



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Necesidades psicoemocionales de los familiares de pacientes
ingresados en Cuidados Intensivos Hospital Hermilio Valdizán -
Huánuco 2013**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Intensivista

AUTOR

Kely Regner Rosales Tarazona

LIMA – PERÚ
2015

**NECESIDADES PSICOEMOCIONALES DE LOS FAMILIARES DE
PACIENTES INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO 2013**

Principalmente quiero dedicar este trabajo a Dios por haberme regalado el don de la vida, por ser mi fortaleza en mis momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de mucho aprendizaje, experiencia, felicidad y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi profundo y sincero agradecimiento a mis amigos y al personal del servicio de UCI que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo.

INDICE.

	Pág.
Índice de Gráficos	vii
Resumen	viii
Presentación	01
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Situación Problemática	03
1.2. Formulación del Problema	06
1.3. Justificación	06
1.4. Objetivos	
1.4.1. Ojetivo General	07
1.4.2. Ojetivo Especificos	07
1.5. Propósito	07
CAPÍTULO II. MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes del Estudio	09
2.2. Base Teórica	12
2.3. Definición Operacional de Términos	25
CAPÍTULO III. METODOLOGIA	
3.1. Nivel, Tipo y Diseño de la Investigación	26
3.2. Lugar de Estudio	26
3.3. Población de Estudio	27
3.4. Criterios de selección	27
3.5. Tecnica e Instrumento	27
3.6. Procedimiento de Análisis e Interpretación de la información	28
3.7. Consideraciones éticas	28

CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	29
4.2. Discusión	32
CAPITULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	37
5.2. Limitaciones	37
5.3. Recomendaciones	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
BIBLIOGRAFÍA	42
INDICE ANEXOS	44

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°		Pág.
1	Necesidades Psicoemocionales de los Familiares de Pacientes Ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos Hospital “Hermilio Valdizan” Huánuco - Perú 2013.	30
2	Necesidades Psicoemocionales en los Familiares de Pacientes Ingresados según indicadores en Unidad de Cuidados Intensivos Hospital “Hermilio Valdizan” Huánuco - Perú 2013.	32

RESUMEN

AUTOR: Lic. Kely Regner Rosales Tarazona

ASESOR: MG. Alicia Merino Lozano

La Unidad de Cuidados Intensivos es un lugar en el cual se ofrece servicios de alta complejidad, porque la situación de estar críticamente enfermo, así lo amerita, por tal motivo los familiares se ven sometidos a una gran variedad de cambios y necesidades pobremente satisfechas que generan sensaciones de angustia, tensión e incertidumbre, creando una serie de situaciones que son indispensables reconocerlas e identificarlas para así poder suplirlas. El objetivo del estudio fue determinar las necesidades psicoemocionales de los familiares de pacientes ingresados en Cuidados Intensivos del Hospital "Hermilio Valdizán"- Huánuco. Material y método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal, la población estuvo conformada por 20 familiares, de los pacientes ingresados. La técnica fue la encuesta, y el instrumento el cuestionario modificado de Molther, aplicado previo consentimiento informado. Del 100%(20) familias encuestadas ,65% (13) presentan necesidades psicoemocionales y 35% (7) no presenta. Los indicadores que presentan son: La esperanza 95%(13), miedo 65%(8), ira 65%(8), claudicación 65%(8), aislamiento 65%(8), ambivalencia 55%(7) y la negación en un 45%(6). Concluyendo que las necesidades psicoemocionales de los familiares que mayormente presentan es la esperanza, miedo, ira y claudicación y en menor porcentaje la negación.

Palabras clave: Necesidades Psicoemocionales, Unidad de cuidados Intensivos, Familiares.

SUMMARY

AUTHOR: Ms Kely Regner Rosales Tarazona

COUNSEL: Mr Alicia Merino Lozano

The Unity of intensive care is a place where it offers services of high complexity, because the situation to be critically ill, that deserves it, for that reason the relatives are subjected to a wide variety of changes and needs poorly satisfied they generate feeling of anguish, tension and uncertainty, Creating a series of situations that are indispensable tell them and identify them so could replace them. The object of the study was determine the needs psicoemocionales of the relatives' patient came in, in intensive care of the hospital "Hermilio Valdizan" - Huanuco. Material and Method. the studio was aplicativo level, qualitative kind, descriptive method, transversal cut, the population was made up for twenty relatives of the patients came in. The technique was the survey, and the questionnaire instrument modified of molther, Applied prior informed consent. Of the 100% (20) survey families, 65% (13) they serve psicoemocionales needs and 35% (7) does not present. The present dimensions are: the hope 95% (13), fear 65% (8), anger 65% (8), giving up 65% (8) and the denial in 45% (6). concluding that the needs psicoemocionales of the relatives the more present are the hope, fear, anger, giving up, and in smaller percentage the denial.

keywords: Needs psicoemocionales, Unity of intensive care, Families.

PRESENTACIÓN

Dado el incremento de pacientes con diferentes patologías que requieren, ingresar a una UCI , el cual genera estrés, miedo, esperanza, enojo y angustia a los familiares no solo por la gravedad del paciente, sino también por las dificultades en la comunicación que existen lo cual es percibida por algunos como una desatención que afecta su estado psicoemocional, es importante el compromiso de las redes sanitarias de contar con una unidad de cuidados intensivos altamente tecnológica que incluya a la familia, es decir tener en cuenta los requerimientos de la familia, a fin de identificar las necesidades que se presenta y contribuir a estabilizar el estado psicoemocional.

El presente estudio “Necesidades Psicoemocionales de los Familiares de Pacientes Ingresados en Cuidados Intensivos”, tuvo como objetivo determinar las necesidades psicoemocionales , con el propósito de hacer reflexionar a los profesionales de salud y personalizar adecuadamente los cuidados de enfermería con los familiares de los pacientes que ingresan en la UCI, y formular estrategias que favorezcan la disminución de las necesidades de los familiares aumentando el grado de satisfacción de los usuarios.

El estudio Consta de Capitulo I: Introducción que contiene la situación problemática, la formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. En capítulo II: Marco teórico que expone los antecedentes de estudio, base teórica y definición operacional de términos. En el capítulo III: Nivel, tipo y Diseño de Investigación, lugar de estudio, población de estudio, criterio de selección, técnica e instrumento, procedimiento de Análisis e interpretación de información y consideraciones éticas. El Capítulo IV: Resultados y Discusión. El

Capitulo V: Conclusiones, limitaciones y Recomendaciones y finalmente referencias bibliográficas, bibliografía y anexo.

CAPÍTULO I

INTRODUCCION

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

Debido a que ante una enfermedad grave y mortal, el paciente, su familia y el personal de salud, “liberan una batalla decisiva contra la muerte”. Esto tiene implicaciones significativas, tanto por la gravedad de la enfermedad, como por el tratamiento, que a menudo requiere intervenciones masivas, para mejorar la salud o salvar la vida ⁽¹⁾.

El estado psicoemocional suele alterarse aún más ante las preocupaciones personales y familiares; por ejemplo, ante la incertidumbre por la gravedad de la enfermedad, el temor a la muerte, a las necesidades irreparables, las preocupaciones por su trabajo, estudio, situación socioeconómica, u otras dificultades que puedan surgir como consecuencia de la enfermedad y hospitalización. Investigadores, señalan como necesidades principales de los familiares de pacientes ingresados en las unidades críticas, aquellas relacionadas con la información y la seguridad⁽²⁾, la hospitalización de uno de los miembros de la familia genera una situación de crisis ante la pérdida de autonomía casi absoluta; más aún, cuando esa hospitalización ocurre en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI⁽³⁾, “Frecuentemente se concibe y se habla de la familia como un ente que en ocasiones puede interferir en la atención y causar molestias por lo que tiende a evitarse y producir un déficit en la capacidad de relación y comunicación por parte del personal salud”⁽⁴⁾

Habitualmente, concebimos que la información haga referencia exclusivamente al diagnóstico, pronóstico y tratamiento por lo que se sostiene que la labor de informar es una tarea de los médicos y no de

enfermería. Dentro de un marco multidisciplinario de atención, se hace imprescindible la existencia de una adecuada coordinación de la misma y conocimiento de la información que transmite cada miembro del equipo, para mantener una uniformidad que no cree mayor incertidumbre.

Actualmente en la mayoría de las unidades de cuidados intensivos se rigen por una política restrictiva de visitas, limitándolas el ingreso de uno o dos familiares, no implicándose por lo general, en los cuidados al paciente. La necesidad de contar con una política menos restrictiva de visitas en UCI, fue descrita por primera vez en 1979 por Moler en el Criticar Care Family Needs Inventory (CCFNI) ⁽⁵⁾, y desde entonces ha dado lugar a controversias en la mayoría de las UCI. “Las necesidades de los familiares se localizan en las primeras dieciocho a veinticuatro horas y son las mismas para enfermos de corta y larga estancia “⁽⁶⁾.

Aunque el enfoque biomédico tradicional esté orientado al paciente y a la enfermedad que padece, existe una obligación legal de prestar asistencia y cuidados a los familiares de los pacientes ingresados a la UCI, según se recoge en la declaración de derechos del paciente crítico. La prestación de cuidados a los familiares supone además una oferta de servicios según la tendencia actual de usar modelos en los que los pacientes no sean meros espectadores de las actuaciones que sobre ellos realizan los profesionales sanitarios dando entrada en nuestros sistemas a las capacidades del individuo y de su familia.

“Existen experiencias de individualización en la atención a los familiares. Una adecuada planificación de esta atención redundará en una mayor eficacia de gestión de recursos; un adecuado abordaje de

las necesidades de los familiares en el caso de pacientes irrecuperables ayuda en la toma de decisiones relativas a la retirada del soporte vital disminuyendo costos y aumentando el grado de satisfacción de los usuarios” (7). A pesar del conocimiento existente sobre la materia (no muy amplia ni reciente en nuestro entorno) no existe una implantación en la práctica habitual de planes de cuidados dirigidos a la familia.

En el Servicio de Cuidados Intensivos del HRHVM, debido a los cambios en la tecnología, a la implementación de políticas de salud Centralistas, a la crisis actual del sector salud y a la rutinización misma de las actividades diarias, entre otros. No se implementa aun la visita de los familiares. Durante mi experiencia en esta institución pude observar que el personal de salud tiene limitaciones para el contacto prolongado y el diálogo con los familiares; y en ocasiones, se asumen actitudes , duras e irrespetuosas como por ejemplo pedirles materiales de manera inmediata sin darles explicaciones llegando a usar la frase “ si no compras se muere tu paciente”, quienes depositan en el equipo toda su confianza, en momentos de enfermedad, ante esta respuesta se escuchó decir a los familiares “ no me entienden lo mal que me siento , tengo miedo , mucha angustia no se que hacer , quisiera que estuvieran en mi lugar para que sepan que es lo que se siente , espero que nunca le sucedan lo que me esta pasando. A menudo, se observa que el personal de salud identifican a los pacientes por número de habitación, de cama por tipo de enfermedad o procedimiento realizado, desconociendo, que el familiar sufre, siente y tiene necesidades de predominio psicoemocionales por la impotencia de no poder hacer nada, dado que para el personal se torna algo mas que rutinario sin considerar que el familiar que se encuentra en la puerta de la unidad viene por primera vez al servicio. De ahí que se percibe que la Unidad

de Cuidados Intensivos del HRHVM el contacto con los familiares en la mayoría de las veces el clima se torna hostil frío, teniendo dificultades en el abordaje con los familiares quienes tienen un rol importante y primordial , ya que de ellos depende adquirir los medicamentos , exámenes complementarios entre otros muy necesarios para la atención del paciente crítico los cuales son determinantes en la recuperación del paciente crítico.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente se creyó conveniente realizar un estudio sobre.

¿Cuáles son las necesidades psicoemocionales de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos Hospital “Hermilio Valdizán “- Huánuco 2013?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad vivenciada por un miembro de una familia no sólo afecta la salud física, sino también afecta la identidad familiar, ya que causa sufrimiento. Por tanto, es importante que el cuidado de enfermería comprenda no solo a lo que el hombre piensa, sino también lo que siente, porque engloba otras dimensiones, como la familia, la comunidad, las relaciones interpersonales e interprofesionales, el afecto, la escucha, la política filosófica institucional, entre otras. Siendo un reto en salud mejorar la atención a los familiares de los pacientes que ingresan a unidades críticas y fomentando el personal una actitud humana y comprensiva hacia el paciente y su familia, como parte de la atención integral al enfermo.

Por lo que el personal de enfermería que labora en la UCI debe hacer un esfuerzo para ir integrando a los familiares en los cuidados básicos del paciente”. sí estas necesidades no son atendidas crearan cambios sociales y funcionales de la familia creando nuevas necesidades.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL:

- Determinar las necesidades psicoemocionales de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos Hospital “Hermilio Valdizán”- Huánuco.

1.4.2. OBJETIVO ESPECIFICOS:

- Identificar las necesidades psicoemocionales en los familiares del paciente ingresado según sus manifestaciones de esperanza, miedo, ira, claudicación, aislamiento, ambivalencia y negación en cuidados intensivos Hospital “Hermilio Valdizán”- Huánuco.

1.5. PROPÓSITO

Los hallazgos obtenidos del estudio permitirán proporcionar al profesional de enfermería que labora en la UCI información actualizada a fin de que le permite diseñar programas de educación por la salud integrando tecnicas participativos destinado a fortalecer su capacidad de afrontar a la situación de temor, miedo que le produce el paciente en riesgo a muerte por el compromiso de asistencia inmediata, formándose el proceso de comunicación con los familiares y contribuyendo a mejorar la satisfacción de sus necesidades, y con ello

la calidad de atención que se brinda al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:

Eduar y Colb, en Francia el 2010 realizaron un estudio sobre “Necesidades de los familiares con pacientes en las unidades de cuidado intensivo adulto, coronario y pediátrico del Hospital Federico Lleras Acosta sede Francia durante los meses de febrero a mayo de 2010” El objetivo fue identificar las necesidades de los familiares con pacientes en las unidades de cuidado intensivo, El método fue descriptivo de corte longitudinal. La muestra fue de 10 pacientes por unidad, a los cuales se le aplico a un familiar el instrumento de valoración Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) con un total de 30 familiares encuestados. Llegando a concluir que:

“Los familiares demandan información continua, no sólo sobre la enfermedad o estado de salud de su ser querido, sino también sobre todo lo que está ocurriendo alrededor del mismo como procedimientos, remisiones, tratamiento médico y farmacológico, aspectos donde el papel del Enfermero es importante (8)”

Kátia y Colb. En Brasil 2007 realizaron un estudio sobre “Necesidades de los familiares de pacientes en unidades de terapia intensiva: análisis comparativo entre hospital público y privado Brasil 2007,” el cual tuvo como objeto de analizar y comparar las necesidades de los familiares de pacientes adultos internados en UTIs de un hospital público y un privado, respecto al grado de importancia y satisfacción. El método fue descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformada por 91 familiares, 47 de la institución

pública y 44 de la privada, utilizándose el Inventario de Necesidades y Estresores de Familiares en Terapia Intensiva (INEFTI). Concluyendo que:

“No hubo diferencia significativa entre los grupos en la puntuación total de importancia atribuida a las necesidades. El análisis de regresión lineal múltiple permitió establecer una jerarquía de importancia y de satisfacción de las necesidades de los familiares de cada grupo. Las diferencias observadas entre los grupos sugieren que el atendimento de sus necesidades requiere intervenciones direccionadas a la especificidad de cada tipo de institución (9)”

Santana y Colb. en España el 2005 ,realizaron un estudio sobre las “Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional 2005”, con el objetivo de comparar el grado de satisfacción de familiares de pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con la percepción del profesional sobre el entorno asistencial y la información recibida. El método descriptivo, prospectivo de octubre-diciembre 2005. En (UCI) del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. La población estuvo compuesta por todo los Familiares de pacientes adultos ingresados en (UCI) que fueron dados de alta a planta y profesionales que los trataron, la técnica fue la encuesta aplicada a los familiares que se encontraron en la planta, Llegando a las siguientes:

“La satisfacción del familiar era mayor que la del profesional entrevistado. Detectamos la necesidad de mejorar la sala de espera, personalizar la atención y valorar individualmente la flexibilidad en el horario de visitas (10)”

Velasco Bueno José Manuel, en 1999 en Costa del Sol, realizó un estudio titulado “Detección de Necesidades de los Familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Costa del Sol” con los objetivos de Conocer las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en UCI, conocer la percepción de los familiares acerca de la calidad de los cuidados que prestamos a nuestros pacientes e identificar los factores relacionados con las necesidades descubiertas. El método fue descriptiva de corte transversal la Población fueron familiares de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Costa del Sol durante un periodo de un año, siendo la muestra final 518. Concluyéndose en lo siguiente:

“Que las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en UCI son varios debido a que estos tienen causas multifactoriales las cuales se detectaron en forma más relevante la mala comunicación entre los profesionales de salud y la familia de los pacientes.”⁽¹¹⁾

Sánchez Álvarez y cols. en 1996 España realizaron una investigación titulada “Actitud de los familiares de enfermos ingresados en una unidad de cuidados intensivos 1996”. El objetivo fue la implementación y valoración de un programa de participación familiar en los cuidados del paciente crítico. El método fue experimental, longitudinal y prospectivo, de series temporales, con grupo de control aleatorio. Los instrumentos empleados fueron: Mini-mental state examination test (Paciente), Test de STAI (cuidadores principales) y Escala de actitudes tipo Likert (enfermeras). Los sujetos incluidos en el programa de implicación familiar fueron la totalidad de pacientes ingresados en las catorce camas de la UCI polivalente del Hospital

Universitario Virgen de Valme de Sevilla y sus familiares/cuidadores, y los pacientes ingresados en las siete camas de la UCI del Hospital Duques del Infantado y sus familiares. Se realizó un muestreo cruzado aleatorio sistemático entre los sujetos que ingresen en las camas descritas, hasta alcanzar el tamaño muestral establecido, llegando a la siguiente Conclusión:

“La ansiedad permaneció elevada a lo largo de toda la estancia y la relacionaron con la mala evolución del paciente y la falta de contacto con el enfermo “⁽¹²⁾.

Por los antecedentes revisados se puede expresar que estos han permitido diseñar la metodología y el instrumento de ahí que, es importante realizar el estudio a fin de identificar dichas necesidades y conseguir el grado de satisfacción de los mismos, por ello en nuestro ámbito, supone un punto de partida para el diseño próximas intervenciones a incluir en los planes de cuidados de enfermería así como futuras investigaciones que evalúen el impacto de estas medidas.

2.2. BASE TEORICA

2.2.1. GENERALIDADES SOBRE LAS NECESIDADES DE LA FAMILIA EN UCI

Una necesidad humana es un estado de privación que siente una persona. La necesidad existe, no se crea, sólo hay que descubrirla. Por que es un componente básico del ser humano que afecta su comportamiento.

J.J. Lambín, define la necesidad como un sentimiento de privación respecto a una satisfacción general, vinculada a las

necesidades básicas humanas, esta definición cubre la noción de necesidad genérica.⁽¹³⁾

Rolla, nos dice que las necesidades son "tendencias innatas a la acción que derivan de un déficit del organismo o de potencialidades naturales inherentes al hombre, que buscan ejercicio y actualización" (Rolla citado en Cencini & Manenti, 1994:64)⁽¹⁴⁾

En psicología la necesidad es el sentimiento ligado a la vivencia de una carencia, lo que se asocia al esfuerzo orientado a suprimir esta falta, a satisfacer la tendencia, a la corrección de la situación de carencia" (Dorsch, 2002:513).⁽¹⁵⁾

Son tendencias innatas a la acción porque contienen energía psíquica sin la cual no podríamos formular algún pensamiento o ejecutar algún acto; cada uno de nosotros es motivado por necesidades de amar, conocer, establecer relaciones, superar dificultades. Por otro lado derivan de un déficit del organismo o de potencialidades inherentes al hombre, ya que están son activadas tanto por una situación fisiológica de carencia, como por predisposiciones positivas a actuar, inherentes a la naturaleza humana.

Según Kotler, Philip necesidad es el estado de carencia de algunos satisfactores básicos que siente una persona. Estas necesidades no han sido creadas por la sociedad o por los comerciantes sino que forman parte de la biología y de la condición humana. Las necesidades pueden ser: físicas: son las necesidades básicas como vestimenta, alimento, vivienda, abrigo, seguridad, etc. y Sociales: como necesidades de afecto, pertenencia, entre otras

2.2.2.TEORIA DE LAS NECESIDADES HUMANAS DE MASLOW

Maslow plantea entonces, dentro de su teoría de la personalidad, el concepto de jerarquía de las necesidades, que señala que nunca se alcanza un estado de satisfacción completa. Tan pronto como se alcancen y satisfagan las necesidades de un nivel inferior, predominan las de niveles superiores. En la parte más baja de la estructura se ubican las necesidades más prioritarias y en la superior las de menos prioridad. Las necesidades según Maslow, de menor a mayor nivel en la jerarquía son:

FISIOLÓGICAS: necesidades relacionadas con su supervivencia. Dentro de éstas encontramos, entre otras, a la homeóstasis (esfuerzo del organismo por mantener un estado normal y constante de riego sanguíneo), la alimentación, la sed, el mantenimiento de una temperatura corporal adecuada, también se encuentran necesidades de otro tipo como el sexo, la maternidad.

SEGURIDAD: necesidades relacionadas con el temor de los individuos a perder el control de su vida y están íntimamente ligadas al miedo, miedo a lo desconocido, a la anarquía. Dentro de estas encontramos la necesidad de estabilidad, la de orden y la de tener protección, entre otras.

SOCIALES: necesidades relacionadas con la compañía del ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social. Dentro de estas necesidades tenemos la de comunicarse con otras personas, la de establecer amistad con ellas, la de manifestar y recibir afecto, la de vivir en comunidad, la de pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de él, entre otras.

RECONOCIMIENTO: también conocidas como las necesidades del ego o de la autoestima. Este grupo radica en la necesidad de toda persona de sentirse apreciado, tener prestigio y destacar dentro de su grupo social, de igual manera se incluyen la autovaloración y el respeto a sí mismo.

AUTO SUPERACIÓN: también conocidas como de autorrealización o auto-actualización, que se convierten en el ideal para cada individuo. En este nivel el ser humano requiere trascender, dejar huella, realizar su propia obra, desarrollar su talento al máximo.

2.2.3. NECESIDADES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA EN UCI.

Cuando la enfermedad afecta a un miembro de la familia en forma grave, requiere en muchos casos la hospitalización para recibir tratamiento adecuado, caso en la cual el individuo tiene que enfrentarse no solo a la pérdida de su bienestar, sino a la separación de su familia, repercutiendo esta última, como lo menciona Albistur, María C. et al "el impacto emocional en ellos, comienza en el momento en que el paciente ingresa al hospital, desarraigándose de su hogar y se profundiza cuando el enfermo ingresa a UCI.

El ingreso de un paciente a la UCI, crea una barrera física y psicológica entre la unidad-familia- paciente; Virginia Henderson afirma que "el enfermo no es un ente aislado, sino que forma parte de una unidad que es la familia", es así como el distanciamiento en la familia puede provocar un estado de crisis, angustia y preocupación⁽¹⁶⁾.

A su vez Furucawa afirma que "la admisión en una UCI, es a menudo imprevista y no planeada, teniendo la familia que enfrentar una variedad de presiones, incluyendo el miedo a la muerte, desenlaces

inciertos, toma de decisiones, interrupción de rutinas inhabilidad para estar con sus pacientes debido a lo estricto de las políticas de visitas y un medio ambiente desconocido para la familia”(17)

La estancia de una persona en la UCI, hace que la familia vivencia una serie de sentimientos como, culpabilidad, nerviosismo, miedo, soledad, impotencia, estados de confusión y desesperanza que se manifiestan en reacciones de ira y hostilidad

Al enfrentar la familia dichos cambios y sentimientos, según la revisión de algunas investigaciones, diversos autores han abordado el tema de las necesidades familiares en el cuidado crítico, quienes han identificado la importancia de la familia en la recuperación del paciente crítico hospitalizado en UCI.

Hampe, Condujo un estudio acerca de las necesidades de la familia de los pacientes oncológicos hospitalizados en unidad de cuidados intensivos logrando identificar ocho necesidades principales :Estar y ser ayuda para el paciente moribundo, ser informados de la condición del paciente, poder expresar sus emociones, recibir ayuda y respaldo de los demás miembros de la familia, ser aceptados, ayudados y respaldados por personal de salud, asegurarse de la comodidad del paciente, ser avisados de la muerte inminente(18).

Molter, durante su investigación; hizo un inventario de las necesidades de las familias del paciente en estado crítico, expresadas como importantes, sentir que hay esperanza, sentir que el personal de salud se preocupa por el paciente, conocer el pronóstico, mejorar la relación enfermera –familia, recibir información del paciente todo los

días, y que la explicaciones acerca del estado de salud de su familiar sean claras

Estas investigaciones realizadas han apuntado a que la enfermera aun no reconoce a la familia como agentes de cuidados intensivos a pesar de que 1855 Florence Nigthingale consideraba” que todo lo que constituye el entorno del paciente es un elemento nuclear en la disciplina de enfermería y por tanto la familia se considera parte de ese entorno inmediato y necesario ⁽¹⁹⁾

2.2.4. LAS NECESIDADES DE LA UNIDAD FAMILIAR

Muchas de las reacciones emocionales que aparecen en una situación crítica son normales, la ansiedad, la tristeza, la rabia, la agresividad, el aislamiento, los sentimientos de culpa, etc. son generadas por la situación que se está viviendo.

En el enfermo, los síntomas físicos pueden dar lugar a una manifestación emocional (angustia, depresión, etc.), que puede aumentar o disminuir la intensidad del síntoma dependiendo del manejo que se haga de dicha manifestación; en la familia el proceso es inverso, la primera manifestación es emocional y dependiendo de su historia familiar, sus miedos, sus experiencias previas, etc. pueden requerir un mayor o menor grado de apoyo.

Las familias y los enfermos en esta situación pueden presentar diversas reacciones emocionales que pueden dificultar la relación entre los distintos miembros familiares y con el equipo médico que atiende al paciente, destacan por su frecuencia e impacto la negación (niegan la situación de enfermedad), la ira y el miedo. La ambivalencia afectiva y

la claudicación en los cuidados del enfermo suelen ser reacciones frecuentes en la familia del paciente.

La negación en el paciente terminal no debería ser modificada, siempre y cuando no interfiera en su cuidado. Sin embargo, la negación de la familia debería resolverse para que esta tome contacto con la realidad y no dificulte el cuidado del enfermo.

La ira o la cólera deben considerarse como un sentimiento normal siempre y cuando no se prolongue en el tiempo y no sea el sentimiento familiar preponderante.

El miedo suele estar presente, a lo largo de todo el proceso, tanto en el enfermo como en la familia y sobre todo puede aparecer en la persona del cuidador principal y debe considerarse como un sentimiento normal. Es importante que la familia solicite apoyo en el equipo de cuidados paliativos siempre que lo necesite.

La ambivalencia afectiva es la presencia simultánea de sentimientos contradictorios respecto al enfermo (por ejemplo, el deseo de que mejore y el de que se muera ya para que no sufra). Es un sentimiento que normalmente la familia evita por considerarse inaceptable y que se traduce en un aumento de la ansiedad o la cólera del cuidador.

La claudicación familiar suele tener una gran importancia en el cuidado del enfermo por lo es fundamental conocer e identificar esta situación familiar. Viene motivada por una elevada sobrecarga afectiva, (cansancio, miedo, sentimientos de impotencia...) fundamentalmente del cuidador principal, que se traduce en una crisis emocional lo que

conlleva disminución de los cuidados del enfermo. Cuando tiene lugar, la familia solicita de forma reiterada el ingreso del paciente para transferir la responsabilidad de los cuidados al sistema sanitario. Generalmente, las causas son debidas a la persistencia de los miedos y dudas y al agotamiento físico del cuidador principal. Es diferente cuando la familia busca el ingreso del paciente por falta de control de los síntomas físicos. Esta situación no debe considerarse una claudicación familiar, sino la respuesta lógica para tratar de remediar un síntoma que causa sufrimiento a un ser querido.

La intervención ideal es prevenir la aparición de la claudicación. Se logra controlando los síntomas del paciente, compartiendo las responsabilidades en la toma de las decisiones y buscando apoyo en el cuidado del enfermo

2.2.5. CLASIFICACION DE LAS NECESIDADES DE LA FAMILIA DEL PACIENTE CRITICO

Las necesidades de una familia con un enfermo crítico, vienen determinadas por la presencia de un gran impacto emocional condicionado por la aparición de múltiples temores. Los miedos se derivan, no sólo del hecho de enfrentarse a la muerte de un ser querido, sino de su sufrimiento, de la duda de si serán capaces de cuidarle de forma adecuada, de si tendrán acceso al soporte sanitario, etc.

En una situación límite como es la enfermedad, los conflictos familiares afloran y pueden influir negativamente en el cuidado de la persona enferma.

Según Molter en su cuestionario para identificar las necesidades de la familia de los pacientes críticos, califica dentro de las necesidades en diversos dominios dentro de los cuales tenemos seguridad o confianza, accesibilidad y proximidad, información y comodidad y confort. Los enfermos pueden presentar una media de doce síntomas físicos y emocionales a la vez, algunos de ellos intensos, y es importante saber que la mayoría pueden ser controlados, mejorando la situación del enfermo y de su familia.

Las familias y los enfermos en esta situación pueden presentar diversas reacciones emocionales que pueden dificultar la relación entre los distintos miembros familiares y con el equipo médico que atiende al paciente, de ello radica que se permita el acercamiento entre paciente, familia y personal des alud.

La necesidad de seguridad y confianza en su dimensión es la que nos hace que vayamos más allá de nosotros mismos, es la capacidad de trascendencia, que tengamos esperanza, que pensemos en el futuro, que tengamos consciencia de nuestra propia finitud. Las necesidades de seguridad y confianza son aquellas en donde uno busca su propia seguridad y protección, es decir, lograr un estado de orden, estabilidad y seguridad. (20)

La necesidad de información es un concepto subjetivo, relativo, que se da en la mente del individuo que la experimenta. También ha sido definido como cualquier estímulo que produce incertidumbre. La necesidad de información es como cualquier actividad de un individuo dirigida a identificar un mensaje que satisfaga una necesidad percibida como tal. En otras palabras, la búsqueda de información comienza cuando alguien se da cuenta que el nivel actual de conocimientos que posee es menor del que necesita para afrontar un problema. Sabemos

pues que se presentaran dentro de ella la necesidad de información clara, necesidad de información del pronóstico y la necesidad de información del tratamiento todo ello de la mejor manera que pueda interpretarlo la familia o responsable del paciente.⁽²¹⁾

La necesidad de proximidad y accesibilidad se define como el acceso a estar cerca a alguien, el poder llegar o acercarse, el poder encontrar y acercarse a alguien y obtener lo que necesitan. En este caso ante un familiar que ingresa más aun por la incertidumbre que presentan, ocasionado en ellos la necesidad de proximidad al paciente, al profesional y acceso al ambiente donde se encuentren.

La necesidad de comodidad y confort se define como estado de encontrar las necesidades básicas para la tranquilidad, alivio y trascendencia.⁽²²⁾ así mismo a la necesidad de alivio al malestar, la necesidad de un estado de tranquilidad y satisfacción, comodidad y confort como cualquier cosa que haga la vida fácil o agradable causando ello fortalecimiento, aliento, ayuda, apoyo, sustento o refresco físico, entre otros. Presentando dentro de ellas la necesidad de comodidad y confort físico que es la sensación de bienestar o tranquilidad física como por ejemplo ningún ocasionante o lesivo que dañe su integridad durante la visita. Así mismo tenemos la necesidad de comodidad y confort ambiental que es la sensación bienestar y tranquilidad en propio entorno como es por ejemplo sentirse cómodo en el ambiente don recibe la información, sala de espera, otros. Y por ultimo tenemos a la necesidad de comodidad y confort social que es la sensación de bienestar y comodidad con su entorno que los rodea en este caso con el personal de salud que constantemente va a interactuar con la familia.⁽²³⁾

2.2.6. LA FAMILIA

La familia constituye un elemento fundamental de la persona como tal una identidad desde el seno de un ambiente familiar ejerce su influencia para la identidad personal de los componentes de ella. (24)

La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad. En este núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir, alimentarse, etc. Además se prodiga amor, cariño, protección y se prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad.

Funciones de la familia; en la sociedad tiene importantes tareas, que tienen relación directa con la preservación de la vida humana como su desarrollo y bienestar. Las funciones de la familia son: función biológica el cual se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana, función educativa que tempranamente se socializa en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc., función económica que se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa, la función solidaria donde se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo, y la función protectora donde se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.

2.2.7. UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

La Unidad de Cuidados Intensivos constituye la Sección del Hospital a la cual ingresan aquellos pacientes críticos que requieren de una atención especializada permanente durante las 24 horas del día. La vigilancia de estos pacientes debe ser muy rigurosa y estricta, controlándose en forma permanente, una gran cantidad de parámetros muy complejos, la atención de los pacientes es realizada por personal médico y el equipo de enfermería especializado, que ha requerido una formación y entrenamiento especial.

Las personas que entran a la UCI tienen un orden de prioridad. La primera prioridad es para las personas inestables que necesitan ayuda intensiva que no se puede ofrecer fuera de la unidad. La prioridad dos es para los que necesitan monitoreo intensivo y que podrían necesitar intervención inmediata. La prioridad tres es para pacientes que pueden recibir tratamiento intensivo para mejorar de enfermedades graves, pero se les puede poner límite a sus terapias. Por último, la prioridad cuatro es para los pacientes que no se beneficiarían de los cuidados intensivos como los anteriores. Se incluyen personas que pueden recibir cuidados fuera de la UCI y pacientes con daños o enfermedades irreversibles, es decir, están demasiado graves o enfermos como para beneficiarse de los cuidados intensivos.

2.2.8. LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE AREAS CRÍTICAS

Los Servicios de Cuidados Críticos están experimentando una situación de cambio y renovación muy dinámica. El enfermo de alto riesgo, debe ser el centro y motivación fundamental del quehacer asistencial, investigador y docente de los profesionales que trabajan y desarrollan su labor en esta área asistencial. Los profesionales de

enfermería que se dedican al cuidado del enfermo agudo y grave, ya sea con una asistencia puntual o continuada, deben ofrecer una mayor calidad en el cuidado de los pacientes críticamente enfermos y un apoyo inestimable a sus familias.

La enfermera de cuidados intensivos debe desarrollar las funciones de enfermería de manera eficaz y eficiente en una unidad de cuidados intensivos, proporcionando cuidados globales y directos al paciente y familia.

2.3. DEFINICION OPERACIONAL DE TÉRMINOS

2.3.1. NECESIDADES PSICOEMOCIONALES: Es la respuesta expresada de la familia sobre la sensación de carencia o logro de objetivos que experimentan ante la estancia hospitalaria del paciente en UCI que se evidencia por miedo, ira, esperanza, claudicación y negación, el cual fue citado e identificado y valorado como presente y ausente.

2.3.2. FAMILIA: Es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción del paciente crítico.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. NIVEL, TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, el método descriptivo, de corte transversal ya que nos permitió obtener información y presentar los datos tal y como se obtuvieron en un tiempo y espacio determinado.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en la sala de espera de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Hermilio Valdizán Medrano” situado en el distrito, provincia y departamento de Huánuco, ubicado en el II nivel de atención brinda atención médica – quirúrgica; es un hospital referencial por cuanto recibe pacientes transferidos de establecimientos de menor complejidad de atención.

Dentro de la estructura hospitalaria de UCI, cuenta con 2 ambientes de hospitalización una general y la otra materna en las que laboran un total de 09 Enfermeras: 3 Médicos y 6 Tec. de Enfermería.

El servicio de UCI cuenta con 05 camas para la hospitalización de los pacientes con diagnósticos en riesgo de muerte, siendo el promedio de permanencia entre 5 y 18 días aproximadamente. Con un total de 20 a 35 pacientes por trimestre aproximadamente

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por todo los familiares de los pacientes ingresados en el servicio de UCI del Hospital “Hermilio Valdizán Medrano” – Huánuco, durante meses de junio – agosto 2013

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.4.1. Criterio de inclusión:

- ✓ Un miembro de cada familia que desempeñe el papel de responsable del paciente.
- ✓ Ser mayor de 20 años y que acepte participar en el estudio.

3.4.2. Criterio de exclusión

- ✓ Familiar que no complete el instrumento.

3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTOS

La técnica fue la encuesta, y el instrumento el cuestionario modificado de Molter, que consta de presentación, datos generales y datos específicos(Anexo B), el cual fue sometido a juicio de expertos siendo procesada la información en la tabla de concordancia y prueba binomial (Anexo D).Posterior a ello se realizo la prueba piloto a fin de detectar la validez mediante la prueba de calculo de prueba y para la confiabilidad se utilizo la tabla estadística de Richard Kuder(Anexo E)

3.6. PROCESAMIENTO DE ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE INFORMACIÓN

Luego de recolectar los datos, estos fueron procesados previa elaboración de la tabla de código y tabla matriz de datos (Anexo 8), Los resultados fueron presentados en tabla estadística para el análisis e interpretación de los datos enmendando el marco teórico, para la medición de la variable se aplicara la estadística descriptiva, el promedio autentico, el puntaje y forma absoluta mencionadas en presente y ausente

3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la ejecución del estudio se tomo en consideración si cuenta con la autorización de la institución y el consentimiento informado de los familiares explicándoles que es de carácter anónimo y confidencial

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego del procesamiento de los datos, se organizaron los resultados en gráficos para facilitar su análisis e interpretación considerando el marco teórico. Así tenemos que.

4.1. RESULTADOS

En cuanto a los datos generales; del 100%(20),20%(4) son mas de 50 años, 40%(8) son de 20 a 35 años, 40%(8) son de 36 a 50 años; 55%(11) son de sexo femenino y 45%(9) del sexo masculino; en cuanto a parentesco familiar, 25%(5) son cónyuge, 20%(4) son padres, 20%(4) son hermanos, 15%(3) son hijos, 5%(1) son amigos y 15%(3) otros, si vive o no el 55%(11) no vive, 45%(9) si vive (Ver Anexo C)

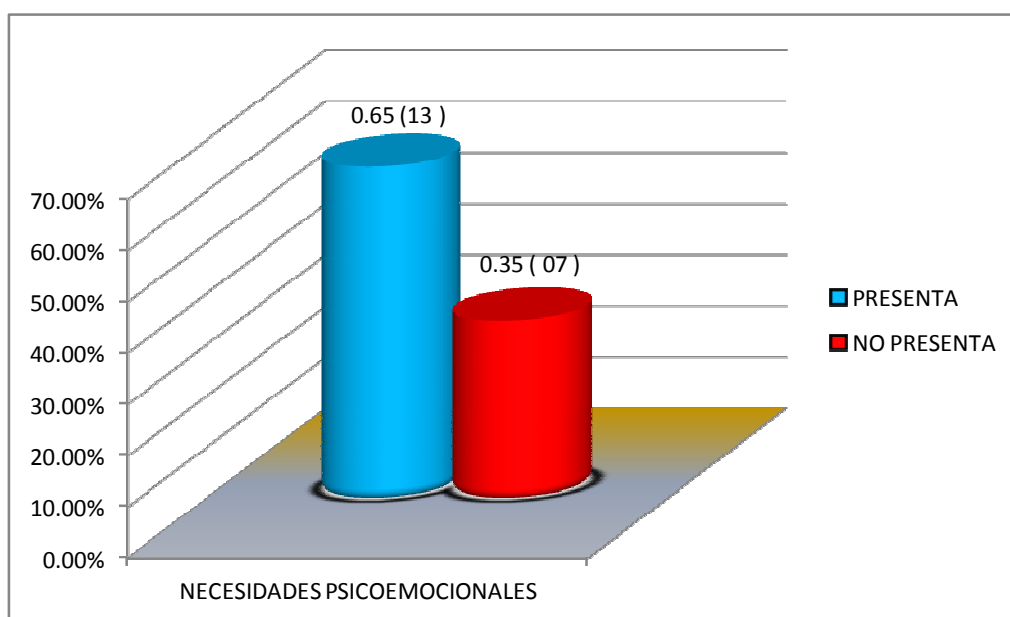
De lo cual se puede deducir que la mayoría de los familiares encuestados, tienen edades entre 20 y 50 años, y la mayoría pertenecen al sexo femenino y ligados al parentesco familiar que son cónyuges, Padres, hermanos que acuden con mayor frecuencia a las visitas de los pacientes hospitalizados por lo cual son los grupos mas sensibles a presentar necesidades de tipo psicoemocional

A cerca de las Necesidades Psicoemocionales que presentan los familiares de los pacientes que ingresan en Cuidados Intensivos se puede observar de un total del 100%(20) familias encuestadas ,65% (13) presentan necesidad psicoemocionales y el 35% (7) no presenta(Grafico N° 01) Al respecto el ingreso de un paciente a la UCI, crea una barrera física y psicológica entre la unidad-familia-paciente que se genera no solo por la gravedad del paciente, sino

también por las dificultades en la comunicación que existen, debido a la inestabilidad del paciente que ingresa, el profesional de salud se centra más en la monitorización dejando de lado a la familia en segundo plano lo que conlleva a la aparición de necesidades psicoemocionales.

GRÁFICO N° 01

NECESIDADES PSICOEMOCIONALES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL “HERMILIO VALDIZAN” HUÁNUCO - PERÚ 2013



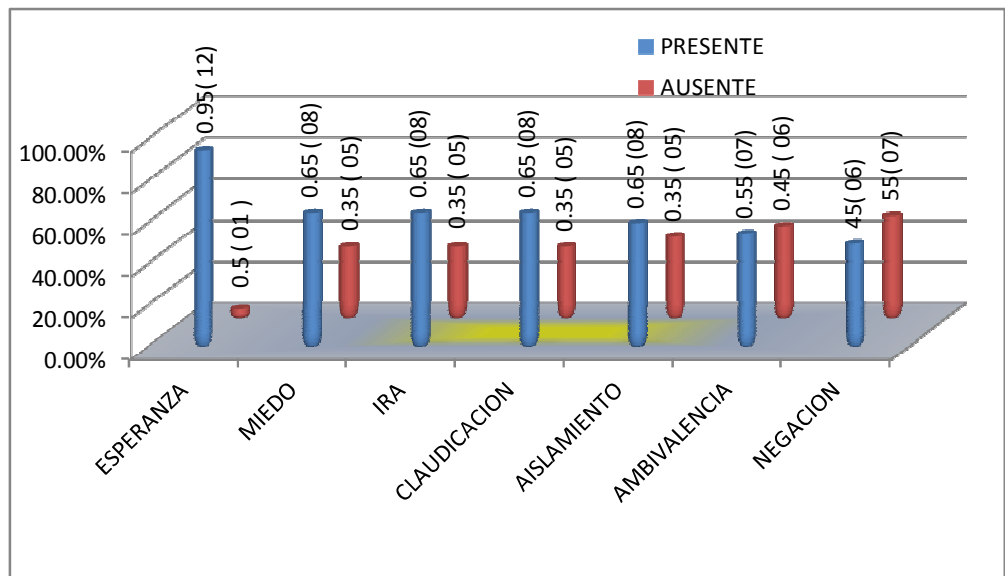
FUENTE: Cuestionario Modificada de Molther

Respecto a las Necesidades Psicoemocionales según Indicadores, se puede observar de un total de 13(100%) de los familiares que presentan necesidades psicoemocionales, el 12(95%) presentan necesidades de Esperanza, 8(65%) presentan necesidades de miedo, Ira ,Claudicación, Aislamiento y en menor proporción la

negación 6(45%)(Gráfica N° 02). Los aspectos referidos a La esperanza es una dimensión que se repite continuamente como una necesidad, en este periodo su importancia es indiscutible, es un sentimiento innato de ser humano la que nos hace que vayamos más allá de nosotros mismos, es la capacidad de trascendencia, que tengamos esperanza, que pensemos en el futuro, que tengamos consciencia de nuestra propia finitud. por ello debemos ser sensibles a la necesidad de hablar de estos aspectos, El miedo suele estar presente, a lo largo de todo el proceso, tanto en el enfermo como en la familia y debe considerarse como un sentimiento normal pero que requiere de cuidados paliativos siempre que lo necesite. la ira debe considerarse como un sentimiento normal siempre y cuando no se prolongue en el tiempo y no sea el sentimiento familiar preponderante. y La claudicación que se presenta por una sobrecarga afectiva, fundamentalmente en el familiar que brinda los cuidados, el familiar suele tener una gran importancia en el cuidado del enfermo por lo es fundamental conocer e identificar esta situación. lo que puede conllevar a una crisis emocional, fundamentalmente en el familiar que brinda los cuidados dando como resultado la disminución en los cuidados.

GRÁFICO N° 02

NECESIDADES PSICOEMOCIONALES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS SEGÚN INDICADORES EN CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL “HERMILIO VALDIZAN” HUÁNUCO - PERU 2013



FUENTE: Cuestionario Modificado de Molther

4.2. DISCUSIÓN.

Las identificación de las “Necesidades Psicoemocionales” de familiares de pacientes críticos han sido objeto de interés en diversos estudios, los cuales utilizaron diversas metodologías, sea cuantitativa o cualitativa, sin embargo todos con el mismo propósito: conocer las necesidades de estos familiares y permitir la planificación de intervenciones que puedan atender las demanda psicoemocionales reales de la familia

Virginia Henderson afirma que “el enfermo no es un ente aislado, sino que forma parte de una unidad que es la familia”, es así como el distanciamiento en la familia puede provocar un estado de crisis, angustia y preocupación.

A su vez Furucawa afirma que “la admisión en una UCI, es a menudo imprevista y no planeada, teniendo la familia que enfrentar una variedad de presiones, incluyendo el miedo a la muerte, desenlaces inciertos, toma de decisiones, interrupción de rutinas inhabilidad para estar con sus pacientes debido a lo estricto de las políticas de visitas y un medio ambiente desconocido para la familia” teniendo poco tiempo para adaptarse.

Frente a esta situación estresante, los familiares pueden sentirse desorganizados, desamparados y con dificultades para movilizarse, emergiendo diferentes tipos de necesidades. La percepciones de los familiares están tremendamente influenciadas por sus experiencias pasadas, sus características de personalidad, el entrenamiento que hayan tenido, respecto a la enfermedad e ingresos previos, el contexto general y por supuesto también por las creencias, expectativas, actitudes (25); sin embargo la identificación de las mismas no va a ser sinónimo de insatisfacción debido a que aunque no se alcancen, puede que estén satisfechos, y viceversa, el que se alcancen no va a garantizar una completa satisfacción, Por lo tanto Las necesidades de los familiares son conceptuadas como esenciales y exigidas por ellos. Estas cuando son llenadas alivian o disminuyen la aflicción y la angustia inmediata, mejorando su bienestar por ello es necesario e importante identificar dichas necesidades y conseguir el grado de satisfacción de los mismos, por ello en nuestro ámbito, supone un punto de partida para el diseño de próximas intervenciones a incluir en

los planes de cuidados de enfermería así como de futuras investigaciones que evalúen el impacto de estas medidas. del mismo modo un correcto abordaje y cobertura de las necesidades de los familiares aumentara la confianza y promoverá una mayor participación en la toma de decisiones disminuyendo así la posible aparición de conflictos.

En relación a las Necesidades Psicoemocionales Según Indicadores se puede decir que existe coincidencia en la valoración que realizan varios investigadores, que señalan como necesidades principales de los familiares de pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos, aquellas relacionadas con la información y la seguridad. Aunque la información es sentida por los familiares como necesidad, puede ser más bien un procedimiento para cubrir determinadas necesidades psicoemocionales.

Según Pardavila et al (2012), los familiares de pacientes ingresados en la UCI, presentan dos tipos de emociones: las positivas, relacionadas con la esperanza de mejora del estado de su familiar (proporcionando sentido y alivio del sufrimiento) y las negativas, unidas al miedo de perder al ser querido. Ante esta incertidumbre del estado del familiar, surgen sentimientos de impotencia por no poder ayudar a su allegado. Por ello, los profesionales de la salud, presentan un papel importante en el apoyo emocional a los familiares.

Así mismo Eduar Soto Cruz y Colb, en 2010 concluyeron que:“Los familiares demandan información continua, no sólo sobre la enfermedad o estado de salud de su ser querido, sino también sobre todo lo que está ocurriendo alrededor del mismo como procedimientos, remisiones, tratamiento médico y farmacológico, aspectos donde el papel del Enfermero es importante”

Plakas, en su estudio de teoría fundamentada del 2009 sobre las necesidades de la familia en Grecia, indican que los familiares de los pacientes ingresados en la UCI experimentan emociones positivas, relacionadas con la esperanza de mejoría de su familiar, y emociones negativas producidas por el miedo a perder a su ser querido. Estas emociones y sentimientos de incertidumbre pueden provocar una fuerte sensación de impotencia y de incapacidad para ayudar a su ser querido

Uribe, Muñoz, y Restrepo (2004); Gómez, Monsalve, Soriano y De Andrés (2006) Un aspecto a tener en cuenta es que el ingreso de un ser querido en este tipo de unidades hace que los familiares se enfrenten a una situación nueva, en la que predominan sentimientos como: confusión, preocupación, incertidumbre, desamparo, enfado, culpa, etc. Provocando al mismo tiempo temor, primero a la muerte y al sufrimiento del paciente y después, una vez pasado el peligro vital, a las posibles secuelas o pérdidas secundarias que pueda provocar su enfermedad.

Pallares (2003) El ingreso en UCI supone para los familiares un momento confuso: por un lado, viven la agonía, la desesperación, la angustia, el enfado por el ingreso en este tipo de unidades que evidencian la gravedad del estado de salud de su ser querido. Por otro, esperan la recuperación del paciente ante el ingreso en la unidad donde se ofrecen los mejores.

Velasco Bueno José Manuel (1999) en su estudio Titulado “Detección de Necesidades de los Familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Costa del Sol” determina “Que las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en UCI son varios debido a que estos tienen causas

multifactoriales los cuales se detectaron en forma más relevante la mala comunicación entre los profesionales de salud y la familia de los pacientes.”

Molter NC (1979) en su su estudio descriptivo determina como las principales necesidades de las familias son la esperanza, la información, tener salas de espera cerca de las UCI, que existan lugares para estar solos, ayuda con los problemas financieros y poder ver a su ser querido.

Por lo tanto podemos decir que en la mayoría de los familiares de los pacientes ingresados en cuidados intensivos presentan necesidades psicoemocionales con mayor frecuencia de esperanza, miedo, ira claudicación y aislamiento.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1. CONCLUSIÓN

La mayoría de los familiares de pacientes que ingresan a Unidad de Cuidados Intensivos tienen necesidades psicoemocionales las que presentan con mayor frecuencia son: La esperanza, miedo, ira, y claudicación.

5.2. LIMITACIONES

Algunos de los familiares encuestados tenían miedo a expresar su opinión verdadera por temor al personal que labora en el servicio; para disminuir esta posibilidad se informo que la encuesta era anónima y no se recogió el nombre del familiar, en el cuestionario. y otro de los factores fue la poca afluencia de los familiares al servicio así como también el escaso internamiento de pacientes

5.3. RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones del presente estudio he creído conveniente señalar las siguientes recomendaciones:

- ✓ Tomar en cuenta los resultados del presente estudio para la elaboración de próximas intervenciones a incluir en los planes de cuidados de enfermería así como de futuras investigaciones que evalúen el impacto de estas medidas.
- ✓ Las Unidad de Cuidados Intensivos en su mayoría como en la que se realizo el estudio no cuenta con una sala de espera para familiares, por lo que se sugiere que se implemente dicho

ambiente y así disminuir la presencia de necesidades y disminuir la ansiedad que presentan

- ✓ Se debe realizar trabajos de investigación en relación a los familiares de los pacientes hospitalizados cual ayudaría a disminuir la aparición de conflictos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1). Leske JS. Comparison ratings of need importance after critical illness from family members with varied demographic characteristics. Crit Care Nurs Clin North Am 1992; 4(4): 607-13.
- (2). Díaz Chicano J.F. Cuidados a familiares de pacientes críticos. Enfermería científica 1997; 184-185; 26-30.
- (3). Pirard M. Patient, family, nurses and intensive care unit: review of the literature and state of a practice "in the field". Ann Med Psychol Paris 1994 ; 152 (9): 600-8.
- (4). García Aguilar J.F. Comunicación e información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos. Enfermería clínica 1995; 5 (3):99-104..
- (5). Gary Bouley. Holistic care of the critically ill: Meeting both patient and family needs. Dimensions of Critical Care Nursing, 1994; 13 (4): 218-22.
- (6). Velazco Bueno JM, Junio 2001 Castillo J, Merino N. Variabilidad en la organización de las visitas en U.C.I. XXVII Congreso Nacional de la SEEIUC Junio 2001. Las Palmas de Gran Canarias.
- (7). Campbell ML. Management of the patient with do not resuscitate status: compassion and cost containment. Heart-Lung 1991; 20(4): 345-8.
- (8). Soto Cruz E."Manos al Cuidado-Edición 2" Identificación de las Necesidades de los Familiares con pacientes en la UCI adulto, coronario - pediátrico del Hospital Federico Lleras Acosta sede Francia durante los meses de febrero a mayo del 2010 <<http://revistas.ut.edu.co/index.php/manoscuuidado/artcle/vienfile/514/414>.

- (9). Kátia Santana Freitas y Colaboradores "Necesidades de los familiares de pacientes en unidades de terapia intensiva: análisis comparativo entre hospital público y privado Brasil 2007.
- (10). Santana Cabrera, L. et al. Actitudes y percepciones del personal médico del hospital acerca de los Cuidados Intensivos y de la especialidad de Medicina Intensiva. *Med. Intensiva* [online]. 2008, vol.32, n.7, pp. 319-328. ISSN 0210-5691.
- (11). Velasco bueno, J.M. Memoria de Solitud del Proyecto de Investigación "Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos.UCI Hospital CostadelSol"<<http://www.eulate.net/forandalus/documentos/Documento6.pdf>
- (12). Sánchez Álvarez y cols. Actitud de los familiares de enfermos ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Ponencia al congreso de la SEMIUC 1996. Murcia. 669- 681
- (13). Marín B. Los familiares: un elemento más del equipo terapéutico. *Notas de Enfermería*. 1991;1:521-5
- (14). Cncini, Amadeo & Alejandro Maneti (1994) " *Psicología y formación. Estructuras y dinanismos*" . Publicaciones Paulinas, D. F. 1ª. ed. México.
- (15). Dorsch, Friedrich (2002) " *Diccionario de Psicología*" Editorial Herder, Barcelona, 8ª. ed. España.
- (16). Díaz Viviana; Madrie, Aurora, Martínez, Ximena. Incorporando a la familia en la UCI. U.P.C. 2001-2002 p
- (17). Villa Clara, Mario A. Domínguez Pereira. Algunas consideraciones Bioéticas en el paciente critico. *Revista cubana de Medicina Intensiva y Emergencia*. Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario Milian Castro -2004

- (18). Long, Barbara; j. Phillips, Wilma. La Enfermera Medico-Quirúrgica. 2ª Edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill-1994
- (19). Calderón Gómez, M. Intervención en Crisis a cargo de las y los Profesionales de Enfermería. Enfermería en Costa Rica. Colegio de Enfermeras. 25 (1). 39-44.
- (20). Saavedra Oviedo, Jose G. (2001). Familia: Tipos y modos. Universidad Católica del Maule. Chile. 79. Sager, Clifford J. (2003).
- (21). Maxwell KE, y Otros. Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. Heart Lung. 2007;36: 367-76
- (22). Eggenberger SK, Nelms TP. Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. J Clin Nurs. 2007;16:1618-28.
- (23). Silberstein D. La familia, un paciente olvidado. Rol de Enfermería. 1997;223:25-30
- (24). Kéruac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Mason; 1996.
- (25). Lexus. Diccionario Enciclopédico. Lima-Perú. Edición Trébol. Editorial Lexus-2003

BIBLIOGRAFÍA

MARÍA CRISTINA DE BACIGALUPO Y OTROS. La familia del paciente internado en la unidad de cuidados intensivos. Revista médica Uruguaya. Vol.16, No.3, 2000, p.243-256. Internet:

(<http://www.rmu.org.uy/revista/2000v3/art8.pdf>)

ARDUIN JAVIER; BUSTOS, CLAUDIO; JARPA MAURICIO. “La jerarquía de las necesidades, según Maslow”, p. 6. Internet

(<http://www.itescam.edu.mx/principal/sylabus/fpdb/recursos/r2508>)

BERNAT, RAMONA. Necesidades de la familia del paciente crítico: revisión bibliográfica. Nursing. 2008, Vol. 26, Número. 2006. P. 60 – 63. Internet:

(<http://www.carloshaya.net/biblioteca/boletinenfermeria5p1/nursing26960>.)

BERNAT R, LOPEZ J, FONTESCA J. Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la unidad de cuidados intensivos. Un estudio cualitativo. Enfermería Clínica. 1999;10(1):19-27.

DIAZ CHICANO J.F. Cuidados a familiares de pacientes críticos. Enfermería científica 1997; 184-185; 26-30.

FREITAS, KATIA SANTANA. KIMURA, MIAKO. SAO LEAO FERREIRA, KARINE AZEVEDO. Necesidades de familiares de pacientes en unidades de terapia intensiva: análisis comparativa entre hospital público e privado. Revista Latino-americana Enfermagem 2007 p.9 ISSN: 0104-1169 Internet (

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a13.pdf)

GÓMEZ CARRETERO, PATRICIA; MONSALVE, VICENTE SSORIANO, JOSÉ. “Ingreso en la unidad de cuidados intensivos la repercusión en el familiar del paciente”. 127 Universidad de Valencia. Facultad de Psicología, Boletín de Psicología, No. 87, Julio 2006. 27 p. Internet: (<http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N87-3.pdf>)

GARCIA AGUILAR J.F. Comunicación e información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos. Enfermería clínica 1995; 5 (3):99-104.

MARGALL MA, ZARPE C, PEROCHERA MP, et al. Necesidades de los Familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos. Enfermería Intensiva 1993;4(2):40-5.

PERDOMO CRUZ, RAFAEL GIOVANNI. "Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos, Revista Medica Hondureña, Vol 60. Tegucigalpa.1992.p.49.Internet:

(<http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/1992/pdf/Vol60-1-1992-13.pdf>)

PIRARD M. Patient, family, nurses and intensive care unit: review of the literature and state of a practice "in the field". Ann Med Psychol Paris 1994 ; 152 (9): 600-8. Revisión de la literatura acerca de la UCI como un contexto peculiar, una experiencia estresante para el paciente y unas necesidades diferentes para las familias

SANTANA CABRERA, L. SANCHEZ PALACIOS, M. HERNANDEZ MEDINA, E. GARCIA MARTUL,M. ROBAINA, P EUGENIO. VILLANUEVA ORTIZ, Á. "Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional" Medicina Intensiva.Vol.31,No.6,2007.p.273-280:

(<http://external.doyma.es/pdf/64/64v31n06a13108547pdf001.pdf>)

VELASCO BUENO, JOSE MANUEL. "Detección de Necesidades de los Familiares de Pacientes Ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos". Trabajo de investigación. Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. 2002 p.27.Internet

(<http://www.eulate.net/forandalus/documentos/Documento6.pdf>)

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
A. Operacionalización de la variable	I
B. Instrumento-cuestionario	II
C. Características generales de los familiares de pacientes que ingresan en cuidados intensivos Hospital “Hermilio Valdizan” Huánuco – Perú 2013	VI
D. Tabla de Concordancia: Prueba Binomial Juicio de Expertos	VII
E. Tabla Matriz de Datos	VIII

ANEXO (A)
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE IDENTIFICADA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLE	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
Necesidades Psicoemocionales de los familiares de pacientes ingresados a UCI	Componente básico del ser humano cuya falta o deterioro afecta su comportamiento porque es un estado de carencia física o mental percibido entre lo real y deseado que se manifiesta con ansiedad, tristeza, rabia, Agresividad, Aislamiento y sentimientos de culpa en los familiares de pacientes que ingresan en Cuidados Intensivos.	Esperanza Miedo Ira Claudicación Aislamiento Ambivalencia Negación	Sensación de carencia, información que cada miembro de la familia refiere durante la hospitalización de uno de ellos y que será medido a través de un cuestionario y será evaluado en presencia o ausencia del sentimiento.	Presente Ausente

ANEXO (B)

INSTRUMENTO

PRESENTACIÓN

Estimado(a) Sr, Sra: Yo soy Regner Rosales Tarazona, enfermero que estoy realizando un estudio en coordinación con la institución a fin de obtener información acerca de las necesidades psicoemocionales de los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI, por lo que solicito su colaboración a través de sus respuestas a fin de propiciar mejoras en su atención

INSTRUCCIONES

Responda cada pregunta marcando con un aspa (x) la opción que considere correcta.

DATOS GENERALES

¿Qué edad tiene usted?.....años

Sexo: Hombre () Mujer ()

¿Cual es su parentesco con el paciente?

Cónyuge () Hijo-a () Padre () madre ()

Hermano-a () Amigo-a () Otro.....

¿Vive usted con el paciente? Si () No()

DATOS ESPECÍFICOS:

1. ¿Consideran que el estado actual de su familiar mejorara conforme pasa el tiempo?
 - a. Si () No ()
2. ¿A veces piensa que es mejor que se muera , para que no sufra más?
 - a. Si () No ()
3. ¿Tiene fe en que su familiar se recupere pronto?
 - a. Si () No ()
4. ¿Considera que solo le queda la esperanza de las atenciones y tratamientos que se brinda a su familiar?
 - a. Si () No ()
5. ¿Se siente aislado cuando no le ofrecen la atención debida del personal de salud(Enfermeras, Médicos, Tec. Enf) durante su permanencia en Unidad de Cuidados Intensivos?
 - a. Si () No ()
6. ¿Prefiere estar solo(a) al momento de la visita a su familiar?
 - a. Si () No ()
7. ¿Se conforma con mirar a su familiar?
 - a. Si () No ()
8. ¿Ha tenido dificultad para comunicarse con el personal de salud?
 - a. Si () No ()
9. ¿Está consciente del estado de salud de su familiar?

a. Si () No ()

10. ¿Está seguro de que su familiar mejorara pronto?

a. Si () No ()

11. ¿Piensa que el estado de salud de su familiar no es de gravedad?

a. Si () No ()

12. ¿En caso de que hubiera cambiado de forma importante el estado de salud de su familiar cree usted que se habría incrementado su temor?

a. Si () No ()

13. ¿Ud. tendría algún temor al querer hablar con el médico fuera del horario habitual de atención?

a. Si () No ()

14. ¿Siente temor al observar los materiales utilizados con su familiar (aparataje, monitores, respiradores, tubos, alarmas)?

a. Si () No ()

15. ¿Tiene pensamientos y sentimientos de cólera, ira por la falta de atención del personal de salud?

a. Si () No ()

16. ¿Ha tenido ganas de gritar, pelear y discutir por la falta de atención en algún momento durante su estancia?

a. Si () No ()

17. ¿Se siente impotente de no poder hacer nada por la salud de su familiar?

a. Si () No ()

18. ¿Cree que la enfermedad que presenta su familiar sea incontrolable pese al cuidado del personal de salud?

a. Si () No ()

ANEXO (C)

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES QUE INGRESAN EN CUIDADOS INTENSIVOS

HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"

HUÁNUCO – PERU

2013

DATOS GENERALES	20	100%
<hr/>		
EDAD	20	100%
20 - 35 anos	8	40
36 - 50 anos	8	40
> 50 anos	4	20
<hr/>		
SEXO	20	100%
Masculino	9	45%
Femenino	11	55%
<hr/>		
PARENTESCO	20	100%
Conyuge	5	25%
Padre/Madre	4	20%
Hermano	4	20%
Hijo(a)	3	15%
Amigo	1	5%
Otros	3	15%
<hr/>		
VIVE CON PX	20	100%
Si	9	45%
No	11	55%

FUENTE: Cuestionario Modificada de Molther.

ANEXO (D)

TABLA DE CONCORDANCIA
PRUEBA BINOMIAL : JUICIO DE EXPERTOS

ITEM	N DE JUEZ							P
	1	2	3	4	5	6	7	
1	0	1	1	1	1	1	1	0.062
2	1	1	0	1	1	1	1	0.062
3	1	1	1	1	1	1	1	0.008
4	0	1	1	1	1	1	1	0.062
5	1	0	1	1	1	1	1	0.062
6	1	1	1	1	0	1	1	0.062
7	1	1	1	1	1	1	1	0.008

Teniendo en cuenta:

1 = si

0 = No

Para elaborar el cuadro y dar puntaje a los respectivos items nos trasladamos a la tabla de probabilidades de la prueba binomial,

sabiendo que para $p < 0.05$, por lo tanto existe concordancia
vii

ANEXO (E)
TABLA MATRIZ DE DATOS

FAMILIARES	PREGUNTAS																		RESPUESTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	10
2	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	14
3	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	13
4	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	13
5	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	10
6	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	12
7	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	10
8	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	10
9	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	9
10	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	10
11	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	13
12	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	10
13	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	10
14	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	12
15	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	13
16	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	13
17	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	12
18	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	12
19	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	14
20	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	9
P	0.60	0.50	0.95	0.90	0.85	0.40	0.55	0.35	0.80	0.60	0.80	0.80	0.50	0.60	0.80	0.55	0.95	0.40	0.77
q(1-p)	0.40	0.50	0.05	0.10	0.35	0.60	0.45	0.65	0.20	0.40	0.65	0.20	0.50	0.40	0.20	0.45	0.05	0.60	
pq	0.24	0.25	0.05	0.09	0.30	0.24	0.25	0.23	0.60	0.24	0.52	0.16	0.25	0.24	0.60	0.25	0.05	0.24	$\sum pq=5$

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \times \frac{V_t - \sum pq}{V_t} \quad r_{tt} = (K-R20) = \frac{18}{.18-1} \times \frac{.77-5}{.77}$$

En donde:

r_{tt} = coeficiente de confiabilidad.

n = número de ítems que contiene el instrumento.

V_t = varianza total de la prueba.

$\sum pq$ = sumatoria de la varianza individual de los ítems.

$$1.1 \quad x \quad 93 \quad = \quad 1$$

La prueba estadística aplicada Richard- Kuder nos arrojó el * valor de 0.97.

el cual el valor de p >0.5. Por lo tanto el resultado de la prueba es confiable

