

**CUIDANDO A LA FAMILIA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN UCI
ADULTOS HOSPITAL FERNANDO TROCONIS SANTA MARTA, 2008.**

**ANA CEBALLOS VERGARA
CHAJIRA JULIO NOVOA
JULISSA VILARDY SEÑAS**

**ENF. TATIANA GONZALEZ
Asesora Científica**

**MARGARITA MONTOYA
Asesora Metodologica**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
2008**

**CUIDANDO A LA FAMILIA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN UCI
ADULTOS HOSPITAL FERNANDO TROCONIS SANTA MARTA, 2008.**

**ANA CEBALLOS VERGARA
CHAJIRA JULIO NOVOA
JULISSA VILARDY SEÑAS**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
2008**

Nota de Aceptación

Director

Jurado

Jurado

Jurado

SANTA MARTA JULIO 2008

A DIOS, quien me ha llenado de inteligencia y sabiduría para lograr alcanzar este objetivo en mi vida profesional.

A mis padres **Elmer Julio Y Ludís Novoa** por apoyarme tanto moral como económicamente, por brindarme ese amor incondicional que me ayudo a no rendirme en esta lucha.

A mis hermanos por ser mi guía, por ser ese ejemplo a seguir, por brindarme su apoyo y cariño.

A mis sobrinitos hermosos por ser mi fuente de alegría, por iluminar mis mañanas y aquellos momentos en los que me sentí sin fuerzas para seguir.
LOS AMO MUCHISIMO!!!!!!

A mis amigas de tesis por siempre estar con migo, y por todos esos momentos inolvidables que hemos pasado juntas. Ustedes saben que yo las QUIERO MUCHISIMO AMIGAS GRACIAS POR TODO!!!!!!

Al resto de las Dandis Yuranis Mejía Y Viviana Chacuto gracias por su apoyo, sus consejos Y por brindarme su más sincera amistad. LAS QUIERO MUCHISIMO AMIGAS!!!!!!

A todos aquellos que creyeron en mi muchas gracias por su apoyo y cariño.

CHAJIRA JULIO NOVOA

Le dedico este triunfo más en el largo recorrido de mi vida principalmente a **DIOS**, por regalarme la fortaleza, tolerancia y sabiduría para alcanzar esta meta.

A mis padres Italo Vildy y Marta Señas quienes cada día me impulsaban a salir adelante, brindándome amor y apoyo incondicional en todo momento.

A mis **Hermanos** y **Familiares** que en algún momento de su vida me acompañaron en la lucha para poder alcanzar los objetivos propuestos.

A mis grandes **Amigas** quienes estuvieron junto a mí en aquellos momentos de angustia y desesperación. Gracias a nuestra solida amistad logramos salir adelante y alcanzar un triunfo más en nuestra vida profesional.

JULISSA VILDY SEÑAS

Dedico esta investigación a DIOS por iluminar mis pensamientos y brindarme sabiduría.

A mi madre por llenarme de ganas por salir adelante.

A mis amigas por todo brindarme todo su apoyo, y por todos esos momentos inolvidables que pasamos juntas.

ANA CEBALLOS VERGARA

AGRADECIMIENTOS

Para realizar una buena investigación en salud, se necesita de compromiso, responsabilidad y dedicación. Con el fin de alcanzar los objetivos propuestos por parte de los investigadores, y sobre todo causar impacto dentro de la comunidad, favoreciendo en esta la salud física y mental, lo cual es meta de todo profesional de enfermería. Cabe resaltar, que existen personas que ayudan al investigador en el desarrollo de su investigación, las cuales están prestas a proporcionar sus conocimientos, y todo el apoyo necesarios.

Agradecemos en primera instancia a DIOS, quien nos a brindando sabiduría, entendimiento, y nos lleno de paz y tranquilidad en los malos momentos por los cuales pasamos durante el desarrollo de la investigación.

A nuestra asesora científica Tatiana González Noguera por brindarnos sus conocimientos, y apoyo, pues desde el inicio hasta el final de la investigación estuvo a nuestro lado asesorándonos. Gracias por sus concejos.

A la profesora Mirith Vásquez, quien a pesar de no ser parte de la investigación, nos oriento en muchos aspectos, nos brindo sus conocimientos, apoyo, y creyó en nuestra investigación.

A la profesora Lidice Álvarez que con sus buenas bases metodológicas nos oriento en este aspecto, aclarando nuestras dudas.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION.....	Pag.13
2. MARCO DE REFERENCIA.....	Pag.15
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	Pag.15
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	Pág. 20
3.1 Objetivo General.....	Pag. 20
3.2 Objetivos Específicos.....	Pag.20
4. DEFINION DE CONCEPTOS.....	Pag. 21
4.1 Familia.....	Pág. 21
4.2 UCI.....	Pag. 21
4.3 Enfermería.....	Pag. 21
4.4 Profesional De Enfermería.....	Pág. 22
4.5 Valoración Por Patrones Funcionales Marjorie Gordon.....	Pág. 22
5. JUSTIFICACION.....	Pág. 24
6. MARCO TEORICO.....	Pág. 28
6.1 Cuidando a la Familia.....	Pág. 28
6.2 Toma de Desiciones.....	Pág. 40
7. MARCO DE DISEÑO.....	Pág. 44
7.1 TIPO DE ESTUDIO.....	Pág. 44
7.2 Población.....	Pág. 44
7.3 Muestreo.....	Pág. 44
7.4 Criterios de Inclusión.....	Pág. 44
7.5 Instrumento para la Recolección de los Datos.....	Pág. 45
7.5.1 Descripción del Instrumento.....	Pág. 45
8 ASPECTOS LEGALES DE LA INVESTIGACION.....	Pág. 49
8.1 Consentimiento Informado.....	Pág. 50
8.2 Principios de la Bioética.....	Pág. 50
9 MARCO DE ANALISIS.....	Pág. 52
9.1 Procedimiento utilizado para la Recolección de la Información.....	Pag.52

9.2 Análisis de la Información.....	Pag.52
9.3 Resultados.....	Pag. 52
10 ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	Pag. 54
11 Perfil Demográfico De Los Familiares De Pacientes Hospitalizados En UCI Del Hospital Fernando Troconis.....	Pag. 54
11.1 Patrones Alterados y su Análisis.....	Pag. 54
11.1.1 Valoración de el Patrón Percepción Manejo de la Salud de el Familiar con Pacientes Hospitalizado en UCI de el Hospital Fernando Troconis..	Pag. 54
10.2.1.1 Patrón Percepción Manejo De La Salud - Hábitos Adquiridos por el Familiar, Durante la Estancia de su Pariente en UCI Hospital Fernando Troconis.....	.Pag. 55
10.2.2 Valoracion Del Patron Nutricional Metabolico Del Familiar Del Paciente Hospitalizado en UCI Hospital Fernando Troconis.	Pag. 56
10.2.3 Valoracion Del Patron Sueño Y Descanso Del Familiar Del Paciente Hospitalizado En Uci Hospital Fernando Troconis.....	Pag. 56
10.2.4 Valoracion Del Patron De Adaptacion – Tolerancia Al Estrés Del Familiar Del Paciente Hospitalizado En Uci Hospital Fernando Troconis.....	Pag. 57
10.2.5 Valoracion Del Patron Valores Y Creencias Del Familiar Del Paciente Hospitalizado En Uci Hospital Fernando Troconis.....	Pag. 58
11. CONCLUSIONES.....	Pag. 59
12. RECOMENDACIONES.....	Pag. 62

12.1 Recomendaciones para el Profesional De Enfermería que labora en la Unidad De Cuidados Intensivos Del Hospital Fernando Troconis.....	Pag. 62
12.2 Recomendaciones para el Programa De Enfermería.....	Pag. 62
12.3 Recomendaciones para la Investigación.....	Pag. 63
13. BIBLIOGRAFIA.....	Pag. 64
14. ANEXOS.....	Pag. 67

RESUMEN

La siguiente investigación fue dirigida al familiar del paciente hospitalizado en la UCI del Hospital Fernando Troconis de la ciudad de Santa Marta, en el primer periodo del año 2008. Realizando así un estudio para serie de casos con el fin de describir las necesidades del familiar e identificar los patrones que se encontraban alterados durante la estancia de su pariente. Teniendo en cuenta estos parámetros se realizó un Plan de Cuidados de Enfermería el cual será abordado por el personal de enfermería que labora en la entidad. Utilizando como instrumento La Valoración de Patrones Funcionales de Marjorie Gordon.

El estudio se realizó con la técnica de muestreo no probabilístico intencional, en donde se visitó a la UCI durante el mes de abril, encontrándose ocho pacientes hospitalizados, de esta manera se escogió un familiar por paciente a los cuales se le es aplicado el instrumento.

Luego de analizar la información, se evidenciaron alterados los siguientes patrones:

- Patrón Percepción Manejo de la Salud.
- Patrón Nutricional Metabólico.
- Patrón Sueño y Descanso.
- Patrón de Adaptación y Tolerancia al estrés.
- Patrón Creencias y Valores
- El Patrón Rol – Relaciones, es intervenido en el caso dado que el familiar hospitalizado en la UCI fallezca.

Evidenciándose así la necesidad que se tiene de incluir al pariente del enfermo crítico dentro del plan de cuidados del profesional de enfermería. El índice de que la familia se ve realmente afectada cuando uno de sus miembros se encuentra internado en la unidad de cuidados intensivos, es relativamente alto, y es de vital importancia para el profesional de enfermería tomar medidas con todos los familiares afectados para sobrellevar tal situación.

ABSTRACT

The following research was addressed to family of the patient hospitalized in the ICU of the Hospital Fernando Troconis of the city of Santa Marta, in the first period of 2008. Performing well for a study series of cases in order to describe the needs of family and identify patterns that were altered during the stay of his relative. Given these parameters took place a plan of nursing care which will be addressed by nurses working in the entity. Using as a tool The Rating Functional Patterns Marjorie Gordon.

The study was performed with the probability sampling technique not intentional, where he visited the ICU during the month of April, eight patients being hospitalized, in this way was chosen by a relative patient to whom it is applied instrument.

After analyzing the information, showed altered the following patterns:

- Pattern Perception Management Health
- Pattern Metabolic Nutrition.
- Pattern Sleep and Rest.
- Pattern adaptation and tolerance to stress.
- Pattern Beliefs and Values
- Pattern Role - Relations, is involved in the case because the family hospitalized in the ICU dies.

Evidencia so that there is the need to include the relative of critical patient care within the plan of professional nursing. The index that the family is really concerned when one of its members are placed in the intensive care unit, is relatively high, and it is vital for professional nursing take steps with all affected families to deal with such situations .

1. INTRODUCCION

La familia socialmente se entiende como un sistema de personas unidas y relacionadas por vínculos de afecto y proximidad, que pueden conllevar parentesco o no y que conforman el primer marco de referencia y sociabilización del individuo, es el núcleo básico donde este se desarrolla.

En el mundo de hoy en día también es conocida como la fuente de ayuda concreta de servicios prácticos en los tiempos de necesidad, haciendo referencia a situaciones de “enfermedad”. Puesto que es evidente que cualquier alteración en la salud de algunos de sus miembros repercute negativamente en la dinámica familiar y en sus relaciones interpersonales.

La familia es, sin duda, un recurso de gran valor, a la cual, según criterio propio se debe ofrecer apoyo y ayuda en las diferentes fases por las que suele pasar a lo largo de la enfermedad de uno de sus miembros, desde el ingreso y hospitalización de este, hasta un posible reingreso en el mayor de los casos.

En la actualidad el ingreso de pacientes a la unidad de cuidados intensivos se ha incrementado debido a la cronicidad de las enfermedades padecida por estos, como un accidente cerebro vascular isquémico o hemorrágico, una angina de pecho inestable, un bloqueo aurículo ventricular, sepsis, o edema pulmonar, por politraumatismo, sea este por accidente de tránsito, en casa, o en el trabajo entre otros lo cual ha conllevado a dichos pacientes a la UCI, debido a que su estado de salud se encuentra en condiciones críticas que ameritan tener cuidados especiales, contando con todos los recursos humanos, físicos y tecnológicos que facilitan el mejoramiento y el bienestar de las personas que ingresan diariamente a este servicio.

Por lo tanto el verse tan comprometida la vida de estos seres humanos conlleva a una situación difícil creando un estado de ansiedad y preocupación en los familiares de estos, motivo por el cual no se pueden dejar de lado.

Debido a que la familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan, y están sujetos a la influencia del entorno, la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis. Puesto que desde siempre se ha reconocido a la familia como agente cuidador natural de las personas que viven en situación crónica de enfermedad o limitación. Cabe resaltar que estas continúan teniendo el rol de cuidadores como una de sus principales responsabilidades, sin importar los conflictos internos que se viven cada día en el núcleo familiar.

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas agonizantes.

Teniendo en cuenta todos los aspectos anteriormente mencionados se precede a la realización de un plan de cuidado, enfocado y dirigido al familiar del paciente hospitalizado en UCI, el cual debe tener presente el personal de enfermería de este servicio durante el periodo de permanencia de los familiares de las personas internas en la unidad.

Esta investigación se realizó con el fin de identificar las necesidades encontradas en cada familiar del paciente hospitalizado en UCI del Hospital Fernando Troconis de la ciudad de Santa Marta, mediante la utilización del formato de Valoración por Patrones Funcionales de Marjorie Gordón, creando así un Plan de Cuidados de Enfermería.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la definición de De la Cuesta (2007)¹ cuidar es una actividad humana que tiene un componente no profesional; no obstante, se entiende como el corazón de la enfermería profesional. Por ello, no deja de ser asombroso comprobar cómo el cuidado se va deslizando de las manos de la enfermería para situarse, a veces exclusivamente, en manos de auxiliares y de familiares o amigos.

GRAHAM (1983)² define el cuidado como el amor o interés emocional por la persona que recibe los cuidados y el aspecto práctico del trabajo de cuidar a otro.

Para que exista el cuidado como tal, deben existir los cuidadores quienes se consideran todas aquellas personas que realizan acciones de cuidar en donde se entregan totalmente con el fin de restablecer la salud de quien la necesita, sin importar sus propias necesidades.

Según MOLANO (2000)³ En su investigación publicada en el libro Cuidado y Práctica de Enfermería de la universidad Nacional, el cuidado de la enfermera debe ser integral, eficiente y producir impacto en la salud del individuo y la comunidad.

En esta investigación algunos autores afirman que los miembros de la familia son mantenidos en un contexto fuera de la unidad de cuidados Intensivos. La familia ante sus interrogantes generalmente se dirige a la recepcionista de la

¹ DE LA CUESTA C. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Investigaciones y educación en Enfermería. 2007 Pág. 106-112.

² GRAHAM, H. A favour of love: Women, Work and caring London. Routledge, Pág. 13-30. 1983

³ MOLANO, M. Investigación sobre Estrategias de Afrontamiento Familiar cuando uno de sus miembros entra a una Unidad de Cuidados Intensivos. Cuidado y Práctica de Enfermería. UNIBIBLOS. p 115. 2000.

unidad, la cual puede resolverle algunas de sus inquietudes, o remitirle a otra enfermera que puede ser desconocida para el mismo paciente.

Esta publicación plasma la siguiente frase " Naturalmente la enfermera que mejor conoce al paciente, esta muy ocupada en su cuidado inmediato. Con miedo, confusión y frustración, los miembros de la familia abandonan su cotidianidad y comienzan su larga vigilia." ⁴

La misma publicación dice: la enfermedad rompe con la actividad normal de la familia. Cuando un miembro se enferma, los otros miembros de la familia asumen su papel. La cual puede traer como consecuencia estrés entre los miembros restantes. " El paciente críticamente enfermo entra al hospital en crisis biológica; contrario al paciente, la familia entra al mismo hospital o unidad de cuidados intensivos en crisis psicológica ".

Esta importante investigación hace referencia a autores como Shigoda y Hook (1991)⁵ quienes en su estudio demuestran la necesidad de incluir a la familia dentro del cuidado del paciente, pues ellos consideran que para promover una recuperación optima, el concepto de paciente debe ser expandido para incluir a la familia, pues las necesidades psicosociales de esta no pueden ser ignoradas.

En una investigación realizada por Velasco (2002)⁶ y colaboradores afirman que frecuentemente, en el ambiente de los profesionales de la salud, se concibe y se habla de la familia como de un ente molesto y en ocasiones puede

⁴ MOLANO, M. Investigación sobre Estrategias de Afrontamiento Familiar cuando uno de sus miembros entra a una Unidad de Cuidados Intensivos. Cuidado y Práctica de Enfermería. UNIBIBLOS. p 115. 2000.

⁵ SHIGODA, M, HOOK, M. Take hear devehoping sopport sessions for families of acutely ill cardiac patient. Clinical isses. Vol 2, , Pag 301. mayo de 1991

⁶ VELASCO, M. Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. Memoria de solicitud del proyecto de investigación. Hospital costa del sol,2002

tenderse a la evitación. Probablemente, por déficit en la capacidad de relación y comunicación por parte del personal sanitario según revela algún estudio.

Además Velazco asegura que aunque el enfoque biomédico tradicional esté orientado al paciente y a la enfermedad que padece, además de motivos éticos y profesionales (código deontológico), existe una obligación legal de prestar asistencia y cuidados a los familiares de los pacientes ingresados en la unidad.

Es entonces, en el cuidado, donde radica la importancia del profesional de enfermería como elemento primordial de este, Si embargo se tiene conocimiento que en el mayor de los casos, la enfermera o enfermero, deja de lado el satisfacer las necesidades del familiar del paciente internado en la unidad de cuidados intensivos, quienes por lo general suelen dejar sus propias vidas en un segundo plano.

Esto, trae como consecuencia la aparición de tensiones y el malestar que muchas veces estos experimentan, hasta llegar al punto de olvidar su bienestar en beneficio de la de sus familiares.

En ocasiones la familia no es conciente de la tensión que les ocasiona el dedicarse al familiar enfermo, sobre todo cuando la enfermedad no puede ser manejada por ellos sino que tienen que recurrir a la ayuda hospitalaria en donde los niveles de ansiedad y tensión se aumentan, motivo por el cual se ve afectada su salud. Lo que conlleva a que este experimente sensaciones como enfado, sentimientos de culpa hasta llegar a sentirse deprimido, por lo que es importante que el personal de salud encargado del bienestar del paciente se vea en la situación de incluir al familiar de este, abordando el estado tanto físico como emocional del mismo. Por ello es imprescindible que el enfermero/a desarrolle y fortalezca estrategias para el abordaje terapéutico no solo al paciente si no a su familiar y de esta forma minimizar los sentimientos y emociones que puedan ser perjudiciales para el familiar por la posición que

adquiere y los múltiples cambios que le suceden al momento de que un ser querido ingresa a la UCI.

Gómez, y colaboradores (2006)⁷, en su investigación: El ingreso en la unidad de cuidados intensivos la repercusión en el familiar del paciente, concluyeron que durante la estancia de un paciente en una UCI, sus familiares pueden experimentar: estrés, ansiedad, desorganización, sentimientos de desamparo, confusión, preocupación, irritabilidad, culpa, frustración, depresión, incertidumbre, etc.

Esta misma investigación demuestra que las necesidades básicas manifestadas por la familia son el mantenimiento de la esperanza, confianza, la existencia de unas instalaciones apropiadas, de unos horarios de visitas flexibles, apoyo psicológico, etc. No obstante, la necesidad considerada como más importante es la información, la cual debe ser adecuada, honesta, y al mismo tiempo carente de inconsistencias o contradicciones.

Es importante que la enfermera o enfermero tenga en cuenta la situación tan difícil que viven los familiares cuando un miembro de su familia se encuentra en una unidad de cuidados intensivos, con el objetivo de detectar tanto la existencia de síntomas indicadores de una alteración en ese momento, como de factores de vulnerabilidad que puedan predecir el desarrollo de los mismos, con el objetivo de identificar las dificultades que puedan aparecer y así proporcionar un apoyo apropiado.

Actualmente se esta presentando la situación en donde se deja de lado a la familia del paciente y no se le esta brindando la atención que estos requieren en ese momento critico de su vida, puesto que el equipo de salud solamente se dedica a la atención del paciente como tal omitiendo al familiar quien es la persona que en ese instante se encuentra agobiada, ansiosa y preocupada por

⁷ GOMEZ, p. El ingreso en la unidad de cuidados intensivos la repercusión en el familiar del paciente. Boletín de psicología. No 87. (2006).

saber a cerca de la evolución de la salud del pariente, información que en muchas ocasiones a estos no se les brinda por falta de dedicación del equipo de salud.

El cuidado o abordaje terapéutico a la familia como tal, no es algo que cotidianamente se ve en los servicios prestadores de salud, y mucho menos en una sala de cuidados intensivos, por mas que el personal de enfermería se esfuerza por brindar un cuidado optimo al paciente, el familiar siempre es dejado de lado, pasando a un segundo plano.

Constantemente se observa que el familiar es solo de interés del personal de la salud, en el momento en que el paciente necesite insumos como ropas, medicamentos, alimentos, se requiera del consentimiento informado en dado caso que el paciente no pueda hacerlo por si mismo, o en el momento en que se tienen que pagar todos los gastos del paciente. De resto el familiar es solo eso, el familiar, no el paciente.

Por tal motivo, para brindar un cuidado a la familia como tal, se busca describir las necesidades que esta presenta cuando un miembro de la familia esta hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos, mediante la aplicación de la valoración por patrones funcionales de Marjorie Gordón, este instrumento va a servir de ayuda para identificar cada uno de los diferentes patrones que se encuentren alterados en el familiar del paciente hospitalizado en UCI, debido a su alta capacidad de enmarcar de manera holística los diferentes ámbitos de una persona, permitiendo así una valoración exhaustiva de su estado fisiológico, social, cultural, y psicologico.

Lo que conduce al siguiente interrogante:

¿Mediante la valoración por patrones funcionales de Marjorie Gordon se pueden identificar las necesidades del familiar del paciente hospitalizado en la UCI adulto del Hospital Universitario Fernando Troconis?

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las necesidades del familiar del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital Fernando Troconis, utilizando la valoración por Patrones Funcionales de Marjorie Gordón, con el fin de elaborar el Plan de Cuidados de Enfermería, Santa marta 2008.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a los familiares del paciente hospitalizado en UCI.
- Describir los patrones funcionales alterados según la información obtenida.
- Elaborar plan de cuidados de enfermería por patrones alterados utilizando los Diagnósticos Enfermeros NANDA, Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC y la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC.

4. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

4.1 FAMILIA

En la investigación realizada por González y colaboradores (2005)⁸ se define a la familia como un sistema de personas unidas y relacionadas por vínculos de afecto y proximidad, que pueden conllevar parentesco o no y que conforman el primer marco de referencia y sociabilización del individuo, es el núcleo básico donde se desarrollan los individuos, siendo indispensable en el proceso de integración, normalización y de cuidados, ya que a pesar de los diferentes servicios de la red pública y de los recursos disponibles, éstas son actualmente las principales “proveedoras” de cuidados.

4.2 UCI

Según MOLANO (2000)⁹ las unidades de Cuidados Intensivos son servicios especiales, debido a la tecnología que manejan y a la rutina que se desarrolla en la atención de lo pacientes, dadas sus condiciones de urgencia y amenaza vital.

4.3 ENFERMERÍA

Henderson (1978)¹⁰ manifiesta que la enfermería tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario,

⁸ GONZÁLEZ, J., ARMENGOL, J CUIXART., MANTECA, H.: cuidar a los cuidadores: atención familiar, revista electrónica Enfermería Global, mayo 2005. Vol. 6. ISSN 1695-6141.

⁹ MOLANO, M: Estrategias de afrontamiento familiar cuando uno de sus miembros entra en una unidad de cuidados intensivos. Cuidado y práctica de enfermería. UNIBIBLOS.200.pag115

¹⁰ HENDERSON, V. : the concepts of Nursing Journal of Advanced Nursing, Marzo 1978 Pag 24.

Haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

4.4 PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Es un(a) enfermero(a) con un título universitario que ejerce la enfermería a un nivel avanzado. Trabajan en diversos escenarios, como enfermería de familia, salud de la mujer, pediatría, geriatría, neonatología, salud escolar, urgencias, oncología, cardiología, nefrología y atención primaria.

4.5 VALORACIÓN POR PATRONES DE MAJORIE GORDON

Los patrones funcionales de salud fueron creados por Marjorie Gordón (1972)¹¹ a mediados de los años 70, para enseñar a sus alumnos, de la escuela de enfermería en Boston, la valoración de los pacientes. Por valoración se entiende la primera fase del proceso de enfermería, la cual Ofrece información sólida que favorece la prestación de una atención: individualizada y de calidad.

El diagnóstico de enfermería es un juicio acerca de las respuestas del individuo, familia y comunidad a problemas de salud, reales o potenciales. A la vez, proporcionan la base de la selección de intervenciones enfermeras para alcanzar los resultados de los que la enfermera es responsable.

Los patrones funcionales de enfermería Son once, con una estructura para valorar cada uno de los aspectos de salud que afecta al individuo.

El patrón percepción y manejo de la salud: describe el patrón de salud y bienestar percibido por el cliente y cómo maneja la salud; el patrón nutricional-metabólico: describe el patrón del consumo de alimentos y líquidos del cliente

¹¹ GORDÓN M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. Ed. Mosby. Madrid 1972.

relativo a las necesidades metabólicas y aportes complementarios de Nutrientes. El patrón eliminación: describe los patrones de función excretora (intestino, vejiga y piel); el patrón actividad-ejercicio: describe los patrones de ejercicio, actividad y recreo; el patrón sueño-descanso: describe los patrones de sueño, descanso y relax; el patrón cognitivo-perceptual: describe patrones sensorio-perceptual y cognitivo; el patrón autopercepción autoconcepto: describe al patrón de autoconcepto del cliente y las percepciones de sí mismo (por ejemplo: autoconcepto, imagen corporal, estado emocional); el patrón rol-relaciones: describe el patrón del cliente de los papeles de compromiso y relaciones; el patrón sexual-reproductivo: describe los patrones del cliente de satisfacción e insatisfacción con el patrón de sexualidad; describe el patrón de reproducción; el patrón adaptación-tolerancia al estrés: describe el patrón general de adaptación del cliente y la efectividad del patrón en términos de tolerancia al estrés; y el patrón valores-creencias: describe los patrones de valores (incluidas las espirituales) y objetivos que guían las elecciones o decisiones del cliente.

Los once patrones funcionales, tienen la característica de conducir de forma lógica al diagnóstico enfermero, contemplan al paciente de forma holística, y recogen toda la información del paciente, familia y entorno.

5. JUSTIFICACIÓN

La unidad de cuidados intensivos es un área donde ingresan los pacientes en estado crítico de salud, sea esto por complicación de enfermedad crónica, politraumatismos, trauma o lesión de determinado órgano, entre otros. Los cuales requieren un cuidado amplio que abarque asistencia médica especializada, tratamiento medico de soporte, cuidados e intervenciones de enfermería con conocimientos en el área, y apoyo familiar eficiente. Estas premisas se cumplen a cabalidad en el mayor de los casos, a la vez no se tienen en cuenta los difíciles momentos que pueden tener los familiares de este.

En el mayor de los casos la familia deja de lado la satisfacción de sus propias necesidades, por el hecho de cuidar del familiar enfermo, esta situación, perfectamente comprensible, significa en estos, la aparición de tensiones y malestar.

Es necesario que el profesional de enfermería haga ver a la familia la importancia de mantener su bienestar tanto emocional como físico, de cuidar de si mismos y enseñarles como hacerlo.

Muchos familiares se sienten culpables al atender sus propias necesidades porque piensan que están actuando de un modo egoísta, al ocuparse de sí mismos cuando hay una persona cercana en condiciones mucho más desfavorables que ellos y que necesita de su ayuda para seguir viviendo, y no se dan cuenta de que cuidándose a sí mismos están cuidando mejor a su familiar.

Los cuidadores con sus necesidades de descanso, ocio, apoyo emocional, etc., satisfechas podrán disponer de más energía y movilizar mucho más y mejor sus recursos físicos y psicológicos en el cuidado del familiar mayor. Si los

cuidadores no cuidan de sí mismos, tendrán más posibilidades de enfermar o, al menos, de ver diezmadas sus energías físicas y mentales.¹²

La familia debe ser receptora también, por tanto, de los cuidados de Enfermería; ésta sufre tras el ingreso de un familiar en una Unidad de Cuidados intensivos, una situación de crisis que provoca ansiedad y preocupación. Un estudio de 1991 describe la relación entre las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en UCI y los niveles de ansiedad que esta padece (RUKHOLM E, BAILEY P, 1991)¹³.

Hoy en día no se tienen en cuenta las necesidades principales de los familiares de pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos, aquellas relacionadas con la información y la seguridad. En muchas ocasiones, la familia no esta al tanto del estado de salud en que se encuentra el paciente internado en la unidad, quitándoles la importancia que estos tienen en cuanto al apoyo psicológico, moral, y religioso, que proporcionan en el familiar un estado tranquilidad y estabilidad en esos momentos de crisis con el fin de disminuir su nivel de ansiedad y preocupación que invaden a este conllevándolo a perder toda la esperanza de vida.

Concretamente, los familiares pueden experimentar desorganización, estrés, sentimientos de desamparo, etc. que redundan en una dificultad para movilizar unos recursos de afrontamiento adecuados, pudiendo desarrollar de este modo un cuadro de ansiedad (Mendoza y Warren, 1998)¹⁴.

Se ha mostrado que los familiares experimentan niveles muy elevados de ansiedad y depresión mientras los pacientes están en la UCI lo cual podría

¹² Sociedad española de geriatría y gerontología. En línea: <http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/cuidador/darse cuenta.htm#pararse>. 14 febrero de 2006.

¹³ RUKHOLM E, BAILEY P. Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. J-Adv-Nurs, 1991. Pag 920-8.

¹⁴ MENDOZA, D.-WARREN, (1998): Perceived and unmet needs of critical care family members. Crit Care Nurs Pág. 58-67

incrementar el riesgo de que no atiendan sus propias necesidades manifestando comportamientos no saludables como descanso inadecuado, falta de ejercicio, dieta pobre, etc. (Martín y Pérez, 2005)¹⁵.

Nuevas tendencias están encaminadas al abordaje de la familia, con relación al confort, información, proximidad y seguridad influenciados por la necesidad que tiene esta de ser parte del proceso de recuperación del paciente¹⁶.

La comunicación entre el profesional de enfermería y la familia es de vital importancia, la cual debe ser clara precisa y concisa, el lenguaje utilizado debe ser adecuado al nivel de educación del familiar, con el fin de evitar confusiones o malas interpretaciones de la información suministrada. De igual modo es importante permitirle a la familia ver regularmente a su familiar enfermo, respetar las creencias, políticas, sociales y religiosas que estos llevan y propiciar un ambiente adecuado durante el tiempo que permanecen en la unidad.

La enfermera debe incluir dentro de su plan de cuidados al familiar del paciente en UCI con el objetivo de intervenirla e identificar las necesidades que esta presenta. Si la familia no cuida de sí misma, tendrán más posibilidades de enfermar o, al menos de ver demolidas sus energías físicas y mentales. Si esto ocurre, la situación de tener un enfermo en la familia se tornara mucho mas compleja con otro familiar enfermo que se sume a esta.

Por consiguiente el cuidado de enfermería debe dirigirse a toda la familia puesto que en la mayoría de los casos se conduce el cuidado a la satisfacción de las necesidades del enfermo, dejando de lado a la familia que permanece junto a el.

¹⁵ MARTÍN, A.-PÉREZ, M sychosocial adaptation in relatives of critically injured patients admitted to an intensive care unit. *The Spanish journal of psychology*. (2005): Pag 36-44.

¹⁶ RODRIGO L, FERNÁNDEZ C, NAVARRO MV. De la teoría a la practica pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson, S.A. 2000.

Esta investigación gana importancia, por el hecho de no ser del común, puesto que los trabajos que se han encontrado con respecto al cuidado del familiar del paciente en UCI, son pocos, y los hallados no han utilizado la valoración por patrones funcionales de Marjorie Gordon.

Además, fomenta en el profesional de enfermería el cuidado a la familia, y sobre todo a la familia del paciente en sala de cuidados intensivos, aquella que necesita, no solo apoyo emocional, sino también profesional, y quien mas que el enfermero para llevar a cabo tal actividad, obteniendo así, importancia y liderazgo en el momento de intervenir como profesional de la salud.

Por tal motivo, se busca idear un plan de cuidados al familiar del paciente en UCI, utilizando previamente el formato de valoración por patrones según Marjorie Gordón, para describir las necesidades que tiene el familiar, y realizar la pertinente intervención.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 CUIDADO AL FAMILIAR

Tradicionalmente, en su mayoría; los familiares del paciente que se encuentra en la unidad de cuidados intensivos, no tienen conocimiento alguno del estado de salud de su pariente enfermo, simplemente conocen lo que su campo visual les permite observar el cual es saber que este está solo en su cama, separado por biombos o paneles de sus compañeros de infortunio, conectado a múltiples dispositivos de monitoreo líquidos endovenosos, y asistido por médicos, enfermeros, y auxiliares de enfermería.

Si bien el Horario de Visitas tiene por objeto mantener el contacto del familiar con el paciente, con el fin de fomentar así la tranquilidad de esta, y la seguridad del paciente, en el mayor de los casos en el servicio de cuidados intensivos esto no se lleva a cabo, pues solo se toma como algo rutinario.

La familia es, sin duda, un recurso de gran valor y así se debe considerar para poder actuar en consecuencia. Motivo por el cual se le debe brindar apoyo y las ayudas que precise en las diferentes fases por las que suele pasar a lo largo de la enfermedad de uno de sus miembros, desde el ingreso/hospitalización, diagnóstico y posteriores reingresos en muchos de los casos. Debido a que estas suelen mostrarse muy preocupadas por la incertidumbre inicial respecto al pronóstico.

En el estudio realizado por el enfermero, licenciado en periodismo y master en cuidados al final de la vida, Pedro Ruyman Brito “El proceso enfermero en atención primaria”, se utilizó el instrumento de Marjorie Gordón para valorar el estado de salud de la familia y la comunidad, e identificar los problemas de salud y las respuestas humanas que se originan a partir de estos.¹⁷

¹⁷BRITO P. El proceso enfermero en atención primaria, ENE Revista de enfermería, pag 8-18, 2008.

Diferentes autores hacen referencia a que estas pasan por las mismas etapas que el paciente:

Según el autor Kubler-Ross (1975-1981)¹⁸:

- Negación
- Cólera
- Negociación
- Depresión
- Aceptación
- Otros autores hablan de estadios emocionales:
- Estadio de Shock
- Estadio de Esperanza
- Estadio de Realidad
- Estadio de Aceptación
- Estadio de Ajuste
- Entre los factores que preocupan a las familias podríamos mencionar:
- La incertidumbre durante los primeros días
- La capacidad de la familia para afrontar la realidad
- Los cambios de roles dentro de la familia
- El proceso de adaptación a la nueva situación
- La escasa comunicación con los profesionales de salud implicados en el tratamiento y atención del familiar afectado.
- Los problemas de autocontrol de la persona enferma
- La dependencia de paciente y familia
- Abandono del tratamiento
- Posibles recaídas

¹⁸ KUBLER R, Elisabeth. .La Rueda de la Vida (The Wheel of Life). Memorias. Ediciones B.S.A. Col. Punto de Lectura. España, 2000.

- Las cuestiones burocráticas (partes de baja, informes, justificantes de ingreso, recursos sanitarios al alta, etc.)

Otras preocupaciones de tipo más práctico suelen ser las relacionadas con:

- Un aumento en los gastos económicos por los desplazamientos durante el ingreso
- Pérdidas de horas de trabajo
- Desconocimiento de los diferentes recursos sociales
- A consecuencia de todo lo anteriormente mencionado, es frecuente que muchas de estas familias precisen ayuda, esto hace que debamos planificar actividades anticipatorias a estas demandas, adoptando de un modo precoz habilidades para el correcto manejo de estas situaciones.

La familia debe estar permanentemente informada y activamente comprometida en la toma de decisiones médicas y en su cuidado. Esta actitud disminuye el stress y la angustia, tanto del paciente y sus familiares como del médico. Pese a los intentos de los médicos, las familias se sienten frecuentemente no informadas y no participantes en la toma de decisiones del día a día del cuidado de sus seres queridos. Para el modelo de atención centrado en el paciente, las familias deben participar activamente con los profesionales. Se deben efectuar reuniones o entrevistas con la familia lo antes posible y la mayor cantidad de veces que se pueda para reducir el stress familiar y mejorar la comunicación, tanto en su consistencia como en la sensibilidad cultural, usando términos que la familia pueda entender.

El incluir y comprometer a la familia como parte integrante del equipo multidisciplinario de cuidados intensivos es esencial para una pronta recuperación de la salud o para optimizar el proceso de muerte de los pacientes críticamente enfermos; el soporte psicológico y la salud espiritual de la familia es un componente esencial del modelo asistencial centrado en el paciente.

Por lo tanto las entidades de salud deben proveer confort físico y soporte emocional para los miembros de la familia que acompañan al paciente. De la misma forma ofrecer o ayudar a brindar soporte espiritual, animando y respetando la religión, el culto o las tradiciones culturales, lo cual motiva a los familiares a luchar contra la enfermedad y la muerte.

Estancia en UCI: impacto en los familiares del paciente crítico

Experiencias y necesidades de los familiares

En una investigación realizada por Gomes y colaboradores (2006)¹⁹ se ha reconocido ampliamente que la hospitalización de un familiar en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) puede producir alteraciones psicológicas y sociales no sólo en el paciente, sino también en los familiares, quienes experimentan niveles muy elevados de ansiedad y depresión mientras los pacientes están en la UCI, debido a que esta experiencia presenta muchos estresores. Además, también muestran una serie de necesidades psicosociales que, como se expone a continuación, pueden estar relacionadas con los síntomas de ansiedad manifestados por los familiares.

Además en esta investigación se asegura concretamente que los familiares pueden experimentar estrés, desorganización, sentimientos de desamparo, etc. que redundan en una dificultad para movilizar unos recursos de afrontamiento adecuados, pudiendo desarrollar de este modo un cuadro de ansiedad.

Molter (1979)²⁰ halló que la necesidad identificada como la más importante por los familiares de pacientes de la UCI es la esperanza, aunque también resulta

¹⁹ GÓMEZ, P. CARRETERO, V. MONSALVE, J. SORIANO, F.: El ingreso en la unidad de cuidados intensivos la repercusión en el familiar del paciente. Boletín de Psicología Nº 87, Valencia, julio de 2006.

²⁰ MOLTER, N.: Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart & Lung*. Vol: 8(2): Pág. 332-339. 1979.

de gran relevancia para ellos recibir una información adecuada y honesta, así como sentir que los miembros del equipo de la UCI están preocupados por el paciente. En esta línea, Kirchoff y col. (2004)²¹ afirmaron que la satisfacción de los familiares se halla relacionada con la comunicación con los médicos y con la toma de decisiones, por lo que una información adecuada y honesta resultaría vital para la salud psicosocial y la satisfacción de la familia del paciente crítico.

Con el objetivo de explorar los niveles de ansiedad y las necesidades percibidas por los familiares de pacientes ingresados en UCI, Rukholm y colaboradores (1991)²², llevaron a cabo un estudio en el que los 166 participantes fueron evaluados mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), y el Inventario de Necesidades de Familiares de Cuidados Críticos (CCFNI). Tanto las puntuaciones en la escala Estado como en la escala Rasgo del STAI fueron significativas, y se halló una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad estado de los participantes y sus necesidades.

En la investigación desarrollada por Zazpe y colaboradores. (1997)²³, los autores también emplearon el Inventario de Necesidades de Familiares de Cuidados Críticos (CCFNI) que fue cumplimentado por 85 familiares de pacientes ingresados en una UCI con el objetivo de conocer tanto sus necesidades como el grado de satisfacción de las mismas (valorado mediante una escala Likert de 5 puntos).

²¹ KIRCHHOFF, K. SONG, M.KEH, K.: Caring for the family of the critically ill patient. *Crit Care Clin.* 20(3): 453-466. 2004.

²² RUKHOLM, E. BAILEY, P. COUTU-WAKULCZYK, G. BAILEY, WB.: Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. 1991 *J Adv Nurs.* 16(8): Pág. 920-928.

²³ ZAZPE, M.: Información a los familiares de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería intensiva*, 7(4):.Pág. 147-151. (1996).

Los resultados mostraron que las necesidades más frecuentemente identificadas estuvieron relacionadas con la información y la confianza. En general, el 94% de las necesidades de los participantes estuvieron adecuadamente satisfechas, hallándose las menos satisfechas relacionadas con ciertos aspectos de la información y el confort del ambiente de la UCI. A partir de estos resultados, los autores concluyen que debería utilizarse más de un canal de comunicación para transmitir la información deseada, así como que los responsables de la gestión de los hospitales deberían estar informados de la importancia que tiene para los familiares la existencia de unas instalaciones apropiadas (salas de espera, cafeterías).

Por otro lado Hughes. (2005)²⁴ realizó un estudio en el que participaron 8 familiares de pacientes ingresados en una UCI durante al menos 48 horas cuyo ingreso no había sido programado con anterioridad, y 5 profesionales de enfermería de la unidad, con el objetivo de explorar la experiencia global de los familiares con el ambiente de la UCI, identificar cualquier evidencia que pudiera sugerir que consideraron tal experiencia como traumática, y examinar las percepciones del equipo de cuidados respecto a estas experiencias. Los datos fueron recopilados a través de la grabación de las entrevistas semiestructuradas realizadas a los participantes en el momento del alta del paciente de la UCI, las cuales fueron posteriormente analizadas. Las reacciones emocionales manifestadas por los familiares incluyeron la confusión, la preocupación/ansiedad, la irritabilidad, la culpa, la frustración, la depresión, la incertidumbre, etc, las cuales fueron percibidas por el personal de enfermería, quienes observaron que los familiares de pacientes que habían estado en un hospital previamente o que padecían una larga enfermedad, afrontaban mejor la situación debido a que era esperable que en algún momento fuera necesario el ingreso en una UCI y estaban más preparados para ello. Estas reacciones fueron más intensas durante las primeras 24-48

²⁴ HUGHES, F. BRYAN, K. ROBBINS, I.: Relatives' experiences of critical care. *Nurs Crit Care*. N° 10(1). Pág. 23-30. 2005.

horas del ingreso, momento en que la capacidad de procesar información era menor en los familiares.

Además recibieron información acerca del estado del paciente, horarios de visita, instalaciones a su disposición, etc., pero, según los autores, parece que la comunicación entre el equipo de la UCI y los familiares no fue adecuada. Estos últimos manifestaron la necesidad de obtener una información consistente por parte de los miembros del equipo de la UCI, aunque, como observaron los profesionales de enfermería, había diferencias en cuanto a la cantidad de información deseada, ya que mientras algunos familiares querían recopilar tanta información como fuera posible y realizaban numerosas preguntas, a otros únicamente les interesaba conocer si el paciente estaba mejor o peor. Los autores concluyen que la información debe proporcionarse en pequeños episodios y posteriormente comprobar si los familiares la han comprendido correctamente. Además, comentan que sería conveniente prestar atención a las diferencias individuales de los familiares respecto a la cantidad de información que precisan, así como mejorar la coherencia de la comunicación, que podría reducir la ansiedad y facilitar la interacción entre el equipo de la UCI y los familiares.

A partir del estudio de revisión realizado por Verhaeghe. (2005)²⁵, los autores extraen que la información es una de las necesidades más importantes manifestada por los familiares de este tipo de pacientes, la cual debe ser proporcionada del modo más preciso posible intentando mantener, al mismo tiempo, cierto grado de esperanza, aunque esta necesidad no siempre se ve satisfecha. Además, exponen que los familiares también presentan “necesidades sociales”, es decir, necesitan mantener una proximidad con el paciente, poder verle regularmente, etc., aunque los horarios de visita estrictos

²⁵ VERHAEGHE,s.-DEFLOOR,t.-VAN ZUUREN,f.-DUIJNSTEE,m.-GRYPDONCK,mThe needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs*. Pag: 501_509. .(2005).

y la ausencia de una infraestructura adecuada interfieren en muchas ocasiones con los intentos de satisfacer esta necesidad por parte de los familiares.

Respecto a las “necesidades prácticas”, Verhaeghel. (2005), Distinguen entre las no materiales (horarios de visita flexibles, ayuda económica y con los problemas familiares, explicaciones sobre qué pueden hacer los familiares para contribuir en el cuidado de los pacientes, etc.), y las materiales (disponibilidad de una sala de espera con un teléfono, un mobiliario confortable, mantas y un lugar donde poder tumbarse, una cafetería y un aseo cercanos a la UCI, etc.). Los horarios de visita inflexibles son particularmente percibidos como negativos y estresantes por los familiares, quienes advierten una falta de control que produce un sentimiento de indefensión e impotencia, siendo una posible solución, según los investigadores, el establecimiento de horarios de visita adaptados individualmente.

En cuanto a las “necesidades emocionales” de los familiares, Verhaeghel. (2005) indica que las más importantes son la esperanza y la tranquilidad, las cuales pueden alcanzar el mismo grado de importancia que la información. Pero también en este caso parecen estar insatisfechas, puesto que, como comentan los autores, la bibliografía muestra que cuando se comparan las puntuaciones respecto a las necesidades de los familiares con las percibidas por el personal de enfermería, éstos tienden a subestimarlas, del mismo modo que los médicos parecen insuficientemente preocupados por las mismas.

Heyland (2002)²⁶ se centró en la determinación del nivel de satisfacción de los familiares con el cuidado proporcionado tanto a los pacientes como a ellos mismos. En el estudio participaron 6 UCI situadas en hospitales canadienses, a

²⁶ HEYLAND,dk.-ROCKER,gm.-DODEK,pm.-KUTSOGIANNIS,dj.-KONOPAD,E.COOK,djFamily satisfaction with care in the intensive care unit: results of multi-ple center study. *Crit Care Med.* pag:1413-1418. (2002).

partir de las cuales se incluyeron 624 familiares de pacientes ingresados en UCI con ventilación mecánica durante más de 48 horas. En esta investigación se proporcionó un cuestionario validado de autoinforme que valoró el nivel de satisfacción con 25 aspectos clave del cuidado relacionados con la experiencia global en la UCI, la comunicación y la toma de decisiones.

Los familiares de pacientes que lograron salir de la UCI en condiciones estables de salud completaron el cuestionario cuando todavía se encontraban ingresados en el hospital, mientras que a las familias de los pacientes que fallecieron se les envió por correo 3-4 semanas después.

Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes se encontraron satisfechos globalmente con el cuidado y con la toma de decisiones, hallándose relacionado el mayor grado de satisfacción con la habilidad y competencia del equipo de enfermería, la compasión y respeto mostrados al paciente, y el manejo del dolor. En cambio, los familiares se mostraron menos satisfechos con la atmósfera de la sala de espera y la frecuencia de comunicación con los médicos.

Las variables relacionadas significativamente con la satisfacción global fueron la exactitud de la información recibida, el respeto y compasión mostrado al paciente y a los familiares, y la cantidad de cuidados recibidos.

Con base a estos resultados, Heyland y colaboradores (2002)²⁷ sugieren que deben hacerse esfuerzos para mejorar las interacciones y la comunicación con los familiares puesto que probablemente, de este modo también se alcancen mejoras en cuanto a la satisfacción.

²⁷ HEYLAND,dk.-ROCKER,gm.-DODEK,pm.-KUTSOGIANNIS,dj.-KONOPAD,E.COOK,djFamily satisfaction with care in the intensive care unit: results of multi-ple center study. *Crit Care Med.* pag:1413-1418. (2002).

En el estudio realizado por Azoulay y sus compañeros de trabajo (2001)²⁸ se tenía como objetivo conocer los predictores de la satisfacción percibida por los familiares de pacientes ingresados en una UCI.

Para la realización de este estudio multicéntrico desarrollado en Francia, se seleccionaron aleatoriamente 43 UCI de un total de 120, a partir de las cuales formaron parte de la investigación 637 pacientes ingresados durante más de 2 días en la UCI, y 895 familiares (definidos como “todos los individuos que visitaron al paciente independientemente de su relación con él”), quienes completaron una versión reducida del Inventario de Necesidades de Familiares de Cuidados Críticos (CCFNI) (Jonson 1998)²⁹.

Esta investigación utilizó el modelo de regresión, el cual se empleó para el análisis de los datos por medio del cual se mostró la existencia de 7 predictores de la satisfacción de los familiares: 1) ser descendiente de familia francesa; 2) no percibir contradicciones en la información proporcionada por el equipo de la UCI; 3) información proporcionada por un médico joven; 4) ratio de paciente por enfermera inferior o igual a 3; 5) tener conocimiento del rol específico de cada miembro del equipo de la UCI, 6) recibir ayuda del doctor habitual de la familia, y 7) permanecer un tiempo suficiente recibiendo información.

Con respecto a las preguntas relacionadas con la información, los familiares expresaron el deseo de que esta les fuera proporcionada de un modo personalizado y por un único médico que fuera consciente de la necesidad de evitar contradicciones, así como de que fuera una información efectiva y clara carente de inconsistencias. Además, manifestaron preferencia por la recepción de información por parte de un único médico más que de varios miembros del

²⁸AZOULAY, e.-POCHARD, f.-CHEVRET, s.-LIMAIRE, f.-MKHTARI, m.: Meeting the needs of Intensive Care Unit Patient Families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med.* pag: 135-139. (2001).

²⁹JOHNSON, D. Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. *Crit Care Med.* Pag 266-271. 1998.

equipo de la UCI, quienes podrían contradecirse. Según los autores del estudio, estos datos sugieren la necesidad de desarrollar programas estructurados de comunicación.

En el estudio realizado por Engström (2004)³⁰, los autores se plantean como objetivo describir las experiencias de 7 familiares durante la estancia en UCI de su cónyuge. Los familiares contestaron una entrevista individual, que fue grabada para su posterior análisis, durante los 2-9 meses posteriores al ingreso en UCI del cónyuge. Estas entrevistas fueron analizadas mediante un análisis cualitativo del contenido temático, el cual permitió agrupar la información en 3 categorías: 1) Estar presente (fue importante para los participantes tener la oportunidad de estar cerca del paciente y participar en algunos aspectos del cuidado. Además, enfatizaron la importancia de respetar la dignidad de la persona críticamente enferma), 2) Ponerse en segundo lugar (los familiares informaron de que la familia por completo había estado influida por la situación, por lo que se encontraban preocupados no solo por la persona críticamente enferma, sino también por el resto de la familia y por cómo manejarían la situación. Recibir apoyo de familiares y amigos también fue importante), 3) Vivir en la incertidumbre (se sintieron bloqueados, vulnerables y apenados, y consideraron importante que se les proporcionara una información honesta y franca aunque fuese negativa, ya que les ayudaba a aceptar y comprender la situación. Además, resultó esencial para los familiares ser capaces de sentir esperanza y ver algo positivo a pesar del pronóstico negativo del paciente).

Estos estudios ponen de manifiesto la diversidad de alteraciones que pueden experimentar los familiares de pacientes que se encuentran ingresados en una UCI debido a su estado crítico, entre las que destacan el estrés, ansiedad, desorganización, sentimientos de desamparo, confusión, preocupación, irritabilidad, culpa, frustración, depresión, incertidumbre, etc., las cuales afectan

³⁰ ENGSTRÖM, a.-SÖDERBERG, s: The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* Pag:299-308. .(2004)

a su bienestar psicosocial. En este momento, resulta de gran relevancia para ellos recibir una información adecuada, honesta y carente de inconsistencias, al mismo tiempo que se intenta mantener un cierto grado de esperanza, siendo esencial para alcanzar este propósito conocer las necesidades de cada cuidador primario, ya que, como indican los estudios revisados, las diferencias individuales existentes entre ellos en cuanto a la cantidad y tipo de información que requieren haría necesario proporcionar una información adaptada a tales necesidades tras una evaluación previa de las mismas.

La importancia de la información

Dado que, como se ha mostrado anteriormente, la información parece ser una de las necesidades consideradas más importantes por los familiares, diversos estudios se han centrado en el análisis de diferentes modos de proporcionar información a los familiares de pacientes críticos.

Atkinson (1980)³¹ afirman que un encuentro con los familiares puede reducir su agitación y ayudar a minimizar el posible conflicto entre el equipo de cuidados de la UCI y los familiares, además de proporcionar un formato para educar al equipo de la UCI acerca de las respuestas psicológicas ante una enfermedad amenazante para la vida.

Con el propósito de valorar el impacto producido por un folleto de información para familiares de pacientes ingresados en una UCI, Azoulay (2002)³² llevaron a cabo un estudio multicéntrico, desarrollado en Francia, en el que participaron 34 UCI y 175 familiares de pacientes ingresados en una de estas durante al

³¹ ATKINSON,jh.-Jr.-STEWART,n.-GARDNER,D: The family meeting in critical care settings. *J Trauma*. pag:43-46. (1980).

³² AZOULAY, E. Impact of family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicenter, prospective, ran-domized, controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med*. pag: 438-442. 2002

menos 48 horas. Los familiares fueron asignados aleatoriamente bien al grupo control (88 familiares), en el que recibían la información estándar por parte del equipo de cuidados de la UCI, o al grupo experimental (87 familiares), en el que los familiares, además de la información estándar, recibían un folleto que contenía información general sobre la UCI y el hospital, el nombre del médico de la unidad que cuidaba del paciente, un diagrama con una habitación típica de la UCI con los nombres de los aparatos, y un glosario con 12 términos comúnmente utilizados en estas unidades.

Esta información fue suministrada durante la primera visita de los familiares a la UCI, quienes fueron evaluados durante los 3-5 días posteriores mediante el Inventario de Necesidades de Familiares de Cuidados Críticos (CCFNI) (Molter, 1979) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Zigmond y Snaith, 1983). Los resultados mostraron que el folleto mejoró la comprensión de los familiares, ya que fue significativamente mejor en el grupo experimental. En cambio, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la satisfacción entre los dos grupos, aunque en el subgrupo de familiares con buena comprensión, los que recibieron el folleto se mostraron más satisfechos. Los autores comentan que en su estudio, el folleto fue utilizado en combinación con la información proporcionada durante las entrevistas cara a cara con los familiares, por lo que consideran que no se debería extraer la conclusión de que la información escrita mejora la comprensión por sí misma.

6.2 TOMA DE DECISIONES

Centrándose en aspectos relacionados con la toma de decisiones por parte de los familiares de pacientes críticos, Heyland y colaboradores (2003)³³ desarrollaron un estudio dirigido a describir las experiencias de los “tomadores

³³Heyland, D.-Cook, J.-Rocker,G.-Dodek,M.-Kutsogiannis,DJ.-Peters,S. Decision-making in the ICU: perspectives of the substitute decision-maker. *Intensive Care Med.* . PAG 75-82. (2003)

de decisiones sustitutos” en la UCI y a determinar las variables asociadas con la satisfacción global de los mismos con la toma de decisiones. Los autores distribuyeron un cuestionario validado de autoinforme que valoró 21 aspectos clave sobre la comunicación y toma de decisiones de los “tomadores de decisiones sustitutos” de pacientes ingresados en la UCI que habían estado ventilados mecánicamente durante más de 48 horas. Los resultados extraídos a partir de los 789 cuestionarios que fueron completados por los participantes mostraron que, en términos de satisfacción general con la toma de decisiones, el 70,9% de los mismos estuvieron completamente o muy satisfechos, manifestando el 81,2% su preferencia por algún tipo de toma de decisiones compartida. Los factores que contribuyeron a la satisfacción con la toma de decisiones incluyeron: satisfacción completa con el nivel de cuidados recibidos por el paciente, exactitud de la información recibida, y sentimientos de apoyo durante el proceso de toma de decisiones.

Heyland (2003)³⁴ concluyó que estos factores resultan determinantes clave en la satisfacción con la toma de decisiones en la UCI.

Respecto a los programas de información implementados, los estudios comentados en los apartados previos indican que son efectivos en cuanto al incremento del grado de comprensión y satisfacción de los familiares, aunque en relación a la disminución del grado de ansiedad y/o depresión experimentado por los destinatarios, los resultados son controvertidos, puesto que mientras unos no se asocian claramente con una reducción de estas alteraciones, otros sí lo hacen, resultando destacable el hecho de que estos últimos han sido desarrollados en base a las necesidades de los familiares tras una fase de evaluación previa Chien (2006)³⁵.

³⁴ Heyland, D.-Cook, J.-Rocker,G.-Dodek,M.-Kutsogiannis,DJ.-Peters,S. Decision-making in the ICU: perspectives of the substitute decision-maker. *Intensive Care Med.* . PAG 75-82. (2003)

³⁵ CHIEN T.-CHIU L. LAM L. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud.* PAG: 39-50. (2006)

No obstante, sí parece más consistente el resultado que indica que pese a que es útil el empleo de información escrita en la que se recojan determinados aspectos, ésta no debe sustituir a la que se proporciona de modo verbal, sino que debe utilizarse como un refuerzo de la misma, considerándose de gran relevancia el contacto directo con los familiares, quienes necesitan expresar sus preocupaciones y recibir aclaraciones sobre el estado del paciente.

García y col (2006)³⁶ evidencio mediante la aplicación del modelo de virginia herdenson que el familiar del paciente en uci presentaba nauseas y vomitos durante el padecimiento de la enfermedad de su pariente.

Raffo (2005)³⁷, enfermera y docente del dpto de psiquiatria y salud mental de la universidad de chile, manifiesta en su articulo publicado en la web, que las personas con alteraciones mentales como la depresion, ansiedad etc. Tienden a crear dependencias hacia el alcohol y las drogas.

Un estudio realizado por el autor Kubler-Ross (1975-1981)³⁸. Evidencia que el familiar pasa por las mismas etapas del paciente entre ellas están la negación y luego la depresión. Así mismo Engström (2004)³⁹ afirma que es esencial que la familia mantenga la esperanza en cuanto al pronóstico negativo del paciente.

³⁶ GARCÍA NAVARRO S, Cuidando a la familia en UCI. Biblioteca Las casas, Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0248>. 2007.

³⁷ . SYLVIA RAFFO L *Intervención en Crisis. Universidad de Chile.*(2005)

³⁸ KUBLER R, Elisabeth. .La Rueda de la Vida (The Wheel of Life). Memorias. Ediciones B.S.A. Col. Punto de Lectura. España, 2000.

³⁹ ENGSTRÖM,a.-SÖDERBERG,s: The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* Pag:299-308. .(2004)

Carrillo María y col (1995)⁴⁰, evidenciaron en su investigación, el sueño es una necesidad fisiológica básica que se define como un estado de inconsciencia, del cual despierta la persona con estímulos sensoriales u otros. El descanso y el sueño son aspectos fundamentales para mantener la salud. El gasto de energía que consumimos durante el día, se repone en parte durante el sueño y esto permite un funcionamiento óptimo del organismo.

El sueño se puede ver alterado por diversos factores, como la alteración del patrón sueño que causa malestar o interfiere en el estilo de vida deseado, se consideran como factores que parecen mostrar algún tipo de relación con este problema las alteraciones sensoriales:

- a. Internas: Enfermedad, estrés psicológico.
- b. Externas: Cambios ambientales, claves sociales.

⁴⁰ CARRILLO M y Col, Alteración del sueño Hospital Torrecárdenas, Hospital de la Cruz Roja y Hospital Provincial. 1995.

7. MARCO DE DISEÑO

7.1 TIPO DE ESTUDIO: Este es un estudio de casos, realizado con el fin de describir las necesidades del familiar de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI en el hospital Universitario Fernando Troconis.

7.2 POBLACION: La población de esta investigación, son los familiares de los pacientes en la UCI del hospital Fernando Troconis de la ciudad de Santa Marta.

7.3 MUESTREO

Nuestro estudio se realiza con la técnica de muestreo no probabilístico intencional, para lo cual se visita a la UCI del Hospital Universitario Fernando Troconis durante el mes de abril, donde se encontraron ocho familiares de pacientes internados en esta unidad de cuidados intensivos, a los cuales se les aplica el instrumento.

Para esto se escogieron a los familiares de primer grado de consanguinidad del paciente hospitalizado en UCI, o en su defecto se escogerá al conyugue o acompañante de este.

7.4 CRITERIOS DE INCLUSION

- Ser familiar de primer grado de consanguinidad, conyugue o acompañante del paciente que se encuentra internado en la unidad de cuidados intensivos del hospital Fernando Troconis.
- Tener el consentimiento informado del familiar.

7.5 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

7.5.1 DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

Nuestro instrumento se basa en la valoración por patrones de Marjorie Gordón, el cual es utilizado en enfermería para valorar el estado de salud del familiar, con el fin de detectar cuales de los patrones se encuentran alterados, y establecer los diagnósticos enfermeros que más se relacionan con cada uno de ellos . De igual forma se ha utilizado en muchos estudios con excelentes resultados.

Los Patrones Funcionales de Salud fueron creados por Marjorie Gordón a mediados de los años 70, para enseñar a sus alumnos, de la escuela de enfermería en Boston, la valoración de los pacientes.

El instrumento esta completamente avalado, pues se ha utilizado en múltiples investigaciones, y además tiene su propio libro Llamado diagnósticos enfermeros de Marjorie Gordon, publicado en Madrid en 1972 por la editorial Mosby.

En conclusión es un cuestionario de 34 preguntas en total, cada una acorde al patrón que se esta valorando.

Patrón I: Percepción y cuidado de la salud:

- Motivo del ingreso
- Información que tiene de su enfermedad y percepción de la misma.
- Historia de enfermedades y antecedentes quirúrgicos
- Alergias
- Hábitos: consumo de alcohol, tabaco, drogas.
- Consumo de fármacos: medicación habitual

Patrón II: Nutricional metabólico

- Valoramos el modelo de ingesta de sólidos y líquidos: (Si come sólo o necesita ayuda, si tiene prescrita alguna dieta especial, apetito y preferencias, modelo habitual de alimentación en su domicilio, ganancias y / o pérdidas de peso, disfagia creciente, deglución dolorosa, dolor subesternal, dolor de garganta, sensación de plenitud, pirosis, regurgitación después de las comidas, náuseas y / o vómitos, halitosis, dentición, anorexia, etc.
- Hábitos: comidas calientes, frías, alteración del sentido del gusto.
- Medición y valoración de datos antropométricos.
- Valoración de la piel y mucosas
- Necesidad de ayuda para higiene: Frecuencia y hábitos de ducha y / o baño, pliegue cutáneo, hidratación general y sequedad de la piel palidez, sensación de sed, malestar generalizado, presencia de signos y síntomas de alteraciones de piel y mucosas.

Patrón III: Eliminación

- Valorar el Patrón habitual de evacuación urinaria e intestinal: frecuencia, características, sudoración, menstruación, hemorroides, deposiciones involuntarias, control de esfínteres, etc.
- Presencia o no de signos y / o síntomas de alteraciones.

Patrón IV: Actividad /ejercicio

- Valoración del estado cardiovascular: Frecuencia cardíaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios ECG que reflejen isquemia o arritmia, etc.
- Valoración del estado respiratorio: Valorar antecedentes de enfermedades respiratorias, ambiente ecológico laboral, tabaquismo, disnea o molestias de esfuerzo, tos nocturna asociada a regurgitaciones, Expectoración, indicación verbal de fatiga, etc.

- Valoración de la movilidad y actividades cotidianas: Debilidad generalizada, cansancio, estilo de vida (sedentario, activo), actividades de la vida diaria (AVD) que realiza, encamamiento, etc.

Patrón V: Sueño/ descanso

- Valorar signos y síntomas de sueño insuficiente: Nerviosismo, ansiedad, irritabilidad creciente, letargia, apatía, bostezos frecuentes, cambios posturales, etc.
- Valorar modelo habitual de sueño / descanso
- Factores que afectan el sueño:
 - Internos: Síntomas de la enfermedad; despertar por la noche debido al dolor, tos o regurgitaciones, estrés psicológico, etc.
 - Externos: Cambios ambientales, estímulos sociales, etc.
- Antecedentes de trastorno del sueño.

Patrón VI: Cognitivo/ perceptivo

- Valorar la presencia de indicadores no verbales de dolor como: expresión facial agitación, diaforesis, taquipnea, posición de defensa.
- Valoración del dolor: Comunicación verbal, intensidad, (utilizar una escala), descripción del dolor, localización, carácter, frecuencia y signos y síntomas asociados: Nauseas, insuficiencia respiratoria etc.
- Medidas de alivio utilizadas
- Fármacos utilizados
- Valoración sensorial y reflejos: déficit sensorial, cognitivo, dificultades de aprendizaje, desorientación, alteración del proceso de pensamiento, conflicto de decisiones.

Patrón VII: Autopercepción y autoconcepto

- Ansiedad
- Temor
- Alteración de la autoestima

- Valoración del grado de ansiedad: Observar la aparición de signos de ansiedad, angustia y temor, nerviosismo, cefaleas, tensión muscular, movimientos inquietos, mareos, hipoventilación, insomnio, somnolencia, cansancio, etc.
- Valoración del conocimiento y percepción de su enfermedad, solicitud de información.

Patrón IX: Sexualidad / reproducción

Número de hijos, abortos, etc.; Preguntar, si procede y en el momento adecuado, por algún trastorno en las relaciones sexuales.

Mujer: Uso de anticonceptivos, menarquia, última menstruación, menopausia, revisiones periódicas, autoexamen de mama, etc.

Hombre: Problemas de próstata

Patrón X: Afrontamiento / tolerancia al estrés

- Afrontamiento de la enfermedad: Verbalización de la incapacidad de afrontamiento o de pedir ayuda
- Alteración en la participación social
- Cansancio
- Cambio de los patrones de comunicación
- Manipulación verbal
- Tabaquismo excesivo
- Consumo excesivo de bebida
- Falta de apetito

Patrón XI: Valores y creencias

- Interferencias de la enfermedad o de la hospitalización en: Prácticas religiosas habituales, prácticas o creencias habituales, tradiciones familiares, etc.
- Deseo de contactar con el capellán del hospital o con sacerdotes de su religión.

La Valoración por Patrones Funcionales de Marjorie Gordon, ha sido utilizada como instrumento para recolección de datos de interés del investigador, en numerosas investigaciones, como el estudio realizado por REYES y MONZON (2004)⁴¹, donde evaluaron la efectividad de cada una de las preguntas contempladas en el instrumento concluyendo que: la aplicación del formato de valoración al ingreso del paciente a la unidad coronaria contribuye de forma efectiva en la identificación de los problemas /necesidades más apremiantes del paciente, en el establecimiento del diagnóstico enfermero con su respectivo plan de cuidados de enfermería.

CORREA y col (2001)⁴², emplearon la Valoración por Patrones de Marjorie Gordon, para identificar las necesidades del profesional de enfermería que labora en el área clínica, y proponer así un programa de prevención de la enfermedad a las instituciones empleadoras y a la ANEC de acuerdo a los resultados del estudio para mejorar la calidad de vida laboral del enfermero/a.

8. ASPECTOS ETICO LEGALES DE LA INVESTIGACION

Esta investigación se basó en la bioética como pilar fundamental para el desarrollo de este trabajo por el tipo de estudio de casos donde por medio de personas se obtuvieron datos para la construcción de este proyecto, lo cual tiene una gran repercusión como problema social de la ciencia y la tecnología médica. El valor de la persona humana es una intuición o "a priori" que sirve de marco referencial para elaborar la bioética. Por lo tanto, el ser humano tiene dignidad, y no precio. De aquí se deriva el que todas las personas merecen la misma y absoluta consideración y respeto.

⁴¹ REYES y MONZON, Efectividad del instrumento de valoración de Enfermería según patrones funcionales de salud en el paciente crítico. Hospital Militar Central, Lima, 2006.

⁴² CORREA y col, Valoración de los once patrones de Marjorie Gordon a las enfermeras en el área clínica en Instituciones de Manizales: Hospital de Caldas- Hospital infantil-Hospital Santa Sofía, 2001.

8.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Según la investigación sobre Aspectos Éticos de la Investigación Clínica en seres humanos liderada por Albornoz y colaboradores (2003)⁴³ se define el consentimiento informado como el acto de autorización para practicar un tratamiento específico previamente explicado al paciente.

8.2 PRINCIPIOS DE LA BIOETICA

Los principios de la bioética intentan proporcionar fundamentos generales que sugieran una metodología de decisión aplicable a todos los casos que pueden plantear algún dilema ético.

Dentro de los principios de la Bioética, que se citan en la revista de ANEC (2003)⁴⁴ que se tuvieron en cuenta fueron: autonomía, justicia, beneficencia - no maleficencia.

AUTONOMÍA

El respeto por las personas es el primer principio y éste exige que cada individuo sea tratado como un ser único y como un ser igual a todos los demás individuos. Se requiere una justificación ética especial para interferir en los propósitos, la privacidad o los comportamientos individuales de cada persona.

⁴³ ALBORNOZ LOPEZ DEL CASTILLO, Carlos M, AGUERO DIAZ, Alejandro, CABRERA VILLALOBOS, Yanelys *et al.* Aspectos Éticos de la Investigación Clínica en seres humanos. *Rev Hum Med*, , vol.3, no.2, p.0-0. ISSN 1727-8120. Mayo-ago. 2003.

⁴⁴ ANEC. Publicación oficial de la asociación nacional de Enfermeras de Colombia. Edición número 60 - sección científicas. Bogotá, Colombia. p 16 e-mails: anecnal@andinet.com. 2003

JUSTICIA

El principio de justicia estipula la igualdad de trato entre los iguales, y la diferencia de trato entre los desiguales, conforme a sus necesidades. En lo que compete a enfermería, es la satisfacción de necesidades básicas de la persona, en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico que se traduce en ofrecer una adecuada calidad de atención.

BENEFICENCIA

Se define a la virtud de hacer el bien. Es proteger y defender los derechos de los pacientes, prevenir que suceda algún daño, suprimir las condiciones que puedan producir perjuicio a otros, ayudar a las personas con discapacidades.

NO MALEFICENCIA, O NO HACER DAÑO

Hace referencia al compromiso y responsabilidad moral que asumen los profesionales de la salud como la obligación de extremar siempre los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.

9. MARCO DE ANÁLISIS

9.1 PROCEDIMIENTO UTILIZADO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El instrumento es un cuestionario destinado a identificar las necesidades más prevalentes en el familiar del paciente hospitalizado en UCI, el cual está conformado por 34 preguntas en total distribuidas en cada patrón establecido.

El procedimiento para recolectar la información consistió en escoger al familiar de primer rango de consanguinidad, conyugue o en su defecto acompañante actual del paciente hospitalizado en UCI, siempre y cuando estuviera presto a colaborar, se les explicó a cada familiar el motivo de la realización de la encuesta, luego de que aceptaran realizarla. La aplicación del instrumento fue de forma privada con cada uno de los familiares, de esta forma se encuestaba y se entrevistaba al mismo tiempo. Lo cual amplió aún más la información obtenida.

9.2 ANALISIS DE LA INFORMACION

El análisis de la información obtenida a través de la aplicación del instrumento, se realizó manualmente, donde se tuvieron en cuenta los datos más relevantes y prevalentes, obteniendo así la información deseada para continuar con la investigación.

9.3 RESULTADOS

Luego de analizar la información, se evidenciaron alterados los siguientes patrones:

- Patrón Percepción Manejo de la Salud.

- Patrón Nutricional Metabólico.
- Patrón Sueño y Descanso.
- Patrón de Adaptación y Tolerancia al estrés.
- Patrón Creencias y Valores
- El Patrón Rol – Relaciones, es intervenido en el caso dado que el familiar hospitalizado en la UCI fallezca.

10. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

10.1 Perfil demográfico de los familiares de pacientes hospitalizados en UCI del hospital Fernando Troconis:

La mayoría de los familiares encuestados con pacientes hospitalizados en UCI se encuentran en el rango de edad de 25 – 35 años, seguido de la edad comprendida entre 36 - 45 años.

Seis de los familiares se dedican al hogar como amas de casa, uno es socorrista y el otro es comerciante.

Así mismo el parentesco entre los cuatro grupos hermano, conyugue, hija y madre, es equivalente para cada uno.

10.2. Patrones alterados y su análisis

10.2.1 Valoración de el patron Percepcion Manejo de la Salud de el familiar con pacientes hospitalizado en UCI de el Hospital Fernando Troconis.

Más de la mitad (5) de los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) tienen conocimiento sobre la enfermedad de su familiar, a su vez es importante recalcar que tres de los encuestados no conocía que le sucedía a su pariente. En general los familiares de paciente hospitalizado refieren rechazo frente al proceso de enfermedad de su pariente. Así mismo todos los participantes manifestaron que no han recibido ninguna clase de recomendación terapéutica. El familiar J.P dice: “En estos momentos no se que esta pasando con mi mamá, aunque a mi parecer se puede complicar, eso es lo que he escuchado entre la familia”.

En las investigaciones realizadas por Molter (1979)⁴⁵ evidencio que resulta de gran relevancia para los familiares recibir una información adecuada y honesta, así como sentir que los miembros del equipo de la UCI están preocupados por el paciente. A si mismo Kirchhoff y col. (2004)⁴⁶ en su investigación afirmaron que la satisfacción de los familiares se halla relacionada con la comunicación con los médicos, por lo que una información adecuada y honesta resultaría vital para la salud psicosocial y la satisfacción de la familia del paciente crítico.

10.2..1.1 Patron Percepcion Manejo de la Salud - Habitros adquiridos por el familiar, durante la estancia de su pariente en UCI Hospital Fernando Troconis.

De los familiares encuestados cinco manifestaron que aumentaron el consumo de cafeina, de igual forma dos de estos afirmaron que retomaron al consumo de tabaco, y uno de ellos refirio estar consumiendo alcohol. El familiar A.T dijo: "Consumo café en todo momento, y no son tazas pequeñas". Raffo (2005)⁴⁷, enfermera y docente del departamento de psiquiatria y salud mental de la Universidad de Chile, manifiesta en su artículo publicado en la web, que las personas con alteraciones mentales como la depresion, ansiedad etc. Tienden a crear dependencias hacia el alcohol y las drogas.

⁴⁵ MOLTER. "op cit". Pag. 20.

⁴⁶ KIRCHHOFF y Col. "op cit". Pag 20 – 21.

⁴⁷ SYLVIA RAFFO L. "op cit". Pag. 32

10.2.2 Valoracion del Patron Nutricional Metabolico del familiar del paciente hospitalizado en UCI hospital Fernando Troconis.

De los familiares encuestados, seis disminuyeron su apetito, de ellos solo dos han manejado la situacion experimentando nauseas/vómitos espontaneos, tres familiares manifestaron que no les provoca comer los alimentos cotidianos y el total de los parientes encuestados, cambio sus habitos alimenticios durante la enfermedad critica de su familiar, pues a raiz de la hospitalizacion de su pariente enfermo obtuvieron alteraciones digestivas como gastritis, reflujo gastroesofagico y estreñimiento. El familiar E.M manifesto: "En estos momentos no he almorzado nada, esta mañana, me tome un café con leche y una tostada, no tengo ganas de comer, solo me apetece lo que sea liquido". En esos momentos eran las 5:45 pm.

A su vez, la investigacion realizada por Garcia y col (2006)⁴⁸ evidencio mediante la aplicación del modelo de Virginia herdenson que el familiar del paciente en UCI, llegaba a presentar nauseas y vómitos durante el padecimiento de la enfermedad de su pariente.

10.2.3 Valoracion del Patron sueño y descanso del familiar del paciente hospitalizado en UCI hospital Fernando Troconis.

Siete de los participantes refirieron dormir entre 3 y 4 horas aproximadamente por las noches, presentando problemas al inicio del sueño, lo cual fue manifestado en la totalidad de los familiares, de los cuales solo uno utiliza ayudas para conciliarlo con el uso de agua de valeriana. El familiar E.M manifesto: "Para poder dormir me toca tomar valeriana, aunque a veces ni esto me ayuda a dormir".

⁴⁸ GARCIA Y COL. "op cit". Pag. 32

En la investigación Carrillo María y col (1995)⁴⁹ evidencia que el sueño se puede ver alterado por diversos factores, como la alteración del patrón sueño que causa malestar o interfiere en el estilo de vida deseado, se consideran como factores que parecen mostrar algún tipo de relación con este problema las alteraciones sensoriales: Internas: Enfermedad, estrés psicológico y Externas: Cambios ambientales, claves sociales.

10.2.4 Valoración del patrón de Adaptación – Tolerancia al estrés del familiar del paciente hospitalizado en UCI hospital Fernando Troconis.

La mayoría (8) de los familiares encuestados se observa que esta padeciendo una tensión temporal debido a la situación, 6 de los parientes, manifiesto sentir una gran tristeza, la mitad refirió que se encontraban en una crisis de depresión ante lo sucedido, uno vive en desesperanza, otro se sentía impotente al no poder hacer nada para mejorar la salud de su pariente y seis no saben como manejar dicha situación, cabe resaltar que uno de los encuestados manifiesto que sobrelleva la situación adoptando una posición de tranquilidad con el fin de transmitirla a su pariente, lo que evidencia que este familiar está pasando por una etapa de negación frente al evento. Un estudio realizado por el autor Kubler-Ross (1975-1981)⁵⁰. Evidencia que el familiar pasa por las mismas etapas del paciente entre ellas están la negación y luego la depresión. Así mismo Engström (2004)⁵¹ afirma que es esencial que la familia mantenga la esperanza en cuanto al pronóstico negativo del paciente.

⁴⁹ CARRILLO MARÍA y col. "op cit". Pag 33

⁵⁰ KUBLER R. "op cit". Pag. 18

⁵¹ ENGSTRÖM, a.-SÖDERBERG, s: The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* Pag:299-308. .(2004)

10.2.5 Valoración del patrón valores y creencias del familiar del paciente hospitalizado en UCI hospital Fernando Troconis.

Luego de realizada la encuesta al familiar del paciente en UCI, se evidenció que de el total de los encuestados, cuatro manifiestan creer en DIOS, tres manifiestan tener confusión en cuanto a su creencia en DIOS, y uno de los encuestado definitivamente no cree en un DIOS, manifestando: “no soy católico y no creo en Dios”. Kubler-Ross (1975-1981)⁵² en su libro publicado la rueda de la vida, manifiesta que la salud espiritual de la familia es un componente esencial del modelo asistencial centrado en el paciente, y que el profesional de la salud debe ofrecer o ayudar a brindar soporte espiritual, animando y respetando la religión, el culto o las tradiciones culturales, lo cual motiva a los familiares a luchar contra la enfermedad y la muerte.

⁵² KUBLER R. “op cit”. Pag. 19

11. CONCLUSIONES

En el perfil demográfico de los familiares del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Fernando Troconis quienes fueron el objeto de estudio de nuestra investigación, se llega a la conclusión que la edad promedio de los participantes, esta entre los 25 y 35 años. En cuanto a la ocupación de cada uno de estos la prevalecía estuvo en ser amas de casa. El parentesco que tienen con el paciente resulto equilibrado luego de realizada la distribución porcentual, pues del 100% todos obtuvieron un 25% entre madre, hija, hermano y conyugue.

La estancia de un paciente en una unidad de cuidados intensivos, crea en la familia, situaciones estresantes que afectan su salud mental, lo que tiende a alterar sus funciones fisiológicas. La familia esta en todo su derecho de recibir la información necesaria acerca del estado en que se encuentra su pariente, y así minimizar, los síntomas de estrés, si embargo en la actualidad no existe una buena comunicación entre el profesional de la salud, y la familia del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, lo que se ve reflejado en los resultados arrojados por las encuestas. Es así, como el Patrón de Autopercepcion – Autoconcepto, se mostró significativamente alterado pues cuatro de los encuestado refirieron no conocer lo que sucedía exactamente con su familiar, 6 manifestaron rechazo frente a la situación, y el total de los participantes (8), describieron que no recibieron ninguna recomendación terapéutica. Un gran porcentaje aumento el consumo de cafeína, un numero considerable retomo el consumo del cigarrillo, y uno de los encuestado refirió estar consumiendo alcohol.

Debido a la angustia, la depresión, la impotencia, la ansiedad, y otros síntomas comunes del estrés, 7 de los participantes, disminuyo su apetito durante el padecimiento de la enfermedad del familiar, 3 experimentaron nauseas y

vómitos espontáneos, mientras que la totalidad de los encuestados cambio sus hábitos alimenticios durante la enfermedad critica de su pariente.

Es así, como se ve afectado en estos familiares, el Patrón de Sueño y Descanso, debido a que siete de los participantes refirieron, que solo dormían entre 3 y 4 horas de sueño nocturno, el total de la población encuestada tuvo problemas para iniciar el sueño, y uno de los ocho parientes utiliza ayudas para conciliar el sueño.

Logicamente uno de los patrones que mas se vio afectado fue el Patron de Adapatacion y Tolerancia al Estrés, el cual, evidencio que seis de los ocho familiares encuestados estan padeciendo una tension temporal debido a la situacion, mas de la mitad (6), de estos manifesto sentir una gran tristeza, cuatro refirieron que se encontraban en una crisis de depresion ante lo sucedido, uno vive en desesperanza, otro se sentian impotente al no poder hacer nada para mejorar la salud de su pariente y un numero importante (7) no sabe como manejar dicha situacion, cabe resaltar que uno de los encuestado manifesto que sobrelleva la situacion adoptando una posicion de tranquilidad con el fin de trasmitirla a su pariente.

El Patron Valores y Creencias, mostro que de la totalidad de la poblacion la mitad manifiesta creer en DIOS, tres tienen confusion en cuanto a su creencia en DIOS, y uno definitivamente no cree en un DIOS.

Se logra concluir así que en el familiar del paciente hospitalizado en la UCI del Hospital Fernando Troconis, se encuentran alterados cinco patrones de los once establecido por Marjorie Gordon. Evidenciándose así la necesidad que se tiene de incluir al pariente del enfermo critico dentro del plan de cuidados del profesional de enfermería. El indice de que la familia se ve realmente afectada cuando uno de sus miembros se encuentra internado en la unidad de cuidados intensivos, es relativamente alto, y es de vital importancia para el profesional de

enfermeria tomar medidas con todos los familiares afectados para sobrellevar tal situacion.

12. RECOMENDACIONES

12.1 RECOMENDACIONES PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL FERNANDO TROCONIS.

Entender y comprender lo importante que es tener en cuenta al familiar del paciente hospitalizado en la UCI, puesto que la familia es el principal apoyo para el paciente en sus momentos de angustia, y como tal necesita de orientación en cuanto a la enfermedad que padece su ser querido, es ideal establecer una comunicación con la familia para brindar información, oportuna, real y concisa, apoyarla psicológicamente, orientarla y prepararla para la muerte de su ser en dado caso que el profesional de la salud considere pocas las opciones de recuperación, ayudarlos a tomar las decisiones en momentos en que el paciente agoniza. Claro esta manteniendo siempre el consentimiento informado del familiar.

Por tal razón es importante establecer un plan de cuidados, para que sea llevado a cabo por el enfermero/a que se encuentra en la unidad de cuidados intensivos, para cubrir las necesidades que estos presentan durante la estadía de su pariente en la unidad, y evitar posibles alteraciones.

Se hace necesario que se aplique el plan de cuidados constantemente sin dejar de hacerlo, y que se tenga en cuenta como un requisito mas de la historia clínica del paciente.

12.2 RECOMENDACIONES PARA EL PROGRAMA DE ENFERMERIA

Aprovechando que los estudiantes de octavo grado rotan por la unidad de cuidados intensivos del Hospital Fernando Troconis, seria ideal e innovador que estos dentro de su practica intervinieran no solo al paciente sino también al familiar de este y aplicar el plan de cuidados que se establece en la investigación, permitiéndoles seguir renovándolo, así se haría prevención de la enfermedad y promoción de la salud, en la unidad de cuidados intensivos.

12.3 RECOMENDACIONES PARA LA INVESTIGACION

Es importante que se sigan haciendo estudios como estos para fortalecer el cuidado del familiar del paciente que se encuentra hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, y no dejarlo de lado al momento de intervenir al paciente, de esta forma el profesional de enfermería realiza una intervención holística durante el transcurso de su profesión.

13. BIBLIOGRAFIA

1. Academia Estadounidense de la familia, Estrés: como afrontar los retos de la vida, EE.UU., 2007.
2. ALBORNOZ LOPEZ DEL CASTILLO, Carlos M, AGUERO DIAZ, Alejandro, CABRERA VILLALOBOS, Yanelys *et al.* Aspectos Éticos de la Investigación Clínica en seres humanos. *Rev Hum Med*, , vol.3, no.2, p.0-0. ISSN 1727-8120. Mayo-ago. 2003.
3. ALVIN Julieth, Jornada de musicoterapia, Universidad Nacional de Colombia, Medellín, 2001.
4. ANEC. Publicación oficial de la asociación nacional de Enfermeras de Colombia. Edición número 60 - sección científicas. Bogotá, Colombia. p 16 e-mails: anecnal@andinet.com. 2003.
5. ATKINSON,jh.-Jr.-STEWART,n.-GARDNER,D: The family meeting in critical care settings. *J Trauma*. pag:43-46. (1980).
6. AZOULAY, E. Impact of family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicenter, prospective, ran-domized, controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med*. pag: 438-442. 2002.
7. AZOULAY,e.-POCHARD,f.-CHEVRET,s.-LIMAIRE,f.-MKHTARI,m.: Meeting the needs of Intensive Care Unit Patient Families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med*. pag: 135-139. (2001).
8. BIANCHI J, Sobre la asistencia terapéutica del proceso del duelo, Argentina, 2002.
9. BRITO P. El proceso enfermero en atención primaria, ENE Revista de enfermería, pag 8-18, 2008.
10. CALERO Dr, Terapia de grupo, Psicomed, Madrid, España, 2004.
11. CHIEN T.-CHIU L. LAM L. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*. PAG: 39-50. (2006).
12. CARRIBERO G. Educar desde un abordaje corporal-emocional, 2002.
13. CARRILLO M y Col, Alteración del sueño Hospital Torrecárdenas, Hospital de la Cruz Roja y Hospital Provincial. 1995.
14. CARRIBERO G. Educar desde un abordaje corporal-emocional, 2002.
15. CORREA y col, Valoración de los once patrones de Marjorie Gordon a las enfermeras en el área clínica en Instituciones de Manizales: Hospital de Caldas- Hospital infantil- Hospital Santa Sofía, 2001.
16. DE LA CUESTA C. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Investigaciones y educación en Enfermería. 2007 Pág. 106-112.
17. ENGSTRÖM,a.-SÖDERBERG,s: The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. Pag:299-308. .(2004).
18. Equipo de atención medica, instituto Nacional de cancerología, 2000.
19. GARCÍA NAVARRO S, Cuidando a la familia en UCI. Biblioteca Las casas, Disponible en <http://www.index.com/lascasas/documentos/lc0248>. 2007.
20. GÓMEZ, P. CARRETERO, V. MONSALVE, J. SORIANO, F.: El ingreso en la unidad de cuidados intensivos la repercusión en el familiar del paciente. Boletín de psicología. No 87. (2006).
21. GONZÁLEZ, J., ARMENGOL, J CUIXART., MANTECA, H.: cuidar a los cuidadores: atención familiar, revista electrónica Enfermería Global, mayo 2005. Vol. 6. ISSN 1695-6141.
22. GORDÓN M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. Ed. Mosby. Madrid 1972.
23. GRAHAM, H. A havour of love: Women, Work and caring London. Routhledge, Pág. 13-30. 1983.
24. HANS Selye, Artículo Enfermería global, Estrés: Un estudio sobre la ansiedad, EE.UU., 2007.

25. HENDERSON, V. : the concepts of Nursing Journal of Advanced Nursing, Marzo 1978 Pag 24.
26. HEYLAND,dk.-ROCKER,gm.-DODEK,pm.-KUTSOGIANNIS, NOPAD,E.COOK,djFamily satisfaction with care in the intensive care unit: results of multi-ple center study. *Crit Care Med.* pag:1413-1418. (2002).
27. Heyland, D.-Cook, J.-Rocker,G.-Dodek,M.-Kutsogiannis,DJ.-Peters,S. Decision-making in the ICU: perspectives of the substitute decision-maker. *Intensive Care Med.* . PAG 75-82. (2003).
28. HUGHES, F. BRYAN, K. ROBBINS, I.: Relatives' experiences of critical care. *Nurs Crit Care.* N' 10(1). Pág. 23-30. 2005.
29. JOHNSON, D. Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. *Crit Care Med.* Pag 266-271. 1998.
30. KIRCHHOFF, K. SONG, M.KEH, K.: Caring for the family of the critically ill patient. *Crit Care Clin.* 20(3): 453-466. 2004.
31. KUBLER R, Elisabeth. .La Rueda de la Vida (The Wheel of Life). Memorias. Ediciones B.S.A. Col. Punto de Lectura. España, 2000.
32. La repercusión en el familiar del paciente. Boletín de Psicología Nº 87, Valencia, julio de 2006.
33. LICATA Marcela. Necesidades diarias del organismo a nivel nutricional, Artículo Zonadiet, 2007.
34. MARTÍN, A.-PÉREZ, M sychosocial adaptation in relatives of critically injured patients admitted to an intensive care unit. *The Spanish journal of psychology.* (2005): Pag 36-44.
35. Memorias. Ediciones B.S.A. Col. Punto de Lectura. España, 2000.
36. MENDOZA, D.-WARREN, (1998): Perceived and unmet needs of critical care family members. *Crit Care Nurs* Pág. 58-67.
37. MOLANO, M. Investigación sobre Estrategias de Afrontamiento Familiar cuando uno de sus miembros entra a una Unidad de Cuidados Intensivos. Cuidado y Práctica de Enfermería. UNIBIBLOS. p 115. 2000.
38. MOLTER, N.: Needs ofelatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart & Lung.* Vol: 8(2): Pág. 332-339. 1979.
39. PACHECO A, Entrenamiento de relajación muscular progresiva, Instituto Dr. Pacheco de psicología, Republica Dominicana, 2005.
40. Pyane M, Ranquet, Modelo de intervención en crisis.
41. REYES y MONZON, Efectividad del instrumento de valoración de Enfermería según patrones funcionales de salud en el paciente crítico. Hospital Militar Central, Lima, 2006.
42. RODRIGO L, FERNÁNDEZ C, NAVARRO MV. De la teoría a la practica pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson, S.A. 2000.
43. RUKHOLM, E. BAILEY, P. COUTU-WAKULCZYK, G. BAILEY, WB.: Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. 1991 *J Adv Nurs.* 16(8): Pág. 920-928.
44. SHIGODA, M, HOOK, M. Take hear devehoping sopport sessions for families of acutely ill cardiac patient. *Clinical isses.* Vol 2, , Pag 301. mayo de 1991.
45. Sociedad española de geriatría y gerontología. En línea: <http://www.segg.es/segg/html/cuidadores /cuidador/darse cuenta.htm> # pararse. 14 febrero de 2006.
46. SYLVIA RAFFO L *Intervención en Crisis. Universidad de Chile.*(2005)
47. VELASCO, M. Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. Memoria de solicitud del proyecto de investigación. Hospital costa del sol, 2002.
48. VERHAEGHE,s.-DEFLOOR,t.-VAN ZUUREN,f.-DUIJNSTEE,m.-GRYPDONCK,mThe needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs.* Pag: 501_509. .(2005).

49. WORDEN, J. William. El Tratamiento del Duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia. México, 1997.
50. ZAZPE, M.: Información a los familiares de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Enfermería intensiva, 7(4):.Pág. 147-151. (1996).

ANEXOS

**ANEXO A. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI
HOSPITAL FERNANO TROCONIS, SANTA MARTA 2008**

DATO CLAVE	PATRON ALTERADO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META NOC	INTERVENCION NIC	ACTIVIDAD NIC	FUNDAMENTACION
Ausencia de recomendaciones terapéuticas.	Percepción – Manejo de la salud	Mantenimiento inefectivo de la salud R/C afrontamiento inefectivo familiar M/P falta demostrada de conocimientos respecto a las practicas sanitarias básicas (pariente hospitalizado)	El familiar del paciente hospitalizado en UCI pasara de ningún conocimiento de conducta sanitaria a un conocimiento sustancial sobre el mantenimiento de la enfermedad.	Asesoramiento	<p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</p> <p>Proporcionar información objetiva según sea necesario.</p> <p>Favorecer la expresión de sentimientos.</p> <p>Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones.</p>	<p>El equipo multidisciplinario que trabaja desde este abordaje se centra en torno a la revalorización y replanto de la identidad e integridad misma del ser humano.</p> <p>Llevándolo como profesional a un compromiso con la vida, a asumir responsabilidades y posicionamientos frente a ella, a formar y formarse como persona concientizada en niveles cada vez más profundos, que le permita transitar los</p>

Disponer de la intimidad para asegurar la confiabilidad.

sentimientos sabiendo que el dejarse fluir en ellos le ayudará a ser cada vez más crítico, libre y reflexivo.⁵³

La realización de estas actividades se llevaron a cabo a través de la conformación del equipo interdisciplinario de abordaje emocional al familiar del paciente hospitalizado en UCI del hospital Fernando Troconis.

⁵³ CARRIBERO G. Educar desde un abordaje corporal-emocional, 2002.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI HOSPITAL FERNANO TROCONIS, SANTA MARTA 2008

DATO CLAVE	PATRON ALTERADO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META NOC	INTERVENCION NIC	ACTIVIDAD NIC	FUNDAMENTACION
Falta de interés de los alimentos	Nutricional – Metabólico	Desequilibrio nutricional por defecto R/C factores psicológicos M/P falta de interés de los alimentos.	El familiar del paciente hospitalizado en UCI para de una conducta alimentaria de cumplimiento nunca demostrada a frecuentemente demostrada.	Manejo de la nutrición.	Proporcionar información adecuada a cerca de las necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas por medio de la colocación de material atractivo de guía de comidas en la sala de espera del hospital. Estimular la ingesta de comidas ligeras (frutas, jugos de fruta, sándwich).	El contenido de elementos necesarios para el organismo, como agua, vitaminas y minerales viene dado dentro de estos tres substratos, por tanto la falencia de alguno de ellos genera inconvenientes alimenticios, y es consecuencia directa de una alimentación incorrectamente equilibrada. ⁵⁴

Fomentar los
alimentos ricos
en fibras para
evitar el
estreñimiento.

⁵⁴ LICATA Marcela. Necesidades diarias del organismo a nivel nutricional, Artículo Zonadiet, 2007.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL FAMILIAR DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN UCI, HOSPITAL FERNANDO TROCONIS, SANTA MARTA 2008

DATO CLAVE	PATRÓN ALTERADO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	META NOC	INTERVENCIÓN NIC	ACTIVIDADES NIC	FUNDAMENTACION
Aversión a los alimentos.	Nutricional metabólico	Nauseas R/C estrés situacional M/P aversión a los alimentos	El control de las nauseas y vómitos del familiar de paciente hospitalizado en UCI pasara de nunca demostrado a frecuentemente demostrado	Manejos de las nauseas	<p>Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan y aumentan las nauseas (ansiedad, miedo, fatiga y ausencia de conocimientos, a través de la técnica de relajación (imaginación guiada).</p> <p>Enseñar a realizar una alimentación alta en hidratos de carbono y baja en lípidos a</p>	<p>Para la transformación de materia en energía, se convierte el glucógeno en glucosa y después en energía. Dado que la glucosa se renueva unas 15 veces al día en el torrente circulatorio, es entonces altamente recomendable el ingerir alimentos varias veces al día.</p> <p>Consecuencia de que sean los carbohidratos los que se almacenan como glucógenos en el cuerpo, que se recomiende como más abundante la incorporación de</p>

través de folletos educativos que instruyan al paciente en el manejo de las náuseas. hidratos de carbono en la alimentación diaria.⁵⁵

⁵⁵ LICATA Marcela. Necesidades diarias del organismo a nivel nutricional, Artículo Zonadiet, 2007.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL FAMILIAR DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN UCI, HOSPITAL FERNANDO TROCONIS, SANTA MARTA 2008

DATO CLAVE	PATRÓN ALTERADO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	META NOC	INTERVENCIÓN NIC	ACTIVIDADES NIC	FUNDAMENTACION
Informes de problemas para conciliar el sueño.	Sueño y descanso	Deterioro del patrón del sueño R/C estrés familiar M/P quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño	El equilibrio emocional del familiar del paciente hospitalizado en UCI pasara de nunca demostrado a frecuentemente demostrado	Mejorar el sueño	Ayudar a eliminar las situaciones estresantes. Enseñar al familiar del paciente a realizar una relajación muscular para inducir el	Las sensaciones de estrés son ocasionadas por el instinto que el cuerpo tiene de defenderse a sí mismo. Lo que indica que este está trabajando más de lo necesario sin tener ningún lugar donde poner toda esa energía adicional. Esto puede hacerlo sentir ansioso, temeroso, preocupado y tenso. ⁵⁶ La relajación muscular es una técnica de la terapia conductual para el control de la tensión corporal, la cual está asociada al stress y

	sueño (masajes)	a la ansiedad. ⁵⁷
	Enseñar técnicas favorecedoras del sueño (músico terapia, métodos culturales: hierbas).	La musicoterapia es el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación, reeducación y el adiestramiento de adultos y niños que padezcan trastornos físicos, mentales y emocionales. ⁵⁸

⁵⁶ Academia Estadounidense de la familia, Estrés: como afrontar los retos de la vida, EE.UU., 2007.

⁵⁷ PACHECO A, Entrenamiento de relajación muscular progresiva, Instituto Dr. Pacheco de psicología, Republica Dominicana, 2005.

⁵⁸ ALVIN Julieth, Jornada de musicoterapia, Universidad Nacional de Colombia, Medellín, 2001.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI HOSPITAL FERNANO TROCONIS, SANTA MARTA 2008

DATO CLAVE	PATRON ALTERADO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META NOC	INTERVENCION NIC	ACTIVIDAD NIC	FUNDAMENTACION
Informe de sentimientos de estrés.	Afrontamiento – Tolerancia al estrés	Estrés por sobrecarga R/C agentes estresantes M/P informe de exceso de estrés situacional.	El nivel de estrés del familiar del paciente hospitalizado en UCI pasara de gravemente demostrado a levemente demostrado.	Intervención en caso de crisis.	<p>Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y dinámicas de la crisis.</p> <p>Ayudar en la identificación de habilidades pasadas y presentes para enfrentarse a la crisis y su eficacia.</p> <p>Planificación con el familiar de formas que pueden utilizarse las habilidades de adaptación para tratar la crisis en el futuro.</p>	<p>Los llamados estresores o factores estresantes o situaciones desencadenantes del estrés son cualquier estímulo, externo o interno (tanto físico, químico, acústico o somático como sociocultural) que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo.⁵⁹</p> <p>El modelo de intervención en crisis surge a partir de</p>

Estas actividades se realizarán por medio de la aplicación de la teoría de sistemas a través de la terapia de intervención en crisis.

unos estudios sobre como las personas sufren y afrontan situaciones de catástrofe o de extrema tensión.

Este modelo se basa en la psicología del yo, en la teoría del estrés, la teoría del aprendizaje, la teoría del rol y la teoría de la homeostasis (entre otras).⁶⁰

⁵⁹ HANS Selye, Artículo Enfermería global, Estrés: Un estudio sobre la ansiedad, EE.UU., 2007.

⁶⁰ Pyane M, Ranquet, Modelo de intervención en crisis,

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI HOSPITAL FERNANO TROCONIS

DATO CLAVE	PATRON ALTERADO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META NOC	INTERVENCION NIC	ACTIVIDAD NIC	FUNDAMENTACION
Gestos o comentarios de rechazo cuando se habla del suceso.	Afrontamiento tolerancia al estrés.	Negación ineficaz R/C incapacidad para admitir el impacto de la enfermedad de sus pariente M/P gestos o comentarios de rechazo cuando habla del suceso.	El familiar del paciente hospitalizado en UCI pasara de nunca haber demostrado afrontamiento del problema de salud de su pariente a frecuentemente demostrado.	Aumentar el afrontamiento.	<p>Valorar la comprensión del familiar del proceso de enfermedad de su pariente.</p> <p>Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.</p> <p>Ayudar mal familiar a desarrollar una valoración subjetiva del acontecimiento.</p> <p>Proporcionar información objetiva respecto al</p>	<p>La psicoterapia de grupo provee un contexto para compartir los problemas o preocupaciones, comprender mejor la propia situación, y aprender junto con las demás personas.</p> <p>La psicoterapia de grupo ayuda a la persona a conocerse a sí misma, y también a mejorar sus relaciones interpersonales.</p> <p>Puede centrarse en los problemas de la</p>

diagnostico,
tratamiento y
pronostico.

Ayudar al
familiar a
identificar
estrategias
positivas para
hacerse cargo
de las
limitaciones
que la
enfermedad
genera al
paciente.

Alentar a la
familia a
manifestar sus
sentimientos
por el familiar
enfermo.

Tratar las
consecuencias
de comportarse
con
sentimientos de
culpa y
vergüenza.

Estas
actividades se

soledad, depresión y
ansiedad. Nos ayuda
a realizar cambios
importantes para
mejorar la calidad de
la vida.⁶¹

realizaran por medio de las técnicas de terapias de grupos de apoyo, en donde se reúnen los familiares y hacen la catarsis completa.

⁶¹ CALERO Dr, Terapia de grupo, Psicomed, Madrid, España, 2004.

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI HOSPITAL
FERNANO TROCONIS, SANTA MARTA 2008**

DATO CLAVE	PATRON ALTERADO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META NOC	INTERVENCION NIC	ACTIVIDAD NIC	FUNDAMENTACION
Información de sentimientos de confusión en sus creencias.	Valores y Creencias	Sufrimiento espiritual R/C separación de los vínculos religiosos o culturales M/P manifiesto de conflictos internos sobre las creencias.	Lograr el bienestar espiritual del familiar del paciente hospitalizado en UCI.	Apoyo espiritual	<p>Desarrollar un sentido de oportunidad para la oración o rituales espirituales.</p> <p>Remitir o buscar al asesor espiritual de la elección del individuo.</p> <p>Rezar con el individuo.</p> <p>Estar dispuestos a escuchar los sentimientos del individuo.</p> <p>Facilitar el uso de meditación,</p>	<p>El equipo multidisciplinario que trabaja desde este abordaje se centra en torno a la revalorización y replanto de la identidad e integridad misma del ser humano.</p> <p>Llevándolo como profesional a un compromiso con la vida, a asumir responsabilidades y posicionamientos frente a ella, a formar y formarse como persona concientizada en niveles cada vez más profundos, que le permita transitar los sentimientos</p>

oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo.

Estas actividades se realizarán a través del grupo de abordaje emocional.

sabiendo que el dejarse fluir en ellos le ayudará a ser cada vez más crítico, libre y reflexivo.⁶²

Las personas encuentran útil recibir ayuda de religiosos o de otros líderes espirituales, y no hay duda de que un fuerte sentido de espiritualidad puede ayudarles a enfrentar los desafíos difíciles con valor y con un sentido de esperanza.⁶³

⁶² CARRIBERO G. Educar desde un abordaje corporal-emocional, 2002.

⁶³ Equipo de atención médica, Instituto Nacional de Cancerología, 2000

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL FAMILIAR DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN UCI, HOSPITAL FERNANDO TROCONIS, SANTA MARTA 2008

DATO CLAVE	PATRÓN ALTERADO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	META NOC	INTERVENCIÓN NIC	ACTIVIDADES NIC	FUNDAMENTACION
Miedo ante la muerte de su familiar	Rol - Relaciones	Duelo anticipado R/C anticipación de la pérdida de una persona significativa M/P Distres psicológico	Contribuir con la superación de problemas de la familia del paciente hospitalizado en UCI.	Facilitar el duelo	Remitir a la familia grupos de apoyo. Averiguar el grado de culpa que siente la familia y resolverlo. Asesorar a los miembros de las familias a cerca de las habilidades eficaces susceptibles de ser usadas ante el fallecimiento del ser querido.	El duelo es el proceso a través del cual las personas elaboran y superan las pérdidas. Comprende: aceptar la realidad de la pérdida, vivir y expresar el dolor de la misma, adaptarse a un medio en el cual el fallecido está ausente y, finalmente, relocalarlo en un "lugar del corazón" y continuar viviendo. ⁶⁴ El duelo anticipatorio, que es aquel que acompaña el curso de una enfermedad terminal, del duelo inesperado

Proporcionar información regularmente a la familia sobre el estado del paciente. provocado en general por accidentes de variada índole, que terminan abruptamente con la vida del ser querido.

Acordar la relación de los cuidados que han de prestar al paciente por parte de los miembros de la familia. Las diferencias teóricas entre el duelo inesperado y el duelo anticipatorio se minimizan en el comienzo de una terapia de esta índole, ya que en

Todas estas actividades se realizaran a través de de la terapia de recuperación emocional. ambos casos es finalmente la muerte reciente de un ser entrañablemente querido el punto de partida que origina la necesidad de desahogo.⁶⁵

En caso de duelo consumado realizar la técnica de elaboración de duelo.

⁶⁴ WORDEN, J. William. El Tratamiento del Duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia. México, 1997.

⁶⁵ BIANCHI J, Sobre la asistencia terapéutica del proceso del duelo, Argentina, 2002.

ANEXO B. VALORACIÓN PARA ADULTOS POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD (Marjorie Gordón)

Nombre y apellidos _____ Parentesco _____

Edad _____ Ocupación _____ Fecha _____

1. PATRÓN PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD

Aspecto general (vestido/arreglo personal)

Adecuado _____ Descuidado _____ Extravagante _____

Exagerado _____ Meticulosos _____ Otros (Especificar) _____

Conocimientos sobre su enfermedad: No _____ Si (especificar) _____

Actitud y comportamientos frente a su enfermedad

Aceptación _____ Rechazo _____ Indiferencia _____

Sobrevaloración _____ Reivindicativa _____ Otras _____

Comportamientos realizados al respecto (describir): _____

Pautas recomendaciones terapéuticas:

Ninguna: _____ Seguimiento Correcto _____ Seguimiento Incorrecto _____

Hábitos tóxicos:

SUSTANCIA	EDAD DE INICIO	DOSIS DIA/SEMANA	ACTUALMENTE(ACT) PASADO(PAS)
TABACO			
ALCOHOL			
CAFEÍNA			
CANNABIS			
HEROÍNA			
COCAÍNA			
OTRAS SUSTANCIAS			

Otras alteraciones o datos de interés:

2. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

Peso _____ Talla _____ Constitución _____ IMC _____

Apetito: Normal _____ Aumentado _____ Disminuido _____

Consumo diario
habitual _____

Ingesta de líquido (cantidad y tipo)

Nauseas/vómitos (espontáneos o provocados)

Preferencias alimentarias _____

Restricciones / evitaciones (motivos) _____

Conocimientos sobre alimentos y dieta equilibrada:
Suficientes _____ insuficientes (especificar déficit) _____

Hábitos, opiniones e historia familiar respecto a la comida: _____

Alteraciones cualitativas de la ingesta
(Especificar): _____

Otras alteraciones o datos de interés _____

3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Eliminación intestinal:
Frecuencia _____ Características _____ Malestares _____
Control _____ Motivos no control _____ Laxantes _____
Patrón habitual personal _____

Eliminación vesical:
Frecuencia _____ Características _____ Malestar _____
Control _____ Motivos no control _____ Diuréticos _____
Patrón habitual personal _____

Eliminación cutánea (sudoración)

Normal _____ Profusa _____ Escasa _____

Problemas con el olor (caso afirmativo, que hace) _____

Percepción personal de la eliminación:

Intestinal _____ Vesical _____ Cutánea _____

Posibles motivos de la percepción de disfunción _____

Otras alteraciones o datos de interés _____

4. PATRÓN DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Expresión facial:

Tensa _____ Relajada _____ Alegre _____ Triste _____

Enfadad _____ Dirección Mirada _____ Otras _____

Características del habla:

Ver expresión lenguaje de patrón cognitivo y especificar características _____

Comportamiento motor:

Adecuación Contexto _____ Inhibición _____ Agitación-Inquietud _____

Temblores _____ Rigidez _____ Estereotipias/manierismos _____

Tics _____ Otros _____

Reacciones extrapiramidales (especificar) _____

Regularidad del comportamiento motor:

Frecuencia _____ Intensidad _____ Duracion _____

Condiciones que lo aumentan o reducen _____

Características del comportamiento motor:

Controlable _____ Limitante _____ Incapacitante _____

Opción /Sentimientos respecto al comportamiento motor:

Indiferene _____ Alegre/Aceptado _____ Preocupado _____

Deseos o participación n actividades de consumo de energía

(Especificar) _____

Factores que interfieren en el patrón deseado o esperado

(Especificar) _____

Tipo de ayuda requerida _____

Habilidad manifestada en las actividades descritas (Nula, baja,

Media, alta) _____

Cambio notable de habilidades o funciones (Físicas, intelectuales, socioculturales)

Otras alteraciones o datos de interés _____

5. PATRÓN DE SUEÑO Y DESCANSO

Horas Sueño Nocturno _____ Otros Descansos _____ Historia Anterior

Insomnio _____

Problemas de sueño (al inicio, despertar temprano, somnolencia excesiva, pesadillas, otros) _____

Factores posibles que alteran el sueño: _____ Ayudas para favorecerlo _____

Percepción personal del patrón:

Adecuado _____ Excesivo _____ Disminuido _____

Otras alteraciones o datos de interés _____

6. PATRÓN COGNITIVO PERCEPTUAL

Nivel de conciencia y actividad respecto al entorno:

Hipervigilante _____ Confusión _____ Desrealización _____

Somnoliento _____ Solo Sigue Instrucciones _____ No Responde

A EE _____ Otros (Especificar) _____

Atención-orientación (espacio-tiempo-persona)

Atención frutuante _____ Distractibilidad _____

Orientación, reconoce:

Lugar donde se encuentra _____ Domicilio _____ Ciudad/país _____

Día Y Mes _____ Año _____ Estación _____

Nombre completo _____ Edad o fecha d nacimiento _____ Profesión _____

Personas Significativas _____ Grado De Relación _____

Alteraciones perceptivas:

Auditivas _____ Visuales _____ Táctiles _____ Olfativas _____

Ilusiones _____ Otras (Especificar) _____ Descripción De La Alteración _____

Localización de la percepción:

Interna _____ Externa _____

Memoria e inteligencia:

Memoria Inmediata/Reciente _____ Memoria Remota _____

Descripción de la posible alteración _____

Retrasos intelectuales _____ Tipo de ayuda requerida _____

Organización pensamiento/lenguaje:

Contenido:

Coherente Y Organizado: Si _____ No _____ Delirante: Si _____ No _____

Descripción breve de la alteración (tema/s) _____

Comportamiento adoptado frente al tema (ritualista, defensivo, violento, etc.) _____

Otras ideas o pensamientos recurrentes molestos _____

Posible relación de los pensamientos anteriores _____

Curso:

Inhibición _____ Aceleración _____ Perseverancia _____

Disgregación/Incoherencia _____ Otros (especificar) _____

Expresión del lenguaje:

Velocidad (normal, rápido, lento, paroxístico) _____

Cantidad (normal, abundante, escaso) _____

Volumen (normal, alto, bajo) _____

Tono y modulación (tranquilo, nerviosos, hostil) _____

Otras alteraciones (tartamudez, logoclonia, verbigeración, ecolalia, mutismo, etc.) _____

Otras alteraciones o datos de interés _____

7. PATRÓN AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO

Reactividad emocional:

Adecuado al contexto _____ pobreza de sentimientos _____

Expresión afectiva _____

Tonalidad afectiva: Desagradable _____ Desagradable _____

Posibles síntomas afectivos de interés (especificar) _____

Percepción imagen corporal:

Ajustada A La Realidad _____ Confusa _____ Equivocada _____

Actitud frente a su cuerpo:

Aceptación _____ Rechazo _____ Otros (Especificar) _____

Autodescripción de si mismo:

Ajustada a la realidad _____ sobrevaloración capacidades y logros personales

Exageración errores y desgracias/infravaloración éxitos _____

Otros (especificar) _____

Auto evaluación general y competencia personal (positiva, negativa, indiferente)

Sentimientos respecto a autoevaluación personal: _____

Tristeza _____ Inferioridad _____ Culpabilidad _____ Inutilidad _____

Impotencia _____ Euforia _____ Ansiedad _____ Rabia _____

Superioridad _____ Otros (Especificar) _____

Ideas de suicidio (describir plan si existe) _____

Comportamientos adoptados para afrontar/compensar los sentimientos _____

Percepción de exigencias o percepciones

Origen (personas, ideas, sensaciones) _____ ámbito (lugar) _____

Otras alteraciones o datos de interés: _____

8. PATRÓN DE ROL-RELACIONES

Nivel de independencia de la persona:

Física: total _____ parcial (motivos y ayuda requerida) _____

Económica: total _____ parcial (motivos y ayuda requerida) _____

Psicológica: total _____ parcial (motivos y ayuda requerida) _____

Estructura y roles familiar:

Árbol genealógico:

Personas con las que convive _____

Rol/responsabilidad dentro del núcleo familiar _____

Percepción sobre el rol/responsabilidades:

Satisfactoria _____ insatisfactoria: _____

Relaciones familiares:

Sin problemas de interés _____ problemas por enfermedad _____

Otros (especificar) _____

Percepción de la relación:

Satisfactoria _____ insatisfactoria _____ otros _____

Sentimiento/s respecto a dicha relación:

Ansiedad _____ Miedo _____ Culpabilidad _____ Tristeza _____

Inutilidad _____ Inferioridad _____ Impotencia _____ Rabia _____

Superioridad _____ Seguridad/Tranquilidad _____ Otros (Especificar) _____

Reacción de la familia a la Enfermad/Hospitalización/Institución/Equipo:

Preocupación _____ Apoyo _____ Tranquilidad _____ Culpa _____

Desinterés _____ Ansiedad _____ Otras (Especificar) _____

Tiempo que asa solo y por que _____

Personas de su entorno más significativas y principal confidente _____

Relaciones sociales:

Participación en actividades sociales o culturales: Si _____ No (motivos) _____

Participación en actividades ocio y tiempo libre: Si _____ No (motivos) _____

Percepción de las relaciones extrafamiliares:

Insatisfactoria: _____ satisfactoria _____

Condición escolar/laboral:

Sin problemas de interés _____ problemas que requieren atención (especificar) _____

Percepción rol/responsabilidad:

Satisfactoria _____ insatisfactoria _____ Otros (Especificar) _____

Percepción relaciones:

Satisfactoria _____ Insatisfactoria _____ Otros (Especificar) _____

Otras alteraciones o datos de interés _____

9. PATRÓN DE SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Valoración de su actividad sexual:

Satisfactoria _____ Indiferente _____ Insatisfactoria (Motivos) _____

Respuesta sexual: sin problemas _____ disfunciones sexuales

(Especificar) _____

Cambios (reales o percibidos) en las relaciones sexuales _____

Posibles factores relacionados _____

Sentimiento frente a ellos:

Ansiedad _____ Preocupacion _____ Miedad _____ Culpabilidad _____

Tristeza _____ Rabia _____ Otros (Especificar) _____

Problemas de diferenciación y / o identidad sexual (especificar) _____

Sentimientos frente a ellos _____

Ansiedad _____ Miedo _____ Culpabilidad _____ Tristeza _____

Rabia _____ otros (especificar) _____

Conductas parafilicas (especificar) _____

Patrón reproductivo:

Problemas relacionados a la reproducción (especificar motivos)

Problemas asociados a los anticonceptivos (especificar) _____

Problemas asociados a la menstruación o climaterio (solo en mujeres especificar)

Otras alteraciones o datos de interés _____

10. PATRÓN DE ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Estado de tensión/ansiedad:

Controlado _____ Temporal _____ Generalizado _____

Posibles factores relacionados:

Traumatismos previos _____ ideas/pensamientos _____

Problemas laborales _____ miedos/fobias (especificar) _____

Otros acontecimientos (especificar) _____

Percepción de control de la situación (alto, medio, bajo, nulo) _____

Sentimientos asociados:

Alegria/Felicidad _____ Rabia _____ Tristeza _____ Fustarcion _____

Impotencia _____ Desesperanza _____ Depresión _____ Otros (Especificar) _____

Grado de incapacitación personal/familiar/laboral/social

(Leve, moderado, alto) _____

Sistema de soporte o apoyo (especificar) _____

Respuestas/estrategias habituales de adaptación /control:

Somatizaciones _____ Inhibicion _____ Agitacion/Agrecion _____

Drogas/alcohol/tabaco/ingesta alimentos (especificar) _____

Análisis del problema _____ compartirlo/comentarlo _____ otros (especificar) _____

Efectividad de la/s respuesta/s o estrategia utilizada/s: a corto plazo _____ a largo
plazo _____

Otras alteraciones o datos de interés _____

11. PATRÓN DE VALORES Y CREENCIAS:

Valores y creencias importantes en su historia personal

(Especificar) _____

Valores y creencias importantes en su historia familiar

(Especificar cuales y grado de acuerdo) _____

Norma de su cultura o aspectos personales que sean tenidos en cuenta (especificar)

Deseos de realizar practicas religiosas (especificar

Tipo y prioridad) _____

Otros datos de interés _____



ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en la investigación acerca de "Cuidando Al Familiar Del Paciente Hospitalizado En UCI, Hospital Fernando Troconis Santa Marta 2008"

Se me ha informado que la investigación ha sido coordinada con las directoras del programa de Enfermería de la Universidad del Magdalena.

Esta investigación esta dirigida al familiar del paciente hospitalizado en UCI teniendo en cuenta los criterios de inclusión.

Entiendo que la información de este proyecto es importante para el desarrollo del conocimiento, promoción y prevención de la enfermedad en el área de la salud, que tendrá un manejo confidencial y será empleada con propósitos académicos. Mi decisión de participar en el estudio con la información suministrada, sólo tendrá a cambio la satisfacción de contribuir al desarrollo de la investigación en este campo y así apoyar futuras propuestas de estudio en estudiantes.

Es también de mi conocimiento que el investigador puede ponerse en contacto conmigo en el futuro, a fin de aclarar o complementar información si es necesario.

Se que puedo cambiar de opinión en cualquier momento del estudio sin que por ello tenga ninguna consecuencia.

Fecha. _____ Firma del Estudiante _____

