

# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE ENFERMERIA  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

**Impacto de una Estrategia Educativa dirigida  
a Enfermeras Peditras para Disminuir la  
Ansiedad en los Padres de Recién Nacidos  
Hospitalizados en la UCIN**

## TESIS

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER  
EL GRADO DE:

**MAESTRA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA**

PRESENTA:

**Dolores Eunice Hernández Herrera**

DIRIGIDO POR:

**M.C. Sergio Flores Hernández**

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO., DICIEMBRE DEL 2000

No. Reg. A64620

Clas. TS

610.730692

H557i



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Enfermería  
Maestría en Ciencias de Enfermería

Impacto de una estrategia educativa dirigida a enfermeras pediatras  
para disminuir la ansiedad en los padres de recién nacidos  
hospitalizados en la UCIN

## TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

## MAESTRA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

**Presenta:**

Dolores Eunice Hernández Herrera

**Dirigido por:**

M.C. Sergio Flores Hernández

## SINODALES

M.C. Sergio Flores Hernández  
Presidente

M.C. Ma. Alejandra Hernández Castañón  
Secretario

Dr. José Ambrosio Ochoa Olvera  
Vocal

M.C. Nicolás Camacho Calderón  
Suplente

M.C. Ana Laura Quintero Crispín  
Suplente

Lic. Aurora Zamora Mendoza  
Director de la Facultad

  
Firma

  
Firma

  
Firma

  
Firma

  
Firma

Dr. Sergio Quesada Aldana  
Director de Investigación y  
Posgrado

## RESUMEN

**Introducción.** Con la finalidad de ayudar a los padres que tienen un hijo hospitalizado en la UCIN se realizó este estudio a través de la capacitación de enfermeras pediatras para mejorar la interacción con los padres a través de acciones como comunicación, empatía, y simpatía para disminuir la ansiedad que presentan estos por el internamiento de su hijo.

**Objetivo.** Evaluar el impacto de una estrategia educativa dirigida a enfermeras pediatras con enfoque en la relación de ayuda para disminuir la ansiedad en los padres de recién nacidos hospitalizados en UCIN.

**Material y Métodos.** Se realizó un ensayo de campo. La muestra fue de 50 padres en la etapa basal y 50 padres en la etapa postintervención. La intervención educativa consistió en un curso taller dirigido a enfermeras pediatras de la UCIN. Se utilizó un cuestionario semiestructurado para evaluar la relación de ayuda y el inventario de ansiedad rasgo- estado (IDARE SXE) para evaluar la ansiedad de los padres en el momento del internamiento.

**Resultados.** Se encuestaron a 50 padres en la etapa basal y 50 padres en la etapa de intervención. No hubo diferencias significativas en las características de los padres de ambos grupos en cuanto a parentesco, edad, sexo, escolaridad, estado civil ni en cuanto al tamaño de la familia y nivel socioeconómico. Tampoco hubo diferencias significativas en las características de los recién nacidos en antecedentes prenatales, natales, fallecimiento de algún hermano y motivo de hospitalización. En ambos grupos los padres estuvieron preocupados por el estado de salud de su hijo. Al evaluar la relación de ayuda se encontraron diferencias significativas en la etapa postintervención ( $p < 0.001$ ) en aspectos de comunicación, empatía y simpatía. La ansiedad situacional que presentaron los padres fue en el grado alto 32% para la etapa basal y 8% en la etapa postintervención, en el grado bajo 0% en la etapa basal y 24% en la etapa postintervención ( $p < 0.001$ ).

**Conclusiones.** La relación de ayuda a los padres de los recién nacidos por parte de la enfermera mejora la interacción con ellos y disminuye la ansiedad situacional.

**Palabras clave:** Enfermera pediatra, padres, UCIN, relación de ayuda, ansiedad.

## SUMMARY

**Introduction.** The existence of the New-borns Intensive Care Units (UCIN) has allowed a longer life for new-borns in high risk. It is known that the environment in the UCIN is stressing for both kids and their families, and this is why it is important to establish a relationship of help. Parents see in the nurse a member of the health staff with experience to take care of their kid. In other countries there are help programs for parents with kids in a UCIN which help them to overcome this crisis.

**Objective.** To evaluate the impact of an educational strategy directed to paediatrician nurses focused on the relationships of help in order to decrease anxiety in parents with new-borns in a UCIN.

**Material and methods.** A fieldwork was done. Paediatrician nurses from a UCIN in a Regional Hospital participated in an educational operation which consisted of a workshop, advising and case discussion. Nurses were interviewed about knowledge and actions (communication, empathy, and solidarity) on the relationships of help to parents with kids in the UCIN. To determine the help received by parents from nurses, and their anxiety state (anxiety-feature-state AFS) 100 fathers and/or mothers were interviewed (50 in the basal stage and 50 in the post-operation stage).

**Results.** The paediatrician nurses had an average of 5 years of experience working in a UCIN and most of the accepted the insufficient help given to parents. Features of the interviewed parents (kinship, age, schooling, marital status, family size, social and economical level) and of the hospitalised kids (record, reason for being hospitalised) were not statistically different (basal group vs. subsequent) among the parents' help necessity, their worry about the kid's health was emphasised (evolution and complications). They also expressed their necessity for information and support from the health staff and from their relatives in both groups. The help and support given by the nurses to parents with hospitalised children in UCIN before and after the operation was different in communication, empathy, and solidarity ( $p < 0.001$ ). The rate of anxious parents was lower after the operation directed to the nurses. The differences between the basal group and the subsequent group were in the high level (32% vs. 8%) and in the low level (0.0% vs. 24%). From the twenty items included in the IDARE, 18 had statistically significant differences ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions.** When the nurse adopts a warmth and respectful attitude and when she is comprehensive and empathic, she gives a better care and she manages to decrease situational anxiety in parents with new-borns hospitalised in the UCIN. It is necessary to implement strategies directed to the health staff in order to give support to parents with kids in a high risk .

**Key words.** paediatrician nurse, parents, UCIN, relationship of help, anxiety.

## DEDICATORIAS

### **A Carlos mi esposo**

Por todo lo que hemos compartido juntos

### **A Libni y Génesis mis hijas**

Por su amor y por el tiempo que les he sacrificado

### **A mis padres y hermanos**

Por su apoyo y aliento en todo momento

## **AGRADECIMIENTOS**

### **Al Dr. Sergio Flores Hernández**

Por transmitirme sus conocimientos y experiencia además de su entusiasmo para el logro de este trabajo.

### **A las autoridades del I.M.S.S. y personal de enfermería**

En especial a las enfermeras pediatras y jefe de piso del turno matutino del servicio de neonatología que con su colaboración hicieron posible el presente estudio

# ÍNDICE

	<b>Página</b>
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iv
Agradecimientos	v
Índice	vi
Índice de cuadros	viii
Índice de figuras	ix
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Importancia del estudio	3
1.3.Objetivos	4
<b>1.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA</b>	<b>5</b>
2.1 Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)	5
2.2 Características Generales de la UCIN	5
2.3 Criterios de admisión de un RN a la UCIN	6
2.4 Participación de los progenitores	6
2.5 La familia	8
2.6 La relación de ayuda	11
2.7 Investigaciones relacionadas con la relación de ayuda y la ansiedad	14
<b>III. METODOLOGÍA</b>	<b>16</b>
3.1 Diseño	16
3.2 Sujetos de estudio	16
3.3 Métodos y técnicas de recolección de datos	17
3.4 Procedimiento	19

3.5 Plan de análisis	19
3.6 Ética del estudio	19
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	20
4.1 Resultados	20
4.2 Discusión	32
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	39
5.1 Conclusiones	39
5.2 Recomendaciones	40
LITERATURA CITADA	42
APÉNDICE	45
1. Operacionalización de variables	47
2. Cuestionario	50
3. IDARE	55
4. Algoritmos de relación de ayuda	57
5. Guía para la implementación de la estrategia educativa	60
5 A. Casos	64
5 B. Guía de solución de casos	70
6. Carta de consentimiento informado (enfermera)	72
7. Carta de consentimiento informado (padres)	74

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro</b>		<b>Página</b>
1	Características de los niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	22
2	Características de los padres de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	23
3	Preocupaciones de los padres de los niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	25
4	Percepción y necesidades de ayuda por parte de los padres de los niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	26
5	Relación de ayuda de enfermería a padres de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	28

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>		<b>Página</b>
1	Grado de ansiedad de los padres en el momento de la hospitalización del recién nacido en la UCIN	29
2	Satisfacción y opinión de los padres respecto a la atención recibida por parte de la enfermera	31

## I. INTRODUCCIÓN

En el seno de cada familia existen cambios en su ciclo de vida que pueden ocasionar presiones socioeconómicas y culturales que les producen ansiedad. La respuesta al estrés depende de los recursos y de las redes de apoyo. Un momento de crisis es la llegada de un nuevo hijo. La madre desde que inicia el embarazo sufre cambios que pudieran alterar la funcionalidad de la familia. La capacidad de adaptación de la familia puede ser afectada al enfrentarse al nacimiento de un recién nacido críticamente enfermo que constituye una crisis para los padres conduciéndolos a un grado mayor de ansiedad y una necesidad de apoyo emocional. (Hernández 1997 datos sin publicar )

Los padres que tienen un hijo hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) se sienten atemorizados o angustiados al visitarlo, ver los equipos altamente tecnificados que lo rodean, encontrarse en un medio ambiente extraño y hostil así como un personal de salud que no conocen; y un pronóstico incierto de su hijo, son situaciones que aumentan su ansiedad.

Se reconoce la necesidad de apoyo emocional a los padres que sufren de ansiedad o estrés al enfrentarse ante un internamiento de su hijo, particularmente en la UCIN, donde la participación de la enfermera pediatra es fundamental para ayudar a los padres en el manejo de la crisis que experimentan. La enfermera como parte integrante del equipo de salud y la que mejor conoce al recién nacido se encuentra en circunstancias claves para apoyarlos y así cumplir con su objetivo de dar una atención integral al paciente y a su familia.

### 1.1 Planteamiento del problema

Avery (1993) refiere que los adelantos en la asistencia neonatal han hecho posible que el número creciente de Recién Nacidos (RN) enfermos y prematuros sean tratados satisfactoriamente. El neonato considerado de alto

riesgo es ingresado en la UCIN, la intimidad del parto se convierte en una emergencia médica compartida con extraños. Los días que siguen al internamiento, los padres deben adaptarse a un medio ambiente extraño y a un lenguaje especializado que pocos han escuchado con antelación. Muchos se encuentran en ciudades y hospitales desconocidos, dependientes de personas que no conocen por problemas que no comprenden, lo cual los lleva a una pérdida del control de su papel de padres y una suspensión de la normalidad.

Marshall (1981), afirma que aun cuando se han permitido las visitas de los padres en la UCIN, la mayoría de los progenitores continúan sufriendo estrés emocional severo. Meyer (1995) y Redshaw (1995) demostraron la existencia de estrés en las madres de los recién nacidos prematuros que son ingresados en la UCIN, independientemente de características del RN como: la necesidad de apoyo ventilatorio, el peso, la edad gestacional o de la madre como: el estado socioeconómico o si habían tenido otro hijo internado en un medio hospitalario. El estrés en las madres es común y requiere de ayuda psicológica.

En un estudio realizado en la UCIN de un Hospital de Seguridad Social en el estado de Querétaro (Hernández 1997, datos sin publicar) se relacionó el grado de ansiedad y la necesidad de apoyo emocional en 50 padres. Se encontró que un 40% de los padres presentaron un grado alto de ansiedad al enfrentar el internamiento del RN. El grado de ansiedad se relacionó con experiencias previas y con el desconocimiento del nombre del médico y la enfermera que se encuentra al cuidado de su hijo, a pesar de haber recibido información sobre su hijo por parte de ellos ( $p < .05$ ).

Algunos investigadores como Jover (1995) han utilizado la relación de ayuda en enfermería, por medio de la capacitación a las enfermeras en el ingreso hospitalario y refiere que mejora el bienestar del paciente después del contacto con la enfermera ( $p < 0.001$ ) y disminuye la ansiedad ( $p < 0.01$ ), concluyendo que la calidad de la atención de enfermería se eleva al aplicar este tipo de ayuda.

En el caso de un recién nacido críticamente enfermo y sus padres es importante establecer una relación de ayuda ya que atraviesan por una crisis. La enfermera que realiza su práctica asistencial en la UCIN puede ser capacitada para mejorar la comunicación y disminuir la ansiedad en los padres.

Considerando que es importante implementar una estrategia educativa enfocada en la relación de ayuda a los padres de los recién nacidos en la UCIN a través de la capacitación de las enfermeras pediatras para mejorar la relación y disminuir la ansiedad en los padres, se busco saber:

***¿Cuál es el impacto de una estrategia educativa enfocada en la relación de ayuda, dirigida a enfermeras pediatras para disminuir la ansiedad de los padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN?***

## **1.2 Importancia del estudio**

La enfermera que trabaja con neonatos en estado crítico, se encuentra en la posición adecuada para proporcionar a los padres una relación de ayuda ya que pasa más tiempo con el recién nacido proporcionándole los cuidados que requiere y con los padres al momento de la visita, por lo que su capacitación en este proceso es importante para establecer una interacción favorable con los padres.

Al capacitar al personal de enfermería en el desarrollo de habilidades que le permitan mejorar la comunicación y establecer un sentimiento de empatía con los padres permitirá brindar apoyo en la crisis de ansiedad que presentan y disminuirá ésta. La enfermera ayudará y orientará a los padres para que utilicen sus recursos y capacidades en resolver de manera adecuada los problemas que enfrentan y tratar de conservar la funcionalidad de la familia.

Por otra parte los beneficios para la institución al proporcionar a los padres un cuidado holístico (RN-padres) se verá reflejado en una atención de

calidad, contribuyendo así al objetivo del Instituto Mexicano del Seguro Social de proporcionar satisfacción al derechohabiente.

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 General**

Evaluar el impacto de una estrategia educativa dirigida a enfermeras pediatras con enfoque en la relación de ayuda, para disminuir la ansiedad en los padres de los recién nacidos hospitalizados en la UCIN.

#### **1.3.2 Específicos**

1ª Fase Exploratoria:

Identificar las necesidades de ayuda en los padres por parte de la enfermera

2ª Fase Intervención:

Medir el impacto de una estrategia educativa dirigida a las enfermeras pediatras en:

a) una relación de ayuda a través de la comunicación, la empatía, la simpatía que reciben los padres por parte de la enfermera durante la hospitalización del recién nacido

b) el grado de ansiedad de los padres durante el internamiento de su hijo

## **II. REVISIÓN DE LITERATURA**

### **2.1 Unidad De Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)**

En los Servicios de Salud surgió el cuidado intensivo neonatal entendido como “el estudio constante y manejo continuo del recién nacido críticamente enfermo”. (Lozano, 1990). La UCIN nace aproximadamente hace 30 a 35 años y se establece que es el área donde se realizan acciones médicas y de enfermería para preservar la salud de recién nacidos que presentan manifestaciones clínicas de enfermedad o que son categorizados de alto riesgo. (Jasso, 1995)

### **2.2 Características generales de la UCIN**

En los últimos diez años las UCIN que existen en los hospitales del sector salud en México tienen características más o menos similares y con tendencia, según posibilidades de recursos físicos, materiales y humanos, a estructurarlas con base a los requerimientos que exigen el segundo y tercer nivel de atención; en este último existen dos modalidades de UCIN, aquellas que se ubican en los hospitales de ginecobstetricia y las de los hospitales pediátricos de alta especialidad.

Cada una tiene ventajas y desventajas, por ejemplo, la dotación de equipo físico y sobre todo humano, resultaría costosa en un hospital ginecobstétrico que tratará de resolver todos los problemas que demanda la patología neonatal inmediata, en contrapartida, con un hospital pediátrico que cuenta con todos estos recursos, y que carece del enlace necesario y natural que existe entre el embarazo, el parto y el período neonatal inmediato.

Las UCIN ubicadas en hospitales de segundo nivel de atención tienen como característica fundamental la de integrar los servicios gineco-obstétricos y pediátricos y como característica de su organización le permite tener especialistas: cirujano pediatra, ortopedista, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, hematólogo,

endocrinólogo, y neurólogo, que apoyan la resolución de problemas de diagnóstico o terapéutica, para lo cual, el pediatra general, no está capacitado en las áreas quirúrgicas y es quien habitualmente es el responsable de las UCIN en el segundo nivel de atención. (Jasso, 1995)

### **2.3 Criterios de admisión de un RN en la UCIN**

Los siguientes son indicadores para admitir a un RN críticamente enfermo en la UCIN:

- a. Bajo peso para la edad gestacional, ya sea por prematuridad, retardo en el crecimiento intrauterino, o desnutrición in utero.
- b. Asfixia perinatal.
- c. Dificultad respiratoria al nacer
- d. Infección neonatal temprana
- e. Trastornos metabólicos
- f. Portador de malformaciones congénitas
- g. Alguna otra enfermedad neonatal que reduzca su integridad biopsicosocial.

Habrán de considerarse también a aquel en apariencia sana, pero cuyos antecedentes perinatales lo colocan en el riesgo de enfermarse tempranamente o de ocultar algún otro trastorno que repercutirá en su bienestar estructural o funcional. (Lozano, 1990)

### **2.4 Participación de los progenitores**

El nacimiento de un RN enfermo por lo general es un acontecimiento inesperado y estresante para el cual no está preparada la familia. Esta situación se complica por el hecho de que el estado precario del RN produce un ambiente de aprensión e incertidumbre.

Los progenitores ven a su hijo solo brevemente antes de que sea llevado a la UCIN o incluso a otro hospital, de modo que sólo les queda el recuerdo del

pequeño tamaño de su hijo y su aspecto inusitado. Es frecuente que el médico y el resto del personal eviten hablar del estado del niño, y los padres piensan que en cualquier momento les informarán que ha muerto.

Cuando se va a transferir al neonato del hospital en que nació a otro, es necesario informar a los padres sobre las instalaciones a las cuales va a ser llevado, incluyendo su localización, la atención que recibirá en ellas el nombre del médico que estará a cargo y el número telefónico de la sala de recién nacidos. Las explicaciones al respecto han de ser sencillas, y se debe brindar a los padres la oportunidad de hacer preguntas.

Quizás lo más importante de todo sea que se permitirá a los progenitores, y en especial a la madre, tener contacto con el niño antes de que sea transferido. Los diversos equipos para la atención del RN y la actividad del personal de salud que observan los padres cuando visitan a su hijo en la sala de cuidados intensivos les resultan atemorizadores y estresantes y es necesario tranquilizarlos en el sentido de que el niño recibe la atención necesaria.

Una vez que comprendan que su hijo necesita esta atención, en la mayor de las veces "agresiva" se sentirán satisfechos con que se les mantenga informados sobre el estado de salud de su hijo. No es necesario compartir demasiada información con los padres, como datos técnicos que dificulten su comprensión de lo que está ocurriendo. La enfermera puede mostrarse sincera sin ser excesivamente comunicativa en cuanto a los aspectos más negativos del estado del neonato, siempre y cuando considere los temores y angustia de los padres.

Cada vez son más abundantes los datos indicativos de que la separación emocional que acompaña a la separación física de madre e hijo interfiere en el establecimiento normal de los vínculos afectivos. La separación física necesaria cuando el neonato está enfermo se acompaña de un alejamiento emocional por

parte de la madre que puede reducir gravemente su capacidad de criar a su hijo. (Whaley, 1988)

## **2.5 La familia**

La integridad de la unidad familiar se fortalece durante la enfermedad/hospitalización. Uno de los aspectos más importantes de la enfermería pediátrica es el énfasis sobre la unidad familiar. Las funciones básicas de la familia son mantener la sobrevivencia de la unidad, criar y desarrollar a sus miembros, satisfacer las necesidades físicas, dar amor, reconocimiento, seguridad, apoyo, y aumentar la autoestima. Para dar una atención óptima al niño y a la familia, la enfermera debe comprender, aceptar y apoyar estas funciones básicas.

Los papeles centrales de la enfermera en la promoción de la integridad de la unidad familiar consisten en presentarse como un proveedor directo de cuidados, coordinador, defensor, maestro y consejero. Como proveedora directa de cuidados, la enfermera utiliza el proceso de enfermería para planear y otorgar atención y proporcionar la habilidad técnica en la administración de los programas de tratamiento. No hay diferencias mayores entre el proceso de enfermería que se usa cuando se trabaja con familias y el que se emplea con niños individuales. La única diferencia es que el receptor de los cuidados de enfermería es tanto el individuo como la familia.

El diagnóstico de enfermería puede identificar el estado de salud de ellos. La planeación de la atención incluye el establecimiento de metas mutuas, la identificación de los recursos posibles, la enumeración de los enfoques alternativos, la selección de las intervenciones específicas de enfermería y poner el plan en acción. La proyección y ejecución del plan la pueden realizar un número de miembros del equipo: la enfermera, el médico, la trabajadora social, el paciente, la familia u otros miembros del equipo de salud.

La valoración de la atención de enfermería se basa en su desempeño, las respuestas del paciente y las respuestas de la familia a los cuidados. Con frecuencia, la enfermera es la persona clave para dar continuidad a la atención. Además de dar el cuidado directo, la enfermera interpreta los objetivos de otros servicios de salud a la familia y coordina los de enfermería con los diversos servicios que la familia recibe. Sin esta coordinación se puede omitir dar al niño la atención adecuada o bien que reciba duplicidad de servicios médicos.

La defensa del paciente/familia es básica para la atención comprensiva centrada en la familia. Como defensora, la enfermera puede ayudar al niño a obtener el mejor cuidado posible del sistema y tratar de volver al sistema más responsable de las necesidades del niño y la familia. La defensa varía desde llamar al departamento de nutrición para solicitar alimentos especiales hasta convocar a una junta del equipo para discutir la atención que recibe.

La enfermera que centra su atención en la familia debe ser capaz de enseñar en forma efectiva al niño y a la familia, de modo formal e informal. Los propósitos de la enseñanza son informar acerca de la enfermedad y el tratamiento, ayudar a adquirir capacidades para enfrentar sus problemas o necesidades actuales y enseñar a promover la salud. La enseñanza de la salud está dirigida a ayudar a participar en el autocuidado.

Estrechamente relacionado con el papel de enseñanza se encuentra el papel de consejera. La orientación se utiliza para ayudar a la familia en el uso de sus propias capacidades y fuerzas para solucionar problemas. La enfermera estimula a explorar sentimientos y formas alternativas de enfrentar los problemas. Este papel de apoyo es importante para muchas familias al ajustarse a la crisis impuesta por la enfermedad o una pérdida significativa.

Durante la enfermedad/hospitalización se fortalecen las creencias culturales y religiosas de la familia. La cultura proporciona la base de la forma en que vive una familia, piensa, se conduce y experimenta. Para comprender un grupo étnico y ser capaces de trabajar adecuadamente con grupos de culturas diferentes a las propias, se requieren conocimientos sobre aquellas y la aceptación de sus estilos de vida y creencias. La falta de conocimientos lleva a la etiquetación, tensiones interpersonales, pobre valoración de problemas de salud, prescripciones de intervenciones ineficientes de enfermería y a evitar el trabajo con otros grupos culturales.

Todos los pacientes y familiares tienen el derecho de que se comprendan sus antecedentes culturales y religiosos de la misma manera en que se esperan que se reconozcan y comprendan sus necesidades físicas y fisiológicas. El estilo de la familia para manejar el estrés se fortalece durante enfermedad/hospitalización.

La función de adaptación de la familia sirve como un proceso vital a través del cual es posible realizar sus otras funciones. Sin una adaptación efectiva, los padres no son capaces de dar apoyo y amor en forma adecuada al niño hospitalizado. La valoración de los patrones de adaptación y capacidades familiares dará las bases para ayudar a la familia en su adaptación.

Lograr este resultado es la meta de la enfermería centrada en la familia, para ayudarla a alcanzar un nivel mayor de funcionamiento. Para ayudar en forma efectiva a una familia en el manejo del estrés al tener a un niño enfermo, hospitalizado, se requiere más que la presencia física de la enfermera, es esencial la acción específica. En tanto que el papel y la relación de la enfermera con la familia es tal que la catarsis es casi inevitable. El interés y el cuidado se demuestran con facilidad y se espera un consejo sabio, pero éstos tampoco son suficientes. La enfermera debe conocer qué resultado es el deseado y qué tipo de ayuda es más probable que tenga éxito. (Waetcher, 1993)

## 2.6 Relación de ayuda

La asistencia de enfermería y su práctica profesional con el individuo le ha llevado a desarrollar enfoques teóricos que fundamentan esta relación como lo demuestran algunas teoristas.

Orlando, I., en su teoría *Proceso de Enfermería* se centra en conseguir una mejoría en la conducta del paciente y considera que la función profesional de la enfermería es averiguar y satisfacer las necesidades inmediatas de ayuda al paciente. Esta función se logra cuando el enfermero/a averigua y satisface las necesidades de ayuda inmediatas del paciente.

Una persona se convierte en un paciente que requiere cuidados de enfermería cuando tiene una necesidad de ayuda que no puede satisfacer de forma independiente debido a limitaciones físicas, a una reacción negativa frente al entorno o a experiencias que le impidan comunicar su necesidad de ayuda, en los conceptos principales de la teoría de Orlando se definen los siguientes:

**Responsabilidad del enfermero/a:** Cualquier tipo de ayuda que el paciente pueda requerir para satisfacer sus necesidades, es decir, para asegurar su bienestar físico y mental en lo posible mientras es sometido a cualquier tipo de tratamiento o supervisión médica.

**Necesidad:** se define situacionalmente como un requerimiento del paciente que si se satisface o evita, disminuye el estrés inmediato y mejora su sensación inmediata de comodidad o bienestar.

**Propósito de la enfermería:** Proporcionar al paciente la ayuda que requiere para satisfacer sus necesidades. (Marriner, 1994)

Peplau (1990) en la Teoría de *Enfermería Psicomodinámica* aborda otro tipo de relación enfermera – paciente que se conoce como “relaciones

interpersonales” y al respecto dice que es aquella en la que dos personas llegan a conocerse lo suficientemente bien como para afrontar los problemas que surjan de forma cooperativa. Algunos de sus principales conceptos son:

**Relación enfermero/a-paciente:** Peplau describe cuatro fases en la relación enfermero/a- paciente, aunque separadas, estas fases se superponen cuando se van produciendo a lo largo de la relación.

**I) Orientación:** Durante la fase de orientación el individuo tiene una necesidad insatisfecha y precisa apoyo profesional. El enfermero ayuda al paciente a reconocer y entender su problema y determinar que tipo de ayuda necesita.

**II) Identificación:** El paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarlo (relación). El enfermero/a permite una exploración de los sentimientos que ayudan al paciente enfermo a reorientar dichos sentimientos y a desarrollar fuerzas positivas de su personalidad para satisfacer sus necesidades.

**III) Explotación:** Durante la fase de explotación el paciente intenta obtener todo lo que se le ofrece a través de la relación. Pueden proyectarse nuevos objetivos alcanzables a través del esfuerzo personal y transferencias del papel del enfermero/a cuando éste precisa una gratificación para alcanzar los nuevos objetivos.

**IV) Resolución:** De una forma progresiva, los antiguos objetivos van siendo desplazados por otros. Durante este proceso, el paciente se libera de su identificación con el enfermero/a.

Travelbee J., en su **Modelo de Persona a Persona**, establece que el propósito de la enfermería es ayudar al individuo, familia o comunidad a prevenir o a enfrentarse con la experiencia que supone la enfermedad y el sufrimiento y si es

necesario también a encontrarles un sentido a dichas experiencias, sus principales conceptos

**a)Comunicación:** es el proceso por el cual el enfermero/a es capaz de establecer una relación de persona a persona con el paciente y realizar así el propósito de la enfermería, esto es, ayudar a los individuos o a las familias a prevenir o a enfrentarse con la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario ayudarles a encontrar un sentido a dichas experiencias.

**b)Interacción:** se refiere a cualquier contacto entre dos individuos durante el cual estos ejercen una influencia recíproca y establecen entre sí una comunicación verbal o no verbal.

**c)Empatía:** es el proceso por el cual un individuo es capaz de comprender el estado psicológico de otro.

**d)Simpatía:** implica un deseo de ayudar al individuo que se encuentra sometido a estrés.

**e)Relación de persona a persona:** es primariamente una experiencia o una serie de experiencias que se dan entre el enfermo/a y el receptor de sus cuidados. La principal característica de estas experiencias es que sirven para satisfacer las necesidades de enfermería que presentan los individuos (o las familias) en las situaciones de enfermería, la relación de persona a persona constituye el medio a través del cual se consiguen los propósitos de la enfermería.

La relación de persona a persona se establece cuando el enfermero/a y el receptor de sus cuidados consiguen un acercamiento después de haber pasado por las distintas fases del encuentro original, la presentación de la identidad, la empatía y la simpatía.(Marriner, 1994)

## **2.7 Investigaciones relacionadas con la relación de ayuda y la ansiedad**

La ansiedad que presentan los padres por el internamiento de su hijo y la necesidad de apoyo emocional ha sido estudiada por varios investigadores, Bell (1997), Hamelin, et al (1997), Hussey, et al (1998), Miles, et al (1996) donde se observa que los padres al enfrentarse al internamiento de su hijo incrementan su ansiedad y es necesario el soporte social independientemente de las características de los recién nacidos como son el bajo peso al nacer y si requiere apoyo ventilatorio y las características maternas como son el estado socioeconómico, la salud de la madre o si había tenido otro hijo hospitalizado. Recomendando que se debe tomar en cuenta las necesidades de los padres para disminuir la ansiedad ya que la situación que enfrentan es altamente estresante y la enfermera puede ayudarlos a identificar los estresores y apoyarlos a través de la comunicación.

Nyqvist (1997), desarrolló una filosofía basada en el Modelo de Callista Roy sobre Adaptación para ayudar a los padres que tienen a sus hijos hospitalizados en la UCIN encontrando que esta práctica orienta el desempeño laboral de la enfermera y mejora la comunicación con los padres a través del apoyo proporcionado por estas.

Jarret (1996) y Roman (1995) implementaron programas de apoyo social a los padres que tenían hospitalizados a sus hijos en la UCIN. Los programas fueron administrados por las enfermeras a través de la capacitación de los padres que anteriormente habían tenido su hijo hospitalizado y deseaban apoyar a los nuevos padres.

En otras investigaciones realizadas se ha estudiado el grado de ansiedad en pacientes psiquiátricos (Graham 1969 y Parrino, 1969), en pacientes embarazadas (Edward, 1969) y en múltiples investigaciones con estudiantes universitarios utilizando el Inventario de la Ansiedad Rasgo Estado (IDARE, versión en español del STAI[State Trait- Anxiety Inventory]) constituido por dos

versión en español del STAI[State Trast- Anxiety Inventory]) constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad la llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) que es la ansiedad que presenta el individuo generalmente, y la llamada Ansiedad–Estado (A-Estado) que es la ansiedad que presenta el individuo ante determinada situación.

La A-Estado es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.

El desarrollo del inventario fue iniciado por Charles D. Spielberger y R.L. Gorsuch en 1964 en la Universidad de Vanderbilt. Se deseaba construir un instrumento de investigación objetivo de autoevaluación que pudiese ser utilizado para medir la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en adultos normales. En 1967 la responsabilidad fundamental para el desarrollo del inventario quedó en manos de C.D. Spielberger y de R.Lushene. (Spielberger, 1975).

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Diseño**

El diseño del estudio es un ensayo de campo el cual generalmente requiere que los sujetos no sean pacientes, con aplicación en población sana. A menudo se necesita visitar a los sujetos en el campo u hospital o elegir centros en el cual se pueda llevar a cabo el estudio, que en este caso se realizó en un área de UCIN. (Kenneth y Sander, 1998)

#### **3.2 Sujetos de estudio**

El universo lo conformaron las enfermeras pediatras y los padres de los recién nacidos hospitalizados. Se estimó el tamaño de la muestra utilizando la fórmula para una diferencia de proporciones antes y después de la intervención educativa. Se consideró un 25% de reducción en la proporción de padres con ansiedad. Los supuestos fueron: nivel de confianza 90%, poder 80% y posibles pérdidas del 20%. El tamaño calculado fue de 50 padres. En la intervención educativa participó un grupo de enfermeras pediatras de la UCIN del hospital del turno matutino que desearon participar voluntariamente.

Los criterios de inclusión para las enfermeras fueron: enfermera pediatras adscritas a la UCIN, del turno matutino, con tipo de contratación de base y que desearan participar voluntariamente en el seguimiento del estudio. Se excluyeron aquellas que no aceptaron participar, o tuvieran licencia médica o sindical por más de 3 días o se encontraran de vacaciones.

Los criterios de inclusión para los padres fueron: padre y/o madre o madre soltera que tuvieran sus hijos hospitalizados en UCIN. Se excluyeron los que no aceptaron participar y los padres de niños con gravedad extrema (por inmadurez orgánica, malformaciones congénitas) y de niños con estancia hospitalaria menor de 48 hrs. Se eliminaron los padres que no acudieron a la

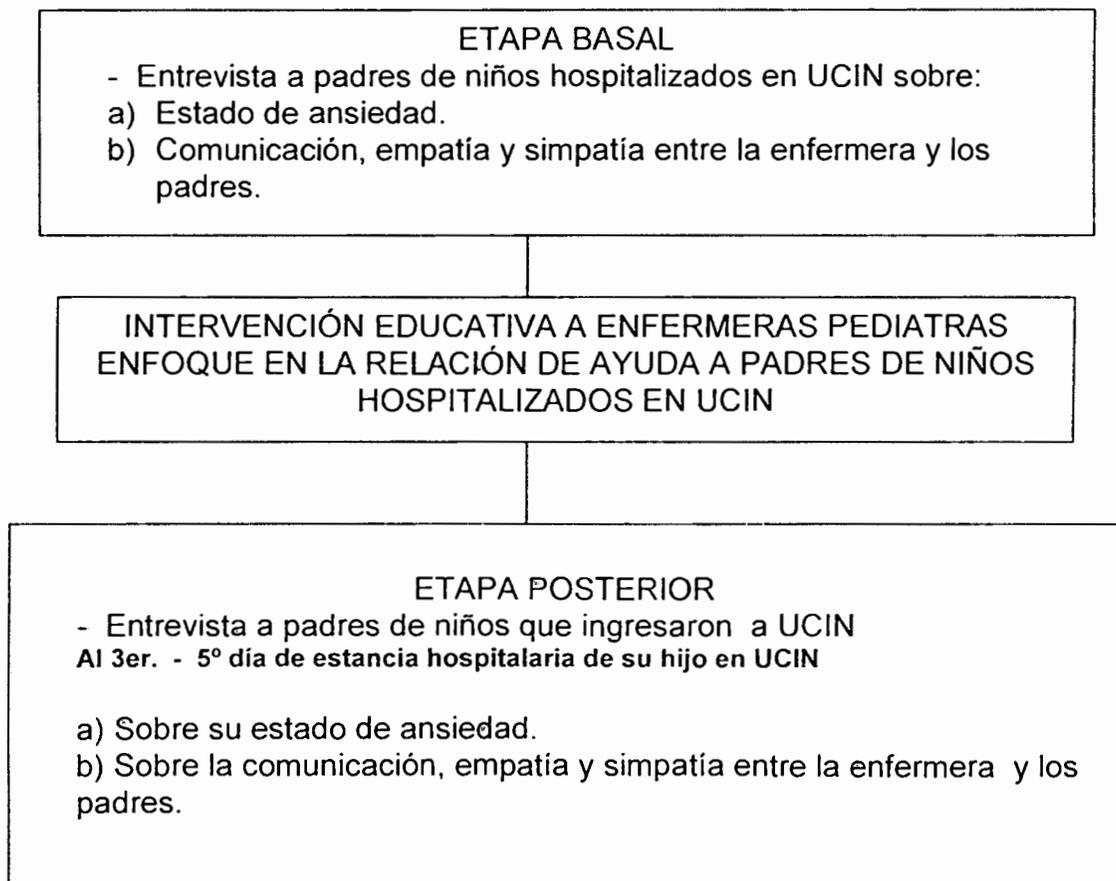
visita en más de tres ocasiones en el tiempo en que permanecieron sus hijos en UCIN.

### 3.3 Métodos y técnicas de recolección de datos

El estudio se realizó en dos fases:

1º Fase Exploratoria.- Se realizó una entrevista a los padres de los niños recién ingresados a la UCIN y se aplicó un cuestionario semiestructurado que consistió en averiguar las necesidades de ayuda por parte de la enfermera y que ayuda debería proporcionar la enfermera pediatra que labora en la UCIN (apéndice 2), previa aplicación de la fase piloto, la cual se realizó para probar el instrumento y recolección de la información acerca de la opinión en la relación de ayuda en acciones como comunicación, empatía y simpatía.

2ª Fase de Intervención: Se diseñó en etapas que consistieron en:



### A. Desarrollo de los contenidos de la estrategia educativa

Al identificar las necesidades de ayuda de los padres de niños hospitalizados en UCIN de la fase previa (exploratoria), se realizó una reunión de trabajo entre investigadores y psicólogos para definir los contenidos específicos de la estrategia educativa y se diseñaron algoritmos que apoyaron a las enfermeras en la identificación de necesidades y ayuda a los padres (apéndice 4).

### B.- Etapa basal

a). Al momento de la visita de los padres cuando acudieron a ver a su hijo por primera vez, una enfermera previamente capacitada realizó entrevistas a padres de niños hospitalizados en la UCIN que cumplieron los criterios de inclusión.

Durante la entrevista se obtuvo información de la relación de ayuda que han recibido por parte de las enfermeras pediatras en el servicio con un cuestionario semiestructurado (apéndice 2). Se evaluó el estado de ansiedad de los padres a través del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) que mide la ansiedad que presenta el individuo al enfrentar determinada situación cuya escala consta de 20 reactivos (apéndice 3).

### C. Intervención educativa a enfermeras

Se desarrollo en 3 etapas: taller, asesoría en servicio y discusión de casos. Previo al inicio de actividades, se realizó una dinámica participativa para verificar los conocimientos de las enfermeras pediatras acerca de las acciones (comunicación, empatía y simpatía) sobre la relación de ayuda a los padres de niños hospitalizados en UCIN.

Se procedió a realizar la estrategia educativa con sus tres actividades (descritas en el apéndice 5).

- Taller
- Asesoría en servicio
- Discusión de casos

#### **D. Etapa Postintervención**

A otros padres de niños de nuevo ingreso a la UCIN cuando tuvieron al menos 3-5 visitas en el área de hospitalización de la misma durante la estancia de su hijo, se les realizó una entrevista sobre la relación de ayuda (apéndice 2) por parte de la enfermera pediatra que había sido capacitada y sobre su estado de ansiedad (apéndice 3)

#### **3.4 Procedimiento**

Se solicitó autorización a los directivos del H.G.R. No. 1, I.M.S.S. Querétaro para implementar el programa de capacitación a las enfermeras pediatras así como la colaboración de las mismas por medio de una invitación al curso, y formar parte del seguimiento del estudio, a los padres de los niños hospitalizados en la UCIN, también se les invitó a formar parte del estudio.

#### **3.5 Plan de Análisis**

Se utilizó estadística descriptiva para determinar las necesidades de ayuda en los padres (fase exploratoria), así como en las características de las enfermeras y de los padres participantes en el estudio.

Para medir el impacto de la intervención educativa se efectuó la comparación antes y después (chi cuadrada o Fisher) de las acciones de la enfermera pediatra hacia los padres (comunicación, empatía y simpatía), así como el grado de ansiedad. El análisis de los datos se realizó en el paquete estadístico SPSS versión para Windows (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales).

#### **3.6 Ética del Estudio**

El aspecto ético fue de acuerdo a la Ley General de Salud en materia de Investigación, con un riesgo mínimo, (Art. 17, Cap. II 1987) y se considero el consentimiento informado tanto para las enfermeras (apéndice 6) como para los padres (Art. 13, Cap.I, Fracc.V) (apéndice 7).

## IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 Resultados

#### 1. Características de la población de estudio

**Características de las enfermeras.** Las enfermeras de la UCIN tienen la especialidad de pediatría, una mediana de edad de 40 años (35-44) y la mitad son casadas. Todas trabajan en el turno matutino, con un promedio de 5 años de experiencia en la atención de los recién nacidos en la UCIN. El total de las enfermeras que aceptaron participar en el estudio estuvieron hasta el final del mismo.

*a. Práctica de la relación de ayuda hacia los padres según las enfermeras.* En una entrevista realizada a las enfermeras previa a la intervención, reconocieron insuficiente relación de ayuda hacia los padres, específicamente mencionaron que algunas veces los saludan, la mitad nunca se presenta con los padres de los niños que atiende, el 75% no conoce el nombre de los padres y el 100% nunca le hablan del área física (del servicio) donde se encuentra el recién nacido hospitalizado. La mitad de las enfermeras no dan información a los padres sobre los problemas de salud del niño y sólo algunas veces les informan de los cuidados que requiere, del equipo electromédico que tiene y que lo rodea y del tratamiento que recibe el niño.

Del total de padres entrevistados ( $n = 100$ ), cincuenta correspondieron a la etapa basal (antes de la intervención educativa en las enfermeras de UCIN) y 50 a la etapa post-intervención (posterior a la intervención educativa en las enfermeras de UCIN), todos los padres contestaron la entrevista en forma completa.

**Características de los niños hospitalizados en la UCIN** (Cuadro 1). Al comparar las características de los hijos de los padres entrevistados entre el grupo basal y post-intervención, en esta última etapa predominó el género masculino

(80% vs. 50%,  $p < 0.01$ ) en los recién nacidos hospitalizados. No hubo diferencias estadísticamente significativas en los antecedentes prenatales, natales, antecedentes de fallecimiento de un hermano y motivo de hospitalización. Más de la mitad de las madres tuvo problemas durante el embarazo y el 70% ó más de los niños presentó problemas al nacer. De los motivos de hospitalización se destaca el problema respiratorio (Síndrome de Dificultad Respiratoria, asfixia perinatal) en el 54% (basal) y 64% (grupo post-intervención), y en una tercera parte de los casos se presentó la prematurez en ambos grupos.

**Características de los padres de niños hospitalizados en la UCIN** (Cuadro 2). Al comparar las características del grupo de padres entrevistados en la etapa basal y la post-intervención no hubo diferencias estadísticamente significativas en el parentesco, la edad, el estado civil, escolaridad, tamaño de la familia ni en el nivel socioeconómico. Más de la mitad de los entrevistados fue el padre (62% en la etapa basal vs. 50% en la post-intervención) ; tuvieron una mediana de 27 años, en su mayoría estaban casados (94% vs. 82%) y el ser padre o madre soltera fue muy bajo (2% vs. 4%), En el grupo de padres de la etapa basal predominó la escolaridad primaria (30%) y la secundaria en el grupo de padres de la etapa post- (44%) ( $p = 0.31$ ). La familia estaba compuesta por 5 miembros, con una mediana de dos hermanos del recién nacido hospitalizado en la UCIN y más del 80% de las familias correspondieron a bajo nivel socioeconómico.

**Cuadro 1.**

Características de los niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Característica	Basal n = 50		Post-intervención n = 50		Valor de p
	n	%	n	%	
<b>Género</b>					
Masculino	25	50.0	40	80.0	0.002
Femenino	25	50.0	10	20.0	
<b>Antecedentes prenatales</b>					
Madre con problemas en el embarazo	25	50.0	29	58.0	0.27
<b>Antecedentes natales</b>					
Problemas al momento de nacer	38	76.0	35	70.0	0.32
<b>Antecedentes familiares</b>					
Fallecimiento de un hermano	10	20.0	6	12.0	0.20
<b>Motivo de hospitalización</b>					
Problema respiratorio *	27	54.0	32	64.0	0.82
Prematurez	14	28.0	16	32.0	
Cardiopatía, malformaciones, otros**	9	18.0	2	4.0	

\* Síndrome de dificultad respiratoria (50), asfixia perinatal (9)

\*\* Infección (4), incompatibilidad sanguínea (2)

**Cuadro 2.**

Características de los padres de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Característica	Basal n = 50		Post-intervención n = 50		Valor de p
	n	%	n	%	
<b>Parentesco</b>					
Padre	31	62.0	25	50.0	0.15
Madre	19	38.0	25	50.0	
<b>Edad</b>					
mediana (amplitud)	27.5 (16 – 47)		27 (18 – 46)		0.64
<b>Estado civil</b>					
Casado	47	94.0	41	82.0	0.17
Unión libre	2	4.0	7	14.0	
Soltero	1	2.0	2	4.0	
<b>Escolaridad</b>					
Primaria incompleta	3	6.0	5	10.0	0.31
Primaria completa	15	30.0	9	18.0	
Secundaria	14	28.0	22	44.0	
Bachillerato	8	16.0	8	16.0	
Profesional	10	20.0	6	12.0	
<b>Número de hermanos</b>	2 (1 – 7)		2 (1 – 6)		0.80
<b>Bajo nivel socioeconómico*</b>	40	80.0	44	88.0	0.20

\* De acuerdo a la escolaridad del jefe de familia y condiciones de la vivienda se definió bajo nivel socioeconómico (regular y malo según Bronfman).

## **2. Necesidades de ayuda de los padres de niños hospitalizados en UCIN.**

**Preocupaciones de los padres** (Cuadro 3). En la etapa basal, las preocupaciones de los padres al momento de ingresar el recién nacido a la UCIN no mostraron diferencias estadísticamente significativas con el grupo de padres entrevistados en la etapa post-intervención cuando el recién nacido ya tenía de 3 a 5 días de estancia hospitalaria. Aunque en ambos grupos, estuvieron preocupados por el estado de salud del niño (86% vs. 92%), principalmente por la evolución y complicaciones. El 14% de los padres en la etapa basal se preocupó por las condiciones del niño en la sala de terapia y el 8.7% de los padres en la etapa post-intervención por la atención del niño en la sala. En ambos grupos, las preocupaciones de los padres relacionadas con la familia fueron similares. Por orden de frecuencia, predominaron las relaciones entre familiares (42%), situación laboral y económica (40%) y el cuidado de los otros hijos (18%).

**Percepción y necesidades de ayuda por parte de los padres** (Cuadro 4).

La percepción acerca de las condiciones del niño en la sala de terapia cuando observan al recién nacido rodeado de aparatos, la necesidad de información y de apoyo por el personal de salud y familiar no mostró diferencias entre los grupos de padres (basal vs. post-intervención). La mayoría considera que los aparatos lastiman al niño pero son necesarios (58% vs. 56%) y lo perciben como gravedad del niño y probabilidad de fallecimiento (42% vs. 44%). Más de la mitad refieren la necesidad de información por parte del médico (62% vs. 58%), aunque reconocen que la enfermera les puede ayudar con la atención del niño e información (68% vs. 62%) y darles apoyo emocional (32% vs. 38%). La mayoría refiere contar con apoyo moral y económico de la familia.

**Cuadro 3.**

Preocupaciones de los padres de los niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Característica	Basal n = 50		Post- intervención n = 50		Valor de p
	n	%	n	%	
<b>PREOCUPACIONES</b>					
<b>Relacionadas con el niño</b>					
Estado de salud	43	86.0	46	92.0	0.26
Condiciones en la sala de terapia *	7	14.0	4	8.0	
<b>Salud del niño            n = 43</b>					
Evolución y complicaciones	41	95.3	42	91.3	0.50
Atención del niño en terapia	2	4.6	4	8.7	
<b>Relacionadas con la familia</b>					
Relaciones familiares	21	42.0	22	44.0	0.28
Situación laboral y económica	20	40.0	18	36.0	
Cuidado de otros hijos	9	18.0	10	20.0	

\* Aparatos que rodean al niño y su apariencia

**Cuadro 4.**

Percepción y necesidades de ayuda por parte de los padres de los niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Característica	Basal n = 50		Post- intervención n = 50		Valor de p
	n	%	n	%	
<b>Percepción acerca de las condiciones del niño en la sala de terapia *</b>					
Gravedad del niño	21	42.0	22.0	44.0	0.50
Le lastiman pero son necesarios	29	58.0	28	56.0	
<b>Información por el personal de salud</b>					
Estado de salud del niño	33	66.0	27	54.0	0.27
Evolución favorable	17	34.0	20	40.0	
Cuidados necesarios en el niño	0	0.0	3	6.0	
<i>Necesidad de información por parte de:</i>					
Enfermera	7	14.0	7	14.0	0.89
Médico	31	62.0	29	58.0	
Ambos	12	24.0	14	28.0	
<b>Ayuda por parte de la enfermera</b>					
Emocional	16	32.0	19	38.0	0.34
Atención del niño e información	34	68.0	31	62.0	
<b>Apoyo familiar</b>					
Moral	15	31.2	12	24.5	0.50
Económico	3	6.3	2	4.0	
Cuidado de los otros hijos	4	8.3	0	0.0	
Moral, económico, atención a los hijos	26	54.2	35	71.5	

\*Cuando observan al niño rodeado de aparatos

### **3. Relación de ayuda de enfermería a padres de niños hospitalizados en UCIN (Cuadro 5).**

**Comunicación.** En la etapa basal, la proporción de padres que sabían el nombre de la enfermera fue del 4%, aunque el 74% refirieron una buena relación fue baja, a diferencia de casi el 100% de los padres en la etapa postintervención ( $p < 0.001$ ).

**Empatía.** La proporción de padres que refirieron tener confianza a la enfermera, que la enfermera le pregunta sobre sus dudas y temores y se los resuelve fueron estadísticamente diferentes entre los grupos; la mayor diferencia se encontró cuando la enfermera le pregunta sobre sus dudas o temores (26% vs. 94%,  $p < 0.001$ ).

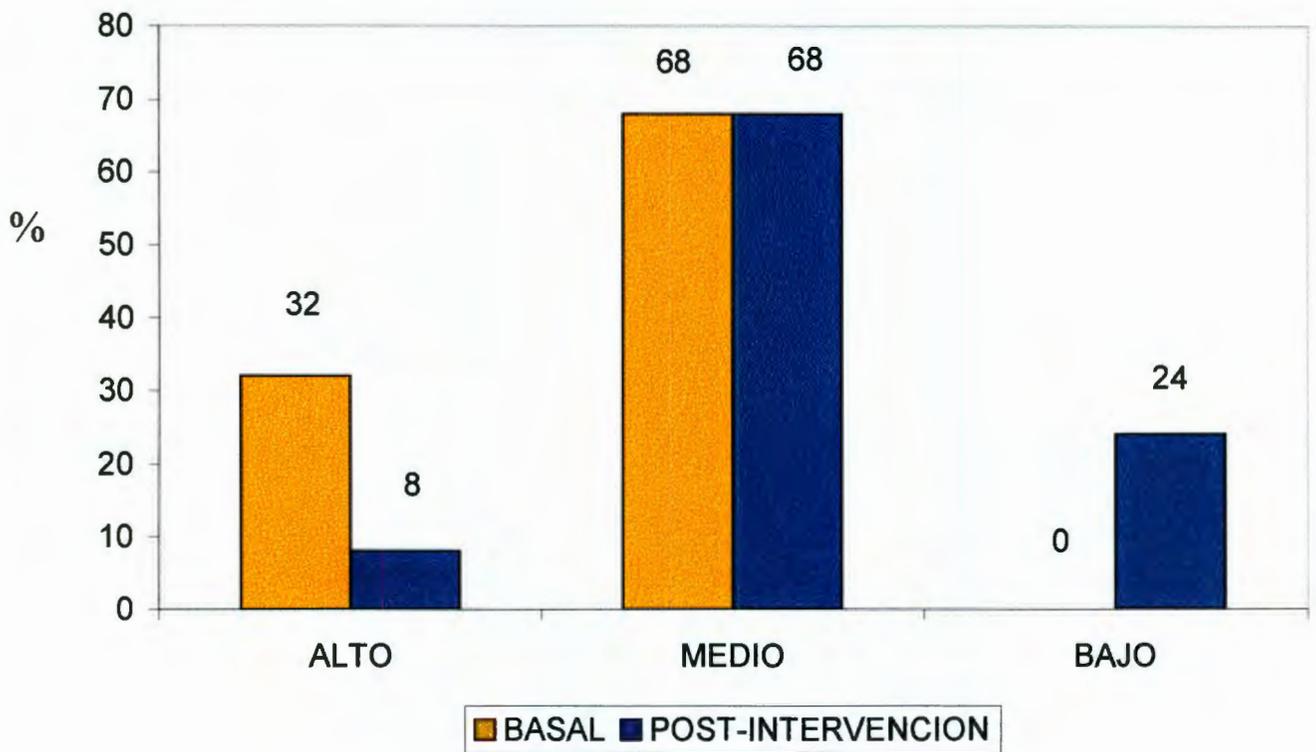
**Simpatía.** La proporción de padres que refirieron la relación de ayuda por parte de la enfermera fue mayor en la etapa post-intervención ( $p < 0.001$ ). En la etapa basal, menos de la mitad del grupo de padres refirió que la enfermera le explica sobre los cuidados generales (40%), tratamiento (46%), el cuidado intensivo (28%) los aparatos que necesita el niño (36%) a diferencia de casi el 100% (96% a 100%) de padres en la etapa post-intervención).

### **4. Ansiedad en los padres (Figura 1).**

Al evaluar el estado de ansiedad en los padres de los recién nacidos hospitalizados en UCIN, la proporción de padres con ansiedad fue menor después de la intervención “con enfoque en la relación de ayuda” dirigida a las enfermeras. Las diferencias entre el grupo basal y posterior fueron: en el grado alto de ansiedad (32% vs. 8%) y en el grado bajo (0.0% a 24%) ( $p < 0.001$ ). De los 20 reactivos que incluye el IDARE, en 18 hubo diferencias significativas, a excepción de la proporción de padres que se sentían tensos (86% vs 84%) y “a punto de explotar” (44% vs 24%).

**Cuadro 5 .****Relación de ayuda de enfermería a padres de niños hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales**

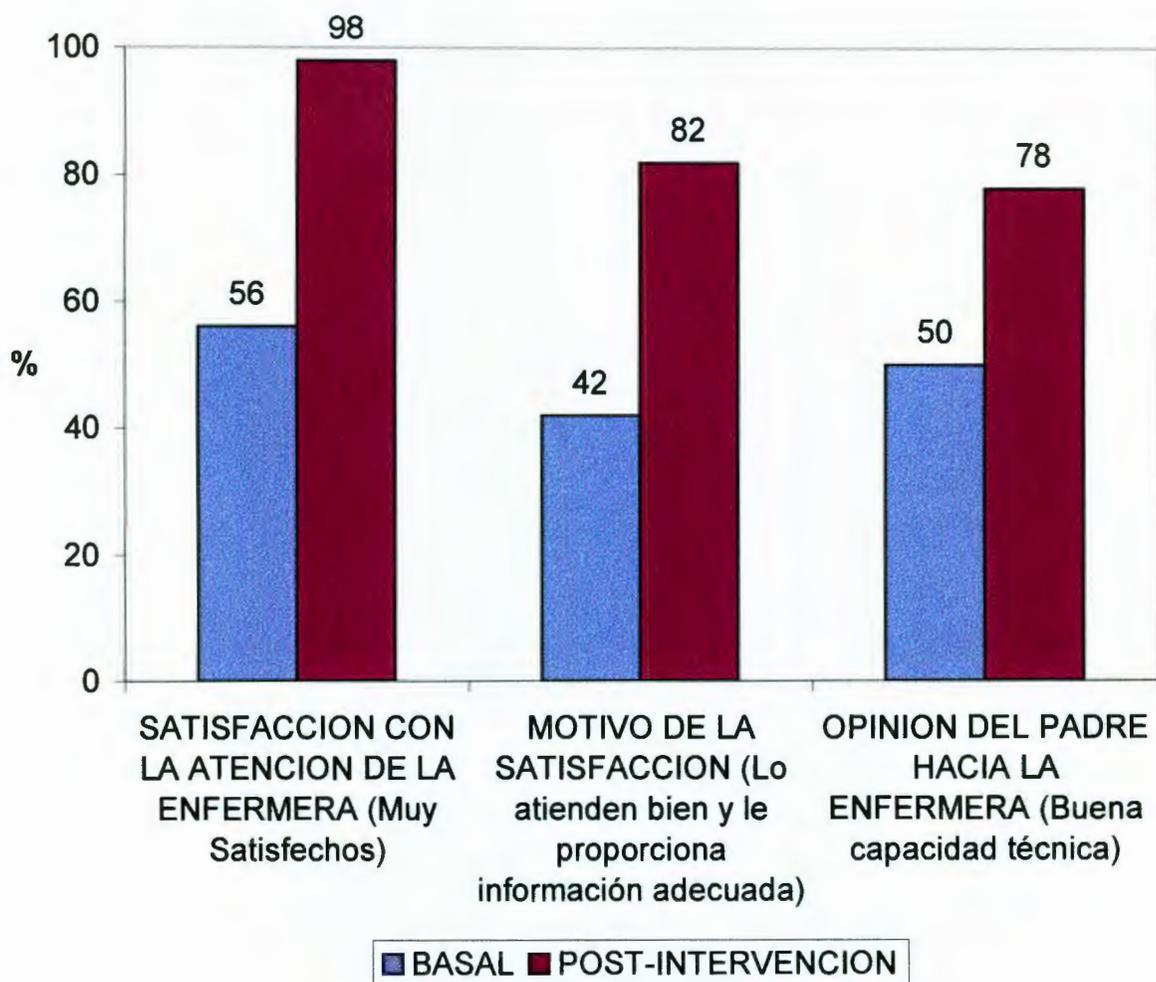
Característica	Basal n = 50		Post-intervención n = 50		Valor de p
	n	%	n	%	
<b>Comunicación</b>					
Los padres saben el nombre de la enfermera	2	4.0	49	98.0	< 0.001
Hay buena relación enfermera – padres	37	74.0	49	98.0	< 0.001
<b>Empatía</b>					
Tiene confianza con la enfermera	37	74.0	50	100.0	< 0.001
La enfermera le pregunta sobre sus dudas y/o temores	13	26.0	47	94.0	< 0.001
La enfermera le quita dudas y/o temores	31	62.0	48	96.0	< 0.001
<b>Simpatía</b>					
<b>La enfermera:</b>					
Le explica el estado de salud del niño	30	60.0	50	100.0	< 0.001
Le dice sobre los cuidados generales que recibe	20	40.0	48	96.0	< 0.001
Le explica del tratamiento de su hijo	23	46.0	49	98.0	< 0.001
Le explica del cuidado intensivo a su hijo	14	28.0	49	98.0	< 0.001
Le dice acerca de los aparatos que necesita el niño	18	36.0	50	100.0	< 0.001



**Fig. 1 Grado de ansiedad de los padres en el momento de la hospitalización del recién nacido en la UCIN**

**Satisfacción y opinión de los padres respecto a la atención recibida de la enfermera** (Figura 2). Al comparar las etapas basal y post-intervención, una mayor proporción de padres estuvo satisfecho con la atención recibida por la enfermera durante la hospitalización de su hijo (56% vs. 98%,  $p < 0.001$ ). Los principales motivos de satisfacción fueron: la atención e información adecuada que le brinda (52% vs. 82%) y que la enfermera es profesional y amigable (10% vs. 18%).

La mayoría de los padres tuvieron buena opinión de la enfermera, principalmente, por su capacidad en el área de cuidados intensivos y atención a los niños (50% vs. 78%,  $p = 0.002$ ).



**Fig. 2 Satisfacción y opinión de los padres respecto a la atención recibida por parte de la enfermera**

## **4.2 Discusión**

En México, como en otros países, la atención se otorga dentro de un sistema de salud coordinado. Los servicios de salud, en la atención a la madre y al recién nacido, se dividen en el primer nivel que ofrece atención a madres y recién nacidos sanos; segundo nivel atiende a recién nacidos con riesgo leve a moderado y tercer nivel, UCIN que atención a recién nacidos críticamente enfermos. Con este sistema, los padres tienen algunas expectativas en el cuidado que requiere su hijo recién nacido enfermo o sano.

La existencia de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales ha permitido una mayor sobrevivencia de recién nacidos de alto riesgo, aunque es un servicio hospitalario que potencialmente puede fallar en el apoyo de las necesidades de crecimiento y desarrollo del RN y sus familias. Se reconoce que el medio ambiente de la UCIN no sólo es estresante para los recién nacidos y sus familias sino para el mismo personal de salud. Existen muchos estudios, donde las luces, los sonidos altos, el excesivo manejo de múltiples manos cuidadoras así como la iluminación, el ruido alto y constante, las terapéuticas invasivas e incómodas, que todas en conjunto crean un ambiente inadecuado y potencialmente dañino para el recién nacido de alto riesgo, en particular el prematuro (Als1986, Fairman 1992, Jacobson 1978).

De manera similar, las familias experimentan estrés relacionado con el medio ambiente y la alta tecnología a la que está expuesta el RN en una UCIN. Algunos estudios han explorado las reacciones de los padres al ingreso del recién nacido a cuidados intensivos así como sus reacciones durante su estancia en la UCIN (Blackburn, 1986; Cosolvo, 1986; McBurney, 1988) y han sugerido que los padres experimentan ansiedad en grado variable.

Los padres reconocen la experiencia del personal de salud para el cuidado de su recién nacido, aceptan su pérdida temporal de control de su papel

de padres y reciben las indicaciones de la autoridad (médico), sin embargo, durante los primeros días de estancia en la UCIN, la falta de información por parte del personal de salud contribuye a sus preocupaciones. (McDonald, Chapman,1996). El papel de la enfermera en la interacción recién nacido, ambiente de la UCIN y la familia es fundamental. La enfermera en UCIN es un personal de salud que funciona con un marco general de conocimientos y que también presenta cierto grado de estrés, además de ser un factor que pudiera influir en el resultado de la atención al recién nacido de alto riesgo.

En forma habitual, muchas enfermeras neonatales dan el cuidado al niño en función de horarios en que deben evaluar y registrar los signos vitales, quiénes necesitan ser alimentados, cuándo deben ministrarse los medicamentos y qué materiales deben cambiarse. Esta rutina define el día de actividades. El cuidado que provee la enfermera, en general, da poca atención al medio ambiente de la UCIN y sus efectos, además de poca o nula interacción con la familia.

En algunos países se han hecho esfuerzos para tratar de modificar el ambiente de las UCIN con enfoque a que el personal de salud, en particular, las enfermeras neonatales den la atención en base a las respuestas individuales del recién nacido. Por otro lado, han surgido propuestas de intervención a la familia donde la enfermera deba dar apoyo, tener comunicación y tener empatía (McGrath, Conliffe-Torres, 1996) para que las intervenciones que intentan disminuir los impactos negativos en el recién nacido sean efectivas, hasta el momento, es poca la experiencia que se tiene con esta última propuesta.

Algunos investigadores han desarrollado programas de ayuda a padres de niños que estuvieron hospitalizados en una UCIN (Jarret, 1996; Roman, 1995). En estos programas las enfermeras capacitan a un grupo de padres que tienen una experiencia previa con un hijo críticamente enfermo y hospitalizado en la UCIN, y posteriormente estos padres ayudan a otros padres de niños que tuvieron la experiencia por primera vez.

En vista del impacto de las UCIN en los recién nacidos y sus familias, la falta de reportes sobre la participación de la enfermera que labora en las UCIN con los padres para disminuir la ansiedad a la que se exponen cuando ingresa un hijo a la misma, nosotros decidimos, en una primera fase, diseñar e implementar una intervención con las enfermeras para propiciar una mejor relación con los padres de niños hospitalizados en la UCIN y, a su vez, disminuir la ansiedad de los padres durante la hospitalización de su hijo.

Previo al comentario de los resultados, es necesario mencionar algunas consideraciones:

#### 1. Aspectos metodológicos

*Diseño.* El ensayo de campo permitió plantear una intervención en población sana, ya que se incluyeron al total de enfermeras pediatras de un hospital con una evaluación basal, implementación de una intervención y una evaluación posterior.

*Población de estudio.* La población de estudio representa a enfermeras pediatras de un hospital que tiene una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, similar en tipo y calidad de servicio que brindan hospitales del 2º Nivel en el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como en las características de las familias usuarias. El tamaño de muestra permitió tener un poder del 80%, ya que se evaluó el resultado de la intervención que se realizó en las enfermeras con grupos de padres de niños atendidos en UCIN que tuvieron características similares y con una diferencia esperada del 25%. Se incluyó el 100% de las enfermeras y sólo nos aseguramos que el resultado fuera evaluado en los padres de los recién nacidos hospitalizados antes y después de la intervención para lo cual se utilizó un muestreo por conveniencia.

La probabilidad de sesgo en el estudio fue mínima, quizá por tratarse de enfermeras pediatras del turno matutino, sin embargo, la evaluación de los resultados se hizo en el 100% de ellas. Por otro lado, las características de los niños hospitalizados en la UCIN y de sus padres fueron similares ambas evaluaciones (basal vs post-intervención).

*Procedimientos de recolección de información.* No hay duda que la mejor informante de la familia es la madre. Sin embargo, por tratarse de recién nacidos con alto riesgo se entrevistó al padre del niño en un poco más de la mitad de los casos, quizás, por razones obvias, la madre permanecía hospitalizada y el resto de la familia fue la que estuvo en contacto con la enfermera pediatra en la UCIN. El informante fue similar tanto en la etapa basal como en la posterior a la intervención. Además, se contó con un solo entrevistador (tesista), que por otro lado, entrevistó al total de las enfermeras y de los padres que participaron en el estudio.

Existen algunos estudios que analizan las percepciones de los padres ante el ingreso o estancia de su hijo en la UCIN a través de la percepción de los profesionales de salud. En este trabajo, obtuvimos la percepción que tienen las enfermeras de la relación de ayuda que ofrecen a los padres, así como también la percepción de los padres que están en ésta situación.

La ansiedad se conceptualiza como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que enfrenta determinada situación, se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. La medida de resultado de la intervención más relevante fue la ansiedad en los padres, la cual se midió a través del IDARE. Este instrumento permitió medir la ansiedad que esta experimentando el individuo en el instante mismo que enfrenta tal situación .(Spielberger,1975).

## 2. Resultados

Existen varios conceptos documentados sobre la importancia de la interrelación enfermera-paciente que fueron la base de la intervención dirigida a las enfermeras y realizar este estudio. Aunque es reciente la metodología de la Relación de Ayuda, la enfermera tiene un conocimiento teórico amplio de la importancia de su papel y los propósitos que debe alcanzar. Sin embargo, a nivel asistencial existen algunas observaciones que hacen pensar en las funciones primordiales de enfermería que en el medio hospitalario se deben de rescatar.

En este trabajo, las observaciones de la práctica asistencial del personal de enfermería se confirmaron, ya que las enfermeras reconocieron la poca práctica de la relación de ayuda hacia los padres de los niños críticamente enfermos y la mayoría de ellas no daban ni el saludo inicial, que de acuerdo a los autores podría poner juego la relación con los padres de niños en el hospital. (Cibanal citado por Jover S, 1991). Por otro lado, las enfermeras pediatras en este hospital no tenían claro los principios de interacción enfermera-padres, ya que de acuerdo a los padres de niños hospitalizados previo a la intervención con las enfermeras hubo pobre comunicación, empatía y simpatía.

Podemos decir que la intervención educativa a las enfermeras tuvo impacto positivo que se observa en los resultados. Aplicaron la relación de ayuda y su impacto en los padres de los recién nacidos hospitalizados en UCIN, de acuerdo a los diversos autores. (Orlando y Travelbee, citados por Marriner 1994, Peplau 1990). Se promovió que las enfermeras establecieran una relación persona a persona con los padres de los niños hospitalizados en la UCIN, escuchar a los padres, los cuales manifestaron sus preocupaciones por el estado de salud y las condiciones de su hijo en la terapia, además de su necesidad de información y de

apoyo social tanto por el personal de salud como por parte de sus familiares durante la hospitalización de su hijo.

Nuestra hipótesis fue que el grupo de padres que se entrevistaría después de que las enfermeras pediatras recibieran una intervención con enfoque en la relación de ayuda tendrían menor ansiedad durante la hospitalización de su hijo que el grupo de padres antes de la intervención. La Relación de Ayuda fue la base de la intervención educativa dirigida a las enfermeras, y la calidad de su aplicación se observó al establecer una mayor comunicación, empatía y simpatía; los padres refirieron tener confianza y mayor apoyo por parte de las enfermeras.

De acuerdo a otros estudios se demostró que cuando las enfermeras interactúan con los padres, valoran sus percepciones y necesidades, además de considerar las premisas anteriormente descritas, disminuye la ansiedad.

Específicamente, en este estudio se reporta una disminución muy significativa en la proporción de padres con ansiedad en una situación difícil que los coloca en momentos vulnerables. Este hallazgo es similar a otros reportes (Jarret, 1996; Roman, 1995) a la mejoría en el estado emocional de madres con necesidades de apoyo que participaron en una intervención profesional.

Los padres que recibieron la relación de ayuda fueron casados, con escolaridad mínima de secundaria y de bajo nivel socioeconómico, éstas características fueron similares a los que no la recibieron; así como también la edad, paridad, los motivos de hospitalización de su recién nacido, sus necesidades y preocupaciones. Estos hallazgos son consistentes con reportes previos de madres de niños prematuros que son hospitalizados en UCIN y frecuentemente experimentan ansiedad y depresión durante la hospitalización de su hijo (Roman 1995).

### 3. Limitaciones

Las limitaciones inherentes a este estudio incluyen un pequeño grupo de enfermeras neonatales que laboran en un hospital regional. Además, aunque la mayoría de los padres en este estudio tuvieron un nivel socioeconómico bajo, tuvieron menor escolaridad el grupo de padres entrevistados en la etapa basal. Consideramos que un mayor grupo de enfermeras de dos o más hospitales con características similares darían mayor certidumbre a nuestros hallazgos.

Otra limitación del estudio fue no haber medido la influencia de otras redes sociales de apoyo, sin embargo, tenemos claro que sólo se logró medir la ansiedad durante la hospitalización del niño y por lo tanto, refleja lo que sucedió con la relación de ayuda que brindó la enfermera en el hospital.

## **V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

El conocer las percepciones de las enfermeras, las preocupaciones de los padres y la perspectiva que tienen tanto el personal de enfermería como los padres de niños hospitalizados en UCIN permitió lograr un impacto positivo, ya que la intervención en las enfermeras se enfocó a encontrar la mejor solución a las preocupaciones de los padres y así disminuir la ansiedad. Por lo tanto, cuando la enfermera adopta una actitud cálida, de respeto, comprensión y empatía brinda una atención integral para disminuir la ansiedad situacional de los padres de niños hospitalizados, por lo que debería promoverse la aplicación general del Modelo de Relación de Ayuda.

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de educar a los padres de niños hospitalizados. La enfermera en la UCIN debe reconsiderar su práctica en términos de averiguar lo que los padres necesitan saber durante la hospitalización de su hijo y dar la información a un nivel comprensible para ellos, lograr disminuir los sentimientos negativos por los que pasan y finalmente con estas acciones tener una responsabilidad compartida con el resto del equipo de salud y con los padres.

Nuestros resultados son consistentes con programas de intervención de apoyo a madres de niños con alto riesgo donde participaron o fueron dirigidos por profesionales de la salud. (Nyqvist & Karlsson, 1997; Prudhoe & Peters, 1995; Roman, 1995; Jarret, 1996). La intervención dirigida a las enfermeras, para que a su vez, incorporen la relación de ayuda en su quehacer diario da resultados positivos en padres con escolaridad media y bajo nivel socioeconómico, en quienes se observó alto grado de ansiedad. Estos resultados se relacionaron al programa de educación “con enfoque en la relación de ayuda” que se utilizó con

las enfermeras en UCIN, que incluyó talleres y asesoría en servicio por un psicólogo. Sin embargo, lo reportado en este estudio sirve de base para continuar la línea de investigación.

## **5.2 Recomendaciones**

### **DE POLÍTICAS DE SALUD**

1. Capacitar a los profesionales de la salud en los hospitales con atención al recién nacido y UCIN para apoyar y educar a los padres de niños con alto riesgo.

2. Capacitar y formar grupos de apoyo de padres con experiencia de haber tenido un hijo hospitalizado en UCIN para tener comunicación con otros padres que están experimentando angustia y estrés una primera vez.

3. Asegurar que dentro de las actividades de la enfermera neonatal incluya mantener la comunicación con los padres de niños hospitalizados en UCIN, identificar sus necesidades de ayuda y dar la información a un nivel adecuado para disminuir el estrés de los padres y que sean capaces de atender las necesidades de su hijo.

### **DE INVESTIGACIÓN**

1. Evaluar intervenciones en la comunicación e interacción del personal de salud y padres en la identificación de las necesidades del recién nacido, tanto en el hospital como en el hogar, que garanticen un crecimiento y desarrollo óptimo.

2. Diseñar, implementar y evaluar intervenciones a mayor escala, que incluya al personal de salud de varios hospitales que cuenten con UCIN y con ello poder planear programas con enfoque de ayuda a padres.

3. Realizar seguimiento sobre los programas de apoyo social a padres de niños críticamente enfermos y evaluar su impacto en el funcionamiento de la familia, en la interacción padre - madre - hijo, y el estado emocional de los padres

## LITERATURA CITADA

Als H, (1986). A synactive model of neonatal behavioral organization: Framework for the assesment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. Phisical and Occupational Therapy in Pediatrics, 6, 3-53.

Avery Taushed William., (1993) Asistencia de los padres de los recién nacidos que están en la unidad de cuidadosa intensivos en Enfermedades del Recién Nacido (3ª. Edición); Argentina Panamericana.

Bell, PL., (1997) Adolescent mother's peceptions of the neonatal intensive care unit environment J. Perinat-Neonatal-Nurs Jun;11(1)77-84

Bronfman M, Guiscafré H, Castro V, Castro R, Gutiérrez G.II., (1988) La medición de la desigualdad: una estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra. Arch Inv Med;19:351-360

Fairman, J., (1992). Watchful vigilance: Nursing care, technology, and the develpment of care units. Nursing Researh, 41, 56-59

Hamelin Ksadak-ML; Bramadat IA., (1997) Interviewing mothers of high risk infants. What are their support needsCan Nurse Jun; 93 (6) 35-8

Hussey-Gardner BT; Wachtel-RC; Viscardi-RM., (1998) Parent Perceptions of an NICU follow up clinicNeonatal Network, Feb;17(1)33-9

Jacobson, S., (1978). Stressful situations for neonatal intensive care nurses. American Journal of Maternal Child - Nursing (MCN) 3, 144

Jarret MH., (1996) Parent Partners: a parent to parent support program in the NICU. Part II: Program Implementation *Pediatr-Nurs*, Mar-Apr 142-4, 149 (Abstr).

Jasso Velázquez Luis., (1995) *Neonatología Práctica (4ª. Edición)* México: El Manual Moderno.

Jovar Sancho Carmen, Lázaro Morón Pedro, Subirana Casacubierta Mirela, Ballarín Laliena Gemma., (1995) Relación de Ayuda en el Ingreso Hospitalario *Rev. Rol de Enfermería* No. 206, Oct.

Kenneth J., Rothman, Sander Green Land., (1998) Study design and conduct type of epidemiologic study en *Modern Epidemiology (2ª Edición)* Philadelphia Ed. Lippincott Raven Publisher. Pp 67-78

Lozano González Carlos H., (1990) Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales *Rev. Mexicana de Pediatría* 57(5) p-287.

Mc Donald S, Chapman JS, (1996) Holding On: Parents' Perceptions of Premature Infants' Transfers 1996: *J-Obstet-Gynecol-Neonatal-Nurs.* Feb;25(2): 147- 53

Mc Grath JM, Conliffe-Torres S., (1996) Integrating family centered developmental assesment and intervention into routine care in the neonatal intensive care unit *Nursing Clinics of North Nort America* June:31 (2)

Marriner Tomey Ann., (1994) *Modelos y Teorías de Enfermería, (3ª edición)*; España: Mosby.

Marshall Klaus H., Fanaroff., Avroy A., (1978) *Asistencia del Recién Nacido de Alto Riesgo (3ª edición)* Argentina: Panamericana.

Meyer –Ec; García Coll-Ct; Seifer-R; Ramos-A; Kilis E., (1995) Psychological distress in mothers of preterm infants Oh-W J-Dev\_Behav-Pediatr ec;16(6) 412-7

Miles –MS; Carlson J; Punk-SG., (1996) Sources of support reported by mothers and fathers of infants hospitalized in a neonatal intensive care unit; Neonatal NetworkJan- Feb;22 (1) 60-3

Nyqvist-KH; Karlsson H., (1997) A philosophy of care for a neonatal intensive care unit. Operationalization of a nursing model; Scand J Caring Sci 11(2) 91-6

Peplau Hildegard E., (1990) Relaciones Interpersonales en Enfermería Barcelona:Salvat Editores.

Prudhoe- CM; Peters-DL., (1995) Social Support of parents and grandparents in the neonatal intensive care unit Pediatr-Nurs Mar-Apr 21(2):140-6

Redshaw-M; Harris-A.,( 1995) Maternal perceptions of neonatal care; Acta Paediatr; Jun;84(6):593-8

Roman LA; Lindsay-JK; Boger –RP; De Wys- M; Beamumont EJ; Jones-AS; Haas-B;(1995) Res Nurs Helath Oct; 18 (5):385-94.

Spielberger Charles D., Díaz Guerrero R., (1975) Manual IDARE Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado; México:El Manual Moderno.

Waetcher H. Eugenia; Phillips, Jane; Holaday Bonnie., (1993) Enfermería Pediátrica (10ª edición) Vol 1, México:Interamericana Mc Graw Hill.

Whaley ,LF., Wong,DL., (1988) Tratado de Enfermería Pediátrica (2ª edición ) México: Interamericana Mc Graw Hill.

# APÉNDICE

# APÉNDICE 1

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>VARIABLE DE INTERVENCIÓN</b>			
<b>ESTRATEGIA EDUCATIVA</b>			
Componentes:			
Taller			
Asesoría en Servicio			
Discusión de Casos			
<b>VARIABLES DE RESULTADO</b>			
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Relación de ayuda	Ayuda que proporciona la enfermera a través de la interacción con los padres para satisfacer sus necesidades y disminuir la ansiedad	<p>Comunicación: proceso en el cual se establece una relación de persona a persona</p> <p>Empatía: proceso en el cual la enfermera es capaz de comprender el estado psicológico de los padres</p> <p>Simpatía: implica el deseo de ayudar a los padres a disminuir su ansiedad por medio de la identificación de necesidades</p>	<p>Categoría nominal</p> <p>Categoría nominal</p> <p>Categoría nominal</p>

<b>PADRES</b>			
<b>Ansiedad</b>	Condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos.	IDARE ansiedad que presentan los padres al internamiento de su recién nacidos en la UCIN. 10 reactivos, con calificación directa (preguntas 1,2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) y 10 reactivos de calificación invertida (preguntas 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18) (Apéndice 3).	Escala Ordinal  Grado Alto 59-80 puntos Medio 27-58 puntos Bajo 20-26 puntos
<b>Otras variables</b>			
<b>Características de la familia</b>			
<b>Edad</b>	Años transcurridos desde el nacimiento.		Numérica discreta
<b>Escolaridad</b>	Grado de estudios terminados		Numérica discreta
<b>Nivel Socio-económico</b>	Escolaridad del jefe de familia y condiciones de la vivienda		Ordinal: bueno, regular y malo
<b>Estructura</b>	Número de hijos		Numérica discreta
<b>Características del personal enfermería</b>			
<b>Edad</b>	Años transcurridos desde el nacimiento.		Numérica discreta
<b>Antigüedad</b>	Tiempo transcurrido desde que ingreso a la UCIN al momento actual		Numérica discreta

# APÉNDICE 2



19. ¿En este momento qué es lo que más le preocupa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. ¿Qué le preocupa de usted? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. ¿Dígame tres cosas que más le preocupan de su hijo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

22. ¿Qué le preocupa de su familia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. ¿Qué problemas tiene usted por el internamiento de su bebé? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24. ¿Qué quisiera que la enfermera o el médico le dijeran? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

25. ¿A quién le quisiera hacer preguntas? Médico  Enfermera

26. ¿Qué quisiera saber del servicio donde está su hijo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

27. ¿Le gustaría que la enfermera platicara con usted? Si  No

28. ¿Qué tipo de ayuda cree que le puede dar la enfermera? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

29. ¿Qué piensa usted al ver a su hijo rodeado de aparatos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

30. Cuando visita su hijo ¿qué es lo que le llama más la atención? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

31. ¿Qué le gustaría que le dijera la enfermera? \_\_\_\_\_

32. ¿Su familia lo ó la ha apoyado durante la hospitalización de su hijo? Si  No

33. ¿En qué la ha apoyado su familia y en que no? \_\_\_\_\_

*En niños que se encuentran hospitalizados:*

34. ¿Sabe cuál es el nombre de la enfermera que atiende a su hijo? Si  No

35. ¿Cómo ha sido la comunicación entre la enfermera y ustedes (los padres)?

Buena  Regular  Mala

¿Porqué? \_\_\_\_\_

36. ¿Qué le ha preguntado a la enfermera acerca de su hijo? \_\_\_\_\_

37. ¿La enfermera le ha quitado sus dudas o temores? Si  No

38. ¿Tiene usted confianza con la enfermera? Si  No

39. ¿La enfermera le pregunta sobre dudas o problemas que tiene usted? Si  No

40. ¿La enfermera le ha dicho o explicado algo acerca de:

	Si	No
A. El estado de salud de su hijo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Los cuidados que necesita su hijo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. El tratamiento de su hijo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. El servicio de cuidados intensivos que se les da a los niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Los aparatos que necesita su hijo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. ¿Nos podría decir como se siente con la atención que ha recibido usted por parte de la enfermera?

Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Muy Satisfecho
-----------------	-----------------	----------------

¿Porqué? \_\_\_\_\_

42. ¿Qué opina de las enfermeras donde esta su hijo hospitalizado (UCIN)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

# APÉNDICE 3

**IDARE**  
INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN

FECHA: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique como se siente ahora mismo, o sea en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimiento ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado. _____	1	2	3	4
2. Me siento seguro. _____	1	2	3	4
3. Estoy tenso. _____	1	2	3	4
4. Estoy contrariado. _____	1	2	3	4
5. Estoy a gusto. _____	1	2	3	4
6. Me siento alterado. _____	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado. _____	1	2	3	4
9. Me siento ansioso. _____	1	2	3	4
10. Me siento cómodo _____	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mi mismo. _____	1	2	3	4
12. Me siento nervioso. _____	1	2	3	4
13. Me siento agitado. _____	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar" _____	1	2	3	4
15. Me siento reposado. _____	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho. _____	1	2	3	4
17. Estoy preocupado. _____	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido. _____	1	2	3	4
19. Me siento alegre. _____	1	2	3	4
20. Me siento bien. _____	1	2	3	4

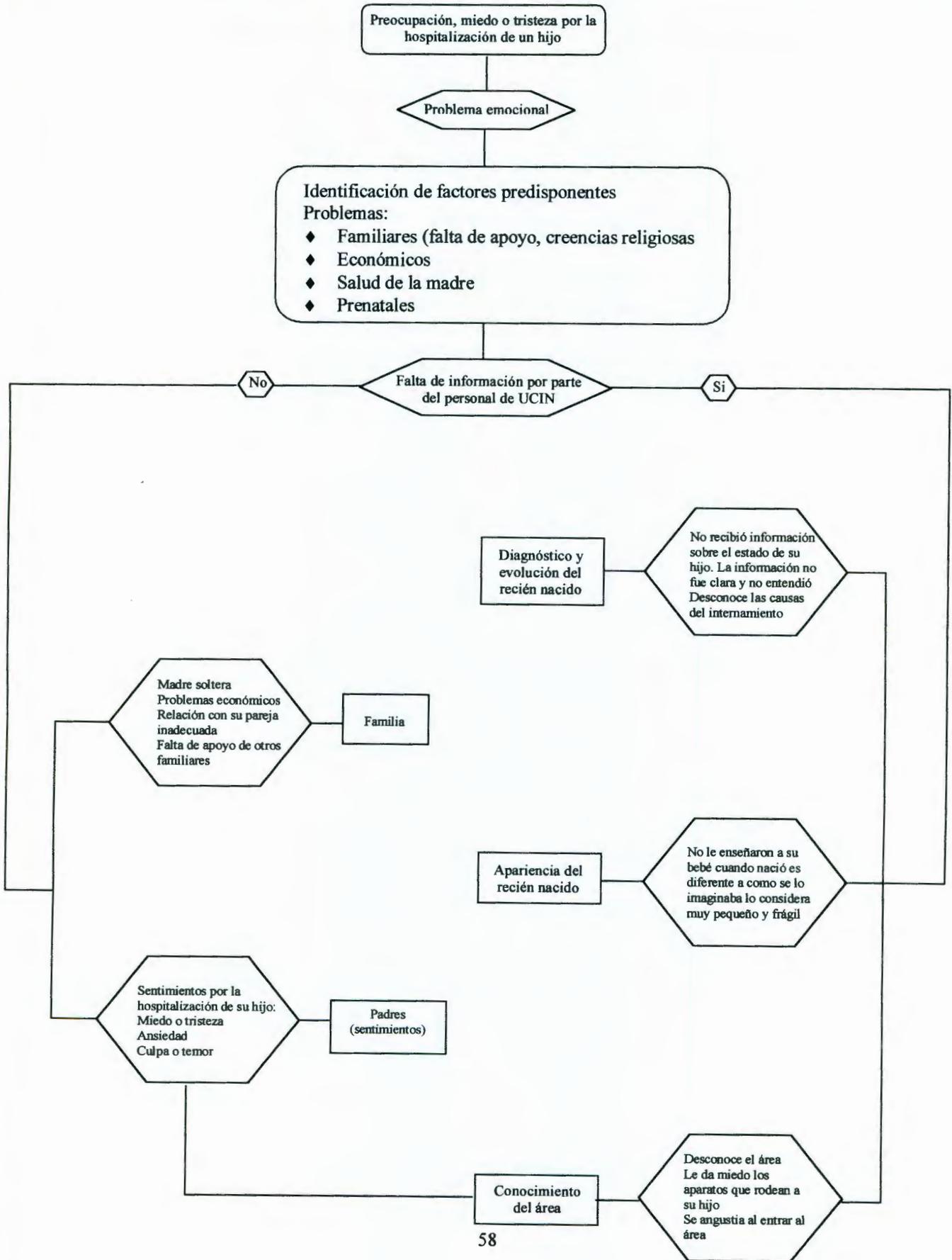
# APÉNDICE 4

# RELACIÓN DE AYUDA A LOS PADRES DE RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN LA UCIN

- ◆ **Información a los padres sobre**
  - El cuidado y atención de su hijo en la UCIN
  - Rescatar la importancia de los vínculos Emocionales
- ◆ **Educación a la madre:**
  - Cuidados del recién nacido
  - Lactancia al pecho materno
  - Relación afectiva
  - Estimulación temprana (ojos, oídos, piel, motor)
- ◆ **Apoyo profesional si existe al menos un factor**
  - Madre o padre joven
  - Madre soltera
  - Muerte de un niño menor en esa familia
- ◆ **Como identificar signos de problema de salud**
  - Movimientos del recién nacido
  - Reflejos y reactividad (llanto, irritable, etc.)
  - Piel, secreción en ojos, evacuaciones y orina



# IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE APOYO EMOCIONAL EN PADRES DE RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)



# APÉNDICE 5

## GUIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA

### DIRIGIDA A ENFERMERAS PEDIATRAS CON ENFOQUE EN LA RELACIÓN DE AYUDA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN LOS PADRES DE LOS RECIEN NACIDOS EN LA UCIN

1.- Taller **Descripción:** El taller se realizará durante cinco días con una hora de duración por día, se presentarán las situaciones (casos y guía de solución ver apéndice 5A y 5B), que la enfermera haya detectado y que estén ocasionando ansiedad en los padres de los recién nacidos hospitalizados en el área de UCIN, se contará con un asesor el cual coordinará y guiará la discusión sobre como debe ser la relación de ayuda a los padres.

**Técnica:** Discusión grupal

**Componentes:** a)Discusión, b)Revisión de bibliografía.

#### MECÁNICA DEL TALLER :

Primer Día	Segundo Día	Tercer Día	Cuarto Día	Quinto Día
Presentación de los participantes en el taller (10 minutos), tanto de enfermeras como asesores, enfermeras jefe de piso. Nombramiento de un moderador Presentación de casos (10 minutos). Discusión grupal y proposición de solución ( 30 minutos) Exposición de tema por parte de experto (10minutos)	Presentación en plenaria de conclusiones de los casos (10 minutos ) analizados. El moderador dirige la discusión de tal manera que lleve a las enfermeras a la reflexión y se unifiquen criterios en el manejo de casos. (40 minutos). Revisión de bibliografía. (10 minutos)	Presentación de resultados de evaluación basal de algunos casos (30minutos) discutiendo la ayuda que se les proporciona a los padres para disminuir la ansiedad. Enseguida se presenta una guía como propuesta en coordinación con el moderador	Concluir la discusión de la guía ( 15 minutos) Se proporciona un caso para que sea solucionado individualmente en base a la guía propuesta. (15 minutos) Se plantean soluciones de manera grupal (30 minutos)	Se presentan las discusiones de los casos (30 minutos) Se hacen conclusiones finales se informa de la manera en que se llevaran a cabo las asesorías en el servicio y los grupos de discusión (30 minutos)

**Propósito:** Favorecer entre las enfermeras y los asesores una interacción que permita el desarrollo de habilidades, la adquisición de conocimientos y el cambio de actitudes en la relación de ayuda.

**Participantes:** Enfermeras pediatras, médico pediatra, enfermera jefe de piso, psicólogo

## **II Asesoría en Servicio**

**Descripción:** Las asesorías en el servicio se llevarán a cabo en el horario en que los padres acudan a la visita con una duración de 30 minutos por padres, se tendrá la presencia de la enfermera y el asesor. Se realizaran tres asesorías por enfermera que participa en la estrategia educativa en el turno matutino (4) con diferentes padres.

Las asesorías finalizarán cuando las enfermeras reciban al menos tres asesorías.

La responsable de la investigación llevará el control de las asesorías proporcionadas.

### **Propósitos:**

- ✓ Favorecer la interacción adecuada entre la enfermera y los padres que permita establecer una relación de ayuda a los padres para disminuir la ansiedad.
- ✓ En colaboración con el experto en el área, identificar las necesidades de ayuda en los padres.
- ✓ En base a las guías propuestas en el taller proporcionar a los padres la relación de ayuda.

**Participantes:** Enfermeras pediatras, psicólogo, padres del recién nacido.

## **III Discusión de casos**

**Descripción:** Se llevaran a cabo discusiones en grupo de casos en base a las experiencias que se tuvieron con los padres y al manejo de la guía propuesta. Las reuniones serán en

cuatro ocasiones con duración de una hora. El grupo se integrará con las enfermeras peditras participantes, la jefe de piso, el psicólogo y el investigador responsable.

**Funciones:** Las enfermeras peditras harán una exposición de los casos y se llevará a cabo la discusión para conocer si la intervención fue la adecuada en base a la guía.

**Mecánica de la discusión:** La enfermera presenta su caso y cuales fueron las necesidades de ayuda que ella identifica y el manejo que se otorgó. En cuanto al resto del grupo, cada integrante dará su opinión sobre la ayuda proporcionada.

**Propósitos:**

- ✓ Promover la relación de ayuda satisfactoria de acuerdo con la asesoría en servicio previamente otorgada.
- ✓ Evaluar la relación de ayuda brindada por la enfermera a los padres.
- ✓ Facilitar la interacción de las enfermeras con los padres.

**Participantes:** enfermeras peditras, psicólogo, responsable de la investigación, jefe de piso.

# APÉNDICE 5A

**CASOS**  
**ESTRATEGIA EDUCATIVA CON ENFOQUE EN**  
**LA RELACION DE AYUDA A LOS PADRES**  
**DE RN HOSPITALIZADOS EN UCIN**

**RELACIÓN DE AYUDA**

**CASO NO. 1**

Sra. Gómez de 28 años procedente de San Juan del Río se dedica a su hogar, acude a visitar a su hija quien nació por parto normal peso de 1,800 grs. con diagnóstico de Síndrome de Dificultad Respiratoria se encuentra en cuna térmica y con oxígeno en casco cefálico. Refiere la madre que se le “adelanto el parto” se encuentra temerosa, desconoce el servicio y no sabe porque tiene su hija esa camarita en la cabeza, dice que no imaginaba que su hija naciera tan pequeña.

## RELACIÓN DE AYUDA

### CASO DOS

Sr. Martínez procedente de San José de Iturbide trabaja como obrero en una empresa acude a visitar a su hijo que nació con depresión por anestésicos con peso de 3,800Kg. Se encuentra con ventilador mecánico, refiere que a su esposa le realizaron cesárea, está preocupado por los gastos que implica el tener que trasladarse, le preocupan sus otros hijos que dejó en su casa, tiene que regresar a trabajar. Ya le han informado sobre el diagnóstico de su hijo, tiene fé en que su hijo va a estar bien y que se va recuperar pronto.

## RELACIÓN DE AYUDA

### CASO TRES

Sra. Castillo, de Querétaro, acude a visitar a su hijo un pequeñito de 1.350 Kg. Nació por parto normal, desnutrido in utero, con neumonía. Se encuentra en cuna térmica y con ventilador mecánico, desconocía que su hijo estuviera hospitalizado en esa área, se siente “mal por ver a su hijo rodeado de tubos y sondas” le da miedo tocarlo porque esta muy chiquito y en ocasiones no entiende lo que dice el médico.

## RELACIÓN DE AYUDA

### CASO CUATRO

Sra. García, de Querétaro, madre soltera que trabaja como obrera en una maquiladora, no cuenta con el apoyo de su pareja ni de sus familiares, acude a visitar a su hijo con diagnóstico de sepsis, peso de 2.800 Kgs. se encuentra intubado, conectado a un ventilador mecánico, en cuna térmica dice que esta preocupada por su bebé, se siente atemorizada y tiene dudas en cuanto a los aparatos electromédicos.

## RELACION DE AYUDA

### CASO CINCO

Sra. Fernández, de San Juan del Río dedicada al hogar, acude a visitar a su hijo dice que se le adelantó el parto, se siente mal porque el bebé nació antes de tiempo, levantó algo muy pesado cuando hacía el quehacer en su casa, pesa 1200 grs. Recién Nacido que presenta Síndrome de Dificultad Respiratoria, se encuentra en observación y de acuerdo a su evolución es posible que se intube recibe oxígeno en casco cefálico, tiene problemas con su esposo dice que por su culpa el bebé nació antes de tiempo.

# APÉNDICE 5B

## GUÍA DE SOLUCIÓN DE CASOS

### ESTRATEGIA EDUCATIVA CON ENFOQUE EN LA RELACION DE AYUDA A LOS PADRES DE RN HOSPITALIZADOS EN UCIN

<b>SOLUCIÓN INDIVIDUAL</b>	<b>CONCLUSIÓN POR EQUIPO</b>
Identificación de necesidades  Datos que lo apoyan	Identificación de necesidades  Datos que lo apoyan
<b>FACTORES PREDISPONENTES</b>	<b>FACTORES PREDISPONENTES</b>
<b>MANEJO DEL CASO</b>  1. Comunicación  2. Relación de ayuda  3. Educación  4. Seguimiento	<b>MANEJO DEL CASO</b>  1. Comunicación  2. Relación de ayuda  3. Educación  4. Seguimiento

# APÉNDICE 6

## CARTA DE CONSENTIMIENTO

A quién corresponda:

Yo enfermera especialista \_\_\_\_\_, que laboro en el área de cuidados intensivos neonatales declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio “Impacto de una intervención educativa dirigida a las enfermeras con enfoque en la relación de ayuda a padres de niños hospitalizados en unidad de cuidados intensivos neonatales”. Este estudio consiste en acudir a un taller, participar en asesorías en mi servicio y discutir casos clínicos. Se me ha informado que durante el estudio voy a contestar algunas preguntas antes y después de las actividades educativas. Será necesario que asista a más del 80% de las actividades. Con esta actividad se tratará de mejorar el servicio que brinda la unidad.

Se me ha informado que me proporcionarán la asesoría y el procedimiento que debo seguir.

También se me indicó que puedo decidir no continuar con mi participación en el estudio en cualquier momento y, en caso de que decidiera retirarme, no se verá afectada mi relación laboral.

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

# APÉNDICE 7

## CARTA DE CONSENTIMIENTO

A quién corresponda:

Yo mamá (papá) del niño \_\_\_\_\_, que es atendido en esta unidad declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio “Impacto de una intervención educativa dirigida a las enfermeras con enfoque en la relación de ayuda a padres de niños hospitalizados en unidad de cuidados intensivos neonatales”. Este estudio consiste en averiguar si tengo ayuda y orientación de las enfermeras. Se me ha informado que durante el estudio voy a contestar algunas preguntas sobre la atención que recibe mi hijo, si tengo algún problema o duda y si he recibido alguna información. Será necesario contestar unas preguntas cuando ingrese mi hijo y a los 3 a 5 días de estar hospitalizado o cuando me lo lleve a casa.

Con este estudio se quiere conocer si las enfermeras están ayudando a padres de niños muy enfermos, en caso de ser necesario enseñar a las enfermeras como tratar a los padres y sus familias para que reciban un mejor servicio de la unidad del seguro social.

Se me indicó que puedo decidir no continuar con mi participación en el estudio en cualquier momento y en caso de que decidiera retirarme, la atención que recibe mi hijo no se verá afectada.

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_