

## Información importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

**BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA**

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

Chía - Cundinamarca

**¡AYUDAME, A MORIR CON DIGNIDAD!**

**AUTORES**

**ADRIANA REYES ORTIZ**

**JESSICA IVANOVA SILVA PEÑA**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERIA EN CUIDADO CRITICO  
ÉNFASIS PEDIÁTRIA**

**BOGOTA**

**2016**

**ESTRATEGIA EDUCATIVA QUE FAVOREZCA EL CUIDADO DE  
ENFERMERÍA A LOS PADRES CON HIJOS EN SITUACIÓN DE  
MUERTE INMINENTE EN LA UCI PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DE SANTANDER.**

**Proyecto de Gestión  
Especialización en Cuidado Crítico de Enfermería  
Con Énfasis en Pediatría**

**AUTORAS**

**ADRIANA REYES ORTIZ**

**JESSICA IVANOVA SILVA PEÑA**

**Asesora**

**MYRIAM ABAUNZA DE G.**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA FACULTAD DE ENFERMERIA**

**BOGOTA D.C.**

**2016**

## **Agradecimientos,**

Con toda gratitud a todas las personas que participaron para el éxito de este proyecto, en especial a nuestras familias por su valioso aporte; "tiempo".

**Dedicatoria,**

***No basta saber, se debe también aplicar.  
No es suficiente querer, se debe también hacer "***

**J.W. Goethe.**

## **CONTENIDO**

<b>RESUMEN</b> .....	11
<b>ABSTRAC</b> .....	13
<b>INTRODUCCION</b> .....	14
<b>1. PLATAFORMA INSTITUCIONAL</b> .....	18
<b>1.1 Misión Institucional</b> .....	18
<b>1.2 Visión Institucional</b> .....	19
<b>1.3 Principios</b> .....	19
<b>1.4 Valores</b> .....	19
<b>1.5 Políticas Institucionales</b> .....	20
<b>1.6 Departamento de Enfermería</b> .....	23
<b>1.6.1 Cuidado Intensivo Neonatal y Pediátrico</b> .....	24
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	26
<b>2.1 Árbol de Problemas</b> .....	29
<b>2.2 Involucrados</b> .....	30
<b>2.2.1 Beneficiarios Directos</b> .....	30
<b>2.2.2 Beneficiarios Indirectos</b> .....	30
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b> .....	31
<b>4. SOPORTE TEÓRICO</b> .....	37
<b>4.1 Jean Watson</b> .....	37
<b>TEORÍA DE LOS CUIDADOS TRANSPERSONALES</b> .....	38
<b>4.2 Kristen Swanson</b> .....	41
<b>4.3 Jerome Bruner</b> .....	44
<b>4.4 RELACIÓN DE LOS TRES TEORISTAS</b> .....	47
<b>4.4.1. ANÁLISIS DE LA ILUSTRACIÓN</b> .....	48
<b>5. SOPORTE CONCEPTUAL</b> .....	49
<b>5.1 Estrategia Educativa</b> .....	49
<b>5.2 Cuidado</b> .....	50
<b>5.3 Acompañamiento</b> .....	50
<b>5.4 Familia</b> .....	51
<b>5.5 Muerte Inminente</b> .....	52
<b>5.6 Paciente Pediátrico</b> .....	53
<b>5.7 Folleto</b> .....	54
<b>5.8 Rotafolio</b> .....	55
<b>5.9 Video</b> .....	55
<b>6. ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	56
<b>6.1. Ortotanasia:</b> .....	56
<b>6.2. Beneficencia</b> .....	56
<b>6.3. No Maleficencia</b> .....	57
<b>6.4. Autonomía</b> .....	57
<b>6.5. Justicia</b> .....	57
<b>7. OBJETIVOS</b> .....	59
<b>7.1 OBJETIVO GENERAL</b> .....	59
<b>7.2. Objetivos Específicos</b> .....	59
<b>7.3. ÁRBOL DE OBJETIVOS</b> .....	60

<b>8. DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	61
<b>8.1 Acuerdo para la Realización Proyecto de Gestión</b> .....	63
<b>9. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO</b> .....	64
<b>10. PLAN DE ACCIÓN</b> .....	66
<b>10.1 Objetivo N°1</b> .....	66
<b>10.2 Objetivo N°2</b> .....	68
<b>10.3 Objetivo N°3</b> .....	70
<b>10.4 Objetivo N°4</b> .....	72
<b>10.5 Objetivo N°5</b> .....	74
<b>11. EVALUACIÓN</b> .....	75
<b>12. RESULTADOS</b> .....	76
<b>12.1. Objetivo 1 – Actividad 1</b> .....	76
<b>12.2. Objetivo 1 – Actividad 2</b> .....	77
<b>12.3. Objetivo 2 – Actividad 1,2 y 3</b> .....	78
<b>12.4. Objetivo 3 – Actividad 1,2 y 3</b> .....	79
<b>12.5. Objetivo 4 – Actividad 1,2 y 3</b> .....	80
<b>12.6. Objetivo 5 – Actividad 1 y 2</b> .....	81
<b>13. CONCLUSIONES</b> .....	82
<b>14. RECOMENDACIONES</b> .....	83
<b>14.1 INSTITUCIONAL</b> .....	83
<b>14.2 ENFERMERÍA</b> .....	83
<b>15. CRONOGRAMA</b> .....	84
<b>16. PRESUPUESTO</b> .....	85
<b>17. BIBLIOGRAFIA</b> .....	86

## **ILUSTRACIONES**

<b>Ilustración N° 1 Organigrama institucional.....</b>	<b>18</b>
<b>Ilustración N° 2 Árbol de Problemas .....</b>	<b>29</b>
<b>Ilustración N° 3 Relación de los tres teóricos.....</b>	<b>47</b>
<b>Ilustración N° 4 Aspectos Éticos .....</b>	<b>58</b>
<b>Ilustración N° 5 Árbol de Objetivos .....</b>	<b>60</b>



## **Lista de Tablas**

<b>Tabla N° 1 Matriz Del Marco Lógico.....</b>	<b>64</b>
<b>Tabla N° 2 Objetivo N° 1 .....</b>	<b>66</b>
<b>Tabla N° 3 Objetivo N°2 .....</b>	<b>68</b>
<b>Tabla N° 4 Objetivo N°3 .....</b>	<b>70</b>
<b>Tabla N° 5 Objetivo N°4 .....</b>	<b>72</b>
<b>Tabla N° 6 Objetivo N°5 .....</b>	<b>74</b>
<b>Tabla N° 7 Cronograma de Actividades .....</b>	<b>84</b>
<b>Tabla N° 8 Presupuesto .....</b>	<b>85</b>

## **Anexos**

<b>Anexo N° 1 FORMATO DE LA ENCUESTA APLICADA .....</b>	<b>90</b>
<b>Anexo N° 2 TABULACIÓN DE LA ENCUESTA .....</b>	<b>93</b>
<b>Anexo N° 2.1 Grafico ítems N°1 .....</b>	<b>95</b>
<b>Anexo N° 2.2 Grafico ítems N°2 .....</b>	<b>96</b>
<b>Anexo N° 2.3 Grafico ítems N°3 .....</b>	<b>96</b>
<b>Anexo N° 2.4 Grafico ítems N°4 .....</b>	<b>97</b>
<b>Anexo N° 2.5 Grafico ítems N°5 .....</b>	<b>97</b>
<b>Anexo N° 2.6 Grafico ítems N°6 .....</b>	<b>98</b>
<b>Anexo N° 2.7 Grafico ítems N°7 .....</b>	<b>98</b>
<b>Anexo N° 2.8 Grafico ítems N°8 .....</b>	<b>99</b>
<b>Anexo N° 2.9 Grafico ítems N°9 .....</b>	<b>99</b>
<b>Anexo N° 2.10 Grafico ítems N°10 .....</b>	<b>100</b>
<b>Anexo N° 2.11 Gráfico ítems N°11 .....</b>	<b>101</b>
<b>Anexo N° 3 GUIÓN DEL VIDEO .....</b>	<b>102</b>
<b>Anexo N° 4 FOLLETO .....</b>	<b>105</b>
<b>Anexo N° 5 ROTAFOLIO .....</b>	<b>106</b>
<b>Anexo N° 6 EVIDENCIA FOTOGRAFICA.....</b>	<b>122</b>
<b>Anexo N° 7 CARTA INSTITUCIONAL.....</b>	<b>125</b>
<b>Anexo N° 8 LISTA DE CHEQUEO .....</b>	<b>126</b>

## **RESUMEN**

El presente proyecto de gestión se realiza al identificar la necesidad de aplicar una estrategia educativa que favorezca el cuidado de enfermería a los padres con hijos en situación de muerte inminente en la UCI pediátrica del Hospital Universitario de Santander.

Para su elaboración se adoptaron algunos conceptos y fundamentos de cada uno de los tres teoristas así: las teoristas en enfermería Jean Watson y Kristen Swanson; y el Teorista en educación Jerome Bruner.

Uno de los componentes del problema es la falta de experiencia y ausencia en ejecutar estrategias para enfrentarse a los padres con hijos en situación de muerte inminente, existe una brecha entre un dialogo adecuado, claro y veraz al brindar cuidado de enfermería a los padres del menor que lo necesitan; se planteó la necesidad de diseñar una estrategia educativa para el personal de enfermería que contribuyera a ofrecer apoyo y cuidado a los padres del menor en esta situación tan crítica. Por consiguiente, para sustentar el problema se aplicó una encuesta al personal de enfermería con el objetivo de obtener información necesaria para llevar a cabo la estrategia educativa dirigida al personal de enfermería (resaltando el acompañamiento cálido y humanizado a los padres situación de muerte inminente).

Para la ejecución del proyecto de gestión se tomó un periodo de tiempo comprendido entre Julio del 2016 hasta Noviembre del 2016. Para el diseño, implementación y evaluación de la estrategia educativa de enfermería se utilizó la metodología del Marco lógico.

En la primera fase de diseño y socialización de la estrategia educativa (ROTAFOLIO, FOLLETO y VIDEO) se analizó la bibliografía encontrada para seleccionar los conceptos e ilustraciones que se aplicarían en los elementos educativos de la estrategia; para esto se realizó la presentación en power point al grupo de enfermeras de la UCI pediátrica

para obtener apoyo y aportes; sobre el contenido determinado del Rotafolio, Folleto y Video alternando un lenguaje neutro entendible y didáctico del tema a tratar; no obstante, se elaboró un guion para la realización del video. En la segunda fase de implementación se realizaron talleres de sensibilización con apoyo del profesional de psicología interno y externo por parte de estudiantes de una universidad de la ciudad; el apoyo espiritual a cargo del párroco de la capilla del hospital, por último se complementó con la filmación y presentación del video realizado en el servicio donde participaron una parte del grupo de enfermeras y auxiliares de enfermería de la unidad de cuidado intensivo pediátrico UCIP, donde se simplifica la estrategia educativa, recopilando lo aplicado en el folleto y rotafolio; esto permite que el personal de enfermería se apoye en el aprendizaje de algunos conceptos. En la tercera fase de evaluación, se realizó una lista de chequeo con el objetivo de evaluar la aplicabilidad del folleto, rotafolio y video, los conocimientos adquiridos, todo esto a un grupo de enfermeras de la unidad.

***Palabras clave:*** *Estrategia Educativa, Cuidado, Acompañamiento, Familia, Muerte inminente, Paciente pediátrico, Folleto, Rotafolio y Video.*

## **ABSTRAC**

The present management project is carried out by identifying the need to implement an educational strategy that favors the nursing care of parents with children in imminent death situation in the pediatric ICU of the University Hospital of Santander.

Some concepts and fundamentals of each of the three theorists were adopted in this way: nurses theorists Jean Watson and Kristen Swanson; And Educational Theorist Jerome Bruner.

One of the components of the problem is the lack of experience and absence in executing strategies to confront parents with imminent children, there is a gap between an adequate, clear and truthful dialogue in providing nursing care to the child's parents Who need it; The need arose to design an educational strategy for the nursing staff that contributed to offer support and care to the parents of the child in this critical situation. Therefore, to support the problem, a survey was applied to the nursing staff in order to obtain information necessary to carry out the educational strategy directed to the nursing staff (highlighting the warm and humanized accompaniment to the parent's imminent death situation).

For the execution of the management project a period of time was taken between July 2016 and November 2016. In the design, implementation and evaluation of the educational strategy of nursing, that is why the methodology of the Logical Framework was used.

In the first phase of design and socialization of educational strategy (FLIPCHART, BROCHURE and VIDEO) the literature was analyzed to select the concepts and illustrations that would be applied in the educational elements of the strategy; For this the power point presentation was made to the group of nurses of the pediatric ICU to obtain support and contributions; On the determined content of the Flipchart, Brochure and Video alternating an understandable and didactic neutral language of the subject to be treated; Nevertheless, a script was elaborated for the

realization of the video. In the second phase of implementation, awareness-raising workshops were held with the support of internal and external psychology professionals by students from a university in the city; and the spiritual support provided by the parish priest of the hospital chapel. Finally, it was complemented by the filming and presentation of the video made in the service where a part of the group of nurses and auxiliary nurses of the pediatric intensive care unit UCIP participated, Where the educational strategy is simplified, compiling what is applied in the brochure and flipchart; This allows the nursing staff to rely on learning some concepts. In the third phase the evaluation was made a checklist with the objective of evaluating the applicability of the brochure, flipchart and video, the knowledge acquired, all this to a group of nurses of the unit.

Key words: Educational Strategy, Care, Accompaniment, Family, Imminent Death, Pediatric Patient, Brochure, Flipchart and Video.

## **INTRODUCCION**

Luis era un niño escolar de 8 años de edad proveniente del departamento de Antioquia, ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos trasladado desde el Servicio De Urgencias Pediátricas, el menor ingresa en silla de ruedas, monitorizado en compañía del equipo interdisciplinario y sus padres mamá y papá. En un día con mucho trabajo para Margarita enfermera de turno asignada en el cubículo número ocho donde será hospitalizado Luis; el ingresa con diagnóstico desconocido, pero con comportamiento clínico de un shock séptico y alto riesgo de falla respiratoria.

Las acciones y cuidados de enfermería que Margarita tenía hacia Luis eran las mismas de siempre, cuando ingresa un niño a la unidad, pesarlo antes de pasarlo a una cama con sabana frías por el aire acondicionado permanente para evitar propagación bacteriana, colocar sensores para monitorizarlo, recibir la información del paciente por parte de la enfermera que lo acompaña en el traslado y las actividades de cuidado y tratamiento médico ejecutadas en el servicio de urgencias, lo pendiente en cuanto a ejecución de exámenes etc.; el menor ingresa despierto consciente, Margarita lo tranquiliza con palabras serenas pero en su interior tenía ya la incertidumbre e incomodidad del futuro incierto del niño.

Profesionalmente Margarita es ágil, eficiente y oportuna en cada una de las actividades que con su equipo de trabajo realizaban para estabilizar el niño que ingresaba a la unidad en shock y dificultad respiratoria, llevando a cabo los protocolos institucionales como el diligenciamiento de un formato de acogida a la persona enferma, en ese momento por la complicación del niño no lo realiza y lo delega a una de sus auxiliares a cargo del cubículo ocho.

Con el paso de los días el estado de salud del niño empeora continuando con un diagnóstico no confirmatorio, el menor está bajo ventilación

mecánica, con soporte inotrópico, con monitoria invasiva, nada vía oral, en anasarca, deteriorado con alto riesgo de falla multiorgánica, es valorado por equipo de especialistas, como infectología, hematología, cirugía pediátrica, etc.

Los padres del menor callados ocultaban sus sentimientos, con temor, angustia, incertidumbre al mismo tiempo después de la visita en ocasiones se consolaban quedándose en el amplio pasillo del piso nueve solitario y silencioso; durante cada uno de los días de visita al ver a su hijo cada vez más comprometido y sin ninguna mejoría, la mirada afligida de las enfermeras, de los médicos cada vez que se acercaban al cubículo para apagar las alarmas de los monitores, colocar medicamentos, ellos; preguntaban ¿cómo está?, ¿se va a mejorar?, ¿qué han dicho los especialistas?, el grupo de enfermería, terapia respiratoria solo respondían señores diríjase al médico.

Estos padres solo querían abrir un diálogo, obtener información, mantener comunicación sobre el estado actual de su hijo. A pesar de los días cada vez se iba empeorando su estado de salud, en una oportunidad por su afán de que los familiares que convivían con el menor lo vieran por última vez, se atrevieron a sobre pasar las normas de la unidad y permitir la entrada de estas personas sin el consentimiento y autorización de los miembros del equipo de salud de la unidad de cuidados intensivos pediátricos, se camuflaban con el gorro tapabocas y bata que tenían que utilizar para ingresar a la unidad, cuando fueron descubiertos, el equipo se llenó de indignación, palabras fuertes, regaños y hasta el punto de con el vigilante solo permitir el ingreso de mamá y papá.

Una tarde Luis apagaba su luz, sus signos vitales quedan en cero a pesar de los esfuerzos médicos; los padres con indignación empiezan a expresar sentimientos de rechazo, de falta de comunicación hacia ellos, de la

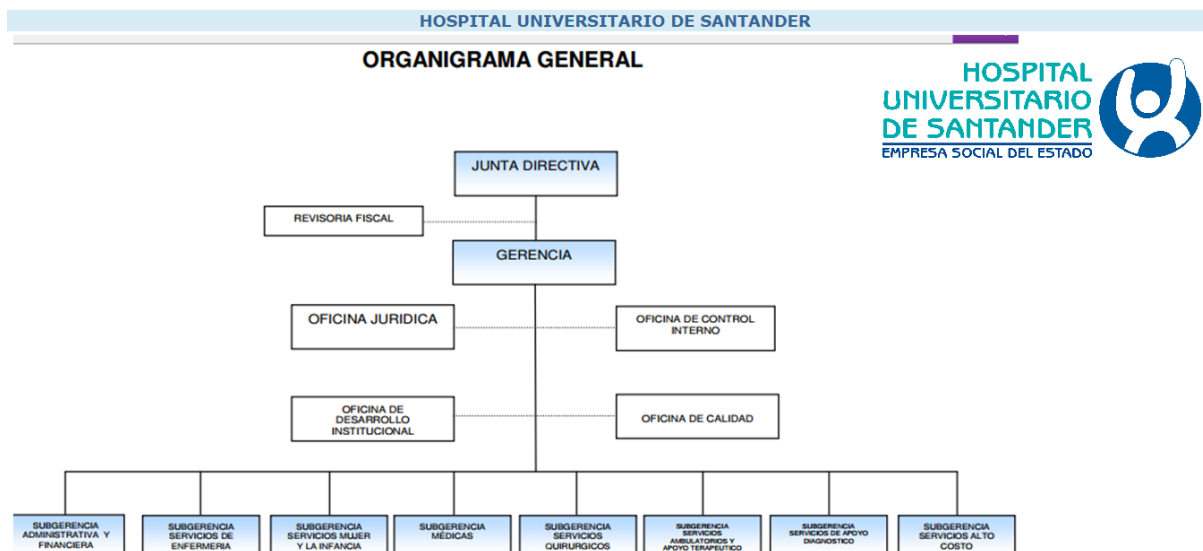


presencia de distractores en la unidad como el televisor prendido, nunca se les explico que el objetivo de este, es distraer a los niños hospitalizados en los cubículos del frente que se encontraban en proceso de recuperación, rehabilitación y próximo egreso de la unida; reprochan el tono de voz alta, no respetar que su hijo se estaba muriendo, el uso de celulares y música a alto volumen, no mantener un ambiente cálido y humanizado con el menor. Cuando la muerte se acerca no siempre se está preparado, se mantienen acciones de cuidado que se concentran en el alivio del sufrimiento del paciente en estado terminal y se deja en segundo plano a la familia, se piensa que cuando el paciente alcanza la muerte digna se ha terminado el proceso de cuidar, pero la labor de enfermería no ha terminado por que al lado siempre estuvo su familia, que la mayoría de las veces no se vincula en el proceso y no se priorizan su necesidades.

## 1. PLATAFORMA INSTITUCIONAL

El proyecto se llevó a cabo en el Hospital Universitario de Santander, institución de tercer nivel de complejidad donde se atiende población de la red pública y privada del Nororiente Colombiano y el resto del País; cuenta con una unidad de cuidado intensivo pediátrico pentavalente, con personal calificado para la atención del paciente neonatal y pediátrico crítico. (1)

Ilustración N° 1 Organigrama institucional (2)



### 1.1 Misión Institucional

Somos la ESE Hospital Universitario de Santander, institución que presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, con énfasis en docencia e investigación, basados en criterios éticos, técnicos, científicos y de gestión integral, que nos constituye como centro de referencia de la Red Pública y Privada del Nororiente Colombiano y el resto del País, involucrando la participación del talento humano competente que realiza sus actividades con sentido humano y alineado con los valores y principios

organizacionales. Para lograr lo anterior la organización está comprometida con el trato digno y humanizado de sus pacientes y familias, y la provisión de entornos de atención segura apoyados con tecnología de avanzada. (3)

## **1.2 Visión Institucional**

Para el año 2020 la ESE Hospital Universitario de Santander se consolidará como una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad, acreditada, competitiva y líder en la generación de conocimiento humano, con enfoque de seguridad, humanización y responsabilidad social. (3)

## **1.3 Principios**

- Responsabilidad social
- Eficiencia
- Participación
- Servicio
- Seguridad
- Satisfacción (3)

## **1.4 Valores**

- Transparencia
- Respeto
- Solidaridad
- Responsabilidad (3)

## **1.5 Políticas Institucionales**

El Hospital Universitario de Santander desarrolla cada una de las Políticas Institucionales identificando el compromiso de la Gerencia con la prestación de servicios de salud con óptima calidad. Estas serán las responsables de motivar al equipo de colaboradores en la implementación de los estándares del Sistema Único de Acreditación en la E.S.E. HUS. (4)

### 1.5.1 Política de Atención en salud centrada en el usuario

La ESE HUS establece su Modelo de Atención en Salud Centrado en el Usuario, basando su atención en el conocimiento de sus necesidades y expectativas responde de forma digna, razonable y oportuna, con el objetivo de lograr su satisfacción, el mantenimiento y/o recuperación de su salud y la fidelización como usuario. Se estipulan los Derechos y Deberes de los usuarios. (4)

### 1.5.2. Política de calidad

La ESE HUS es consciente de la importancia de implementar y hacer seguimiento a las estrategias y actividades que apoyan el mejoramiento continuo de los procesos de la organización. Asociados a los convenios docencia- servicio y los requisitos normativos, legales y reglamentarios aplicados. (4)

### 1.5.3. Política de humanización

La ESE HUS se compromete a prestar servicios de salud y formación en un ambiente físico confortable, que promueva la privacidad, con talento humano con actitud mental afectiva, de moral, de razón, con amor y espíritu de servicio. Todo el personal reconocerá al paciente como un ser humano de manera holística. "ven para ser sanado, si no sanado al menos curado, sino curado al menos consolado". (4)

### 1.5.4. Política de prestación de servicios

Brindar a la población usuaria servicios de salud integrales en los niveles de atención II y III, con estándares superiores de calidad, orientados en criterios de mejoramiento continuo, humanización, atención segura para el paciente y su familia, enmarcados dentro de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Y el proyecto del HUS. (4)

### 1.5.5. Política gestión de la tecnología

La ESE HUS se compromete en la implementación de un Sistema de Gestión de Tecnología, que permita la adquisición, instalación, uso y mantenimiento seguro y eficiente de la tecnología biomédica y no biomédica, acorde a las necesidades de los pacientes y el nivel de complejidad de los servicios ofertados por la institución. (4)

#### 1.5.6. Política gestión del riesgo

La ESE HUS se compromete a establecer los mecanismos necesarios para evitar, reducir, compartir y mitigar los riesgos relacionados con el desarrollo de sus procesos misionales, estratégicos y de apoyo que pudieran afectar negativamente a las personas, instalaciones, bienes y equipos. (4)

#### 1.5.7. Política seguridad del paciente

La E.S.E Hospital Universitario de Santander, su compromiso en la promoción de un entorno seguro para los pacientes, disminuyendo el riesgo y/o probabilidad de ocurrencia de eventos adversos e incidentes derivados de la atención en salud a través de la implementación de una cultura de seguridad, justa y no punitiva frente a los eventos, pero sin fomentar la irresponsabilidad. (4)

#### 1.5.8. Política talento Humano, Seguridad y Salud en el Trabajo

La ESE HUS sabe que el éxito en el cumplimiento de su función social depende de las personas que laboran en él y de las que están en formación y participando de la relación Docencia-Servicio. Por esto selecciona personal idóneo para las funciones que va desempeñar y de excelente calidad humana y promueve el trabajo en equipo, la capacitación permanente, el reconocimiento y brinda estabilidad laboral. (4)

#### 1.5.9. Política de Gestión Ambiental

La ESE HUS identifica, evalúa, previene, minimiza, corrige, mitiga o compensa los impactos ambientales negativos y potencializa los positivos. Para esto implementa y mantiene los requisitos asociados a la Gestión Ambiental que se especifican desde los Estándares del Sistema Único de Habilitación y de Acreditación en salud, que sean aplicables a las actividades planificadas y desarrolladas por parte de empleados y contratistas de servicios. (4)

### **1.6 Departamento de Enfermería**

La Subgerencia de Servicios de Enfermería del HUS, hace parte de una de las ocho subgerencias técnico científicas de la Universidad Industrial de Santander que tiene como misión brindar cuidado de excelente calidad a la comunidad del Nororiente Colombiano satisfaciendo integral y oportunamente sus necesidades y expectativas para contribuir a una mejor calidad de vida; así mismo se fundamenta en los principios éticos de la profesión las políticas del sistema de seguridad social y de la institución. (1)

A través de su visión la subgerencia de servicios de enfermería del HUS, proyecta ser líder en la creación de un modelo de Enfermería docente-asistencial que genere nuevos estilos de servicios de enfermería orientados a las personas, familias y comunidad del Nororiente Colombiano a nivel local, regional y nacional. Los principios que plantea la subgerencia de enfermería son: humanización, responsabilidad social, calidad, oportunidad, transparencia, desarrollo personal y comunicación, para brindar satisfacción a las necesidades de salud y de educación a las personas que acuden a la ESE HUS. (1)

Los valores con los cuales se identifica la subgerencia de enfermería son: respeto: pertenencia, honradez, calidez y confidencialidad.

La estructura organizacional de la Subgerencia de Enfermería, está conformada por:

- Dirección: Constituida por una Subgerente docente de la UIS, la Enfermera interventora, Enfermera auditora y las coordinadoras de área.
- Conformado: Por catorce servicios encargados de la prestación del cuidado de enfermería en las diferentes áreas de carácter docente – asistencial: Enfermeras(os), Auxiliares de Enfermería; docentes y estudiantes, en los que encontramos la Unidad de Cuidado Intensivo pediátrica, la cual cuenta con ocho cubículos, dotados de tecnología que permite brindar cuidado con calidad a la población infantil, dos enfermeras por turno y 3 auxiliares de enfermería, un mensajero de lunes a viernes de apoyo logístico.
- Logística: Conformado por secretaria, camilleros y mensajeros asistenciales. (1)

### **1.6.1 Cuidado Intensivo Neonatal y Pediátrico**

La Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP) del Hospital Universitario de Santander, es una unidad de alta complejidad técnica, cuenta con ocho cubículos con monitorización permanente las 24 horas del día.

Al mismo tiempo la UCI Pediátrica cuenta con un equipo médico compuesto por: cuatro (4) médicos pediatras, con experiencia en Cuidado Intensivo Pediátrico, doce (12) enfermeras con experiencia en Cuidado Intensivo Pediátrico, trece (13) auxiliares de enfermería con experiencia en Cuidado



Intensivo Pediátrico, cuatro (4) Fisioterapeutas con experiencia en cuidado intensivo pediátrico, cuenta con sub-especialidades pediátricas como cirugía pediátrica, nefrología pediátrica, neurología pediátrica, endocrinología pediátrica, infecto pediatría; espacio para los padres con horarios de visita en la mañana 9-12am y en la tarde 2-4pm al lado de su hijo participando de su cuidado. Para lograr, permitir y brindar un cuidado integral con calidad humana; a la par de un manejo idóneo al paciente crítico pediátrico.

Su población comprende prematuros extremos, recién nacidos a término desde primer día de nacido hasta los 12 años de edad remitidos con Patologías Cardiovasculares y no cardiovasculares que requieran soporte inotrópico, monitoria y manejo especializado.

Las cardiopatías que se atienden en el Hospital Universitario de Santander con más frecuencia son: Ductos arterioso persistente, corazón izquierdo hipoplasico, dándoseles manejo inicial, para posteriormente ser remitidos a Unidades Cardiovasculares en donde serán tratados finalmente.

Las patologías no cardiovasculares más frecuentes que se atienden en la Unidad De Cuidados Intensivos Pediátrico Y Neonatal UCIP-N son: enfermedades como neumonías, insuficiencia respiratoria, asfixia perinatal, hipertensión pulmonar, sepsis neonatal, sepsis de origen abdominal, Guillan barre, leucemias, hernias diafragmáticas, Trauma craneoencefálico, insuficiencia renal, y shock séptico. (5)

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

A lo largo del tiempo hablar de muerte como lo plantea Galindo en fuente de vida y fuente de muerte *“es un fenómeno que infunde mucho temor y respeto, se expresa en un ambiente de misterio y con un lenguaje arcano difícilmente descifrable”* el autor enuncia *“velar por la vida en todas sus manifestaciones, pastorearla y cuidarla es el punto de arranque y horizonte de quehaceres de toda acción ética”*. (6)

Señalando lo antes mencionado por este autor sentir la muerte de un niño es una situación compleja y más aún en este país donde factores externos e internos de cada institución prestadora de salud permiten una insuficiente cobertura a la continuidad de los procesos y tratamientos de la enfermedad perdiéndose la oportunidad en el abordaje del menor y su acompañante; es donde las(os) enfermeras(os) se enfrentan a posturas confrontadas y evasivas, como resultado, con temor a la reacción de los padres, con indiferencia, agresividad y aprensión.

En Colombia para el año 2013, la tasa nacional de mortalidad infantil es de 16,73 defunciones en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos; se presenta un decrecimiento del 1,3 % con respecto a la tasa del año 2012. En Santander entre el 2008-2009 la tasa de mortalidad bruta para el 2010-2015 del 6.16%; con 12.375 defunciones en este periodo, la tasa de mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos con certificado DANE es de 326, la tasa de mortalidad en neonatos menores de 7 días es de 186 por cada 1000 niños nacidos vivos. Los departamentos con las tasas más bajas fueron: Quindío, Bogotá y Valle del Cauca. Por otro lado, los departamentos con tasa de mortalidad infantil más altas fueron Amazonas, Chocó, Guajira y Vaupés, el municipio con la menor tasa de mortalidad infantil fue Envigado (Antioquia) con 6,51%, la mayor tasa en el país la

presentó Puerto Alegre (Amazonas) con un valor de 84,43%. En el año 2014 la muerte en niños menores de un año de edad y en un año indeterminado de su etapa de vida, por cada 1000 nacidos vivos entre el género femenino y masculino ha reducido a un 15,02%, Colombia quedando a nivel mundial en el puesto 177 con una tasa de mortalidad del 5.36% por cada 1000 habitantes. (7)

El Hospital Universitario de Santander siendo una institución de tercer y cuarto nivel de complejidad que alberga a la población del Nororiente Colombiano para brindar servicios de atención, las estadísticas de la UCIP muestran que en el año 2015 y hasta julio del 2016 han ingresado a la unidad 320 niños, con una estadística de mortalidad de 43 niños aproximadamente esto equivalente al 13,4% agrupando ambos sexos, la población que ingresa a la unidad con edades promedio, desde el primer día de vida, hasta la adolescencia. (5)

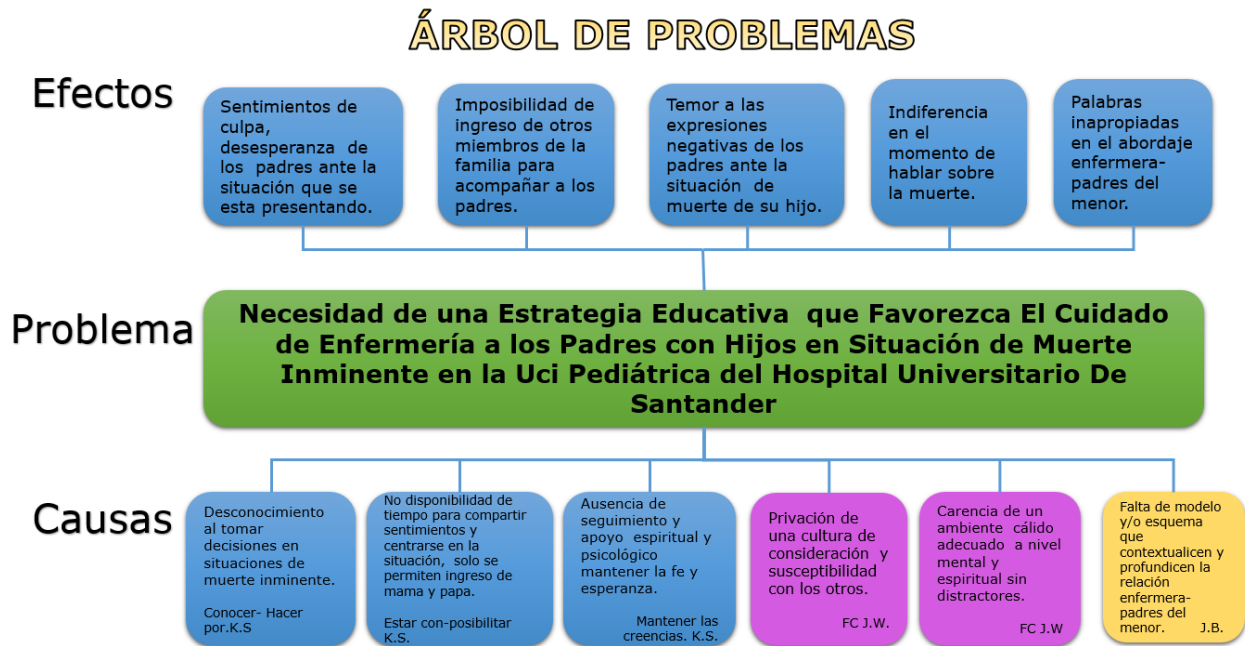
La procedencia del ingreso son sala de partos, urgencias, cirugía y hospitalización en un menor porcentaje; la periodicidad en el ingreso a la Unidad De Cuidados Intensivos Pediátrica y Neonatal (UCIP-N) de acuerdo a la edad y el área de ingreso bajo los criterios establecidos por la sociedad de neonatología y a nivel mundial son los recién nacidos pretermino extremo con bajo peso para la edad, asfixia perinatal, recién nacidos afectados por meconio, enterocolitis, membrana hialina, malformaciones congénitas que ponen en peligro la vida y en el área pediátrica son Neumonías complicadas, Dengue Grave, Shock Séptico y LLA neutrópico acompañados de sepsis, la mortalidad infantil en la unidad de cuidados intensivos pediátricos y neonatal en donde las causas más frecuentes de muerte fueron malformaciones congénitas, enterocolitis, recién nacidos pretermino extremo, aspiración de meconio; en pediatría las enfermedades fueron: Neumonía, Falla Ventilatoria, SDRA y Shock Séptico. Por lo anterior la muerte no puede ser un problema ajeno al equipo interdisciplinario que conforma la unidad en especial al personal de enfermería para el

acompañamiento a los padres ante la presencia de muerte inminente de su hijo o hija hospitalizada. (5) (8)

Se determina aplicar una encuesta a las enfermeras que laboran en la unidad de cuidado intensivos neonatal y pediátrico; con los resultados obtenidos se concluye que existen varios factores que dificultan el mantener un ambiente cálido y humanizado para el cuidado de enfermería a los padres con hijos en situación de muerte inminente, los resultados priorizaron el desconocimiento al tomar decisiones en situaciones de muerte inminente responde un 40%, no disponibilidad de tiempo para compartir sentimientos y centrarse en la situación actual, al mismo tiempo la carencia de horarios extendidos de visita e ingreso de otros miembros de la familia el 20% responde, déficit en el apoyo y seguimiento a nivel espiritual y psicológico por parte de la institución frente al contexto de afrontar la muerte inminente el 40 % responde, privación de una cultura de consideración y susceptibilidad con los otros, por la falta de educación y entrenamiento al personal de enfermería el 20 % responde con igual porcentaje en la pregunta 10 y 11 de la encuesta aplicada, dando resultados en ocasiones negativos como temor e indiferencia en un 10% ya que en el servicio no se cuenta con material de apoyo educativo que facilite la educación a la enfermera para abordar a los padres del menor. Por todo lo anterior ante estos efectos se crea la necesidad de diseñar e implementar una Estrategia Educativa que favorezca el cuidado de Enfermería a los Padres con Hijos en situación de Muerte Inminente en la UCIP del Hospital Universitario de Santander.

## 2.1 Árbol de Problemas

Ilustración N° 2 Árbol de Problemas



**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016

## **2.2 Involucrados**

En este proyecto de gestión se señalan como los beneficiarios directos al grupo de enfermeras de la UCIP y beneficiarios indirectos a los padres del menor como cuidadores permanentes; de acuerdo a los lineamientos institucionales y experiencias adquiridas en la práctica de la profesión. (9)

### **2.2.1 Beneficiarios Directos**

**Enfermeras:** La Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico del Hospital Universitario de Santander cuenta con personal entrenado con los valores y principios de la subgerencia de enfermería para brindar cuidado integral con humanización calidez y calidad al niño, sus padres y demás familiares cuenta con 25 enfermeras en su totalidad mujeres, siendo el 52% auxiliares de enfermería y 48% enfermeras profesionales, cuenta con 2 enfermeras especialistas en cuidado crítico. (9)

### **2.2.2 Beneficiarios Indirectos**

**Los Padres como cuidador permanente del Paciente Neonatal y Pediátrico:** Son las personas encargadas del cuidado directo, seguimiento permanente en todo el proceso de la enfermedad de su hijo (a) durante la hospitalización de principio a fin, de manera positiva o negativa (muerte inminente). Los usuarios que se abordan son del régimen subsidiado de todo el nororiente colombiano. (9)

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Sentir la muerte de un niño es un proceso complejo, resultado de la enfermedad, en numerosas ocasiones, es difícil de enfrentar, característica de una experiencia individual, privada e intransferible. Igualmente es una expresión confusa que involucra aspectos biológicos, familiares, sociales, legales, materiales y religiosos, siendo un acontecimiento dramático, difícil de consentir pues ocurre al principio de la vida. Es generador de ansiedad, dolor, sufrimiento, malestar e ira en el entorno familiar, situación inevitable, que en ocasiones debe ser aceptada con estoicismo. Así, la muerte se considera como una realidad que atemoriza, donde la huella que deja en las(os) enfermeras(os) es ineludible y profunda. (10)

Las(os) enfermeras(os) que se desempeñan en las UCIP se encuentran sometidos a presión psicológica, moral, agotamiento físico, estrés y una gran carga emotiva, la que influye negativamente en la comunicación entre el grupo médico, enfermería y la familia, los primeros emplean un lenguaje técnico, mientras que los padres perciben en cada una de los acercamientos un dramatismo especial y una presión del tiempo y atención a otros, dominando el escenario. De esta forma, la experiencia diaria no es suficiente como preparación para afrontar y favorecer el cuidado de los padres ante la situación de muerte inminente un niño en este caso hijo, nieto, sobrino, primo, hermano, frente a sentimientos de culpa, fracaso y negación, lo que representa dificultades para su enfrentamiento. El desgaste incesante del personal médico y de enfermería contra la muerte no siempre tiene efecto positivo en la prolongación de la vida del niño y es donde se relacionan aspectos bioéticos como limitación del esfuerzo terapéutico, encarnizamiento terapéutico a la hora de experimentar la muerte de un niño. (10)

Encontrar información para el marco referencial de este proyecto es insuficiente, son pocos los estudios e investigaciones que mencionen los aspectos emocionales, bioéticos, prácticas del personal de enfermería referente a la muerte de un niño son pocos, se ha encontrado que en los Estados Unidos, realizaron un estudio sobre la experiencia de enfermeras al cuidado de pacientes críticos moribundos, donde surgieron temas como el: afrontamiento, estrés laboral, la desconexión emocional y muerte inevitable. (10) En España se evaluó los niveles de ansiedad de los enfermeros de unidades de cuidados intensivos adultos y pediátricos, frente a la muerte de sus pacientes, reportando que los profesionales que asisten a niños tienen niveles más altos de ansiedad. Y se consideran menos capacitados en comparación a los que asisten a pacientes adultos. (10) En Brasil estudiaron la vivencia de la muerte en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal en enfermeros y auxiliares de enfermería, reportando sentimientos de: culpa, negación, fracaso y la muerte fue comprendida como un fenómeno de sentimientos contradictorios y dolorosos. (10) En Grecia y Hong Kong, concluyó, la mayoría de los enfermeros experimenta sensación de impotencia y dificultad en la comunicación con sus padres durante la fase terminal de la enfermedad, reconociendo que la muerte inminente o real provoca un proceso de duelo, que oscila entre evitar la pérdida y el dolor. (10) En Chile, un estudio encontró que la edad, la preparación de pregrado acerca de la temática, los años de experiencia profesional influyen significativamente en la actitud de los enfermeros(as) ante la muerte de pacientes, es importante que existan espacios físicos para la atención del paciente moribundo, así como instancias de apoyo psicoemocional, espiritual, preparar en el pregrado con lo referente al tema para reafirmar una actitud positiva, reflejado en una mejor atención, disminuyendo los temores y ansiedad del personal. (10)

Nuestro interés y la necesidad de realizar este proyecto se creó frente a la problemática, vivida por el grupo de enfermeras de la UCI Pediátrica del Hospital Universitario de Santander, en el momento de brindar un cuidado



integral, las enfermeras sustentan que afrontar a los padres en compañía del médico para dar información sobre la avanzada fase de la enfermedad y la situación de muerte inminente de su hijo es difícil. (11) La relación de cuidado está basada en la creencia, los niños(as) no nos pertenecen, ni su cuerpo, ni su espíritu; esto ayudará a no lastimarlo y respetarlo como tal hasta el día de su muerte. (12)

En la UCI pediátrica el ingreso del paciente en cualquier etapa cronológica de su vida; la enfermera se alista para varios encuentros con él niño, sus padres y los otros miembros de su familia (tíos-abuelos-hermanos-madres sustitutas del bienestar familiar). Con relación a la filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson se asume que "el día a día" de la práctica de la enfermera empieza evolucionando moralmente con una "Formación humanista-altruista en un sistema de valores" donde el momento de cuidado se puede interpretar al dar acogida a la persona enferma una vez ingresa a la unidad de cuidado intensivo. (13) (12)

Los pacientes difíciles con riesgo de muerte son categorizados según su situación clínica progresiva posponiendo el tiempo de aparición de su enfermedad de base ya sea aguda o crónica. Deben clasificarse en cuatro estados, el crítico, el "sin esperanzas", el terminal y el moribundo o agonizante. Naturalmente, la muerte súbita queda excluida por tiempo de vida quedando invertido en su resucitación cardiopulmonar si ésta se hubiera podido efectuar y el resultado fue tener éxito. (14)

En primer lugar el cuidado humano involucra compromisos y acciones de cuidado, tomando como elementos de la ciencia del cuidado la asistencia de las necesidades humanas demostrados al contacto con el niño en la adaptación a un entorno diferente al habitual; donde inicia su proceso de hospitalización y el desprendimiento de sus padres; esta situación inicia

con la monitorización, la colocación de dispositivos biomédicos invasivos para un control hemodinámico, dejar su cuerpo al descubierto solo con la protección de un pañal, todo esto para valorar y detectar cambios fisiológicos (patrón respiratorio, distensión abdominal, edema generalizado, etc.) (13)

En segundo lugar, al acostarlo en una cama fría extraña es el caso de los lactantes y preescolares y los neonatos en una incubadora abierta o cerrada; con temperatura ajustada para su edad (13). En relación a los elementos que constituyen la ciencia del cuidado en promoción de la enseñanza- aprendizaje permite a la enfermera tener sentido de responsabilidad. En tercer lugar, el contacto enfermera-padre es dar información vs educación empleando las políticas de seguridad del paciente y políticas de humanización institucional. (13) (4).

Por otra parte, haciendo referencia a la Filosofía y teoría del cuidado humanista donde sirve de inspiración para la creación del modelo empírico y aplicable (15) de Kristen Swanson planteando la teoría de los cuidados en 1991 (15); donde concibe que el cuidado y la educación es una forma de relacionarse entre la enfermera y el paciente, ella propone dentro de su teoría cinco categorías que en nuestro día a día y ante situaciones de muerte se van interpretando de diferentes formas una de ellas es: mantener las creencias es ahí donde se procura, cuida y gestiona, dar unas condiciones dignas al final de la vida mostrando sensibilidad y respeto hacia los padres del menor ante la situación de muerte inminente de su hijo hospitalizado. (16,15)

A partir de aquí al adoptar las cinco categorías o procesos de cuidado de la teoría de los cuidados de Kristen Swanson adaptado el conocer y estar con, articulado con la teoría transpersonal de Jean Watson en "La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos" a través del acompañamiento a los padres del menor en el comprender la situación crítica de su hijo y el alto riesgo de muerte inminente se nos convierte en un reto de enfermería. (17,15)

Al mismo tiempo al adaptar el hacer por y posibilitar nos permite brindar una ayuda terapéutica a los padres ante la situación de muerte de su hijo al permitir el ingreso de otros miembros de su familia para acompañarlos en su proceso de duelo donde la ira tiene interrogantes como: ¿no es justo? ¿por qué a mí? ¿Por qué mi bebé? Del mismo modo la etapa de la negociación de acuerdo a su comportamiento y práctica religiosa para mantener la fe y la esperanza reforzando el apoyo espiritual; de modo similar se permitiría el refuerzo psicológico en la etapa de depresión y aceptación para responder a interrogantes como *¿Estoy tan triste, ¿por qué hacer algo?; ¿mi hijo se va a morir, ¿qué sentido tiene la vida sin él?; ¿voy a extrañarlo? ¿por qué seguir?* (18)

Visto desde la perspectiva, articulando en este trabajo las teorías de enfermería Jean Watson, Kristen Swanson y el teórico de educación Jerome Bruner basado en su teoría de instrucción; adoptando sus principios, fundamentos y procesos con un solo objetivo general enseñanza-aprendizaje, donde la elección de la teoría de los cuidados de Swanson se apoyó principalmente por su significancia social por su naturaleza humanista, teórica y disciplinar, por otra parte se elige también a Jean Watson su relación de cuidado transpersonal se caracteriza por la unión de dos personas donde el espacio, el tiempo y la historia de vida por muy corto que sea trasciende, y por último se elige a Jerome Bruner por su teoría del aprendizaje, propias del funcionamiento cognitivo, pensamiento y lenguaje, resolución de problemas y significado, a un enfoque simbólico donde "tu ejemplo me enseña" .

Finalmente toda la información se obtuvo al aplicar la encuesta a las enfermeras de la UCIP-N donde resaltan "para ofrecer un acompañamiento cálido y humanizado a los padres ante la situación de muerte inminente de su hijo se debe trabajar en corregir los siguientes aspectos: falta de tiempo, espacios reducidos, temor a la reacción y los sentimientos de los

padres, indiferencia por parte del personal que labora en la unidad ante el evento, las sugerencias fueron acompañamiento y seguimiento espiritual para mantener la fe y la esperanza y por psicología para dar y permitir el ingreso de otros miembros de la familia, entrenamiento al personal sobre cómo dar malas noticias, primeros auxilios psicológicos, evitar los distractores para un ambiente mental óptimo; de esta modo se crea la necesidad de aplicar una estrategia educativa de enfermería para favorecer el cuidado de enfermería a los padres con hijos en situación de muerte inminente en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Universitario De Santander.

## **4. SOPORTE TEÓRICO**

Los modelos teóricos a adoptar y aplicar en el proyecto de gestión están apoyados y articulados entre sí por los teóricos en enfermería Jean Watson con sus fundamentos de la teoría de los cuidados transpersonales; Kristen Swanson teoría de los cuidados y el teórico Jerome Bruner con la teoría de la instrucción; donde se tendrán en cuenta unos de sus fundamentos y componentes.

### **4.1 Jean Watson**

Enfermera estadounidense notoria teórica contemporánea. Nació en Virginia Occidental. Inició su carrera en la Escuela de Enfermería Lewis Gale finalizando sus estudios de pregrado en 1961. Obtuvo luego un Bachelor of Science en Enfermería (1964) en el Campus de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría (1966) en el Campus de Ciencias de la Salud y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial (1973) en la Graduate School del Campus de Boulder.

Fundó el Center for Human Caring en Colorado y fue Fellow de la American Academy of Nursing. En 2007 creó una entidad, el Watson Caring Science Institute, parte del International Caritas Consortium.

Obtuvo ocho doctorados honoris causa de universidades de Suecia, Gran Bretaña, España y Canadá, Japón, Turquía, Perú entre otras y recibió numerosos premios. Como autor /coautor de 30 libros y más, sobre el cuidado a partir de mediciones empíricas y la investigación internacional, sus filosofías modernas de cuidado y tratamiento, la ciencia del cuidado y el cuidado como ciencia sagrada, el avance global de la alfabetización, sus libros han recibido premio por la revista American Journal of "libro del Año" tratando de crear un puente entre los paradigmas y la transformación de

los modelos del siglo 21; en el 2013 la Academia Americana de Enfermería la consagro como una leyenda viviente, su nivel de más alto honor. (19)

La teoría de Jean Watson es útil, accede a plantear filosofía de cuidados, con un lenguaje teórico propio y una relación entre teoría-práctica las fuentes filosóficas de la teoría de Watson son: el alma, la evolución espiritual, el yo interior, las experiencias subjetivas-objetivas, la armonía, la casualidad y el tiempo, la evolución espiritual, y la auto trascendencia, aspectos siempre presentes en la profesión de enfermería, pero opacados o subvalorados por el enfoque tecnológico. (19) (12)

### **TEORÍA DE LOS CUIDADOS TRANSPERSONALES**

La elaboración la teoría de los cuidados transpersonales de (Jean Watson) se fundamentó en siete supuestos y diez factores de cuidados o factores caritativos de cuidados. En primer lugar, los supuestos, que son proposiciones asumidas como verdad sin comprobación. En segundo lugar, los factores de cuidados que se adoptaran para la ejecución del proyecto son cinco, las cuales expondremos a continuación:

1. *"Incorporación de la fe - esperanza"* (19) Se convierte en permitir y mantener las creencias profundas y subjetivas del individuo. Este individuo libre, con creencias propias. Este elemento habla de la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, influenciadas desde la perspectiva de las oraciones y los milagros, de este modo, el permitir que los padres cultiven sus creencias y ejecuten sus rituales permitiendo mantener la fe en ellos mismos, contribuye a la sanación manteniendo la salud. Todo esto son costumbres de muchas culturas a nivel mundial. (12)
2. *"El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros"* (19) Es el comienzo a la sensibilidad y la compasión entre el grupo de

enfermeras de la unidad de cuidado intensivo pediátrico. Estos sentimientos son parte de nuestra vida, es habitual que, en la práctica, sean separados por el desarrollo profesional, como resultado las personas tienden a esconder, negar o disimular sus sentimientos.

Una persona que se rehúsa a reconocer sus propios sentimientos, difícilmente logrará entender los de los otros. Por otra parte, se protege al paciente y la familia de sentimientos negativos, para que no llore, o muestre ansiedad. ¿Es sensato evitar que una madre mire el rostro de su hijo que ha muerto? ¡No!!, esto aumentará el dolor, y negará la evidencia que iniciará el duelo. Esta experiencia se apropia del dolor de otro, por desgarradora que sea. En estas ocasiones el silencio, el respeto y un abrazo son útiles; y humanos. Por tanto, la expresión de los sentimientos define empatía con otros que trasciende el propio yo dando relevancia a la formación de valores, el desarrollo evolutivo moral y ético, el ser auténtico ante la vulnerabilidad de un hijo muerto y el dolor de los padres y otros miembros de la familia. (12)

3. *"El desarrollo de una relación de ayuda y confianza"* (19) La relación de cuidado depende de la confianza la cual va unida con la aceptación de sentimientos positivos y negativos, fomentados por la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, percepción de la realidad y apego a la verdad. Watson delimita tres expresiones para evitar la incongruencia: la primera expresión, las enfermeras/os no deben jugar roles fijos, ni emitir discursos programados esto bloquea la autenticidad y aleja al paciente y familia; la segunda expresión, el ser capaz de reconocer las dificultades teniendo en cuenta que toda comunicación tiene emisores y receptores; y la tercera expresión si bien las experiencias que otorgan los pacientes son vitales, también lo son las propias experiencias. Este es un proceso de auto aprendizaje, en el que la reflexión es fundamental. (12)

4. "La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal" (19) Esto deriva a tratar de mantenerse en el marco referencial del otro. Este factor de cuidado es el que más ayuda al paciente a ser partícipe activo del estado de su propia salud y a tomar las decisiones en pos de mantenerla, recuperarla, mejorarla, o prepararse para eventos como la muerte inminente. Watson considera que la educación que se brinda es ante todo información, concreta en una lista de acciones a realizar o a evitar.

Dicha información requiere establecer educación personalizada al conservar una actitud respetuosa hacia las características del paciente, comunidad o población. De tal manera dirige y persigue cambios de conducta positivos y proactivos de los pacientes y en este caso del personal de enfermería de la UCI pediátrica cambio que –según Watson– es difícil de obtener, si no se incorporan nuevos paradigmas. La información –prosigue Watson– es un componente de la educación, pero no el todo. Por escasez de tiempo, o motivación, se suele seguir informando a los pacientes, los padres y sus familiares, sin educarlos, y sin educarse a través de ellos, ya que la educación es un proceso de retroalimentación para ambas partes, y no una entrega de conocimientos. Personalizar los cuidados es personificar, sinónimo de marcar la diferencia, en buenas cuentas ser auténtico, ecuánime. (12)

5. "La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural" (19) se convierte en: creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia garantizando confort, dignidad y paz. Watson divide este ambiente en externo e interno, son interdependientes entre sí. Ambos contienen variables del medio ambiente externo, como seguridad, confort, abrigo; y del medio ambiente interno la autorrealización, comunicación. A partir de estas



variables surgen las necesidades, que Watson define el requerimiento de una persona, al estar satisfecho, alivia o disminuye su angustia y dolor, esto corrigiendo su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del paciente, familia y comunidad. (12) (19)

## **4.2 Kristen Swanson**

Kristen M. Swanson, nació el 13 de enero de 1953 en Providence, Rhode Island. Se licenció en la University of Rhode Island School of Nursing, en 1975. Después de graduarse, Swanson comenzó su carrera como enfermera en la University of Massachusetts Medical Center, en Worcester. Posteriormente, la atrajo a esta institución fue la orientación del fundador hacia una visión de la práctica profesional de la enfermería y que trabajaba activamente con las enfermeras para aplicar esos ideales al trabajo con los clientes. (20)

Lo que más deseaba Swanson como enfermera era convertirse en una profesional técnicamente informada y hábil, con el objetivo de enseñar esas destrezas a otros. De ahí posee estudios de posgrado en el Programa de Enfermería de la Salud y de la Enfermedad de Adultos en la Universidad de Pennsylvania, en Filadelfia. Tras recibir un Máster en Enfermería (1978), Swanson trabajó como instructora clínica de enfermería médico quirúrgica en la University of Pennsylvania School of Nursing y, posteriormente, se matriculó en el programa de doctorado de enfermería en la Universidad de Colorado (Denver), donde estudió enfermería psicosocial haciendo firmeza en la exploración de los conceptos de pérdida, estrés, adaptación, relaciones interpersonales, persona y ser persona, entorno y cuidados. (20)

En el doctorado Swanson participó en un grupo de soporte al nacimiento por cesárea, experiencia práctica con actividad de promoción de la salud. En uno de los encuentros, centrados en el aborto, observó que, el médico,

se centraba en la incidencia y en los problemas de salud prevalentes, después del aborto, las madres asistentes estaban más interesadas en hablar de sus experiencias personales por la pérdida gestacional. A partir de aquel día, decidió aprender más sobre la experiencia humana; así, los cuidados y el aborto se convirtieron en el tema de su tesis doctoral y, posteriormente programa de investigación.

### **Teoría de Los Cuidados**

Al tomar la teoría de los cuidados de Kristen Swanson se observa que las teorías de rango medio tienen ventajas respecto a las grandes teorías o modelos de enfermería, estas permiten ser aplicadas en el quehacer diario para fundamentar la disciplina profesional. Son útiles para orientar la práctica de enfermería, en el ámbito asistencial, educativo e investigativo. Dando mayor significancia social al arte del cuidado, en especial cuando se trata del cuidado de enfermería. (16)

Con base en sus tres estudios, Swanson identificó empíricamente y descubrió cinco categorías o procesos de cuidado: conocer, estar con, hacer por, permitir y mantener las creencias. Según esto, el cuidado específicamente conoce o trata de entender un hecho con importancia en la vida del otro; estar con el otro, significa, estar emocionalmente presente con el paciente y sus miembros de la familia; hacer por o hacer para es cuanto el sujeto haría por sí mismo(a) si fuera posible; ayudar o facilitar el paso del otro por transiciones de la vida o por situaciones desconocidas en este caso situación de muerte inminente; permitir, capacitar o lograr que el otro esté informado o conozca acerca de su estado de salud y de los procedimientos que se le deben realizar; y por último, mantener la confianza o mantener las creencias, que se refiere a la capacidad del otro de salir adelante a través de un hecho o transición, y dar la cara a un futuro pleno, también con asistencia espiritual. (16)

Aplicar la teoría permite sustentar la práctica de enfermería de manera coherente y trascendente para el sujeto de cuidado en este caso los padres del menor hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos. A continuación, ligado a la situación se analiza la teoría de los cuidados en una situación de muerte inminente, a partir de las cinco categorías propuestas en la teoría de los cuidados de Swanson, vinculando los conceptos:

- **Conocer:** Es esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, indagando y valorando meticulosamente un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado. El conocer implica identificar el deseo de los padres u otros miembros de la familia de ser comprendidas por su experiencia, permite una relación enfermera paciente basada en la empatía y la confianza, garantizando bienestar para el sujeto de cuidado. (16)
- **Estar con:** Representa estar emocionalmente presente con los padres; incluye estar allí en persona, disponible y compartir sentimientos sin incomodar los sentimientos ajenos. Asegura a la persona que su realidad es apreciada y que la enfermera está lista y dispuesta para acompañarla y escuchar su experiencia; No solo en presencia física sino también disponible emocionalmente con la habilidad de soportar el dolor del otro. (16)
- **Hacer por:** Significa hacer por otros lo que se haría por uno mismo si fuera posible; adelantarnos a las necesidades, confrontar, actuar con habilidad y competencia, proteger al niño y sus padres respetando su dignidad. Las acciones por parte de la enfermera en beneficio del bienestar de la persona, como resultado se identifican cuando la enfermera por medio de la comunicación terapéutica brinda consuelo, fortaleza y ánimo, con el fin de favorecer el bienestar y la integridad emocional, espiritual y social de los padres del menor en situación de muerte inminente. (16)

- **Capacitar o Permitir:** Proporciona facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acompañamiento, informando, explicando, apoyando, dando validez a los sentimientos, generando alternativas, proponiendo realimentación; implica brindar a personal de enfermería entrenamiento, información y explicación al otro; a través de su experiencia, buscando generar alternativas. (16)
- **Mantener las Creencias:** Mantener la fe en la capacidad del otro, de superar un acontecimiento, y enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza ofreciendo un optimismo realista ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación. La enfermería por medio de un cuidado integral busca ayudar a los pacientes y a su familia a afrontar situaciones de dolor o pérdida mediante estrategias que permitan aminorar el dolor que se siente ante la eminencia de muerte o de la muerte misma, mediante el apoyo espiritual y psicológico entre otros.

### **4.3 Jerome Bruner**

Jerome Seymour Bruner; nacido en Nueva York, 1915 – 2016. Psicólogo y pedagogo estadounidense. Ejerció su cátedra de Psicología Cognitiva en la Universidad de Harvard junto con G. Miller, fundó el Center for Cognitive Studies, considerado el primer centro de psicología cognitiva. Jerome Bruner fue director de este centro, ubicado en la misma universidad de Harvard, donde B. F. Skinner impartía su teoría del aprendizaje operante. Posteriormente se trasladó a Inglaterra, donde dictaría clases en la Universidad de Oxford.

El interés de Bruner por la necesidad de estructurar adecuadamente los contenidos educativos le llevó a desarrollar una teoría al igual que Piaget, observó que la maduración y el medio ambiente influían en el desarrollo intelectual, y centró su atención en el ambiente de enseñanza, se concentró en las responsabilidades del profesor más que en las del estudiante.

Jerome Bruner habla de tres modelos de aprendizaje: inactivo, icónico y simbólico. En el modelo inactivo de aprendizaje se aprende actuando, imitando y manipulando objetos, los adultos suelen usar este modelo cuando intentan aprender tareas psicomotoras complejas. Los educadores pueden inducir a los estudiantes a usar este modelo de aprendizaje suministrando demostraciones en actividades de representación de roles, modelos y ejemplos de conductas. (21)

Por otro lado, el modelo icónico de aprendizaje implica el uso de imágenes o dibujos, para aprender conceptos y principios no demostrables fácilmente. Los educadores pueden lograr que se adquieran estos contenidos educativos proporcionando a los estudiantes dibujos y diagramas relacionados con el tema ayudándoles a crear imágenes adecuadas. Requiere, por lo general, menos tiempo que el modelo inactivo.

Al tratar de las ayudas educativas, Bruner recomienda el uso de diapositivas, películas y de otros materiales visuales. Estos medios aportan experiencias sustitutivas e imágenes que sirven para enriquecer y complementar las experiencias del estudiante. (21)

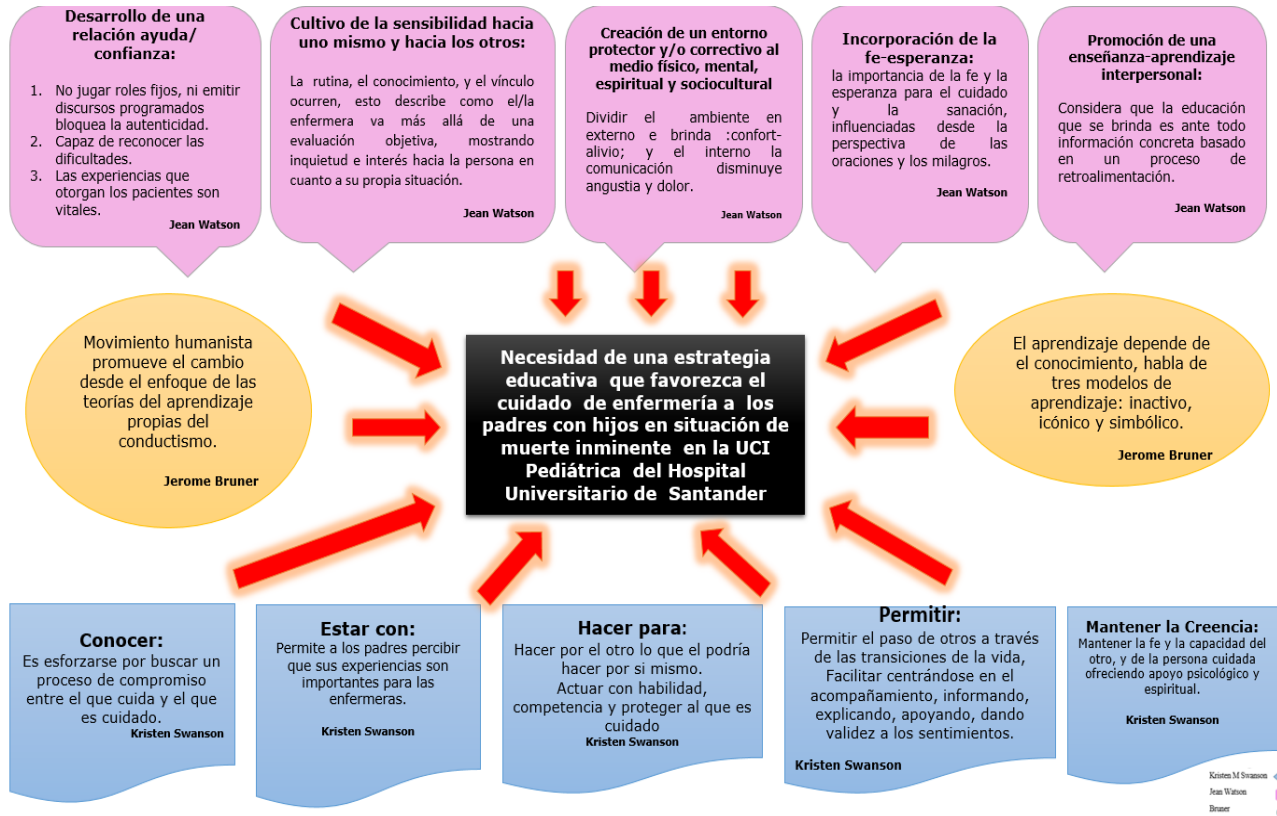
Como complemento el modelo simbólico de aprendizaje hace uso de la palabra escrita y hablada. El lenguaje, es el principal sistema simbólico que utiliza el adulto, aumenta la eficacia de almacenamiento de los conocimientos y con que se comunican las ideas. Bruner detalló las ventajas de la capacidad para clasificar los acontecimientos en categorías conceptuales, las cuales ayudan a simplificar, encontrar semejanzas, elimina la necesidad del reaprendizaje constante, permite poner en práctica una conducta

determinada en situaciones diferentes y mejora la capacidad para relacionar objetos y acontecimientos. (21)

El aprendizaje sería por tanto un proceso de categorización o adquisición de conceptos, en el cual el lenguaje juega un papel fundamental. Jerome Bruner propuso el diseño del "currículo en espiral" o "rotafolio" para facilitar la comprensión de contenidos de aprendizaje. En la transmisión de conocimientos, el educador realiza primero la tarea él mismo para demostrar que es posible hacer algo interesante, procurando resaltar las distintas partes del proceso. (21)

## 4.4 RELACIÓN DE LOS TRES TEORISTAS

Ilustración N° 3 Relación de los tres teóricos



**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016

#### **4.4.1. ANÁLISIS DE LA ILUSTRACIÓN**

La importancia de favorecer el cuidado de enfermería a los padres en situación de muerte inminente de su hijo (a) hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo pediátrico UCIP del Hospital Universitario de Santander hace ver la necesidad de reforzar el aprendizaje mediante conductas que fortifiquen sus conocimientos fomentando y sensibilizando el cuidado, creando lazos de empatía que permita al personal de enfermería conocer el significado de los eventos para los demás, permitiendo considerar siempre al otro sin anteponer normas que la hagan ver de cierta forma como una persona deshumanizada, ayudar al otro cuando este no pueda o este en capacidad de realizar actividades para su bienestar ofreciendo apoyo psicológico y espiritual promoviendo conductas que los lleve a afrontar las situaciones difíciles, viendo a cada persona de manera individual ofreciendo cuidado individualizado, permitiendo la expresión de sentimientos positivos y negativos que interfieran en el momento de acompañamiento a los padres ante la presencia de muerte inminente. Articulando a los tres teóricos con una particularidad que los une la enseñanza-aprendizaje de manera humanista el cual se verá reflejado en el resultado final folleto, rotafolio y video adoptando sus principios, fundamentos y procesos con un solo objetivo general enseñanza-aprendizaje, donde la elección principal es la teoría de los cuidados de Swanson su apoyo principal fue su significancia social, naturaleza humanista, teórica y disciplinar, por otra parte se elige a Jean Watson su relación de cuidado transpersonal distinguido por la unión de dos personas donde el espacio, el tiempo y la historia de vida por muy corto que sea trasciende, en tercer lugar se elige a Jerome Bruner por su teoría del aprendizaje, propias del conductismo, a un enfoque más cognoscitivo y simbólico donde "tu ejemplo me enseña" .



## **5. SOPORTE CONCEPTUAL**

### **5.1 Estrategia Educativa**

Estrategia es un plan para dirigir un asunto. Una estrategia se compone acciones planificadas que ayudan a tomar decisiones y conseguir los mejores resultados posibles. La estrategia educativa está orientada a alcanzar un objetivo siguiendo una pauta de actuación. Una estrategia comprende una serie de tácticas que son medidas concretas para conseguir uno o varios objetivos. (21)

La estrategia educativa se refiere al arte de proyectar y dirigir enseñanza-aprendizaje; el estratega planea, establece y dirige las actividades para lograr los objetivos propuestos. Así, las estrategias de aprendizaje hacen referencia a una serie de actividades cognitivas que el estudiante lleva a cabo para crear, organizar, integrar y elaborar información que sirven de base a la realización de tareas intelectuales y que se eligen con el propósito de facilitar la construcción, permanencia y transferencia de la información o conocimientos. (22)

Por otra parte, definen estrategia educativa a lo que concretamente se puede decir, "Está orientada a alcanzar un objetivo siguiendo unas pautas de acción que ayudan a tomar decisiones y conseguir los mejores resultados. La estrategia educativa comprende una serie de tácticas que son medidas más concretas para conseguir uno o varios objetivos racionados que sirve para contribuir a solucionar vacíos de educación en personas y comunidades, se puede realizar a través de folletos, rotafolios, plegables, cartillas, entre otros." (23)

## **5.2 Cuidado**

El cuidado es una actividad de todo profesional del área de la salud, pero en enfermería, se destina más esfuerzo, tiempo y dedicación a cada una de las necesidades del paciente, familia y entorno. El cuidado tiene dos dimensiones: primera inmersa en la cultura, con sus prácticas individuales y colectivas; y la segunda moral, concede al cuidado un valor, un bien, que legitima el actuar Watson reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo del ser humano, es la base fundadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería. Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud. (12)

Además, derivó inductivamente la definición de cuidado como una forma sustentadora de relacionarse con otro, hacia quien uno tiene un sentimiento personal de compromiso y responsabilidad. (16)

El cuidado requiere acercarse realmente e involucrarse en la experiencia y en la realidad de vida del otro para poder comprender y responder verdaderamente a las demandas de cuidado desde sus expectativas, necesidades y recursos. (16)

## **5.3 Acompañamiento**

Acción y efecto de acompañar, alude al efecto de brindar compañía, términos todos derivados del latín "companion" que hace referencia a compartir el pan. Es esencial en el acompañamiento humano la idea de compartir, ayudar, sin invadir al otro, ir juntos en busca de metas, afrontando los vaivenes del destino, disfrutando los buenos y malos momentos luchando frente a las adversidades. (24)

El acompañamiento es necesario en todos los instantes de la vida, pero a veces es necesario, en una enfermedad grave o un dolor profundo;

familiares, amigos y personas especializadas en cuidados brindan generalmente acompañamiento en casos que requieren un tratamiento especial, para el personal de salud al acompañar lo más importante es mostrarse desnudo sin prejuicios, sin ideas prejuizadas de juicios y deseos negativos, el objetivo es permitir que los padres tengan su propio proceso dándoles lo que ellos necesiten, con espacio para hacerlo las herramientas más útiles son el silencio, la escucha y las preguntas; no tratar de llenar el silencio con opiniones, consejos, distracciones podrá ser incomodo pero en ellos esa incomodidad permite expresar sus sentimientos más profundos, sin olvidar que "toda confesión dolorosa necesita un tiempo para ser elaborada, después de un gran silencio suele llegar una gran confesión, así que lo que hacemos es callarnos y escuchar" las preguntas son la tercera herramienta, que facilitan que el otro nos exprese lo que siente, lo que piensa. (25) (26)

#### **5.4 Familia**

La hospitalización de un hijo frecuentemente es vivida como un hecho inesperado para los padres. En muchas ocasiones implica un riesgo vital o funcional que provoca en los padres una situación de angustia intensa que los desborda, podemos hablar de crisis vital familiar, en donde todos los integrantes del núcleo familiar se ven afectados. (27)

Para los padres es una situación estresante, que se manifiesta en reacciones como ansiedad, indefensión, miedo, depresión, confusión, disminución del rendimiento, alteraciones del sueño y pensamientos intrusivos. La familia constituye para el individuo fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también se puede convertir en fuente de insatisfacción, malestar, stress, y enfermedad, las alteraciones de la vida familiar pueden provocar variación emocional, desequilibrio y descompensación, del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales, se encuentra el inicio de

enfermedades crónicas o alteraciones de estas. El niño se encuentra inmerso en el núcleo familiar y se ve muy influenciado y determinado por el mismo, el abordaje debe ser situacional, puesto que *“no hay niños enfermos sino familias enfermas”*, en donde cada uno de los integrantes aporta un ingrediente a la situación de enfermedad. (27)

## **5.5 Muerte Inminente**

Inminente es un término latino que se encuentra determinado por tres elementos, “in” indica adentro o entrar; “minare” traduce amenaza y el sufijo “nte” se emplea como sinónimo de agente; traduciendo la palabra inminente como “agente de amenaza o situación que sucederá”. (28)

La medicina ha definido la muerte, la ha ordenado, clasificado y, de algún modo, le ha otorgado otro estatuto en el imaginario social. Tanto que ha podido presentarle a la humanidad una nueva dimensión del ser humano que ha llamado muerte encefálica y a partir de ella una nueva representación del cadáver ante los ojos de las sociedades. La medicina así, va creando cultura<sup>1</sup>. En el último tiempo el ingreso de nueva tecnología al campo de la salud, (especialmente las técnicas de soporte vital), no solo han tecnificado las formas de morir, sino también cambiado algunos aspectos simbólicos, a través de un ocultamiento de la muerte, tanto en los hábitos y actitudes, como en los rituales y el lenguaje que hace referencia a ella. Así las decisiones aún están fuertemente influenciadas por las creencias y valores de los médicos, más que por factores de los pacientes y, mientras progresivamente la autonomía de los pacientes está aceptándose, el rechazo de tratamiento no siempre lo es, en particular si se considera que el mismo es en algo eficaz. Existe una amplia gama de problemas en el final de la vida y no será aquí posible desarrollarlas. Enunciaremos solo algunas de crucial importancia: a.- la distinción entre paciente crítico, paciente crónico y paciente terminal, que establece una diferencia fundamental en el alcance de las decisiones dentro de la

clasificación para la toma de decisiones al final de la vida Grupo 3: Se incluyen aquí las decisiones de los padres por sus hijos, las que tienen validez ética y legal siempre y cuando no vayan en contra de lo que se considera el mayor beneficio para el menor. En este grupo el estándar a emplear será siempre el de "mejor interés". Cada vez más sin embargo se está considerando la opinión de los niños, particularmente en temas: deseos y emociones al final de la vida y estos deben ser tenidos en cuenta. Por otro lado, los adolescentes a medida que van adquiriendo capacidad para decidir pueden intervenir en sus decisiones de manera protagónica. El caso de los pacientes crónicamente enfermos, presenta en general una amplia gama de posibilidades respecto a la competencia, que deben ser evaluados en cada caso. Si no se conocen los deseos del paciente o no se cuenta con un representante del mismo que los pueda expresar, en una situación determinada, también puede aplicarse el criterio de mejor interés.

(29)

## **5.6 Paciente Pediátrico**

La edad pediátrica comprende desde el nacimiento hasta los 14 o 16 años, abarcando cronológicamente desde el neonato prematuro, término, pos término, lactante, niño y adolescente con diferentes características. En el paciente pediátrico, el niño, hay dos procesos determinantes, el crecimiento por aumento de tamaño corporal y el desarrollo por aumento de complejidad funcional, ambos importantes en el primer año de vida. Crecimiento y desarrollo hacen que el niño presente unas características ajustadas a su morfología, fisiología, psicología y patología. Estas diferencias se acentúan, cuanto menor sea la edad, así serán máximas en el neonato y el lactante (especialmente en el neonato preterminó), para hacerse mínimas a partir de los 12 años.

Los pacientes pediátricos se pueden clasificar según la edad, así distinguiremos:

**El Neonato:** Desde el nacimiento hasta el mes de vida "newborn" en países anglosajones. Neonatos preterminó o prematuros son aquellos de menos de 37 semanas de gestación. La edad gestacional límite de viabilidad va descendiendo, actualmente se plantea reanimar fetos por encima de las 22 semanas, asumiendo que 24-26 semanas de gestación corresponden a fetos con un peso de alrededor de los 500 grs., con una supervivencia del 50% existiendo secuelas retraso en el neurodesarrollo. Este grupo de edad se caracteriza por la extrema inmadurez funcional, con las típicas apneas, patologías características, como la enterocolitis necrotizante, la hemorragia intracraneal, el síndrome de la membrana hialina, etc. **El Lactante:** Entre 1 mes y 12 meses ("infant" comprende de 1 hasta los 23 meses). **El Niño:** De los 2 a 12 años ("child"). Preescolares hasta los 5 años y escolares a partir de los 6 años. **El Adolescente:** De los 12 a los 18 años ("adolescents"). (30)

## **5.7 Folleto**

Un **folleto** es un texto impreso mínimo de hojas, que sirve como instrumento educativo o publicitario. Su forma de distribución es variada: situándolo en el propio punto de venta, mediante envío por correo o entregarlo persona a persona. Para la elaboración efectiva de un folleto recomiendan: Redactar títulos y subtítulos claros y atractivos; exponer argumentos completos, beneficios, con resumen de los mismos incluir fotografías atractivas con demostración del contenido, argumentar en una secuencia lógica para cumplir con el objetivo de captar la atención del público en el tema. (31) (32)

## **5.8 Rotafolio**

Medio gráfico y visual, material didáctico, por una serie de hojas o folios, se da información a pequeños grupos de personas, con conceptos básicos un tema específico, por medio de imágenes con poco texto; estos perfectamente integrados con una lógica y fin determinado, se utiliza en reuniones con comunicación gráfica, sala de juntas, aulas. Posee características como portada, objetivos, particularidades del tema, síntesis, utilidades, tipo de letra, ventajas y desventajas. (33)

## **5.9 Video**

Material audiovisual utilizado como medio didáctico, empleado de manera adecuada, facilita a los profesores la transmisión de conocimientos y a los alumnos el aprovechamiento de éstos. La utilización del vídeo dentro del aula es más frecuente. En dicho trabajo se presentará con la finalidad de despertar el interés y complementar el proceso de enseñanza-aprendizaje de una manera dinámica. (31)

## **6. ASPECTOS ÉTICOS**

La Bioética trata de un movimiento, un trabajo interdisciplinario, un proceso creciente de búsqueda de valores morales a favor de la salud y la vida humana, trata de vincular la ética con la biomedicina, de humanizar la Medicina y defender los derechos del paciente con la investigación en torno a la vida del hombre desde su concepción hasta su muerte. (34)

En este trabajo se tienen en cuenta los siguientes aspectos éticos centrados en una unidad de cuidado intensivo articulados como complemento al contenido del trabajo: ortotanasia, beneficencia, no maleficencia, justicia autonomía, limitación del esfuerzo terapéutico.

**6.1. Ortotanasia:** Teniendo en cuenta que la ortotanasia es “muerte digna” el personal de enfermería permitirá en situación de muerte inminente, ocurra según el trascurso de la enfermedad aliviando el dolor y disminuyendo el sufrimiento, actuando correctamente. Por extensión se entiende como el derecho del paciente a morir dignamente, sin el empleo de medios desproporcionados y extraordinarios para mantener la vida. La ortotanasia se distingue de la eutanasia nunca pretende adelantar deliberadamente la muerte del paciente. (35)

**6.2. Beneficencia:** Implica tres percepciones: procurar los mejores intereses para el paciente como tal y como lo entiende la medicina, la definición del bien como abstracción y la advertencia de prevenir el mal innecesario. (34) El alcance del proyecto es en beneficio tanto del personal de enfermería de como de los padres y la familia para garantizar una acompañamiento cálido y humanizado en situación de muerte inminente de su hijo.



**6.3. No Maleficencia:** Supone que no se puede hacer daño al otro, obliga a tratar a las personas con igual consideración y respeto; en forma precisa el equilibrio entre el riesgo y el beneficio sin causar daño físico, ni psíquico. (34) El alcance del proyecto es hasta dónde el personal de enfermería puede llegar a favorecer una comunicación médico-enfermera-padres y otros miembros de la familia usando herramientas como: el silencio, la escucha y no hacer preguntas que generen daño a los padres en el momento de expresar sus sentimientos.

**6.4. Autonomía:** Encierra la capacidad de comprender las situaciones propias y de perseguir objetivos personales sin estar dominados por imposiciones, significa tener libertad de elegir frente a determinada situación. (34) Cada una de las personas dentro del grupo enfermeras que conforma la UCIP tendrá independencia y autodeterminación en la participación, ejecución y aplicación de la estrategia educativa, teniendo en cuenta el respeto a la opinión del resto de sus compañeros, sin afectar el cuidado a los padres ante la situación de muerte.

**6.5. Justicia:** Tratar a cada uno de los participantes y beneficiarios con igualdad ideológica, social, cultural, económica, religiosa, sin discriminación para tener igualdad de oportunidades para conseguir el mejor resultado un acompañamiento cálido y humanizado. (9) (34)

## Ilustración N° 4 Aspectos Éticos



**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016

## **7. OBJETIVOS**

### **7.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar, implementar y evaluar una estrategia educativa que favorezca el cuidado de enfermería a los padres con hijos en situación de muerte inminente en la UCI Pediátrica del Hospital Universitario De Santander.

### **7.2. Objetivos Específicos**

- 7.2.1 Analizar la bibliografía para seleccionar los conceptos e ilustraciones que se aplicaran en el folleto, rotafolio y video.
- 7.2.2 Implementar la estrategia educativa de enfermería folleto, rotafolio y video con el grupo de enfermeras.
- 7.2.3 Fortalecer habilidades en el acompañamiento espiritual y Psicológico frente al cuidado de enfermería sensibilizando al personal de enfermería UCIP.
- 7.2.4 Promover normas o pautas para mantener un ambiente cálido y adecuado a nivel físico, mental y espiritual sin distractores.
- 7.2.5 Evaluar la utilidad y aplicación de la estrategia educativa de enfermería folleto, Rotafolio y video en sus tres fases.

### 7.3. ÁRBOL DE OBJETIVOS

Ilustración N° 5 Árbol de Objetivos



**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016

## **8. DISEÑO METODOLÓGICO**

Para la realización del presente proyecto de gestión se utilizó la metodología del marco lógico, para identificar y formular el problema se obtuvo información por medio de la aplicación de una encuesta se diseñó una estrategia educativa que favorezca el cuidado de enfermería a los padres en situación de muerte inminente de su hijo hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos pediátrico del hospital universitario de Santander. El abordaje cálido y humanizado siendo los principales involucrados el personal de enfermería, y los padres. Se organizan las ideas para lograr el proceso de estructuración del proyecto de gestión.

Se ha observado que el abordaje no es el más adecuado, ya que por factores externos e internos se muestra desinterés por la ausencia de conocimientos referentes al tema, ante esta preocupación y por ser un tema de interés, nace la necesidad de realizar un proyecto de gestión con el aporte de enfermería para contribuir en las políticas de humanización de la institución.

La metodología del marco lógico ML está compuesta por dos fases: la primera incluye: Identificación del problema, análisis de los involucrados, análisis del problema, de los objetivos y selección de estrategias para cumplir con los objetivos. La segunda fase incluye: la idea del proyecto se convierte en un plan operativo llamado matriz del marco lógico MML que es el producto de la metodología de marco lógico ML en la cual se presenta un resumen del programa a ejecutar. (35) El marco lógico se usa para diseñar proyectos, verificar su progreso y comprobar si los objetivos son alcanzados, útil para la planificación de las actividades de monitoreo y evaluación, recursos e insumos necesarios para alcanzar los objetivos del proyecto. (36)

Se elige como estrategia educativa el diseño de un rotafolio, folleto y video donde su contenido se centra en recomendaciones específicas para enfermería en el acompañamiento cálido y humanizado a los padres del paciente pediátrico, socializando el contenido del folleto, rotafolio y exposición del video en los diferentes turnos para acoger a todo el 100% de los participantes, dando un concepto por escrito para realizar las modificaciones de los instrumentos, el contenido de ellos será el mismo pero con destinos diferentes, se dejara como medio de verificación una lista con los nombres de las personas que asistirán a los diferentes actividades como la socialización de la estrategia educativa, empleo de talleres de sensibilización espiritual y psicológico para fortalecer las habilidades, destrezas frente al acompañamiento a los padres ante la situación de muerte inminente; se aprovechará la utilidad y aplicación del instrumento por una prueba de conocimientos, lista de chequeo, el folleto no se podrá publicar en la institución hasta el visto bueno y aprobación por el comité de calidad para así ser impreso, duplicado y distribuido al personal de enfermería, se ve la necesidad de dejar en el servicio una copia del rotafolio que será duplicado con recursos propios de las autoras del proyecto para complementar y reforzar el cuidado.

## **8.1 Acuerdo para la Realización Proyecto de Gestión**

Después de haber definido el tema del proyecto basado en la necesidad del servicio se presenta a la coordinadora de la unidad de cuidado intensivo pediátrico y neonatal (UCIP-N); se distribuyen cartas a las áreas pertinentes en el momento de dar el aval y los permisos necesarios para ejecución de la estrategia como fueron subgerencia de enfermería, comité de ética institucional, comité de educación, oficina de calidad y líder docencia investigación. La subgerente de enfermería del Hospital Universitario de Santander, nos cita a una reunión formal para guiarnos sobre los pasos a seguir, es considerada como la persona idónea para dar el aval a dicho proyecto; en una de las reuniones con la subgerente de enfermería por su participación activa en el comité de docencia-investigación del Hospital Universitario de Santander nos informa que debemos plasmar la información del proyecto en uno de los links de epidemiología de la institución; lo calificó como un tema de alta pertinencia e importancia en el ejercicio de enfermería, ya que se incluye dentro de los decálogos de humanización de la institución resaltando la importancia en asistencia a un buen morir, autorizando la ejecución y aplicación de los instrumentos instaurados dentro del plan de acción del proyecto de gestión se anexa carta. (9)

## 9. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

Tabla N° 1 Matriz Del Marco Lógico (35) (9)

<b>Fin</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medios de verificación</b>	<b>Supuestos</b>
Los padres del paciente pediátrico en situación de muerte inminente experimentan un cálido cuidado y acompañamiento humanizado por parte de las enfermeras de la UCIP.	El 100% de las enfermeras que trabajan en la UCIP prestaran un cálido cuidado y acompañamiento a los padres en situación de muerte inminente.	Inspección visual. Satisfacción de los padres.	Corta disponibilidad de tiempo de las enfermeras.
<b>Propósito</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medios de verificación</b>	<b>Supuestos</b>
Enfermeras de la UCIP brindaran un cuidado de enfermería cálido y humanizado aplicando el contenido del folleto, rotafolio y video.	N° de enfermeras que aplican la estrategia educativa de enfermería (folleto, Rotafolio y video). <hr/> N° de enfermeras totales UCI pediátrica.	Lista de asistencia y participación en cada una de las fases del instrumento educativo folleto, rotafolio y video.	Breve disponibilidad de tiempo de las enfermeras para participar en las fases de la estrategia educativa.



<b>Objetivo General</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medios de verificación</b>	<b>Supuestos</b>
Diseñar, implementar y evaluar una Estrategia Educativa que favorezca el cuidado de enfermería a los padres con hijos en situación de muerte inminente en la UCI Pediátrica del Hospital Universitario De Santander	<p>Nº de enfermeras que participan y asisten al desarrollo de las fases de la estrategia educativa.</p> <hr/> <p>Nº de enfermeras totales UCI pediátrica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de asistencia.</li> <li>• Evidencia fotográfica</li> <li>• Resultados en físico del folleto, rotafolio y video.</li> <li>• Evaluación y Satisfacción de los padres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publico insuficiente</li> <li>• Falta de Tiempo de las participantes</li> </ul>

**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016

## 10. PLAN DE ACCIÓN

### 10.1. Objetivo N°1

Analizar la bibliografía para seleccionar los conceptos e ilustraciones que se aplicaran en el folleto, rotafolio y video.

Tabla N° 2 Objetivo N° 1

<b>Actividades</b>	<b>Indicador</b>	<b>Recursos</b>	<b>Medios Verificación</b>	<b>Supuestos</b>
Revisión de literatura referente al tema, articulando las teoristas.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de artículos revisados}}{\text{N}^\circ \text{ de Artículos encontrados}}$	-Estudiantes especialización en cuidado crítico énfasis Pediatría  -Internet acceso a base de datos.	-Fichas bibliográficas de consulta.	-Publico insuficiente. -Falta de Tiempo de las participantes
<b>Tiempo</b> 30 horas	<b>Lugar</b> Domicilio de las estudiantes	<b>N° sesiones</b> 5 sesiones por semana	<b>Fecha</b> Agosto 1 al 22 del 2016	
<b>Responsables: Adriana Reyes, Jessica Silva</b>				
Revisión de bibliografía para generalizar conceptos e ilustraciones que se aplicaran en el folleto,	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Ilustraciones revisadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Ilustraciones aplicadas}}$	-Estudiantes especialización en cuidado crítico énfasis Pediatría.  -Grupo de enfermeras de la UCIP.  - Video beam.	-Fichas bibliográficas de consulta.	-Publico insuficiente. -Falta de Tiempo de las participantes

rotafolio y video.				
Seleccionar las ilustraciones y conceptos definitivos para el folleto, rotafolio y video.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de contenido seleccionado}}{\text{Total de contenido.}}$	-Estudiantes especialización en cuidado crítico énfasis Pediatría. - Grupo de enfermeras de la UCIP. -Video beam.	-Fichas bibliográficas de consulta. - Diapositivas En Power Point.	-Publico insuficiente. -Falta de Tiempo de las participantes
<b>Tiempo</b> 3 horas	<b>Lugar</b>	<b>Nº sesiones</b> 3 sesiones por semana	<b>Fecha</b> Agosto 23 al 31 del 2016	
<b>Responsables: Adriana Reyes, Jessica Silva</b>				

**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016

## 10.2. Objetivo N°2

Implementar la estrategia educativa de enfermería folleto, rotafolio y video con el grupo de enfermeras.

Tabla N°3 Objetivo N°2

<b>Actividades</b>	<b>Indicador</b>	<b>Recursos</b>	<b>Medios Verificación</b>	<b>Supuestos</b>
Presentar el diseño de la estrategia educativa de enfermería rotafolio, folleto y guion del video al grupo de enfermeras UCIP.	N° de enfermeras asistentes <hr/> Total de enfermeras de la UCIP	-Estudiantes especialización en cuidado crítico énfasis Pediatría  -Video beam	-Lista de asistencia. -Evidencia fotográfica -Diapositivas en power point. -Impresión en físico del folleto y rotafolio	-Publico insuficiente. -Falta de Tiempo de las participantes
<b>Tiempo</b> 3 horas	<b>Lugar</b> Salón de Reuniones UCIP-N	<b>N° sesiones</b> 3 sesiones por semana	<b>Fecha:</b> Septiembre 12 al 18 del 2016	
<b>Responsables: Adriana Reyes, Jessica Silva</b>				
Impresión y distribución entre el grupo de enfermeras de la UCIP de los instrumentos folleto y rotafolio.	N° de enfermeras que reciben la impresión <hr/> Total, de enfermeras asistentes	-Estudiantes especialización en cuidado crítico énfasis Pediatría  -Grupo de enfermeras de la UCIP.  - Video beam	-Folleto -Rotafolio	-Publico insuficiente. -Falta de Tiempo de las participantes

Preparar al grupo de enfermeras como aplicar y usar los instrumentos folleto, rotafolio y video por medio de dinámicas.	Nº de enfermeras asistentes <hr/> Total, de enfermeras de la UCIP	Estudiantes especialización en cuidado crítico énfasis Pediatría.  -Grupo de enfermeras de la UCIP.  -Video beam	-Lista de asistencia.  -Evidencia fotográfica	-Publico insuficiente.  -Falta de Tiempo de las participantes
<b>Tiempo</b> 1 hora por sesión	<b>Lugar</b> Salón de Reuniones UCIP	<b>Nº sesiones</b> 4 sesiones En la semana	<b>Fecha:</b> Septiembre 19 al 25 del 2016	
<b>Responsables: Adriana Reyes, Jessica Silva</b>				

**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016

### 10.3. Objetivo N°3

Fortalecer habilidades en el acompañamiento espiritual y Psicológico frente al cuidado de enfermería sensibilizando al personal de enfermería UCIP.

Tabla N°4 Objetivo N°3

<b>Actividades</b>	<b>Indicador</b>	<b>Recursos</b>	<b>Medios Verificación</b>	<b>Supuestos</b>
-Taller primeros auxilios psicológicos	$\frac{\text{N° de enfermeras asistentes}}{\text{Total, de enfermeras de la UCIP}}$	-Estudiantes especialización en cuidado crítico Pediatría. -Grupo de enfermeras de la UCIP. -Folleto. -Estudiante de Psicología.	-Lista de asistencia. -Evidencia fotográfica -Impresión en físico del folleto.	-Publico insuficiente.
-Taller como dar malas noticias	$\frac{\text{N° de enfermeras asistentes}}{\text{Total, de enfermeras asistentes}}$	-Estudiantes especialización en cuidado Crítico Pediatría. -Grupo de enfermeras de la UCIP. -Folleto. -Estudiante de Psicología.	-Lista de asistencia. -Evidencia fotográfica -Impresión en físico del folleto.	-Publico insuficiente.
- Taller espiritual Empatía	$\frac{\text{N° de enfermeras asistentes}}{\text{Total, de enfermeras de la UCIP}}$	-Estudiantes especialización en cuidado crítico énfasis Pediatría. -Grupo de enfermeras de la UCIP. - Sacerdote. -Video beam.	-Lista de asistencia. -Evidencia fotográfica	-Publico insuficiente.

<b>Tiempo</b> 40 minutos	<b>Lugar</b> Salón de Reuniones UCIP-N	<b>N° sesiones</b> 3 sesiones por semana	<b>Fecha</b> Septiembre 26 al 10 de octubre del 2016
<b>Responsables: Adriana Reyes, Jessica Silva</b>			

**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016

#### 10.4. Objetivo N°4

Promover normas o pautas para mantener un ambiente cálido y adecuado a nivel físico, mental y espiritual sin distractores.

Tabla N°5 Objetivo N°4

<b>Actividades</b>	<b>Indicador</b>	<b>Recursos</b>	<b>Medios Verificación</b>	<b>Supuestos</b>
Resocializar normas institucionales existentes en el decálogo de humanización y derechos del usuario para mantener un ambiente cálido y humanizado.	<p>N° de enfermeras asistentes</p> <hr/> <p>Total, de enfermeras de la UCIP</p>	<p>-Estudiantes especialización en cuidado Crítico Pediatría.</p> <p>-Grupo de enfermeras de la UCIP.</p> <p>-Decálogo de humanización Institucional.</p>	<p>-Lista de asistencia.</p> <p>-Evidencia fotográfica</p> <p>-Impresión en físico del folleto.</p>	<p>-Publico insuficiente.</p>
<p><b>Tiempo</b></p> <p>40 minutos</p>	<p><b>Lugar</b></p> <p>Salón de Reuniones UCIP-N</p>	<p><b>N° sesiones</b></p> <p>3 sesiones por semana</p>	<p><b>Fecha</b></p> <p>Octubre 11 al 17 del 2016</p>	
Utilizar las normas manteniendo el ambiente fuera de ruido.	<p>N° de enfermeras que lo practican</p> <hr/> <p>Total, de enfermeras de las UCI</p>	<p>-Estudiantes especialización en cuidado crítico Pediatría.</p> <p>-Grupo de enfermeras de la UCIP.</p>	<p>-Lista de asistencia.</p> <p>-Evidencia fotográfica</p>	<p>-Niños grandes en la unidad.</p>



<p>Aprovechar los profesionales de psicología y el sacerdote garantizando un ambiente mental y espiritual a los padres del menor en situación de muerte inminente.</p>	<p>Nº de interconsultas solicitadas</p> <hr/> <p>Total, de Padres Atendidos.</p>	<p>-Estudiantes especialización en cuidado crítico énfasis Pediatría.</p> <p>-Grupo de enfermeras de la UCIP.</p> <p>- Sacerdote.</p> <p>-Psicólogas.</p>	<p>-Respuesta a las interconsultas en historia clínica por sistema.</p>	<p>Profesionales con poca disponibilidad de tiempo.</p>
<p><b>Tiempo</b></p> <p>40 minutos</p>	<p><b>Lugar</b></p> <p>Salón de Reuniones UCIP-N</p>	<p><b>Nº sesiones</b></p> <p>Según disponibilidad</p>	<p><b>Fecha</b></p> <p>Desde septiembre hasta La Fecha.</p>	
<p><b>Responsables: Adriana Reyes, Jessica Silva</b></p>				

**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016.

### 10.5. Objetivo N°5

Evaluar la utilidad y aplicación de la estrategia educativa de enfermería folleto, Rotafolio y video en sus tres fases.



Tabla N°6 Objetivo N°5

<b>Actividades</b>	<b>Indicador</b>	<b>Recursos</b>	<b>Medios Verificación</b>	<b>Supuestos</b>
Ajustar una lista de chequeo al uso y aplicación de la estrategia educativa de enfermería rotafolio, folleto y video a los padres para el acompañamiento cálido y humanizado.	N° de enfermeras evaluadas <hr/> Total, de enfermeras de la UCIP	-Estudiantes especialización en cuidado crítico Pediatría.  -Grupo de enfermeras de la UCIP.  -Lista de chequeo	-Lista de asistencia.  -Evidencia fotográfica.  - instrumento en físico lista de chequeo.	-Publico insuficiente.
Evaluar los conocimientos adquiridos con la manera brinda acompañamiento cálido y humanizado.				
<b>Tiempo</b> 20 minutos	<b>Lugar</b> UCIP-N	<b>N° sesiones</b> Según Disponibilidad	<b>Fecha</b> Noviembre 17 al 24	
<b>Responsables: Adriana Reyes, Jessica Silva</b>				

**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016.


## 11. EVALUACIÓN

Para la evaluación del uso y aplicación de los instrumentos se creó una lista de chequeo la cual se ejecuta en un grupo seleccionado de enfermeras que participaron en todo el proceso de ejecución de la estrategia educativa de enfermería.


		<b>LISTA DE CHEQUEO DIRIGIDA AL PERSONAL ASISTENCIAL DE ENFERMERIA DE LA UCI PEDIATRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER DURANTE LA APLICACION DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA ( ROTAFOLIO, FOLLETO Y VIDEO)</b>				
<b>RESPONSABLES</b>		JESSICA SILVA PEÑA-ADRIANA REYES		FECHA: NOVIEMBRE DE 2016		
<b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>		C: Cumple la totalidad de aspecto evaluado				
		NC: No cumple				
		Observaciones				
<b>CONDICIÓN A EVALUAR</b>		<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	
Conoce que es acompañamiento						
Identifica el significado de familia.						
Reconoce los signos de muerte inminente.						
Permite el acompañamiento de la familia ante la muerte inminente.						
Utiliza el rotafolio para el acompañamiento a los padres ante la muerte inminente.						
Respeta tradiciones, creencias, y valores de la familia y del paciente en el momento de la						
Considera importante el apoyo espiritual.						
Considera importante el apoyo psicológico.						
Utiliza el video para el acompañamiento a los padres ante la muerte inminente.						
Considera importante la educación par el acompañamiento a los padres ante la muerte						
Conoce los aspectos de como dar malas						
En el momento de dar malas noticias se presenta con su nombre y cargo.						
En el momento de dar malas noticias identifica la persona que tenga mayor control emocional.						
En el momento de dar malas noticias cre un espacio adecuado.						
Utiliza los primeros auxilios psicológicos.						
sabe que frases debe evitar los primeros auxilios psicológicos.						
En el momento de ofrecer los primeros auxilios psicológicos mantiene la calma.						
En el momento de ofrecer los primeros auxilios psicológicos examina las dimensiones de la situación.						
En el momento de ofrecer los primeros auxilios psicológicos realiza contacto psicológico.						
En el momento de ofrecer los primeros auxilios psicológicos realiza seguimiento.						

## 12. RESULTADOS

### 12.1. OBJETIVO 1 – ACTIVIDAD 1

Objetivo 1: Analizar la bibliografía para seleccionar los conceptos e ilustraciones que se aplicarán en el folleto, rotafolio y video.											
<p><b>Actividad 1.</b></p> <p>Revisión de literatura referente al tema, articulando las teoristas.</p>	<p>Nº de artículos revisados</p> <hr/> <p>Nº de artículos encontrados</p>	<p style="text-align: center;"><b>Resultados Actividad 1</b></p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <caption>Data for Resultados Actividad 1</caption> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total Artículos revisados</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>Total artículos tomados</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Bibliografía revisada</td> <td>40%</td> </tr> </tbody> </table>		Categoría	Valor	Total Artículos revisados	50	Total artículos tomados	20	Bibliografía revisada	40%
Categoría	Valor										
Total Artículos revisados	50										
Total artículos tomados	20										
Bibliografía revisada	40%										
<p><b>Tiempo</b> 30 horas</p>	<p><b>Lugar</b> Domicilio de las estudiantes</p>	<p><b>Nº sesiones</b> 5 sesiones por semana</p>	<p><b>Fecha:</b> Agosto –Septiembre de 2016.</p>								

## 12.2. OBJETIVO 1 – ACTIVIDAD 2

Objetivo 1: Analizar la bibliografía para seleccionar los conceptos e ilustraciones que se aplicarán en el folleto, rotafolio y video.															
<p><b>Actividad 2.</b></p> <p>Revisión de la bibliografía, para generalizar y seleccionar conceptos e ilustraciones que se utilizarán en el folleto, rotafolio y video.</p>	<p>Nº de artículos revisados, para seleccionar conceptos y ilustraciones</p> <hr/> <p>Nº Total de Artículos.</p>	<p><b>Resultados Actividad 2</b></p>  <table border="1"> <caption>Data for Resultados Actividad 2</caption> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Valor</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total Artículos revisados</td> <td>50</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Artículos para conceptos</td> <td>33</td> <td>66%</td> </tr> <tr> <td>Ilustraciones seleccionadas</td> <td>50</td> <td>35%</td> </tr> </tbody> </table>		Categoría	Valor	Porcentaje	Total Artículos revisados	50	-	Artículos para conceptos	33	66%	Ilustraciones seleccionadas	50	35%
Categoría	Valor	Porcentaje													
Total Artículos revisados	50	-													
Artículos para conceptos	33	66%													
Ilustraciones seleccionadas	50	35%													
<p><b>Tiempo</b></p> <p>40 minutos</p>	<p><b>Lugar</b></p> <p>Salón de Reuniones UCIP-N</p>	<p><b>Nº Sesiones</b></p> <p>3 sesiones En la semana</p>	<p><b>Fecha:</b></p> <p>Agosto –Septiembre de 2016.</p>												

### 12.3. OBJETIVO 2 de las actividades 1,2 Y 3

Objetivo N° 2: Implementar la estrategia educativa de enfermería folleto, rotafolio y video con el grupo de enfermeras.															
Actividades	Indicador														
Presentar el diseño rotafolio, folleto y guion del video al grupo de enfermeras UCIP.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeras asistentes}}{\text{Total de enfermeras de la UCIP}}$	<div style="text-align: center;"> <p><b>Resultados Actividad 2</b></p> <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Enfermeras asisten al diseño de la estrategia educativa</th> <th>Enfermeras que reciben y observan la impresión de la estrategia educativa</th> <th>Enfermeras que aplican la estrategia educativa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Resultados</td> <td>25</td> <td>25</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>Cumplimiento</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> </div>			Enfermeras asisten al diseño de la estrategia educativa	Enfermeras que reciben y observan la impresión de la estrategia educativa	Enfermeras que aplican la estrategia educativa	Resultados	25	25	25	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Enfermeras asisten al diseño de la estrategia educativa			Enfermeras que reciben y observan la impresión de la estrategia educativa	Enfermeras que aplican la estrategia educativa										
Resultados	25			25	25										
Cumplimiento	100%			100%	100%										
Tiempo 3 horas Fecha Septiembre 12 al 18 de 2016	N° sesiones 3 sesiones por semana														
Impresión, distribución y observación entre el grupo de enfermeras de la UCIP de los instrumentos folleto y rotafolio.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeras que reciben el folleto y la impresión}}{\text{Total de enfermeras asistentes}}$														
Preparar al grupo de enfermeras como aplicar y usar los instrumentos folleto, rotafolio y video por medio de charlas y mesas redondas.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeras asistentes}}{\text{Total de enfermeras de la UCIP}}$														
Tiempo 1 hora por sesión	Lugar Salón de Reuniones UCIP-N	N° sesiones 4 sesiones en la semana	Fecha: Septiembre 19 al 25 de 2016												

### 12.4. OBJETIVO 3 de las actividades 1,2 Y 3

Objetivo N° 3 Fortalecer habilidades en el acompañamiento espiritual y Psicológico frente al cuidado de enfermería sensibilizando al personal de enfermería UCIP.															
Actividades	Indicador														
• Taller primeros auxilios psicológicos	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de enfermeras asistentes}}{\text{Total de enfermeras de la UCIP}}$	<p><b>Resultados Objetivo 3</b></p> <table border="1"> <caption>Data for Resultados Objetivo 3</caption> <thead> <tr> <th>Taller</th> <th>Participantes</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Taller 1</td> <td>25</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Taller 2</td> <td>25</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Taller 3</td> <td>25</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>		Taller	Participantes	Porcentaje	Taller 1	25	100%	Taller 2	25	100%	Taller 3	25	100%
Taller	Participantes			Porcentaje											
Taller 1	25			100%											
Taller 2	25	100%													
Taller 3	25	100%													
• Taller como dar malas noticias	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de enfermeras asistentes}}{\text{Total de enfermeras asistentes}}$														
• Taller espiritual Empatía	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de enfermeras asistentes}}{\text{Total de enfermeras de la UCIP}}$														
Tiempo 40 minutos	Lugar Salón de Reuniones UCIP-N	N° sesiones 3 sesiones por Semana	Fecha: Septiembre 26 al 10 de Octubre												

## 12.5. OBJETIVO 4 de las actividades 1,2 Y 3

Objetivo N° 4 Promover normas o pautas para mantener un ambiente cálido y adecuado a nivel físico, mental y espiritual sin distractores.															
Actividades	Indicador														
Resocializar normas institucionales existentes en el decálogo de humanización y derechos del usuario para mantener un ambiente cálido y humanizado.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeras asistentes}}{\text{Total de enfermeras de la UCIP}}$	<p><b>Resultados Objetivo 4</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Resultados</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfermeras asistentes a la resocialización</td> <td>25</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Enfermeras que utilizan las normas institucionales</td> <td>25</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Enfermeras que integran al psicólogo y sacerdote</td> <td>25</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>		Categoría	Resultados	Cumplimiento	Enfermeras asistentes a la resocialización	25	100%	Enfermeras que utilizan las normas institucionales	25	100%	Enfermeras que integran al psicólogo y sacerdote	25	100%
Categoría	Resultados			Cumplimiento											
Enfermeras asistentes a la resocialización	25			100%											
Enfermeras que utilizan las normas institucionales	25			100%											
Enfermeras que integran al psicólogo y sacerdote	25	100%													
Utilizar las normas manteniendo el ambiente fuera de ruido.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeras que lo practican}}{\text{Total de enfermeras de las UCIP}}$														
Integrar los profesionales de psicología y el sacerdote garantizando un ambiente mental y espiritual a los padres del menor en situación de muerte inminente.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de interconsultas solicitadas}}{\text{Total de padres atendidos}}$														
Tiempo 40 minutos	Lugar Salón de Reuniones UCIP	Nº sesiones Según disponibilidad	Fecha: Desde Septiembre hasta Noviembre de 2016												



## 12.6. OBJETIVO 5 de la actividad 1 Y 2

Objetivo N° 5 Evaluar la utilidad y aplicación de la estrategia educativa de enfermería folleto, Rotafolio y video en sus tres fases.												
Actividades	Indicador											
Ajustar una lista de chequeo al uso y aplicación de la estrategia educativa de enfermería rotafolio, folleto y video a los padres para el acompañamiento cálido y humanizado.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeras evaluadas}}{\text{Total de enfermeras de la UCIP}}$	<p><b>Resultados Objetivo 4</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Resultados</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lista de chequeo</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Evaluación de conocimientos</td> <td>25</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>		Categoría	Resultados	Cumplimiento	Lista de chequeo	1		Evaluación de conocimientos	25	100%
Categoría				Resultados	Cumplimiento							
Lista de chequeo	1											
Evaluación de conocimientos	25	100%										
Evaluar los conocimientos adquiridos para brindar acompañamiento cálido y humanizado.												
<b>Tiempo</b> 20 minutos	<b>Lugar</b> UCIP-N	<b>N° sesiones</b> Según Disponibilidad	<b>Fecha:</b> Noviembre 17 al 24									

### **13. CONCLUSIONES**

- 13.1 Se logra la sensibilización al personal asistencial de la unidad de cuidado intensivo pediátrico UCIP del Hospital universitario de Santander; observándose mayor calidez en el entorno del niño y sus padres ante la muerte inminente.
- 13.2 El folleto, rotafolio y video fueron de gran utilidad a la hora de implementar la estrategia educativa que favorece el cuidado de enfermería a los padres con hijos en situación de muerte inminente.
- 13.3 Se concluye que al brindar un adecuado acompañamiento a los padres de niños en situación de muerte inminente se disminuyen los sentimientos negativos, favoreciendo la tranquilidad y un entorno de mayor calidez en estos momentos difíciles.
- 13.4 El adoptar los fundamentos, conceptos y modelos de las teorías de enfermería son de gran utilidad a la hora de brindar acompañamiento cálido y humanizado a los padres con hijos en situación muerte inminente.

## **14. RECOMENDACIONES**

### **14.1 INSTITUCIONAL**

1. Brindar educación continua al personal asistencial sobre la muerte inminente.
2. Acoger la estrategia educativa a nivel institucional para dar acompañamiento en situación de muerte inminente.

### **14.2. ENFERMERÍA**

1. Continuar con la estrategia educativa para dar acompañamiento a los padres y otros miembros de la familia en situación de muerte inminente.

## 15. CRONOGRAMA

Tabla N°7. Cronograma de Actividades (9)

ACTIVIDADES	Marzo Abril	Mayo- Agosto	Sep.	Oct	Nov	Dic
Búsqueda de la necesidad el proyecto						
Identificación del problema						
Presentación del problema a docente asesora						
Inicio elaboración proyecto de gestión						
Presentación avances proyecto de gestión a docentes asesoras						
Acuerdo para la realización del proyecto						
Diseño estrategia educativa						
Socialización estrategia educativa folleto, rotafolio y guion video						
Implementación de la estrategia educativa folleto, rotafolio y video						
Evaluación de la estrategia educativa						
Pre socialización docentes institucionales						
Sustento del proyecto de gestión final						

**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016.

## 16. PRESUPUESTO

Tabla N°8. PRESUPUESTO (9)

<b>Recurso</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor unitario</b>	<b>Valor Total</b>
<b>Humano</b>	Horas de Trabajo		
• Estudiante Jessica Silva	120	\$20.000	\$2.400.000
• Estudiante Adriana Reyes	120	\$20.000	\$2.400.000
• Docente Asesora Myriam Abaunza	64	\$35.000	\$2.240.000
• Párroco	1	\$30.000	\$30.000
• Estudiante Psicología	5	\$15.000	\$75.000
<b>Físico</b>			
• Sala De Juntas UCIP	6	\$0	\$0
• Sala de espera	6	\$0	\$0
• Silletería	12	\$500	\$6000
<b>Material</b>			
• Papelería Folleto	30	\$3.000	\$90.000
• Papelería Rotafolio	30	\$10.000	\$300.000
• Marcadores tablero	5	\$2.500	\$12.500
• Borrador tablero	2	\$4.000	\$8.000
• Lapiceros	25	\$1.200	\$30.000
• Resma De Papel	1	\$8.000	\$8.000
• Cartuchos De Impresora	4	\$20.000	\$80.000
• Refrigerios	10	\$30.000	\$300.000
• Guion para El Video	1	\$20.000	\$20.000
• Útiles para Dinámicas a realizar en los talleres	10	\$10.000	\$100.000
<b>Tecnológico</b>			
• Video beam	6	\$25.000	\$150.000
• Impresora	1		\$50.000
• Internet	60	\$1.200	\$72.000
• Video Edición	15	\$45.000	\$45.000
• Diseñador Grafico	3	\$20.000	\$60.000
<b>Transporte</b>	12	\$5.000	\$60.000
<b>Imprevistos</b>			\$200.000
Total			\$8.676.500

**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016.

## **17. BIBLIOGRAFIA**

1. Santander HUS. [www.hus.gov.co](http://www.hus.gov.co). [Online].; Última actualización: 28/10/2014 [cited 2016 Agosto 12-16. Available from: [http://www.hus.gov.co/index.asp?id\\_seccion=75&id=1&elado](http://www.hus.gov.co/index.asp?id_seccion=75&id=1&elado).
2. Santander HUnv. <http://www.hus.gov.co/>. [Online].; Última actualización: 28/10/2014 [cited 2016 Agosto 12-16. Available from: [http://www.hus.gov.co/index.asp?id\\_seccion=75&id=1&elado=](http://www.hus.gov.co/index.asp?id_seccion=75&id=1&elado=).
3. Santander HUS II. <http://www.hus.gov.co>. [Online].; Última actualización: 28/10/2014 [cited 2016 Agosto 12-16. Available from: [http://www.hus.gov.co/index.asp?id=2&ide=105&id\\_seccion=75&elado](http://www.hus.gov.co/index.asp?id=2&ide=105&id_seccion=75&elado).
4. UCIP HUS. Estadísticas del Servicio UCIP-N. Estadísticas del Servicio. Bucaramanga: Hospital Universitario de Santander, Santander; 2016. Report No: 2016.
5. Galindo GC. Reflexiones Bioéticas. Narvaez, Maria Angela. hcmR, editor. Ethos vital y dignidad humana/segunda edición corregida y aumentada. Santa Fe de Bogotá, D.C, Colombia: Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas; 2004-2008. p. 23.
6. Enero 2015. Cdptdm. [indexmundi.com /g/R-minsalud.gov.co](http://indexmundi.com/g/R-minsalud.gov.co). [Online].; 2015 [cited 2016 Agosto 12-16. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Indicadores-basicos-en-salud-2010.pdf>.
7. Neonatología Acd. [ascon.gov.co](http://ascon.gov.co). [Online].; 2004 [cited 2016 Agosto 12-16. Available from: [http://www.ascon.org.co/Documentos/criterios\\_UCI.pdf](http://www.ascon.org.co/Documentos/criterios_UCI.pdf).
8. Reyes, Adriana Ortiz. Silva, P. Ivanova Jessica. PROPIA AUTORIA. 2016 AGOSTO 16. Elaboración Propia.
9. García S. Verónica R. <http://www.scielo.cl>. [Online].; 2013 [cited 2016 Julio 12. Available from: [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n2/art\\_11.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n2/art_11.pdf).
- 10 Norte Ucd. El proceso de morir: destino y significación del diagnóstico de muerte inminente. revista virtual universidad católica del norte. 2013 ENERO; Uno(39).

- 12 Kamelyn rodriguez Eas. <http://es.slideshare.net/>. [Online].; 2013 . [cited 2016 Agosto 10. Available from: <http://es.slideshare.net/Modelos09/cuidado-humano-de-jean-watson>.
- 13 Gherardi CR. <http://www.redbioetica-edu.com.ar> info@redbioetica-edu.com.ar. [Online].; 2016 [cited 2016 septiembre 18. Available from: [file:///C:/Users/oscar/Documents/proyecto%20de%20gestion/articulos%20leidos%20para%20el%20proyecto/01 Final de la vida CGherardi\[1\].pdf](file:///C:/Users/oscar/Documents/proyecto%20de%20gestion/articulos%20leidos%20para%20el%20proyecto/01%20Final%20de%20la%20vida%20CGherardi[1].pdf).
- 14 Tomey AM, Alligood MR. Modelos y Teorías en Enfermería. 7th ed. Elsevier E, editor. Madrid: Elsevier, España; 2007.
- 15 Villamizar NYNOAp. "Un milagro de vida": de la teoría a la práctica de la enfermería. Revista Colombiana de Enfermería. 2015 Agosto; Nueve(9): p. 124-132.
- 16 V. EUMAJAMG. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados t. CIENCIA Y ENFERMERIA XVII. 2011 Noviembre; 3(3): p. 11-22.
- 17 MALDONADO ED. <http://www.tanatologia-amtac.com/>. [Online].; 2012 [cited 2016 Agosto 15. Available from: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/64%20El%20duelo%20y%20su%20proceso.pdf>.
- 18 Watson J. [watsoncaringscience.org](http://www.watsoncaringscience.org). [Online].; 2016 [cited 2016 Julio 25. Available from: <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/>.
- 19 Verano CC. <http://teoriakristenmswanson.blogspot.com>. [Online].; 2011 . [cited 2016 Julio 26. Available from: <http://teoriakristenmswanson.blogspot.com.co/>.
- 20 Ruiza Miguel FTEDM. Biografías y vidas.la enciclopedia biografica en linea. [Online].; 2004-2016 [cited 2016 Julio 30. Available from: <http://www.biografiasyvidas.com/>.
- 21 Guia-Glosario. <http://www.ite.educacion.es/>. [Online].; 2014 [cited 2016 Septiembre 15. Available from: <http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/124/cd/guia/glosario.htm>.
- 22 Campos YC. Estrategias de Enseñanza Aprendizaje. [Online].; 2000 . [cited 2016 Julio 14 [DGENAMDF: México, 2000 ]. Available from:

[www.Campos Yolanda. Estrategias de enseñanza aprendizaje.pdf/yola@camposc.net](http://www.Campos Yolanda. Estrategias de enseñanza aprendizaje.pdf/yola@camposc.net).

- 23 Enlantigua P. Pedagogía enlanatigua. [Online].; 2010 [cited 2016 Julio 15. Available from: [www.grecia.blopost.com/./concepto-ayudas-educativas.30](http://www.grecia.blopost.com/./concepto-ayudas-educativas.30).
- 24 DeConceptos.com CdaDe. [Concepto de acompañamiento - Defihttp://deconceptos.com/ciencias-sociales/acompanamiento#ixzz4HNikoQ00.].; 2016 [cited 2016 Julio 15. Available from: <http://deconceptos.com/ciencias-sociales/acompanamiento#ixzz4HNikoQ00>.
- 25 UDELAR. Baraibar R. Departamento de Psicología Médica. Área Materno Infantil. Facultad de Medicina.. [Online].; 2016 [cited 2016 Julio 15. Available from: [Departamento de Psicología Médica. Área Materno Infantil. Facultad de Medicina. UDELAR. Baraibar, R. "Enfoques en pediatría, aspectos psicosociales" Oficina del libro. Montevideo.](http://Departamento de Psicología Médica. Área Materno Infantil. Facultad de Medicina. UDELAR. Baraibar, R. )
- 26 Psicologos A. Psicología Clínica -- Psicología Deportiva -- Formación -- www.avatarpsicologos.es. [Online].; 2007 [cited 2016 Julio 15. Available from: <http://avatarpsicologos.blogspot.com.co/2011/10/acompanamiento-de-personas-en-el.html>.
- 27 Doris Rodríguez-Leal JV. Consecuencias de una muerte materna en la familia. Aquichan. 2013 Diciembre; 13(3).
- 28 Perez J, Merino PM. definicion.de. [Online].; 2012 [cited 2016 Julio 26. Available from: [Definición de inminente \(http://definicion.de/inminente/\)](http://definicion.de/inminente/).
- 29 Vidal DSM. Decisiones en el Final de la Vida: Una aproximación desde la bioética. 2002. articulo sitio web.pdf.
- 30 Dra Francisca Munar Bauzar DMGG. academia.cat. [Online].; 2010 [cited 2016 julio 26 [Hospital universitario Vall´ d´Hebron. Area Materno Infantil]. Available from: <http://www.academia.cat/files/425-1727-DOCUMENT/Munar-4-4Abr11.pdf>.
- 31 Arenas LJMC. <http://didacticosfesar.blogspot.com.co/p/video.html>. [Online].; 2007 [cited 2016 Agosto 25. Available from: <http://didacticosfesar.blogspot.com.co/p/video.html>.
- 32 Española RA. wikipedia.org. [Online].; 2012 [cited 2016 Julio 25. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Folleto>.



- 33 Cruz Silva Mario Osmin DNDRS.  
. <http://didacticosfesar.blogspot.com.co/>. [Online].; 2007 [cited 2016 Agosto 25. Available from: <http://didacticosfesar.blogspot.com.co/>.
- 34 Sánchez Padrón Dr. Alfredo. <http://bvs.sld.cu/>. [Online].; 2003 [cited 2016 Julio 15. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2\\_4\\_03/mie15403.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_4_03/mie15403.pdf).
- 35 Navarro JEV. departamento nacional de planeacion. [Online].; 2009 [cited 2016 Julio 16. Available from: [file:///C:/Users/oscar/Downloads/Metodologia MARCO Logico JV%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/oscar/Downloads/Metodologia%20MARCO%20Logico%20JV%20(1).pdf).
- 36 A, Jorge. Saravia PD. Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional. [Online].; 2007 [cited 2016 JULIO 19. Available from: [http://www.uao.edu.co/sites/default/files/GUIA\\_MARCO\\_LO.pdf](http://www.uao.edu.co/sites/default/files/GUIA_MARCO_LO.pdf).
- 38 Santander HUS. <http://www.hus.gov.co>. [Online].; Última actualización: 2014 [cited 2016 Agosto 12-16. Available from: [url:http://www.hus.gov.co/index.asp?id\\_seccion=75&id=1&elado=.](url:http://www.hus.gov.co/index.asp?id_seccion=75&id=1&elado=)

## **ANEXOS**

### **Anexo N° 1 FORMATO DE LA ENCUESTA APLICADA**



**UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION  
ESPECIALIZACION EN CUIDADO CRITICO EN PEDIATRÍA  
ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA  
UNIDAD CUIDADO CRITICO PEDIATRICO DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DE SANTANDER.**

#### **Objetivo**

Obtener información necesaria para llevar a cabo una estrategia educativa dirigida al personal de enfermería resaltando el acompañamiento cálido y humanizado a los padres ante la presencia de la muerte inminente. (9)

#### **Introducción**

Esta serie de preguntas están orientadas al personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos pediátricos del hospital universitario de Santander con el objetivo de obtener información sobre la descripción de opiniones que permita identificar causas o factores predisponentes para un acompañamiento cálido y humanizado a los padres del paciente pediátrico en el momento de la agonía o muerte inminente.

La presente encuesta tiene 9 ítems, con dos (2) alternativas de respuesta (Si, No) y 2 ítems, con una alternativa de respuesta abierta (comentarios y sugerencias). Su colaboración objetiva representa un valioso aporte para este proyecto. Por tanto, se espera de ustedes, datos veraces y precisos para su procesamiento y posterior análisis, es importante aclarar que no es

obligatoria la identificación. Se agradece de ante mano su atención y buena disposición. (9)

Instrucciones:

Lea detenidamente antes de responder. La encuesta está conformada por un conjunto de preguntas, cada una tiene un total de dos alternativas, seleccione solo una y marque con una (x) la que considere se ajusta a su realidad.

1. Considera Ud. que en el momento de la muerte el paciente este acompañado por personas cercanas y queridas durante su vida. Si\_\_ No \_\_.
2. Considera Ud. importante el apoyo espiritual como acompañamiento a los padres del paciente pediátrico en el momento de la muerte inminente. Si\_\_ No\_\_.
3. Considera Ud. importante el apoyo psicológico para el acompañamiento terapéutico a los padres en el proceso de la muerte inminente de su hijo. Si\_\_ No\_\_.
4. Destina Ud. tiempo para el acompañamiento a los padres del paciente pediátrico durante el proceso de agonía o muerte inminente. Sí\_\_ No\_\_
5. Piensa Ud. que las distracciones como tono de voz alto; utilización de televisor, celulares, música y timbre de las alarmas de los dispositivos biomédicos interfieren en el acompañamiento cálido y humanizado a los padres del paciente en el proceso de la muerte. Si\_\_ No\_\_.
6. Cree Ud. importante que mantener un ambiente cálido y pacífico en la unidad de cuidados intensivos aporta en el proceso de acompañamiento a los padres ante la muerte de su ser querido (hijo). Si\_\_ No\_\_.
7. Cree Ud. necesario disminuir las alarmas para favorecer un entorno cálido y humanizado al paciente pediátrico en el momento de la muerte inminente. Si\_\_ No\_\_.

8. Ud. Tiene en cuenta el estado crítico y lábil del paciente pediátrico en el momento de brindar el cuidado directo. Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_.
9. Considera inoportunos los comentarios como: (no se ha muerto todavía, la mamá no lo deja morir), para el acompañamiento cálido y humanizado en el momento de la muerte del paciente pediátrico. Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_.
10. Cual considera Ud. que es la principal causa en la unidad que imposibilita el acompañamiento cálido y humanizado a los padres del paciente pediátrico:
11. Que comentarios o sugerencias aportaría Ud. para realizar un acompañamiento cálido y humanizado a los padres del paciente pediátrico en el momento de la muerte inminente:

## **Anexo2. TABULACIÓN DE LA ENCUESTA**

Encuesta realizada a 25 enfermeras participantes de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de del Hospital Universitario de Santander sobre el cuidado de enfermería a los padres en situación de muerte inminente de su hijo.

En la siguiente tabla se detallan los resultados de la siguiente manera: consta de 9 ítems, con dos (2) alternativas de respuesta (Si, No) y 2 ítems, con una alternativa de respuesta abierta (comentarios y sugerencias). De las 11 preguntas, se concluye el problema.

<b>PREGUNTA</b>	<b>TOTAL, SI</b>	<b>TOTAL, NO</b>	<b>NO RESPONDE</b>
1. Considera usted que en el momento de la muerte el paciente este acompañado por personas cercanas y queridas durante su vida.	<b>96%</b>	<b>4%</b>	<b>0%</b>
2. Considera usted importante el apoyo espiritual. Como acompañamiento a los padres del paciente pediátrico, en el momento de la Muerte Inminente.	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
3. Considera usted importante el apoyo psicológico para el acompañamiento terapéutico a la familia en el de la muerte Inminente.	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
4. Destina usted, tiempo para el acompañamiento a los padres del paciente pediátrico durante el proceso de agonía a la muerte Inminente.	<b>75%</b>	<b>25%</b>	<b>0%</b>
5. Piensa usted que las distracciones como tono de voz alto, utilización del televisor, celulares, música y timbre de las alarmas de los dispositivos biomédicos interfieren en el acompañamiento a los padres ante la muerte de su querido (Hijo).	<b>84%</b>	<b>12%</b>	<b>4%</b>

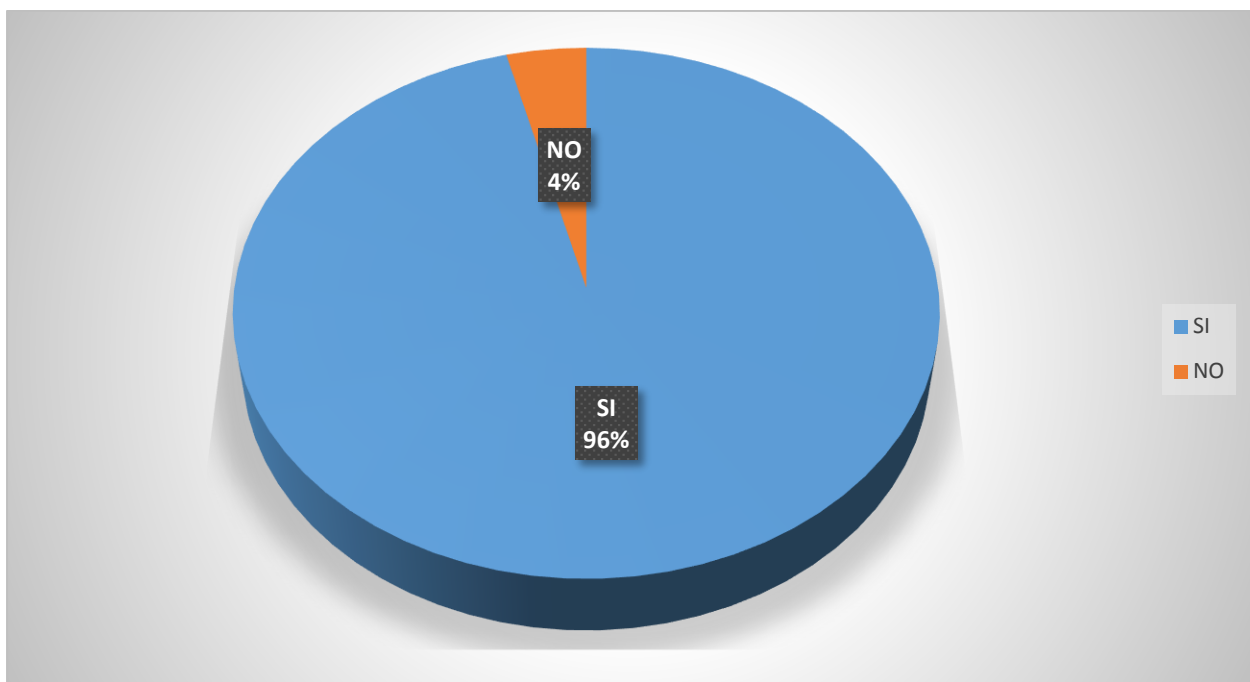
6. Cree usted importante mantener un ambiente cálido y pacífico en la unidad de cuidados intensivos, aporta en el proceso de acompañamiento a los padres ante la muerte de ser querido (Hijo).	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
7. Cree usted necesario disminuir las alarmas para favorecer un entorno, cálido y humanizado al paciente pediátrico en el momento de la muerte Inminente.	<b>88%</b>	<b>4%</b>	<b>8%</b>
8. Usted tiene en cuenta el estado crítico y hábil del paciente pediátrico en el momento de brindar cuidado directo.	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
9. Considera inoportunos los comentarios como (no se ha muerto todavía, la mamá no lo deja morir), para el acompañamiento cálido y humanizado en el momento de la muerte del paciente pediátrico.	<b>67%</b>	<b>33%</b>	<b>0%</b>
10. Cual considera usted la principal causa en la unidad que imposibilita el acompañamiento cálido y humanizado a los padres del paciente pediátrico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Falta de tiempo disponible.</b></li> <li>• <b>Educación.</b></li> <li>• <b>Espacios reducidos.</b></li> <li>• <b>Indiferencia.</b></li> <li>• <b>Temor.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>32%</b></li> <li>• <b>20%</b></li> <li>• <b>20%</b></li> <li>• <b>20%</b></li> <li>• <b>8%</b></li> </ul>	
11. Que comentarios o sugerencias aportaría usted para realizar un acompañamiento cálido humanizado a los padres del paciente pediátrico en el momento de la muerte Inminente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Acompañamiento por psicología.</b></li> <li>• <b>Entrenamiento al personal.</b></li> <li>• <b>Ampliación del horario de visitas.</b></li> <li>• <b>Evitar distractores.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>40%</b></li> <li>• <b>20%</b></li> <li>• <b>20%</b></li> <li>• <b>20%</b></li> </ul>	

**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016

## Gráficos de La Encuesta (9)

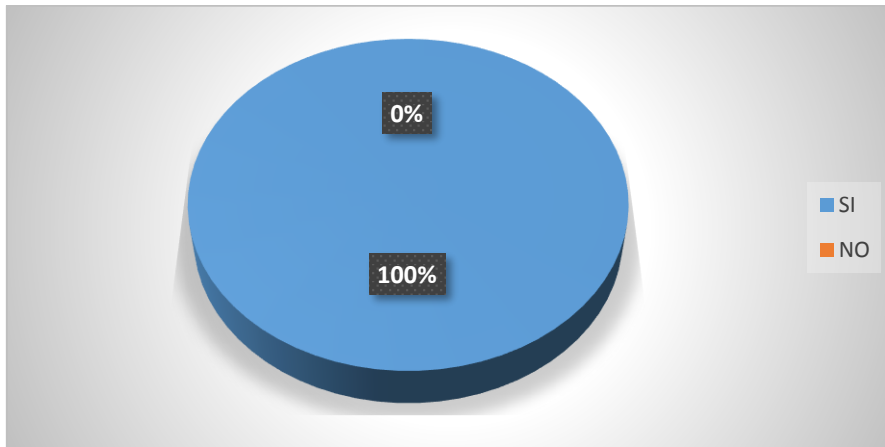
**En los siguientes gráficos se detallan los resultados de las 11 preguntas con 9 ítems, con dos (2) alternativas de respuesta (Si, No) y 2 ítems, con una alternativa de respuesta abierta (comentarios y sugerencias) abiertas donde se concluye el problema y se crea la necesidad.**

### Anexo 2.1 Grafico ítems N°1



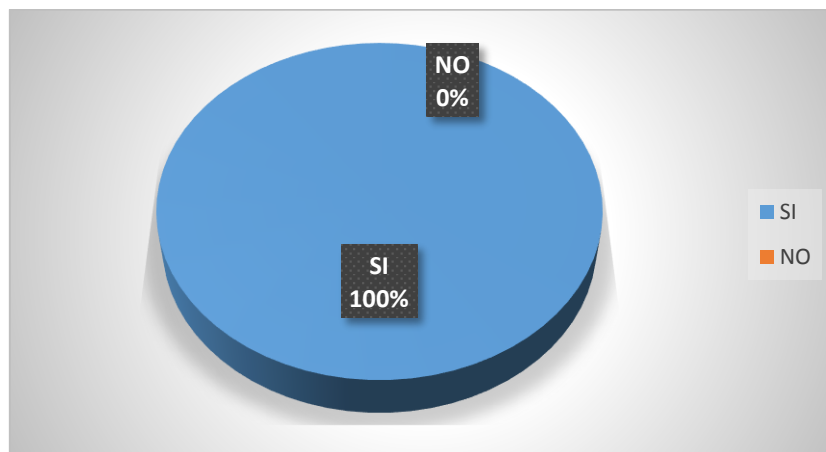
**Análisis:** De la pregunta, Considera usted que en el momento de la muerte el paciente este acompañado por personas cercanas y queridas durante su vida? Del 100% de las personas encuestadas el 96% contestan que si deben estar acompañados por sus seres queridos y un 4% dice que no.

## Anexo 2.2 Grafico ítems N°2



**Análisis:** De la pregunta, Considera usted importante el apoyo espiritual, como acompañamiento a los padres del paciente pediátrico, en el momento de la muerte inminente? El 100% de las personas encuestadas consideran importante el apoyo espiritual a los padres en el momento de la muerte inminente.

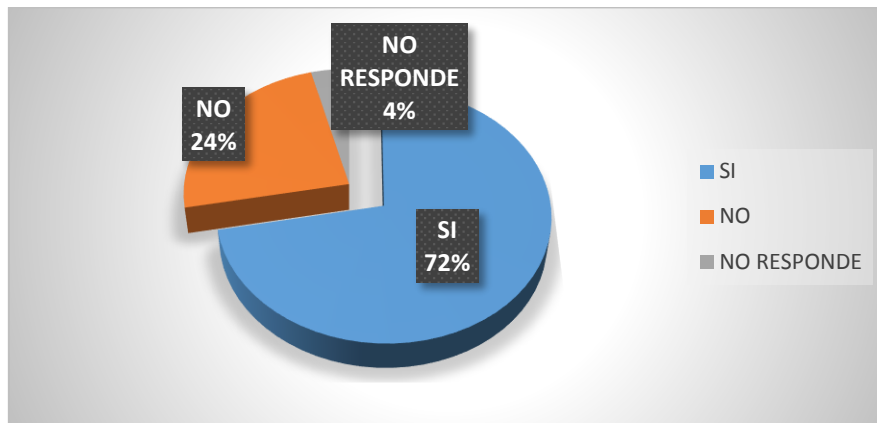
## Anexo 2.3 Grafico ítems N°3



**Análisis:** De la pregunta, Considera usted importante el apoyo psicológico, para el acompañamiento terapéutico a la familia en el proceso de muerte inminente? El 100% de las personas encuestadas responden que si es importante el apoyo psicológico, para el acompañamiento a la familia en el proceso de muerte inminente

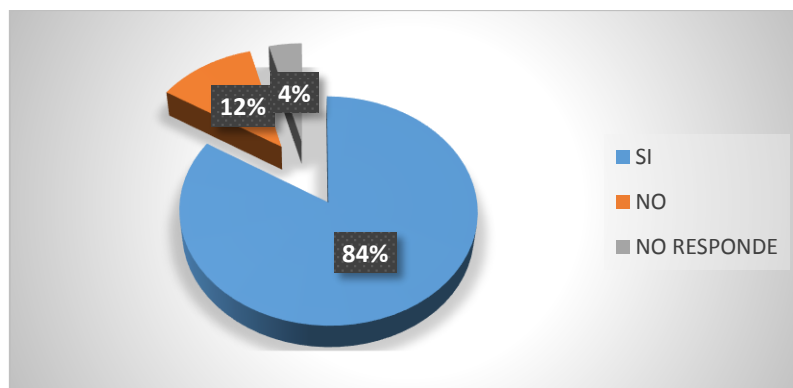


#### Anexo 2.4 Grafico ítems N°4



**Análisis:** De la pregunta, destina usted, tiempo para el acompañamiento a los padres del paciente pediátrico durante el proceso de agonía o muerte inminente? Del 100% de las personas encuestadas el 72% responden que si dedican tiempo, para el acompañamiento a los padres en el proceso de muerte inminente y un 24% no responde.

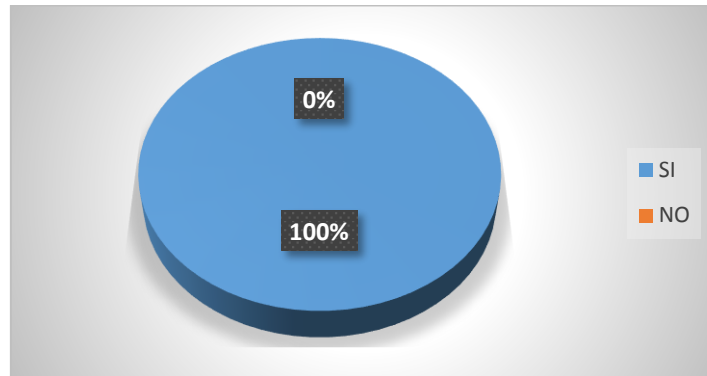
#### Anexo 2.5 Grafico ítems N°5



**Análisis:** De la pregunta, Piensa usted que las distracciones como el tono de voz alto, utilización del televisor, celulares, música y timbre de las alarmas de los dispositivos biomédicos interfieren en el acompañamiento a los padres ante la muerte de su querido (Hijo)? Del 100% de las personas encuestadas un 84% considera que los distractores si interfieren en el

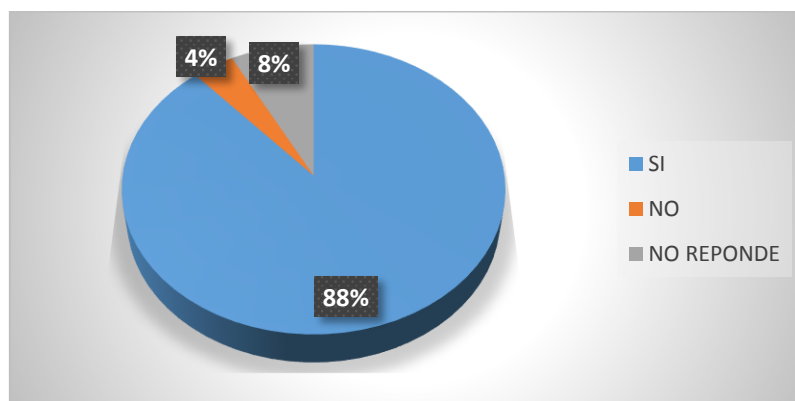
acompañamiento a los padres ante la muerte de su hijo, un 12% considera que no interfieren y un 4% no responden.

### Anexo 2.6 Grafico ítems N°6



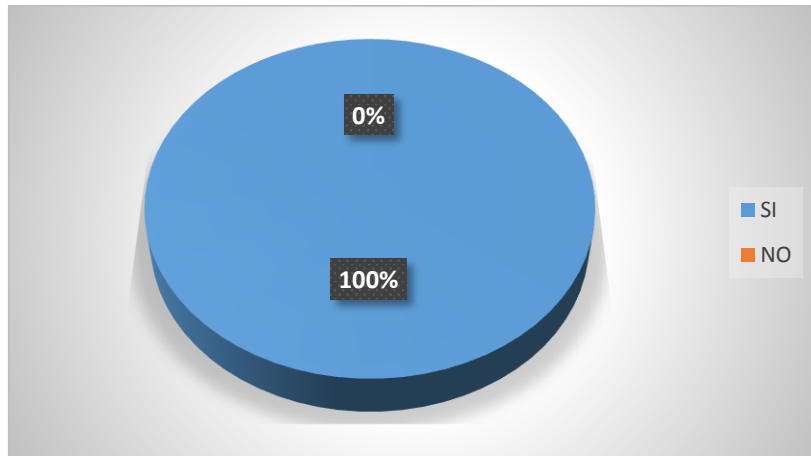
**Análisis:** De la pregunta, Cree usted importante que mantener un ambiente cálido y pacífico en la Unidad de Cuidados Intensivos aporta en el proceso de acompañamiento a los padres ante la muerte de su ser querido (Hijo)? El 100% de las personas encuestadas responden que es importante mantener un ambiente adecuado en el proceso de acompañamiento a los padres ante la muerte de su hijo.

### Anexo 2.7 Grafico ítems N°7



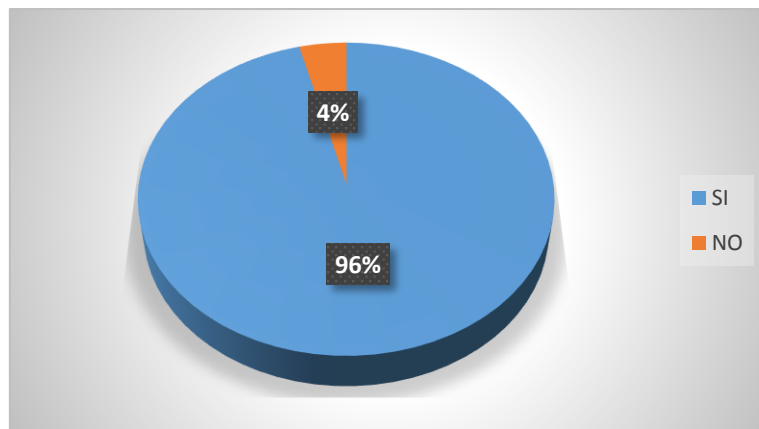
**Análisis:** De la pregunta, Cree usted necesario disminuir las alarmas para favorecer un entorno cálido y humanizado al paciente pediátrico en el momento de la muerte inminente? Del 100% de las personas encuestadas el 88% considera que disminuir las alarmas favorece un entorno cálido y humanizado en el momento de la muerte inminente, un 4% considera que no es necesario y un 8 no responde.

### Anexo 2.8 Grafico ítems N°8



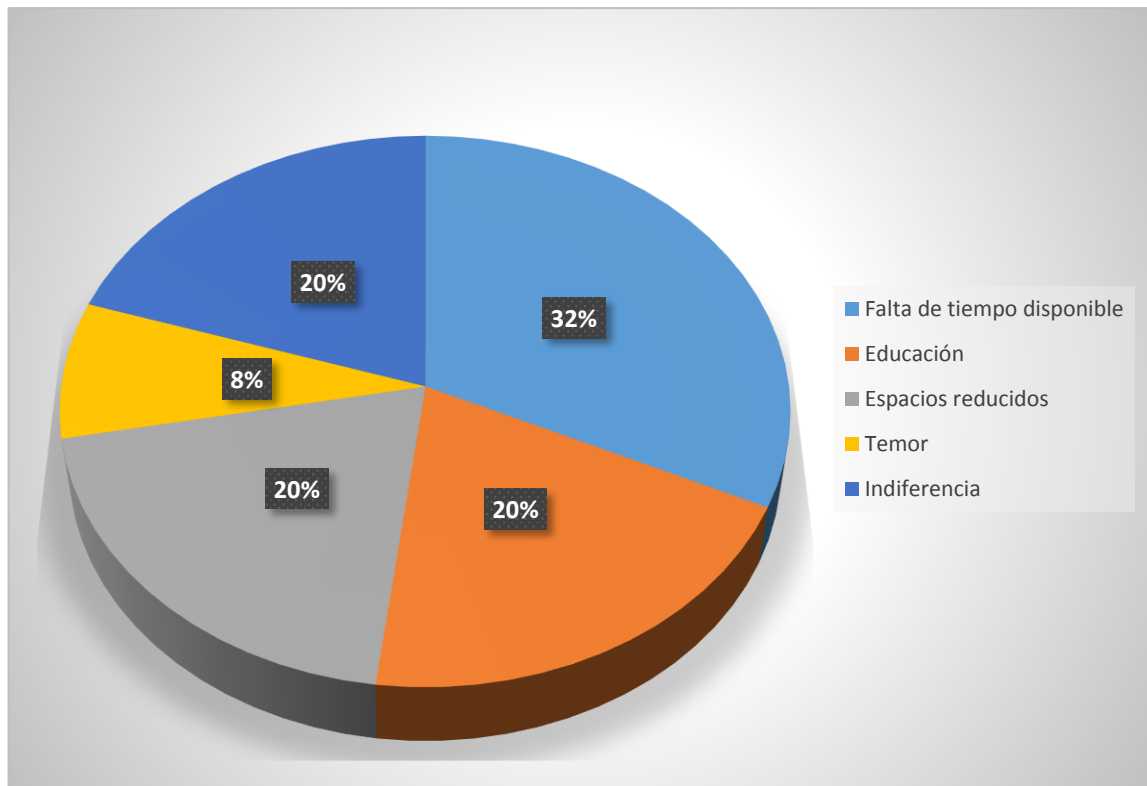
**Análisis:** De la pregunta, Usted tiene en cuenta el estado crítico y lábil del paciente pediátrico en el momento de brindar cuidado directo? El 100% de las personas encuestadas consideran que si tiene en cuenta el estado crítico del paciente en el momento de brindar cuidado directo.

### Anexo 2.9 Grafico ítems N°9



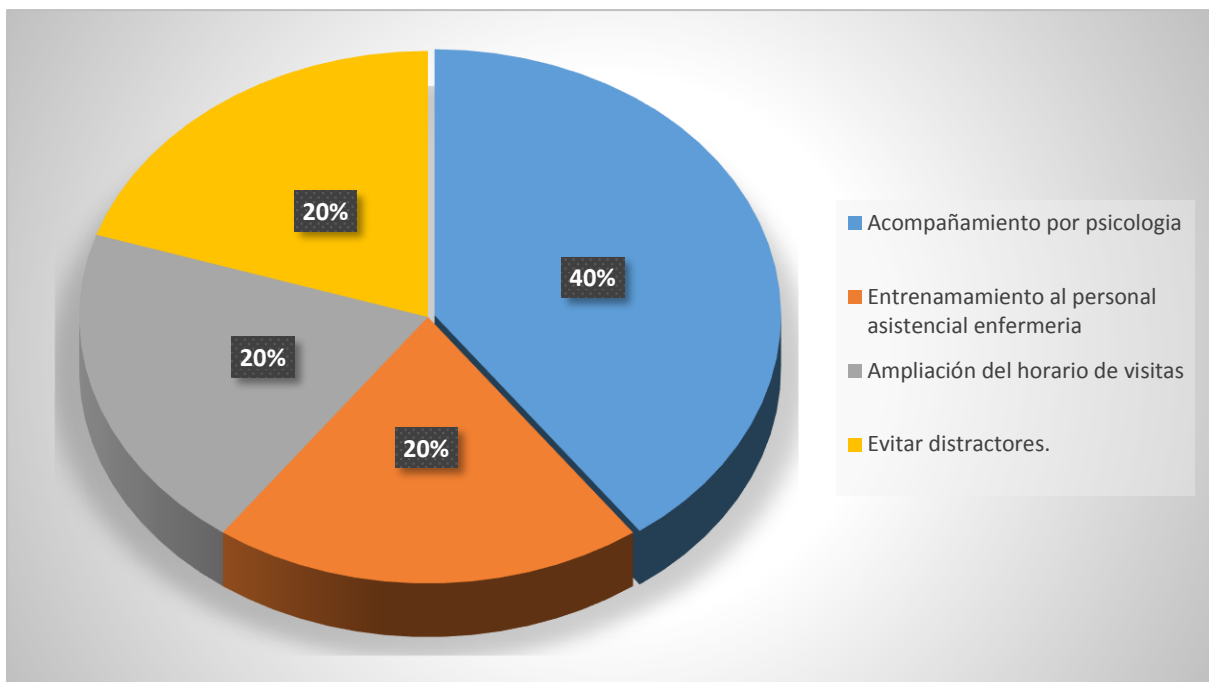
**Análisis:** De la pregunta, considera inoportunos los comentarios, como (no se ha muerto todavía, la mamá no lo deja morir), para el acompañamiento cálido y humanizado en el momento de la muerte del paciente pediátrico? Del 100% de las personas encuestadas el 96% si considera inoportunos los comentarios, para el acompañamiento cálido y humanizado en el momento de la muerte del paciente pediátrico y un 4% no los considera inoportunos.

## Anexo 2.10 Grafico ítems N°10



**Análisis:** De la pregunta, Cuál considera usted la principal causa que imposibilita el acompañamiento cálido y humanizado de los padres del paciente pediátrico? Del 100% del personal de enfermería encuestado un 32% refiere falta de tiempo disponible, 20% falta de educación, 20% espacios reducidos para el acompañamiento, 20% indiferencia ante la situación, y un 8% miedo a la respuesta del padre ante la muerte de su hijo. (9)

### Anexo 2.11 Gráfico ítems N°11



**Análisis:** De la pregunta, Que comentarios o sugerencias aportaría usted, para realizar un acompañamiento cálido y humanizado a los padres del paciente pediátrico en el momento de la muerte inminente? Del 100% del personal de enfermería encuestado, un 40% sugieren acompañamiento por psicología, 20% entrenamiento al personal, 20% ampliación en el horario de visitas y un 20% evitar los distractores. (9)

### **ANEXO N° 3 GUIÓN DEL VIDEO**

<b>ANEXO N° 3 GUIÓN DEL VIDEO</b>
<b>➤ Primera escena:</b>
<b>Ingresa el grupo de teatro junto con Jessica y Adriana y se dice que es el acompañamiento y cuidado.</b>
<b>La persona que hace el papel de la muerte se encuentra recorriendo la unidad.</b>
<b>➤ Segunda escena:</b>
<b>Ingreso de paciente a unidad procedente de otro servicio, monitorizado, acompañado por enfermera, y padres, en silla de ruedas y en regulares condiciones hemodinámicas. En el momento del ingreso, la enfermera que trae al niño les dice a los padres: ¡¡Ahora los llaman para que ingresen y hablen con el medico!! Los cuales al ver que ingresan a su hija a la unidad se angustian y se muestran inquietos por que deben esperar afuera, la enfermera les dice que el personal de la UCI cuando este ya ubicada la niña los llamaran.</b>
<b>Ingresa a la unidad el equipo que trae el paciente cumpliendo el protocolo de institucional, los reciben la enfermera, auxiliar de enfermería y pediatra de turno, ubican en unidad, e inmediatamente hacen firmar la acogida a la enfermera que entrega y proceden a estabilizar el paciente. (Intuban, monitorizan y lo dejan ubicado en el cubículo). Pediatra le informa a grupo interdisciplinario que el estado de la niña es bastante grave y que lo más probable es que fallezca en las próximas horas, en este momento enfermera y auxiliares sacan sus celulares y bajan el volumen, cuadran alarmas del monitor y apagan la grabadora que en el momento se encontraba prendida.</b>

<p>➤ <b>Tercera escena:</b></p>
<p><b>Ingreso de los padres a la unidad y al ver su hija se les ve la cara de angustia, la enfermera los tranquiliza y les da orientación de normas del servicio e institucionales, luego el pediatra da información sobre estado actual de la niña, padres reflejan en su rostro desconsuelo y manifiestan ahora que vamos hacer. (tener en cuenta como dar malas noticias)</b></p>
<p>➤ <b>Cuarta escena:</b></p> <p><b>Padres en cubículo desconsolados, personal de enfermería le dicen al pediatra que por que no solicita intervención por psicología que estas personas se ven bastante afectadas, pediatra refiere que el noto esto en el momento que les dijo como se encontraba su hija y por esto ya la solicito.</b></p>
<p>➤ <b>Quinta escena:</b></p>
<p><b>Enfermera se acerca a los padres y les pregunta si les gustaría que el párroco de la institución hablara con ellos y padres aceptan, en ese momento llega la estudiante de psicología y aborda a los padres. (primeros auxilios psicológicos)</b></p>
<p>➤ <b>Sexta escena</b></p>
<p><b>El padre de la niña llama a la enfermera y le pide el favor si puede autorizar la entrada de unos familiares que quieren estar con ellos en estos momentos, enfermera le dice que sí, pregunta que, si están esperando para entrar o vienen en camino, con el fin de informar a los vigilantes, padre refiere que ellos vienen de viaje que estarían llegando al otro día. (permitir)</b></p>
<p>➤ <b>Séptima escena:</b></p>
<p><b>Ingreso del párroco de la institución, pediatra y enfermera le informan al padre cual es la situación actual, auxiliar de enfermería junto con enfermera lo llevan hasta el cubículo y lo presentan con los padres en este momento el padre inicia el acompañamiento espiritual. (Acompañamiento espiritual).</b></p>
<p>➤ <b>Octava escena:</b></p>

**Estando los padres en el cubículo, la niña presenta descompensación requiriendo reanimación, en este momento se les pide a los padres que esperen un momento afuera, pasan unos momentos se estabiliza la niña y padres ingresan nuevamente, pediatra informa lo sucedido a los padres quienes quedan en el cubículo con expresión de preocupación y tristeza. (la persona que hace el papel de la muerte se encuentra en todas las situaciones en la que se muestra el paciente al lado de este mirándolo)**

**➤ Novena escena:**

**Se encuentra la niña en la cama, padres y demás familiares acompañándolos. La persona que hace el papel de la muerte se encuentra en todas las situaciones en la que se muestra el paciente al lado de este mirándolo).**



## ANEXO N°4 FOLLETO (9)

<h3>Familia</h3>  <p>La familia constituye para el individuo fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero cuando unos de sus integrantes enferma puede convertirse en fuente de insatisfacción y malestar.</p> <p>El cambio de roles en la vida familiar pueden provocar alteraciones variación emocional, desequilibrio y descompensación.</p>	<h3>Habilidades</h3> <p>Aptitudes en el cuidado de enfermería a los padres en situación de muerte inminente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escucha</li> <li>• Empatía</li> <li>• Disposición</li> <li>• Emergencia</li> <li>• Comprensión</li> <li>• Identificación de Recursos</li> <li>• Actitud Facilitadora</li> <li>• Cuidar el lenguaje Corporal</li> <li>• Proporcionar Espacios</li> </ul> <p>¿Cómo ayudamos en el acompañamiento, lo que debemos hacer?</p> <p>Mantener un ambiente silencioso y respetuoso</p> <p>Cultura de Sensibilización al yo y a los otros</p>	 <p>Mantener la Fé, de los padres permitiendo el ingreso del sacerdote, pastor, creyente para su acompañamiento espiritual.</p> <p>Permitir el ingreso de otros miembros de la familia para acompañar y estar con los padres emocionalmente en situación de muerte de su hijo.</p> <p>Proporcionar Privacidad</p> <p>El cuidado es una forma afectuosa de relacionarse con el otro apreciado hacia el cual uno tiene sentido de compromiso y responsabilidad</p> <p>KRISTEN SWANSON</p>
<p><b>Importante</b></p> <p>Lo que se debe aplicar con los padres:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preséntate con tu nombre y profesión</li> <li>• Manifestar:estoy aquí para Uds.</li> <li>• Lamento la pérdida</li> <li>• Explicar y apoyar sus opciones y decisiones.</li> <li>• Mantener la calma.</li> <li>• No intentar encontrar algo positivo de la muerte.</li> </ul> <p>Euitar decir: Se fuerte... Dios lo dispuso así... ¡ahora tienes un angelito!!! no llores!!!...esta en un lugar mejor...dejo de sufrir!!!</p>	 <p>La muerte de un hijo, es la pérdida mas profunda que se puede experimentar, cronológicamente y en el ciclo vital el ser humano no esta preparado para esta eventualidad.</p> <p>ACOMPANIAMIENTO CÁLIDO Y HUMANIZADO A LOS PADRES EN SITUACIÓN DE MUERTE INMINENTE</p> <p>AUTORAS ADRIANA REYES ORTIZ JESSICA IVANOVA SILVA PEÑA Estudiantes Especialización de Enfermería Cuidado Crítico HUS- la Sabana 2016</p>	<h3>Acompañamiento</h3> <p>Es esencial en la idea de compartir, de ayudar, sin invadir al otro, de ir juntos en busca de metas, enfrentando al destino, disfrutando los buenos momentos y luchando frente a las adversidades</p> <p>El cuidado es la esencia de la enfermería Jean Watson</p>

**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016

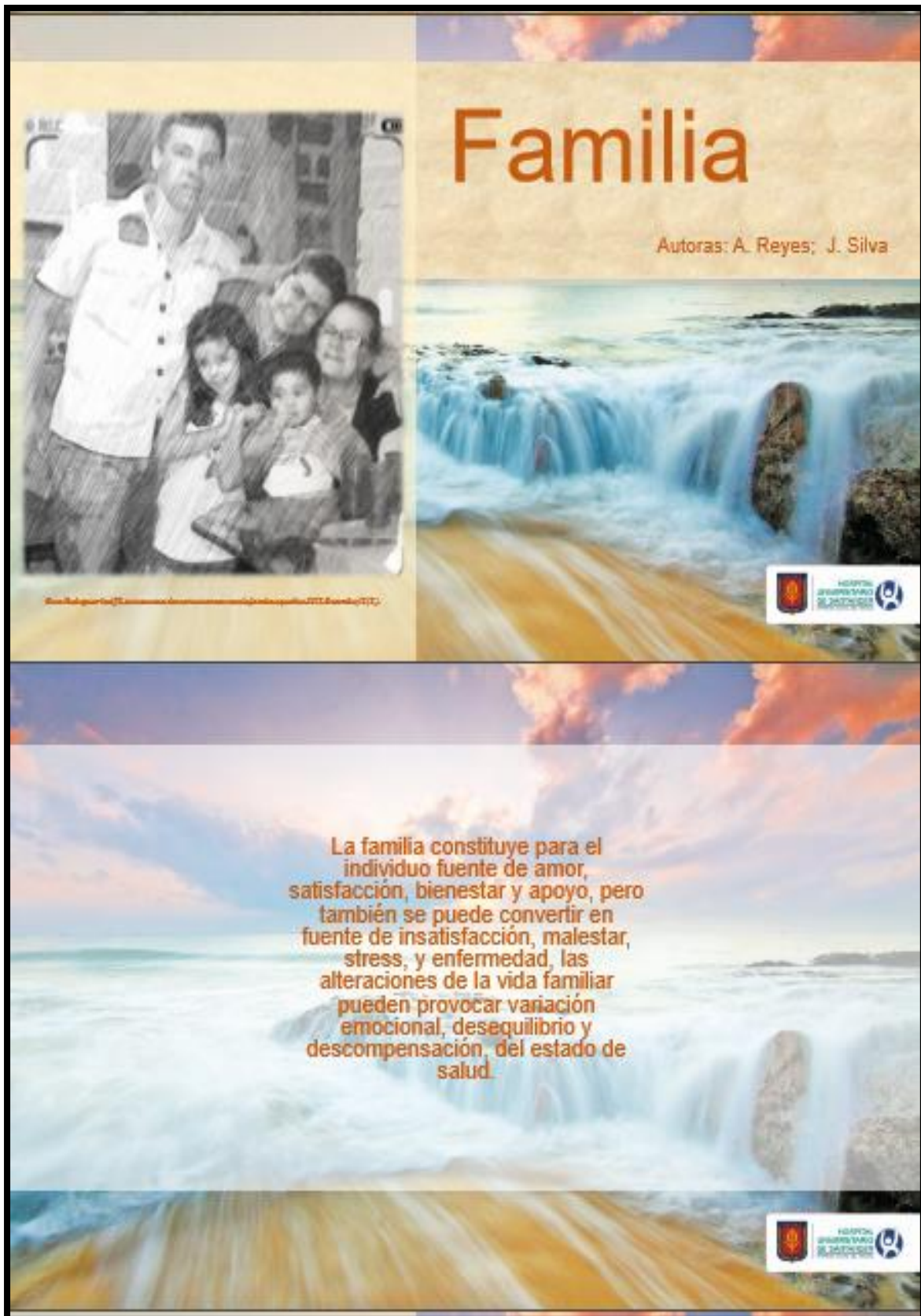
## ANEXO N°5 ROTAFOLIO



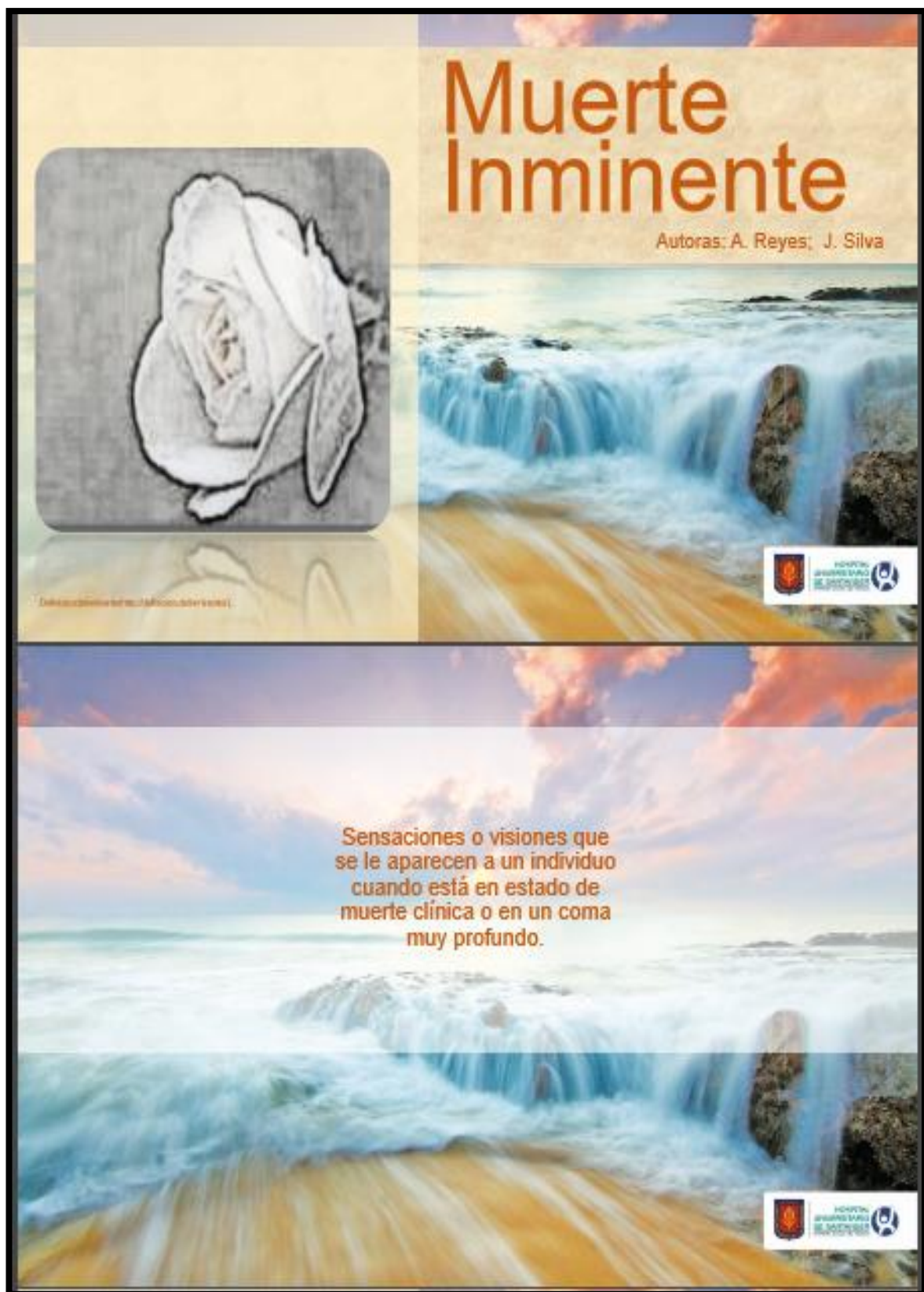
**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016



**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016



**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016



**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016



## Signos de Muerte Inminente

Autoras: A. Reyes; J. Silva

- Los reflejos del paciente desaparecen de manera gradual.
- No puede moverse.
- Sus respiraciones se hacen más difíciles al paso del tiempo y severidad de la enfermedad.
- Su cara adopta una expresión de angustia, y muchas veces aparecen cianosis en la misma.
- Piel fría, húmeda, su pulso se acelera y luego se hace más débil.
- Las pupilas se dilatan y la mirada se vuelve fija.
- Aparecen la hipotensión, hipotermia y respiraciones rápidas y luego lentas, con sustitución de la ventilación mecánica.

**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016



**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016



**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016

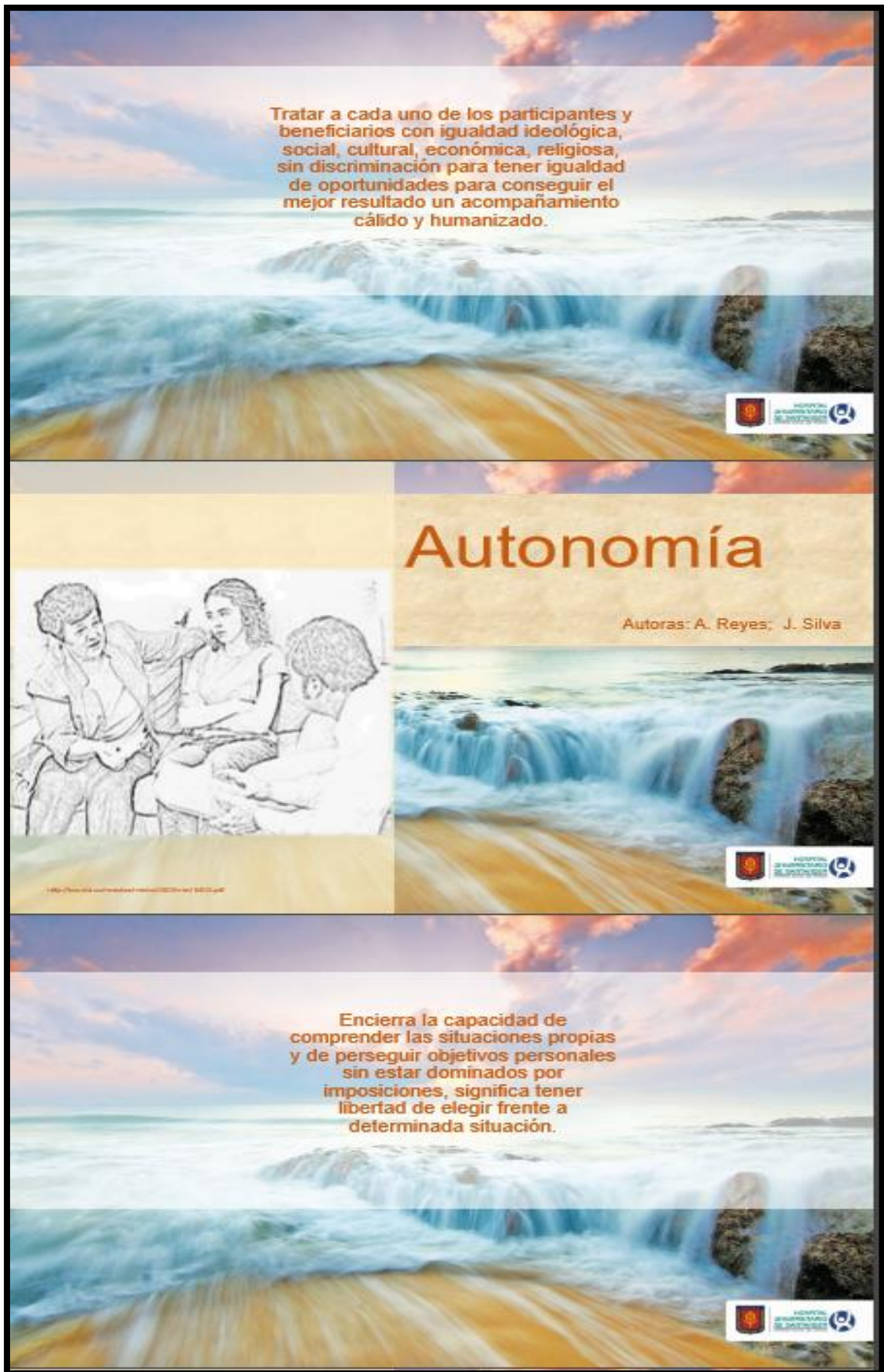


**No Maleficencia**  
Autoras: A. Reyes; J. Silva

Supone que no se puede hacer daño al otro, obliga a tratar a las personas con igual consideración y respeto; en forma precisa el equilibrio entre el riesgo y el beneficio sin causar daño físico, ni psíquico.

**Justicia**  
Autoras: A. Reyes; J. Silva

**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 20



**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016



**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016



**QUE SE DEBE HACER:**

- **Preséntate con tu nombre**
- **Estoy aquí para ustedes, lamento la pérdida.**
- **Mantén la calma.**
- **No intentes encontrar algo positivo de la muerte.**

**PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS**  
Autoras: A. Reyes; J. Silva



➤ **Evitar decir frases como:**

- **Sé fuerte.**
- **Dios lo dispuso así.**
- **Ahora tienes un angelito.**
- **No llores.**
- **Esta en un lugar mejor.**

**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016

**Como dar malas noticias**  
Autoras: A. Reyes; J. Silva

**Dar la noticia de manera adecuada evita un estado de confusión e incomprensión de lo sucedido.**

**Como dar malas noticias**  
Autoras: A. Reyes; J. Silva

Cuidado transpersonal  
Jean Watson

**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016

**En el momento de dar la noticia:**

- ✓ Preséntese con su nombre y cargo.
- ✓ Cree un espacio indicado, para dar la noticia..
- ✓ Realice contacto visual, sea empático y transmita seguridad.
- ✓ Demuestre interés ( sin prisas).
- ✓ Identifique las personas que tengan mayor autocontrol emocional.
- ✓ Sea honesto al responder las preguntas.
- ✓ Explique reacciones posibles: por ejemplo como seria la calidad de vida del infante.
- ✓ De prioridad a las necesidades.

**Como dar malas noticias**  
Autoras: A. Reyes; J. Silva

En el momento su hijo/ hija se encuentra estable, estanco, abierto a cualquier evolución.

**Antes de dar la noticia:**

- ✓ Asegúrese de la identidad de la persona y el nombre de sus familiares.
- ✓ De la información personalmente evite otros medios como el teléfono.
- ✓ Infórmese de todo lo ocurrido.
- ✓ Comunique toda la información pertinente de pasos a seguir.
- ✓ No use palabras chocantes, utilice el lenguaje mas sencillo posible.
- ✓ Jamás minimice la situación.
- ✓ Si no sabe o no tiene la información a la hora de una pregunta, reconózcalo y busque la respuesta.

**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del Presente Proyecto de Gestión 2016

The image is a composite of three parts. The top part shows the cover of a book titled "Decálogo de humanización" by A. Reyes and J. Silva. The cover features a photograph of a stone wall with a cross and a window. The middle part is a slide with a background of a waterfall and the text: "Respecto a tradiciones, creencias y valores. MANTENER LAS CREENCIAS: manteniendo una actitud llena de esperanza ofreciendo un optimismo realista ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación. Kristen M Swanson". The bottom part shows the back cover of the same book, featuring a drawing of a person's face and the same title and authors.

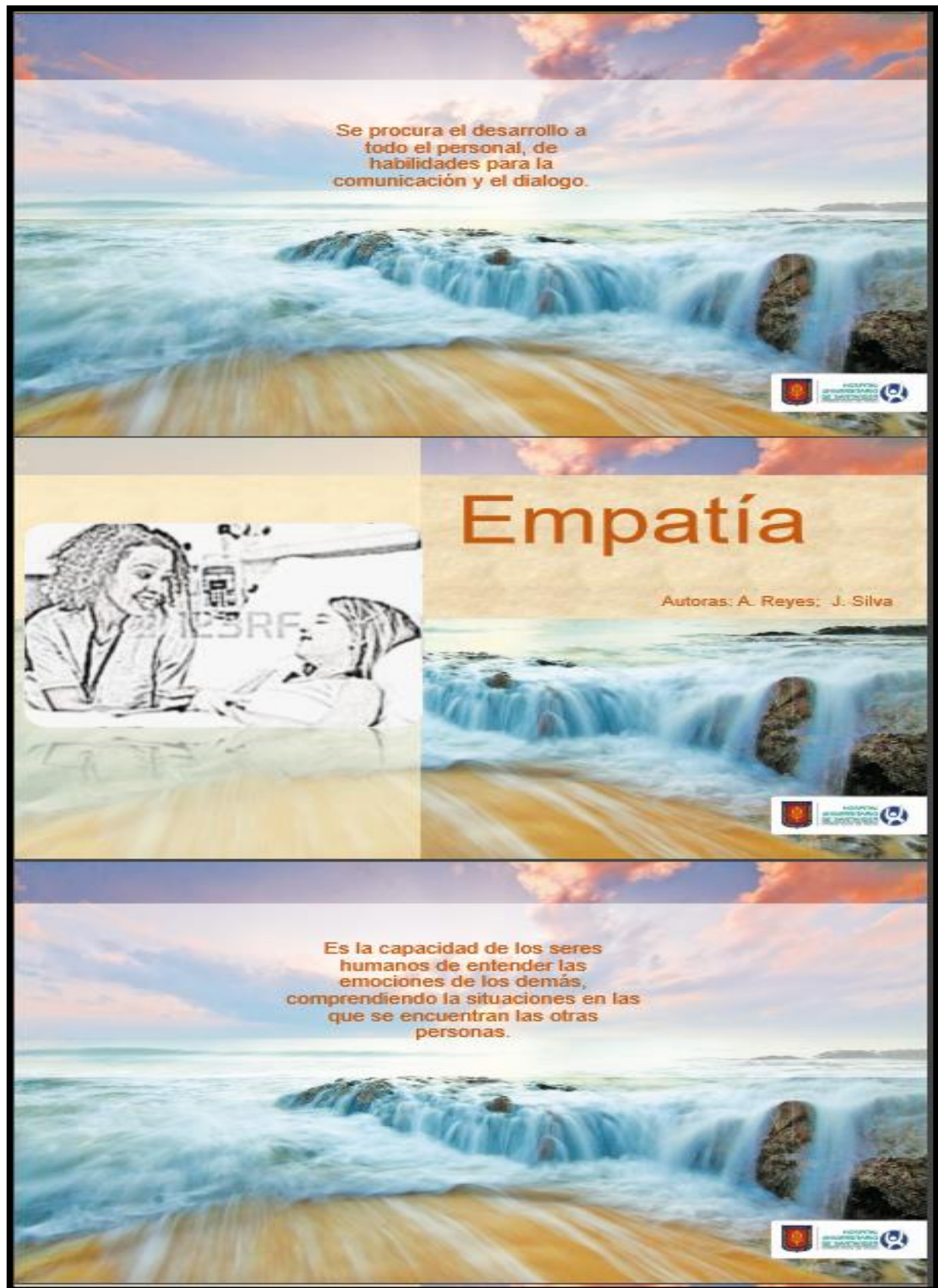
**Decálogo de humanización**  
Autoras: A. Reyes; J. Silva

**Respecto a tradiciones, creencias y valores.**

**MANTENER LAS CREENCIAS:**  
manteniendo una actitud llena de esperanza  
ofreciendo un optimismo realista ayudando a  
encontrar el significado y estando al lado de  
la persona cuidada en cualquier situación.  
Kristen M Swanson

**Decálogo de humanización**  
Autoras: A. Reyes; J. Silva

**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del presente proyecto de gestión 2016



**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del presente proyecto de gestión 2016

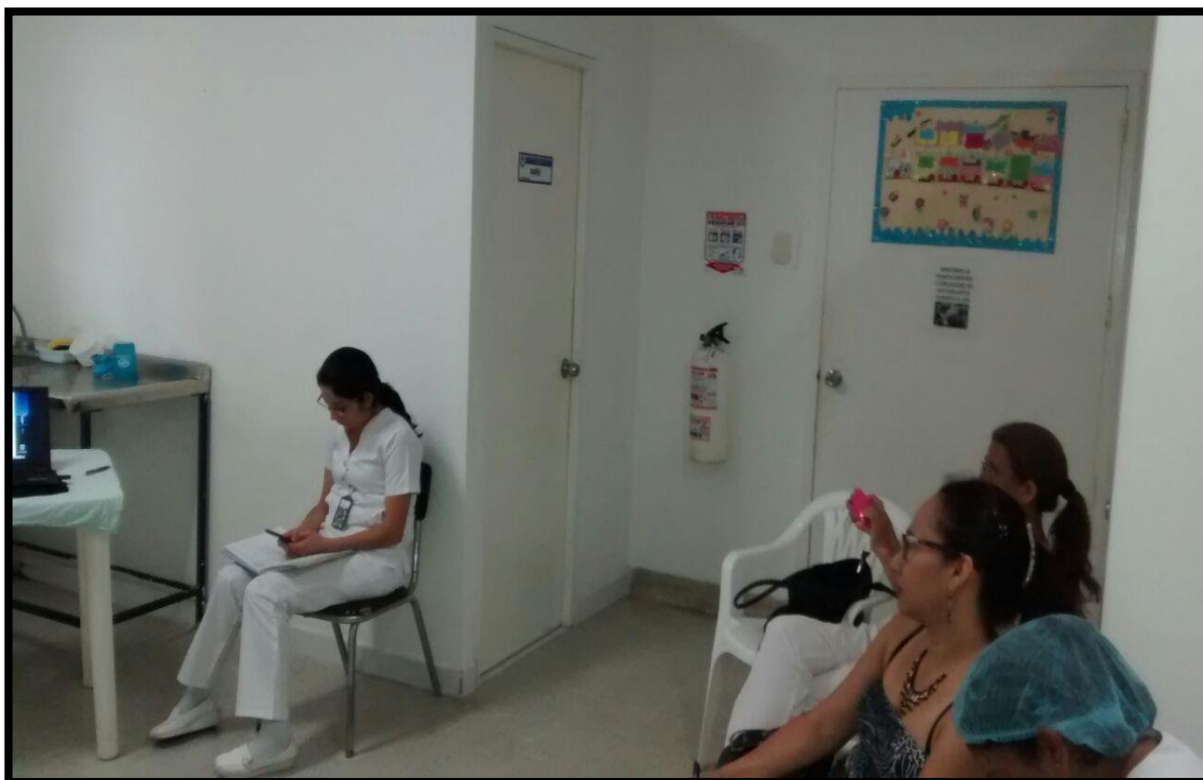




**Fuente:** Reyes A. Silva J. Autoras del presente proyecto de gestión 2016

## **ANEXO N°6 EVIDENCIA FOTOGRAFICA**

Para las siguientes fotos se solicitó consentimiento a los participantes.







## ANEXO. 7 CARTA INSTITUCIONAL

**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



*Nuestro Compromiso es:  
Calidad Y Eficiencia en el Servicio*



3000-SSE-0463-2016

Bucaramanga, 3 de Noviembre de 2016

Enfermeras  
**JESSICA IVANONA SILVA PEÑA**  
**ADRIANA REYES ORTIZ**  
UCI Pediátrica.  
ESE Hospital Universitario de Santander.

Cordial saludo,



De manera atenta me permito informar que el comité de Ética en Investigación de la ESE-Hospital Universitario de Santander, concluye que según los aspectos Éticos el siguiente Proyecto **Estrategia Educativa para el Acompañamiento a los Padres ante la Presencia de Muerte de su Hijo**, es una estrategia Educativa mas No un Proyecto de Investigación por lo tanto no requiere un Aval de Ética.

Se autoriza la aplicación de las encuestas en la Unidad de Cuidados Intensivos-Pediátrica de la Empresa Social del estado – Hospital Universitario de Santander.

Cordialmente,

  
**HELDA CECILIA AMAYA DÍAZ**  
Subgerente Servicios de Enfermería  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

## ANEXO 8 LISTA DE CHEQUEO

		<b>LISTA DE CHEQUEO DIRIGIDA AL PERSONAL ASISTENCIAL DE ENFERMERIA DE LA UCI PEDIATRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER DURANTE LA APLICACION DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA ( ROTAFOLIO, FOLLETO Y VIDEO)</b>				
<b>RESPONSABLES</b>		JESSICA SILVA PEÑA-ADRIANA REYES		FECHA: NOVIEMBRE DE 2016		
<b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>		C: Cumple la totalidad de aspecto evaluado				
		NC: No cumple				
		Observaciones				
<b>CONDICIÓN A EVALUAR</b>		<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	
Conoce que es acompañamiento						
Identifica el significado de familia.						
Reconoce los signos de muerte inminente.						
Permite el acompañamiento de la familia ante la muerte inminente.						
Utiliza el rotafolio para el acompañamiento a los padres ante la muerte inminente.						
Respetar tradiciones, creencias, y valores de la familia y del paciente en el momento de ella						
Considera importante el apoyo espiritual.						
Considera importante el apoyo psicológico.						
Utiliza el video para el acompañamiento a los padres ante la muerte inminente.						
Considera importante la educación par el acompañamiento a los padres ante la muerte						
Conoce los aspectos de como dar malas						
En el momento de dar malas noticias se presenta con su nombre y cargo.						
En el momento de dar malas noticias identifica la persona que tenga mayor control emocional.						
En el momento de dar malas noticias cre un espacio adecuado.						
Utiliza los primeros auxilios psicológicos.						
sabe que frases debe evitar los primeros auxilios psicológicos.						
En el momento de ofrecer los primeros auxilios psicológicos mantiene la calma.						
En el momento de ofrecer los primeros auxilios psicológicos examina las dimensiones de la situación.						
En el momento de ofrecer los primeros auxilios psicológicos realiza contacto psicológico.						
En el momento de ofrecer los primeros auxilios psicológicos realiza seguimiento.						