

GRÁFICO 6

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES
DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

VALORES MEDIOS (X) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S) DE LA
PUNTUACIÓN DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE - E) PARA
LA *ESCALA ESTADO* ANTES Y DESPUÉS DE IMPARTIR EL PROGRAMA
EDUCATIVO, CON REFERENCIA A ASPECTOS GENERALES DE LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS (AGUCI), SEGÚN GRUPO INVESTIGADO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.



FUENTE: INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE- E)

TABLA 7

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES
DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

VALORES MEDIOS (X) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S) DE LA PUNTUACIÓN DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE - R) PARA LA **ESCALA RASGO** ANTES Y DESPUÉS DE IMPARTIR EL PROGRAMA EDUCATIVO, CON REFERENCIA A ASPECTOS GENERALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (AGUCI), SEGÚN GRUPO INVESTIGADO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.

OCASIÓN	GRUPO ESCALA RASGO (AGUCI)		DIFERENCIA E - C SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	CONTROL (C) X ± S (n = 16)	EXPERIMENTAL (E) X ± S (n = 16)	
ANTES (A)	38,93 ± 12,20	40,06 ± 10,25	+ 1,13 t = - 0,282 g.l. = 30; p < 0,78
DESPUÉS (D)	38,50 ± 11,79	41,06 ± 9,60	+ 2,56 t = - 0,674 g.l. = 30; p < 0,51
DIFERENCIA D - A	- 0,43	+ 1,00	---
SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	t = - 0,550 g.l. = 15; p < 0,59	t = 1,273 g.l. = 15; p < 0,22	---

FUENTE: INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE -R)

En la parte correspondiente al nivel de ansiedad RASGO, respecto a los AGUCI del instrumento IDARE - R, antes de aplicar el programa hubo una diferencia positiva de promedios de 1,13 puntos al restar del promedio del grupo experimental el valor medio del grupo control, siendo esta diferencia no significativa

($p < 0,78$), permitiendo concluir que los dos grupos son similares en cuanto al nivel de ansiedad RASGO evaluado.

Ya impartido el programa al grupo experimental, entre los dos grupos hubo una diferencia de promedios igual 2,56 puntos a favor del grupo control, no siendo significativa ($p < 0,51$). Por consiguiente, el programa no disminuyó de manera significativa el nivel de ansiedad RASGO, referido a los AGUCI, en el grupo experimental, al ser comparado con el valor medio referido del grupo control, es decir no tuvo el efecto que se esperaba.

Al evaluar el nivel de ansiedad RASGO referido a los AGUCI, después de haber impartido el programa al grupo experimental, en cuanto al grupo control, el promedio disminuyó 0,43 puntos, sin ser esta disminución significativa ($p < 0,12$).

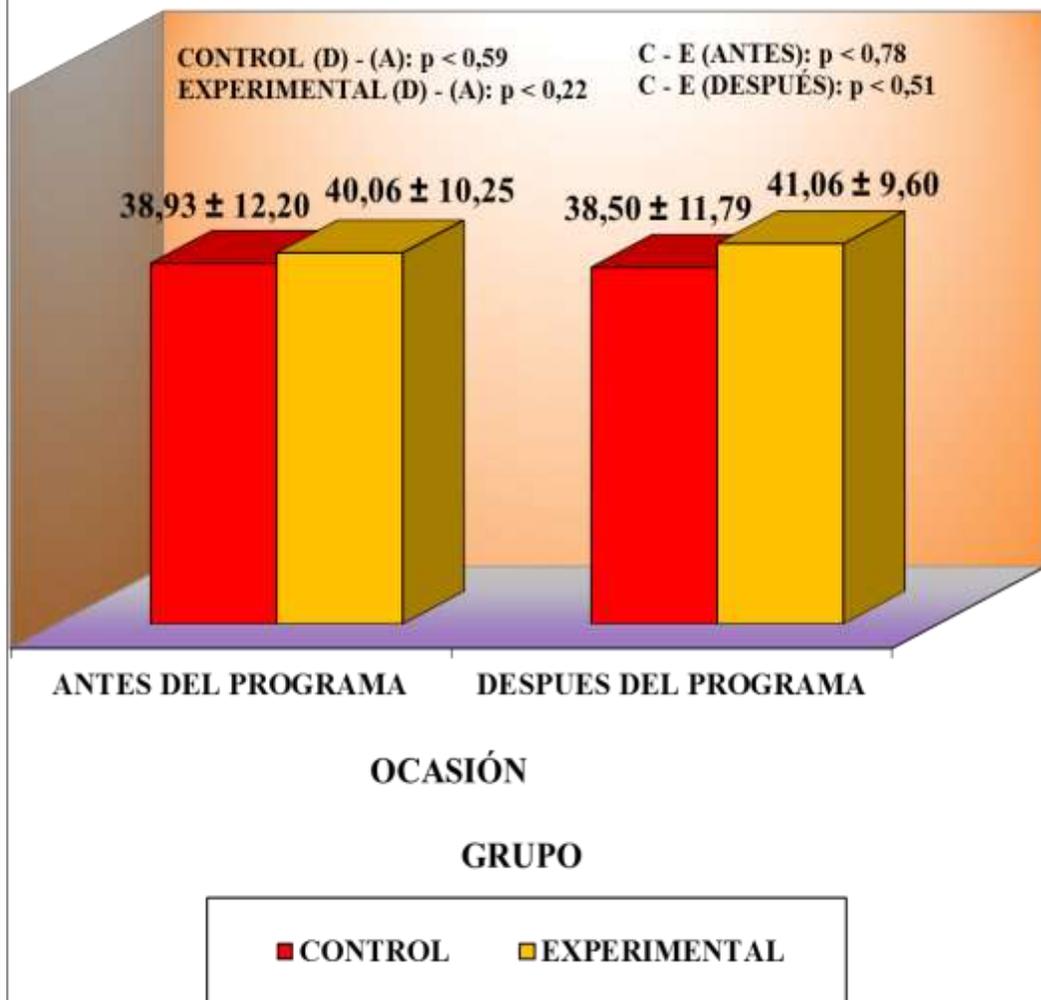
Para el grupo experimental que recibió el programa, la diferencia entre antes y después de su aplicación, hubo una diferencia positiva de un punto, sin significación estadística ($p < 0,22$).

GRÁFICO 7

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

VALORES MEDIOS (X) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S) DE LA PUNTUACIÓN DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE - R) PARA LA *ESCALA RASGO* ANTES Y DESPUÉS DE IMPARTIR EL PROGRAMA EDUCATIVO, CON REFERENCIA A ASPECTOS GENERALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (AGUCI), SEGÚN GRUPO INVESTIGADO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.



FUENTE: INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE- E)

TABLA 8

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES
DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

VALORES MEDIOS (X) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S) DE LA PUNTUACIÓN DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE - E) PARA LA **ESCALA ESTADO**, CON REFERENCIA A LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (APHUCI) ANTES Y DESPUÉS DE IMPARTIR EL PROGRAMA EDUCATIVO SEGÚN GRUPO INVESTIGADO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.

OCASIÓN	GRUPO ESCALA ESTADO (APHUCI)		DIFERENCIA E - C SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	CONTROL (C) X ± S (n = 16)	EXPERIMENTAL (E) X ± S (n = 16)	
ANTES (A)	60,75 ± 8,37	63,87 ± 10,77	+ 3,12 t = - 0,916 g.l. = 30; p < 0,37
DESPUÉS (D)	63,56 ± 12,83	54,68 ± 10,24	- 8,88 t = + 2,162 g.l. = 30; p < 0,04
DIFERENCIA D - A	+2,81	-9,19	---
SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	t = + 0,693 g.l. = 15; p < 0,50	t = - 2,350 g.l. = 15; p < 0,03	---

FUENTE: INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE - E)

En el nivel de ansiedad ESTADO en relación a los APHUCI, hubo una diferencia de 3,12 puntos entre los resultados de la aplicación del IDARE - E a los grupos investigados, la cual fue POSITIVA al restar de la media del grupo

experimental la media del grupo control. Sin embargo, por lo que la diferencia no fue significativa ($p < 0,37$), lo que aseguró que los dos grupos eran comparables antes de llevar a cabo el programa estipulado en el diseño de la investigación.

Posteriormente, se encontró una diferencia negativa de 8,88 puntos significativa ($p < 0,04$) entre las medias de ambos grupos (experimental menos control), una vez impartido el programa a los familiares del grupo experimental. La citada diferencia de $-8,88$ puntos hace que el valor medio del grupo experimental sea menor que en el grupo control, por lo que el programa tuvo un efecto importante en reducir el nivel de ansiedad ESTADO referido a los APHUCI en el grupo experimental al compararlo con el grupo control.

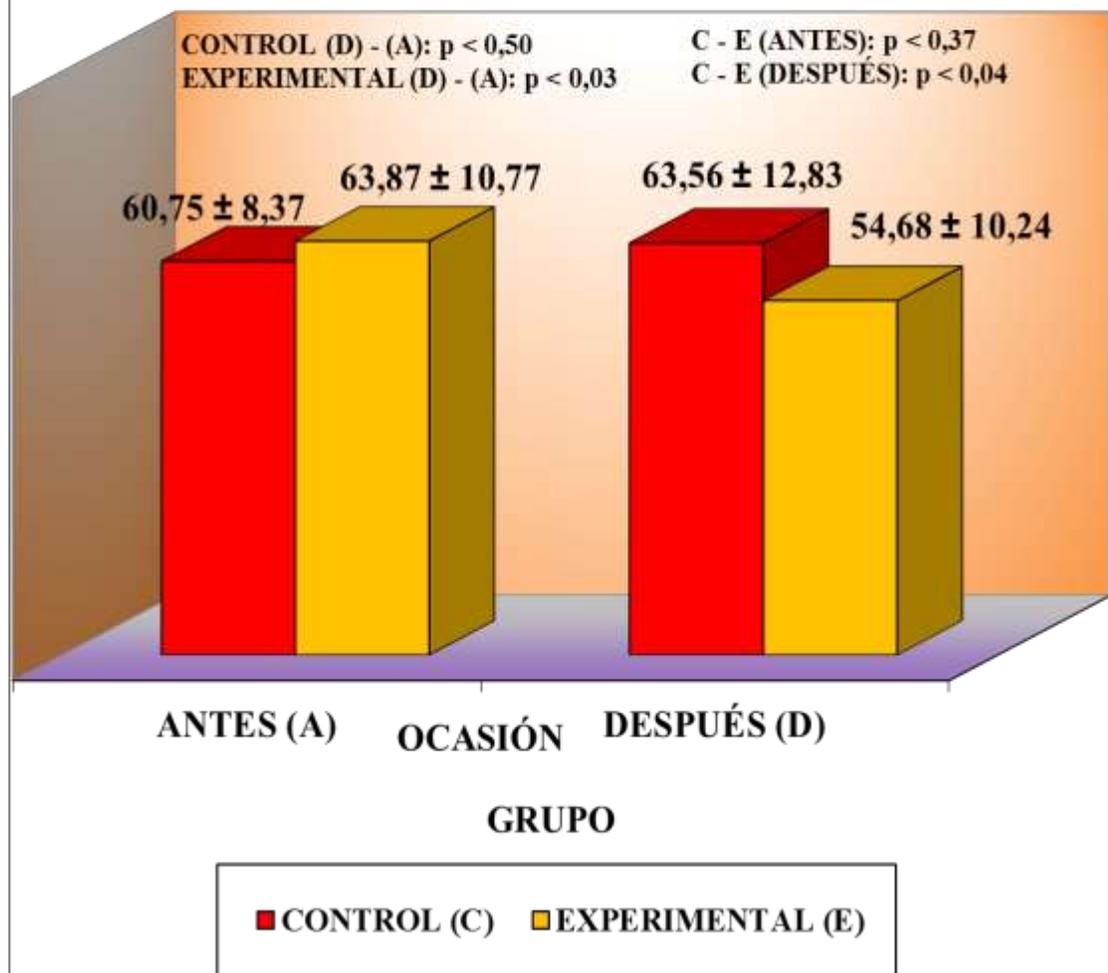
Además, al aplicar el IDARE – E, en ocasión posterior a haber impartido el programa al grupo experimental, el valor promedio en el grupo experimental fue menor en 9,19 puntos que al inicio de la hospitalización de los familiares de ese grupo, siendo esta diferencia significativa ($p < 0,03$). En grupo control, fue de más de 2,81 puntos con relación al valor medio anterior, no siendo significativa. Por consiguiente, se debe concluir que el programa fue exitoso para disminuir el nivel de ansiedad ESTADO referido a los APHUCI.

GRÁFICO 8

**NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES
DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO**

**VALORES MEDIOS (X) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S) DE LA
PUNTUACIÓN DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE - E) PARA
LA ESCALA ESTADO, CON REFERENCIA A LOS ASPECTOS RELACIONADOS
CON EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS (APHUCI) ANTES Y DESPUÉS DE IMPARTIR EL PROGRAMA
EDUCATIVO SEGÚN GRUPO INVESTIGADO**

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.**



FUENTE: INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE - E)

TABLA 9

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES
DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

VALORES MEDIOS (X) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S) DE LA PUNTUACIÓN DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE - R) PARA LA **ESCALA RASGO**, CON REFERENCIA A LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (APHUCI) ANTES Y DESPUÉS DE IMPARTIR EL PROGRAMA EDUCATIVO SEGÚN GRUPO INVESTIGADO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.

OCASIÓN	GRUPO ESCALA RASGO (APHUCI)		DIFERENCIA E - C SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	CONTROL (C) X ± S (n = 16)	EXPERIMENTAL (E) X ± S (n = 16)	
ANTES (A)	40,25 ± 10,80	41,25 ± 9,70	+ 1,00 t = - 0,275 g.l. = 30; p < 0,76
DESPUÉS (D)	39,87 ± 9,52	40,56 ± 9,23	+ 0,69 t = - 0,207 g.l. = 30; p < 0,84
DIFERENCIA D - A	- 0,38	- 0,69	---
SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	t = - 0,171 g.l. = 15; p < 0,87	t = - 0,975 g.l. = 15; p < 0,35	---

FUENTE: INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE - R)

En lo que corresponde al nivel de ansiedad RASGO, respecto a los APHUCI del instrumento IDARE - R, se pudo conocer antes de aplicar el programa que hubo

una diferencia positiva de promedios de 1,00 puntos al restar del promedio del grupo experimental el valor medio del grupo control, siendo esta diferencia no significativa ($p < 0,76$), así los dos grupos son similares en cuanto al nivel de ansiedad RASGO evaluado.

Luego de aplicado el programa al grupo experimental, entre los dos grupos hubo una diferencia de promedios igual 0,69 puntos a favor del grupo experimental, no siendo significativa ($p < 0,84$). Por consiguiente, el programa no disminuyo de manera significativa el nivel de ansiedad RASGO, referido a los APHUCI, en el grupo experimental, al ser comparado con el valor medio referido del grupo control, es decir no apareció el efecto que se esperaba.

Al considerar el nivel de ansiedad RASGO referido a los APHUCI, después de haber impartido el programa al grupo experimental, en cuanto al grupo control, el promedio disminuyó 0,38 puntos, sin ser esta disminución significativa ($p < 0,87$).

Para el grupo experimental que recibió el programa, la diferencia entre antes y después de su aplicación, se percibe una diferencia negativa de 0,69 puntos, sin significación estadística ($p < 0,35$).

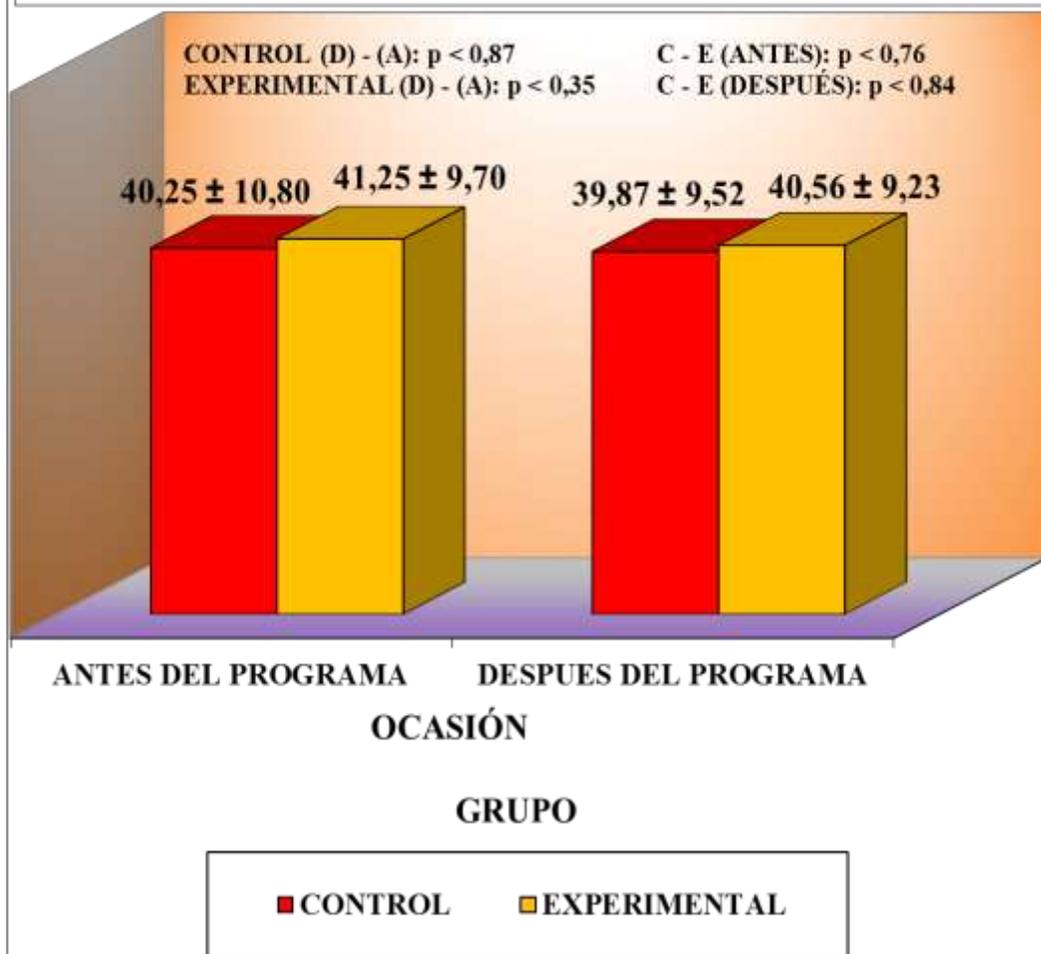
Los resultados anteriores confirman que el programa aplicado no resultó como se había esperado.

GRÁFICO 9

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

VALORES MEDIOS (X) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S) DE LA PUNTUACIÓN DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE - R) PARA LA *ESCALA RASGO* ANTES Y DESPUÉS DE IMPARTIR EL PROGRAMA EDUCATIVO, CON REFERENCIA A ASPECTOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (APHUCI), SEGÚN GRUPO INVESTIGADO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.



FUENTE: INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE- E)

TABLA 10

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
 VALORES MEDIOS (X) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S) DE LA PUNTUACIÓN DEL
 INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE) PARA LA *ESCALAS ESTADO Y RASGO*,
 CON REFERENCIA A LOS ASPECTOS GENERALES (AGUCI) Y DE LOS PACIENTES
 HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (APHUCI) ANTES
 Y DESPUÉS DE IMPARTIR EL PROGRAMA EDUCATIVO SEGÚN GRUPO
 INVESTIGADO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
 VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.

OCASIÓN	GRUPO ESCALA ESTADO		DIFERENCIA E - C SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	CONTROL (C) X ± S (n = 16)	EXPERIMENTAL (E) X ± S (n = 16)	
ANTES (A)	60,84 ± 8,83	64,25 ± 11,64	+ 3,4 t = + 0,932 g.l. = 30; p < 0,36
DESPUÉS (D)	60,34 ± 7,98	52,53 ± 7,83	- 7,81 t = - 2,794 g.l. = 30; p < 0,009
DIFERENCIA D - A	- 0,50	- 11,72	---
SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	t = - 0,219 g.l. = 15; p < 0,83	t = - 3,420 g.l. = 15; p < 0,004	---
OCASIÓN	GRUPO ESCALA RASGO		DIFERENCIA E - C SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	CONTROL (C) X ± S (n = 16)	EXPERIMENTAL (E) X ± S (n = 16)	
ANTES (A)	39,59 ± 11,45	40,65 ± 9,82	+ 1,06 t = + 0,282 g.l. = 30; p < 0,78
DESPUÉS (D)	39,18 ± 9,74	40,81 ± 9,36	+ 1,62 t = + 0,481 g.l. = 30; p < 0,63
DIFERENCIA D - A	- 0,41	+ 0,15	---
SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	t = - 0,333 g.l. = 15; p < 0,74	t = + 0,252 g.l. = 15; p < 0,81	---

FUENTE: INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE)

En lo que corresponde al Nivel de Ansiedad ESTADO, respecto a los aspectos generales (AGUCI) y de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (APHUCI) del instrumento IDARE E, se pudo conocer antes de aplicar el programa que hubo una diferencia positiva de promedios de 3,4 puntos al restar del promedio del grupo experimental el valor medio del grupo control, siendo esta diferencia no significativa ($p < 0,36$), así los dos grupos son similares en cuanto a los aspectos generales y de los pacientes evaluados en conjunto de ansiedad investigada.

Luego de aplicado el programa al grupo experimental, entre los dos grupos hubo una diferencia de promedios igual - 7,81 puntos de menos en el grupo experimental, siendo significativa ($p < 0,009$). Por consiguiente, el programa disminuyo de manera significativa el nivel de ansiedad ESTADO, referido a los aspectos generales (AGUCI) y de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (APHUCI) en el grupo experimental, al ser comparado con el valor medio del grupo control.

Al aplicar el IDARE – E, en ocasión posterior después impartir el programa al grupo experimental, el valor promedio en el grupo experimental fue menor significativamente en 11,72 puntos ($p < 0,004$) mientras que el grupo control sólo disminuyo en promedio 0,50 siendo esta diferencia no significativa ($p < 0,83$). En consecuencia se concluye que el programa fue exitoso para disminuir el nivel de ansiedad ESTADO en función de los AGUCI y APHUCI.

Al evaluar el Nivel de Ansiedad RASGO, en relación a los aspectos generales (AGUCI) y de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (APHUCI) por medio del instrumento IDARE – R, se estableció que antes de aplicar el programa que hubo una diferencia positiva de promedios de 1,06 puntos al restar del promedio del grupo experimental el valor medio del grupo control, siendo esta diferencia no significativa ($p < 0,78$), así los dos grupos son similares en cuanto al nivel de ansiedad RASGO evaluado.

Posterior a la aplicación del programa al grupo experimental, entre los dos grupos se halló una diferencia de promedios igual 1,62 puntos a favor del grupo experimental, no siendo significativa ($p < 0,63$). Por consiguiente, el programa no disminuyó de manera significativa el nivel de ansiedad RASGO, referido a los aspectos generales (AGUCI) y de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (APHUCI).

Por su parte en el nivel de ansiedad RASGO de los AGUCI y los APHUCI en forma conjunta, después de haber impartido el programa al grupo experimental, en el grupo control, el promedio disminuyó 0,41 puntos, sin ser esta disminución significativa ($p < 0,74$).

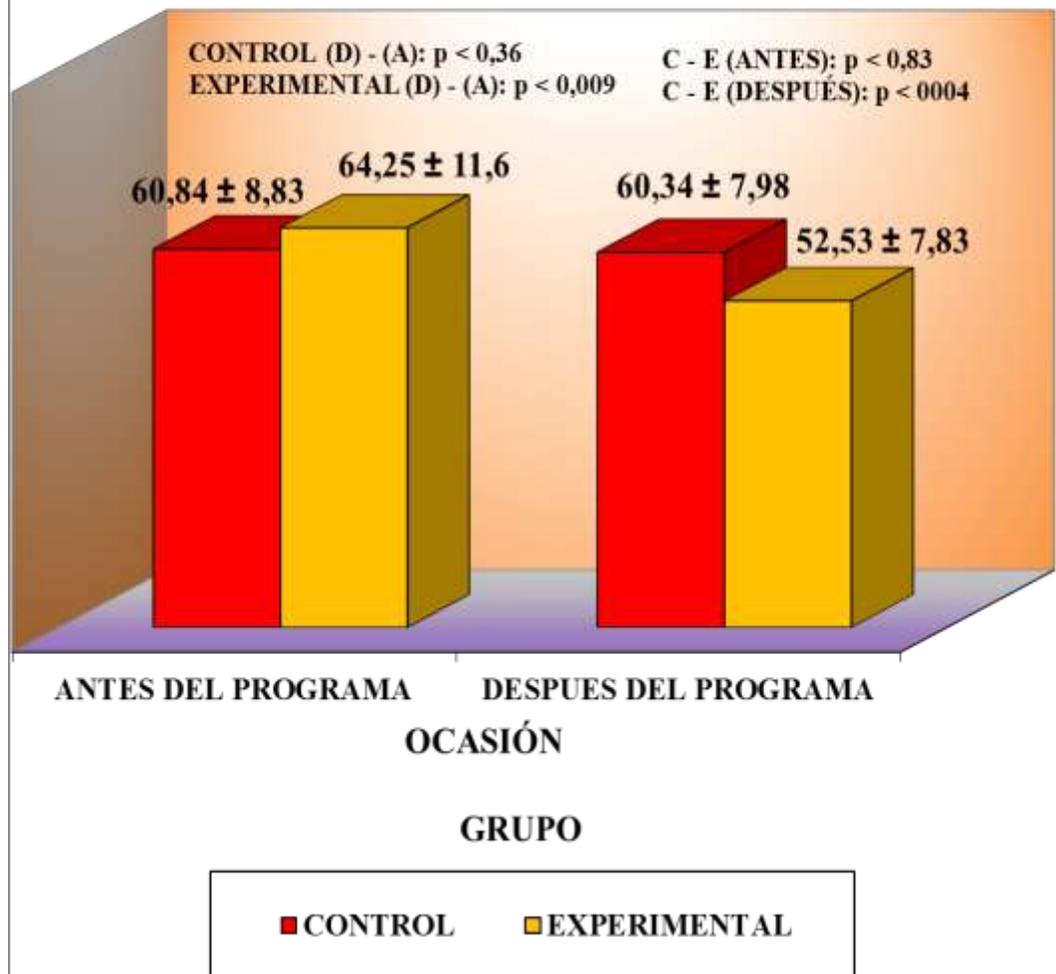
Al considerar el grupo experimental que recibió el programa, la diferencia entre antes y después de su aplicación, fue positiva en 0,15 puntos, sin significación estadística ($p < 0,81$). Por lo tanto los resultados descritos de la evaluación del nivel de ansiedad RASGO aseguran que el programa aplicado no dio el resultado previsto.

GRÁFICO 10A

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

VALORES MEDIOS (X) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S) DE LA PUNTUACIÓN DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE - E) PARA LA *ESCALA ESTADO* CON REFERENCIA A LOS ASPECTOS GENERALES (AGUCI) Y DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (APHUCI) ANTES Y DESPUÉS DE IMPARTIR EL PROGRAMA EDUCATIVO SEGÚN GRUPO INVESTIGADO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.



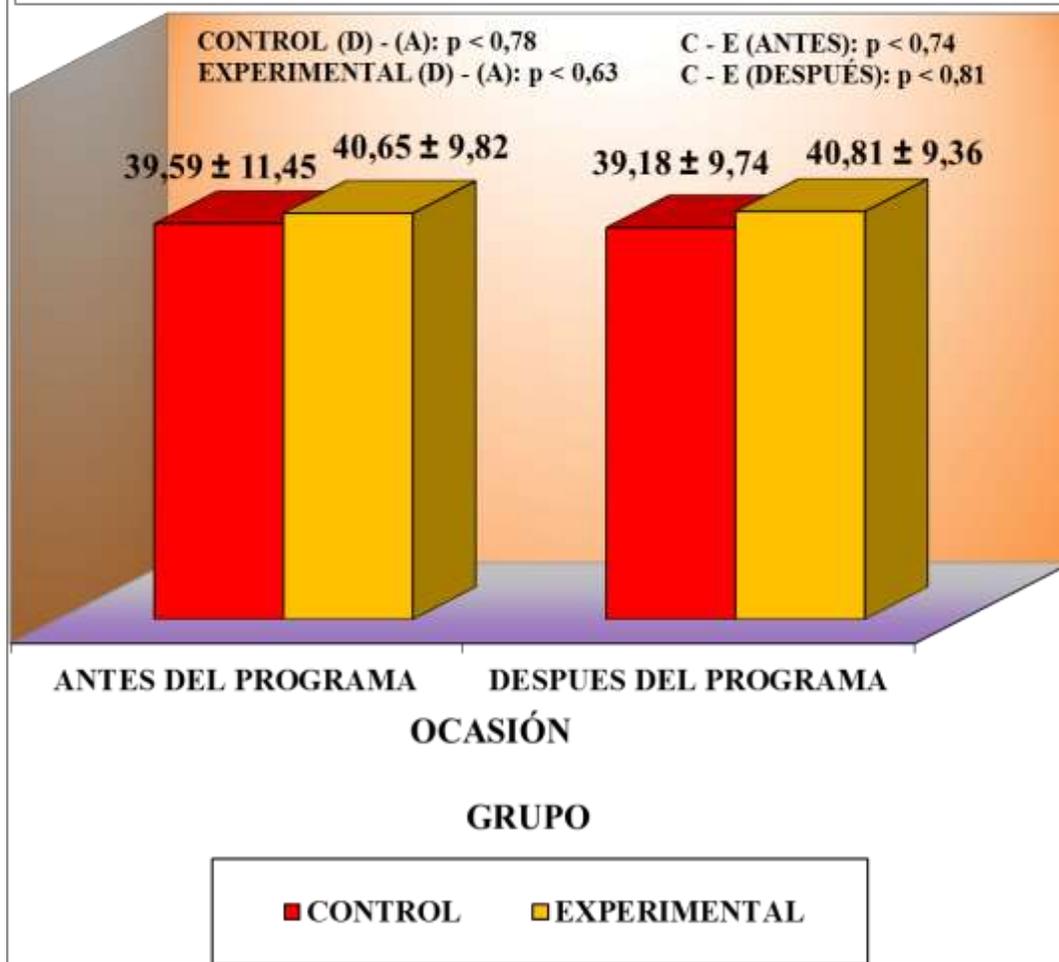
FUENTE: INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE- E)

GRÁFICO 10B

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

VALORES MEDIOS (X) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S) DE LA PUNTUACIÓN DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE - R) PARA LA *ESCALA RASGO* CON REFERENCIA A LOS ASPECTOS GENERALES (AGUCI) Y DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (APHUCI) ANTES Y DESPUÉS DE IMPARTIR EL PROGRAMA EDUCATIVO SEGÚN GRUPO INVESTIGADO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CPV.
VALENCIA. ENERO - AGOSTO 2016.



FUENTE: INVENTARIO DE ANSIEDAD (IDARE- R)

2.- INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

A continuación se presenta las características demográficas de los familiares del paciente politraumatizado que conformaron la muestra del presente estudio así como también, el análisis e interpretación de la información obtenida en contraste con los conceptos dados por algunos autores y dar respuesta a la confirmación o no de la hipótesis específica y general de la investigación

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 32 familiares del paciente politraumatizado hospitalizado en UCI, de los cuales 16 formaron parte del grupo control y 16 del grupo experimental. En los dieciséis familiares del grupo control hubo mayoría de edades comprendidas entre 31 a 40 años representado por el 37,5% y para el grupo experimental, los de 31 a 40 años fueron el 31,3% (Tabla N°1). En cuanto a la distribución de familiares según el sexo de los dieciséis familiares del grupo control, el 62,5% pertenecen al sexo femenino, siendo éste representado en un 50,0% en el grupo experimental (Tabla N° 2). El nivel de instrucción en el grupo control el 56,2% tenía licenciatura, en el experimental también pero fue representado por el 43,7%. (Tabla N° 3).

En relación al parentesco, el grupo control predominó el hijo o hija de los familiares investigados, pero en el grupo experimental fue con un 37,5% el hermano o hermana (Tabla N°4). Los resultados anteriores son relevantes con lo planteado por García Arias (2012) quien refiere que “los familiares presentan ansiedad y que esta se relaciona el género del familiar y con la causa que había motivado el ingreso del paciente en la UCI” (Pág. 11).

Finalmente, según el tiempo de hospitalización (horas) al momento de emplear el instrumento, antes de aplicar el programa educativo resultó que en el grupo control, lo hizo el 62,5% en un tiempo transcurrido entre 7 a 12 horas y para el grupo experimental fue del 50,0% para el intervalo entre 0 a 6 horas y los resultados después de aplicado el programa educativo los familiares del grupo control, aunque no les fue impartido el programa, solo se le proporciono la información de rutina y habiendo visitado a su familiar se les solicitó nuevamente responder el IDARE E, siendo el 62,5% para el intervalo de 25 a 48 horas del ingreso de sus familiares a la UCI y luego de impartir el programa al grupo experimental, se aplicó el instrumento nuevamente obteniéndose que 68,8% de los familiares entre las 19 y 24 horas. Por lo que es importante considerar que Díaz G. (2006) refiere que “la familia deja de funcionar normalmente cuando uno de sus miembros está grave y hospitalizado, lo que hace que existan dificultades para tomar decisiones, cuidarse mutuamente o solucionar problemas” (pág. 26).

Hipótesis Específica N° 1.

En atención a la hipótesis específica N°1, la cual señala: “Existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado en su factor Estado, antes y después de la implementación de un programa educativo referido a: Aspectos generales de la Unidad de Cuidados Intensivos.” (AGUCI). Los resultados obtenidos en la Tabla N° 6 muestran que en el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado en su factor estado hubo una diferencia de 3,69 puntos entre los resultados de la aplicación del IDARE - E a los grupos investigados, la cual fue POSITIVA al restar de la media del grupo experimental la media del grupo control. Sin embargo, tal diferencia no fue significativa ($p < 0,36$), lo que aseguró que los dos grupos eran comparables antes de llevar a cabo el programa estipulado en el diseño de la investigación.

Posteriormente, se encontró una diferencia negativa de 6,75 puntos no significativa ($p < 0,09$) entre las medias de ambos grupos (experimental menos control), una vez impartido el programa a los familiares del grupo experimental. La diferencia de - 6.75 puntos resalta que el valor medio del grupo experimental es menor que en el grupo control, por lo que se demostró que el programa tuvo un efecto importante en reducir el nivel de ansiedad ESTADO referido a los AGUCI en el grupo experimental con respecto al grupo control, aun no siendo, en términos estadísticos de nivel significativo, pero estuvo cerca de nivel elegido de $p < 0,05$.

Por otra parte, al aplicar el IDARE – E, en ocasión posterior a haber impartido el programa al grupo experimental, el valor promedio en el grupo control fue de menor en 3,81 puntos al inicio de la hospitalización de los familiares de ese grupo. Esta diferencia no fue significativa ($p < 0,12$). En grupo experimental, después de impartir a los familiares el programa fue de menos de 14,25 puntos con relación al valor medio antes de aplicarlo. Esta diferencia es muy significativa ($p < 0,001$), lo que confirma que el programa fue exitoso para disminuir el nivel de ansiedad ESTADO referido a los aspectos generales de la UCI. **ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ESPECIFICA N°1.**

Los resultados demuestran que el programa educativo definido por Araujo M & Brunet I., (2012) como “Un conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en

el tiempo que se llevan a cabo para lograr un determinado fin” (pág. 22), son estrategias educativas que el personal de Enfermería puede emplear para abordar a los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI. Así mismo, García M., Sáez c., y Escarbajal D., (2000) señala que “toda la actividad educativa para la salud se reduce a un proceso de presentación de la información y de realización de experiencias educativas dirigidas a influenciar la conducta de los sujetos en beneficio de su salud” (pág. 37). En este sentido, la planificación de estrategias educativas dirigidas al familiar brinda la oportunidad de influir para cambios de conducta y por consiguiente disminución de la ansiedad.

Hipótesis Específica N° 2.

En la hipótesis específica N° 2 se planteó: “Existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado en su factor Rasgo, antes y después de la implementación de un programa educativo referido a: Aspectos generales de la Unidad de Cuidados Intensivos.” Los valores presentados en la tabla N° 7 expresan que antes de aplicar el programa hubo una diferencia positiva de promedios de 1,13 puntos al restar del promedio del grupo experimental el valor medio del grupo control, siendo esta diferencia no significativa ($p < 0,78$), permitiendo concluir que los dos grupos son similares en cuanto al nivel de ansiedad RASGO evaluado.

Ya impartido el programa al grupo experimental, entre los dos grupos hubo una diferencia de promedios igual 2,56 puntos a favor del grupo control, no siendo significativa ($p < 0,51$). Por consiguiente, el programa no disminuyó de manera

significativa el nivel de ansiedad RASGO, referido a los AGUCI, en el grupo experimental, al ser comparado con el valor medio referido del grupo control, es decir no tuvo el efecto que se esperaba.

Al evaluar el RASGO de ansiedad referido a los AGUCI, después de haber impartido el programa al grupo experimental, en cuanto al grupo control, el promedio disminuyó 0,43 puntos, sin ser esta disminución significativa ($p < 0,12$).

Para el grupo experimental que recibió el programa, la diferencia entre antes y después de su aplicación, hubo una diferencia positiva de un punto, sin significación estadística ($p < 0,22$). **LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA N° 2 ES RECHAZADA.** Lo que comprueba que no basta con impartir información a través de un programa educativo, ya que según Gutierrez L. P, (2003) “El modelo psicológico de apoyo emocional para pacientes críticos debe incluir: Programas psicoeducativos...” (Pág.65); es decir, se debe abordar el aspecto psicológico del familiar, lo que podría ameritar la inclusión de otros profesionales de la salud especialistas en el tema de la ansiedad.

Hipótesis Específica N° 3.

Con respecto a la hipótesis específica N° 3 señala: “Existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado en su factor Estado, antes y después de la implementación de un programa educativo referido a: Aspectos relacionados al paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos.” La tabla N° 8 revela hubo una diferencia de 3,12 puntos entre los resultados de la aplicación del IDARE - E a los grupos investigados,

la cual fue POSITIVA al restar de la media del grupo experimental la media del grupo control. Sin embargo, por lo que la diferencia no fue significativa ($p < 0,37$), lo que aseguró que los dos grupos eran comparables antes de llevar a cabo el programa estipulado en el diseño de la investigación.

Posteriormente, se encontró una diferencia negativa de 8,88 puntos significativa ($p < 0,04$) entre las medias de ambos grupos (experimental menos control), una vez impartido el programa a los familiares del grupo experimental. La citada diferencia de $- 8,88$ puntos hace que el valor medio del grupo experimental sea menor que en el grupo control, por lo que el programa tuvo un efecto importante en reducir el nivel de ansiedad ESTADO referido a los APHUCI en el grupo experimental al compararlo con el grupo control.

Además, al aplicar el IDARE – E, en ocasión posterior a haber impartido el programa al grupo experimental, el valor promedio en el grupo experimental fue menor en 9,19 puntos que al inicio de la hospitalización de los familiares de ese grupo, siendo esta diferencia significativa ($p < 0,03$). En grupo control, fue de más de 2,81 puntos con relación al valor medio anterior, no siendo significativa. Por consiguiente, se debe concluir que el programa fue exitoso para disminuir el nivel de ansiedad ESTADO referido a los APHUCI. **LA HIPÓTESIS ESPECIFICA N°3 ES ACEPTADA** y coincide con lo que dice Rodas J. (2012) en su estudio en Guayaquil – Ecuador titulado: “Percepción y ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos.” En sus recomendaciones cita que el familiar que se siente bien informado, se siente más tranquilo. De esta manera

es preciso trabajar en el mejoramiento de la comunicación entre el área y los familiares de los pacientes pág 66

Hipótesis Específica N° 4.

En la hipótesis específica N°4 se planteó: “Existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado en su factor Rasgo, antes y después de la implementación de un programa educativo referido a: Aspectos relacionados al paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos.” En la tabla N° 9, se demostró que antes de aplicar el programa que hubo una diferencia positiva de promedios de 1,00 puntos al restar del promedio del grupo experimental el valor medio del grupo control, siendo esta diferencia no significativa ($p < 0,76$), así los dos grupos son similares en cuanto al nivel de ansiedad RASGO evaluado.

Luego de aplicado el programa al grupo experimental, entre los dos grupos hubo una diferencia de promedios igual 0,69 puntos a favor del grupo experimental, no siendo significativa ($p < 0,84$). Por consiguiente, el programa no disminuyó de manera significativa el nivel de ansiedad RASGO, referido a los APHUCI, en el grupo experimental, al ser comparado con el valor medio referido del grupo control, es decir no apareció el efecto que se esperaba. Al considerar el RASGO de ansiedad referido a los APHUCI, después de haber impartido el programa al grupo experimental, en cuanto al grupo control, el promedio disminuyó 0,38 puntos, sin ser esta disminución significativa ($p < 0,87$). Para el grupo experimental que recibió el

programa, la diferencia entre antes y después de su aplicación, se percibe una diferencia negativa de 0,69 puntos, sin significación estadística ($p < 0,35$).

Los resultados anteriores confirman que el programa aplicado no resultó como se había esperado. **LA HIPÓTESIS ESPECIFICA N° 4 ES RECHAZADA.** Demostrándose lo que expresan Urden, Lough, & Stacy, (2008) citan “El convencimiento de que los pacientes y sus familias tienen derecho a ser informados del diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos comprensibles sirve de base para todas las actividades educativas” (Pág. 26) y continua diciendo: “...Los individuos tienen el derecho a aceptar, adoptar o rechazar la información” (Pág. 26).

HIPÓTESIS GENERAL:

En cuanto a la hipótesis general que plantea: “Existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado en sus factores: Estado y Rasgo; antes y después de la implementación de un programa educativo referido a: Aspectos generales de la Unidad de Cuidados Intensivos y aspectos relacionados al paciente hospitalizado.” Basados en los resultados de las tablas N° 10 En lo que corresponde al Nivel de Ansiedad ESTADO, respecto a los aspectos generales (AGUCI) y de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (APHUCI) del instrumento IDARE E, se pudo conocer antes de aplicar el programa que hubo una diferencia

positiva de promedios de 3,4 puntos al restar del promedio del grupo experimental el valor medio del grupo control, siendo esta diferencia no significativa ($p < 0,36$), así los dos grupos son similares en cuanto a los aspectos generales y de los pacientes evaluados en conjunto de ansiedad investigada.

Luego de aplicado el programa al grupo experimental, entre los dos grupos hubo una diferencia de promedios igual - 7,81 puntos de menos en el grupo experimental, siendo significativa ($p < 0,009$). Por consiguiente, el programa disminuyo de manera significativa el nivel de ansiedad ESTADO, referido a los aspectos generales (AGUCI) y de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (APHUCI) en el grupo experimental, al ser comparado con el valor medio del grupo control.

Al aplicar el IDARE – E, en ocasión posterior después impartir el programa al grupo experimental, el valor promedio en el grupo experimental fue menor significativamente en 11,72 puntos ($p < 0,004$) mientras que el grupo control sólo disminuyo en promedio 0,50 siendo esta diferencia no significativa ($p < 0,83$). En consecuencia se concluye que el programa fue exitoso para disminuir el nivel de ansiedad ESTADO en función de los AGUCI y APHUCI. Lo que coincide con Sira, E. (2011) en su investigación Niveles de ansiedad presentados en dos grupos de pacientes politraumatizados, uno de los cuales recibió un programa instruccional sobre toracotomía mínima demostró que “si existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de las medias, en los grupos de pacientes de control y experimental, donde

se evidencia los beneficios proporcionados por el programa instruccional ofrecido a los pacientes.” Pág. 15

Al evaluar el Nivel de Ansiedad RASGO, en relación a los aspectos generales (AGUCI) y de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (APHUCI) por medio del instrumento IDARE – R, se estableció que antes de aplicar el programa que hubo una diferencia positiva de promedios de 1,06 puntos al restar del promedio del grupo experimental el valor medio del grupo control, siendo esta diferencia no significativa ($p < 0,78$), así los dos grupos son similares en cuanto al nivel de ansiedad RASGO evaluado.

Posterior a la aplicación del programa al grupo experimental, entre los dos grupos se halló una diferencia de promedios igual 1,62 puntos a favor del grupo experimental, no siendo significativa ($p < 0,63$). Por consiguiente, el programa no disminuyó de manera significativa el nivel de ansiedad RASGO, referido a los aspectos generales (AGUCI) y de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (APHUCI).

Por su parte en el nivel de ansiedad RASGO de los AGUCI y los APHUCI en forma conjunta, después de haber impartido el programa al grupo experimental, en el grupo control, el promedio disminuyó 0,41 puntos, sin ser esta disminución significativa ($p < 0,74$). Al considerar el grupo experimental que recibió el programa, la diferencia entre antes y después de su aplicación, fue positiva en 0,15 puntos, sin significación estadística ($p < 0,81$). Por lo tanto los resultados descritos de la

evaluación del nivel de ansiedad RASGO aseguran que el programa aplicado no dio el resultado previsto. Concordando así con lo descrito por Potter & Perry (2002) que define la ansiedad como “un fenómeno maduracional crítico relacionado con el cambio, el conflicto y la percepción del control del entorno” (pág. 247). Por lo tanto, **LA HIPÓTESIS GENERAL ES ACEPTADA EN SU FACTOR ANSIEDAD ESTADO Y ES RECHAZADA PARA SU FACTOR ANSIEDAD RASGO.**

3.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Probablemente las hipótesis específica N°2 y N° 4 referidas al nivel de Ansiedad RASGO fueron rechazadas debido a que la misma forma parte de una característica o particularidad en la personalidad del ser humano a diferencia de la ansiedad ESTADO que es momentánea y aparece según la circunstancia. Tal lo define Spielberger, C (1980) toma en cuenta dos dimensiones de la ansiedad denominadas: Ansiedad Rasgo o Ansiedad Peculiar; y Ansiedad Estado. La Ansiedad Rasgo o Ansiedad Peculiar describe “las diferencias individuales de la propensión a la ansiedad; es decir, de la tendencia a ver el mundo como algo peligroso y en la frecuencia con la cual se experimenta el estado de ansiedad durante un prolongado lapso de tiempo” (pág. 60). Y... la ansiedad Estado “se refiere a una reacción desagradable frente a una tensión específica” (pág. 60), la cual pudiera considerarse un “estado emocional transitorio” (pág. 17).

De tal manera, que la ansiedad Rasgo se desarrolla y modifica con las experiencias que los familiares del paciente politraumatizado hayan tenido o no durante sus vida y no, con la influencia de una información impartida a través de un programa educativo debido a que la percepción de amenaza o daño que éstos sientan respecto a los aspectos generales de la UCI y los Aspectos relacionados con el paciente hospitalizado son individuales y subjetivos.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El siguiente capítulo presenta las conclusiones y recomendaciones en función del objetivo general y de los objetivos específicos, después de analizados e interpretados los resultados.

1.- CONCLUSIONES.

1.1.- En relación a las características sociodemográficas de la muestra se observaron los siguientes resultados: tanto del grupo control como del grupo experimental la mayoría de edades comprendidas estuvo entre 31 a 40 años (37,5%) para el grupo control y (31,3%) para el grupo experimental). En cuanto a la distribución de familiares según el sexo pertenecen al sexo femenino (62,5%) para el grupo control y (50%) para el grupo experimental. El nivel de instrucción fue licenciatura (56,2%) para el grupo control y (43,7%) para el grupo experimental. lo que demuestra la homogeneidad de ambos grupos siendo totalmente comparables. Sin embargo en el grupo control el parentesco predominante fue de hijo o hija (43,7%) pero en el grupo experimental hermano o hermana (37,5%). Finalmente, según el tiempo de hospitalización (horas) al momento de emplear el instrumento, antes de aplicar el programa educativo resultó que el (62,5%) del grupo control, lo hizo en un tiempo transcurrido entre 7 a 12 horas y para el grupo experimental el (50,0%) fue del intervalo entre 0 a 6 horas y los resultados después de aplicado el programa educativo los familiares del grupo control, aunque no les fue impartido el programa, solo se le proporciono la información de rutina y habiendo visitado a su familiar se les solicitó

nuevamente responder el IDARE E, siendo el 62,5% intervalo de 25 a 48 horas del ingreso de sus familiares a la UCI y luego de impartir el programa al grupo experimental, el (68,8%) se aplicó el instrumento nuevamente obteniéndose entre las 19 y 24 horas.

1.2.-El factor nivel de Ansiedad ESTADO referido a aspectos generales de la UCI se obtuvo que el valor promedio en el grupo control fue de menos 3,81 al inicio de la hospitalización de los familiares de ese grupo. Esta diferencia no fue significativa ($p < 0,12$). Pero si hubo una diferencia estadísticamente significativa para el grupo experimental de menos 14,25 puntos con relación al valor medio antes de aplicarlo. Esta diferencia es muy significativa ($p < 0,001$), lo que confirma que el programa fue exitoso para disminuir el ESTADO de ansiedad a los AGUCI. **Se acepta la Hipótesis Específica N°1.**

1.3.- El factor nivel de Ansiedad RASGO referido a aspectos generales de la UCI se evidencian los resultados que después de haber impartido el programa al grupo experimental, en cuanto al grupo control, el promedio disminuyó 0,43 puntos, sin ser esta disminución significativa ($p < 0,12$). Mientras que para el grupo experimental que recibió el programa, la diferencia entre antes y después de su aplicación, hubo una diferencia positiva de un punto, sin significación estadística ($p < 0,22$). **Se rechazada la Hipótesis específica N° 2.**

1.4.- El factor nivel de Ansiedad ESTADO referido a aspectos relacionados con el paciente hospitalizado en la UCI se demostró que en ocasión posterior a haber impartido el programa al grupo experimental, el valor promedio en el grupo experimental fue menor en 9,19 puntos que al inicio de la hospitalización de los familiares de ese grupo, siendo esta diferencia significativa ($p < 0,03$). En grupo

control, fue de más de 2,81 puntos con relación al valor medio anterior, no siendo significativa. Por consiguiente, se debe concluir que el programa fue exitoso para disminuir el ESTADO de ansiedad en función de los APHUCI. **Se acepta la Hipótesis específica N° 3.**

1.5.- El factor nivel de Ansiedad RASGO referido a aspectos relacionados con el paciente hospitalizado en la UCI se demostró que después de haber impartido el programa al grupo experimental, en cuanto al grupo control, el promedio disminuyó 0,38 puntos, sin ser esta disminución significativa ($p < 0,87$). Para el grupo experimental que recibió el programa, la diferencia entre antes y después de su aplicación, se percibe una diferencia negativa de 0,69 puntos, sin significación estadística ($p < 0,35$). Los resultados anteriores confirman que el programa aplicado no resultó como se había esperado. **Se rechaza la Hipótesis específica N° 4.**

1.6.- Finalmente, para la variable nivel de ansiedad Estado - Rasgo antes y después de impartir un programa educativo referido a aspectos generales de la Unidad de Cuidados Intensivos (AGUCI) y Aspectos relacionados con el paciente hospitalizado (APHUCI) se concluye que el programa fue exitoso para disminuir el nivel de ansiedad ESTADO en función de los AGUCI y APHUCI representado con el 11,72 puntos ($p < 0,004$) para el grupo experimental y 0,50 para el grupo control. **LA HIPÓTESIS GENERAL ES ACEPTADA EN SU FACTOR ANSIEDAD ESTADO.** Por su parte en el nivel de ansiedad RASGO de los AGUCI y los APHUCI Al considerar el grupo experimental que recibió el programa, la diferencia entre antes y después de su aplicación, fue positiva en 0,15 puntos, sin significación estadística ($p < 0,81$). Por lo tanto los resultados descritos de la evaluación del nivel de ansiedad RASGO aseguran que el programa aplicado no dio el resultado previsto. **LA HIPÓTESIS GENERAL ES RECHAZADA PARA SU FACTOR ANSIEDAD RASGO.**

2.- RECOMENDACIONES.

En función de los resultados obtenidos en esta investigación sobre el nivel de ansiedad estado y rasgo en los familiares del paciente politraumatizado antes y después de aplicar un programa educativo referido a: aspectos generales de la UCI y aspectos relacionados con el paciente. Se recomienda:

2.1- Informar los resultados de la investigación a la Gerencia de Enfermería, coordinadora docente y supervisora de la UCI del Centro Policlínico Valencia (CPV).

2.2.- Proponer el Programa educativo como parte del componente de extensión en la Escuela de Enfermería “Dra. Gladys Román de Cisneros” de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.

2.3.- Difundir la investigación en eventos científicos: Congresos, Jornadas, entre otros.

2.4.- Publicar los resultados del estudio en revistas indexadas.

2.5.- Realizar estudios continuados tomando como base el instrumento de esta investigación y evaluar la proyección en otros ámbitos y escenarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A, D. S. (2006). *sobre las vivencias de los familiares del paciente crítico*. enfermería al día.
- Araujo M, J., & Brunet I, I. (2012). *Compromiso y competitividad ben las organizaciones*. Tarragona - España: Publicaciones URV.
- Arias, J., Aller, M., Miranda, E., Arias, J., & Lorente, L. (2004). *Propedéutica Quirúrgica*. Madrid: Tébar S.L.
- Asociación civil para la Prevención de accidentes y apoyo a sus Víctimas, ASOTRANSITO. (2012). *La seguridad Vial un problema de todos*. Caracas: Asotransito.
- Baeza, J. C., Balanger, G., Belchi , I., Coronas, M., & Gillamón, N. (2008). *Higiene y revención de la Ansiedad*. España: Díaz de santos.
- Becerra Medina, D. F., Castro Jiménez, E., Suarez Figueroa, L. C., & Espitia Ojeda, Z. Y. (2011). *Programa de educación a familiares del Paciente que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos de adulto "UCI Amiaga Acompañame"*. Ucaremangoa (Colombia).
- Bermudez, G. (2010). *¿Qué es Educación?* Indiana - EEUU.: Author House.
- castro, Y. (1999). *formación cívica y ética*. Mexico: Li Musa.
- Casmeller, V. (1998). *Factores estresantes, estrés y manejo del estres*. madrid: Macgraw-hill.
- Corporación de Desarrollo de lña Región Central (Corpocentro). (2010). *Dosier Estado Carabobo*. Caracas, Distrito capital, Venezuela.
- Definición.de. (09 de Septiembre de 2012). Obtenido de DEFINICION de: <http://definicion.de/ansiedad/#ixzz2KWzljsoo>
- Díaz Sánchez, G. (2006). *Vivencia de los Familiares de Pacientes Críticos* . *Enfermería al día*, 26.
- Ellis, A. (2000). *Cómo Controlar la Ansiedad Antes de que le Contrtole a Usted*. España: Paidos Ibérica, S.A.

- Feo, R. (2010). Orientaciones Básicas para el Diseño de Estrategias Didácticas. *Tendencias Pedagógicas. N° 16*, 221-2236.
- Francisco de prado, p. a. (2001). *ENFERMERIA Y URGENCIAS*. MADRID: CASTELLÓ.
- Fuller, J. (2008). *Instrumentación Quirúrgica*. México: Medica Panamericana.
- García Arias, M. P. (2012). Ansiedad de los familiares de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados intensivos. *zaguan.unizar.es*, 42.
- García H., V., & Barrio M., J. M. (1994). *Problemas y Métodos de Investigación en educación personalizada*. Madrid: Rialp, S.A.
- García M., A., Sáez c., J., & Escarbajal D., A. (2000). *Educación para la Salud*. Madrid: Arán ediciones S.A.
- García, M. (2012). ansiedad de los familiares de los pacientes ingresados en una UCI. Zaragoza, España.
- García, M., Satústegui, D., & Pedro, J. (2012). *Ansiedad en los Familiares de los Pacientes Ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos*. Zaragoza: S/E.
- Gispert, C. (1997). *Manual de Enfermería*. Barcelona, España: Oceano/Centrum.
- Gómez Carretero, P., Soriano Pastor, J. F., & Monsalve, V. (2009). Satisfacción con la información: posible variable interviniente en el estado de ánimo de cuidadores primarios de pacientes críticos. *Clínica - Salud*, 91-105.
- González L., Felicia. M. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. Cuba: Ciencias Médicasd.
- González O., V. (2003). *Estrategias de Enseñanza y Aprendizajes*. México: Pax méxico.
- González, P. (2004). Estilos de afrontamiento y Nivel de Estrés. *interpsiqui 2004. 5° congreso virtual de psiquiatria* (pág. 9). España: psiquiatria.com.
- Gutierrez L., P. (2003). *Procedimientos en la Unidad de Cuidados Intensivos*. Mexico: MacGraw_Hill.

- Gutierrez, P. (2010). *Protocolos y Procedimientos en el paciente crítico*. Mexico: El Manual Moderno.
- Hurtado L., I., & Toro G., J. (2007). *Paradigmas y Métodos de Investigación en Tiempos de Cambio*. Caracas: CEC, SA.
- Icart I., M. T., Fuentelsaz G., C., & Pulpón S., A. (2006). *Elaboración y presentación de un Proyecto de Investigación y una Tesina*. Barcelona: Universitat Barcelona.
- Jarne, A., Talar, A., Armayones, M., Horta, E., & Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: UOC.
- Jiménez Gallardo, N., Dula García, I., Pérez Fernández, M., & Fernández, F. (2004). Calidad en la atención e información. 22-25.
- Landeau, R. (2007). *Elaboración de Trabajos de Investigación*. Caracas: Alfa.
- Lemus, N., & Linares , I. (1988). *Stress ocupacional*. Venezuela: 1° Edición.
- Long, B., Phipps, W., & Cassmeyer, V. (1997). *Enfermería Medico Quirúrgica un enfoque del proceso de Enfermería*. Barcelona: Harcourt / Mosby.
- López O., A. (1995). *Estrategia para el desarrollo sostenible*. Madrid: UICN (Unión Mundial para la conservación de la Naturaleza y los recursos Naturales).
- Lorenzo, P., Moreno, A., Lisazoain, I., Moro, M., Portolés, A., & Velazquéz. (2008). *Farmacología Básica y Clínica*. Buenos aires. Madrid.: Medical Panamericana.
- Martínez López, J. (2011). *TCAE en la Unidad de Cuidados Intensivos*. España: Vértice.
- Mejías, M., & Delgado, H. (2010). *Interacción del personal de enfermería con los familiares del paciente politraumatizado y su relación con el nivel de estrés de los familiares*. Acarigua, Vanezuela: portalesmedicos.com.
- Mohammad N., N. (2005). *Metodología de la Investigación*. México: Limusa.
- Mora, F. (2009). *Guía Rápida para los equipos de emergencias extrahospitalarias*. Madrid. España: Arán.

- Moro, Perez, & Burgos, (1999) *Cirugia Ortopedica y Traumatologia*. Madrid : Panamericana.
- Moya Marín, P., & Fernández de Diego, M. (2011). *Ventilación Mecánica Manual Para Enfermería*. España: Bubok Publishing S.L.
- Mozo García, A., Sánchez, R. F., & Amorós C., C. (2010). Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 20 - 27.
- Oblitas G., L. A. (2010). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Cengage Learning.
- OMS. (2009). *Sobre Higiene de las Manos en la Atención de la Salud*. Geneva - Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). traumatismos causados por el tránsito. *WHO Media centre*, 358.
- Organización Mundial de la salud. (2009). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>
- Ortíz U., F. (2004). *Diccionario de metodología de la Investigación Científica*. México: Limusa.
- Pardavila Belio, V. C. (2011). Necesidades de la Familia en las unidades de cuidados intensivos. revision de la literatura. *Revista enfermeria intensiva, Volumen 23, Issue 2*, 51 - 67.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2002). *Fundamentos de Enefrmería, Volumen I*. Madrid. España: Harcourt, S.A.
- Potter, P., Perry, A., Casado, F., & Derev, M. (2001). *Fundamentos de Enfermería*. Madrid, España: S.A. Elsevier.
- Rodas J. (2012) *Percepción y ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos*. Guayaquil – Ecuador.
- Rigol Cuadra, A., & Ugalde Apalategui, M. (2001). *Enfermería de salud Mental y Psiquiatría*. Barcelona (España): Elsevier Masson.
- Ruza Tarrio, F. (2010). *Tratado de Cuidados intensivos pediátrico*. Madrid. España: Norma-Capitel.

- Santos Ramos, B., & Guerrero Aznar, M. D. (1994). *Administración de Medicamentos*. Madrid - España: Díaz de Santos.
- Sira, E. & Guevara B. (2011). *Niveles de ansiedad presentados en dos grupos de pacientes politraumatizados, uno de los cuales recibió un programa instruccional sobre toracotomía mínima*. Valencia, Carabobo, Venezuela
- Spielberger, C. (1980). *Tensión y Ansiedad*. Mexico: Tierra Firme.Harla S.A de C.V.
- Tamayo , M. (2004). *El Proceso de la investigación Científica*. México: Limusa.
- Torres M., A., & Ortiz B., I. (1997). *Cuidados Intensivos Respiratorios para Enfermería*. Barcelona: Springer - Varlag Ibérica.
- Urder, L., Lough, M., & Stacy, K. (2008). *Cuidados Intensivos en Enfermería* (Vol. 1). Madrid. España.: Harcourt.
- Vargas J., E., & Aguilar G., E. L. (2011). Niveles de estrés en los familiares de los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos de un hospital general . *Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 5, Número 1*, 35 - 40.
- Yépez, Y. (2009). *Comunicación que establece el Profesional de Enfermería con los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. José gregorio Hernández*. Caracas: S/E.

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA



AREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO MAESTRIA DE ENFERMERIA CUIDADO
INTEGRAL AL ADULTO CRITICAMENTE ENFERMO
VALENCIA - VENEZUELA

PARTE I DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

A continuación se presenta una serie de ítems sobre datos demográfico responda colocando una (X) en el espacio indicado _____.

EDAD:

- Entre 18 – 30 años _____
- Entre 31 – 40 años _____
- Entre 41 – 50 años _____
- Entre 51 – 60 años _____
- > de 60 años _____

NIVEL ACADÉMICO:

- Primaria Aprobada: _____
- Bachiller 3er año aprobado: _____
- Bachiller 5º año aprobado: _____
- Técnico Superior _____
- Licenciado _____
- Otro: (especifique): _____

SEXO:

- Femenino: _____
- Masculino: _____

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE

- 0 a 6 hrs.: _____
- 7 a 12 hrs.: _____
- 13 a 18 hrs.: _____
- 19 a 24 hrs.: _____
- 2 días _____
- 3 días _____
- > ó = 4 días: _____

PARENTESCO:

- Padre: _____ Madre: _____
- Esposo: _____ Esposa: _____
- Hijo: _____ Hija: _____
- Hermano: _____ Hermana: _____
- Sobrino: _____ Sobrina: _____
- Otros, (Especifique): _____

MOTIVO DE INGRESO DEL PACIENTE A LA UCI:

¿Ha tenido experiencia de pacientes hospitalizados en la UCI?

Si: _____ No: _____

¿Ha tenido contacto con el paciente desde que ingresó a la UCI?

Si: _____ No: _____

PARTE II: INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO - RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan habitualmente para describirse a si mismo.

- a) No hay respuestas buenas ni malas.
- b) No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación.
- c) **Por favor responda todas las preguntas.**
- d) Marque con una X según la respuesta que considere corresponde con lo que **Usted SIENTE EN ÉSTE MOMENTO.**

N°	PREGUNTA	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1	Me siento calmado				
2	Me siento seguro				
3	Estoy tenso				
4	Estoy contrariado				
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6	Me siento alterado				
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8	Me siento descansado				
9	Me siento angustiado				
10	Me siento confortable				
11	Tengo confianza en mí mismo				
12	Me siento nervioso				
13	Estoy inquieto				
14	Me siento muy "atado" (como oprimido)				
15	Estoy relajado				
16	Me siento satisfecho				
17	Estoy Preocupado				
18	Me siento aturdido e intranquilo				
19	Me siento alegre				
20	En este momento me siento bien				

- e) Marque con una X según la respuesta que considere corresponde con lo que **Usted SIENTE FRECUENTEMENTE O GENERALMENTE**

N°	PREGUNTA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21	Me siento bien				
22	Me canso rápidamente				
23	Siento ganas de llorar				
24	Me gustaría ser tan feliz como otros				
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
26	Me siento descansado				
27	Soy una persona tranquila y serena				
28	Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30	Soy feliz				
31	Suelo tomar las cosas con mucha seriedad				
32	Me falta confianza en mí mismo				
33	Me siento seguro				
34	No suelo afrontar las crisis o dificultades				
35	Me siento triste				
36	Estoy satisfecho				
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
38	Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado				

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____

CI.: _____ Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____

Domiciliado (a) en: _____

Mayor de edad en uso pleno de mis facultades mentales declaro que participo de manera voluntaria y sin que medie coacción alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, duración, propósito, beneficios relacionados con la investigación titulada: “NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO ACERCA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS” llevado a cabo por la licenciada: Andreína Medina. Titular de la Cedula de Identidad número: 14.162.928 como requisito exigido en la Maestría de Enfermería de la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, **declaro mediante la presente:**

- 1.- Haber sido informado (a) de manera objetiva, clara y sencilla, por parte de la Investigadora Lcda. Andreina Medina estudiante de la maestría, de todos los aspectos relacionados con la Investigación arriba mencionada.
- 2.- Haber sido informado (a) de que mi actuación en la investigación consiste en participar en un Programa Educativo acerca de la Unidad de Cuidados intensivos de la institución privada: Centro Policlínico Valencia.
- 3.- Que la información que suministre antes y después del Programa Educativo, serán utilizada solo para fines investigativos y que será conocida por la investigadora y la tutora, y que la misma será destruida una vez que se obtengan los resultados de la investigación.
- 4.- Que estoy de acuerdo en el uso, para fines académicos y publicaciones científicas, de los resultados obtenidos en el presente estudio.
- 5.- Que no percibiré remuneración económica por participar en esta investigación.
- 6.- Que podré retirarme voluntariamente en el momento que lo estime necesario.

Luego de haber leído, comprendido y aclarado mis dudas y por cuanto mi participación en este estudio es totalmente voluntaria firmo:

Nombre y Apellido: _____ **CI.:** _____ **Firma.:**

En Valencia, a los _____ días del mes de _____ de 2016



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
AREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA DE ENFERMERIA CUIDADO
INTEGRAL AL ADULTO CRITICAMENTE ENFERMO
VALENCIA – VENEZUELA**



Programa Educativo

**Facilitadora: Licda. Andreina Medina
Tutora: Profesora Dra. Marianela Mejías.**

Valencia; Enero 2016

Unidad I: Aspectos Generales de la UCI

Área: Unidad de Cuidados Intensivos – Sala de Espera.

Facilitador (a): La investigadora

OBJETIVO GENERAL: Sistematizar los conocimientos acerca de la Unidad de Cuidados Intensivos en su factor:
Aspectos generales de la Unidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS METODOLOGICAS	EVALUACION
<p>Informar acerca de los Aspectos Generales de la UCI</p>	<p>*Normativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De las Visitas. - Medidas de asepsia y antisepsia al ingresar el familiar a la UCI <p>*Equipos de Electromedicina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ventilador - Monitores - Bombas de Infusión 	<p style="text-align: center;">*Del Facilitador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentar el objetivo. - Proporcionar la información y asesorar - Entregar el material de apoyo: folleto (díptico) y Presentación del Álbum - Guiar la dinámica grupal. - Hacer conclusiones del objetivo. <p style="text-align: center;">*De los Participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participar en la dinámica grupal. - Hacer preguntas. - Observación y lectura del material de apoyo : Folleto (díptico) <p style="text-align: center;">*Recursos:</p> <p>Humano: - Facilitador/ investigadora. - Familiares del Paciente Politraumatizado - Supervisora de Enfermería de la UCI - Personal de seguridad de la institución</p> <p>Materiales: - Álbum fotográfico. - Folleto (Dípticos) - Bolígrafos - Hojas Blancas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Por la presentación escrita del instrumento elaborado. - Participación individual en la dinámica grupal.

Unidad II: Aspectos Relacionados con el Paciente.

Área: Unidad de Cuidados Intensivos – Sala de Espera.

Facilitador (a): La investigadora

OBJETIVO GENERAL: Sistematizar los conocimientos acerca de la Unidad de Cuidados Intensivos en su factor:
Aspectos Relacionados con el Paciente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS METODOLOGICAS	EVALUACION
<p style="text-align: center;">Informar acerca de Aspectos Relacionados con el Paciente</p>	<p>* Exámenes de Laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> - De Rutina. - Y especiales <p>* Medios Invasivos que Porta el Paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Catéter de: - Intubación gástrica - Vesical - Endovenoso (Vía Central) - Tubo Endotraqueal (TET) - Tubo Torácico 	<p style="text-align: center;">*Del Facilitador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentar el objetivo. - Proporcionar la información y asesorar - Presentación del Álbum Fotográfico. - Guiar la dinámica grupal. - Hacer conclusiones del objetivo. <p style="text-align: center;">*De los Participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participar en la dinámica grupal. - Hacer preguntas. - Observación y lectura del material de apoyo : Álbum fotográfico <p style="text-align: center;">*Recursos:</p> <p>Humano: - Facilitador/ investigadora. -Familiares del Paciente Politraumatizado -Personal de Enfermería de la UCI (supervisora) - Personal de seguridad de la institución</p> <p>Materiales: -Álbum fotográfico. -Folleto (Dípticos) -Bolígrafos -Hojas Blancas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Por la presentación escrita del instrumento elaborado. -Participación individual en la dinámica grupal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias, J., Aller, M., Miranda, E., Arias, J., & Lorente, L. (2004). *Propedéutica Quirúrgica*. Madrid: Tébar S.L
- Feo, R. (2010). Orientaciones Básicas para el Diseño de Estrategias Didácticas. *Tendencias Pedagógicas*. N° 16, 221-2236
- Fuller, J. (2008). *Instrumentación Quirúrgica*. México: Medica Panamericana.
- Gutierrez, P. (2010). *Protocolos y Procedimientos en el paciente crítico*. Mexico: El Manual Moderno
- Martínez López, J. (2011). *TCAE en la Unidad de Cuidados Intensivos*. España: Vértice.
- Moya Marín, P., & Fernández de Diego, M. (2011). *Ventilación Mecánica Manual Para Enfermería*. España: Bubok Publishing S.L.
- OMS. (2009). *Sobre Higiene de las Manos en la Atención de la Salud*. Geneva - Suiza: OMS.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2002). *Fundamentos de Enfermería, Volumen I*. Madrid. España: Harcourt, S.A.
- Ruza Tarrío, F. (2010). *Tratado de Cuidados intensivos pediátrico*. Madrid. España: Norma-Capitel.
- Santos Ramos, B., & Guerrero Aznar, M. D. (1994). *Administración de Medicamentos*. Madrid - España: Díaz de Santos.
- Torres M., A., & Ortiz B., I. (1997). *Cuidados Intensivos Respiratorios para Enfermería*. Barcelona: Springer - Varlag Ibérica.
- Urder, L., Lough, M., & Stacy, K. (2008). *Cuidados Intensivos en Enfermería* (Vol. 1). Madrid. España.: Harcourt.