

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**(Universidad del Perú, Decana de América)**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**EFICACIA DE UN PROGRAMA PSICO-EDUCATIVO  
EN LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD EN  
PADRES DE NIÑOS QUEMADOS.**

**INSN. 2006**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL  
DE LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**AUTORA**

**LUPITA HIDALGO CUSI**

**ASESORA**

**LUZMILA FIGUEROA AMES**

**LIMA – PERU**

**2007**

*A Dios, en primer lugar, por  
permitirme vivir este presente,  
por darme luz cada día.....*

*A mi Madre, por su Fortaleza,  
Convicción y Amor que siempre  
me demostró e inculcó...*

*A mis hermanos, por todo  
su apoyo y comprensión,  
los quiero mucho....*

*A mi Asesora, Licenciada Luzmila Figueroa  
Ames,  
por fortalecer y mejorar  
mi aprendizaje....*

***A La Licenciada Edith Calixto de Malca,  
Jefa del Servicio de Quemados del INSN,  
Por brindarme su apoyo y orientación...***

***A todos los Padres de Familia,  
que participaron en este estudio,  
A ellos con cariño...***

# INDICE

	<b>Página</b>
<b>INDICE DE GRAFICOS.....</b>	viii
<b>RESUMEN.....</b>	1
<b>SUMMARY.....</b>	3
<b>PRESENTACIÓN.....</b>	5
 <b>CAPITULO I: INTRODUCCION</b>	
1.- PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	8
2.- FORMULACION DEL PROBLEMA.....	13
3.- JUSTIFICACION.....	13
4.- OBJETIVOS.....	14
5.- PROPOSITO.....	15
6.- MARCO TEORICO	
6.1.- ANTECEDENTES.....	15
6.2.- BASE TEORICA.....	19
7.- HIPOTESIS.....	45
8.- DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS.....	45

	<b>Página</b>
<b>CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS</b>	
1.- TIPO Y METODO DE INVESTIGACION.....	47
2.- DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO.....	48
3.- POBLACION.....	49
4.- TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS...	50
5.- PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	51
6.- PROCESAMIENTO DE LOS DATOS RECOLECTADOS.....	53
<b>CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION</b>	
1.- CARACTERIZACION DE LAS UNIDADES DE ANALISIS.....	54
2.- NIVELES DE ANSIEDAD EN PADRES DE NIÑOS QUEMADOS..	55
<b>CAPITULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
1.- CONCLUSIONES.....	66
2.- LIMITACIONES.....	67
3.- RECOMENDACIONES.....	68
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>69</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXOS</b>	

## INDICE DE GRAFICOS

<b>GRAFICO</b>		<b>Página</b>
<b>1</b>	<b>Nivel de Ansiedad Valorado en los Padres de Familia Antes de la Intervención Psico-Educativa. Instituto Nacional de Salud del Niño. Noviembre-Diciembre.2006....</b>	<b>55</b>
<b>2</b>	<b>Variaciones en el Nivel de Ansiedad Muy Baja Valorado Después de la Intervención Psico-Educativa. Instituto Nacional de Salud del Niño. Noviembre-Diciembre.2006....</b>	<b>57</b>
<b>3</b>	<b>Variaciones en el Nivel de Ansiedad Baja Valorado Después de la Intervención Psico-Educativa. Instituto Nacional de Salud del Niño. Noviembre- Diciembre.2006....</b>	<b>58</b>
<b>4</b>	<b>Variaciones en el Nivel de Ansiedad Media Valorado Después de la Intervención Psico-Educativa. Instituto Nacional de Salud del Niño. Noviembre -Diciembre.2006....</b>	<b>59</b>
<b>5</b>	<b>Variaciones en el Nivel de Ansiedad Alta Valorado Después de la Intervención Psico-Educativa. Instituto Nacional de Salud del Niño. Noviembre -Diciembre.2006....</b>	<b>60</b>
<b>6</b>	<b>Variaciones en el Nivel de Ansiedad Muy Alta Valorado Después de la Intervención Psico-Educativa. Instituto Nacional de Salud del Niño. Noviembre -Diciembre.2006....</b>	<b>61</b>

## **PRESENTACION**

Las quemaduras tienen una mayor repercusión psicoemocional en la familia del paciente pediátrico debido a las secuelas que produce (1). El impacto ocasionado por el accidente afecta sobremanera el entorno familiar, dado que la familia no es solamente una agrupación de personas, sino también se complementa mutuamente, brindándose apoyo, interdependencia y confianza; como tal, es considerada un sistema, y al igual que cualquier otro sistema, todo lo que afecta a uno de sus componentes (persona), en consecuencia, afecta también a los demás componentes (2).

El impacto del accidente sobre la familia del niño quemado altera los planes futuros, cambia los diferentes papeles y las pautas de intervención dentro de la unidad familiar, en especial en los padres (3), es en dicha situación evidenciada donde se genera y experimenta la

ansiedad, alteración emocional que los limita sobremanera en la adaptación a su nueva situación que le impone el accidente de su hijo.

Es en este escenario donde la función del profesional de Enfermería debe de orientarse a la familia, en particular a los padres, de modo tal que garantice su participación en el proceso de recuperación de su hijo, a través de una atención integrada, basada en el diseño, perfeccionamiento e innovación de estrategias psico-educativas, con un enfoque preventivo-promocional, sin embargo este propósito encuentra dificultades ya que se ha observado que en los diferentes servicios hospitalarios pediátricos considerados como críticos, la atención esta más focalizada al paciente, lo que ocasiona que los padres no cuenten con una unidad de soporte que le permita enfrentar positivamente la ansiedad que experimentan, hecho que los expone de modo potencial al incremento de la misma, lo que a largo plazo implicaría riesgos por la inseguridad que se pueda generar en los padres en cuanto al cuidado del niño.

En este contexto, se desarrolló la Investigación titulada “Eficacia de un Programa Psico-Educativo en la Disminución de la Ansiedad en Padres de Niños Quemados. INSN. 2006” que en calidad de Tesis, permitirá optar el Título Profesional de Licenciada de Enfermería.

La Tesis en mención esta estructurada en cuatro capítulos, el Capítulo I, Introducción, expone el Planteamiento, Delimitación y Formulación del Problema, su justificación, objetivos, propósito, antecedentes y base teórica. El Capítulo II referido a Material y Método, describe el tipo y método, el área de estudio, la población, el procedimiento de recolección de datos. El Capítulo III expone los Resultados y Discusión, donde se presenta la caracterización de las unidades de análisis y luego los niveles de ansiedad de los Padres de Niños Quemados, asimismo el Capítulo IV corresponde a la Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones, posteriormente se mencionan las Referencias Bibliográficas y Bibliografía que se utilizó y al final los Anexos que contribuyen a su mejor comprensión.

## **RESUMEN**

Las quemaduras no sólo se caracterizan por el dolor y las secuelas que dejan en el paciente, sino también por las repercusiones que tienen en su familia. Tratando a niños quemados, el profesional de Enfermería tiene la responsabilidad de asumir un rol frente a la familia de este paciente, en particular a los padres, quienes atraviesan por alteraciones emocionales producto del accidente de su hijo, siendo una de las más frecuentes la ansiedad; problema frente al cual se requiere diseñar, planificar, ejecutar y evaluar estrategias con un enfoque psico-educativo con el objetivo de disminuir su ansiedad para que se encuentren en mejores condiciones de involucrarse como agentes del autocuidado del niño quemado.

Bajo esta comprensión se desarrolló el presente estudio, el cual es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo; cuyo método fue el cuasi experimental de un solo diseño, teniendo como variable independiente la Eficacia de un Programa Psico-Educativo y como variable dependiente el Estado de Ansiedad en Padres de Niños

Quemados. La técnica fue la entrevista y el instrumento de medición fue el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger, la población estuvo conformada por 53 Padres de Niños Quemados hospitalizados en el Servicio de Quemados y Cirugía Reparadora del Instituto Nacional de Salud del Niño durante los meses Noviembre-Diciembre del 2006, la recolección de los datos se dio en dos fases, una administrativa y otra operativa.

Los resultados mostraron que el 42% de padres presentó un nivel de ansiedad alta, seguido de un 28% y 21% con ansiedad muy alta y media respectivamente. Luego de esta valoración inicial, se efectuó la Intervención Psico-educativa, al término del cual se valoró nuevamente los niveles de ansiedad, cuyos hallazgos fueron que el 89% de padres disminuyó los niveles de ansiedad y sólo en el 11% mantuvo la estimación inicial.

Estos hallazgos permitieron concluir que el Programa Psico-Educativo desarrollado, tiene una Eficacia significativa en la Disminución de la Ansiedad en los Padres de Niños Quemados participantes en el estudio.

**Palabras Claves:** Programa Psico-educativo, eficacia, padres de niños quemados, ansiedad

## **SUMMARY**

The burns not only also characterize by the pain and the sequels that leave in the patient, but by the repercussions that they have in his family. Treating burned children, the professional of Infirmary has the responsibility to assume a roll in front of the family of this patient, in individual to the parents, who cross by emotional alterations product of the accident of their son, being one of the most frequent anxiety; problem as opposed to which it is required to design, to plan, to execute and to evaluate strategies with an psico-educative approach that allows him to deal with integrated way the family of the burned patient, with the objective to diminish its anxiety so that they are in better conditions for becoming jumbled like agents of the autocuidado one of the burned boy.

Under this understanding the present study was developed, which is of aplicative level, quantitative type; whose method was cuasi experimental of a single design, having like independent variable the Effectiveness of an Psico-Educative Program and like dependent

variable the State of Anxiety in Parents of Burned Children. The technique was the interview and the measuring instrument was the Inventory of Anxiety Characteristic-Be (IDARE) of Spielberger, the population was conformed by 53 Parents of Children Burned hospitalized in the Service of Burned and Repairing Surgery of the National Institute of Health of the Boy during the months November-December of the 2006, the harvesting of the data at two moments: administrative and operative.

The results showed that 42% of parents presented a level of high anxiety, followed of a 28% and 21% of anxiety and very highly average respectively. After this initial valuation, the Psico-educative Intervention, that included a little while of psicoterapéutic and a little while educative, at the end of which took place again valued the anxiety levels, way demonstrate that in 89% of parents it diminished the anxiety levels and only in 11% it maintained the estimation initial.

These findings allowed to conclude that developed the Psico-Educative Program, has a significant Effectiveness in the Diminution of the Anxiety in the Parents of Children Burned participant in the study.

**Key words:** Psico-educational Program, efficiency, parents of burnt children, anxiety

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCION**

#### **1.- PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA:**

Las quemaduras representan uno de los accidentes sociales más graves e incapacitantes que existen, debido a las secuelas físicas y psicológicas que producen en la persona afectada. Son considerados como una de las causas mas frecuentes de morbilidad en la población infantil, según datos estadísticos del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN). (4)

La Asociación de Ayuda al Niño Quemado (ANIQUEM), reporta que el 60% de las quemaduras en el Perú corresponde a niños. El 80 % de éstos tienen entre 4 y 6 años de edad y su accidentabilidad anual es de 3.9%, además, el 70% de las quemaduras tienen por

agente el agua; el 26% se debe al fuego por vela y el resto son por electricidad, químicos, y otros. Según estudios realizados por ANIQUEM se tiene que generalmente los factores de riesgo asociados a los accidentes por quemadura son: baja educación materna, alto número de hijos y ausencia de figura paterna. (5)

El accidente ocurrido en el niño afecta a todos los miembros de la familia, su nueva condición física, causada por el accidente de quemadura pone a prueba el funcionamiento del sistema familiar. A su vez, las circunstancias en que se produjo el accidente provocan reacciones en todos los familiares del niño y estas influyen favorable o desfavorablemente en el proceso de recuperación y marcan, con frecuencia, la respuesta de la familia hacia el tratamiento.

Dicho accidente genera una reacción emocional intensa en los adultos responsables del niño, no sólo por la lesión y dolor manifestado por éste, sino, por la responsabilidad del adulto frente al suceso. Se tiende a buscar culpables entre los adultos involucrados o que estuvieron presentes durante la quemadura, que generalmente ocurre en el hogar y en presencia de un adulto.

La familia del niño quemado vive esta experiencia como una situación de crisis, con desorganización, confusión y fuertes

sentimientos de angustia, culpa y rabia.<sup>(6)</sup> Casi todos los padres responden ante el accidente y a la hospitalización del hijo con reacciones notablemente constantes, al principio, reaccionan con *incredulidad*, cuando se dan cuenta de la situación reaccionan con *cólera o culpa*, cuando esta indicada la hospitalización, el sentimiento de culpa *se intensifica*, porque son incapaces de aliviar el dolor físico y emocional del niño.

Para Whaley <sup>(7)</sup>, el *temor, ansiedad y frustración*, son los sentimientos expresados habitualmente por los padres, los dos primeros relacionados con la gravedad del accidente y el tipo de intervención médica necesaria. Cabe señalar que a menudo, mucha de la ansiedad expresada por los padres, guarda relación con el trauma y dolor expresados por el niño, pero también suele estar relacionada a la falta de información sobre los procedimientos y tratamientos, el desconocimiento de las normas del hospital, la sensación de ser mal recibido por el personal de salud y el temor a preguntar. Todo esto produce una desestabilización del equilibrio que mantenía la familia y pueden surgir conflictos internos entre la pareja o con el entorno y como consecuencia, disminuye la eficiencia de los padres para servir de apoyo y comprender las indicaciones de tratamiento.

Una persona quemada, adulto o niño, aunque se encuentre aislada u hospitalizada, nunca está sola. Están siempre con ella sus sentimientos, emociones, sus vivencias anteriores, su personalidad, su forma de enfrentar las cosas y su red de contactos e interacciones sociales, y en especial, su familia.

Al respecto, Kaplan (8), refiere que la contribución de los padres en el proceso de recuperación del niño hospitalizado es de vital importancia, pues ellos representan la conexión que existe entre lo que conoce el niño, y el ambiente nuevo que le ofrece el hospital, es en ellos donde el niño encuentra seguridad, consuelo y ayuda necesaria para afrontar su actual estado de salud.

La atención del niño quemado debe ser con un enfoque integral y focalizado, para lograr un tratamiento eficaz y una recuperación favorable, requiere también de un trabajo coordinado del equipo de salud.(6) Es en este quehacer que el profesional de Enfermería debe desempeñar un papel protagónico e innovador, brindando una atención integral e integrada al niño que ha sufrido una lesión por quemadura, también requiere desarrollar sus capacidades cognitivas y técnicas, al enfrentarse, no sólo a un niño lesionado, sino a toda una familia en estado de desaliento y descontrol emocional porque la enfermera es quién primero interactúa con el niño y sus padres e identifica los aspectos

relevantes, relacionados con la gravedad de las quemaduras, para luego aplicar todas sus habilidades interpersonales para acogerlos y ayudarlos en ésta difícil e inesperada situación.

En nuestro país, la atención del niño quemado tiene lugar en diferentes establecimientos de salud. En Lima, tenemos al Instituto Nacional de Salud de Niño, como establecimiento de referencia nacional, que dispone de un Servicio de Quemados y Cirugía Reparadora, considerado un servicio crítico, donde se aprecia un incesante trabajo asistencial por parte del personal de salud debido a la complejidad que reviste la atención al niño quemado.

En particular, el Profesional de Enfermería, conocedor de que su función también debe ser extensiva para la familia, se encuentra limitado en este aspecto, ya que no cuenta con estrategias de intervención que le permitan brindar una mejor atención a los padres, teniendo como consecuencia que éstos se encuentren desprovistos una completa información/educación por parte del Profesional de Enfermería, a lo que se suma el hecho de que atraviesan por una alteración emocional traducida en manifestaciones de ansiedad, producto de la crisis situacional ocasionada por el accidente de su hijo, resulta finalmente que la mayoría de los padres experimenten un incremento de la ansiedad.

Esta situación final dificulta el involucramiento del padre de familia como partícipe del cuidado del niño quemado.

Frente a esta situación, se planteó dar una respuesta efectiva a las necesidades evidenciadas en la familia del niño quemado, por lo que, se ensayó un Programa Psico-Educativo, con la finalidad de disminuir la ansiedad que experimentan los padres de familia, dicho programa, se organizó en función a las necesidades reales evidenciadas y considerando que una óptima y oportuna intervención de Enfermería dirigida a los padres también es prioridad de la Enfermera, por ser el profesional que permanece más tiempo con el paciente y la familia y por ser quién asume la responsabilidad del cuidado integral.

## **2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

En consideración a lo referido previamente se planteó la siguiente interrogante: ***¿Cuál es la Eficacia de un Programa Psico-Educativo en la Disminución de la Ansiedad en Padres de Niños Quemados. Instituto Nacional De Salud Del Niño. 2006?***

### **3.- JUSTIFICACIÓN:**

La investigación desarrollada es importante porque pretende dar respuesta a una necesidad evidenciada en los padres del niño quemado y que aún no había sido satisfecha, debido a la carencia de un proceso de intervención que sistematice una de las áreas del cuidado de Enfermería, que es la de dar soporte terapéutico a la familia, pues propone la aplicación de un modelo psico-educativo (Tecnología Innovadora propia del profesional de Enfermería) para obtener resultados favorables como es la disminución de la ansiedad que experimentan los padres, ya que de no tratar esta problemática, los efectos tendrían influencia negativa en la recuperación y rehabilitación del niño quemado y la estancia hospitalaria sería más prolongada, con un coste social tanto para la familia como para la Institución.

### **4.- OBJETIVOS:**

#### **Objetivo General:**

- Determinar la Eficacia de un Programa Psico-Educativo en la Disminución de la Ansiedad en Padres de Niños Quemados en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN).

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar el nivel de ansiedad de los Padres de Niños Quemados seleccionados previo a la aplicación del Programa Psico-Educativo.
- Aplicar el Programa Psico-Educativo orientado a la disminución de la ansiedad a los Padres de Niños Quemados.
- Identificar el nivel de ansiedad de los Padres de los Niños Quemados después de la aplicación del Programa Psico-Educativo.
- Establecer las diferencias de los niveles de ansiedad de los Padres después de la aplicación del Programa Psico-Educativo.

### **5.- PROPÓSITO:**

El propósito del estudio se orienta a promover que las instituciones hospitalarias diseñen estrategias que permitan el manejo de programas psico-educativos dirigidos a padres de familia, e impulsar a que el profesional de Enfermería pueda ser un agente innovador en la aplicación e implementación de estas estrategias, priorizándolas en Pediatría, para dar un mayor soporte a los padres, a disminuir su ansiedad y lograr su participación activa y efectiva como agentes de autocuidado en el niño.

## **6.- MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL:**

### **6.1. ANTECEDENTES:**

Se revisó literatura nacional e internacional de estudios relacionados con el problema propuesto en estudio, no ubicándose ninguno que guarde relación directa con el presente estudio; sin embargo, a continuación se presentan algunos estudios de investigación cuya metodología es afín con el estudio realizado.

En el Perú, en el año 2002, Milagros Chumpitaz Ramírez realizó la investigación titulada “Efectividad de un Modelo de Atención según Peplau en la Disminución de la Ansiedad en Padres con Niños Post apendicectomizados”, el objetivo fue determinar la efectividad de un modelo de atención sustentado en la teoría de Peplau en la disminución de la ansiedad en padres con niños post operados de apendicetomía, con un método de nivel pre experimental en una población que estuvo conformada por todos los padres con niños post operados de apendicetomía que se encontraban durante un mes calendario, utilizó como técnica la encuesta, y como instrumento el cuestionario de ansiedad estado de Spielberger para medir la ansiedad de los padres.

Una de sus conclusiones fue que el modelo de atención tiene significatividad en la disminución de la ansiedad en los padres, resaltando la recomendación de hacer trabajos similares. (9)

En Alemania, en el año 2005, May TW y Pfäfflin M. realizaron la investigación “Programas Psicoeducacionales para Pacientes con Epilepsia”, el objetivo fue determinar la eficacia de diversos programas Psicoeducacionales dirigidos a pacientes con epilepsia, para lo cual realizaron una búsqueda sistemática en MEDLINE y en otras bases de datos; sobre Programas Psicoeducacionales, la información correspondió al período entre enero de 1966 y agosto de 2004. También investigaron algunos artículos, resúmenes, publicaciones personales, etc. Para esta revisión se realizó una diferenciación entre los programas Psicoeducacionales dirigidos a: i) adultos con epilepsia; y ii) niños o adolescentes con epilepsia, acompañados o no por su familia. La eficacia de los programas educacionales para pacientes y familiares fue evaluada según los siguientes parámetros: conocimientos, temores, manejo de la patología, calidad de vida, trastornos emocionales, cumplimiento de tratamiento y frecuencia de convulsiones. Concluyen con la consideración

a un Programa llamado MOSES y su posibilidad de desarrollar una versión para su aplicación en los países europeos, para lo que será necesario adaptar sus características a cada cultura. (10)

En España, en el año 2005, Roberto Nuevo Benítez e Ignacio Montorio Cerrato realizaron la investigación “Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para la preocupación excesiva en personas mayores”. Este fue un estudio cuasi-experimental que analizó la efectividad de un programa psicoeducativo dirigido a la reducción de la preocupación excesiva en personas mayores mediante la discusión y práctica de habilidades de solución de problemas, relajación muscular, control de estímulos y cambio de creencias sobre la preocupación. La conformó una muestra de 17 personas entre 55 y 80 años que asistió a 8 sesiones semanales de 90 minutos. Divididos en un Grupo Clínico y un Grupo Control. Se evaluó preocupación-rasgo, severidad de la ansiedad generalizada y meta preocupación antes y después del programa. En sus resultados mencionan que no hubo diferencias en las puntuaciones previas entre grupos ni en estas variables ni en variables socio-demográficas. Sin embargo, tras el programa, el grupo clínico

obtuvo puntuaciones significativamente inferiores en preocupación-rasgo y severidad de la ansiedad generalizada, pero no en meta preocupación.. El efecto prepost y el porcentaje de cambio fueron, en cambio, elevados para todas las variables en el grupo Clínico y prácticamente nulos en el grupo Control, concluyen que el programa realizado parece ser eficaz en la reducción de la preocupación excesiva en las personas mayores. (11)

En México, en el año 2006, Blanca Estela Barcelata Eguiarte y Emilia Lucio Gómez-Maqueo realizaron la investigación “Influencia de un Programa Psicoeducativo para Padres en la Identificación de Problemas Emocionales en Adolescentes”, que tuvo como propósito el diseño e implementación de un programa psicoeducativo para padres de adolescentes en la identificación de señales de problemas emocionales en sus hijos. Asimismo se plantea como un espacio para la reflexión y de sensibilización de los padres o familiares ante problemática de diversa índole que repercute en el rendimiento y aprovechamiento escolar. Participaron de manera intencional 67 padres y/o familiares de estudiantes adolescentes en una escuela secundaria de una zona marginada del Distrito Federal, se trató de un estudio

transversal, con un diseño antes y después de un solo grupo. Como instrumento utilizó una Escala de Creencias para Padres sobre Salud Emocional en los Adolescentes tipo Likert. Asimismo usó un Cuestionario para Padres de Evaluación del Programa con la inclusión de preguntas abiertas. El programa se planteó de 12 horas desarrolladas en 6 sesiones de 2 horas cada una. Se dividió en tres Fases: 1ª. Pre-Test o de Diagnóstico; 2ª. Intervención; y 3ª. Post-Test o Post Evaluación. Tanto al inicio como al final del programa psicoeducativo se aplicó a los padres una Escala de Creencias de Problemas de Salud Emocional en la Adolescencia, a fin de contar con un parámetro para evaluar la influencia del programa en los padres. Concluyen que el programa psicoeducativo tuvo una influencia en la mayoría de los participantes, ya que cambiaron algunas de sus creencias y la información con respecto a los problemas emocionales durante la adolescencia, particularmente respecto a la depresión. (12)

## **6.2. BASE TEORICA:**

### **6.2.1 ANSIEDAD**

La ansiedad es primariamente un estado subjetivo consciente diferente descrito como una emoción, un afecto o un sentimiento. Tiene un componente subjetivo muy importante: es decir se trata de un temor indefinido. (13)

Es también considerada como un sentimiento desagradable e incierto en donde el individuo esta en espera de un peligro inminente no presente ni objetado, que implica la intervención de tres factores: cognoscitivos, autónomos y cambios motores.(14)

Fisiológicamente es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral, la activación se traduce como los síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, los síntomas de estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral se traducirían en síntomas psicológicos de la ansiedad. (15)

Spielberger <sup>(16)</sup>, define a la ansiedad como una reacción del individuo que se produce cuando ve un agente (situaciones o estímulos que se caracterizan objetivamente por algún tipo de peligro físico o psicológico) como algo amenazador (percepción de dicha situación como algo peligroso o dañino).

Asimismo señala dos tipos de ansiedad, una definida como un estado emocional transitorio, de intensidad variable y que fluctúa en el tiempo caracterizado por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos, de tensión y aprehensión e hiperactividad del sistema nervioso autónomo, es decir, es la ansiedad presente en el momento dado por el sujeto ante una situación específica, denominada como ansiedad - estado. <sup>(17)</sup>

La otra es definida como ansiedad - rasgo, la cual es la propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras, este tipo de ansiedad es más característica cuando el individuo interpreta al mundo más peligroso y amenazador; dicho individuo es más vulnerable a la tensión, experimenta estados de ansiedad más prolongados, esta más propenso a experimentar ansiedad neurótica; es más vulnerable a la

evaluación de los demás porque se subestima y prevalece su falta de confianza en si mismo. (18)

La ansiedad-rasgo es un motivo o predisposición conductual adquirida, que predispone a un individuo a percibir un amplio rango de circunstancias objetivamente no peligrosas como amenazantes, y responder a ellas, con una ansiedad-estado desproporcionada en intensidad o magnitud, al peligro objetivo. Personas con alta ansiedad-rasgo perciben mayor número de situaciones como amenazantes o responden a situaciones amenazantes con niveles más elevados de ansiedad-estado.

Dentro de los síntomas de la ansiedad, Spielberger señala que el comportamiento producido por el estado de ansiedad incluye inquietud, temblores, respiración difícil, expresiones faciales de miedo, tensión muscular, tics nerviosos, falta de energía y fatiga. (19)

Los cambios fisiológicos que acompañan tales manifestaciones ocurren cuando se activa el eje hipotálamo-pituitario adrenocorticoide, en donde el ritmo cardiaco se incrementa, la presión arterial se eleva, la

respiración es más rápida y profunda, los músculos se ponen rígidos y las pupilas se dilatan. (20)

Cuando sucede la ansiedad se dan una serie de cambios, así el hipotálamo activa el sistema nervioso autónomo movilizándolo el cuerpo para enfrentarse a determinadas situaciones, activa la glándula pituitaria que segrega la hormona adrenocorticotrófica, que se va por vía hemática estimulando a la glándula adrenal dando lugar a la adrenalina y otros agentes bioquímicos que activan ciertos mecanismos del cuerpo produciendo un aumento en la actividad del corazón enviando más sangre al cerebro y a los músculos, aumentando la presión arterial y la frecuencia cardíaca, así mismo la respiración se hace más rápida y profunda proveyendo más oxígeno, la saliva y mucosidades se resecan aumentando el tamaño de los conductos de aire a los pulmones, ocasionando un incremento en la transpiración; los músculos se ponen rígidos preparando una acción rápida y vigorosa. (21)

Dentro del estado de ansiedad, Spielberger (22) señala tres niveles de ansiedad, los cuales son:

- Nivel de Ansiedad Muy Baja: La persona evidencia un estado de alerta y una percepción neutral del entorno, trata de manejar individualmente su estado emocional, asumiendo una actitud de autosuficiencia.
- Nivel de Ansiedad Baja: Se caracteriza de manera similar a la Ansiedad Muy Baja, en relación a la percepción de autosuficiencia por parte del individuo, pero con cierta tendencia a elementos externos que puedan favorecer su estabilidad emocional. El estado de alerta y la percepción del entorno es mayor.
- Nivel de Ansiedad Media: Las personas que manifiestan una Ansiedad Media, se encuentran predispuestas a agentes externos que pueden ofrecerle mecanismos de ayuda y soporte para enfrentar su estado emocional.
- Nivel de Ansiedad Alta: En personas que evidencian una Ansiedad Alta, la necesidad de ayuda y soporte para enfrentar su estado emocional es mayor, por lo que frente a algún mecanismo que pueda serle útil, es inmediatamente interiorizado, analizado y expresado por el individuo. Se caracteriza además porque los ruidos parecen fuertes, la conciencia y la capacidad

asociativa están muy elevadas, se evidencia una leve irritabilidad.

- Nivel de Ansiedad Muy Alta: Las personas que la padecen tienden a expresar extremos, es decir, buscan una ayuda o soporte desesperadamente, su percepción es de dependencia, sienten que solos no pueden afrontar el problema y necesitan obligatoriamente una ayuda y seguimiento especial. La persona se interesa en detalles, advirtiendo las conexiones entre estos, pueden presentarse temblores, el campo perceptivo se reduce, pero el sujeto presta atención si se lo propone, dirige su concentración sobre el problema que lo aqueja.

#### **6.2.1.1 RESPUESTAS DE ANSIEDAD AGRUPADAS EN LOS TRES SISTEMAS DE RESPUESTA HUMANA.-**

1º SÍNTOMAS SUBJETIVOS, COGNITIVOS O DE PENSAMIENTO.-

PREOCUPACIÓN.

- a) Inseguridad.
- b) Miedo o temor.
- c) Aprensión.

- d) Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
- e) Anticipación de peligro o amenaza.
- f) Dificultad de concentración.
- g) Dificultad para la toma de decisiones.
- h) Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

## 2º SÍNTOMAS\_MOTORES U OBSERVABLES.-

- a) Hiperactividad.
- b) Paralización motora.
- c) Movimientos torpes y desorganizados.
- d) Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
- e) Conductas de evitación.

## 3º SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS O CORPORALES.-

- a) Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- b) Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- c) Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- d) Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.

- e) Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- f) Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos. (23)

#### **6.2.1.2 MANIFESTACIONES CONDUCTUALES RELACIONADAS A LA ANSIEDAD EN EL NIÑO QUEMADO Y EN SUS PADRES:**

El niño que ha sufrido una quemadura, al iniciar el proceso de tratamiento, normalmente manifiesta temor y ansiedad, sumado a sentimientos de abandono frente a una hospitalización. Además, presenta trastornos del sueño y del apetito, recuerdos recurrentes del momento en que ocurrió la lesión y cambios de conducta. Superada la etapa inicial, surge una mayor conciencia y auto evaluación de su estado. Esto lleva al niño a expresar frustraciones a través de alteraciones conductuales y a los niños mayores de 6 años, a un quiebre de su imagen personal (en su dimensión física) y sentimientos depresivos asociados a las pérdidas y

el duelo por su imagen física. Finalmente, los niños llegan a reconocer sus dificultades de interacción social fuera del ámbito familiar, los cambios en su estilo relacional, como la tendencia al aislamiento o la agresividad, y la respuesta de sus pares, que en ocasiones es de rechazo, burla y menosprecio. Las etapas señaladas respecto al proceso de ajuste del niño, también tienen su expresión en la familia.

De manera similar, la familia en una etapa inicial, muestra desorganización, sentimientos de culpa, rabia e impotencia. En la mayoría de los casos, también manifiestan ansiedad, relacionada generalmente con la gravedad del accidente y el tipo de intervención médica necesaria. El aumento del estado de ansiedad de los padres se encuentra condicionado al estado de salud del niño, y guarda relación directa con el efecto de la intervención médica administrada, aunque también está relacionada a la falta de información. Todo esto provoca un bloqueo en las habilidades parentales, tanto de acogida y de afecto, como de control y guía de sus hijos. Posteriormente, ya superada la crisis inicial, surgen conflictos relacionales, en la pareja de padres, con los otros hijos, y especialmente, con el niño quemado. Se observa la

tendencia a la sobreprotección y permisividad en la mayoría de los casos y en ocasiones, en el polo opuesto, se observan respuestas de negación y abandono hacia este hijo "difícil" y "distinto".

La conducta de la familia en etapa de crisis o posterior a ella, genera dificultades para cumplir con las indicaciones y tratamiento de la quemadura sufrida por el niño. La nueva condición física del niño causada por el accidente de quemadura pone a prueba el funcionamiento del sistema familiar. Las circunstancias en que se produjo el accidente provocan reacciones en todos los familiares del niño y estas influyen favorable o desfavorablemente en el proceso de recuperación. Además de los procesos psicológicos derivados del accidente, surgen una serie de tareas y exigencias a cumplir que antes no existían.

- Los padres deberán enfrentar una nueva dificultad. Este integrante del grupo familiar físicamente dañado afecta a todo el sistema familiar provocando distintas reacciones y actitudes en cada uno de ellos.

- Surgen las necesidades propias del proceso de recuperación y de rehabilitación. El niño demandará mayor tiempo de dedicación exclusiva para él.
- Si los padres trabajan deberán proveerse del recurso humano necesario para la atención del niño en el hogar. Por otra parte, necesitan mantener su fuente laboral, obtener facilidades para asistir a las atenciones periódicas en el Centro de Rehabilitación, atender los gastos inesperados propios de las prestaciones de salud desde la urgencia hasta el término de la rehabilitación.
- El presupuesto familiar deberá soportar una carga económica adicional que no estaba planificada. Los niños de familias con ingresos suficientes sólo para satisfacer las necesidades más básicas es probable que dependan de apoyo externo para enfrentar los nuevos gastos.

Todo este nuevo entorno social impuesto a los padres, los somete a tomar actitudes, las cuales pueden ser favorables o desfavorables para su hijo. A diferencia del adulto, el niño depende totalmente de su familia para recuperarse. En consecuencia los niños que presentan condiciones desfavorables, por diferentes causas en el

ámbito familiar, necesitan de padres que se encuentren en condiciones psicoemocionales adecuadas para poder ayudarlos durante su proceso de recuperación y rehabilitación.

### **6.2.1.3 EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD:**

La ansiedad puede ser evaluada a través de la aplicación de un cuestionario de medición de ansiedad-estado y rasgo elaborado por Spielberger, quien nomina al Instrumento Test de Ansiedad Estado (STAI) cuyo nombre original es STATE TRAI ANXIETY INVENTORY, cuya versión en español es: “El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado” (IDARE), éste, está constituido por dos escalas separadas de auto evaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: La llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo), y La llamada Ansiedad-Estado (A-Estado). (24)

Este es un instrumento ideado para investigar los fenómenos de ansiedad en adultos normales, escolares de estudios medios, superiores y en pacientes de diversos grupos clínicos.

La escala A-Rasgo, consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado.

Las puntuaciones para ambas escalas varían desde una puntuación mínima de 20 a una máxima de 80 en progresión con el nivel de ansiedad (24). Los sujetos contestan a cada uno de las afirmaciones ubicándose en una escala de cuatro dimensiones que van de 1 a 4. En la escala A-Estado son: 1-Nada, 2- Algo, 3-Bastante, 4-Mucho; y en la escala A-Rasgo son: 1-Casi nunca, 2-Algunas veces, 3- Frecuentemente, 4-Casi siempre. (Ver anexo C). Las puntuaciones obtenidas se clasifican en la siguiente escala:

<b>Rango</b>	<b>Clasificación</b>
20 - 31	Ansiedad muy baja
32 - 43	Ansiedad baja
44 - 55	Ansiedad Media
56 - 67	Ansiedad Alta
68 - 80	Ansiedad Muy Alta

### **6.2.2 PROGRAMA PSICO-EDUCATIVO: UNA NUEVA PROPUESTA EN LA DISMINUCION DE LA ANSIEDAD**

Para la familia del niño que ha sufrido una quemadura, al iniciar el proceso de tratamiento, normalmente manifiesta ansiedad, sumado a sentimientos de culpa, rabia e impotencia. Estos sentimientos provocan un bloqueo en las habilidades parentales, tanto de acogida y de afecto, como de control y guía de sus hijos. (25)

Posteriormente, ya superada la crisis inicial, surgen conflictos relacionales, especialmente en la pareja de padres. Las conductas y sentimientos de la familia en etapa de crisis o posterior a ella, les generan dificultades para cumplir con las indicaciones y tratamiento de la quemadura sufrida por el niño. (26)

Es en este contexto donde se desarrolló un Programa Psico-educativo, enfocado a disminuir la ansiedad que experimentan los padres y a motivarlos en la participación activa como agentes de autocuidado en la recuperación y rehabilitación de su hijo, utilizando un material educativo basado en principios psicopedagógicos es de gran importancia debido a los efectos que produce su utilización.

El Programa Psico-educativo es un instrumento curricular donde se organizan las actividades de enseñanza-aprendizaje, que permiten orientar al personal de Enfermería en su práctica con respecto a los objetivos a lograr, las conductas que deben manifestar los Padres de Familia, las actividades y contenidos a desarrollar, así como las estrategias y recursos a emplear con este fin. (27)

Si el aprendizaje es la adquisición de conocimientos, aptitudes, experiencias y la enseñanza es el arte de ayudar a aprender a otras personas, entonces resulta obvio que el proceso educativo es eminentemente activo pues requiere la participación incondicional del maestro (Enfermera) y del discípulo (Cliente / Padre de Familia) durante el esfuerzo para lograr el fin deseado, que es un cambio en la conducta. (28)

Antes de iniciar un programa de enseñanza-aprendizaje, la enfermera debe de valorar las aptitudes físicas y emocionales del Padre de Familia para aprender y la realización de aquellas conductas que constituyan pre-requisito para el aprendizaje de los conceptos que se pretende enseñar.

Esta información sirve como base para establecer los objetivos que por si mismos pueden motivar al cliente para aprender. La participación del cliente en la fijación de los objetivos que sean mutuamente por el y la enfermera sirve como propósito de estimularle para actuar activamente en el proceso de enseñanza-aprendizaje y para compartir la responsabilidad de su progreso y adecuada culminación.

(29)

#### **6.2.2.1 CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA PSICO-EDUCATIVO:**

- Requiere de la participación activa del maestro (Enfermera) y del discípulo (Padre de Familia)
- El resultado deseado del procedimiento es un cambio en la conducta del discípulo, que es la disminución de la ansiedad y el fortalecimiento de conocimientos para la formación como agente de autocuidado.
- El maestro sirve para facilitar el aprendizaje, progresando desde lo sencillo hasta lo complejo y de lo conocido a lo desconocido.
- El aprendizaje se facilita cuando el discípulo se da cuenta de sus adelantos hacia los objetivos de la enseñanza (Demostraciones y Redemostraciones)

- La motivación de aprender depende de reconocer la necesidad de aprender (Auto evaluación)

#### **6.2.2.2 OBJETIVOS DEL PROGRAMA PSICO-EDUCATIVO:**

- Disminuir la ansiedad existente en el padre de familia del niño quemado.
- Incrementar y fortalecer la percepción y la satisfacción de las necesidades emocionales y educativas del padre de familia del niño quemado.
- Promover el cambio de conducta en el padre de familia relacionado al cuidado del niño quemado, para que se oriente hacia participación en la recuperación de la salud y su rehabilitación.
- Integrar a la familia en el equipo de trabajo de la institución como agente promotor de auto cuidado.

#### **6.2.2.3 COMPONENTES DEL PROGRAMA PSICO-EDUCATIVO:**

El Programa Psico-educativo, contiene dos componentes que están directamente relacionados y compenetrados entre si; los cuales son:

### **a.- Componente Psicoemocional:**

El cual es de carácter psico-terapéutico dirigido a la relajación a través del uso de diferentes terapias, como son:

La denominada *Terapia de Relajación* <sup>(30)</sup>, muy conocida y trabajada por su grado de eficiencia en la disminución de la ansiedad, pues tiene como fundamento que el entrenamiento en técnicas de relajación permite obtener precisamente una respuesta de relajación, debido a su capacidad de activar el sistema nervioso parasimpático y de inhibir parcialmente el funcionamiento excesivo del sistema simpático.

Fisiológicamente se tiene que con la relajación se produce una disminución de la frecuencia cardiaca, disminuye el consumo de oxígeno y la tensión muscular, produciéndose al mismo tiempo un mayor nivel de conciencia corporal. En cierta medida hay un estado de satisfacción que acompaña a la percepción de que se es capaz de actuar sobre el propio cuerpo de forma voluntaria y lograr unos efectos deseados: calma, tranquilidad, paz, en ocasiones una sensación de

armonía, todo parece encajar, se es el artífice de la propia calma.

La relajación es el punto de apoyo desde el que mover el propio mundo, es muy difícil reconocerse uno mismo en estado de tensión, esencialmente porque es difícil reconocer estados permanentemente cambiantes, no hay un estado de tensión estable, es difícil reconocerse a si mismo en medio de la inestabilidad. Sin embargo la relajación permite observar un estado de inmovilidad física, y en ocasiones también emocional e intelectual, es más se puede observar como tomando el control de la inmovilidad-movilidad corporal (respiración, manos, contracciones), la calidad de los pensamiento y emociones cambian, se da cuenta la persona de como sus movimientos afectan a todo su “yo”, y como su capacidad para desarrollar un movimiento equilibrado lo afecta íntegramente, sobre su movimiento tiene un cierto control y es desde el, desde donde va a influir en el resto para lograr un equilibrio más estable.

Con el entrenamiento de relajación se aprende a modificar la respuesta orgánica del cuerpo respecto a las solicitudes externas que sobre el se realizan, se

aprende a responder fisiológicamente con calma en lugar de manifestar ansiedad.

La Relajación es una estrategia evolutivamente estable, permite reconocer la tensión excesiva, permite conocer que grupo de músculos están hiperactivados y enseña a aflojarlos, supone un ahorro del gasto energético, favoreciendo al mismo tiempo los procesos de recuperación tras los esfuerzos, permite retomar el control, y lo logra de una manera extremadamente agradable, desde la calma.

Desde el principio la práctica de la relajación es una experiencia grata. Después poco a poco, sin pretenderlo siquiera, esa sensación de calma parece extenderse a la vida cotidiana, de tal forma que lo que antes hacía con tensión, luego puede hacerse desde la calma, y con menos cansancio.

Berrios <sup>(31)</sup>, menciona que con el entrenamiento en relajación podemos conseguir controlar el propio nivel de activación física y mental. El entrenamiento en relajación produce desde los primeros intentos una sensación intensa de descanso, favoreciendo el sueño y

facilitando la recuperación orgánica general, tiene además la ventaja, con respecto a otras medidas (químicas por ejemplo) , de que una vez aprendida la o las técnicas adecuadas no son precisos más recursos externos y a su vez condiciona al individuo en la recepción, internalización y concientización de algún tipo de adiestramiento.

La terapia de respiración <sup>(32)</sup>, la cual es utilizada en salud mental, es una intervención destinada a interrumpir o controlar pautas de respuesta emocional indeseable, no obstante, los psicoterapeutas suelen iniciar sesiones de terapia guiando al cliente para que entre en un estado de relajación, existen buenas razones para ello, porque cuando se esta relajado se es más abierto y receptivo a las sugerencias que cuando se esta ansioso y tenso.

Un tipo de terapia respiratoria es la denominada "*Respiración Antiansiedad*", la cual tiene múltiples beneficios y es de fácil ejecución, es llamado el ejercicio ansiolítico no farmacéutico por su creadora Stella Weller <sup>(33)</sup>, quien refiere que es un ejercicio estupendo para disminuir y contrarrestar la ansiedad y prevenir el

pánico, también es útil para lidiar con otras emociones difíciles de manejar como son la aprehensión, frustración y cólera.

La Musicoterapia <sup>(34)</sup>, es un tipo de terapia innovadora que se encuentra fundamentada en *la terapia musical*, la cual dio resultados científicamente comprobados en el año de 1930, en la ciudad de Nueva York, a partir de ahí se da el siguiente concepto terapéutico: La acción de la música es una eficaz terapia que actúa sobre el sistema nervioso y en las crisis emocionales, aumentando o disminuyendo las secreciones glandulares, activando (o disminuyendo) la circulación de la sangre y, por consiguiente, regulando la tensión arterial. <sup>(35)</sup>

La música influye en la mente y en el organismo mediante la creación de emociones. Cualquier pieza musical puede influir ya sea de manera negativa o positiva, tanto puede causar depresión, angustia, estrés, ansiedad o ira, como puede relajar, causar alegría o equilibrio psíquico. <sup>(36)</sup>

No hace falta saber de música para saber como influye cualquier pieza en el organismo, basta con sentir que tipo de emociones despierta en cada persona. Las emociones negativas liberan sustancias químicas en el organismo que obstaculizan su funcionamiento, las emociones positivas liberan sustancias positivas que colaboran a su buen funcionamiento.

La música actúa dentro de las personas, dentro de la mente humana por medio de vibraciones naturales que participan en cualquier tipo de materia. En este caso, estas vibraciones se filtran en la mente humana y a su vez ésta envía la orden a afectando al organismo.

De esta manera, tenemos que la música puede curar daños como desequilibrios nerviosos, influye sobre el corazón y los pulmones, y más allá de cualquier enfermedad, también actúa positivamente sobre casos de alcoholismo, tabaquismo, drogas y hasta la prevención de suicidios.

La música posee las cualidades de una droga, positivamente hablando, ya que tiene la capacidad de estimular o reprimir funciones del organismo. Al mismo

tiempo, la música dispone de un tipo de lenguaje que es imposible convertir en palabras. Es un lenguaje único que solamente se puede interpretar por medio de la energía y la vibración. (37)

Por eso, más allá del misticismo y la espiritualidad, se encuentra la ciencia, la cual ha adoptado a la música como una forma de curación en los tratamientos de psicoterapia moderna.

Los cuatro tratamientos más utilizados en la terapéutica musical (38) son:

- La audición pasiva
- La audición activa
- La interpretación
- La labor creadora

El principal valor terapéutico de la musicoterapia reside en su influencia sobre las distintas emociones. También ejerce efectos sobre el metabolismo, la presión, el pulso y el volumen sanguíneo, la energía muscular, la respiración y las secreciones internas.

La terapia musical puede utilizarse para despertar la atención y prolongar la duración de la misma, así como para estimular las facultades de asociación y la potencia imaginativa. (39)

También es excelente para producir escapes socialmente aceptables, asimismo, influye en la persona estimulando la confianza en sí misma.

La música añade ayuda a superar depresiones psíquicas, aliviar el insomnio y la tensión nerviosa y sobre todo, desvía la atención del paciente a disminuir su angustia. Permite despertar el sentido de unidad, de integración social, ayudándonos a comprender y aceptar las ideas ajenas.

La terapia musical no tiene efectos secundarios si se aplica profesionalmente dentro de la medicina. El esquema básico de trabajo en esta disciplina contempla tres aspectos: la interacción positiva del paciente con otros seres, la autoestima y el empleo del ritmo como elemento generador de energía y orden. (40)

La musicoterapia actúa como motivación para el desarrollo de autoestima, con técnicas que provoquen

en el individuo sentimientos de autorrealización, auto confianza, autosatisfacción y mucha seguridad en sí mismo. El ritmo, elemento básico, dinámico y potente en la música, es el estímulo orientador de procesos psicomotores que promueven la ejecución de movimientos controlados: desplazamientos para tomar conciencia del espacio vivenciados a través del propio cuerpo.(41)

Para el manejo de la ansiedad (42), se recomienda los siguientes:

1. Concierto de Aranjuez de Rodrigo
2. Las cuatro estaciones de Vivaldi
3. La sinfonía Linz, k425 de Mozart

#### **b.- Componente Pedagógico:**

Basado en la psicoeducación, se dirige hacia la promoción, conservación y restablecimiento de la salud y a la adaptación de los efectos o consecuencias del accidente.

La psicoeducación a los familiares de un paciente hospitalizado, debe de ir enfocada a la motivación para la

participación activa en el cuidado, es decir, formándolos como agentes de autocuidado. Esta educación ayuda a los padres a adaptarse a la crisis situacional por la que atraviesan y a cooperar con el personal de salud. (43)

Tiene como objetivo enseñar al Padre de familia a imprimir su vida el nivel de salud y bienestar, esto es, a esforzarse para el logro de su potencial máximo en cuanto a su salud se refiere. Además, todo contacto con el personal de enfermería debe de ser considerado como una oportunidad para brindar la instrucción y la enseñanza.

Este componente pedagógico, comprende un conjunto de sesiones educativas debidamente estructuradas con el siguiente temario:

- “Las Quemaduras y sus Principales Características”
- “El Tratamiento Medico que recibe el Niño Quemado y Su Importancia”
- “Los Cuidados Generales que se brinda al Niño Quemado”

Para cada sesión educativa se tiene que considerar los siguientes requisitos:

- El medio físico o ambiente, debe de contribuir al aprendizaje, debe de ser tranquilo, sin interrupciones y cómodo, se debe de considerar la temperatura, iluminación, nivel de ruido, medios para sentarse y su disposición.
- Es necesario programar el horario de sesiones de enseñanza y aprendizaje en función a las características del discípulo, para que se adapte a sus necesidades y facilite su asistencia y participación. Se debe de elegir el horario en el que este mas alerta y cómodo, y menos fatigado.

La división de este Programa Psico-educativo en los dos componentes mencionados, se hace con el fin de lograr un mejor entendimiento, debido a que el primero trabaja sobre el aspecto emocional del Padre de Familia, sobre su ansiedad y el segundo trabaja en función a la educación personalizada, partiendo de su experiencia personal, para facilitar un adecuado afrontamiento, ya que el aprendizaje se da como objetivo único y científico en tanto se considere al Padre de Familia como una totalidad integrada, un ser concreto y social que pertenece a una cultura, clase social, en la cual integra su ser como tal y su potencialidad.

## **7.- HIPOTESIS:**

**H<sub>p</sub>** = “Los Padres que participan en el Programa Psico-Educativo evidencian una disminución en su nivel de ansiedad”

**H<sub>o</sub>** = “Los padres que participan en el Programa Psico-Educativo incrementan su nivel de ansiedad”

## **8.- DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS:**

### **8.1 ANSIEDAD:**

Es el estado emocional (Ansiedad Estado), en el que se encuentra el Padre de Familia del niño quemado, que será valorado a través de la aplicación de un cuestionario validado.

### **8.2 PADRES DE FAMILIA:**

Esta referido al Padre o a la Madre que tiene un hijo hospitalizado por quemaduras en el servicio de quemados y cirugía reparadora del INSN, que participa libremente en el estudio y que cumple con los criterios de inclusión.

### **8.3 PROGRAMA PSICO-EDUCATIVO:**

Es una propuesta de intervención basada en principios psicoterapéuticos y pedagógicos que el profesional de Enfermería planea, ejecuta y evalúa, cuya finalidad es reducir el nivel de ansiedad que experimentan los padres de familia.

## **CAPITULO II**

### **MATERIAL Y METODO**

#### **1.- TIPO Y METODO DE ESTUDIO:**

Es un estudio de nivel aplicativo, porque propone una mejora en la atención a la familia (Padres) del niño quemado, es de tipo cuantitativo con orientación a la medición del estado de ansiedad del padre de familia.

El método utilizado fue el cuasi experimental de un solo diseño, teniendo como variable independiente La Eficacia de un Programa Psico-educativo y como variable dependiente el Estado de Ansiedad en Padres de Niños Quemados.

## **2.- DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO:**

La investigación se realizó en el Servicio de Quemados y Cirugía Reparadora del Instituto Nacional de Salud del Niño, el cual es un establecimiento de salud de referencia nacional por su especialidad, dicho servicio en la actualidad dispone de una capacidad física instalada para 35 camas, distribuidas en seis ambientes de hospitalización, cuenta además con una sala de curaciones, una sala de operaciones con su respectivo ambiente de recuperación post-operatorio, una sala de rehabilitación física y una sala de juegos.

El promedio de niños hospitalizados por sala es de cinco, los cuales corresponden en su mayoría al grupo de edad de dos a siete años, el tiempo de estancia hospitalaria varía en función a la gravedad de la quemadura, siendo el tiempo mínimo un mes y un máximo de tres a seis meses.

El servicio cuenta con ocho Enfermeras asistenciales y una administrativa, la modalidad de atención corresponde a la asignación funcional, el personal se encuentra distribuido de la siguiente manera: en el turno mañana son tres Enfermeras (para sala de operaciones, sala de curaciones y procedimientos

terapéuticos); en el turno tarde son dos Enfermeras que ejecutan actividades funcionales y con un periodo corto de tiempo dan información a los Padres y en el turno noche se cuenta con una Enfermera, y sus acciones están direccionadas al área biológica (procedimientos terapéuticos, Ej.: administración de medicamentos)

La visita a los pacientes es diaria, con una duración de seis horas (12:00 hrs. a 18:00 hrs.). El ingreso a las salas de hospitalización es acogiéndose a todas las medidas de bioseguridad. Existen normativas señaladas por la Institución dirigidas a los Padres de Familia durante su visita, las cuales incluyen la participación de los Padres en el suministro de los alimentos (almuerzo y cena) y el fomento de la recreación de su hijo hospitalizado.

### **3.- POBLACION:**

La población de estudio estuvo conformada por 53 padres, los cuales tenían un hijo hospitalizado por quemaduras en el Instituto Nacional de Salud del Niño, durante el período Noviembre – Diciembre del 2006; no se tomó muestra porque la población fue pequeña.

Para la determinación de las unidades de análisis se procedió a la clasificación a quienes correspondieron a los siguientes criterios:

***Criterios de Inclusión:***

- Saber leer y escribir
- Tener su consentimiento (consentimiento informado) (Anexo B)
- Padres cuyos hijos se encuentren en la segunda semana de internamiento.

***Criterios de Exclusión:***

- Padres que tengan antecedentes psiquiátricos.
- Otros familiares que no sean el Padre o la Madre.
- Padres cuyo resultado de Ansiedad Rasgo sea Alta o Muy Alta.

**4.- TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:**

La técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento de medición fue “El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, versión en español del STAI [State Trait-Anxiety Inventory]), el cual esta considerado como un instrumento de carácter psicométrico estandarizado de validez internacional, con

diferentes estudios que respaldan su veracidad y objetividad, por lo que no fue necesario someterlo a juicio de expertos debido a que no se modificó ni su estructura ni su contenido. Se encuentra constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: La llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo), y La llamada Ansiedad-Estado (A-Estado). La escala A-Rasgo, consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado. (ver anexo C)

## **5.- PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS:**

### **a.- Fase Administrativa:**

Se realizaron los trámites documentarios en las diferentes instancias que exigió la institución donde se realizó el estudio, con fines de conseguir la autorización correspondiente.

### **b.- Fase Operativa:**

- Se revisó el Registro de Ingresos y Altas del Servicio de Quemados y Cirugía Reparadora, así como la Hoja de

Registro (Censo Diario) para la selección de las unidades de análisis en función a los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos para el estudio.

○ **Momento de Intervención:**

- **Antes de la Aplicación del Programa:**

- Los padres de familia seleccionados fueron ubicados en una sala que garantizó la privacidad, lugar donde se aplicó el cuestionario de Ansiedad Estado y Rasgo de Spielberger en 5 minutos.

- **Durante la Aplicación del Programa:**

- Se procedió consecutivamente al desarrollo del Programa Psico-educativo, el cual se había previsto efectuar en tres sesiones a razón de una sesión por día, con una duración de 40 minutos cada sesión. El contenido de las sesiones comprendió dos etapas, la primera de carácter psicoterapéutico con orientación a la relajación de 10 minutos de duración; seguida de una segunda etapa que tuvo una función educativa sobre ejes temáticos que fomentan y apoyan a los padres a que participen activamente en el cuidado de su niño con una duración total de 30 minutos.

- Las sesiones se realizaron de la misma manera para todos los padres que participaron en el estudio, hasta completar el período estimado.

**- Después de la Aplicación del Programa:**

- Los Padres de Familia que participaron en todas las sesiones, cuya duración fue de tres días, nuevamente respondieron el cuestionario de Ansiedad Estado de Spielberger en 5 minutos.

**6.- PROCESAMIENTO DE LOS DATOS RECOLECTADOS.-**

Los datos recolectados fueron procesados en una Matriz Tripartita con su respectivo Libro de Códigos, utilizando Microsoft Word y Microsoft Excel para la elaboración de los gráficos posteriores. Para aceptar la hipótesis planteada se utilizó La Prueba no Paramétrica de Mc Nemar.( Ver Anexo D).

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS Y DISCUSION**

#### **1. CARACTERIZACION DE LAS UNIDADES DE ANALISIS:**

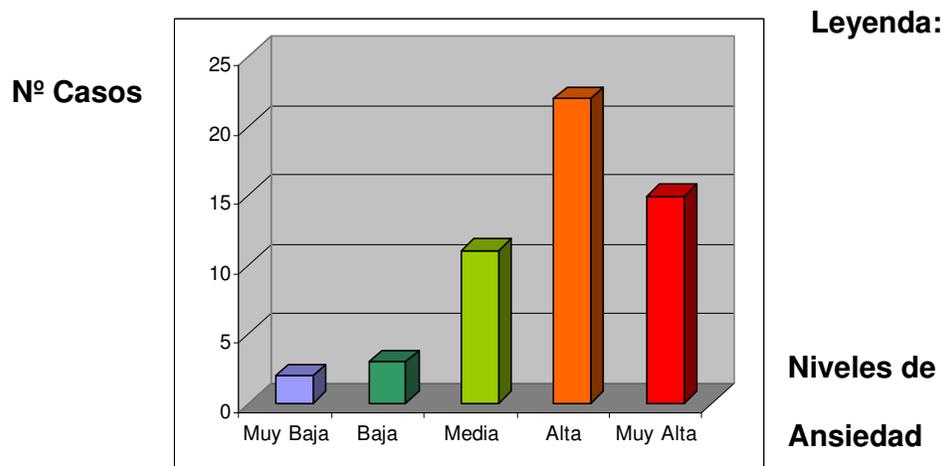
Las unidades de análisis estuvieron conformadas por 53 padres (100%), los cuales tenían hijos que presentaban quemaduras de 3er grado, cuyo tiempo promedio de estadía hospitalaria era tres semanas. Las edades de los padres fluctuaron entre los 23 y 45 años, siendo mayoritariamente la madre la responsable del cuidado del niño hospitalizado, rol atribuido tradicionalmente a la mujer, coincidiendo con las investigaciones realizadas por Pruet y Lamb, quienes concuerdan en que la madre desempeña un rol protagónico en el cuidado del niño, con una mayor relevancia que el padre. En relación al nivel de escolaridad, se obtuvo que la mayoría de los padres presentaron secundaria completa.

## 2. NIVELES DE ANSIEDAD EN PADRES DE NIÑOS QUEMADOS:

A continuación se exponen los resultados de las estimaciones del nivel de ansiedad estado valorado en los padres de familia motivo de estudio, los cuales son materia de análisis y discusión respectivamente.

**Gráfico N° 1**

**Nivel de Ansiedad Valorado en los Padres de Familia Antes de la Intervención Psico-Educativa. Instituto Nacional de Salud del Niño. Noviembre-Diciembre.2006**



**Leyenda:**

■ Ansiedad Muy Baja, ■ Ansiedad Baja, ■ Ansiedad Media, ■ Ansiedad Alta Ansiedad muy Alta

La valoración del nivel de ansiedad efectuado en los padres de niños quemados antes de la aplicación del programa psico-educativo,

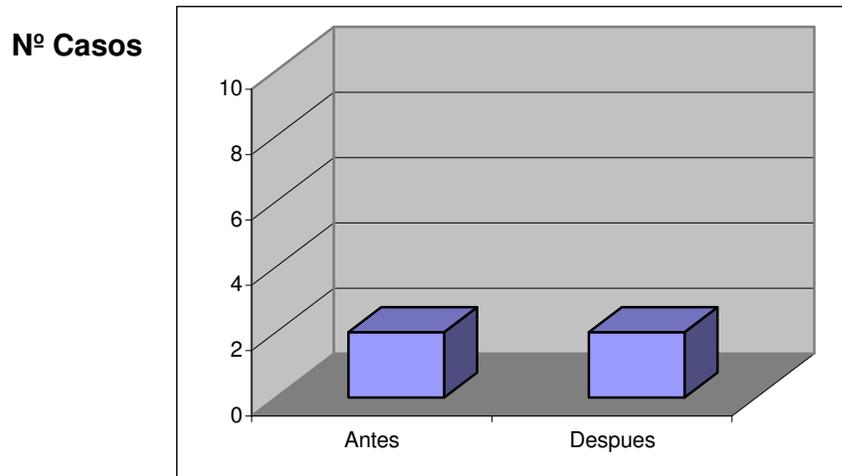
muestra valoraciones diferenciadas según la categorización en función a la matriz de Spielberger, encontrando que el mayor número de casos (22) representado porcentualmente con el 42%, presentó un nivel de ansiedad alta y no menos importante es que el 28% (15) y el 21% (11) de padres tuvo manifestaciones de ansiedad muy alta y media respectivamente. Lo cual confirma que frente a un evento que altera la estabilidad familiar como es el estado de salud/enfermedad de uno de sus miembros, tal es el caso de las quemaduras en niños, es una situación determinante tanto para el padre como la madre, los cuales enfrentan una situación de crisis que se expresa en un estado emocional transitorio como es la ansiedad, hallazgo similar en investigaciones efectuadas por Milagros Chumpitaz en el año 2004, donde evidencia que padres en situaciones similares, con hijos hospitalizados en servicios críticos, manifiestan ansiedad, condición que amerita intervenciones que apoyen a los padres a superar este estado transitorio para asumir con mayor eficacia su labor como agente de autocuidado para la evolución favorable del niño quemado.

***Luego de esta valoración inicial, se efectuó la Intervención Psico-Educativa, siguiendo rigurosamente el Plan Psico-Educativo previsto, al término del cual se valoró nuevamente los niveles de Ansiedad, cuyos hallazgos se presentan a continuación:***

## Gráfico N° 2

### Variaciones en el Nivel de Ansiedad Muy Baja Valorado Después de la Intervención Psico-Educativa. Instituto Nacional de Salud del Niño.

Noviembre -Diciembre.2006



#### Legenda:

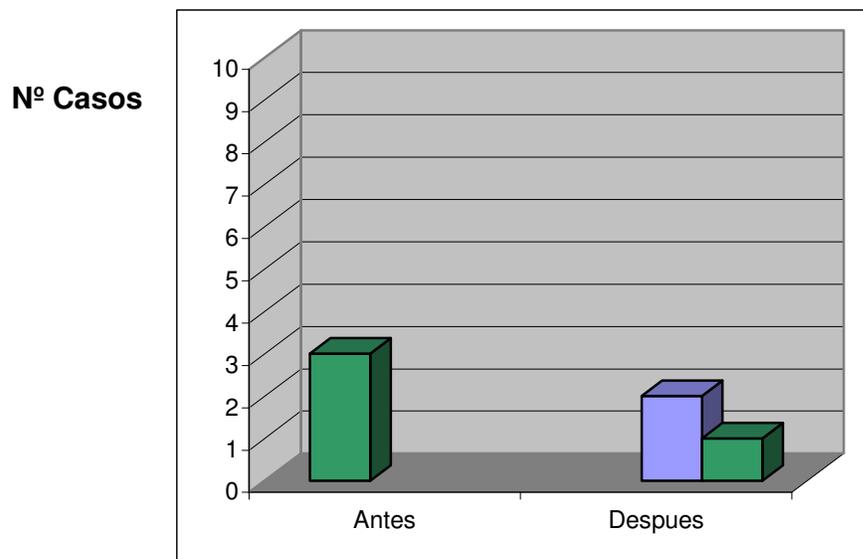
■ Ansiedad Muy Baja

Los padres que manifestaron un nivel de ansiedad muy baja antes de la aplicación del programa psico-educativo propuesto, no evidenciaron variación, manteniéndose similar posteriormente, hecho que responde a las características propias de personas que manifiestan una ansiedad estado muy baja, ya que teóricamente se afirma que aquellas personas tratan de manejar individualmente su estado emocional, asumiendo una actitud de autosuficiencia.

**Gráfico N° 3**

**Variaciones en el Nivel de Ansiedad Baja Valorado Después de la Intervención Psico-Educativa. Instituto Nacional de Salud del Niño.**

**Noviembre- Diciembre.2006**



**Leyenda:**

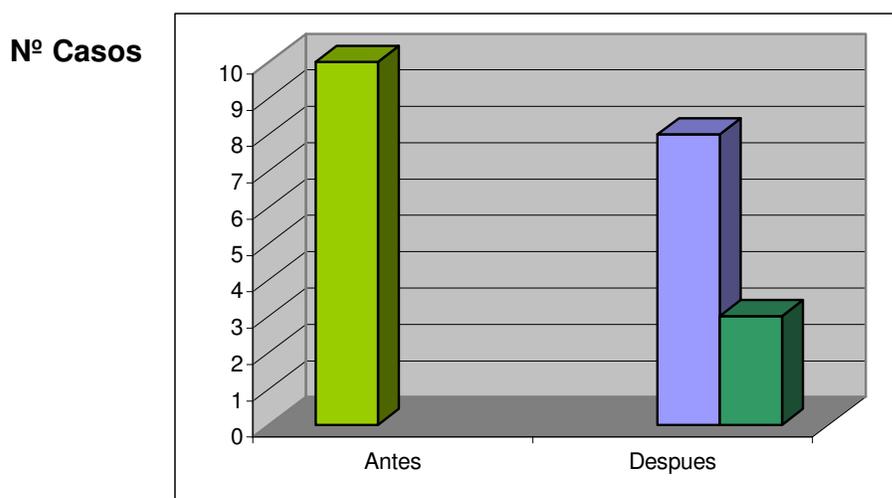
■ Ansiedad Muy Baja, ■ Ansiedad Baja

El nivel de ansiedad baja estimado de los padres antes de la intervención psico-educativa, mostró variaciones en la evaluación posterior, encontrándose que en dos casos (67%) se disminuyó el nivel de ansiedad y solo un caso (33%) se mantuvo. Dicho resultado puede atribuirse a que la ansiedad baja se caracteriza de manera similar a la ansiedad muy baja, en relación a la percepción de autosuficiencia por parte del individuo (Padre de Familia), pero con

cierta tendencia a elementos externos que puedan favorecer su estabilidad emocional, dicha característica pudo haber tenido efecto en los Padres, por los resultados demostrados.

**Gráfico N° 4**

**Variaciones en el Nivel de Ansiedad Media Valorado Después de la Intervención Psico-Educativa. Instituto Nacional de Salud del Niño. Noviembre -Diciembre.2006**



**Legenda:**

■ Ansiedad Muy Baja, ■ Ansiedad Baja, ■ Ansiedad Media,

El nivel de ansiedad media estimado antes de la intervención psico-educativa mostró también una variación bastante significativa evidenciada en un descenso en el nivel de ansiedad, expresado porcentualmente en un 73% (8 casos) en ansiedad muy baja y un 23% (3 casos) a ansiedad baja, confirmando la Teoría de Spielberger, quien

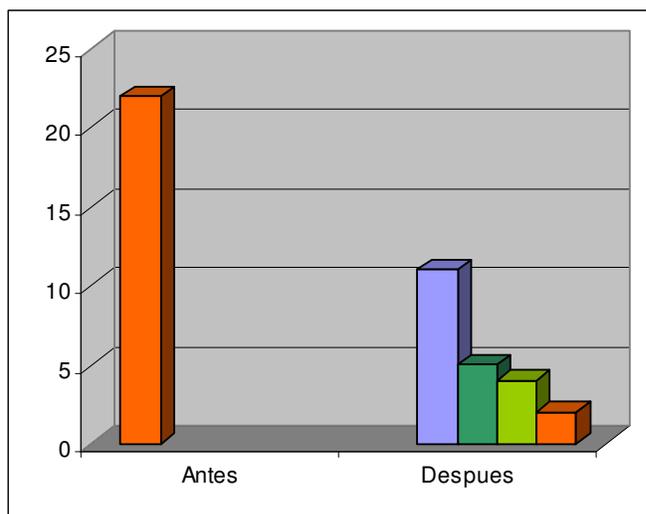
refiere que personas que manifiestan una ansiedad media, se encuentran predispuestas a agentes externos que pueden ofrecerle mecanismos de ayuda y soporte para enfrentar su estado emocional, por lo que en función a los resultados se puede inferir que el soporte para estos padres fue asumido por el programa psico-educativo propuesto.

**Gráfico N° 5**

**Variaciones en el Nivel de Ansiedad Alta Valorado Después de la Intervención Psico-Educativa. Instituto Nacional de Salud del Niño.**

**Noviembre -Diciembre.2006**

**N°Casos**



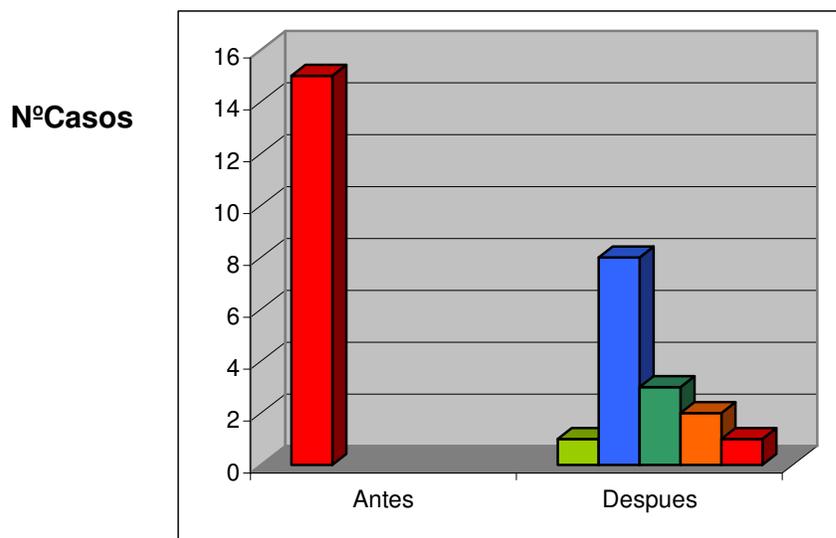
**Leyenda:**

■ Ansiedad Muy Baja, ■ Ansiedad Baja, ■ Ansiedad Media, ■ Ansiedad Alta

Habiendo sido el nivel de ansiedad alta, la que mayor expresión porcentual tuvo en el grupo de padres antes de la intervención psico-educativa, ésta también obtuvo variaciones significativas tendientes a descensos, encontrando que en el 50% (11 casos) presentaron un nivel de ansiedad muy baja y el 23% (5 casos) un nivel de ansiedad baja, persistiendo un solo caso con la ansiedad valorada previamente. Lo cual es similar con los resultados presentados en el gráfico anterior, esto puede responder a que en personas que manifiestan una ansiedad alta, la necesidad de ayuda y soporte para enfrentar su estado emocional es mayor, por lo que frente a algún mecanismo que pueda serle útil, como lo es el programa psico-educativo, es inmediatamente interiorizado, analizado y expresado por el individuo.

**Gráfico N° 6**

**Variaciones en el Nivel de Ansiedad Muy Alta Valorado Después de la Intervención Psico-Educativa. Instituto Nacional de Salud del Niño. Noviembre -Diciembre.2006**



**Leyenda:**

- Ansiedad Muy Baja, ■ Ansiedad Baja, ■ Ansiedad Media, ■ Ansiedad Alta
- Ansiedad muy Alta

Destaca en este último Gráfico que el nivel de ansiedad valorado antes de la intervención psico-educativa en la categoría de muy alta, denota después un descenso diferenciado que transita desde una ansiedad muy baja, en la mayoría de casos (53%), seguido de niveles de ansiedad baja, alta y media, sin mayor diferencia porcentual, (20%,13% y 6% respectivamente), dándose un sólo caso que no sufrió una variación en relación a su estado inicial. Esto puede atribuirse a

que las personas que padecen de ansiedad muy alta, expresan extremos, es decir, buscan una ayuda o soporte desesperadamente, su percepción es de dependencia, sienten que solos no pueden afrontar el problema y necesitan obligatoriamente una ayuda y seguimiento especial.

Los resultados presentados en los gráficos previos, dan muestras de disminución en los niveles de ansiedad valorados después de la intervención psico-educativa, que vistos de modo global demuestran que un 89% (47 casos) disminuyó su nivel de ansiedad y sólo un 11% (6 casos) mantuvo la estimación inicial. Dichos resultados globales permitieron aceptar la hipótesis planteada, utilizando la prueba no paramétrica de Mc Nemar (explicada y ejecutada en el anexo D).

Los resultados hasta aquí expuestos, son similares a los resultados de la investigación de Milagros Chumpitaz, realizada en Perú, quien obtiene una significatividad en la disminución de la ansiedad en los padres, a los cuales aplicó un Modelo de Intervención Educativa. Asimismo la investigación realizada por Blanca Eguiarte y Emilia Lucio en México, refieren que el Programa Psicoeducativo que usaron en padres de adolescentes para la Identificación de Problemas Emocionales, tuvo una influencia en la mayoría de los participantes, ya que cambiaron algunas de sus creencias y la información con respecto

a los problemas emocionales durante la adolescencia, particularmente respecto a la depresión.

Se tiene entonces, que en estas investigaciones realizadas, los resultados obtenidos se caracterizan por haber logrado un cambio en la actitud del participante, de manera favorable, demostrando que su utilización es importante para los fines planteados. De manera similar el Programa Psico-Educativo desarrollado en esta investigación, demuestra que tiene una Eficacia en la disminución de la Ansiedad en Padres de Niños Quemados, siendo posible que se encuentren en mejores condiciones para ser partícipes en la recuperación y rehabilitación de su hijo como agentes de autocuidado, lo que demuestra su gran importancia debido a los efectos que produce su utilización.

## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES:**

- Antes de la aplicación del programa psico-educativo propuesto, la mayoría de los padres presentaron un nivel de ansiedad alta y muy alta, con un 42% y un 28% respectivamente. Lo cual confirma que frente a un evento que altera la estabilidad familiar como es el estado de salud/enfermedad de uno de sus miembros, tal es el caso de las quemaduras en niños, los padres enfrentan una situación de crisis que se expresa en un estado emocional transitorio como es la ansiedad.
- Después de la aplicación del programa, se obtuvo que el 89% (47 casos) disminuyeron sus niveles de ansiedad, observándose que el nivel de ansiedad alta con un 42% (22 casos) disminuyó

notablemente a un nivel de ansiedad muy baja con un 50% (11 casos) y baja con un 23% (5 casos) respectivamente. De manera similar se destaca el nivel de ansiedad muy alta con un 28%(15 casos) que disminuyó a una ansiedad muy baja, en la mayoría de casos (53%), seguido de niveles de ansiedad baja, alta y media, sin mayor diferencia porcentual, (20%,13% y 6% respectivamente), y sólo un 11% (6 casos) mantuvieron sus niveles de ansiedad iniciales.

- Las diferencias establecidas después de la aplicación del programa psico-educativo demuestran variaciones en los niveles de ansiedad que se direccionan mayoritariamente a una disminución de dicha Ansiedad, lo cual demuestra la Eficacia del Programa Psico-educativo Propuesto en la Disminución de la Ansiedad.
- En función de los resultados, se puede concluir que el programa psico-educativo propuesto, tiene una Eficacia significativa en la Disminución de la Ansiedad en los Padres de Niños Quemados participantes en el estudio.

### **LIMITACIONES:**

- Los resultados obtenidos en la presente investigación no son extrapolables a otra población que no reúna los mismos requisitos (criterios de inclusión).

### **RECOMENDACIONES:**

- Aplicar este Programa Psico-educativo como modelo de intervención para el profesional de Enfermería para la disminución de la ansiedad en padres de niños hospitalizados.
- Realizar otras investigaciones en otra población con características similares, en donde el profesional de Enfermería pueda elaborar, planificar, ejecutar y evaluar estrategias psicoeducativas de trabajo dirigidas a padres de familia que tengan hijos hospitalizados por otras causas que no sean quemaduras.
- Implementar programas psico-educativos enfocados a disminuir el nivel de ansiedad en padres de niños hospitalizados, de preferencia, en servicios críticos, donde se denote la influencia del trabajo del profesional de Enfermería en su manejo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Whaley, Linda. Tratado de Enfermería Pediátrica. 3era ed. ED. Interamericana.1995. Pág. 749
- (2) Kaplan Harold. Sinopsis de la Psiquiatría “Ansias de la Conducta” 7va ed. Argentina. ED. Panamericana. 1996. Pág. 282
- (3) Whaley, Linda. Tratado de Enfermería Pediátrica. 3era ed. ED. Interamericana.1995. Pág. 750
- (4) Departamento de Estadística del Instituto de Salud del Niño.2005
- (5) Oficina de Estadística de ANIQUEM. Perú. 2006
- (6) Whaley, Linda. Tratado de Enfermería Pediátrica. 3era ed . ED. Interamericana.1995. Pág. 752
- (7) Kaplan Harold. Sinopsis de la Psiquiatría “Ansias de la Conducta” 7va ed. Argentina. ED. Panamericana. 1996. Pág. 284

- (8) Whaley, Linda. Tratado de Enfermería Pediátrica. 3era ed ED. Interamericana.1995. Pág. 748
- (9) Chumpitaz, Milagros. “Efectividad de un Modelo de Atención según Peplau en la Disminución de la Ansiedad en Padres de Niños Postapendicectomizados. ISN” (Tesis de Bachiller).UNMSM.2002
- (10) May TW y Pfäfflin M. .“Programas Psicoeducacionales para Pacientes con Epilepsia”.Alemania. 2005.
- (11) Roberto Nuevo Benítez e Ignacio Montorio.“Eficacia de un tratamiento cognitivo- conductual para la preocupación excesiva en personas mayores” (Tesis de Bachiller). España. 2005
- (12) Blanca Estela Barcelata Eguiarte y Emilia Lucio Gómez-Maqueo .“Influencia de un Programa Psicoeducativo para Padres en la Identificación de Problemas Emocionales en Adolescentes” (Tesis de Bachiller). México. 2006
- (13) Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el estrés. “Preguntas y respuestas frecuentes FAQ”2006

- (14) Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el estrés. "Preguntas y respuestas frecuentes FAQ" En Ansiedad y Estrés. Nº 2 Vol. 2 . 2006 . Pág. 04-12.
- (15) Rojas, E. "La ansiedad: Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones". Madrid. En Ediciones temas de hoy. Nº 1 Vol. 2 . 1998. Pág. 12-15.
- (16) Spielberger, C. D., R. L. Gorsuch & R. E. Laushene "Manual for the state-trait anxiety inventory". Palo Alto. ED. Counseling Psychologist Press. 1990
- (17) Spielberger, C. D *Anxiety*. "Current trends in theory and research." New York. ED. Counseling Psychologist Press . 1992. Pag. 123
- (18) Spielberger, C. D *Anxiety*. "Current trends in theory and research." New York. ED. Counseling Psychologist Press .1992. Pag. 124
- (19) Spielberger, C. D *Anxiety*. "Current trends in theory and research." New York. ED. Counseling Psychologist Press .1992. Pag. 126
- (20) Isabel Larrabeure. "Ansiolíticos frente a Psicoterapia" Argentina .ED. Ciencia y Salud. 2004. Pag 03-13.

- (21) Rojas, E. "La ansiedad: Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones". Madrid. En Ediciones temas de hoy. Nº 1 Vol. 2 . 1998. Pág. 12-15.
- (22) Spielberger, C. D *Anxiety*. "Current trends in theory and research." New York. ED. Counseling Psychologist Press . 1992. Pag. 123
- (23) Spielberger, C. D *Anxiety*. "Current trends in theory and research." New York. ED. Counseling Psychologist Press . 1992. Pag. 123
- (24) Antonio García Higuera. " Los Sueños y la Ansiedad" Madrid. En Ansiedad . Nº 1 Vol. 1 . 2004 Pag. 36
- (25) Spielberger, C. D *Anxiety*. "Current trends in theory and research. " New York. ED. Counseling Psychologist Press .1992. Pag. 128
- (26) Spielberger, C. D *Anxiety*. "Current trends in theory and research. " New York. ED. Counseling Psychologist Press .1992. Pag. 129
- (27) Whaley, Linda. Tratado de Enfermería Pediátrica. 3era ed. ED. Interamericana.1995. Pág. 752

- (28) Whaley, Linda. Tratado de Enfermería Pediátrica. 3era ed. ED. Interamericana.1995. Pág. 752
- (29) Shirley Trickett “Ciencias de la Salud - Terapia ocupacional” España. ED. Panamericana . 1999. Pág. 76
- (30) Adriana Delia Gómez. “Conducción de Servicios Educativos”. En Sistemas Educativos. Nº 2 Vol. 3 . Universidad Tecnológica Nacional-Facultad Regional Avellaneda. 2003
- (31) Adriana Delia Gómez. “Conducción de Servicios Educativos”. En Sistemas Educativos. Nº 2 Vol. 3 . Universidad Tecnológica Nacional-Facultad Regional Avellaneda. 2003
- (32) Francisco Doria. “Efectos de la relajación”. En Relajación y sus Beneficios. Nº 2 Vol. 2 España. 2004. Pág. 04-08.
- (33) Carlos Berrios. “Relajación y su proceso” En Relajación y sus Beneficios. Nº 2 Vol. 2 España. 2004. Pág. 09-12.
- (34) Stella Weller. “Respirar bien para vivir mejor” ED. Océano. Perú.2002. Pág. 27

- (35) Stella Weller. "Respirar bien para vivir mejor"ED.Océano.  
Perú.2002. Pág. 74
- (36) Juan José Lopera "Músico terapia" ED . En buenas Manos.  
España.2003. Pág. 24
- (37) Juan José Lopera "Músico terapia" ED . En buenas Manos.  
España.2003. Pág. 26
- (38) Patxi del Campo. "Beneficios de la Musico terapia". En  
Musicoterapia. Colombia. Art. 30. Pág. 34-36
- (37) Juan José Lopera "Músico terapia" Ed . En buenas Manos.  
España.2003. Pág. 27
- (39) Juan José Lopera "Músico terapia" Ed . En buenas Manos.  
España.2003. Pág. 31
- (40) Patxi del Campo. "Beneficios de la Musico terapia". En  
Musicoterapia. Colombia. Art. 30. Pág. 34-36
- (41) Patxi del Campo. "Beneficios de la Musico terapia". En  
Musicoterapia. Colombia. Art. 30. Pág. 32-34
- (42) Mariano Betés de Toro . "Fundamentos de Musicoterapia"  
Madrid .ED. Morata. 2000 Pág. 12-14

- (43) Paidòs. "Musicoterapia: de la teoría a la práctica".  
Barcelona ED. Paidós. 2000. Pág. 16-19
- (44) Ferrari, A. "La formación en Educación para la Salud" En  
Trabajo Social y Salud N°3 Vol. 35 Pág. 193-204.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barcelata Eguiarte, Blanca Estela y Gómez-Maqueo Emilia Lucio “Influencia de un Programa Psicoeducativo para Padres en la Identificación de Problemas Emocionales en Adolescentes” (Tesis de Bachiller). México. 2006
- Berrios, Carlos “Relajación y su proceso” En Relajación y sus Beneficios. Nº 2 Vol. 2 España. 2004. Pág. 09-12.
- Betés de Toro Mariano. “Fundamentos de Musicoterapia” Madrid .ED. Morata. 2000 Pág. 12-14
- Chumpitaz, Milagros. “Efectividad de un Modelo de Atención según Peplau en la Disminución de la Ansiedad en Padres de Niños Postapendicectomizados. ISN” (Tesis de Bachiller).UNMSM.2002
- Del Campo.Patxi “Beneficios de la Musico terapia”. En Musicoterapia. Colombia. Art. 30. Pág. 34-36
- Departamento de Estadística del Instituto de Salud del Niño.2005
- Doria Francisco “Efectos de la relajación”. En Relajación y sus Beneficios. Nº 2 Vol. 2 España. 2004. Pág. 04-08.
- Ferrari, A. “La formación en Educación para la Salud” En Trabajo Social y Salud Nº3 Vol. 35 Pág. 193-204.

- García Higuera. Antonio “ Los Sueños y la Ansiedad” Madrid. En Ansiedad . Nº 1 Vol. 1 . 2004 Pag. 36
- Gómez Adriana Delia “Conducción de Servicios Educativos”. En Sistemas Educativos. Nº 2 Vol. 3 . Universidad Tecnológica Nacional-Facultad Regional Avellaneda. 2003
- Kaplan Harold. Sinopsis de la Psiquiatría “Ansias de la Conducta” 7va ed. Argentina. ED. Panamericana. 1996. Pág. 284
- May TW y Pfäfflin M. .“Programas Psicoeducacionales para Pacientes con Epilepsia”.Alemania. 2005.
- Nuevo Benítez Roberto e Montorio Ignacio.“Eficacia de un tratamiento cognitivo- conductual para la preocupación excesiva en personas mayores” (Tesis de Bachiller). España. 2005
- Larrabeure Isabel “Ansiolíticos frente a Psicoterapia” Argentina .ED. Ciencia y Salud. 2004. Pag 03-13.
- Lopera Juan José “Música terapia” ED . En buenas Manos. España.2003. Pág. 24
- Oficina de Estadística de ANIQUEM. Perú. 2006
- Paidós. “Musicoterapia: de la teoría a la práctica”. Barcelona ED. Paidós. 2000. Pág. 16-19

- Rojas, E. "La ansiedad: Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones". Madrid. En Ediciones temas de hoy. Nº 1 Vol. 2 . 1998. Pág. 12-15.
- Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el estrés. "Preguntas y respuestas frecuentes FAQ"2006
- Spielberger, C. D., R. L. Gorsuch & R. E. Laushene "Manual for the state-trait anxiety inventory". Palo Alto. ED. Counseling Psychologist Press. 1990
- Spielberger, C. D *Anxiety*. "Current trends in theory and research. " New York. ED. Counseling Psychologist Press .1992. Pag. 124
- Trickett Shirley "Ciencias de la Salud - Terapia ocupacional" España. ED. Panamericana . 1999. Pág. 76
- Weller Stella "Respirar bien para vivir mejor" ED. Océano. Perú.2002. Pág. 27
- Whaley, Linda. Tratado de Enfermería Pediátrica. 3era ed. ED. Interamericana.1995.

## **ANEXOS**

## INDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO</b>		<b>Página</b>
<b>A</b>	<b>OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....</b>	<b>III</b>
<b>B</b>	<b>TABLA N°1 : N° DE PADRES SEGÚN EDAD Y SEXO....</b>	<b>VII</b>
<b>C</b>	<b>TABLA N°2 : N° DE PADRES SEGÚN EDAD Y GRADO DE INSTRUCCIÓN.....</b>	<b>VIII</b>
<b>D</b>	<b>PRUEBA NO PARAMETRICA DE MC NEMAR.....</b>	<b>IX</b>
<b>E</b>	<b>FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....</b>	<b>X</b>
<b>F</b>	<b>CUESTIONARIO DE ANSIEDAD DE SPIELBERGER...</b>	<b>XV</b>
<b>G</b>	<b>PROPUESTA DE PROGRAMA PSICO-EDUCATIVO...</b>	<b>IX</b>

## ANEXO A

### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	COMPONENTES	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	CRITERIOS PARA ASIGNAR EL VALOR
Eficacia de un Programa Psico-educativo	Es el resultado favorable obtenido a través de la aplicación de una propuesta psico-educativa, que comprende dos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoemocional</li>   <li>• Pedagógico</li> </ul>	Es el resultado obtenido traducido como la variación del nivel de ansiedad estado que experimenta el padre del niño quemado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficaz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución del nivel de ansiedad estado.</li> </ul>

	<p>componentes: Psicoemocional y Pedagógico..</p>		<p>mediante la aplicación de un Programa Psico- educativo que será valorado en función a los cambios en los niveles de ansiedad obtenidos antes y después de la aplicación de dicho programa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No Eficaz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento en el nivel de ansiedad estado.</li> </ul>
--	---	--	--	---	---

<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>VALOR FINAL DE LA VARIABLE</b>	<b>CRITERIOS PARA ASIGNAR EL VALOR</b>
Ansiedad en Padres de Niños Quemados	Es un estado emocional subjetivo y transitorio en el que se encuentra el padre de familia, caracterizado como un	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad estado negativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activación</li> <li>• Confianza en si mismo</li> <li>• Bienestar</li> <li>• Animación</li> <li>• Satisfacción</li> </ul>	Es el estado emocional en el que se encuentra el padre del niño quemado, que será valorado en dos momentos a través de la aplicación de un	Ansiedad Muy Baja  Ansiedad Baja	Rango de 20 a 31 puntos.  Rango de 32 a 43 puntos

	<p>sentimiento desagradable e incierto, con manifestaciones de tensión emocional, nerviosismo, preocupación por el estado de su hijo e intranquilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad estado afirmativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensión emocional</li> <li>• Nerviosismo</li> <li>• Preocupación</li> <li>• Aprehensión</li> </ul>	<p>cuestionario de ansiedad de Spielberger, el cual tiene los siguientes valores: Ansiedad leve, moderada y severa.</p>	<p>Ansiedad Media</p> <p>Ansiedad Alta</p> <p>Ansiedad Muy Alta</p>	<p>Rango de 44 a 55 puntos.</p> <p>Rango de 56 a 67 puntos</p> <p>Rango de 68 a 80 puntos.</p>
--	--	--	---	---	---	--

## ANEXO B

Tabla N°1 :

Número de Padres de Familia según Edad y Sexo. Instituto  
Nacional de Salud del Niño. Noviembre-Diciembre.2006

Edad	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%
De 20 a 30 años	35	73	03	60
De 31 a 45 años	13	27	02	40
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>05</b>	<b>100</b>

## ANEXO C

Tabla Nº2 :

Número de Padres de Familia según Edad y Grado de Instrucción. Instituto Nacional de Salud del Niño. Noviembre-Diciembre.2006

Numero de Padres	Grado de Instrucción							
	PI		PC		SI		SC	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 20 a 30 años	03	75	09	69	12	70	15	79
De 31 a 45 años	01	25	04	31	05	30	04	21
<b>Total</b>	<b>04</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

## ANEXO D

### PRUEBA NO PARAMETRICA DE MC NEMAR

Para aceptar o rechazar la hipótesis planteada se aplicó la prueba no paramétrica de Mc Nemar, la cual consiste en una tabla de cuatro entradas de frecuencias que representa a primer y segundo conjunto de respuestas de los mismos individuos, usándose el signo (+) y (-) para simbolizar respuestas diferentes. Los casos que muestran cambios entre la primera y segunda respuesta aparecen en las celdillas A si hay cambios de mas a menos; es clasificado en la celdilla D si hay cambios de menos a mas; ni no es observado ningún cambio va a la celdilla B ( respuestas de mas antes y después ) o a la celdilla C ( respuestas de menos antes y después ). Cuya formula con la corrección de Yates es:

$$\text{Ji cuadrado calculado} = \chi^2_c = \frac{((A-D) - 1)^2}{A+D}$$

En donde para rechazar la hipótesis nula Ji cuadrado calculado debe de ser mayor que el Ji cuadrado tabulado:

$$\chi^2_c > \chi^2_t$$

El **Ji tabulado** se calcula de la siguiente manera:

1.- Se determina el grado de libertad; multiplicando el número de columnas menos la unidad y el número de filas menos uno.

$$(K - 1)(C - 1)$$

2.- Se halla el nivel de significancia en función al porcentaje de error esperado del porcentaje total.

3.- Se lleva a la tabla de los valores críticos de Ji cuadrado para los diferentes niveles de significación y grado de libertad.

Luego puede evidenciarse en la tabla de distribución de Ji cuadrado si la hipótesis nula se rechaza o acepta.

**Tabla N° 3**

**Variaciones en el Nivel de Ansiedad Valorados en los padres de familia antes y después de la Intervención Psico-Educativa. Instituto Nacional de Salud del Niño. Noviembre-Diciembre.2006**

		<b>Después</b>		
		-	+	
		<hr/>		
	+	45	3	48
<b>Antes</b>		<hr/>		
	-	5	0	5
		<hr/>		<hr/>

**N = 53**

En donde:

**45** es el número de personas que antes de aplicar el Programa Propuesto tuvieron una ansiedad Media, Alta y Muy alta, pero que después de la Intervención psico-educativa la disminuyeron.

**3** es el número de padres de niños quemados que antes de aplicar el Programa Propuesto presento un nivel de ansiedad alta y muy alta pero que después de la Intervención psico-educativa mantuvieron su nivel de ansiedad.

**5** representa el número de padres que antes de aplicar el Programa propuesto tuvieron un grado de ansiedad Baja y Muy baja pero que después de la intervención psico-educativa la mantuvieron.

**0** es el número de personas que antes de aplicar el programa propuesto tuvieron un grado de ansiedad Baja o Muy baja pero que después de la intervención psico-educativa aumentaron su nivel de ansiedad.

Hallando el **Ji calculado:**

$$\text{Ji cuadrado calculado} = X^2 c = \frac{((A-D) - 1)^2}{A+D}$$

$$X^2 c = \frac{((45-0) - 1)^2}{45+0}$$

$$X^2 c = \frac{1936}{45}$$

$$X^2 c = 43.02$$

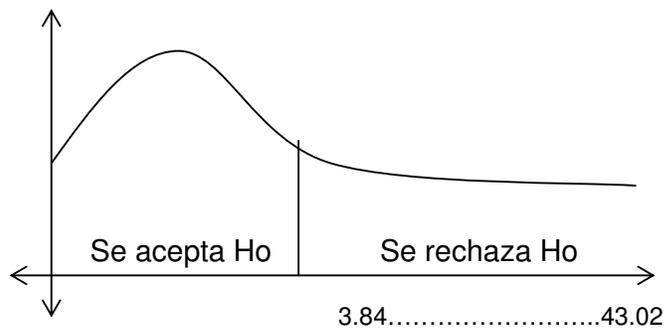
Hallando el **Ji cuadrado Tabulado**:

1.- Grado de Libertad:  $(K - 1)(C - 1) = (2-1)(2-1) = 1$

2.- Nivel de Significación de ansiedad ( $\sigma$ ) : De un 100% espero equivocarme un 5% por lo que el porcentaje de error escogido es  $\sigma = 0.05$

3.- El Ji cuadrado tabulado para un margen de error del 5% con un grado de libertad de 1 es : 3.84 ( Según Tabla de Distribución del Ji cuadrado )

Al plasmar los datos encontrados en la grafica de distribución del Ji cuadrado se obtiene que:



Que la hipótesis nula **se rechazaba**.

## ANEXO E

### FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....  
.....con D.N.I..... En pleno uso de mis facultades mentales y habiendo recibido la información completa de la investigación que realiza la Srta. Lupita Hidalgo Cusi, Interna de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, titulado **“Eficacia de un Programa Psico-Educativo en la Disminución de la Ansiedad en Padres de Niños Quemados. INSN. 2006”**. Acepto participar libremente en esta investigación estando consciente que puedo negarme.

## ANEXO F

### CUESTIONARIO DE ANSIEDAD DE SPIELBERGER

#### AUTOEVALUACION DE ANSIEDAD RASGO

A continuación, encontrará 20 frases que se utilizan corrientemente para autodescribirse. Lea detenidamente cada frase y señale la que indique mejor **COMO SE SIENTE USTED EN GENERAL, EN LA MAYORIA DE LAS OCASIONES**. Marque la respuesta que usted ha elegido. **NO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS.**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Grado de Instrucción: \_\_\_\_\_

FRASES	CASI NADA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
Me siento bien				
Me canso rápidamente				
Siento ganas de llorar				
Me gustaría ser tan feliz como otros				
No me decido pronto				
Me siento descansado(a)				
Soy una persona tranquila y serena				
Vejo las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				
Me preocupo por cosas triviales				
Soy feliz				

Suelo tomar las cosas muy seriamente				
Me falta confianza en mi mismo(a)				
Me siento seguro(a)				
No suelo afrontar las crisis				
Me siento triste, melancólico(a)				
Estoy satisfecho(a)				
Me molestan pensamientos nimios				
Me afectan los desengaños				
Soy una persona estable				
Cuando pienso sobre problemas actuales me siento tenso(a)				

### **AUTOEVALUACION DE ANSIEDAD ESTADO**

A continuación, encontrara 20 frases que se utilizan corrientemente para autodescribirse. Lea detenidamente cada frase y señale la que indique mejor **COMO SE SIENTE USTED EN GENERAL, EN LA MAYORIA DE LAS OCASIONES**. Marque la respuesta que usted ha elegido. **NO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS.**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Grado de Instrucción: \_\_\_\_\_

FRASES	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
Me siento calmado(a)				
Me siento seguro(a)				
Estoy tenso(a)				
Estoy confundido(a)				
Me siento cómodo(a)				
Me siento alterado(a)				
Estoy preocupado(a) por posibles desgracias futuras				
Me siento descansado(a)				
Me siento angustiado (a)				
Me siento alentado (a)				
Tengo confianza en mi mismo(a)				
Me siento nervioso(a)				
Estoy tranquilo(a)				
Me siento muy oprimido(a)				
Estoy relajado(a)				
Me siento satisfecho(a)				
Estoy preocupado(a)				
Me siento aturdido(a) y sobreexcitado(a)				
Me siento alegre				
En estos momentos me siento bien				

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO TODAS LAS FRASES CON  
UNA SOLA RESPUESTA**

*Se le agradece su colaboración*

**ANEXO G**

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**PROPUESTA DE PROGRAMA  
PSICO-EDUCATIVO**

**DIRIGIDO A:**

**PADRES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS  
POR QUEMADURAS EN EL  
SERVICIO DE QUEMADOS Y CIRUGIA  
REPARADORA DEL INSTITUTO  
NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO. 2006**

**Lima - Perú**

## **PRESENTACION**

El Presente Programa Psico-Educativo, esta dirigido a los padres de niños hospitalizados por quemaduras, con el objetivo primordial de disminuir el nivel de ansiedad estado y favorecer su participación activa en el cuidado del niño durante su hospitalización.

Pretende convertirse en una estrategia educativa en la atención a la familia del niño quemado, debido a la carencia de un proceso que sistematice una de las áreas del cuidado de Enfermería, que es la de dar soporte Psico-educativo a la familia del niño quemado, porque de no tratar esta problemática que constituyen los padres con ansiedad, los efectos tendrían influencia negativa en la recuperación y rehabilitación del niño y la estancia hospitalaria seria más prolongada, con un coste social tanto para la familia como para la Institución.

Es por ello que planificar y ejecutar una educación oportuna a los padres del paciente pediátrico quemado es esencial, además de ser una de las funciones del equipo de salud, el contar con un soporte terapéutico-educativo optimo y oportuno

contribuye a disminuir el desequilibrio emocional ocasionado por el accidente de su hijo.

Este programa Psico-Educativo, está diseñado metodológicamente en dos componentes; uno de carácter psicoterapéutico con orientación a la relajación; seguida de un segundo componente que tiene función educativa sobre ejes temáticos que fomentan y apoyan a los padres para que participen activamente en el cuidado de su niño.

**PROGRAMA PSICO-EDUCATIVO: “CONTROL DEL ESTADO  
DE ANSIEDAD EN PADRES DE NIÑOS QUEMADOS”**

**I. INFORMACION GENERAL:**

- A. Población Objetivo:** Padre, Madre o Tutor responsable del cuidado del niño durante su hospitalización.
- B. N de grupos de padres a conformar:** 8
- C. N de padres por grupo:** de 8 a 10
- D. Periodo de Ejecución:** Noviembre – Diciembre del 2006
- E. N de Sesiones:** 3
- F. Tiempo de Duración de cada sesión:** 40 minutos
- G. Horario:** De 15:00 a 16:00 hrs.
- H. Lugar:** Sala de Espera del Servicio de Quemados y Cirugis Reparadora del Instituto Nacional de Salud del Niño.
- I. Técnicas:** Lluvia de Ideas, Exposición Dialogada y Exposición Direccionada.
- J. Recursos Instruccionales:**

Rotafolios con imágenes sobre:

- *LAS QUEMADURAS Y SUS PRINCIPALES CARACTERISTICAS*





**III. DIAGRAMA DE GANTT:**

NUMERO DE GRUPO	NOVIEMBRE 2006				DICIEMBRE 2006			
	1era	2da	3era	4ta	1era	2da	3era	4ta
Primero	*							
Segundo		*						
Tercero			*					
Cuarto				*				
Quinto					*			
Sexto						*		
Séptimo							*	
Octavo								*

**DESARROLLO DEL TEMARIO:**

**SESION NRO 1:**

**PSICOTERAPIA.- RELAJACION COMPLETA**

**OBJETIVO ESPECIFICO.- FOMENTAR LA RELAJACION COMPLETA EN EL PADRE DEL NIÑO QUEMADO MEDIANTE EL USO DE UN EJERCICIO APLICATIVO**

**TIEMPO DE DURACION: 10 MINUTOS**

**TECNICA:** EXPOSICION DIRIGIDA

**INSTRUMENTO:** MANUAL DE RELAJACION COMPLETA (**Propuesto por D.A. Bernstein y T.D. Brokovec**)

**PROCEDIMIENTO:**

"Los procedimientos en relajación progresiva. Fueron desarrollados, por primera vez, en los años treinta por un fisiólogo llamado Jacobson y en los últimos años se ha modificado su técnica original para hacerla más sencilla y efectiva. Básicamente, el entrenamiento en relajación progresiva consisten en aprender a tensar y luego relajar, secuencialmente, varios grupos de músculos a lo largo de todo el cuerpo, además de enseñarle como relajarse, también le estimularé a aprender a reconocer y discriminar la tensión y la relajación, sin su cooperación activa y su práctica regular de las cosas que aprenderá hoy, los procedimientos serán de poca utilidad, en la relajación progresiva, quiero que aprenda a producir reducciones de tensión mayores y más evidentes y la mejor manera de hacerlo esto es producir primero bastante tensión en el grupo de músculos"

"Otro punto importante a recordar es que espero que elimine inmediatamente la tensión que acumula en esos grupos de músculos cuando se lo indique. Por favor, no deje que la tensión se disipe gradualmente. Por ejemplo, cuando ha estado tensando los músculos de la mano y del antebrazo derechos, le pediré que se relaje, y cuando lo pida me gustaría que usted completa o inmediatamente, descargue toda la tensión que tiene en estos músculos. No abra gradualmente la mano, deje que toda la tensión se vaya al mismo tiempo".

"Una vez que hemos relajado un grupo de músculos es mejor que estos no se muevan, No tema moverse, pero no haga movimientos

innecesarios durante la sesión. También le voy a pedir que no hable durante la sesión, se comunicará conmigo por medio de señales con la mano".

"Empezaremos en la posición acostada boca arriba, cierre los ojos y comenzaremos entrenando la mano y el antebrazo. Le pediré que tense los músculos de la mano y antebrazo derechos apretando el puño. Ahora debe ser capaz de sentir la tensión en su mano, en los nudillos, en el antebrazo. ¿Puede sentir esa tensión? De acuerdo, bien. Después de que hemos relajado ese grupo de músculos iremos al del bíceps derecho y le pediré que lo tense empujando el codo contra el brazo del sillón. Debe ser capaz de obtener una sensación de tensión en el bíceps sin incluir los músculos del antebrazo y la mano. ¿Puede sentir la tensión ahí, ahora?. Después que hemos completado la relajación de la mano, del antebrazo y del bíceps derecho, nos trasladaremos a los músculos de la mano y antebrazo izquierdos, tensándolos y relajándolos de la misma manera que en el brazo derecho. También, tensaremos y relajaremos los músculos de bíceps izquierdo igual que hicimos con el derecho".

"Después que hemos relajado los brazos y las manos, relajaremos los músculos de la cara y, con fines conceptuales, vamos a dividirlos en tres grupos, primero, los músculos del área de la frente (parte superior de la cara), luego los de la parte central (parte superior de las mejillas y la nariz), y finalmente la parte inferior (mandíbulas y parte inferior de las mejillas). Empezaremos con los músculos de la parte superior y le pediré que los tense levantando las cejas tan alto como pueda, generando tensión en la frente y hacia arriba, en la región del cuero cabelludo. ¿Puede sentir esa tensión ahora?".

"Muy bien. Ahora bajaremos a los músculos de la parte central de la cara. Para tensar estos músculos le pediré que bizquee y que a la vez arrugue la nariz, obteniendo tensión en la parte central de la cara. ¿Puede sentir la tensión aquí, ahora? Muy bien. Seguidamente usted tensará los músculos de la parte inferior y para hacer esto le pediré que apriete los dientes y que lleve las comisuras de la boca hacia atrás. Debe sentir tensión en la parte inferior de la cara y las mandíbulas. ¿Siente la tensión en este área de cara, ahora?."

"Bien. Después que hemos completado los músculos faciales iremos a relajar los del cuello y, para lograr esto, voy a pedirle que empuje la barbilla hacia abajo, contra el pecho, y a la vez intente realmente evitar que toque el pecho. Es decir, quiero que contraponga los músculos de la parte frontal del cuello con los de la parte posterior. Debe sentir un poco de temblor o sacudida en estos músculos cuando los tensa. ¿Puede sentir eso, ahora?".

"De acuerdo, bien Pasaremos a los músculos del pecho, los hombros y la espalda. Vamos a combinar aquí unos cuantos músculos y le pediré que los tense haciendo una respiración profunda, manteniéndola y al mismo tiempo colocando los omoplatos de los hombros juntos, es decir, lleve los hombros hacia atrás e intente que los omoplatos se toquen. Debe sentir tensión significativa en el pecho, los hombros y la parte superior de la espalda. ¿Puede sentir esa tensión, ahora? De acuerdo, bien".

"Nos trasladaremos a los músculos del abdomen y para tensarlos le voy a pedir que ponga su estómago duro, póngalo tenso como si pensara que le van a golpear en él. Debe sentir una gran tensión y tirantez en el área del estómago. ¿Puede sentir esa tensión, ahora? Muy bien".

"Después de relajar los músculos del estómago, pasaremos a los de las piernas y pies y comenzaremos con la parte superior de la pierna y muslo derechos. Le voy a pedir que ponga en tensión la parte superior de la pierna derecha contraponiendo el músculo largo encima de la pierna con los más pequeños de la parte de atrás. Debe sentir que el gran músculo de la parte superior está duro. ¿Lo puede sentir, ahora? Muy bien".

"Ahora vamos a pasar a los músculos de la pantorrilla derecha, la parte inferior de la pierna y le pediré que tense aquí los músculos tirando de los dedos hacia arriba, en dirección a la cabeza. Tiene que sentir la tensión a través de toda el área de la pantorrilla. ¿Puede sentir esa tensión, ahora? Muy bien. Ahora, va a poner en tensión los músculos del pie derecho y para hacer esto tiene que estirar la punta del pie, girándolo hacia dentro y curvando, al mismo tiempo, los dedos. No tense los músculos demasiado, sólo lo suficiente para sentir la tirante debajo del arco y en el empeine del pie. ¿Siente la tensión, ahora? Muy bien".

"Vamos a dirigirnos a los músculos de la parte superior de la pierna izquierda tensándolos y relajándolos tal y como lo hicimos en el lado derecho. Luego seguiremos con los músculos de la parte inferior utilizando igualmente los mismo procedimientos que empleamos en el lado derecho y finalmente el pie izquierdo, tensándolo y relajándolo del mismo modo".

"Para terminar le voy a solicitar que respire muy hondo, y exhale lentamente, elimine el aire con los labios juntos...como si quisiera silbar...lentamente, mueva los brazos. A la derecha, ahora a la izquierda, ahora para arriba y para abajo, abra las manos y ciérrelas, mueva los dedos....Ahora mueva sus piernas, de derecha a izquierda y

de arriba abajo, Muy bien, flexiónelas, mueva los dedos de los pies...Abra los ojos despacio, Usted acaba de relajarse....respire hondo una vez mas...puede levantarse”

**MOMENTO EDUCATIVO.-** *LAS QUEMADURAS Y SUS PRINCIPALES CARACTERISTICAS*

**OBJETIVO ESPECIFICO.-** *INCREMENTAR LOS CONOCIMIENTOS EN RELACION A LAS QUEMADURAS Y SUS CARACTERISTICAS EN LOS PADRES DE FAMILIA MEDIANTE EL USO DE MATERIAL EDUCATIVO.*

**TIEMPO DE DURACION:** 30 MINUTOS

**TECNICA:** EXPOSICION DIALOGADA. LLUVIA DE IDEAS

**INSTRUMENTO:** ROTAFOLIO CON IMÁGENES

**PROCEDIMIENTO:**

“Las quemaduras son uno de los accidentes mas frecuentes en niños, que pueden causarle incapacidad o deficiencia de algún miembro, así como también problemas emocionales graves.

Las quemaduras son heridas en la piel producidas por el contacto con mucho calor.

Los agentes causales de las quemaduras son:

- Líquidos calientes/objetos calientes
- Fuego
- Corriente eléctrica
- Ácidos

- Entre otros

Los tipos de quemadura son:

**a.- Quemaduras de Primer Grado o Leve.-**

Que se evidencia por el enrojecimiento de la piel, ardor y dolor.

**b.- Quemaduras de Segundo Grado o Moderada.-**

Que se evidencia por la presencia de unas ampollas y el dolor es mas intenso

**c.- Quemaduras de Tercer Grado o Grave.-**

Que se evidencian por la destrucción de la piel, esta se pone acartonada y no hay dolor.

Las quemaduras en su mayoría de casos ocurren por descuidos de los propios cuidadores del niño, o a veces, son consecuencia de un maltrato físico.

Es necesario que ustedes sepan que las repercusiones de las quemaduras en el niño no solo van a ser físicas, sino también psicológicas, pues el niño, de acuerdo a la gravedad de la lesión, va a necesitar de un tratamiento medico y eso va a condicionar a que lo hospitalicen, como es su caso en particular.

La hospitalización del niño le va a generar miedo, porque no conoce el hospital, no conoce a las enfermeras ni a los médicos, además del dolor e incomodidad que le ocasiona la herida y la presencia de otros niños quizás mas delicados que él.

Es importante entonces que usted como padre/madre del niño, en las oportunidades que tenga para estar con él, se muestre calmado, tranquilo, sereno, y sepa brindarle mucho apoyo y amor a su hijo....No tenga miedo...que usted no le va a hacer daño si le demuestra afecto...”

**PREGUNTAS:**

*¿Que entiende por quemadura?*

*¿Qué agentes pueden causar una quemadura?*

*¿Cuáles son los tipos de quemadura?*

*¿Qué consecuencias tienen las quemaduras?*

**SESION NRO 2:**

**PSICOTERAPIA.- RESPIRACION ANTIANSIEDAD**

**OBJETIVO ESPECIFICO.- FOMENTAR LA RELAJACION COMPLETA EN EL PADRE DEL NIÑO QUEMADO MEDIANTE EL USO DE UN EJERCICIO APLICATIVO**

**TIEMPO DE DURACION: 10 MINUTOS**

**TECNICA: EXPOSICION DIRIGIDA**

**INSTRUMENTO: MANUAL DE RESPIRACION (basado en el Libro “Respira bien para vivir mejor” de Stella Weller)**

**MATERIAL A UTILIZAR:**

- Sillas.

**PROCEDIMIENTO:**

- “Siéntese en posición erguida, con la coronilla de la cabeza mirando hacia arriba. Relaje la mandíbula, cierre lentamente los ojos ”
- “ Inspire lentamente y tranquilamente a través de la nariz, lenta, suave y tan profundamente como le sea posible, sin esforzarse”
- “ Cierre los labios despacio, relaje la mandíbula y espire lentamente por la boca, como si tratara de silbar, lentamente y tan suavemente como le sea posible, concentrando toda su atención en el abdomen, cerca de su ombligo”
- “Antes de inspirar nuevamente cuente en la mente..sin hablar...junto conmigo...diez mil... veinte mil....”
- “Repetiremos este ejercicio dos veces mas....”

**MOMENTO EDUCATIVO.-** *EL TRATAMIENTO MEDICO QUE RECIBE EL NIÑO QUEMADO*

**OBJETIVO ESPECIFICO.-** *LOGRAR QUE EL PADRE DEL NIÑO QUEMADO IDENTIFIQUE LAS MODALIDADES DE TRATAMIENTO QUE RECIBE SU NIÑO EN EL SERVICIO DE QUEMADOS.*

**TIEMPO DE DURACION:** 30 MINUTOS

**TECNICA:** EXPOSICION DIALOGADA. LLUVIA DE IDEAS

**INSTRUMENTO:** ROTAFOLIO CON IMÁGENES

## **PROCEDIMIENTO:**

“Como ya aprendimos en la sesión anterior, sabemos que las quemaduras son lesiones producidas por el contacto con mucho calor, pues bien, cuando una persona sufre una quemadura, inmediatamente se evidencia una lesión ( herida ) en la piel, además del dolor.

Ahora aprenderemos sobre el tratamiento que recibe el niño quemado; que es en dos momentos: uno Inicial y otro Posterior.

El Tratamiento Inicial de las quemaduras consiste en:

- Aplicar agua a chorro en el área de la quemadura
- No tocar la zona quemada ( no se debe de reventar las ampollas, no quitar las prendas pegadas a la piel
- No aplicar ningún ungüento desconocido
- Envolver la zona quemada con alguna sábana o tela limpia y llevar al niño al centro de salud mas cercano

Estos criterios usted ya los conoce en términos generales porque ya paso por ello, pues bien, en el hospital también existen procedimientos a realizar con la única finalidad de evitar que se compliquen el estado de salud del niño y promover su recuperación

La atención médica que se le brinda en el servicio de quemados y cirugía reparadora consiste en:

**a.- Tratamiento Quirúrgico.-** Aquí el medico, luego de haber evaluado al niño y la gravedad de su lesión, coordina con el equipo de salud (enfermería, entre otros) para operar al niño, si lo necesitase, ya que este procedimiento solo se realiza en casos de quemaduras de tercer grado, pues como ya lo saben, hay

destrucción de la piel y tejidos, entonces es necesario contrarrestarlo. Generalmente, se realizan dos procedimientos, conocidos como Injertos, que pueden ser de piel de cerdo o de la misma piel del paciente, lo que se conoce como AIDE (autoinjertodermoepidermico) y el otro que es Escarotomía, donde se realizan cortes en la zona quemada para favorecer la formación de nuevos tejidos y que no se formen cicatrices que limiten la actividad motora.

**b.- Curación de Heridas.-** Este es un procedimiento delicado y doloroso para el paciente quemado, en especial para un niño, pues aquí se retiran las gasas y vendajes para realizar la limpieza y curación de la herida. La curación se realiza con medicamentos especiales que tienen por acción evitar la infección de la herida y favorecer la cicatrización, es por esto, la importancia de la curación. Además le permite al personal de salud, verificar como va mejorando la zona quemada, es decir, como va cicatrizando, si la operación resulto efectiva o no

**C.-Administración de Medicamentos.-** Aquí, la enfermera le administra las medicinas indicadas por el medico, que en su mayoría son antibióticos, para evitar la infección; analgésicos, para disminuir el dolor y soporte hídrico, que es la administración de sueros para compensar las perdidas por la quemadura.

**d.- Alimentación.-** Este aspecto es muy importante, pues aquí el niño recibe su alimentación de acuerdo a lo que necesita y de acuerdo a lo que tolera, es por esto, que usted va a observar a niños que solo reciben formulas lácteas , otros niños que solo reciben papillas, jugos y purés y otros niños que ya pueden comer alimentos sólidos; esto se da por indicación medica y mientras el

niño se encuentre hospitalizado solo debe de consumir los alimentos que le proporciona el hospital

**e.- Psicología.-** En este aspecto se trabaja con la Psicóloga, quien va a ayudar al niño quemado y a la familia a afrontar las consecuencias psicológicas del accidente, es importante que asista a las citas que le programen, pues le orientara y ayudara en lo que usted y su niño emocionalmente necesiten.

**f.- Rehabilitación y Terapia Física.-** Aquí se le ayuda al niño a recuperar la fuerza y control muscular, es decir, a moverse adecuadamente, en especial, el terapeuta físico brinda una atención enfocada a la zona quemada”

#### **PREGUNTAS:**

*¿Por qué es importante el tratamiento medico del niño quemado?*

*¿En que consiste el tratamiento inicial?*

*¿Por qué es importante la curación de heridas?*

*¿Los niños hospitalizados pueden consumir alimentos que se les trae de casa?¿Porque?*

*¿Por qué es importante asistir a las citas de Psicología?*

### **SESION NRO 3:**

#### **PSICOTERAPIA.- MUSICOTERAPIA**

**OBJETIVO ESPECIFICO.-** *FOMENTAR LA RELAJACION COMPLETA EN EL PADRE DEL NIÑO QUEMADO MEDIANTE EL USO DE UN EJERCICIO APLICATIVO*

**TIEMPO DE DURACION:** 10 MINUTOS

**TECNICA:** EXPOSICION DIRIGIDA

#### **INSTRUMENTO:**

- CD de Música Clásica

#### **MATERIAL A UTILIZAR:**

- Radio grabadora de amplio volumen.
- Colchonetas.

#### **PROCEDIMIENTO:**

“Bueno, el día de hoy terminaremos la sesión con esta terapia de relajación utilizando la música, les pediré que se recuesten despacio, respiren profundamente, relajen la cabeza, los hombros el estomago y las piernas en ese orden...despacio....lentamente...cierren los ojos y solo escuchen lo que les voy a decir.

Ahora...escucharán tres piezas musicales....que las pasaré consecutivamente...se darán cuenta que una melodía termine cuando escuchen sólo silencio....que serán máximo cinco

segundos...luego seguirá la siguiente melodía.....para cuando terminemos les indicaré que hacer.

Pues bien, si necesitan algo solo levantan la mano y yo me apersonaré a ustedes...para no interrumpir a los demás padres....

Con estas indicaciones procederemos a escuchar las siguientes melodías

***(Proyección de Melodías)***

Ahora ya terminaron las melodías...no se muevan aun...les pediré que muevan los pies lentamente, muevan ahora las piernas...flexiónelas...inspire y espire tan lenta y suavemente como le sea posible....mueva los brazos, las manos. La cabeza muévala de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo....lentamente...abra los ojos....la sesión a terminado...puede levantarse”

**MOMENTO EDUCATIVO.-** *LOS CUIDADOS GENERALES QUE SE LE BRINDA AL NIÑO QUEMADO*

**OBJETIVO ESPECIFICO.-** *MOTIVAR A QUE LOS PADRES PARTICIPEN EN LOS CUIDADOS DEL NIÑO QUEMADO*

**TIEMPO DE DURACION:** 30 MINUTOS

**TECNICA:** EXPOSICION DIALOGADA. LLUVIA DE IDEAS

**INSTRUMENTO:** ROTAFOLIO CON IMÁGENES

## **PROCEDIMIENTO:**

“El paciente pediátrico quemado recibe una serie de cuidados en el servicio, que van desde el tratamiento quirúrgico hasta la rehabilitación y terapia física, como ya lo vimos en la sesión anterior. Pues bien, usted como persona responsable del niño, también esta en la condición y cuenta además con las facultades necesarias para ayudar a su niño a afrontar todo el stress del proceso de recuperación y rehabilitación. Es muy sencillo y práctico, lo único que usted debe de hacer es:

Al momento que usted ingresa a la unidad donde esta su niño debe de:

- 1.- sujetarse bien el cabello
- 2.-Lavarse las manos con agua y jabón
- 3.- Colocarse el mandilon de protección que le entregara el personal técnico
- 4.- Cuidar a su niño mientras permanezca en el servicio siguiendo las recomendaciones citadas en el servicio.
- 5.- No retirarse sin despedirse del niño
- 6.- No ingresar con bolsas, carteras, maletines, golosinas, gaseosas o galletas.

Durante la visita, usted esta en las condiciones de:

- **Conversar con su niño sobre diferentes cosas alegres o que a el le gusten**

Usted puede hablarle de su equipo favorito, su juego favorito, su mascota y sus juguetes, también puede contarle chistes y hacerle gestos graciosos si es pequeño

- **Leerle cuentos**

Puede traer lectura sobre cuentos infantiles que puedan distraer a su niño, leerle sobre caperucita roja, los tres cerditos, aladino y la lámpara maravillosa, entre otros

- **Ayudarlo a pintar, dibujar y colorear ( si es posible)**

Dependiendo de la movilidad de su niño, puede usted ayudarlo a que pinte o dibuje figuras, en función a su edad, y siempre observando que sujete bien los colores y contarlos al final de la actividad

- **Motivarlo y ayudarlo a que coma todos sus alimentos**

Los alimentos van a ayudarlo a que pueda adquirir mas fuerza para recuperarse pronto, es por eso que es importante que usted lo estimule a que termine toda su comida, tomándose el tiempo necesario, sin apurarlo ni obligarlo, como jugando, con bastante paciencia.

- **Ayudarlo a lavarse los dientes**

El lavado de los dientes es una medida de aseo muy importante después de consumir alimentos, para evitar las caries y problemas de dentición, el lavado es muy simple, si es un niño mayor con su cepillo personal y su crema dental le ayudará sujetando el lavatorio donde debe de haber agua no tan fria para que pueda lavarse, y si es un niño pequeño, con una paleta

previamente forrada con una gasita, la humedecerá en una solución previamente preparada (agua+bicarbonato) y realizará la limpieza despacio de dentro hacia fuera de la cavidad oral, sin forzar ni lastimar la boquita de su niño, retirar la gasa y colocar otra bajo el mismo procedimiento hasta que salga limpia.

- **Evitar que se toque o manipule las vendas o gasas que protegen su herida**

Tiene que observar constantemente la condición de las gasas de su niño, si evidencia que alguna esta mal fijada, no dude en avisar inmediatamente al personal de turno, así como debe de cuidar que su niño no se las toque, para que no se lastime el mismo.

- **Mantener siempre una sonrisa**

Una sonrisa es un mensaje del alma, para toda persona de cualquier edad y condición social una sonrisa representa algo bueno, representa confianza y tranquilidad, trate de mantener una sonrisa cuando este con su niño, ya que los niños son receptivos y se dan cuenta y sienten cuando uno esta molesto o triste, y eso los condiciona a manifestar una actitud igual.

- **Decirle que lo ama, que confía que mejorara pronto**

El expresarle afecto, desde una caricia en la mejilla o en el cabello hasta decirle que lo quiere mucho, representa para el niño un aliciente para mejorarse, el contacto afectivo con su madre o padre promueve a su recuperación.

Usted tiene la responsabilidad de apoyar a su niño en su recuperación, puede que sienta temor o angustia, pero debe de saber que usted cuenta con la fortaleza necesaria para afrontar esta situación, solo tiene que seguir las indicaciones médicas y ante cualquier problema, no dude en consultar con las personas capacitadas en el área. El servicio de quemados y cirugía reparadora confía en su capacidad de participar en estas actividades, brindándole todas las facilidades para este fin, solo esperamos que ustedes tomen la decisión de formar parte del equipo de trabajo con la única meta de favorecer la pronta recuperación de su niño.

**PREGUNTAS:**

***¿Qué es lo que debe de hacer al ingresar a la unidad de su niño? ¿Por qué ?***

***¿Por qué es importante su participación en el cuidado de su niño durante la visita?***