

PROGRAMA DE EDUCACIÓN A

DISTANCIA

CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

CÁTEDRA DE TALLER DE TRABAJO FINAL

GRUPO - JUJUY

PROYECTO DE INVESTIGACION

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
DE LOS FAMILIARES
DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS”**

Estudio a realizarse en Hospital Pablo Soria, San Salvador de Jujuy,
Provincia de Jujuy periodo julio-diciembre 2020.

ASESORAS METODOLÓGICAS:

Lic. Díaz, Estela del Valle

Lic. Fernández Diez Marina

AUTORES:

Gutierrez, Dalma Fabiana Aylen

Limón, Graciela Valeria

Rodriguez, Alejandro

San Salvador de Jujuy, 2019.

*“Queda prohibido no
sonreír a los problemas,
no luchar
por lo que quieres,
abandonarlo todo
por miedo,
no convertir en realidad
tus sueños”*

*Pablo Neruda
(1904-1973)*

DATOS DE LOS AUTORES

- **Gutierrez, Dalma Fabiana Aylen**

Profesional de Enfermería. Egresada del Instituto Superior “Dr. Guillermo C. Paterson”, de la Ciudad de San Salvador de Jujuy, en el mes de diciembre de 2013. Desde entonces cumple funciones en el Hospital Pablo Soria, como técnico- operativa en los servicios de Clínica Médica y Terapia Intensiva.

- **Limón, Graciela Valeria**

Profesional de Enfermería. Egresada del Instituto Superior “Dr. Guillermo C. Paterson”, de la Ciudad de San Salvador de Jujuy, en el mes de diciembre de 2013. Desde entonces cumple funciones en la Clínica IMISS, como técnico-operativa en los servicios de Clínica Médica, Cirugía General, Maternidad y Terapia Intensiva.

- **Rodriguez, Alejandro**

Profesional de Enfermería. Egresado del Instituto Técnico Superior de Enfermería “Lic. Miriam B. Gloss” de la Ciudad de San Salvador de Jujuy en el mes de diciembre de 2015.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer en primer lugar a Dios, por la vida. Por permitirnos ver en cada día una nueva oportunidad para superarnos. Por darnos fuerzas y perseverancia para alcanzar nuestra meta.

A nuestras familias, por su apoyo incondicional por confiar en nosotros siempre. Por estar presentes en nuestras caídas y triunfos. Por cada palabra de aliento, por la paciencia, la comprensión y el amor que siempre nos brindan

A nuestras tutoras del proyecto, por acompañarnos en el proceso. A cada uno de los docentes y colegas con los que hemos compartido esta etapa de superación, por los conocimientos brindados para poder alcanzar nuestro título de grado.

A este equipo de colegas y amigos que, pese a las diferencias, los contratiempos y los momentos difíciles estuvimos juntos y conseguimos nuestro objetivo.

INDICE

PRÓLOGO	1
CAPÍTULO I: El problema de Investigación	
Planteo	del
Problema.....	3
Definición	del
Problema.....	10
Justificación.....	10
Marco	Teórico
.....	11
Definición conceptual de la variable	
.....	23
Objetivos.....	25
CAPÍTULO II: Metodología	
Tipo	de
Estudio.....	27
Operacionalización de la	
variable.....	28
Universo	y
Muestra.....	30
Fuente,Técnica	e
Instrumento.....	30
Plan de Recolección de	
datos.....	31
Plan de Procesamiento de	
datos.....	31
Plan de presentacion de	
datos.....	32
Plan de Análisis de los datos.....	36
Cronograma de actividades.....	37
Presupuesto.....	38
Referencias bibliográficas.....	39

ANEXOS

I. Notas de autorizacion.....	43
II. Consentimiento informado.....	44
III. Instrumento de recoleccion de datos.....	45
IV. Tabla matriz.....	50
V. Resultado la de prueba piloto.....	51

PRÓLOGO

La hospitalización como proceso genera una crisis no solo en la persona que la padece sino también en los miembros de la familia. Factores como el distanciamiento físico y emocional de su ser querido, la condición de salud y el pronóstico del mismo, la concepción que se tenga sobre lo que significa el proceso de hospitalización, el apoyo emocional por parte del personal sanitario, fomenta en el núcleo familiar el desarrollo e implementación de estrategias de afrontamiento para hacer frente a dicho proceso.

Al respecto Mayordomo (2013), se refiere al afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales puestos en marcha para manejar situaciones estresantes. Afirma que cada persona reacciona de manera distinta incluso ante el mismo estresor, y aun perteneciendo al mismo círculo familiar.

Para los familiares de pacientes que presentan alguna alteración en la imagen corporal y el habla, como es el caso de los pacientes traqueostomizados (quienes por diversas causas tienen una cánula artificial que les facilita la respiración), la hospitalización se vuelve prolongada y el impacto que esto genera en sus familias y en los vínculos, desencadena determinadas respuestas.

Por ello la presente investigación, tendrá como objetivo realizar un estudio descriptivo transversal, a los fines de describir las estrategias de afrontamiento de los familiares de pacientes traqueostomizados internados en el Hospital Pablo Soria, en la Provincia de Jujuy, durante el periodo julio-diciembre 2020.

El desarrollo de la misma se organiza en dos capítulos:

- Capítulo I: El Problema, incluye la descripción de la problemática planteada, la justificación y mediante la búsqueda de información el marco teórico con las bases teóricas que sustentan la investigación; también la definición conceptual de la variable de la cual se desprenderán los objetivos del mismo.
- Capítulo II: Diseño Metodológico, describe la metodología que se empleará para el desarrollo del mismo, el tipo de estudio, técnica e instrumento a utilizar, la operacionalización de la variable en estudio y las etapas de recolección, procesamiento, presentación y análisis de la información.

Además, se encuentra disponible las referencias bibliográficas consultadas y los anexos que sirven de respaldo al proyecto de investigación.

CAPÍTULO I

El problema de Investigación

PLANTEO DEL PROBLEMA

La persona que se encuentra enferma a su ingreso a una institución de salud deja de ser vista como “persona” y se considera paciente, esto se debe a la condición de hospitalización la cual puede generar miedo, incertidumbre, discomfort.

Waldow (2014), afirma que:

La enfermedad ocasiona una alteración global en todas las dimensiones del ser. Esta alteración afecta desde la estructura exterior del ser como a su estructura interior. Menciona que la dimensión externa está relacionada con el cuerpo, con lo físico. Los efectos en la estructura interior son en su mayoría invisibles y pueden caracterizarse por las expectativas, esperanzas y temores frente a la dolencia, a la muerte, a la vida después de la enfermedad o, incluso, después de la muerte. (p.3)

Las personas que llegan a ser portadores de una cánula de traqueostomía suelen cursar (dependiendo la causa que los llevó a dicho procedimiento) periodos de internación prolongados hasta la decanulación. Guzmán & Pedraza (2018, p.7) dicen:

Un paciente con traqueostomía debido al cambio en la fisiología respiratoria y la modificación de la capacidad de emisión de la voz, puede presentar deficiencias funcionales y estéticas, tales como la alteración del habla y la imagen corporal, así mismo puede atravesar por situaciones las cuales pueden afectar su autoestima, la relación con otras personas y la convivencia social.

Ante el proceso de hospitalización la familia juega un rol importante y fundamental. Waldow (2014), afirma al respecto que:

La familia es considerada hoy una co-partícipe en el cuidado, o sea, pasa a ser considerada una colaboradora, sus miembros también se convierten en cuidadores, no solo en el domicilio, también en el hospital. Otra visión que me gusta destacar es que la familia también necesita ser cuidada. La familia sufre, se preocupa, tiene miedo, sus hábitos cambian e igual que los de su ser querido, las relaciones y roles se alteran y los sentimientos son diversos; sus miembros están fragilizados, también son seres vulnerables. (p.3)

Por lo antes expuesto el equipo de salud, y el personal de enfermería específicamente debe poder percibir la situación que atraviesa la familia durante el proceso de hospitalización, y cómo afronta dicha situación.

El afrontamiento ha sido definido por Callista Roy (citado por Pérez, 2016), como “los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente, que actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad, es esencial para la salud y el bienestar” (p.22).

El Hospital Pablo Soria se encuentra ubicado en la ciudad de San Salvador de Jujuy, Dto. Dr. Manuel Belgrano, provincia de Jujuy. Es el hospital cabecera de la provincia, integra la red hospitalaria provincial, de forma coordinada con todos los recursos del primer nivel de atención de las 24 áreas programáticas y los hospitales de los 6 nodos sanitarios. Dentro del organigrama del Ministerio de Salud depende de la Secretaria de Salud, la Sub- secretaria de Atención Promoción y Prevención, y directamente de la Dirección Provincial de Hospitales.

Es un hospital público de gestión descentralizada, centro de asistencia de referencia provincial y derivación de patologías agudas de mediana y alta complejidad. Participa de programas de promoción y prevención de la salud. Es un hospital escuela, porque favorece el desarrollo de su personal, promoviendo y facilitando la formación continua en servicio, induce a la mejora permanente en el campo de conocimiento, habilidades y actitudes; impulsa las áreas de docencia e investigación.

En relación a las características estructurales el cuerpo directivo se encuentra integrado por un Director, subdirector médico y un subdirector administrativo. Además, cuenta con un departamento de enfermería, área administrativa y área de mantenimiento; como así también comités asesores en docencia e investigación y prevención y control de infecciones.

El nosocomio dispone de seis servicios de especialidades clínicas, once servicios de especialidades quirúrgicas y doce servicios de diagnóstico y apoyo. En relación al recurso humano cada servicio como así también las

áreas de apoyo se encuentran bajo la dirección de un Jefe y con actividades definidas para cada profesión y oficio.

Se distribuye en las siguientes especialidades: Clínica Médica, Cirugía General, Patología de tórax, cuello y vascular, Ginecología, Neurología y Neurocirugía, Traumatología y Ortopedia, Infectología, Cardiología, Urología, Gastroenterología, Oncología y Hematología, Odontología de Urgencia, Cirugía plástica y reparadora, Hemoterapia, Anatomía Patología, Diagnóstico por Imagen, Terapia Intensiva, Salud Mental, Laboratorio, Rehabilitación, Anestesia, Medicina Transfusional, Oftalmología y Otorrinolaringología de Urgencia.

La dotación de camas abarca una totalidad de 376 distribuidas en el área de internación de los servicios de clínica y especialidades quirúrgicas, con una minoría en el servicio de guardia, y unidades de cuidados intensivos y coronarios. Así también dispone de unidades de pacientes destinadas a tratamientos ambulatorios en servicio de Diálisis y Hospital de Día de Oncología.

Se ha observado que el servicio de Terapia Intensiva es el primer receptor del paciente traqueostomizado, siendo las causas principales la intubación prolongada, patologías neurológicas con secuelas graves y pacientes con compromiso maxilofacial y de tórax.

En las Salas de Internación de Neurocirugía y Cirugía de Tórax-Cabeza-Cuello, son los sitios de mayor estancia de estos pacientes, donde permanecen hasta la decanulación, por tiempos que oscilan desde los tres meses hasta un año de internación; según la patología y el estado del paciente.

Un menor porcentaje de estos se derivan al servicio de Clínica Médica en donde adquieren carácter de “provisorios”, esto por el aumento en la demanda de diversas patologías en relación a la disponibilidad de camas.

Debido a que la traqueostomía no solo afecta la comunicación e imagen corporal del paciente, sino que en la mayoría de los casos requiere una internación prolongada genera una demanda excesiva de acompañamiento, donde los familiares constituyen un pilar fundamental para su recuperación. Esto afecta las relaciones familiares, la organización y las actividades de la vida

diaria; también se ha observado que desarrolla sentimientos de miedo, ansiedad e incertidumbre produciendo agotamiento físico y mental del familiar desencadenando situaciones estresantes.

Por todo lo antes expuesto, surgen los siguientes interrogantes:

¿Cómo afecta la traqueostomía la comunicación, imagen corporal del paciente y su relación con el entorno?

Guzman & Pedraza (2018) en su trabajo: ***Requisitos de autocuidado afectados en pacientes con traqueostomía e intervenciones del profesional de enfermería fundamentados en el modelo de Dorothea Orem***, mencionan que la traqueostomía afecta la comunicación, generando en el paciente ansiedad y baja autoestima. Indicaron que existe un impacto en la vida del paciente traqueostomizado y de todo su alrededor. Además, los temores al dolor, al sufrimiento y muerte, se añaden al miedo que experimenta el paciente de la pérdida del control de su autocuidado. En consecuencia, el requisito de autocuidado que se afecta es el de mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.

La literatura muestra en el trabajo ***Propuesta de guía de enfermería para el cuidado integral del paciente laringectomizado***, de Martín (2015), que en relación a la comunicación la pérdida del habla en un paciente traqueostomizado crea un importante estado de ansiedad. El papel de la familia, junto con el entorno social, es fundamental en el proceso de rehabilitación. El paciente no solo lucha en contra de sí mismo para vencer las dificultades de la comunicación oral, sino también en contra de una sociedad que no lo admite como una persona normal y lo condena en la mayoría de las veces a medidas proteccionistas.

En la investigación sobre ***La realidad del paciente traqueostomizado***, de Muelas Lorenzo (2018), los pacientes traqueostomizados refieren de forma unánime que su vida cambia radicalmente en todos los aspectos. No sólo el paciente, su familia y su entorno deben acostumbrarse a la traqueostomía, proceso muy complejo para todos, principalmente por la dificultad en la comunicación. El no poder hablar, expresar sus sentimientos, lo que piensan,

sus miedos, sus dudas, les lleva a una situación de aislamiento por la que todos han pasado en mayor o menor medida.

En el estudio: **“Cómo hacer de la cánula mi nueva mejor amiga”**. **Programa de educación para la salud dirigido al cuidado de las personas traqueostomizadas**; de Ainhoa (2016), afirma que la persona traqueostomizada se encuentra con problemas en la respiración y deglución y presenta dificultades tanto en la comunicación oral, como en las relaciones personales. Mostró que, en relación a las necesidades emocionales, la presencia de la traqueostomía genera inseguridad y falta de autoestima y autoconfianza debido a la distorsión de la imagen corporal. Además, estas personas precisan expresar sus emociones, opiniones y sentimientos para evitar un aumento del grado de ansiedad y estrés psicológico. Asimismo, la necesidad de controlar constantemente la expulsión de secreciones, limita el desarrollo psicológico y a menudo se acompaña de un olor fétido procedente del ostoma, lo que supone un incremento de las alteraciones emocionales. Generalmente, presentan inseguridad y miedo a encontrarse con situaciones embarazosas y mantener contacto con otras personas, por la pérdida del control de las secreciones. También presentan una alteración real de la comunicación verbal, lo que les genera temor al rechazo y al abandono, que puede terminar en un estado de aislamiento social con pérdida de interés por el entorno.

¿Cómo contribuye la familia en la recuperación de los pacientes traqueostomizados?

Para dar respuesta a este interrogante Martín (2014-2015) en su trabajo de investigación: **Propuesta de guía de enfermería para el cuidado integral del paciente laringectomizado**, menciona que el condicionamiento social que existe por la visión que se tiene de estos pacientes, determinan en muchos casos el ánimo de ellos. Estas actitudes de rechazo, prevención, pena, angustia e incomodidad, son condicionantes de sus relaciones interpersonales. Unas relaciones afectivas estables pueden dar seguridad y motivación para luchar contra las dificultades. Afirma que la familia es el medio más cercano

que tienen los pacientes, por ello necesitan tener la máxima información sobre la nueva situación y la forma de adaptarse a ella.

¿De qué manera influye la hospitalización de un ser querido en la dinámica y organización familiar?

Bustos & Canga (2018) presentaron un trabajo en el XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba, titulado ***Instrumentos de evaluación de necesidades de la familia del paciente hospitalizado: Una revisión integrativa***; donde expresan afirmativamente que es un hecho que todas las familias en algún momento de sus vidas se enfrentan a que uno de sus miembros sufra de una enfermedad aguda o crónica, ya sea de carácter físico y/o psicológico. La evidencia señala que la enfermedad influye a todos los miembros de la familia y sus relaciones, pudiendo generar tensiones y conflictos, o agudizar los ya existentes, siendo necesario que ésta se adapte a nuevas exigencias tales como la distribución de nuevos roles y funcione. Ante esta perspectiva, se enfrenta a nuevas situaciones que le hacen romper con su rutina habitual y cuestionarse aspectos relacionados con la enfermedad, el dolor, y en algunos casos la muerte. El impacto, que tiene en la familia, tanto la enfermedad como la hospitalización, puede conllevar alteraciones en la dinámica y funcionamiento de la unidad familiar, así como en la salud de todos sus integrantes.

En el trabajo: ***Cuidado sensible destinado a la familia con uno de sus miembros hospitalizado***, de Da Silva Santos Passos & Pereira (2015), los investigadores refieren que tras la hospitalización de un integrante del grupo familiar existe cambios en esa cotidianeidad y que se presentan transformaciones particulares en cada grupo familiar. En algunos, la enfermedad promueve una mayor integración y acomodación de conflictos, y en la mayoría de las situaciones esos cambios tienden a la adaptación y armonía de las relaciones. Mientras, en otros grupos familiares, las condiciones socioculturales y económicas pueden interferir en las formas de construcción y fortalecimiento de los vínculos, pues son traspasados por valores relacionados con la individualidad, con la libertad, con la igualdad de derechos y con la falta de confianza en el grupo social. Por esa razón, en los grupos familiares cuyos

vínculos son frágiles antes de la hospitalización, factores como los cambios de roles, el aumento de los encargos económicos, además de la dependencia económica, que normalmente ocurren cuando hay una separación de un miembro productivo, pueden generar y potencializar los conflictos que culminan en el cese de los vínculos.

¿Cuáles son los sentimientos y percepciones de los familiares de los pacientes con traqueostomía?

En el texto ***Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional*** de Bautista, Arias & Carreño (2016), se evidencia como la familia sufre de ansiedad, angustia, estrés, producto de situaciones como: pérdida del contacto, inseguridad, y la inestabilidad que surge frente a la posibilidad de muerte; sentimientos negativos de aprehensión o temor sobre el área hospitalaria. Afirman que el impacto emocional comienza en el momento en que el paciente ingresa al hospital. El hecho de que un miembro del núcleo familiar en especial la cabeza de familia (como en el caso de este estudio donde es el conyugue el que se encuentra hospitalizado) los demás parientes del entorno familiar requieren de atención por parte del personal de salud, no de tipo asistencial sino emocional que incluya una adecuada y clara comunicación sobre el estado de salud del paciente, ya que dicha hospitalización implica disfuncionalidad en la familia como unidad y genera en los miembros una crisis emocional, evento para el cual no están preparados para afrontar, debido a que suele suceder de manera inesperada, y generando al final inestabilidad familiar.

Lara, Olarte, Páez & Velásquez (2017), en su investigación: ***Necesidades de educación al cuidador de pacientes con ostomía reciente en casa. Revisión sistemática***, vislumbran que el cuidador de pacientes con ostomias se enfrenta a diferentes situaciones que generan dudas y temores sobre cómo brindar los cuidados, debido a la falta de conocimientos previos en salud o por lo menos los que den una noción básica de la forma en la cual cuidar a su familiar. Es así que requiere apoyo no solo educativo, sino también espiritual, emocional, social.

¿Qué estrategias de afrontamiento emplean los familiares de pacientes traqueostomizados?

Para este último interrogante no se encontraron antecedentes.

Síntesis del exploratorio.

La traqueotomía afecta la comunicación e imagen corporal del paciente generando desequilibrio en la interacción social, ansiedad, miedo al dolor, al sufrimiento y la muerte.

La familia contribuye en la recuperación de los pacientes traqueostomizados por los lazos afectivos estables que genera y el apoyo emocional que brindan.

La hospitalización de un ser querido influye en la dinámica y organización familiar alterando los roles de cada uno de sus miembros, dificulta la toma de decisiones y solución de problemas.

Los familiares de pacientes traqueostomizados desarrollan sentimientos y percepciones que se basan principalmente en experiencias pasadas de enfermedad o de hospitalización, influenciadas por las creencias y el entorno.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Habiendo analizado los antecedentes y no encontrando respuestas a cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan los familiares es que se define la pregunta problema de la siguiente manera:

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento de los familiares de pacientes traqueostomizados internados en los servicios de Terapia Intensiva, Neurocirugía, Cirugía de Tórax- Cabeza- Cuello y Clínica Médica del Hospital Pablo Soria de la Provincia de Jujuy, en el periodo julio-diciembre 2020?

JUSTIFICACIÓN

Se considera relevante llevar a cabo esta investigación ya que la situación descrita demuestra que en el Hospital Pablo Soria existen numerosos servicios que realizan la atención de pacientes traqueostomizados que requieren la presencia de sus familiares, siendo estos últimos quienes terminan siendo afectados por la enfermedad y hospitalización de un ser querido, debido al agotamiento físico y mental. Esto contribuirá:

- En la profesión de Enfermería a mejorar la calidad del cuidado prestado ya que la misma debe ser desde una dimensión holística que incluya no sólo al

paciente sino también a su entorno, siendo la familia un pilar fundamental para su recuperación.

- A la familia le aportará instrumentos que ayuden al afrontamiento de aquellas situaciones vividas que pueden desbordarlos y generar inestabilidad emocional y ruptura de los vínculos familiares.
- A nivel institucional permitirá determinar a través de datos estadísticos cual es la situación de la familia con respecto al afrontamiento. De esta manera será posible crear instrumentos que contribuyan a reducir el desgaste físico y mental de los familiares.
- Además, fomentará el abordaje interdisciplinario del paciente y su familia como un todo, siendo esta último indispensable para la recuperación.

Y finalmente justifica la realización de la mencionada investigación el hecho de que no existen antecedentes sobre la temática a investigar.

MARCO TEORICO

La familia tiene una alta injerencia en todo lo relacionado con la conservación y protección de la salud, pues cumple roles esenciales, de gran trascendencia, en tanto desempeña las funciones inherentes a la satisfacción de necesidades básicas, el cuidado de sus integrantes, lo que incluye además la obtención y administración de los recursos económicos para el hogar y la organización de servicios domésticos.

Espinosa (2014), dice al respecto:

El grupo familiar constituye el espacio vital donde se forma, se recupera y se desarrolla el individuo en su interrelación constante con la sociedad a través de todas las etapas de la vida, las funciones familiares permeadas por el amor y el afecto, generan procesos que actúan como protectores de salud o coadyuvantes de la enfermedad. (p.18-19)

Así podemos decir que, ante la aparición de la enfermedad y sus secuelas, se establece en un contexto y es una construcción social en el sentido de su complejidad (biológica, psicológica, social y cultural) y porque incluye múltiples sistemas de significados en interacción, por ejemplo; los familiares, el que vive

la enfermedad, los que están en relación a la enfermedad misma, los de los profesionales involucrados y los relacionados a los sistemas asistenciales.

Para Gutiérrez (citado por Régulo & Santana, 2014, p.203), la enfermedad independientemente de la patología a la que está asociada es un fenómeno cultural complejo, inicia con la percepción del sujeto ante algo que le ocurre, la interpretación que le da dentro de los parámetros culturales y esto puede afectar el actuar del sujeto. La presencia de la enfermedad en el grupo plantea una reflexión sobre los valores y creencias en los que se basa el adecuado funcionamiento, y ante la enfermedad se responde tratando de retornar al orden establecido como forma de reparación del daño. La enfermedad y la salud constituyen un proceso integral en el que confluyen los tres ámbitos, el humano, el natural y el espiritual que confieren el orden y estabilidad en las relaciones humanas.

Evidentemente algunas enfermedades son más amenazantes que otras, dependiendo si implican incapacidad, desfiguración y dolor. Sin embargo, existe mayor dificultad para adaptarse a aquellas que afectan la imagen corporal, y por lo tanto la autoimagen de la persona y sus relaciones con el entorno. Tal es el caso de las personas traqueostomizadas.

Los pacientes traqueostomizados comprenden un grupo de personas en los que se ve afectado el patrón respiratorio, debido a múltiples causas y los cuales cuentan con un dispositivo artificial que cumple las funciones ventilatorias, por periodos prolongados hasta la restauración de la misma.

La traqueostomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en realizar la abertura de la pared anterior de la tráquea. Una de las primeras reseñas de traqueostomía data del año 1500 AC, donde se hace referencia en el papiro de Eber-RigVera, a varios tipos de incisiones en el cuello y la garganta realizadas por Alejandro Magno y Galeno. (Shiegel, Olivares & Molina, 2013, p.148).

McClelland (citado por Vilar, Cortés, Chavolla & Molina, 2016), clasifica la evolución de la traqueostomía en cuatro periodos a saber:

El *Periodo del miedo (1546-1833)* se caracterizó por la reticencia de los médicos a realizar esta cirugía debido a las complicaciones letales, por lo

que se realizaba solamente en caso de haber obstrucción severa de la vía aérea superior, causada por cuerpos extraños o infecciones.

En el *Periodo de dramatización (1833-1932)*, ésta ya era aceptada y utilizada en caso de vida o muerte; sin embargo, no todos los casos se realizaban con éxito. Chevalier Jackson (citado por Vilar *et al.*) estudió, afinó, describió y estandarizó la técnica quirúrgica, así como el manejo y cuidado posoperatorio del paciente traqueotomizado; su aporte disminuye significativamente el riesgo de la cirugía, las complicaciones y la tasa de mortalidad.

El Periodo de entusiasmo (1932-1965), en el que surgió y se estableció el pensamiento colectivo, inició con el periodo de poliomielitis y la segunda Guerra Mundial; la cirugía se utilizó como tratamiento integral para sanar soldados heridos. De esta manera, la traqueostomía se consideró, por primera vez, un procedimiento electivo en diversas enfermedades.

En 1965 inició el *Periodo de racionalización* en la realización de la traqueostomía, debido a la aparición de la intubación orotraqueal, que aparentemente resultaba más rápida y segura. La técnica quirúrgica de la traqueostomía ha evolucionado de manera irregular a lo largo de 5,000 años; ha sido utilizada, temida, estudiada, sobreexplotada y, finalmente, mejorada y pulida gracias a los últimos avances de la tecnología. (p.164-167)

Este procedimiento se realiza con el objetivo de crear un acceso directo de la vía aérea, pudiendo ser este de carácter temporal o permanente. Los cuidados del paciente traqueostomizados, se centran en: mantener permeable la vía aérea, optimizar la ventilación, procurar la transición de la asistencia ventilatoria mecánica (AVM) a la ventilación espontánea, evitar o minimizar lesiones asociadas a la cánula, reducir los riesgos de infecciones y acceder a la decanulación (retiro de la cánula de traqueostomía). (Ibero, 2018, p.400).

Las indicaciones más frecuentes de realización de traqueotomía son la intubación prolongada, las patologías neurológicas y pulmonares y la cirugía de cabeza y cuello. Es un procedimiento frecuente que se ha incrementado debido al aumento de la asistencia de pacientes críticos que precisan intubación prolongada en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y al incremento de la

traqueotomía por técnica percutánea. Por este motivo el porcentaje de pacientes con cánula de traqueotomía que son derivados desde la UCI a las plantas de hospitalización se ha incrementado. Estos pacientes con frecuencia no son seguidos por la unidad en la que se realizó la traqueostomía y se pierden. Las complicaciones pueden ser graves (obstrucción, insuficiencia respiratoria, infección, hemorragia y la aspiración de secreciones) frecuentemente facilitado por un mal seguimiento. (Peláez & Feroso, 2014, p.56-57).

Como consecuencias de este procedimiento, la persona que lo padece sufre deficiencia funcional y estética, como la alteración del habla y la modificación de la imagen corporal, lo que puede afectar su autoestima y la relación con otras personas, perjudicándose de esta forma las relaciones personales y la convivencia social. Así lo afirma Muelas Lorenzo (2018, p.19), “todo paciente traqueostomizado va a sufrir un cambio brusco en su estado de salud que va a tener como consecuencia importantes alteraciones a nivel físico, psicoemocional, familiar, social y laboral”.

La situación mencionada anteriormente requiere de la hospitalización del paciente en unidades de cuidados intensivos (inicialmente) y servicios de internación general. El paciente es arrancado de su entorno, de su hogar, separado de sus seres queridos, sometido a numerosas técnicas invasivas dolorosas. A su vez, los familiares se encuentran en un ambiente desconocido, llenos de incertidumbre por lo que sucede y acontece a su ser querido.

La familia como pilar fundamental en la recuperación del paciente puede ser entendida desde diferentes perspectivas de acuerdo a su conceptualización.

La Organización Mundial de la Salud (citado por Bautista *et al.*, 2016). define la familia como:

Los miembros del hogar entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. (p.1298)

Debe ser entendida sugiere Pérez B. (citado por Bautista *et al.*, 2016) como “una unidad en la que, al producirse una alteración o transformación de uno de

los integrantes de este grupo humano, influirá indefectiblemente en todos los demás, generando en algunos casos su disfuncionalidad” (p.1298).

En el contexto del proceso de salud- enfermedad y particularmente en el proceso de hospitalización muchos autores resaltaron la importancia del binomio paciente- familia.

Al respecto Espinoza, Pérez, Abarca & Zúñiga (2017), mencionan lo siguiente:

La familia desempeña un contexto importante en la vida del paciente, es en su seno donde los miembros se proporcionan recursos físicos y emocionales para mantener la salud, constituyendo un sistema de apoyo en épocas de crisis como es afrontar una enfermedad y hospitalización. (p.3)

Para Lara *et al.* (2017), “es el pilar básico para proporcionar cuidados adecuados a los familiares que se encuentran en situación de enfermedad” (p.9).

Castañeda *et al.* (citado por Espinoza *et al.* 2017, p.2), afirman: “la familia es un núcleo donde cada miembro que lo integra se interrelaciona, la hospitalización de uno de ellos origina una situación de crisis y desestabilización que repercute en todos sus componentes”.

En una familia, los miembros interaccionan en una diversidad de roles que surgen de las necesidades individuales y de las del grupo de su entorno (padres, hijos, etc.). La enfermedad de un miembro de la familia puede causar grandes cambios, provocando en ella un alto riesgo de inadaptación entrando en un estado de crisis y en una experiencia emocionalmente muy dolorosa. (Bautista *et al.* 2016, p.1298).

La relación entre la salud individual y la salud familiar se considera que es recíproca, es decir, que cualquier problema de salud individual puede llegar a crear un problema de salud familiar y viceversa. (Martínez, Amador & Guerra, 2017, p.577).

Bautista, *et al.* (2016, p.1298-1299,) afirman que:

Las experiencias que viven los familiares al separarse un miembro de la familia, debido a la hospitalización, desencadena una serie de reacciones emocionales, el cual se ve intensificado en relación a la gravedad de la

enfermedad. Así mismo, “los familiares de los pacientes hospitalizados en un servicio especialmente en la unidad de cuidados intensivos, necesitan frecuentemente cuidados que preserven su salud física y mental, requiriendo establecer una estrecha relación con alguien a quien poder confiar sus dificultades, preocupaciones, dolencias, y sus crisis de desaliento”.

En relación a lo antes expuesto se entiende que los familiares de pacientes hospitalizados deben afrontar situaciones que desarrollan cierto grado de estrés.

Para poder hablar de afrontamiento es necesario definir dos conceptos importantes como lo son el estrés y los agentes estresores.

Mayordomo (2013), describe cómo ha evolucionado el concepto de estrés a lo largo del tiempo. Fue empleado a partir del siglo XIV para referirse a experiencias negativas como adversidades, dificultades, sufrimiento, etc.; sin embargo, en el siglo XVIII la influencia del físico Hooke asoció el concepto de estrés con fenómenos físicos como la presión, fuerza o distorsión. El estrés ha sido definido desde un punto de vista físico, como una fuerza interna generada dentro de un cuerpo por la acción de otra fuerza que tiende a distorsionar dicho cuerpo. Los conceptos de carga, estrés y distorsión, fueron adoptados por la fisiología, psicología y sociología e influyeron en el desarrollo sobre el concepto de estrés.

Selye en 1956, lo planteó como una respuesta al ambiente. Por lo cual el término estresor se utilizó para referirse al estímulo y estrés para aludir a la respuesta.

Wheaton (1983), señala que puede provocar mucho o poco cambio. El primer caso sucede cuando un sujeto se expone a un gran número de dificultades o cambios vitales indeseables, y el segundo cuando se expone a ambientes difíciles o exigentes, continuos y que por tanto no cambian. Estos estresores no necesariamente comienzan como un acontecimiento, sino que se desarrollan como condiciones problemáticas continuadas en nuestros roles y ambientes sociales; tienen un curso más largo en el tiempo que los acontecimientos vitales, desde su comienzo hasta su resolución (p.14-18).

Según Pelechano en 1991, (citado por Alcaraz, Lastra & Tuberquia, 2015, p.35) el estrés se entiende como un estímulo o conglomerado de estímulos (sucesos) que son “externos” al individuo, todos ellos con características afectivamente negativas.

Por todo lo antes expuesto es evidente que una persona que vivencia una situación o momento estresante desencadena una reacción a la que diversos autores denominaron afrontamiento.

El término afrontamiento fue un vocablo muy empleado en la psicología. Y abarcó no solo el afrontamiento propio o individual, sino también el que se realiza de forma conjunta, familiar.

Afrontamiento.

Lazarus, fue uno de los pioneros en estudiar este término y desarrollar, modelos y teorías al respecto. La última definición sobre afrontamiento fue la propuesta en el año 2000 (citado por Gantiva, Luna, Dávila & Salgado, 2010) que lo define como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas, como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.64).

Para Martínez *et al.* (2017), el afrontamiento es un proceso dinámico, que se define como el conjunto de recursos, que un sujeto utiliza para resolver o mejorar situaciones problemáticas, y reducir las tensiones que esas situaciones generan. Estos recursos pueden ser creencias, motivaciones, habilidades sociales, apoyo social y recursos materiales.

Para Espinoza *et al.* (2017, p.4):

El afrontamiento son los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente, que actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad, siendo esencial para la salud y el bienestar; su estudio tiene un interés central porque de su eficacia depende el mantenimiento y la recuperación de la salud, proceso que hace referencia a todos los esfuerzos que realiza una persona para controlar los estímulos del medioambiente, así como las diferentes estrategias que utiliza permanentemente para afrontarlos. “El

proceso de afrontamiento cognitivo está íntimamente relacionado con la conciencia encargada de monitorizar y regular el comportamiento humano”. Asimismo, el afrontamiento corresponde a la acción de afrontar, es decir, de arrastrar, hacer frente a un enemigo, un peligro, una responsabilidad, etc., un agente o acontecimiento estresante.

Para Gonzalez, Ortega, Castillo, Whetsell & Cleghorn (2017):

La exposición constante a situaciones estresantes activa el afrontamiento como proceso y como mecanismo de adaptación. Se vislumbra al afrontamiento como un proceso, un constructo complejo y dinámico, estabilizador que promueve el ajuste de la persona frente a contextos situacionales evaluadas como estresantes. El afrontamiento se define como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas (sic), que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo.

Afrontamiento familiar.

Extrapolando el concepto de afrontamiento al sistema familiar, aparece el denominado afrontamiento familiar, que para Martínez *et al.* (2017) es:

La capacidad de la familia para enfrentarse, movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios o ante la aparición de acontecimientos estresantes. Además, implica esfuerzos comportamentales y/o cognitivos, orientados a manejar o regular las situaciones estresantes que se generan en el sistema, para garantizar así la salud de sus miembros.

Dentro de la dinámica grupal de la familia, el afrontamiento se presenta como un esfuerzo por comprender los eventos que los afecta y tomar así algún tipo de acción sobre este. Se parte de la idea de que los procesos de interacción están determinados por los roles que cada miembro representa y las expectativas mutuas entre ellos. (Amarís, Madariaga, Valle & Zambrano, 2013, p.133).

Estrategias de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento son definidas como esfuerzos cognitivos y conductuales realizados para manejar el estrés. (Mayordomo, 2013).

Para Gonzalez *et al.* (2017), el afrontamiento posee dos componentes: el estilo y las estrategias ambos aspectos interdependientes y a la vez complementarios.

- Los estilos de afrontamiento son aquellas predilecciones que tienen las personas para enfrentar diversos acontecimientos y van a determinar el uso particular de algunas estrategias de afrontamiento, al igual de ello depende su estabilidad en el contexto situacional y su temporalidad.
- Las estrategias de afrontamiento son aquellos comportamientos y habilidades cognitivas utilizadas por las personas para lidiar con las demandas del ambiente interno (emocional), que son percibidos como estresantes.

Carr 2007, (citado por González et al. 2017), señala la identificación de tres clases de estrategias de afrontamiento:

- Las estrategias centradas en el problema: estas se utilizan en condiciones de estrés controlable.
- Las estrategias centradas en las emociones: se utilizan cuando la persona percibe situaciones de estrés incontrolable.
- Las estrategias basadas en la evitación: ocurre cuando la persona asume retrasar o suspender el afrontamiento activo con el fin de ordenar y recopilar recursos psicosociales, para afrontar en forma activa.

En la actualidad se emplean otros criterios que dan lugar a un amplio espectro de categorías para las estrategias de afrontamiento.

Mayordomo (2013, p.37), menciona en su tesis doctoral que existe una distinción entre:

- Afrontamiento aproximativo, en el que la persona realiza esfuerzos mentales o cognitivos para confrontar activamente la situación problemática o las emociones negativas.
- El afrontamiento evitativo, que se da cuando se actúa con la intención de escapar del problema.

- Y el afrontamiento pasivo, que consiste en omitir cualquier tipo de respuesta permaneciendo en estado de moratoria, esperando que la situación se resuelva por sí misma.

Otra distinción, es la realizada por Campos, Iraurgi, Páez & Velasco, en 2004 (citada por Mayordomo, 2013, p.32), que definieron 13 tipos de estrategias de afrontamiento:

1. Resolución de problemas. Incluye el análisis lógico, el esfuerzo, la persistencia y la determinación de hacer frente a la situación problemática.
2. Búsqueda de apoyo social instrumental, informativo y/o emocional.
3. Huída/evitación. Incluye la desconexión cognitiva, es decir, hacer esfuerzos para no pensar en el problema, la desconexión conductual, escapar de la situación, el pensamiento desiderativo o fantástico, imaginar situaciones alejadas de la realizada para no enfrentarse a la misma, e incluye el uso de alcohol y otras drogas para olvidar el problema.
4. Distracción. Es un intento activo de manejar la dificultad y el malestar de la situación difícil mediante la concentración en actividades agradables.
5. Reevaluación o reestructuración cognitiva. Son intentos activos de cambiar el punto de vista sobre la situación con la intención de poner de manifiesto elementos positivos y manejables.
6. Rumiación. Se refiere a la focalización repetitiva y pasiva en los elementos amenazantes de las situaciones. Incluye desde los esfuerzos conscientes y voluntarios por pensar y analizar sin tregua, hasta los pensamientos intrusivos.
7. Desesperación y abandono. Implica renuncia al control de la situación: va desde la aceptación resignada y serena, cuando realmente nada puede hacerse, hasta la indefensión y la retirada impotente, aun cuando no se han agotado todas las posibilidades de cambio.
8. Aislamiento social. La persona se retira y se desvincula de los otros con la intención de no compartir y de no exponer a miradas ajenas los sentimientos o información de cualquier tipo sobre la situación que se está viviendo.
9. Regulación afectiva. Supone realizar esfuerzos por expresar constructivamente las emociones y rebajar el malestar.

10. Búsqueda de información. La persona intenta manejar la situación sabiendo más sobre sus causas, consecuencias y significado, así como sobre la forma de reaccionar a ella.

11. Negociación. Esta estrategia se emplea sobre todo en las situaciones estresantes que implican algún tipo de conflicto interpersonal.

12. Oposición y confrontación. Se emplea ante algún tipo de conflicto interpersonal, tratan de expresar el enfado y el desacuerdo abiertamente, incluyendo la respuesta agresiva y la inculpación.

13. Rituales públicos, privados y de religión. Esta estrategia, que incluye la asistencia a celebraciones y prácticas en grupo religiosas, así como actividades como rezar, muestra afectos positivos en el control de la ansiedad y con otros criterios de salud antes determinadas circunstancias y para determinadas personas, especialmente en el caso de afrontamiento de grandes pérdidas, porque normaliza la expresión emocional y permiten beneficiarse del apoyo social.

Campos et al. (2004), puesto que muchas fuentes de estrés no pueden dominarse, en tales condiciones el afrontamiento eficaz incluirá todo aquello que sirva al individuo para tolerar, minimizar, aceptar e incluso ignorar lo que no pueda controlar. (Mayordomo, 2013, p.35).

Estrategias de afrontamiento familiar.

A continuación, se abordará lo específico a las estrategias de afrontamiento que la familia como grupo emplea ante determinada situación, que producen un desequilibrio en la armonía familiar.

Para Martínez *et al.* (2017), las estrategias de afrontamiento familiar pueden potencialmente fortalecer y mantener los recursos de la familia, con el fin de protegerla de las situaciones estresantes y garantizar un manejo adecuado de su dinámica. Estas se manifiestan a través de la comunicación, los vínculos y la promoción de una autoestima positiva entre sus miembros.

Amarís *et al.* (2013), tienen en cuenta dos dimensiones: la primera hace referencia a la realidad subjetiva de la familia considerado como una entidad en sí misma; y la segunda se refiere a la naturaleza de interacción del afrontamiento en la familia (p.133).

Galindo & Milena (citado por Amarís *et al.* 2013), afirman que el afrontamiento familiar es una respuesta grupal coordinada por las normas y reglas del sistema familiar, asumiendo a partir de ellas que algunas estrategias específicas pueden ser más importantes que otras, especialmente sobre ciertos momentos del ciclo vital familiar y determinantes específicos. Con sus estrategias de afrontamiento, regulan su funcionamiento pueden potencialmente fortalecer y mantener los recursos de la familia con el fin de protegerla de las demandas de las situaciones estresantes y garantizar un manejo adecuado de su dinámica, manifestado en la comunicación, los vínculos, la promoción de una autoestima positiva en sus miembros, etc. Las estrategias de afrontamiento se constituyen en variables mediadoras de la cohesión y la adaptabilidad de la familia (p.134).

Clasificación de las Estrategias de afrontamiento familiar.

McCubbin, Olson y Larsen (citado por Amarís *et al.* 2013), a partir de sus investigaciones en 1981, sobre las estrategias conceptuales y de resolución de problemas utilizadas por las familias de situaciones de crisis, proponen los siguientes tipos de estrategias:

- Reestructuración. Capacidad de la familia para redefinir los eventos estresantes para hacerlos más manejables.
- Evaluación pasiva. Capacidad familiar para aceptar asuntos problemáticos, minimizando su reactividad.
- Atención de apoyo social. Capacidad de la familia para ocuparse activamente en la obtención de apoyo por parte de parientes, amigos, vecinos y familia extensa.
- Búsqueda de apoyo espiritual. Habilidad familiar para obtener apoyo espiritual.
- Movilización familiar. La habilidad familiar para buscar recursos en la comunidad y aceptar ayuda de otros.

Otra clasificación que menciona Hernández (citado por Amarís *et al.*, 2013), quien en su investigación sobre el estrés aborda específicamente a la familia, aporta la utilización de estrategias internas y externas frente al evento estresor.

- Las estrategias internas de afrontamiento son aquellas que practica la familia con sus propios recursos, es decir, la reestructuración y la evaluación pasiva.
- Las estrategias externas hacen referencia a estrategias practicadas con el apoyo de recursos provenientes de fuentes ajenas a la familia, estas son: obtención de apoyo social, búsqueda de apoyo espiritual, movilización familiar.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

Los autores se posicionarán en el concepto de **Afrontamiento familiar** descrito por Martínez *et al.* (2017), quienes definen que “es la capacidad de la familia para enfrentarse, movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios o ante la aparición de acontecimientos estresantes”.

Los autores definen **Estrategias de afrontamiento familiar**, como los esfuerzos cognitivos y conductuales realizados para manejar el estrés, fortalecer y mantener los recursos de la familia, con el fin de protegerla y garantizar un manejo adecuado de su dinámica.

Para las dimensiones se posicionarán en la clasificación de estrategias de afrontamiento familiar definida por Amaris *et al.* (2013):

- Las **ESTRATEGIAS INTERNAS** de afrontamiento son aquellas que practica la familia con sus propios recursos. Para esta dimensión se tomarán los siguientes subdimensiones:
 - La reestructuración: entendida como la nueva organización familiar, para la cual se analizarán los siguientes indicadores:
 - Adaptarse a los nuevos roles familiares (cambios en las tareas del hogar, quien realiza las compras, quien cocina, quien trabaja – asumen funciones no habituales- aceptan nuevas reglas).
 - Colaboración entre los integrantes de la familia (abuelos, tíos, primos- Como colaboran, con qué frecuencia).
 - Toma de decisiones compartidas (que medidas toman- quien la designa).
 - Evaluación pasiva: se trata comportamientos menos activos que podría desarrollar una familia frente al estrés. Se medirá a partir de los siguientes indicadores:
 - Comunicación intrafamiliar (cómo es la comunicación buena o mala).
 - Los familiares expresan sus sentimientos (cómo lo expresa- con que persona tiene más afinidad para expresarse)
- Las **ESTRATEGIAS EXTERNAS** hacen referencia a estrategias practicadas con el apoyo de recursos provenientes de fuentes ajenas a

la familia. Para esta dimensión se tomarán las siguientes subdimensiones:

- Obtención de apoyo social: incluye la habilidad de la familia para buscar apoyo.
 - Apoyo de otro familiar para el cuidado o para la organización (Abuelo, tío, primos).
 - Grupos de apoyo de personas que vivenciaron experiencias similares.
 - Consulta a profesionales o expertos (enfermeros, psicólogos, médicos fonoaudiólogos, médico especialista).
- Búsqueda de apoyo espiritual. Se medirá a partir de los siguientes indicadores:
 - Concorre a la iglesia o centros religiosos (con qué frecuencia- asiste acompañado o solo).
 - Lee la biblia (lo hace solo o acompañado- con qué frecuencia).
 - Realiza rezos u oraciones (con qué frecuencia).
 - Cree en alguna imagen espiritual (santos, vírgenes, etc.).
 - Acude a otras alternativas de apoyo adaptados a su cultura (curanderos, chamanes, metafísicos, etc.)
- Movilización familiar:
 - Proponer ideas para sobrellevar la crisis (juegos, almuerzos, reuniones).
 - Búsqueda de información sobre el tema (búsqueda en web, libros, consulta a expertos).
 - Realiza actividades de distracción (deportes, videos juegos, caminatas, cuando, lo hace acompañado o solo. Charlas, encuentro con amistades)

OBJETIVOS

General.

Establecer las estrategias de afrontamiento de los familiares de pacientes traqueostomizados internados en los servicios de Terapia Intensiva, Neurocirugía, Cirugía de Tórax- Cabeza- Cuello y Clínica Médica del Hospital Pablo Soria de la Provincia de Jujuy, en el periodo julio – diciembre 2020.

Específicos.

- Describir las estrategias internas de afrontamiento (reestructuración y evaluación pasiva) de los familiares de pacientes traqueostomizados de los servicios de internación del Hospital Pablo Soria.
- Indagar sobre estrategias externas de afrontamiento (obtención de apoyo social, búsqueda de apoyo espiritual y movilización familiar) de los familiares de pacientes traqueostomizados de los servicios de internación del Hospital Pablo Soria.
- Analizar cual estrategia es la que prevalece en los familiares de pacientes traqueostomizados de los servicios de internación del Hospital Pablo Soria.

CAPÍTULO II

Diseño Metodológico.

TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, para establecer las estrategias de afrontamiento que presentan los familiares de pacientes traqueostomizados internados en los servicios de Terapia Intensiva, Sala de Neurocirugía, Sala de Cirugía de Tórax- Cabeza- Cuello y Sala de Clínica Médica, del Hospital Pablo Soria.

Descriptivo: porque se buscará describir las estrategias de afrontamiento que tienen los familiares de pacientes traqueostomizados internados en los servicios de Terapia Intensiva, Sala de Neurocirugía, Sala de Cirugía de Tórax- Cabeza- Cuello y Sala de Clínica Médica.

Transversal: se realizará un corte en el tiempo durante el periodo julio-diciembre 2020.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable en estudio: Estrategias de afrontamiento familiar.

Las estrategias de afrontamiento que desarrollaron familiares de pacientes traqueostomizados, serán estudiadas en las siguientes dimensiones y subdimensiones.

Estrategia de afrontamiento familiar	Dimensión			
	Sub Dimensión	Indicador	Sub-indicador	
Estrategia de afrontamiento familiar	Internas		Adaptarse a nuevos roles familiares.	-Cambios en las tareas del hogar. -Asumen funciones no habituales. -Aceptan nuevas reglas.
		Reestructuración familiar	Colaboración entre los integrantes de la familia.	-Abuelos, tíos, primos. - Como colaboran, con qué frecuencia.
			Toma de decisiones.	-Qué medidas toman -quien la designa.
		Evaluación Pasiva	Comunicación intrafamiliar.	-La comunicación es fluida o dificultosa. -A través de mensajes, charlas, llamadas, diálogo.
	Expresa sus sentimientos.		-Cómo lo expresa.	
	Externas	Obtención de apoyo social	Apoyo familiar.	-Apoyo para el cuidado. -Apoyo para la organización. -Quien(Abuelo, tío, primos).
			Grupos de apoyo.	-Personas con experiencias similares.
			Ayuda profesional.	-Consulta a profesionales o expertos (psicólogos, médicos, etc.)
		Concurre a iglesia o centro religiosos.	-Frecuencia (una vez a la semana, todos los días, cuando dispone de tiempo).	
		Lee la biblia. Realizar	-Acompañado o solo.	

Búsqueda de apoyo espiritual	rezos u oraciones.	
	Cree en alguna imagen espiritual.	(Santos, vírgenes, realiza promesas)
	Otras alternativas de apoyo.	(Chamanes, curanderos, metafísicos)
Movilización familiar	Proponer ideas para sobrellevar la crisis.	(Que tipos de ideas, juegos, almuerzos, reuniones)
	Búsqueda de información sobre el tema.	-Búsqueda en web, libros, consulta a expertos
	Realiza actividades de distracción.	-Deportes, videos juegos, caminatas, charlas, encuentro con amistades, etc.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estará formado por el total de familiares existente al momento de llevar a cabo el estudio en el Hospital Pablo Soria de la Ciudad de San Salvador de Jujuy, a partir de periodo julio- diciembre 2020.

Según el último registro de la oficina de estadística del nosocomio, indica que en un periodo de seis meses hay aproximadamente entre 40 a 42 pacientes que han sido traqueostomizados. A los fines de asegurar la información y que en la práctica cotidiana asisten de uno a dos familiares por paciente, se tomaran dos familiares por cada paciente, lo que hace un total de 84 personas; razón por la cual no se trabajará con muestra sino con la población en general.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión.

- Familiares de paciente traqueostomizados en los servicios de Terapia intensiva, sala de Neurocirugía, Sala de Tórax- Cabeza- Cuello y Sala de Clínica Médica.
- Familiares a partir de 16 años (masculino, femenino, otro).
- Familiares que permanecieron de manera continua al cuidado de pacientes traqueostomizados.

Criterios de Exclusión.

- Familiares que no deseen participar en el estudio.

FUENTE, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FUENTE: La fuente será primaria ya que la información se tomará directamente de los sujetos de investigación.

TECNICA: se empleará una Encuesta.

INSTRUMENTO: se utilizará como instrumento una cédula de entrevista con preguntas mixtas, diseñado por los investigadores. Para la confección del mismo se tuvieron en cuenta los objetivos y la variable en estudio, sus dimensiones y sub-dimensiones.

Constará de dos partes: la primera corresponderá a los datos de identificación de los sujetos de estudio, a excepción del nombre ya que es de carácter anónimo; la segunda parte se referirá a la variable en estudio.

Se realizó una prueba piloto para determinar la validez del instrumento y la confiabilidad de los datos. En la misma participaron 5 familiares de pacientes traqueostomizados. En ella se valoró entendimiento de las preguntas donde no hubo que realizar adecuaciones. El tiempo en el que se llevaron a cabo las cédulas de entrevista fue de 20 a 25 minutos, ya que el instrumento presentaba algunas preguntas para desarrollar.

PLANES

I. Plan de recolección de datos

- a) Solicitud por escrito de autorización al Hospital Pablo Soria para la realización el estudio. (*Ver anexo I*)
- b) Se brindará información sobre las características del estudio a los familiares de pacientes traqueostomizados. Así mismo se facilitará el consentimiento informado. (*Ver anexo II*).
- c) Se procederá a realizar la encuesta a los familiares de pacientes traqueostomizados internados en los servicios de Terapia Intensiva, Sala V de Neurocirugía, Cirugía de Tórax- Cabeza- Cuello y Sala de Clínica Médica (a aquellos que accedan a responder) en los diferentes turnos, especialmente en los horarios de visitas. La cédula de entrevista se desarrollará en aproximadamente 20 a 25 minutos por sujeto. (*Ver anexo III*).

II. Plan de procesamiento de datos

- a) Para el procesamiento de los datos se enumerarán las cédulas de entrevista.
- b) Se volcarán los datos recogidos en una tabla maestra o matriz (*ver Anexo IV*). La misma será ordenada según las dimensiones y la cantidad de preguntas.
- c) Se determinarán las frecuencias absolutas y relativas porcentuales de cada pregunta.

Categorización de los datos.

DIMENSIÓN:

- *Estrategias de afrontamiento internas (reestructuración familiar): 15 puntos.*
 - Adaptarse a los nuevos roles familiares: 5 puntos.
 - Colaboración entre los integrantes de la familia: 5 puntos.
 - Toma de decisiones: 5 puntos.
- *Estrategias de afrontamiento familiar internas (Evaluación pasiva): 10 puntos.*
 - Comunicación intrafamiliar: 5 puntos.
 - Expresa sus sentimientos: 5 puntos.

DIMENSIÓN:

- Estrategias de afrontamiento externas (obtención de apoyo social): 15 puntos.
 - Apoyo familiar: 5 puntos.
 - Grupos de apoyo: 5 puntos.
 - Ayuda de profesionales: 5 puntos
- Estrategias de afrontamiento familiar externas (búsqueda de apoyo espiritual) 25 puntos.
 - Concorre a la iglesia o centro religioso: 5 puntos
 - Lee la biblia: 5 puntos
 - Realiza rezos u oraciones: 5 puntos.
 - Cree en alguna figura espiritual: 5 puntos.
 - otras alternativas de apoyo: 5 puntos.
- Estrategias de afrontamiento familiar externas (movilización familiar) 15 puntos.
 - Proponer ideas para sobrellevar la crisis: 5 puntos.
 - Búsqueda de información sobre el tema: 5 puntos.
 - Realiza actividades de distracción: 5 puntos.

Para evaluar el nivel de las estrategias de afrontamientos Familiar del entrevistado/a se suman todos los valores y el total se determinará según la siguiente categorización:

- NIVEL DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO BAJO: 0 – 25 puntos.
- NIVEL DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO MEDIO: 26– 50 puntos.
- NIVEL DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ALTO: 51 – 80 puntos.

III. Plan de presentación de datos

- Se emplearán tablas para la presentación de los datos identificatorios de las personas encuestadas, para conocer la población en estudio; y una tabla por cada dimensión y subdimensión para plasmar las respuestas según la categorización anteriormente estipulada, permitiendo relacionar las frecuencias y porcentajes de cada una de las dimensiones en estudio.
- Se exponen a continuación algunas tablas a modo de ejemplo, que serán construidas cuando el proyecto sea ejecutado, una vez obtenidos los datos.

Datos identificatorios.

TABLA A: Género y Edad de los familiares de pacientes traqueotomizados internados en los servicios de internación Hospital Pablo Soria; julio-diciembre 2020.

GENERO	Femenino		Masculino		TOTAL	
	f	%	f	%	F	%
15 a 25						
26 a 35						
Más de 35						
TOTAL					84	100

FUENTE: Cédula de entrevista.

TABLA B: Parentesco de los familiares de pacientes traqueotomizados internados en los servicios de internación del Hospital Pablo Soria; durante el periodo julio-diciembre 2020.

PARENTESCO	F	%
Madre.		

Padre.		
Hijo/a.		
Otro.		
TOTAL DE SUJETOS	84	100

FUENTE: Cédula de entrevista.

TABLA C: Servicio en donde se encuentran los familiares de pacientes traqueotomizados internados el Hospital Pablo Soria; durante el periodo julio-diciembre 2020.

SERVICIO	F	%
Terapia intensiva.		
S. Neurocirugía.		
S. Tórax- Cabeza – Cuello.		
Clínica Médica.		
TOTAL DE SUJETOS	84	100

FUENTE: Cédula de entrevista.

Tablas en relación a la variable en estudio.

TABLA 1: Distribución de frecuencia según Estrategias INTERNAS de afrontamiento de los familiares de pacientes traqueotomizados internados en el Hospital Pablo Soria; durante el periodo julio-diciembre 2020.

ESTRATEGIAS INTERNAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR	F	%
Reestructuración familiar.		

Evaluación pasiva.		
TOTAL DE RESPUESTAS		

FUENTE: Cédula de entrevista.

TABLA 2: Distribución de frecuencia según estrategias EXTERNAS de afrontamiento de los familiares de pacientes traqueotomizados internados en el Hospital Pablo Soria; durante el periodo julio-diciembre 2020.

ESTRATEGIAS EXTERNAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR	F	%
Obtención de apoyo social.		
Búsqueda de apoyo espiritual.		
Movilización familiar.		
TOTAL DE RESPUESTAS		

FUENTE: Cédula de entrevista.

TABLA 3: Estrategias de afrontamiento de los familiares de pacientes traqueostomizados internados en los servicios de Terapia Intensiva, Neurocirugía y Clínica Médica del Hospital Pablo Soria de la Provincia de Jujuy, en el periodo julio-diciembre 2020.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR	F	%
Internas.		

Externas.		
TOTAL		

FUENTE: Cédula de entrevista.

IV. Plan de análisis de datos.

- a) El análisis de los datos se realizará detenidamente y mediante la aplicación de la estadística descriptiva, en la que se comparará toda la información obtenida. Luego del procesamiento de los datos, se analizará las estrategias de afrontamiento de los familiares de pacientes traqueotomizados internados en los servicios de Terapia Intensiva, Sala de Neurocirugía, Sala de Cirugía de Tórax- Cabeza- Cuello y Sala de Clínica Médica.
- b) El programa informático para el análisis de los resultados será realizado en Microsoft Office Excel 2013, y luego volcado en la tabla matriz para su mejor lectura (*ver Anexo IV*).
- c) La estadística descriptiva arrojará datos relevantes para los investigadores y también para quienes utilicen la investigación realizada para trabajos futuros.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Gráfica de Gantt.

A continuación, se presentan las actividades que se llevarán a cabo para realizar el proyecto estrategias de afrontamiento de los familiares de pacientes traqueotomizados internados en los servicios de Terapia Intensiva, Sala de Neurocirugía, Sala de Cirugía de Tórax- Cabeza- Cuello y Sala de Clínica Médica del Hospital Pablo Soria, durante el periodo julio- diciembre del 2020.

PERIODO 2020																													
ACTIVIDADES	JUL.				AGO.				SEPT.				OCT.				NOV.				DIC.				ENE. 2021				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Revisión del proyecto.	x	x	x																										
Recolección de datos.					x	x	x	x	x																				
Presentación de datos.									x	x	x																		
Procesamiento de datos.											x	x																	
Análisis de resultados.													x	x	x	x	x												
Elaboración de informes.																					x	x	x	x	x				

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainhoa, S.P. (2016). *Cómo hacer de la cánula mi nueva mejor amiga. Programa de Educación para la Salud dirigido al cuidado de las personas traqueostomizadas*. (Trabajo de Grado). Universidad del País Vasco. Escuela Universitaria de Enfermería. Vitoria-Gasteiz. Recuperado de: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/19307/Sim%C3%B3n%20Ainhoa_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Alcaraz, Y.Y.; Lastra, A.C. & Tuberquia, X. (2015). *Estrategias de afrontamiento en cuidadores familiares de personas con dependencia de la corporación Coloresa*. (Tesis de pregrado). Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Antioquia. Disponible en: http://200.24.17.74:8080/jspui/bitstream/fcsh/382/1/Alcaraz_Yaclin_estrategiasafrontamientocuidadoresfamiliarespersonasdependenciacoloresa.pdf
- Amarís, M.; Madariaga, C.; Valle, M. & Zambrano, J. (2013, enero-abril). *Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico*. Psicología desde el Caribe, vol. 30, núm. 1; pp. 123-145. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6404031>
- Bautista, L.M.; Arias M.F. & Carreño Z.O. (2016). *Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional*. Revista Cuidarte, 7(2), 1297-1309. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
- Bustos, E. & Canga, A. (noviembre, 2018). *Instrumentos de evaluación de necesidades de la familia del paciente hospitalizado: Una revisión integrativa*. Trabajo presentado en XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba. Recuperado de: <http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/schedConf/presentations>
- Da Silva Santos Passos, S. & Pereira, A. (2015). *Cuidado sensible destinado a la familia con uno de sus miembros hospitalizado*. Index de Enfermería, 24(3), 144-148. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000200006
- Espinosa, M. R. (2014). *Familias mexicanas ante los procesos de salud enfermedad: lo crónico, lo psicosomático y el género*. En J. A. Vírseda y J. M. Bezanilla. (Ed). Enfermedad y familia (pp.18-40). Toluca, México. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/299534524_ENFERMEDAD_Y_FAMILIA_VOL_I
- Espinoza, T.M.; Pérez, D. J.; Abarca, Y. M. & Zúñiga, J. (2017). *Afrontamiento familiar ante hospitalización de un pariente adulto en cuidados intensivos de una institución de salud*. Lima-Perú. p.1-8. Recuperado de: <http://www.coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/viewPaper/1307>

- Gantiva, C. A.; Luna, A.; Dávila A. M. & Salgado, M. J. (2010). *Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad*. *Psychologia: avances de la disciplina*, vol.4 (1), 63-70. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4923985>
- González, W. Y., Ortega de Gómez E., Castillo de Lemos. R., Whetsell, M. & Cleghorn Spencer, D. (2017). *Validación de la Escala Inventario de Estrategias de Afrontamiento, Versión Española de Cano, Rodríguez, García (2007). En el contexto de Panamá*. *Revista Científica de Enfermería*, vol. (21); 109-133. Disponibilidad en: <https://revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/45>
- Guzmán, L.I. & Pedraza, O.C. (2018). *Requisitos de autocuidado afectados en pacientes con traqueostomía e intervenciones del profesional de enfermería fundamentados en el modelo de Dorothea Orem*. (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. Bogotá. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/35452>
- Ibero, C. A. (2018). *Ventilación Mecánica. Prácticas profesionalizantes*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: La huella esmeralda.
- Lara, M.V.; Olarte, L.J.; Páez. E.C. & Velásquez. A.L. (2017). *Necesidades de educación al cuidador de pacientes con ostomía reciente en casa. Revisión sistemática*. Trabajo de Grado. Corporacion Universitaria Adventista. Facultad de Ciencias de la Salud. Enfermería. Medellín, Colombia. Disponible en: <http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/96/Proyecto%20de%20Grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martín, M. (2014-2015). *Propuesta de guía de enfermería para el cuidado integral del paciente laringectomizado*. Tesis de Pregrado. Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería. España. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24661/TFG-H-930.pdf;jsessionid=D4A44DE93DFAFB53C6B48A6181CA2DDE?sequence=1>
- Martínez, J.M.; Amador, B. & Guerra, M.D. (2017, julio). *Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura*. *Enfermería Global*, 577. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.255721>
- Mayordomo, T. (2013). *Afrontamiento, resiliencia y bienestar a lo largo del ciclo vital*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia. Facultad de psicología. Valencia. Disponible en <https://core.ac.uk/download/pdf/71013352.pdf>
- Muelas Lorenzo, M. (2017-2018). *La realidad del paciente traqueostomizado*. Tesis de grado. Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid. España. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30455/TFGH1222.pdf;jsessionid=9A6EA4F3013412F1BAFDA952C9193E6E?sequence=1>

- Peláez-Palacios, M.S. & Feroso-Palmero, M.J. (2014, abril). *Investigación bibliográfica sobre cuidados de enfermería y seguridad en el paciente con traqueotomía*. Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja; 55-65. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4756764>
- Pérez, D. J. (2016). *Nivel de uso de estrategias de afrontamiento por la familia ante el estrés, por la hospitalización de un pariente adulto en la Unidad de Cuidados Intensivos del HNGAI – 2015*. Trabajo de Posgrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Lima, Perú. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5319/Perez_cd.pdf?seque
- Régulo, I. & Santana, K. (2014). *La dinámica familiar y el espacio como factor de riesgo en el desarrollo de una enfermedad*. En J. A. Vírveda y J. M. Bezanilla. (Ed). *Enfermedad y familia* (pp.200-215). Toluca, México. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/299534524_ENFERMEDAD_Y_FAMILIA_VOL_I
- Schlegel, G.; Olivares, L. & Molina, P. (2013). *Traqueostomías Percutáneas en UCI: Implicancias en el equipo de enfermería*. Revista Chilena de Medicina Intensiva, vol. 28(3); 147-152. Recuperado de: <https://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2013-3/pdf>
- Vilar-Puig, P.; Cortés-Cisneros, A.; Chavolla-Magaña, R. & Molina-Ramírez, L. (2016). *Historia de la traqueostomía*. An Orl Mex. 2016 mar, 61(2), 163-168. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2016/aom162k.pdf>
- Waldow, V. R. (2014). *Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia*. Index de Enfermería, 23(4), 234-238. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300009>

Anexos

ANEXO I. NOTA DE AUTORIZACION.



"2019 - AÑO DE LA EXPORTACIÓN"

San Salvador de Jujuy,de 2020.

AL DIRECTOR DEL H.P. S.

DR. RIVAS MARCOS

S...../.....D

Los que suscriben, estudiantes de la carrera de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba; tienen el agrado de dirigirse a Ud. con el objetivo de solicitar permiso para llevar a cabo entrevistas con preguntas mixtas, a los familiares de pacientes traqueostomizados internados en los Servicios de Terapia Intensiva, Neurocirugía, Cirugía de Tórax- Cabeza- Cuello y Clínica Médica del Hospital. Gracias a dichas encuestas podrá llevarse a cabo la Investigación titulada *“Estrategias de afrontamiento de los familiares de pacientes traqueostomizados”*.

Sin otro particular, y quedando a la espera de una respuesta favorable; saludan cordialmente.

.....
Gutierrez, Dalma F. A.

.....
Limón, Graciela V.

.....
Rodriguez, Alejandro

ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO.



"2019 - AÑO DE LA EXPORTACIÓN"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento le estamos solicitando su consentimiento para brindar información que será utilizada en el marco de un estudio de investigación de la Cátedra de Taller de Trabajo Final.

La presente investigación pretende conocer a través de un estudio descriptivo transversal, cuáles son las estrategias de afrontamiento de los familiares de pacientes traqueostomizados internados en los servicios de Terapia Intensiva, Neurocirugía, Cirugía de Tórax- Cabeza- Cuello y Clínica Médica del Hospital Pablo Soria de la Provincia de Jujuy en el periodo julio-diciembre 2020.

Si accede a participar de este estudio de manera voluntaria, se le solicitará responder una cédula de entrevista. La información que se obtenga será confidencial. Si se le presenta algún interrogante en el transcurso de su participación, las mismas serán resueltas.

Al firmar Usted está diciendo que: **Está de acuerdo con participar del estudio; se le ha explicado la información que contiene y se han respondido a todas sus dudas y consultas.**

Usted debe saber que: **Está exento de contestar aquellas preguntas que no desee responder; en cualquier momento de la entrevista puede dejar de contestar y/o retirarse, asegurando que no tendrá ningún tipo de consecuencias por hacerlo.**

Agradecemos su participación y el tiempo que pueda brindarnos. Si ha comprendido lo anterior y está de acuerdo, le solicitamos nos lo indique.

LUGAR Y FECHA de.....de
2020.

.....

.....

Firma del participante.

.....

.....

Firma y sello de los investigadores

ANEXO III. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



"2019 - AÑO DE LA EXPORTACIÓN"

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los estudiantes de 5° año de la cátedra Taller de Trabajo Final, de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba, presentan a Usted la siguiente cédula de entrevista, la misma es un instrumento que tiene como propósito obtener información sobre las estrategias de afrontamiento de los familiares de pacientes traqueostomizados internados en los servicios de Terapia Intensiva, Neurocirugía, Cirugía de Tórax- Cabeza-Cuello y Clínica Médica del Hospital Pablo Soria de la Provincia de Jujuy en el periodo julio-diciembre 2020.

La información que Usted brinde será valiosa para la realización de este trabajo; la misma reviste carácter de confidencialidad y es anónima; por lo cual no se le solicitará datos personales o sobre su familiar hospitalizado.

Consta de preguntas cerradas, abiertas y de opciones múltiples.

CEDULA DE ENTREVISTA

Nº de cédula: (No llenar)

Lugar **y** **Fecha:** San Salvador
de Jujuy,.....

DATOS IDENTIFICATORIOS

A. GÉNERO:

- Masculino Femenino.

B. EDAD:

- 15 – 25 años.
 26 – 35 años.
 Más de 35 años.

C. PARENTESCO:

- Padre
- Madre
- Hijo/a
- Otro(especifique).

1. ¿Por cuántos integrantes está compuesto el grupo familiar?

.....

2. Servicio de internación en la que se encuentra su familiar.

- Terapia Intensiva.
- Sala de Neurocirugía.
- Sala de Tórax-Cabeza-Cuello.
- Sala de Clínica Médica.

3. Para Ud. ¿Es la primera vez que realiza un cuidado de una persona con traqueotomía?

- SI
- NO

4. ¿Sabe qué es una traqueostomía?

.....
.....

5. ¿Cuál es el tiempo de hospitalización de su familiar?

.....
.....

6. ¿Cuánto tiempo permanece al cuidado su familiar?

.....
.....

7. ¿Desde que su familiar está enfermo (traqueostomizado) surgieron nuevos roles en la familia?

- Cambios en las tareas del hogar (cocinar, limpiar, cuidar a los niños, etc.) ¿Cuáles?

.....
.....

- Asume funciones no habituales (trabajar, llevar los niños a la escuela, realiza la administración económica, etc.) ¿Cuáles?.....

.....

- ¿Acepta nuevas reglas?.....

8. ¿Existe colaboración entre los integrantes de la familia?

-
- En caso de haber colaboración ¿quiénes lo hacen y de qué manera colaboran?.....

9. ¿Cómo se toman las decisiones en el hogar y la familia? ¿Quién la designa?

10. Desde la internación de su familiar, ¿Cómo nota Ud. la comunicación entre los integrantes de la familia?

- Fluida (buena).
 Dificultosa (mala).

A través de:

- Mensajes.
 Charlas.
 Llamadas.
 Diálogos.

11. ¿Puede expresar sus sentimientos o preocupaciones ante lo que sucede con su familiar enfermo?

¿De qué manera?

¿Con qué persona tiene más afinidad para expresarse?.....

12. Ante esta situación de internación de su familiar Usted:

- ¿Busca apoyo en su propio círculo familiar (tíos, primos, abuelos)?

Si la respuesta es afirmativa, indique si la colaboración que recibe es:

- Para el cuidado de su familiar internado.
 Para la organización en el hogar.
 Consulta con grupo de personas que vivenciaron experiencias similares.
 Consultó con profesionales o expertos (psicólogo, médicos, enfermeros, fonoaudiólogos, médicos especialistas, etc).

- No considera importante consultar el tema con otras personas.

13. ¿En este tiempo Ud. ah buscado ayuda espiritual?

- Si.
- No.

¿Con que frecuencia?

- Una vez a la semana.
- Todos los días.
- Cuando dispone de tiempo.

¿Cómo?

- Acude a iglesias o centros religiosos
- Lee la biblia.
- Realiza rezo u oraciones.
- Cree en imágenes espirituales (santos, vírgenes,).
- Acude a otras alternativas de apoyo (curanderos, chamanes, metafísicos).
- Otros. Especifique

.....

¿Lo realiza solo o acompañado?.....

14. Como integrante del grupo familiar Ud. incentiva a los miembros a través de:

- Propone ideas para sobrellevar la situación (juegos, reuniones, almuerzos, paseos, otros). ¿Cuáles?

.....

- Busca información sobre el tema. A través de:

- Sitios web.
- Libros.
- Consulta a expertos.

- Realizar actividades de distracción. ¿Cuáles? ¿Con quién?.....

.....

15. A partir de su experiencia en la internación de su familiar, para ud, ¿Qué sugerencias considera relevante y necesarias dar al equipo de salud para ayudar a afrontar este proceso?

.....

.....

.....

.....

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO IV. TABLA MATRIZ

N°	DATOS IDENTIFICATORIOS												
	EDAD			GÉNERO		PARENTESCO				SERVICIO			
	15 - 25	26 - 35	Más 35	Masculino	Femenino	Madre	Padre	Hijo/a	Otro	Terapia Intensiva	NeuroCx	Tórax-cabeza-cuello	Clínica médica
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
...													
...													
...													
84													

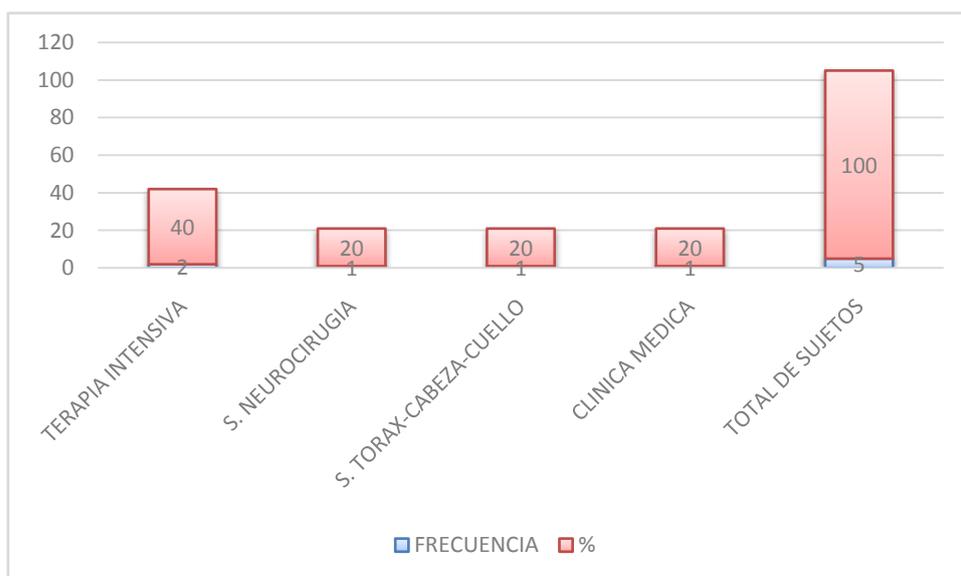
Anexo V. RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO

TABLA 1: Género y Edad de los familiares de pacientes traqueotomizados internados en Hospital Pablo Soria; octubre 2019

GENERO	Femenino		Masculino		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
EDAD						
15 A 25	-	-	-	-		
26 A 35	1	20	-	-	1	20
MÁS DE 35	4	80	-	-	5	100
TOTAL	5	100	-	-	5	100%

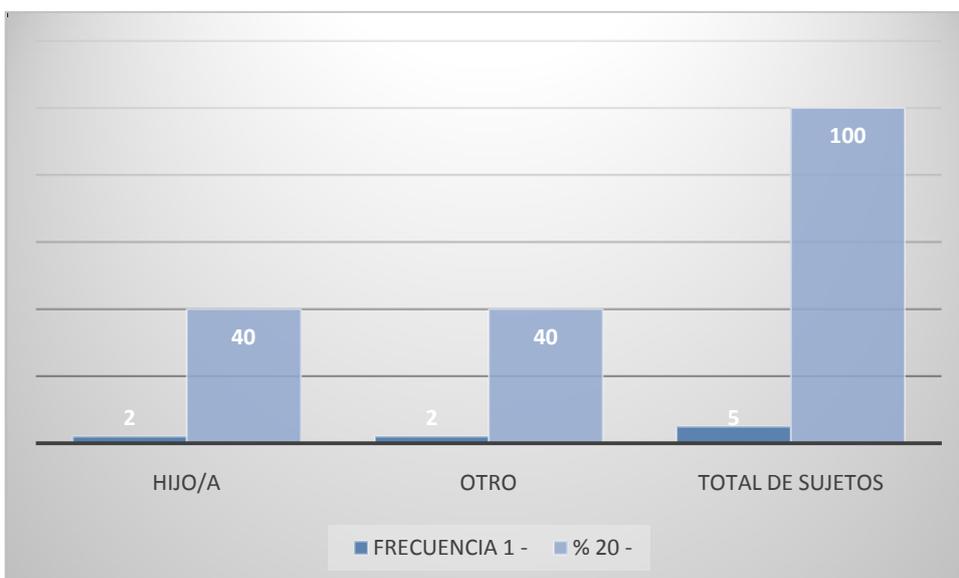
Fuente: Cédula de entrevista (prueba piloto)

Gráfico 1: servicio en el que se encuentran los familiares de pacientes traqueostomizados.



Fuente: Cédula de entrevista (prueba piloto)

Gráfico 2: Relación de parentesco entre familiares encuestados y pacientes traqueostomizados.



Fuente: Cédula de entrevista (prueba piloto)

Tabla 2: Puntaje de Estrategias internas de afrontamiento familiar según categorización.

ESTRATEGIAS INTERNAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR			
PUNTAJE SEGÚN CATEGORIZACION			
SUBDIMENSION	REESTRUCTURACION FAMILIAR	EVALUACION PASIVA	TOTAL
Nº DE CEDULA	(15 PUNTOS)	(10PUNTOS)	
1	15 PUNTOS	0 PUNTOS	15
2	15 PUNTOS	10 PUNTOS	25
3	15 PUNTOS	10 PUNTOS	25
4	5 PUNTOS	5 PUNTOS	10
5	10 PUNTOS	0 PUNTOS	10

Fuente: Cédula de entrevista (prueba piloto)

Tabla 3: Puntaje de Estrategias externas de afrontamiento familiar según categorización

ESTRATEGIAS EXTERNAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR				
PUNTAJE SEGÚN CATEGORIZACION				
SUMBIMENSION	APOYO SOCIAL	AYUDA ESPIRITUAL	MOVILIZACION FAMILIAR	TOTAL
N° DE CEDULA	(15 PUNTOS)	(25PUNTOS)	(15 PUNTOS)	
1	10 PUNTOS	15 PUNTOS	5PUNTOS	30
2	5 PUNTOS	10PUNTOS	15PUNTOS	30
3	5PUNTOS	10PUNTOS	15PUNTOS	30
4	5PUNTOS	10PUNTOS	0PUNTOS	15
5	5PUNTOS	10PUNTOS	5PUNTOS	20

Fuente: Cédula de entrevista (prueba piloto)

Tabla 4: Nivel de estrategias de afrontamiento de familiares de pacientes traqueostomizados, internados en servicios Hospital Pablo Soria, octubre 2019.

NIVEL DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR			
N° DE CEDULA	NIVEL BAJO	NIVEL MEDIO	NIVEL ALTO
	(0-25 PUNTOS)	(26-50 PUNTOS)	(51-80 PUNTOS)
1	-	45 PUNTOS	-
2	-	-	55PUNTOS
3	-	-	55PUNTOS
4	25PUNTOS	-	-
5	-	30 PUNTOS	-

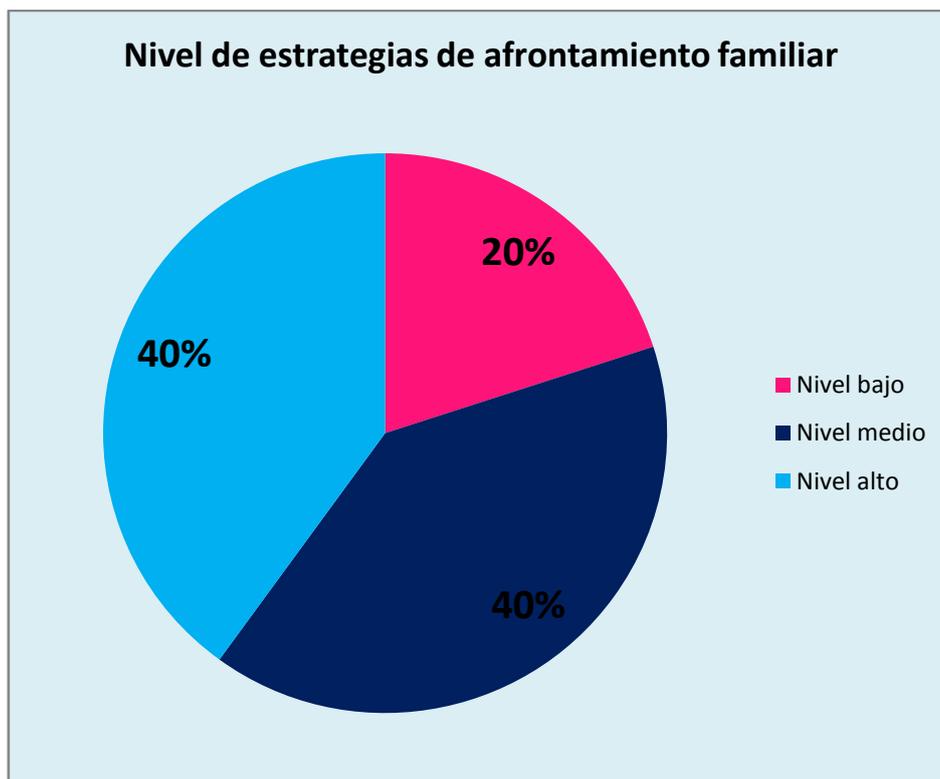
Fuente: Cédula de entrevista (prueba piloto)

Tabla 5: Porcentajes de Nivel de estrategias de afrontamiento de familiares de pacientes traqueostomizados internados en Hospital Pablo Soria, octubre 2019

NIVEL DE ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR	CANTIDAD DE FAMILIARES ENCUESTADOS	%
NIVEL BAJO	1	20%
NIVEL MEDIO	2	40%
NIVEL ALTO	2	40%
TOTAL	5	100%

Fuente: Cédula de entrevista (prueba piloto)

Grafico 3: Porcentajes de Nivel de estrategias de afrontamiento de familiares de pacientes traqueostomizados internados en Hospital Pablo Soria, octubre 2019



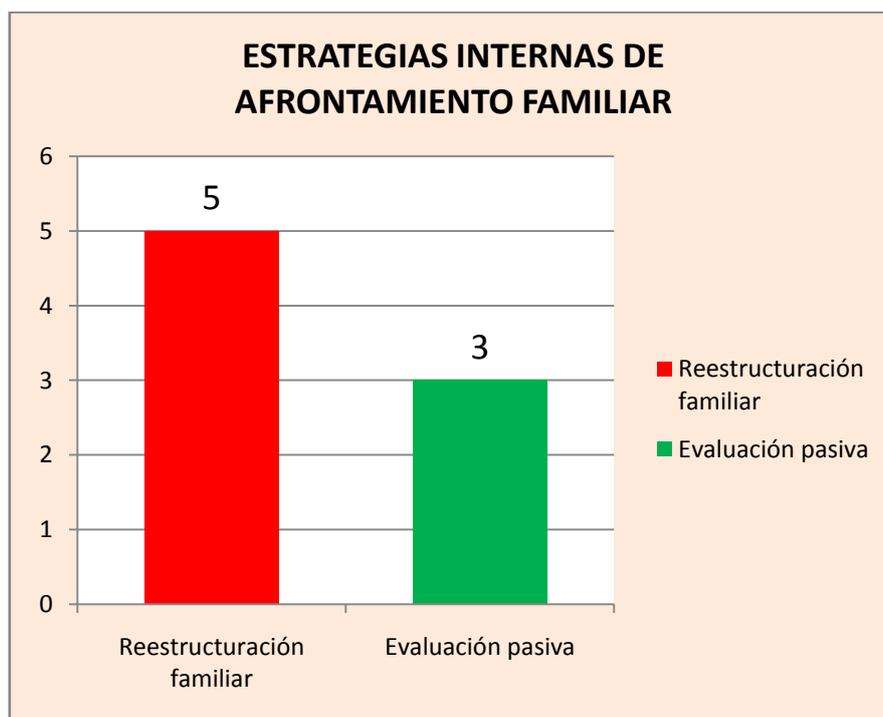
Fuente: Cédula de entrevista (prueba piloto)

Tabla 6: Distribución de frecuencia según estrategias INTERNAS de afrontamiento de los familiares de pacientes traqueostomizados internados en el Hospital Pablo Soria; octubre 2019

ESTRATEGIAS INTERNAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR	f	%
Reestructuración familiar	5	100
Evaluación pasiva	3	60
TOTAL DE RESPUESTAS	5	100

Fuente: Cédula de entrevista (prueba piloto)

Grafico 4: Total de encuestados que emplean estrategias internas de reestructuración familiar y evaluación pasiva.



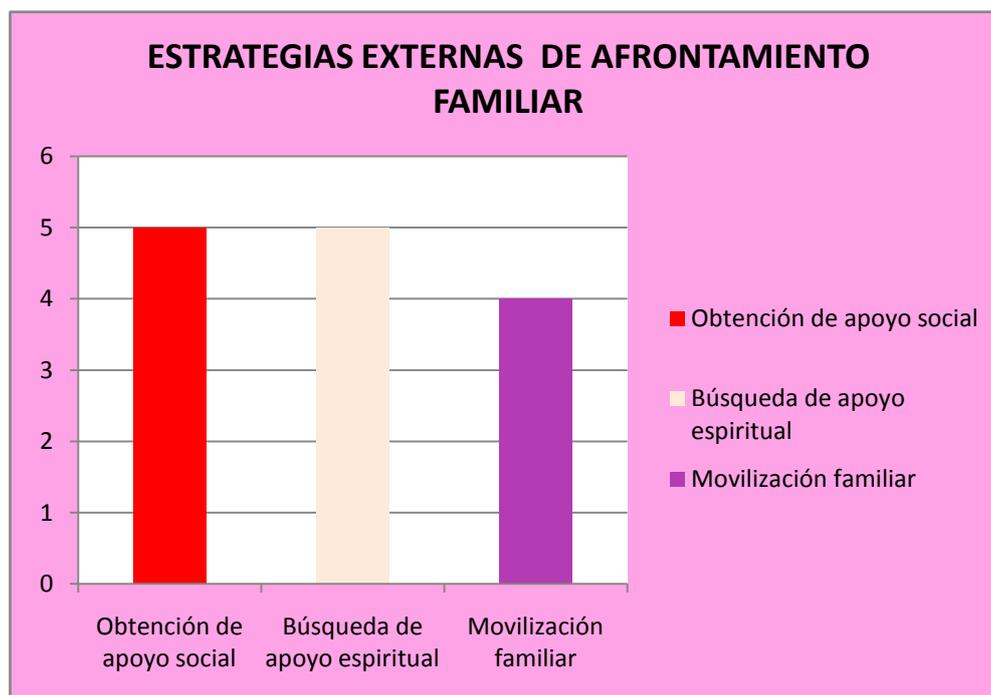
Fuente: Cédula de entrevista (prueba piloto)

Tabla 7: Distribución de frecuencia según estrategias EXTERNAS de afrontamiento de los familiares de pacientes traqueostomizados internados en el Hospital Pablo Soria; octubre 2019

ESTRATEGIAS EXTERNAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR	f	%
Obtención de apoyo social	5	100
Búsqueda de apoyo espiritual	5	100
Movilización familiar	4	80
TOTAL DE RESPUESTAS	5	100

Fuente: Cédula de entrevista (prueba piloto)

Grafico 5: Total de encuestados que emplean estrategias externas de obtención de apoyo social, búsqueda de apoyo espiritual y movilización



Fuente: Cédula de entrevista (prueba piloto)