



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**VALORACIÓN DE NECESIDADES DE FAMILIARES CON PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA  
CLÍNICA ATÍAS DE CARACAS, DISTRITO CAPITAL Y CENTRO DE  
ESPECIALIDADES ANZOÁTEGUI, DE LECHERÍA, MUNICIPIO  
URBANEJA DE BARCELONA DEL EDO. ANZOÁTEGUI. SEGUNDO  
SEMESTRE DEL AÑO 2012.**

(Trabajo Especial de Grado Presentado Como Requisito Parcial Para Optar al Título de Licenciada en Enfermería).

**Autoras:  
TSU Linares, Yudexzi  
C.I. 12.122.621  
TSU Mujica, Maxiel  
C.I. 11.880.725**

**Tutora:  
Dra. Evelia Figuera**

**Caracas, enero de 2013**

**VALORACIÓN DE NECESIDADES DE FAMILIARES CON PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA  
CLÍNICA ATÍAS DE CARACAS, DISTRITO CAPITAL Y CENTRO DE  
ESPECIALIDADES ANZOÁTEGUI, DE LECHERÍA, MUNICIPIO  
URBANEJA DE BARCELONA DEL EDO. ANZOÁTEGUI. SEGUNDO  
SEMESTRE DEL AÑO 2012.**

## INDICE GENERAL

Dedicatoria.....	Iv
Agradecimientos.....	Vi
Aprobación de Tutor.....	viii
Lista de Cuadros.....	x
Lista de Gráficos.....	xii
Resumen.....	xiii
Introducción.....	1
<b>Capítulo I: El Problema</b>	
Planteamiento del Problema.....	4
Objetivos de la Investigación.....	9
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos.....	10
Justificación.....	10
<b>Capítulo II: Marco Teórico</b>	
Antecedentes de la Investigación.....	12
Bases Teóricas.....	22
Necesidades en Familiares de pacientes en UCI.....	26
Necesidades Esenciales.....	27
Sistema de Variable.....	36
Operacionalización de Variable.....	37
<b>Capítulo III: Marco Metodológico</b>	
Diseño de la Investigación.....	39
Tipo de estudio.....	39
Población.....	40
Muestra.....	41
Métodos e instrumento para la recolección de datos.....	41
Confiabilidad.....	42
Procedimiento para la recolección de la información.....	44
Técnicas de análisis.....	44
<b>Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados</b>	
Resultados de la Investigación.....	46
<b>Capítulo V: Conclusiones Y Recomendaciones.....</b>	
Conclusiones.....	92
Recomendaciones.....	94
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	96
<b>Anexos</b>	
A. Instrumento aplicado	
B. Certificado de Validez del instrumento	
C. Confiabilidad	

## LISTA DE CUADROS

Cuadro N°		Pág.
1	Datos Demográficos Relacionados con el Sexo del Elemento Muestral. Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) Clínica Privada Atías de Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de Lecherías. Estado Anzoátegui.	47
2	Datos Demográficos Relacionados al Parentesco del Elemento Muestral con el paciente hospitalizado. Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). Clínica Privada Atías de Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de Lecherías. Estado Anzoátegui.	50
3	Datos Demográficos Relacionados a la Escolaridad del Elemento Muestral. Familiares del paciente hospitalizado. Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). Clínica Privada Atías de Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de Lecherías. Estado Anzoátegui.	53
4	Datos Demográficos Relacionados a las Causas de hospitalización del elemento Muestral (pacientes hospitalizados). Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). Clínica Privada Atías de Caracas. Distrito Capital.	56
5	Datos Demográficos Relacionados a las Causas de hospitalización del Elemento Muestral (pacientes hospitalizados). Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). Centro Médico Anzoátegui de Lecherías. Estado Anzoátegui.	58
6	Datos Demográficos Relacionados al Tiempo de Internación del Elemento Muestral (pacientes hospitalizados). Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). Clínica Privada Atías de Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de Lecherías. Estado Anzoátegui.	60

- 7 Distribución de Resultados Relacionados, con la Importancia 63  
Atribuida a las Necesidades de soporte en familiares de  
pacientes hospitalizados en UCI. de la Clínica Privada Atías de  
Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de  
Lecherías. Estado Anzoátegui.
- 8 Distribución de Resultados Relacionados, a la Importancia 69  
Atribuida a las Necesidades de Confort en familiares de  
pacientes hospitalizados en UCI. Clínica Privada Atías de  
Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de  
Lecherías. Estado Anzoátegui.
- 9 Distribución de Resultados Relacionados, a la Importancia 72  
Atribuida a las Necesidades de Seguridad en familiares de  
pacientes hospitalizados en UCI. Clínica Privada Atías de  
Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de  
Lecherías. Estado Anzoátegui.
- 10 Distribución de Resultados Relacionados, a la Importancia 77  
Atribuida a las Necesidades de Información en familiares de  
pacientes hospitalizados en UCI. Clínica Privada Atías de  
Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de  
Lecherías. Estado Anzoátegui.
- 11 Distribución de Resultados Relacionados, a la Importancia 82  
Atribuida a las Necesidades de Proximidad en familiares de  
pacientes Hospitalizados en UCI. Clínica Privada Atías de  
Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de  
Lecherías. Estado Anzoátegui.
- 12 Distribución de Resultados Relacionados, a la Variable 87  
Necesidades de familiares con pacientes ingresados en UCI.  
Dimensión: Necesidades Esenciales. Clínica Privada Atías de  
Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de  
Lecherías. Estado Anzoátegui.

## LISTA DE GRAFICOS

Gráfico N°		Pág.
1	Datos Demográficos Relacionados con el Sexo del Elemento Muestral. Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) Clínica Privada Atías de Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de Lecherías. Estado Anzoátegui.	48
2	Datos Demográficos Relacionados al Parentesco del Elemento Muestral con el paciente hospitalizado. Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). Clínica Privada Atías de Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de Lecherías. Estado Anzoátegui.	51
3	Datos Demográficos Relacionados a la Escolaridad del Elemento Muestral. Familiares del paciente hospitalizado. Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). Clínica Privada Atías de Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de Lecherías. Estado Anzoátegui.	54
4	Datos Demográficos Relacionados a las Causas de hospitalización del elemento Muestral (pacientes hospitalizados). Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). Clínica Privada Atías de Caracas. Distrito Capital.	57
5	Datos Demográficos Relacionados a las Causas de hospitalización del Elemento Muestral (pacientes hospitalizados). Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). Centro Médico Anzoátegui de Lecherías. Estado Anzoátegui.	59
6	Datos Demográficos Relacionados al Tiempo de Internación del Elemento Muestral (pacientes hospitalizados). Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). Clínica Privada Atías de Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de Lecherías. Estado Anzoátegui.	61

- 7 Distribución de Resultados Relacionados, con la Importancia 67  
Atribuida a las Necesidades de soporte en familiares de  
pacientes hospitalizados en UCI. de la Clínica Privada Atías de  
Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de  
Lecherías. Estado Anzoátegui.
- 8 Distribución de Resultados Relacionados, a la Importancia 71  
Atribuida a las Necesidades de Confort en familiares de  
pacientes hospitalizados en UCI. Clínica Privada Atías de  
Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de  
Lecherías. Estado Anzoátegui.
- 9 Distribución de Resultados Relacionados, a la Importancia 75  
Atribuida a las Necesidades de Seguridad en familiares de  
pacientes hospitalizados en UCI. Clínica Privada Atías de  
Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de  
Lecherías. Estado Anzoátegui.
- 10 Distribución de Resultados Relacionados, a la Importancia 80  
Atribuida a las Necesidades de Información en familiares de  
pacientes hospitalizados en UCI. Clínica Privada Atías de  
Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de  
Lecherías. Estado Anzoátegui.
- 11 Distribución de Resultados Relacionados, a la Importancia 85  
Atribuida a las Necesidades de Proximidad en familiares de  
pacientes Hospitalizados en UCI. Clínica Privada Atías de  
Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de  
Lecherías. Estado Anzoátegui.
- 12 Distribución de Resultados Relacionados, a la Variable 90  
Necesidades de familiares con pacientes ingresados en UCI.  
Dimensión: Necesidades Esenciales. Clínica Privada Atías de  
Caracas. Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de  
Lecherías. Estado Anzoátegui.

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme fe, sabiduría y fortaleza, guiándome por el camino del conocimiento.

A mi hijo Luis Eduardo, por su apoyo incondicional.

Al Lcdo. Luis Hernández, por motivarme e incentivarme a seguir ampliando mis conocimientos, aun cuando ya no está físicamente con nosotros, pero si espiritualmente.

Al Ing. Eusebio Lezama, por su apoyo incondicional, en mi crecimiento y desarrollo personal y profesional.

A mis padres, por haberme dado la vida.

Al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, por su colaboración y dedicación,

Y muy especialmente a mi compañera Yudexzi Linares, por haber logrado nuestra meta.

**Maxiel Mujica**



## DEDICATORIA

Principalmente a Dios nuestro ser supremo, quien me guía e ilumina en cada uno de mis pasos y me hace perseverante en lograr mis metas.

Muy especialmente a mi madre Magali Rodríguez, por ser mi ejemplo a seguir de una gran mujer fuerte y luchadora para alcanzar el éxito en mi vida profesional.

A mi hermana Hanoelis Linares por ser como es y darme fuerza y animo a su manera, por estar conmigo. (Te quiero).

A mi abuela Eufemia, ejemplo vivo de constancia, amor y dedicación.

A mis seres queridos que hoy no están conmigo, Abuelo Pedro Rodríguez, Padre Luis Linares, Hermana Yosmalini Linares y Hermano Luis Linares, pero desde el cielo me ayudan a lograr mis metas no siendo esta la última, quienes me acompañan desde el cielo. (Los amo y los añoro mucho).

A mis pequeños Luis Eduardo y Diana Patricia, quienes me dan la fuerza y la perseverancia para seguir adelante cuando la necesito. (Los amo más que a nada).

A mis tíos por estar siempre conmigo y apoyarme cuando más los necesito.

Y sin menos merito a mi compañera Maxiel Mujica.

**Yudexzi Linares**

## **AGRADECIMIENTO**

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haberme puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el período de estudio.

A todo el personal de salud por el apoyo, en el desarrollo de mis actividades en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Anzoátegui.

Mi sincero agradecimiento a la Dra. Evelia Figuera Guerra, quien con su dedicación y paciencia, logro que, alcanzar una meta más, trazada en mi vida.

A los pacientes y familiares que me brindaron su confianza y me ayudaron a alcanzar mi meta.

En general, quisiera agradecer a todas y cada una de las personas que han vivido conmigo a realizar la tesis de grado, con sus altos y bajos, que no necesito nombrar porque tanto ellas como yo, sabemos quiénes son, desde lo más profundo de mi corazón les agradezco el haberme brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo el cariño y la amistad.

**Maxiel Mujica**

## **AGRADECIMIENTO**

Infinitas gracias a Dios Todopoderoso por haberme dado la sabiduría y el entendimiento para poder llegar al final de mi carrera, por proveerme de todo lo necesario para salir adelante y por todo lo que me has dado.

Para poder realizar esta tesis de la mejor manera posible fue necesario del apoyo de muchas personas a las cuales quiero agradecer:

A mi asesora de tesis y una de las personas que más admiro por su inteligencia y sus conocimientos, Dra. Evelia Figuera Guerra a quien le debo el hecho de que esta tesis tenga los menos errores posibles. Gracias por ser tan estricta e incondicional.

A todo el personal de salud, quienes me apoyaron incondicionalmente durante mis actividades en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Atías.

A los pacientes y familiares que me brindaron su confianza y me ayudaron a alcanzar mi meta.

Mil gracias a todos.

**Yudexzi Linares**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi carácter de Tutora del Trabajo de Especial de grado (TEG) Titulado: **VALORACIÓN DE NECESIDADES EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DE LA CLÍNICA ATÍAS DE CARACAS. DISTRITO CAPITAL Y CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI, DE LECHERÍA, MUNICIPIO URBANEJA DE BARCELONA. EDO. ANZOÁTEGUI, SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2012**; presentado por las TSU: Linares, Yudexzi, C.I. 12.122.621 y Mujica, Maxiel, C.I. 11.880.725; para optar al título de Licenciado en Enfermería, considero que dicho TEG, continúe los requisitos y Méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la Ciudad de Caracas, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 2013.

Dra. Evelia Figuera Guerra  
C.I 2.741.819



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**VALORACIÓN DE NECESIDADES EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DE LA CLÍNICA ATÍAS DE CARACAS. DISTRITO CAPITAL Y CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI, DE LECHERÍA, MUNICIPIO URBANEJA DE BARCELONA. EDO. ANZOÁTEGUI, SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2012.**

**Autoras  
Linares Yudexzi  
C.I 12.122.621  
Mujica Maxiel  
C.I 11.880.725  
Tutora:  
Dra. Evelia Figuera Guerra  
Año: 2013**

**RESUMEN**

Esta investigación tiene como propósito evaluar las necesidades de los familiares con pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), seleccionada, en su dimensión: necesidades esenciales. Metodológicamente fue una investigación con diseño no experimental de campo, tipo de estudio prospectivo, transversal, descriptivo, y evaluación de necesidades, cuya población la conformaron 22 familiares con pacientes ingresados a la UCI de la Clínica Atías, en Caracas y 16 familiares con pacientes ingresados a la UCI del Centro Médico Anzoátegui en Barcelona, que integraron el 100% de la muestra. Para la recolección de datos utilizaron un instrumento contentivo en su primera parte de datos demográficos y en la segunda el cuestionario Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) de Nancy Molter y Jane Lesker contentivo de 45 ítems en escala lickert modificada: muy importante, importante, nada importante, cuya confiabilidad obtuvo un valor de 0.90 según el índice Alpha de Cronbach. Los familiares de los pacientes internados en la UCI de la Clínica Atías, evaluaron como muy importante las necesidades de soporte (50%), necesidades de confort (77.3%) necesidades de seguridad (63.6%) necesidad de información (81.8%) y necesidad de proximidad (63.6%). Los familiares de la UCI del Centro Médico Anzoátegui, se ubicaron en la misma categoría muy importante para las mismas necesidades: soporte (50%) confort (75%), seguridad (75%), información (68.8%) y proximidad (75%). Las necesidades de los familiares es un fenómeno de cuidado interesante e importante, debe ser considerado por los profesionales de enfermería en su actividad diaria, dada la naturaleza del sufrimiento por la enfermedad del familiar.

**Palabras claves:** Necesidades de familiares, Paciente crítico, UCI.

## INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) conceptualmente se caracterizan por ser áreas de un hospital con suficientes recursos materiales y equipo de profesionales especializados como médicos y enfermeras para proporcionar un cuidado óptimo al paciente con compromiso grave, real o potencial, de sus funciones vitales, así como garantizar el cumplimiento de las normas de seguridad, organización y la aplicación de los principios éticos para su bienestar.

Asiain Erro, M. (2008) hace referencia a Martínez C, D. y Asiain, M.C. (1987) quienes enfatizaban que dichas unidades podían considerarse como unidades de enfermería especializada ya que la enfermera siempre ha sido el punto clave en quien se apoya el objetivo de garantizar la continuidad de los cuidados” (p.2).

La continuidad del cuidado del paciente crítico de acuerdo con Guevara, B. (2007) citada por Campos Martínez, M., C. y Cotrina Gamboa, M.J. (2011) requiere de la enfermera intensivista “cuidar al unísono a la persona que está hospitalizada en la Uci y a sus familiares como un solo núcleo de cuidado lo que le facilita comprender las dificultades socio-emocionales surgidas en el grupo familiar como una totalidad...” (p.4).

Es así como la familia, grupo primario que representa la organización social más básica, también representa la expresión de socialización, solidaridad, protección y cuidado a los suyos, cuando se presenta un suceso vital, una situación crítica que exija adaptación al ritmo de vida habitual, tal como los señalan Martín-Rodríguez, A. y Pérez-San Gregorio, M. (2007) donde argumentan “la familia del enfermo ha de asistir a una hora

determinada las visitas y a las informaciones médicas, adaptarse al vocabulario de los médicos y enfermeras, a la maquinaria que rodea al paciente, a estar en contacto en la sala de espera con otros familiares del paciente en riesgo de vida, pudiendo tener efectos en la identidad familiar y en su estilo personal de vida” (p.73).

En atención a lo descrito y citado, esta investigación tiene como propósito evaluar las necesidades de los familiares con pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), seleccionada, en su dimensión: necesidades esenciales.

Metodológicamente fue una investigación con diseño no experimental de campo, tipo de estudio prospectivo transversal descriptivo, evaluación y evaluación de necesidades, cuya población la conformaron 22 familiares con pacientes ingresados a la UCI de la Clínica Atías, en Caracas y 16 familiares con pacientes ingresados a la UCI del Centro Médico Anzoátegui en Barcelona, que integraron el 100% de la muestra. Para la recolección de datos utilizaron un instrumento contentivo en su primera parte de datos demográficos y en la segunda el cuestionario Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) de Nancy Molter y Jane Lesker contentivo de 45 ítems en escala Likert modificada: muy importante, importante, nada importante, cuya confiabilidad obtuvo un valor de 0.90 según el índice Alpha de Cronbach.

Los familiares de los pacientes internados en la UCI de la Clínica Atías, evaluaron como muy importante las necesidades de soporte (50%), necesidades de confort (77.3%) necesidades de seguridad (63.6%) necesidad de información (81.8%) y necesidad de proximidad (63.6%). Los familiares de la UCI del Centro Médico Anzoátegui, se ubicaron en la misma categoría muy importante para las mismas necesidades: soporte (50%) confort (75%), seguridad (75%), información (68.8%) y proximidad (75%).

La investigación realizada se presenta en cinco capítulos.

Capítulo I. El problema, contiene planteamiento del problema sus objetivos: general y específicos y la justificación.

Capítulo II. Marco Teórico, describe los antecedentes nacionales e internacionales que sustentan la investigación, sus bases teóricas, sistema de variables, operacionalización de la variable y la definición de términos.

Capítulo III. Marco Metodológico, contiene el diseño de la investigación, tipo de estudio, población, muestra, métodos e instrumentos de recolección de datos, confiabilidad, procesamiento para la recolección de información y técnicas de análisis.

Capítulo IV. Resultado de la investigación, contiene la presentación y el análisis de los resultados obtenidos en el estudio.

Capítulo V. describe las Conclusiones y Recomendaciones específicas en términos del estudio realizado.

Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas y anexos respectivos.



## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

La familia, se conoce como un núcleo generador de hábitos, creencias, expectativas y construcciones sociales sobre la salud y la enfermedad. Los Familiares de Pacientes Ingresados a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) viven experiencias de vida capaz de alterar su entorno, alterar los roles familiares generando necesidades traducir en demandas, seguridad e información. Es así como este capítulo, describe el Planteamiento del Problema, los objetivos General y Específicos y la Justificación del Estudio.

#### **Planteamiento del Problema**

La Enfermería es un componente clave de la asistencia sanitaria en el ámbito mundial, si práctica está sustentada en la misión de lograr un óptimo estado de salud en la población. En este nuevo milenio la enfermería ha continuado su desarrollo profesional para proporcionar servicio a las personas para ello, como lo señala Ruiz Piñero, R. (2005) es necesario aceptar que:

Vivimos en comunidades, conformando grupos sociales con los mismos intereses y objetivos para el bien común..., estamos inmersos o somos parte del fenómeno de la globalidad, lo cual exige día a día entender al mundo como lo que es, uno solo, y los acontecimientos sucedidos en un sitio geográfico nos afectan de manera directa o indirecta en algún momento de nuestra vida. (p.5).

En el contexto de lo citado, la familia es un núcleo generador de hábitos, creencias, expectativas y construcciones sociales, especialmente

relacionadas con la salud y la enfermedad. El grupo familiar puede dejar de funcionar en forma integral cuando se produce un acontecimiento de enfermedad grave que requiere la hospitalización de uno de sus miembros, en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). De acuerdo con Terrero Varilla, M. (2006). El ingreso en una Unidad de Cuidados Críticos produce “separación y ruptura, altera los roles familiares y genera necesidades traducidas en demandas de seguridad e información. Por ello es muy importante la inclusión de la atención de la familia para reducir la ansiedad y ayudar a mantener la estructura familiar” (p.77).

Es de considerar, el lugar ocupado por enfermería en la UCI, es un grupo profesional primordial, sustentan toda la infraestructura de dicha unidad, soportan además la carga de trabajo durante las 24 horas del día, en los diferentes turnos mañana, tarde y noche, se relacionan permanentemente con los pacientes y sus familiares, por eso dice Pallares Martí, A. (2003) “conocen mejor sus necesidades, dificultades o miedos y actúan en muchas ocasiones como mediadoras entre los médicos y las familias” (p.9).

Con el ingreso del paciente, miembros de su grupo familiar deben poner en juego una serie de estrategias, capacidad casi religiosa para su supervivencia alrededor de la UCI, tales como: fe en la medicina, en el hospital, en la unidad, en el médico, las enfermeras y los demás profesionales, pues la estructura de dichas unidades es poco permeable a las carencias familiares, sus necesidades, el sufrimiento y el dolor.

Es así, como las familias permanecerán pendientes de las informaciones que se les proporcione, inician un período de aprendizaje de las rutinas, del horario de visitas para ver a su paciente, obteniendo como enfatiza Pallares Martí, A. (op.cit.). “Un aprendizaje por inmersión de gran

impacto emocional.” (p.23) Tanto los familiares como los pacientes que padecen una enfermedad grave tienen experiencias negativas y positivas durante la hospitalización en la UCI, a decir de Beltrán Salazar, O. (2009).

Las negativas se relacionan con la enfermedad y sus implicaciones físicas psicológicas, la utilización de medios terapéuticos y de diagnóstico, -los problemas cognitivos y de comunicación, la ansiedad, el temor, la soledad y el aislamiento- y, el contacto con las personas que se involucran en el cuidado, como los enfermeros, la familia y los amigos, porque brindan apoyo y seguridad son vistos como experiencias positivas (p.34).

Las personas enfermas y sus familiares presentan situaciones asociadas al sufrimiento interpersonal o interpersonal. Para Torralba, F. (1998) “el sufrimiento intrapersonal son situaciones en las que el individuo percibe inseguridad en su interior acompañada de culpa, miedo y ansiedad, y el sufrimiento interpersonal, es debido a las relaciones afectivas con el medio que le rodea” (p.272).

En este sentido, las enfermeras intensivistas debe cuidar al unísono al paciente como persona hospitalizada en la UCI y a sus familiares como un solo núcleo de cuidado, ello contribuye a comprender las dificultades socioemocionales surgidas en el grupo familiar como una totalidad, esto a su vez, permite darles el apoyo más decidido durante el proceso de adaptación a la nueva situación que confrontan.

La Unidad de cuidados Intensivos (UCI) es una estructura física acondicionada para ofrecer servicios de alta complejidad, a pacientes con distintas patologías que comprometen sus funciones vitales. Los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI, se ven sujetos a una gran variedad de cambios y necesidades pobremente satisfechas, que como lo

señalan Soto, E., Parra, D. y Rojas, M. (2010) “causan una situación traumática que genera sensaciones de angustia, tensión e incertidumbre en el individuo” (p.18).

Es así como la familia del paciente, se vuelve vulnerable, sus integrantes están sujetos a la influencia del entorno de la UCI, del hospital como un todo y de la sociedad en sí misma, pues al estar uno de ellos hospitalizados, se presenta un cambio de roles y de las funciones familiares, generando reacciones emocionales, tensión e incertidumbre que exigen atención oportuna.

En las vivencias de familiares de pacientes en terapia intensiva, estudiadas en el contexto de la santa casa de Lodina por Urizzi, F. y Correa, A. (2007), emergieron como categorías temáticas la experiencia difícil, dolorosa, proximidad al sufrimiento del paciente, rompimiento con el cotidiano familiar, miedo a la muerte.

Por otro lado Santana Freitas, K., Kimura, M. y Azevédo, K. (2007), en su estudio sobre las necesidades familiares de pacientes en UCI, realizado en Sao Paulo, encontraron que las necesidades de mayor importancia identificadas por los familiares fueron comenzar la visita en la hora indicada, tener un buen snack dentro del hospital, disponer de muebles confortables en la sala de espera, disponer de un lugar para estar solo, ser informado con relación a la evolución del paciente.

En el hospital Costa del Sol de España, Velasco, J. (2002) estudio necesidades de los familiares de pacientes ingresados en UCI, encontrando como necesidades más apremiantes las relacionadas con la información sobre la evolución del paciente y la seguridad en el ámbito hospitalario.

En el contexto venezolano, un estudio realizado por Briceño, Díaz y Figuera en el año 2010, en la UCI del Instituto Médico la Floresta del Distrito Capital con enfoque cualitativo fenomenológico, sobre las vivencias de familiares de pacientes ingresados en dicha unidad y el significado que la sala de espera como espacio físico emergieron de la entrevistas realizadas a los familiares tres temas significativos: interferencia de la vida cotidiana, relación interpersonal enfermera-paciente positiva y discomfort en la sala de espera.

En la clínica Atías, del Distrito Capital, la UCI, está situada en el piso 5, estructuralmente está organizada con 8 camas, donde ingresan pacientes con diversas patologías, de gravedad considerable, atención por los médicos intensivistas y 7 enfermeras en cada turno de trabajo. Esta unidad, también cuenta con una sala de estar con sillones para descanso de los familiares, máquina expendedora de café, teléfono con entrada de llamadas externas e internas; el horario de visita familiar está normada en la mañana 10 am a 12 pm y en la tarde de 5 pm a 7 pm, con permanencia de 5 a 10 minutos, con vestimenta adecuada.

En el Centro de Especialidades Anzoátegui de Barcelona, la UCI, está situada en la planta baja, estructuralmente organizada con 4 camas, los pacientes ingresados, son atendidos por médicos intensivistas y 4 enfermeras especialistas por cada turno de trabajo.

En dicha UCI, los familiares descansan en 4 sillas situadas en el pasillo frente a la unidad, donde esperan la información relacionada con la evolución de sus pacientes y la hora de visitas establecida en el horario de 5 a 6 pm, es decir una hora diaria, la información sobre el paciente la reciben solo del médico intensivista cuando es necesaria, por ejemplo, la realización

de un procedimiento específico o cambios en el diagnóstico o la sobrevida de paciente.

En ambas UCI, la información relativa a la condición de vida del paciente, es exclusiva al médico tratante intensivista, enfocada en lo específico al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los mismos; alejándose de un adecuado abordaje de las necesidades de los familiares.

Ante la situación descrita, surgen las siguientes interrogantes: Los familiares de pacientes ingresados en las UCI seleccionadas: ¿Reciben orientación general sobre la ubicación de la UCI?, ¿Sienten confianza en los profesionales que cuidan a su paciente?, ¿Disponen de una sala de espera, cercana a la UCI?, ¿Disponen de ambientes confortables, como sala de espera en la UCI?, ¿Sienten que los profesionales de la UCI, se interesan por el paciente?, ¿Sienten que existe esperanza por la recuperación del paciente?, ¿Poseen un horario de visita especial, en la UCI?, ¿Ayudan al cuidado del paciente, en el horario de visita?

Para dar respuesta a estas interrogantes, las autoras formulan el siguiente Problema de Investigación ¿Cuáles son las necesidades de familiares de pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de la Clínica ATÍAS, Distrito Capital, Caracas y del Centro de Especialidades Anzoátegui, en el segundo semestre del año 2012?

## **Objetivos de la Investigación**

### **Objetivo General**

Evaluar en términos de importancia las necesidades de familiares de pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), seleccionadas, en su dimensión: Necesidades Esenciales.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar la importancia dada a la necesidad de soporte en los familiares de pacientes hospitalizados en UCI
- Identificar la importancia dada a la necesidad de confort en los familiares de pacientes hospitalizados en UCI
- Identificar la importancia dada a la necesidad de seguridad en los familiares de pacientes hospitalizados en UCI.
- Identificar la importancia dada a la necesidad de información en los familiares de pacientes hospitalizados en UCI.
- Identificar la importancia dada a la necesidad de proximidad en los familiares de pacientes hospitalizados en UCI.

### **Justificación de la Investigación**

La familia como grupo primario, representa la organización social más básica de la sociedad, también representa la expresión de socialización, solidaridad, protección y cuidado a los suyos, cuando se presenta un suceso vital, una situación crítica que exija adaptación al ritmo de vida habitual como lo es la enfermedad de un miembro de la familia e ingreso a la UCI, por presentar graves alteraciones de sus funciones vitales que ponen en peligro su vida, siendo el lugar donde los familiares sufren más y en la mayoría de los casos sus necesidades como persona no son reconocidas.

El objetivo de esta investigación se orienta a Evaluar en términos de importancia las necesidades de familiares de pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), seleccionadas, en su dimensión: Necesidades Esenciales.

En términos teóricos la investigación se justifica porque mediante la descripción de conceptos y enfoques teóricos relacionados con la familia, necesidades de familiares, enfermedad de sus allegados, será posible

evaluar las necesidades esenciales más importantes en los familiares de pacientes ingresados a la UCI.

En el contexto metodológico la utilización de un instrumento tipo cuestionario como es el de valoración Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), justifica metodológicamente la investigación porque se utilizan técnicas de investigaciones seguras y eficaces como lo es el instrumento valoración (CCFNI) creado por las enfermeras norteamericanas Molter y Leske y validado en el contexto latinoamericano por enfermeras chilenas.

En el contexto de la práctica la investigación también se justifica porque de los resultados que se obtengan será preciso recomendar estrategias para satisfacer las necesidades esenciales de los familiares de los pacientes internados en UCI que siempre demandan información, un sistema abierto de visitas, atención humanizada y personalizada por parte de los miembros del equipo de salud y espacios físicos confortables para estar atentos a los progresos de su familiar.



## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

El presente capítulo, describe los Antecedentes, surgidos de la Revisión Bibliográfica, sobre el tema de interés, las bases teóricas, el sistema de variables, su operacionalización y la definición de términos básicos.

#### **Antecedentes**

En toda investigación se hace necesaria la revisión de estudios previos, relacionados con el Problema de Interés. De acuerdo con Tamayo y Tamayo, M. (2001) “En los antecedentes se trata de hacer una síntesis... de las investigaciones o trabajos realizados sobre el problema formulado con el fin de determinar el enfoque metodológico de la misma investigación” (P.146). Atendiendo a lo citado se presentan investigaciones nacionales e internacionales relacionados con el problema planteado.

#### **Investigaciones Nacionales Relacionadas con la Variable en Estudio**

Briceño, Y., Díaz, W. y Figuera, E. (2010) relacionaron en Caracas, una Investigación con la finalidad de descubrir el significado de las vivencias de familiares de pacientes ingresados en la UCI y el significado que la sala de espera como espacio físico tiene para el familiar de los pacientes.

Metodológicamente fue una investigación con enfoque cualitativo de carácter fenomenológico, descriptivo, cuyos informantes claves fueron (8) familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados

Intensivos del Instituto Médico la Floresta, Clínica Privada de 4to nivel ubicada en el Distrito Capital, Caracas.

Utilizaron la entrevista como medio de recolección de información, dichas entrevistas fueron grabadas previo consentimiento informado de los informantes claves, que dieron respuesta a cinco preguntas norteadoras: 1.- su vida diaria se ha alterado con el ingreso de su familiar a la UCI; 2.- Recibe información oportuna sobre la evolución de su familiar internado UCI; 3.- Cómo percibe el cuidado de enfermería dado a su familiar en la UCI; 4.- Participa en el cuidado de su familiar, internado en la UCI; 5.- Es confortable la sala de espera, como espacio físico de la UCI. Las entrevistas se cumplieron en dos momentos, el primero, en un contacto informal previo, una vez que aceptaron participar en el estudio, el segundo, entrevista propiamente dicha, realizada en un tiempo no mayor de 48 horas, con cada informante clave, que fueron grabadas, seguidamente descritas e interpretadas y compartidas con los entrevistados, actividad que conllevó al análisis de los textos y dieron lugar a tres temas relevantes y significativos para el estudio realizado:

1. Interferencia de la Vida Cotidiana, surgida de la interpretación de palabras como alteración, descontrol, desespero, angustia, que al ser una situación inesperada conlleva a la alteración de las actividades de la vida diaria.
2. Relación Positiva entre Profesionales de Enfermería y Familiares de los Pacientes, manifestados por la comunicación amable, recíproca, atentas, ratificando un cuidado de enfermería integrado y humanizado, que da importancia a sus necesidades y sentimientos como familiares de los pacientes internados en UCI.
3. Discomfort en Sala de Espera, surgidos de las experiencias vividas por los familiares, manifestadas por la ausencia de Privacidad, confort, y Servicios Sanitarios, requiriendo un espacio físico confortable, amplio y cómodo para el descanso en los momentos de espera.

Recomiendan los Investigadores, la necesidad de implementación de cambios en el reconocimiento de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en UCI para contribuir a la recuperación del enfermo, dando prioridad a su confort, la comunicación y la relación de ayuda enfocándose en el cuidado humano de los familiares, para así satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales en el contexto de sus vivencias.

Delgado, H. y Mejías M. (2010) realizaron en el Edo. Portuguesa, una investigación con el objetivo de determinar la relación que existe entre la interacción del personal de enfermería con los familiares del paciente politraumatizado y su relación con el estrés generado en los mismos.

Fue un estudio de tipo descriptivo-correlacionar, cuya población estuvo constituida por 40 familiares de pacientes politraumatizados que ingresaron a UCI del Hospital Jesús María Casal de Acarigua. Edo. Portuguesa, los 40 familiares constituyeron el elemento muestral, seleccionados mediante el muestreo no probabilístico intencional que cumplieron los criterios de inclusión: Padre o Madre, hija (o), sobrina (o), leer y escribir, mayor de 18 años y dieron su consentimiento de querer participar en el estudio.

Para recolectar la información aplicaron un instrumento tipo cuestionario estructurado en tres partes; la primera recolectaba datos sociodemográficos, la segunda conformada por 26 ítems para la medición de la variable interacción del personal de enfermería con los familiares de los pacientes y la tercera constituida por 15 ítems para medir la variable niveles de estrés de los familiares; ambos en escala Likert de 4 puntos: Nunca, casi nunca, casi siempre y siempre, que obtuvieron un valor confiable de 0,75 y 0,88 respectivamente según el índice Alpha de Cronbach.

En los resultados respecto a las características demográficas, muestran que las edades de los familiares oscilaron entre 18 a 25 años (37,5%), en su mayoría (37,5%) eran sobrinos de los pacientes, predominó el sexo femenino 60%, con un nivel de instrucción de secundaria (45%).

En lo referido a la interacción del personal de enfermería con los familiares de los pacientes politraumatizados hospitalizados en la UCI, observaron que el 40% se ubicó en la categoría siempre, 32,5% se ubicó en casi nunca y 27,5% en casi siempre, significando que un porcentaje importante de la población estudiada consideró que el personal de enfermería sí estableció interacción con los familiares de los pacientes. Respecto a los datos obtenidos para la variable estrés de los familiares de los pacientes, evidenciamos un 57,5% de respuestas en la categoría casi siempre, 30% se ubicaron en la categoría simple, y 12,5% en casi nunca.

En cuanto a la relación entre las variables estudiadas según el coeficiente de correlación de Spearman, encontraron predominancia de la categoría casi siempre con 72,7% para ambas, confirmando que a mayor interacción del personal de enfermería con los familiares de los pacientes politraumatizados hospitalizados en UCI, disminuye el estrés de los familiares.

En la discusión de los resultados, enfatizan dichos investigadores, que la hospitalización del paciente politraumatizado en la UCI, genera en los familiares estrés, que puede deberse a situaciones como pérdida de contacto, sentimientos negativos de aprensión o temor al área hospitalaria, los múltiples métodos invasivos, las condiciones del enfermo y la incertidumbre sobre lo que pueda pasarle a su paciente.

Concluyen, señalando, la importancia de reconocer que uno de los agravantes del estrés son las relaciones humanas, siendo necesario, que

el personal de enfermería en su interacción con la familia sirva de enlace a través de un acercamiento empático para disminuir la ansiedad o el estrés presente en el grupo familiar.

### **Investigaciones Internacionales Relacionados con la Variable en estudio**

Soto Cruz, E., Parra Duran, D.F., y Rojas Camargo, M. del P. (2010) realizaron en Colombia una investigación con la finalidad de Identificar las necesidades de los familiares con pacientes en las unidades de Cuidados Intensivos pediátrico, adulto y coronario del Hospital Federico Herar Acosta.

Fue un estudio con diseño longitudinal, tipo descriptivo realizado durante los meses Febrero, Marzo, Abril, Mayo 2010, cuya muestra la conformaron con 30 familiares de pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos adulto, coronario y pediátrico del Hospital Federico Herar Acosta de la ciudad de Ibagué, seleccionados por muestreo aleatorio simple.

Para recolectar los datos aplicaron al elemento muestral el Instrumento original Critical Care-Family Needs Inventory (CCFNI), por sus siglas en inglés) creado por las Enfermeras norteamericanas Nancy Molter y Jane Leske, el cual consta de 45 preguntas que evalúan las principales necesidades de los familiares de pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs). Así mismo aplicaron su cuestionario para la obtención de datos sociodemográficos.

En los resultados describen que el 43% de los pacientes hospitalizados en dichas unidades vivían con sus padres, el 33% vivían con el conyugue e hijos, el 17% con otras personas y un 7% sólo con el conyugue. Las edades de los familiares estuvieron entre los 18 hasta 62 años, predominando la etapa adulta con 43% de familiares. El 63% lo

constituyeron mujeres, 36% padres o madres de los pacientes hospitalizados, 27% eran hijos, 20% hermanos y el 17% conyugues de los pacientes.

En lo referido a las necesidades de los familiares con pacientes en las tres Unidades de Cuidados Intensivos estudiadas, señalan que observaron coincidencia en un 97% de los familiares al señalar como muy importante recibir por lo menos una vez al día información sobre el estado de su familiar, para el 93%, era importante hablar con el médico, porque para ellos representaba seguridad y confianza respecto a la evolución de su familiar hospitalizado, ese mismo porcentaje (93%) consideró que la necesidad de ayudar con el cuidado físico, les generaba confianza al participar en actividades como el baño diario.

El mismo 93% consideró importante saber el porqué de cada procedimiento realizado a su familiar hospitalizado, conocer el pronóstico de la enfermedad. Para un alto porcentaje de los familiares, no fue importante tener un espacio para estar solos, mientras se encuentran en el hospital, ni hablar sobre la posibilidad de muerte de su familiar.

Concluyen dichas investigados enfatizando que los familiares de los pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital estudiado, demandan información, un sistema abierto de visitas, atención personalizada y humanizada por parte del personal de Enfermería y Médico adscritos a las UCI. Esa información debe ser continúa, no solo sobre la enfermedad o estado de salud de su ser querido, sino también sobre todo lo que ocurre alrededor del mismo como los procedimientos que se realizan, si será remitido a otra institución, tratamiento médico y farmacológico, y además, necesita estar el mayor tiempo posible cerca de su familiar hospitalizado en la UCI.

Recomiendan como fundamental incorporar un plan de atención a la familia, teniendo en cuenta sus necesidades de cuidado, dado a que los cambios sociales y funcionales de la familia crean nuevas necesidades. Al momento de realizar el plan de cuidados de enfermería, debe considerarse la participación del familiar en la fase de enseñanza y educación sobre los cuidados de su familiar hospitalizado.

Urizzi, F. y Correa, A. (2007) realizaron en Brasil, una investigación con la finalidad de comprender las vivencias de familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), y contribuir con la humanización del cuidado en ese contexto.

En el contexto metodológico fue una investigación cualitativa, fundamentada en la comprensión del fenómeno “ser una familia que pasa por la experiencia del ingreso de un familiar en la UTI”, utilizando como referencial metodología la fenomenología, incluyeron a 17 familias de pacientes adultos ingresados en la UTI de la Santa Casa Londrina, Sao Paulo, Brasil, los componentes de la familia nuclear: Padre, madre e hijo, ligados entre sí por el parentesco con el paciente internado, fueron sujetos de investigación, mediante entrevistas en profundidad, siempre que visitaran al pacientes en horas de la mañana y tarde, y firmaran el consentimiento libre y aclarado, según los principios fundamentales de la Ética en la investigación; las entrevistas fueron grabadas y transcritas.

La pregunta guía fue ¿Cómo es tener un familiar hospitalizado aquí? Descríbalo. Durante la entrevista indican las investigadoras que estuvieron atentas a los gestos, movimientos, miradas, entonación de voz y silencio, comprendidos como formas de vivir el mundo que el sujeto expresa en íntima relación con el fenómeno en estudio.

Finalizada la transcripción de las entrevistas, fueron, como explican los investigadores aproximadas, unas a las otras, en la búsqueda de

convergencias y divergencias, siendo finalmente configuradas por categorías temáticas de la siguiente forma: **Sufrimiento**: sentimiento expresado usando palabras como difícil, triste, sufrido, terrible. Señala que en 11 de las 17 entrevistas la palabra difícil fue citada como primera expresión, enfatizaron que está relacionada con el dolor que la situación vivida despierta. **Colocarse en el lugar y Percibir al otro** concebido por lo narrado en la entrevista “nosotros sentimos lo que ella siente cuando nos vamos, las lágrimas brotan, porque ella tiene miedo, eso nos duele”. **Rompimiento de la Relación con el cotidiano familiar**: expresado en “Está siendo muy difícil para mí que estaba siempre trabajando, de pronto se puso así, uno se desespera, así me puse yo”. Enfatizan las investigadoras que estas situaciones inesperadas dejan a la personas inconfortable, mostrando su lado inseguro dentro de sus vivencias. **UCI Ambiente temido, pero necesario**: teniendo en consideración las particularidades de la UTI, los familiares admitieron que se trata de un local ideal para la recuperación de los pacientes graves, expresado en sentimiento de esperanza de vida; pero también lo perciben como un local que da miedo, aprehensión e inseguridad.

Concluyen indicando que: la familia al colocarse en el lugar del paciente se aproxima a la vivencia, el profesional para aproximarse efectivamente a la familia, debe colocarse en el lugar del otro y valorar su experiencia como singular, reconociendo en cada familia su modo propio de enfrentar la situación de hospitalización.

Santana, K., Kimura, M., Azevédo, K. (2007) realizaron en Brasil, una investigación con el propósito 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.

En términos metodológicos fue un estudio transversal y comparativo realizado en tres UCIs del Municipio de Sao Paulo, dos de



Hospitales Públicos y uno de Hospital Privado. En los Hospitales Públicos, seleccionaron en uno, la UCI de Medicina con 11 camas, en el otro, la UCI de cirugía con 14 camas. En el Hospital Privado, seleccionaron la UCI de pacientes adultos en tratamiento clínico y quirúrgico, con 19 camas. Los sujetos del estudio fueron los familiares de los pacientes hospitalizados en las UCIs, seleccionadas.

La población la integraron con un familiar por cada paciente, con lazos de consanguinidad, que vivían con él; con estrechas relaciones y cumplieron los siguientes criterios de inclusión: edad igual o superior a 18 años con familiar adulto hospitalizado en la UCI con mínimo de 24 hs, haber visitado al paciente al menos una vez durante el período de hospitalización, estar en condiciones de entender y responder a las preguntas de los instrumentos y estar de acuerdo en participar del estudio firmando el término de consentimiento libre y aclarado. El tamaño de las muestras lo estimaron en 44 familiares por cada institución, considerando como error alfa 1,05 y 0,2.

Para la recolección de datos utilizaron cuatro instrumentos: la ficha de caracterización de las UCIS, destinado para el registro de informaciones estructurales y funcionales de las unidades; la ficha de caracterización del paciente, para obtener datos sociodemográficos y clínicos; la ficha de caracterización familiar, para el registro de datos socio-económicos, demográficos y de relaciones con el paciente y el Inventario de Necesidades y Estresantes de Familiares en Cuidados Intensivos (INEFCI) para evaluar las necesidades de los familiares; derivado del Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), adaptado y validado para la cultura brasilera por Castro, D. Dicho Instrumento considera necesidades relacionadas a cuatro dimensiones: Información, seguridad, proximidad, soporte y confort, compuesto por 43 ítems, en una escala puntuada de 0 a 3. Las investigadoras, evaluaron la consistencia

interna a través del método de las mitades de spearman Brown, obteniendo como valor confiable 0,74 y 0,77.

En los resultados, analizados a través del Programa SPSS, versión 12.0 para Windows, obtuvieron para la caracterización de los pacientes y familiares, un total de 91 pacientes estudiados en ambos hospitales, el 53,8% eran del sexo femenino, católicos 73,6%, casados 52,7%, con edad media de  $59,6 \pm 19,3$  años. Las diferencias entre los grupos de pacientes fueron significativas en relación a escolaridad ( $P=0,032$ ), siendo más frecuente el nivel superior en individuos de Hospital Privado (25,6%) que en los Públicos (6,4%); con respecto al motivo de hospitalización ( $P=0,012$ ), en los servicios Públicos fue más frecuente el postoperatorio inmediato (46,6%) y el servicio Privado, las enfermedades cardiovasculares (25,0%).

En cuanto a los familiares, 47 eran de Hospitales Públicas y 44 del Privado, predominaron los familiares de sexo femenino (74,7%), católicos (64,8%), casados (61,5%) más de la mitad con actividad remunerada (58,2%) y con experiencia anterior con pacientes internados en UCI (59,3%), la gran mayoría (91,2%), informados del diagnóstico médico del paciente.

De las 43 necesidades estudiadas, cerca del 90% fueron consideradas importantes o muy importantes por los familiares de los pacientes en ambas instituciones (Públicos y Privados) teniendo como criterio, los ítems que presentaron medias  $\geq 3,0$ . Al comparar las medias obtenidas en cada necesidad encontraron que los grupos solo diferían significativamente en relación a la importancia de cuatro necesidades: comenzar la visita en la hora indicada ( $P=0,029$ ), tener un buen snack dentro del hospital ( $P=0,002$ ), disponer de muebles confortables en la sala de espera ( $P=0,027$ ) y disponer de un lugar en el que pueda estar solo cuando me encuentre en el Hospital ( $P=0,023$ ).

Enfatizan las investigadoras que todos los puntajes fueron más elevados en la UCI Privada, a excepción del primer Ítem (comenzar la visita en la hora indicada) considerado de mayor importancia por los familiares de la UCI Pública. Observaron además que los familiares de pacientes en la UCI Privada, presentaron un puntaje total de satisfacción superior (3,23) con relación a los familiares de la UCI Públicas (2,92), diferencia estadísticamente significativa ( $P=0,002$ ). En consideración a los 43 ítems de la escala de satisfacción, los familiares de la UCI Pública presentaron insatisfacción o poca satisfacción (media  $< 3$ ) con casi la mitad de las necesidades (46,5%), en relación a los familiares de la UCI Privada, en los cuales el número fue menor (32,5%).

Las investigaciones nacionales e internacionales son un apoyo significativo para el desarrollo de esta investigación puesto que orientan a la descripción de los fenómenos de interés para la selección de la dimensión, los indicadores, subindicadores e instrumentos de recolección de datos como lo es el CCFNI

### **Bases Teóricas**

La enfermería es concebida como una tarea apasionante en la que, ante todo, se produce una relación de comunicación entre personas. Se trata de una labor Profesional donde se exige a cada enfermera y enfermero excelencia no sólo técnica sino humana.

La enfermería, contiene una dimensión social, ésta determinada por la interacción con otros quehaceres Profesionales en el ámbito sanitario, con los individuos a nivel particular, y con las Instituciones en el ámbito general, enfatiza Feíto Grande, L. (2000) “es una labor cuyo sentido arranca de una “situación de indigencia” del ser humano, que es finito, y lábil y doliente, y que requiere, en mayor o menor medida, de una atención solícita de otro. Es lo que podemos resumir en una palabra... el cuidado” (P.14)

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) la enfermera (o) intensivista debe cuidar al unísono al paciente hospitalizado y a sus familiares como un solo núcleo de cuidado, esa acción cuidadora, les permitirá comprender las dificultades socioemocionales surgidas en el grupo familiar como una totalidad, con la finalidad de darles apoyo durante el proceso de adaptación a la nueva situación que confrontan, ante la enfermedad del paciente. Llavador Sanchos, J. (2001) señala el paciente en estado crítico es aquel que “Presenta o puede presentar de forma inminente graves alteraciones de sus funciones vitales que ponen en peligro su vida, siendo la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el lugar donde se agrupan este tipo de pacientes. “(P.104). Adicional a ello, Zaforteza, C., Gastaldo, D., Sánchez-Cuenca, P.E. y Lastra, P. (2004) enfatizan que:

Las UCI están organizadas con una estructura que rompe la conexión de personas con su entorno y pensada para facilitar el trabajo de médicos y enfermeras. Probablemente, la UCI es el lugar de los servicios sanitarios donde los familiares sufren más y donde los deseos de los familiares implican contacto con el paciente y con los profesionales. (p. 5).

Interpretando lo citado, puede considerarse que el cuidado de paciente crítico es incompleto si no se acompaña del abordaje de los problemas no médicos de los familiares, en lo referido a sus sentimientos de ansiedad, miedo, soledad, preocupación, depresión entre otros síntomas psicológicos. Torrents, R., Oliva, E., Sancedo, M., Surroca, L., Jover, C. (2003), sobre lo antes descrito enfatizan:

No hay que olvidar que los familiares son una parte muy importante en el proceso de la enfermedad y el cuidado de los pacientes críticos. Ellos contribuyen de manera muy significativa a la consecución de una buena evolución de la enfermedad, ya que participan de manera activa en la toma de decisiones junto al equipo médico e incluso, cuando el paciente está consciente, son la fuente más importante de apoyo y conexión entre el paciente y el equipo médico. (p. 50).

Al ser la familia el núcleo o el epicentro donde se forma la sociedad, puede entenderse que sus integrantes estén sujetos a la influencia del entorno, en el momento de tener a uno de ellos hospitalizado en la UCI, dado a que, se presenta un cambio de Roles en las funciones familiares, además la experiencia vivida, al separarse de uno de sus miembros resultan traumáticos tanto para el paciente como para sus familiares.

De allí, que sea necesario e importante concebir a la familia como una unidad, como un sistema, en el cual, la alteración en alguno de sus miembros implica disfuncionalidad en la totalidad; en este sentido señala Pérez Giraldo, B. (2002) "cuando aparece cualquier enfermedad en la familia, la unidad es afectada en su totalidad, es un proceso colectivo que afecta a cada uno de sus miembros" (P. 3). Además, la enfermedad de una persona afecta a la familia y a otras personas significativas en su vida no solo psicológicamente, sino física y espiritualmente, el tipo de afecto y su magnitud como señalan Kozier, B., Erb, G., Berman, A., y Snyder; S. (2005) dependen "fundamentalmente de tres factores: a) el miembro de la familia enfermo), la gravedad y duración de la enfermedad, y c) las costumbres culturales y sociales de la familia."(p.201). Así mismo, mencionan, las alteraciones que pueden producirse en la familia, estas comprenden entre otras, las siguientes:

- Modificaciones de Roles
- Reasignación de tareas y aumento de las demandas de tiempo
- Aumento del estrés debido a la ansiedad respecto al pronóstico de la enfermedad y el conflicto sobre responsabilidades no acostumbradas
- Problemas económicos
- Soledad como consecuencia de la separación y la pérdida inminente
- Modificaciones de las costumbres sociales.(p.201)

En el contexto de lo citado, es importante enfocarse en el cuidado a la familia, este se convierte en un reto para el profesional de enfermería quien debe promover en el grupo familiar de pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) sentimientos de unidad, cooperación, apoyo mutuo y la coordinación de acciones para la adaptación a las diferentes situaciones que deben enfrentar en el transcurso del ciclo vital, cuando un familiar enfrenta una situación de enfermedad crítica, crisis que afecta a todo el sistema familiar y su entorno, ameritando acciones concretas de enfermería para su adaptación a la situación de salud que vivencia el familiar hospitalizado en la UCI.

Sor Callista Roy, en su modelo de adaptación descrito por Phillips, K. (2007) define la enfermería como una profesión que:

Se dedica a la atención sanitaria..., se centra en los Procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir,...da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general...La enfermería es la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno,...con el análisis de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación. (p.360).

Subyace de lo citado la importancia de la enfermería como disciplina científica y práctica, donde su saber es útil e indispensable para satisfacer las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en las Ucis, actuando de manera positiva y creándoles un entorno favorable facilitador de su adaptación a la situación de enfermedad de su ser querido.

Lo anterior orienta la descripción de la variable en estudio: Necesidad de Familiares con Pacientes en UCI, su dimensión: Necesidades Esenciales e Indicadores Seleccionados.

## **Necesidades de familiares con pacientes en UCI**

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un espacio físico, que conforma la estructura organizacional de todo hospital, donde se ofrecen cuidados de alta complejidad, a pacientes con enfermedades que comprometen sus funciones vitales. Además, los familiares de los pacientes ingresados en la UCI, se ven sujetos a una gran variedad de cambios, así mismo, viven necesidades de angustia, tensión e incertidumbre pobremente satisfechas causándoles situaciones traumáticas al núcleo familiar, durante los días de hospitalización del paciente.

Soto Cruz, E., Parra Durán, D. y Rojas Camargo, M. (op. cit) enfatizan que “la familia es el núcleo o el epicentro donde se forma la sociedad” (P. 19). Es decir que la familia puede considerarse como el grupo familiar más importante de la sociedad, definida por Del Rey Calero, J., y Calvo Fernández, J. R. (1998) como “la unidad básica de la sociedad y medio natural para el desenvolvimiento y bienestar de todos los miembros” (P. 419). Atendiendo a lo citado, es de considerar que los familiares como grupo primario, son parte importante en el proceso de enfermedad y cuidado de pacientes ingresados en UCI; que suponen connotaciones negativas según sea la gravedad de la dolencia, con todos los temores que las alteraciones de salud de su familiar pueden conllevar.

De acuerdo con Gómez Martínez, S., Ballester Arnal, R., y Gil Juliá, B. (2011) el ingreso a UCI de una persona, conlleva variados tipos de problemas para los familiares:

En un primer momento, y de manera abrupta, la cotidianidad deja paso a la incertidumbre, el cambio de roles el miedo, la ansiedad, la depresión y otros síntomas psicológicos. ...en muchos casos, la experiencia del ingreso es más estresante para la familia que para el propio paciente. (P. 58).

Es así, como este cúmulo de circunstancias pueden ocasionar a los familiares de los pacientes ingresados a la UCI, que desatiendan sus

propias necesidades básicas, tales como descanso inadecuado, dieta pobre, desatención de las relaciones interpersonales, provocando un ciclo de consecuencias negativas, dado a que, su desorientación y necesidades no son solo psicológica, sino física y hasta espirituales. Es así como las necesidades de los familiares son conceptuadas como esenciales y exigidas por ellos, estas cuando son satisfechas alivian o disminuyen la flexión, la angustia inmediata, mejorando su bienestar como familia.

### **Necesidades Esenciales**

El concepto de necesidad tiene una larga trayectoria en el pensamiento social. Existen distintas disciplinas y por la diversidad de escuelas teóricas. Necesidad significa carencia interna, según Chiavenato, I (2009) “las necesidades aparecen cuando surge un desequilibrio fisiológico o psicológico,... las necesidades son variables, surgen del interior de cada individuo y dependen de elementos culturales” (p.337). De acuerdo con Elizalde, A. Martí, M. y Martínez, F. (2006).

La necesidad humana es fundamentalmente una virtualidad mental esencial contenida en los límites de nuestra existencia, tanto en su dimensión física o material como en su dimensión mental. Ella forma parte de nuestro existir... Posee un carácter universal por cuanto es compartida por todos los seres humanos, que son por su propia condición humana seres de necesidades;... Siendo a su vez, esenciales a toda existencia individual. (p.12)

Atendiendo a lo citado, la condición humana de la persona enferma ingresada a una UCI, se traduce en vivencias estresantes para la familia al experimentar shock, incredulidad, ansiedad e incertidumbre sobre el pronóstico de su ser querido, así como a la separación física de su familiar en situación crítica que puede causar una experiencia de desorganización y crisis familiar en el entorno, son entendidas como necesidades de la familia, estas en palabras de Benito, M., García, A., López, I., Benito, R., Peláez, R. y Rojas, A. (2011) “son conceptualizadas



como esenciales, y cuando se satisfacen, alivian y/o disminuyen su angustia inmediata, con la mejora de su bienestar..., la actitud de la familia puede servir de ayuda para la recuperación del paciente en UCI (p.7).

En ese sentido, el cuidado centrado en la familia y sus necesidades esenciales, es un enfoque innovador, basados en asociaciones beneficiosas, en la toma de decisiones y el cuidado del paciente, entre los proveedores de salud y las familias, un enfoque que considera al paciente y a su entorno como única unidad de cuidado, que requiere atención de ayuda, apoyo y asesoramiento de los profesionales de enfermería, ameritando acciones concretas para su adaptación a la situación de salud vivenciada por el familiar hospitalizado.

En el contexto de lo descrito, es pertinente hacer mención a Sor Callista Roy y su modelo de adaptación descrito por Phillips, K. (2007) donde define la enfermería como una profesión que:

Se dedica a la atención sanitaria,... Se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir... da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de los familiares, de los grupos y de la sociedad en general... la enfermería es la ciencia y la práctica que amplía las capacidades de adaptación y mejora la transformación del entorno,... con el análisis de la conducta y de los estímulos que incluyen en la adaptación. (p.360).

Desde lo citado, subyace la importancia de la enfermería como disciplina y como práctica, donde su saber, es útil para ofrecer un servicio vital a los familiares de pacientes ingresados en las UCIS., actuando de manera positiva para mejorar la interacción entre los familiares y su entorno con el fin de fomentar la adaptación a la situación de salud del familiar hospitalizado.

En este contexto es pertinente destacar los señalamientos de Asiain Erro, M. C. (2008) respecto a la familia del paciente crítico:

... La familia se ve amenazada por la separación que supone el ingreso a la UCI, pierde su papel ante el enfermo, deja de sentirse útil y surgen sentimientos de abandono y desesperanza. Todo ello induce a una situación de ansiedad, nerviosismo, miedo e incluso, a veces, ira y hostilidad... Es importante que las enfermeras sean consientes de la situación y de las necesidades de los familiares para ayudarlos desde el primer momento. (p.8)

Es así como se han de tener presentes las necesidades esenciales de los familiares, puesto que el paciente es miembro de una familia y su recuperación depende también del entorno familiar.

Para los efectos del estudio las necesidades esenciales, operacionalmente están referidas a aquellas necesidades de soporte, confort, seguridad, información y proximidad, expresadas por los familiares de pacientes hospitalizados en UCI, que al ser satisfechas disminuyen su angustia inmediata y están plasmadas en el Crical Care Family Needs Inventori (CCFNI) de Nancy Molter.

### **Necesidad de Soporte**

La intensidad de la experiencia que supone el paso por una UCI es innegable. No cabe duda, que, tanto la enfermedad como la hospitalización originan una importante percepción de amenaza para el paciente y su familiar. Pues, cuando se produce una enfermedad en la familia, los miembros integrantes de la misma pueden sufrir una crisis, en el modelo de la crisis familiar Hill y Hansen, citados por Griffith, J. y Christensen, P. (1986) se refieren a las características del evento, enfatizando que “un interés mayor de la familia como unidad es... el significado y percepción del interés relación al conocimiento de la condición, incluyendo las limitaciones potenciales,... necesitan ser explorados por la familia como un todo” (p.376).

En el contexto de lo citado, los familiares de un paciente ingresado a la UCI, necesitan de soporte, de apoyo de los profesionales de salud en particular de enfermería, para enfrentar dicha crisis familiar, mediante orientaciones específicas sobre el funcionamiento de la UCI; a ellos, como lo enfatiza Asiain Erro, M. C. (op. Cit), en el primer contacto “se les informará del funcionamiento de la unidad y se les entregará por escrito; al mismo tiempo se identificará al familiar que asume la función de responsable” (p.8). Dicha autora también explicita, que:

En esta información escrita se transmite qué es la UCI, la política de visitas, el horario de información médico, cómo comunicarse con la enfermera que atiende al paciente, los teléfonos con los que pueden contactar permanentemente y otros recursos que pueden ser útiles durante su estancia.

En el contexto de lo citado, las necesidades de soporte para los familiares de pacientes ingresados a las UCI, se traducen en disponer de orientaciones generales sobre: el funcionamiento de dichas unidades, orientación en caso de problemas financieros, profesionales que pueden ayudarlos, ser informado de los servicios religiosos, tener personas preocupados por la salud de los familiares así, como amigos próximos de apoyo, entre otras necesidades de soporte, relacionadas con la confianza, acompañamiento negativo, y el disponer de un lugar para estar solo.

### **Necesidad de Confort**

Las personas cuando presentan alguna alteración en su salud se ven en la necesidad de acudir a un centro de salud y en muchos casos, dada la patología subyacente son ingresados a la UCI, originando tanto en pacientes como en la familia preocupación, además en la familia la hospitalización, es fuente de incomodidad, esto debido a la ausencia de un espacio físico que les ofrezca confort durante la espera.

En teoría de confort de Kolcaba, citada por Nava Galán, G. (2010) el confort o comodidad, es definida como “el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad” (p.96). En el caso particular de los familiares de pacientes ingresados en UCI, la confortabilidad, como lo señalan Pardavila Belio, M. y Vivas, C. (2011) está relacionada con las necesidades prácticas, estas engloban todo aquello que contribuye a que” la familia, se sienta cómoda: las salas de espera, los teléfonos, las cafeterías y la cercanía física a la UCI” (p.17).En las UCI, estudiadas, como se menciona en los inicios del trabajo los familiares de los pacientes adolecen de una sala de espera confortable con muebles adecuados para un apropiado descanso ,si es que este fuera posible ,con baños ,teléfono y máquinas dispensadoras de café ,galletas, etc., que le den satisfacción a sus necesidades de confort. Las salas de espera dicen Kutash, M., y Northrop, L.(2007) en ocasiones favorecen el “soporte el soporte emocional entre familias que están viviendo situaciones parecidas, además son consideradas como un lugar donde pueden recibir información sobre el pronóstico de su ser querido”(p. 385).Es decir que antes las limitaciones de espacio físico, incomodidad y hasta falta de intimidad sería necesario desde los equipos directivos prestar atención a los detalles estructurales de las salas de esperas para fomentar la comodidad de las familias en situaciones de gran vulnerabilidad, como lo es, la hospitalización de un ser querido en las UCI.

### **Necesidad de Seguridad**

La enfermedad es crisis de la seguridad; Sandrin, L., Brusco, A., Policante, G. (1997) señalan que “se expresa en la búsqueda de familiaridad, de estabilidad, de información y de protección contra el peligro” (p.19)

Los factores que satisfacen la necesidad de seguridad del enfermo y su familia, enfatizan los autores precitados (op. cit) dependen de:

Una información comprensible y creíble sobre la enfermedad y sus eventuales consecuencias, de la confianza que depositan en quien le cura y asiste, de la comprobación de que no se le deja solo y de la certeza de que, ocurra lo que ocurra, no se verá abandonado. ( P.22)

La enfermedad, sobre todo la enfermedad grave, imprime carácter, es un acontecimiento que por sí mismo puede dinamitar las estructuras familiares más rígidas o transformar, para bien, los sistemas familiares más disfuncionales.

### **Necesidad de Información**

La necesidad de información se concibe conceptualmente como el conocimiento de la situación actual del paciente ingresado a la UCI, la información es un tema de preocupación para los familiares, pues como lo afirman Pérez, M. y Taboada, H. (2000) “mucho tiempo y esfuerzo se centraliza en el paciente y en la respuesta del personal, pero con frecuencia la familia es ignorada.

Como el paciente, su familia esta tensionada por miedo, por el resultado (pronostico), así como por la falta de información o por información conflictiva” (p.2). Respecto a la necesidad de información se pronuncian también Blanca, J. Blanco, A., Juque, M., Ramírez, M. (2008) enfatizando que:

Los familiares necesitan saber si su ser querido está sintiendo dolor, temor, o soledad; necesitan información sobre su estado, dada pronto y con frecuencia; necesitan contactos inmediatos con la enfermera y el médico que cuidan del paciente. Los familiares demandan información, no sólo sobre la enfermedad y el estado de ser querido sino sobre todo lo que está ocurriendo alrededor. (p.8).

En la experiencia laboral como enfermeras intensivistas se vive cada día la preocupación del familiar por obtener información precisa sobre la situación del paciente, requieren saber sobre posibles

transferencias a otros servicios o unidades clínicas, conocer sobre el tratamiento, entrevistarse con el médico, sobre la evolución de su ser querido, requieren conocer quiénes son los profesionales -médicos y enfermeras- responsables de darles los cuidados, así como información específica sobre lo que está ocurriendo alrededor del paciente. En este sentido Pardavila, M. y Vivas, C. (op. cit) afirman, es importante que “la información médica y la de enfermería sean complementarias y que exista una adecuada coordinación de la misma para que así los familiares reciban la mejor información posible” (p.3).

Las familias deben recibir información sobre las reglas y normas del hospital, y conscientemente de las UCI, pues si desconocen la dinámica de la información en dichas unidades, la buscan de manera informal, en los pasillos o llamando por teléfono a la unidad, autores como Blanca, J. Blanco, M., Luque, M. y Ramírez, M. (op. cit) proponen que “la información facilitada a los familiares sea estructurada, clara y se realice en un ambiente empático” (p.5).

El ingreso hospitalario en lo específico a la UCI, de una persona produce angustia, preocupación y tensión en los miembros del grupo familiar, porque se llega a un mundo desconocido, con costumbres y horarios diferentes, y donde la enfermedad provoca uniformidad de los pacientes. Pero un alejamiento, a veces abismal, con los sanos. Ante esta situación, surge la necesidad de información, en los familiares, esta debe abarcar no solamente los aspectos médicos y de cuidado sino también las normas y reglas que rigen en la Institución. A ello se refiere Rocamora Bonilla, A. (2000) quien enfatiza “es a través de ese marco de información y conocimiento donde se puede generar una cierta tranquilidad y confianza que facilite todo el proceso curativo” (p.103)

## **Necesidad de proximidad**

Leyendo Iconos bíblicos de la compasión descrito por Panagazzi, A. (1999) este enfatiza “ Un segundo icono que ha iluminado siempre la acción de los que trabajan en el mundo de la salud es el del **buen samaritano**( Lc 10,30-35)...poniendo de relieve seis gestos que todavía hoy conservan su fuerza inspiradora”(p.21).Uno de los gestos mencionados, es la proximidad:”se acercó” interpretado desde el contexto de los familiares con pacientes ingresados a las UCI, como un acercamiento sanador, sí les es permitido en las mencionadas unidades cultivar el arte de una aproximación positiva, con el paciente tales como visitarlo siempre, darles cuidados y sentirse aceptados por ellos para transmitirles el afecto y el calor humano, qué siempre es necesario durante la hospitalización. De acuerdo con Panagazzi, A. (op.cit)” La proximidad transmite calor humano cuando se convierte en presencia afectuosa, sensible y acogedora...adaptándolo a las exigencias de las personas,...como un apretón de manos, una caricia o un abrazo, según las necesidades que sugieran las circunstancias”(p.25).

Volviendo a la leyenda del buen samaritano, la necesidad de proximidad se puede interpretar a partir de tres verbos que describen la acción de acompañamiento. Lo montó, lo llevó, cuido de él, cuyo significado se traduce en prestar ayuda continuada, asegurando la disponibilidad de presencia siempre, porque, cuando mayor es la vulnerabilidad psicológica, física y espiritual de un enfermo en UCI, más intensa se su necesidad de apoyo y proximidad familiar; el ámbito de lo descrito, Pérez Giraldo, B.(2002) enfatiza cuidar desde un enfoque familiar implica “ incluir a la familia en el proceso de prestación de cuidados...ella se convierte en un estímulo favorable para la recuperación de la salud de algunos de sus miembros”(p.2).En el contexto del estudio las necesidades de proximidad están referidas a ver el paciente ingresado a las UCI con frecuencia, iniciar la visita a la hora indicada, poseer un horario de visita especial en algunas situaciones, permitir la visita al

paciente a cualquier hora, ayudar al cuidado del paciente en las UCI, ayudar a alimentarlo, sentirse aceptado por el personal del hospital, conversar con la misma enfermera todos los días, dichas necesidades de proximidad en términos generales, se conciben como estar cerca del ser querido, verlo con regularidad o incluso estar continuamente a su lado, pero al no ser posible afirman Llamas, F., Flores, J., Acosta, M., González, J., Albar, M. y Macías, C.(2009) que “lleva a los familiares a expresar disconformidad con la duración y el horario de las visitas en las Ucis, manifestando deseos de unos horarios más flexibles”(p.11), lo citado, es común a muchas UCI ,porque el horario de visitas en una norma institucional en Venezuela para las instituciones hospitalarias y en unidades clínicas de alta complejidad como los las Unidades de Cuidado Intensivo



## **Sistema de Variables**

La variable Necesidades de Familiares con pacientes Hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) se define conceptual y operacionalmente a continuación

### **Definición Conceptual**

Las Necesidades Familiares son conceptuadas como esenciales. Estas cuando son llenadas o satisfechas alivian o disminuyen la aflicción y la angustia inmediata, mejorando su bienestar humano. Integral. (Leske, JS, 1986.pàg.22)

### **Definición Operacional**

Están referidas a las necesidades esenciales expresadas por familiares inmediatos de pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de las Clínicas privadas ATÍAS de Caracas y Centro Médico Anzoátegui de Lechería, Barcelona - Edo.Anzoátegui

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Variable:** Necesidades de familiares con pacientes hospitalizados en UCI. Están referidas a las necesidades esenciales expresadas por familiares inmediatos de pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de las Clínicas privadas ATÍAS de Caracas y Centro Médico Anzoátegui de Lechería, Barcelona, Edo. Anzoátegui

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Ítems
<p><b>Necesidades Esenciales:</b> Son aquellas necesidades de soporte, confort, seguridad, información y proximidad; expresadas por familiares de pacientes hospitalizados en UCI, que al ser satisfechas disminuyen su angustia inmediata, y están plasmadas en el critical care family needs inventory (CCFNI) de Nancy Molter.</p>	<p><b>Necesidad de soporte:</b> Es el grado de importancia atribuidos por los familiares de pacientes hospitalizados en UCI, a los aspectos siguientes:</p> <p><b>Necesidad de Confort:</b> Es el grado de importancia atribuidos por los familiares de pacientes hospitalizados en UCI, a los aspectos siguientes:</p>	<p>Orientación Ayuda profesional Apoyo de otros Confianza Acompañamiento Sentimientos Descanso</p> <p>Confortabilidad</p>	<p>1-2 3-4 5-6-7 8 9 10-11 12</p> <p>13-14 15-16 17</p>

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Variable:** Necesidades Esenciales en familiares de Pacientes hospitalizados en UCI

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Ítems
<p><b>Necesidades Esenciales:</b> Son aquellas necesidades de soporte, confort, seguridad, información y proximidad; expresadas por familiares de pacientes hospitalizados en UCI, que al ser satisfechas disminuyen su angustia inmediata, y están plasmadas en el critical care family needs inventory (CCFNI) de Nancy Molter.</p>	<p><b>Necesidad de seguridad:</b> Es el grado de importancia atribuidos por los familiares de pacientes hospitalizados en UCI, a los aspectos siguientes:</p>	<p>Interés por el paciente Tratamiento brindado Posibilidad de mejoría Recibir explicaciones Respuestas sinceras Sentimientos de esperanza Tener seguridad</p>	<p>18 19 20 21 22 23 24</p>
	<p><b>Necesidad de Información:</b> Es el grado de importancia atribuidos por los familiares de pacientes hospitalizados en UCI, a los aspectos siguientes:</p>	<p>Transferencias Conocer sobre el pensamiento Conversar con el médico Conocer profesiones cuidados Información específica</p>	<p>25 26-27 28 29-30-31 32-33-34 35-36</p>
	<p><b>Necesidad de Proximidad:</b> Es el grado de importancia atribuidos por los familiares de pacientes hospitalizados en UCI, a los aspectos siguientes:</p>	<p>Ver al paciente Visitar al paciente Dar cuidados Sentirse aceptado</p>	<p>37 38-39-40 41-42 43-44</p>

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

El presente capítulo hace referencia al diseño de la investigación, tipo de estudio, población, muestra, instrumento de recolección de datos, procedimiento seguido para la recolección de información y técnicas de análisis.

#### **Diseño de Investigación**

En el contexto del problema de estudio, el diseño de esta investigación se adscribe al no experimental, de campo. El diseño no experimental es definido por Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006) como los estudios que “se realizan sin la manipulación deliberada de variables, sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (P. 205).

Así mismo, se adscribe al diseño de campo, dado a que como lo señala Barrios Yasevi, M. (2003) se corresponde con “el análisis sistemático de problemas de la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes... Los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad; (P. 14). Es así como esta investigación busca dar respuesta a las necesidades de familiares con pacientes ingresados a las UCI.

#### **Tipo de Estudio**

Enfocándose al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de información, el estudio se adscribe al tipo de estudio prospectivo, donde como lo señalan Pineda, E., y de Alvarado, E., (2008) “se registra la

información según van ocurriendo los hechos” (P. 80).Atendiendo al período y secuencia del estudio, es transversal, este señalan las autoras precitadas “estudian las variables en un momento determinados... Sin considerar el tiempo, (P. 81). Así mismo, se considera como descriptivo, según el análisis y alcance de los resultados, dado a que lo señalan las autoras precitadas “son la base y punto inicial de los otros tipos... dirigidos a determinar... La situación de las variables que deberán estudiarse en una población” (P. 82)

Además se adscribe al tipo Evaluación de Necesidades, este como lo indican Polit, D. y Hungler, B. (2000)” es el estudio mediante el cual el investigador recaba información, para estudiar las necesidades de un grupo, comunidad u organización”. (P.197).En esta investigación se busca Evaluar las necesidades de familiares con pacientes ingresados a la UCI de dos clínicas privadas

### **Población**

Este término alude al grupo de elementos susceptibles de ser estudiados. Para Polit, D. y Hungler, B. (op. cit). Una población “es un conjunto global de casos que satisface una serie predeterminadas de criterios” (P.235).

En ese sentido la población objeto de estudio estuvo por todos los familiares de los pacientes ingresados a las UCI; de la Clínica Atías, situada en Caracas y del Centro de Especialidades Anzoátegui, situada en Lechería, Municipio Urbaneja del Edo. Anzoátegui, cuyos criterios de inclusión fueron: tener un familiar adulto hospitalizado en la UCI, con más de 24 horas; haber visitado al paciente al menos una vez durante la hospitalización, con Parentesco próximo al paciente como esposo (a), madre, padre, hijo (a), hermano (a) y estar de acuerdo en participar en el estudio.

## **Muestra**

El término muestra, lo definen Pineda, E. y Alvarado, de, E. (op. cit). Como “un subconjunto de la población es un medio para conocer las características de una población y los resultados obtenidos... Puedan ser generalizados o extrapolados al universo” (P. 181). Atendiendo a lo citado, se relacionó como muestra al 100% de la población e familiares de los pacientes ingresados en UCI, utilizando el muestreo no como probabilístico accidental.

## **Método e instrumento de Recolección de Datos**

La palabra método, en palabras de Pineda, E. y Alvarado de, E. (op. cit) se refiere al medio o camino a través del cual se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de datos y el logro de los objetivos” (P.197). En cuanto al instrumento se utilizó el cuestionario que los precitadas autoras definen en los términos siguientes “Es el método que utiliza un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuesta sobre el problema en estudio y que el investigado o consultado llena por sí mismo”. (P.203).

Para los efectos de la recolección de datos, en esta investigación se utilizó un cuestionario estructurado en dos partes, la primera, contentiva de datos demográfico del elemento muestral y la segunda cuestionario propiamente dicho, derivado del Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) creado por las enfermeras norteamericanas Nancy Molter y Jane Leske (1979) adaptado y validado para la cultura brasilera por Santana Freitas, K.; Kimura, M. y Azevédo São Jeáo Ferreira, K. (2007) y para la cultura colombiana por Soto, E.; Parra, D. y Rojas, M. (2010) conformado por 45 ítems clasificados en cinco dimensiones: Necesidades de soporte con 12 ítems (1-12); necesidad de confort, con 5 ítems (13-17); necesidad de seguridad con 7 ítems (18-24); necesidad de información con 13 ítems (25-37) y necesidad de proximidad con 8 ítems (38-45), todos constituidos en una

escala de Lickert modificada de tres puntos que miden el grado de importancia: Muy importante el grado de importancia: Muy importante, importante y nada importante, según la opinión de los familiares encuestados.

Para los efectos de esta investigación, se realizó una única modificación, para cumplir los requisitos exigidos por la Escuela de Enfermería, la dimensión, se tituló como necesidades esenciales y las cinco dimensiones arriba señaladas se ubicaron como indicadores, tal como se muestra en la operacionalización de variables.

### **Confiabilidad**

Para efectuar el cálculo de la confiabilidad de un cuestionario existen infinidad de fórmulas que generan coeficientes de confiabilidad. Estos coeficientes pueden oscilar entre 0 y 1, siendo “0” una confiabilidad nula y 1 una confiabilidad máxima, mientras más se acerca el valor a cero más factible es el error en la medición.

Dentro de esta perspectiva Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (op.cit)., sostienen que: “La confiabilidad de un cuestionario de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados” (p. 242). Para determinar la confiabilidad se aplicó una prueba piloto a (10) elementos muestrales, representantes de la población en condiciones similares que no formaron parte de la muestra.

A fin de calcular el coeficiente de confiabilidad a la muestra seleccionada; se utilizó el método alfa de Cronbach, de suma utilidad cuando los ítems que presentan más de dos alternativas, y cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right)$$

Donde:

$\alpha$  = Coeficiente de confiabilidad

K = número de Ítems

$\sum St^2$  = Varianza del instrumento

$St^2$  = varianza de la suma de los Ítems.

Los resultados se interpretaron de acuerdo con la siguiente escala de relación:

ESCALA	CATEGORÍA
0 – 0,20	Muy baja
0,21 – 0,40	Baja
0,41 – 0,60	Moderada
0,61 – 0,80	Alta
0,81 - 1	Muy alta

Fuente: Pérez, G. (1998).

Sustituyendo en el cuestionario aplicado con el fin de valorar las necesidades de familiares con pacientes ingresados a UCI, Clínica Privada Atias de Caracas:

$$\alpha = \frac{45}{45-1} \left( 1 - \frac{8.74}{104.96} \right)$$

$$\alpha = 1.03 * (1 - 0.089)$$

$$\alpha = 0.90$$



Sustituyendo en el cuestionario aplicado con el fin de valorar las necesidades de familiares con pacientes ingresados a UCI, Centro Médico Anzoátegui, Barcelona:

Comparando los valores obtenidos 0.90 y 0.91 con los reflejados en la escala presentada por Pérez Galán (1998), refleja una confiabilidad "Alta". Según Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (1999), los valores de los índices de confiabilidad alrededor de estas estimaciones son muy satisfactorios, lo que confirma que de ser aplicado el cuestionario en otros grupos los resultados serían similares porque la confiabilidad sobrepasa el 60% en todos los casos.

### **Procedimiento para la recolección de datos**

Las autoras procedieron a la recolección de datos en la Clínica Privada Atías de Caracas, Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de Lechería, Estado Anzoátegui de la siguiente manera: Carta dirigida al personal directivo de los Centros Clínicos para solicitar permiso para realizar la investigación en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), se dirigieron luego de aprobado el estudio en dichas instituciones, a los familiares que tienen pacientes hospitalizados en UCI. Se les informó acerca de la investigación y que la información obtenida sería de utilidad académica. Una vez que los familiares aceptaron, las autoras procedieron a entregarles el instrumento de recolección de datos que consta de un cuestionario estructurado en dos partes; la primera contenitiva de datos demográficos del elemento muestral y la segunda el cuestionario propiamente dicho.

Se les entregó instrucciones de cómo debe ser llenado y se explica de forma sencilla el mismo. Les aclaran dudas a los familiares que se prestaron

para la investigación y se procede a recopilar los cuestionarios, para luego ser analizados.

### **Técnicas de análisis**

Para efecto del análisis de los datos se utilizó el programa SSPS versión 12 que permitió aplicar la estadística descriptiva frecuencia y porcentaje, en el análisis de la información transcrita de la matriz de doble entrada, la elaboración de los cuadros estadísticos y gráficos correspondientes.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

En el presente capítulo se hace referencia a los resultados del estudio. En un primer momento se presentan los resultados obtenidos después de la aplicación del instrumento, posteriormente se hace un análisis cualitativo en función de los objetivos formulados.

#### **Presentación de los Resultados**

El análisis de los datos recopilados con la aplicación del cuestionario se realizó de forma porcentual, se elaboraron tablas y gráficos estadísticos en función de la variable; considerando además las dimensiones e indicadores, previamente formulados. Asimismo, la interpretación de la información se realizó destacando los datos de mayor relevancia en cada uno de los Ítems; posteriormente se relacionó la información con el basamento teórico que sustenta la investigación. Esta relación se hizo en función de las semejanzas o discrepancias entre la información recopilada y el marco teórico.

### CUADRO Nº 1

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL SEXO DEL  
ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).  
CLINICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO  
ANZOÁTEGUI BARCELONA

SEXO	Clínica privada Atias Caracas		Centro Médico Anzoátegui Barcelona	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	12	54,5	10	62,5
Masculino	10	45,5	6	37,5
<b>TOTALES</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento Aplicado.

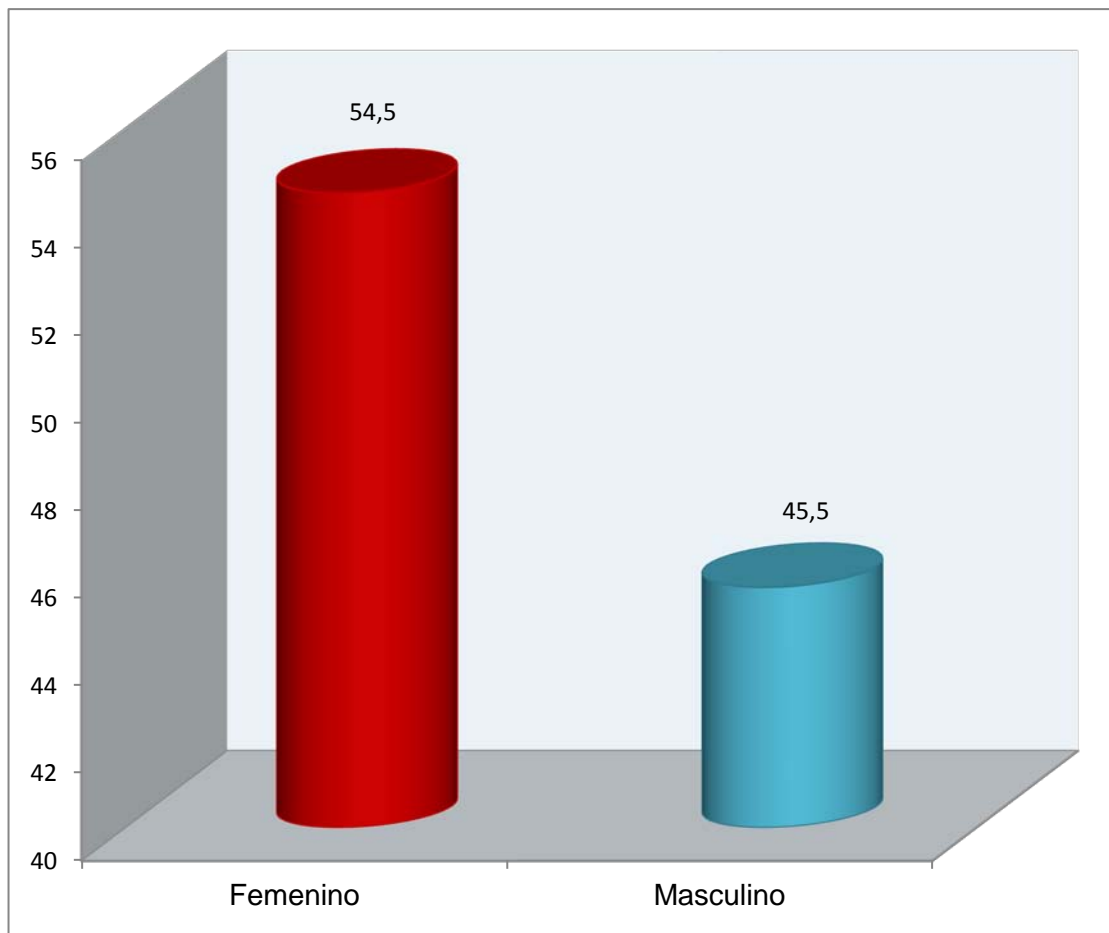
### ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 1

Los datos referidos al Sexo, determinaron en la **Clínica Atias**, que el 54,5% son de sexo **femenino** y 45,5% masculino.

Con respecto a los resultados en el **Centro Médico Anzoátegui**, el 62,5% son de sexo **femenino** y 37,5% masculino.

### GRÁFICO N° 1

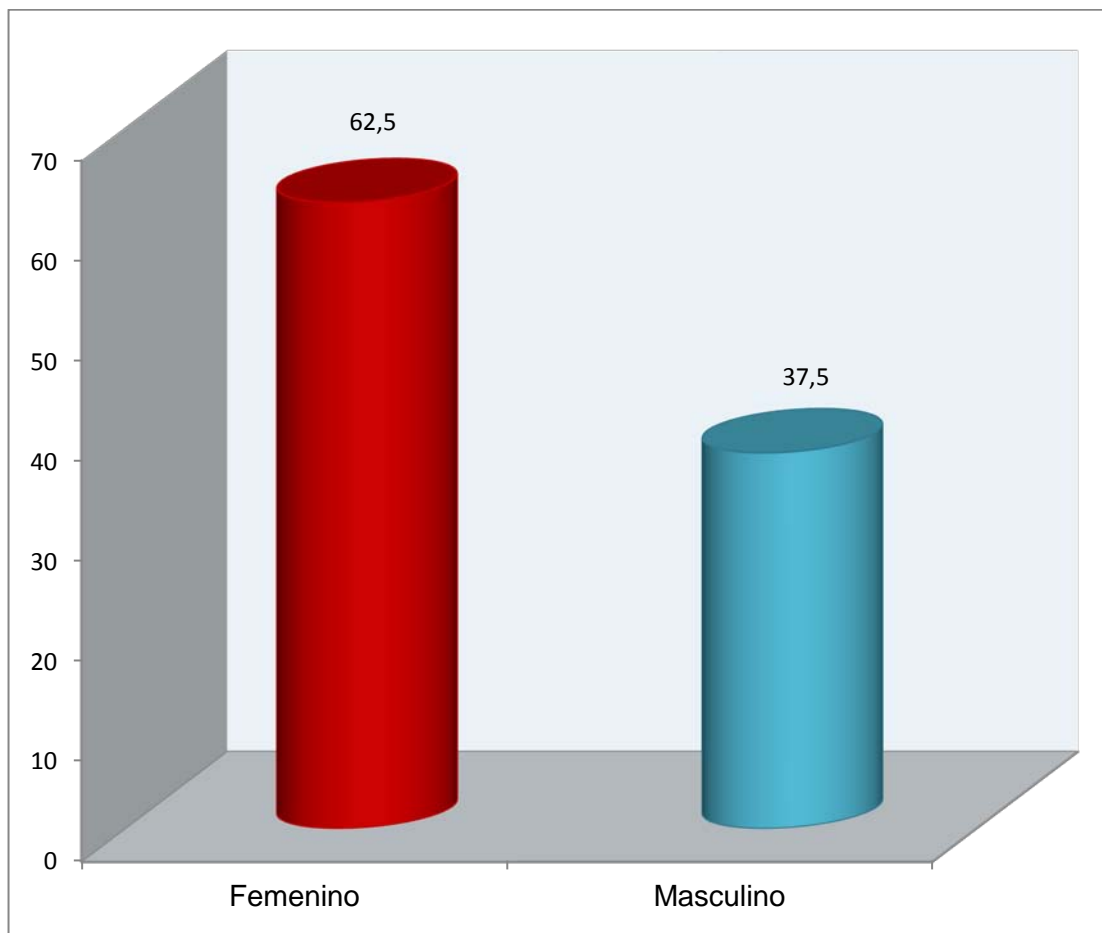
DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL SEXO DEL  
ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).  
CLINICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS



Fuente: Cuadro N° 1.

### GRÁFICO Nº 1-A

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL SEXO DEL  
ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).  
CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI



Fuente: Cuadro Nº 1.

## CUADRO Nº 2

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL PARENTESCO DEL  
ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).  
CLINICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO  
ANZOÁTEGUI BARCELONA

Parentesco	Clínica privada Atias Caracas		Centro Médico Anzoátegui Barcelona	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Esposa(o)	3	13,6	3	18,8
Madre	6	27,3	1	6,3
Padre	1	4,5	3	18,8
Hijo(a)	3	13,6	3	18,8
Hermano(a)	6	27,3	5	31,3
Tío(a)	1	4,5	1	6,3
Suegra (o)	2	9,1	0	0,0
<b>TOTALES</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento Aplicado.

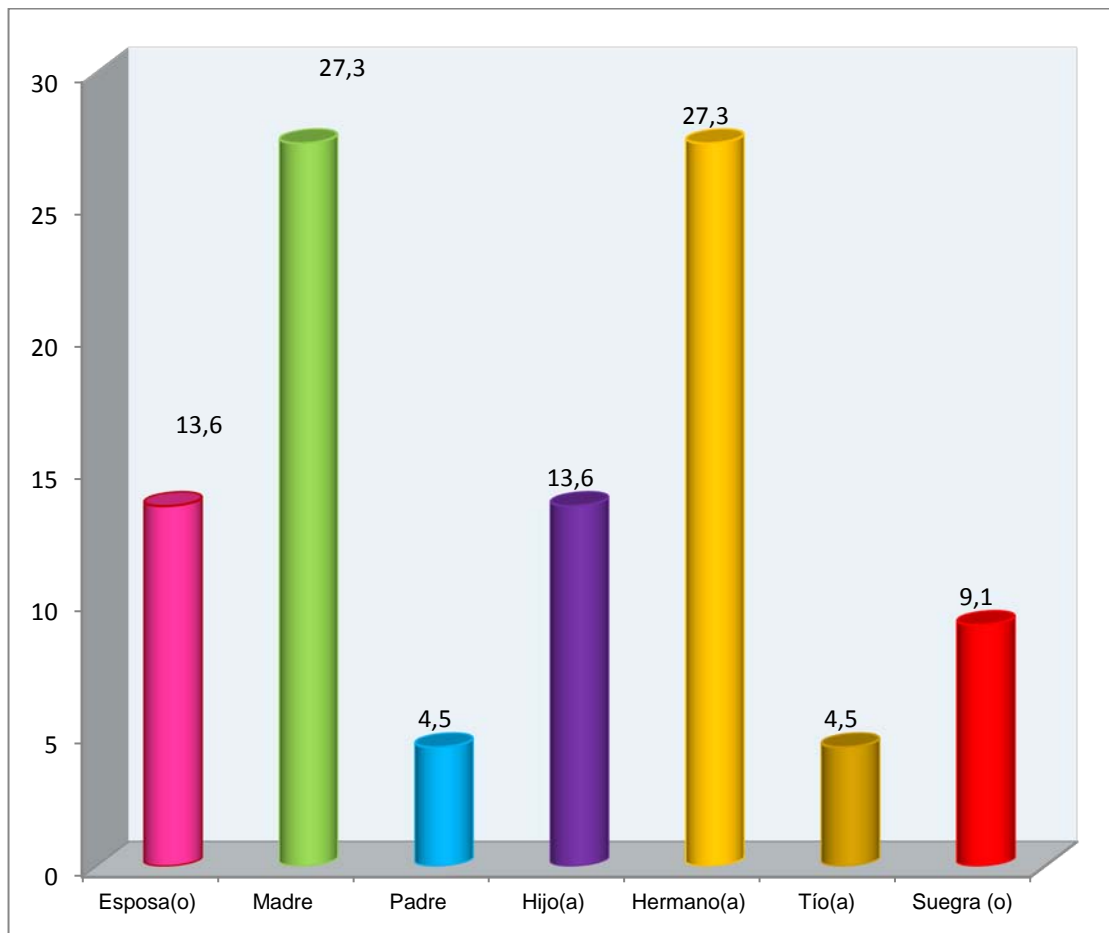
### ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 2

Los resultados correspondientes al parentesco, determinan para la **Clínica Atías de Caracas**, que el 27,3% dicen ser la madre; el mismo porcentaje se ubicó en hermano(a); seguido por el 13,6% quienes dicen ser esposa(o) y el hijo(a); 9,1% dicen ser suegra(o) y el 4,5% padre y tío(a) con igual porcentaje.

Con respecto a los resultados en el **Centro Médico Anzoátegui**, el 31,3% dice ser hermano(a); seguido por el 18,8% dividido en quienes son Esposa(o), Padre e hijo(a) con iguales porcentajes; el 6,3% madre y el mismo porcentaje dice ser tío(a).

## GRÁFICO Nº 2

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL PARENTESCO DEL  
ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).  
CLINICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS

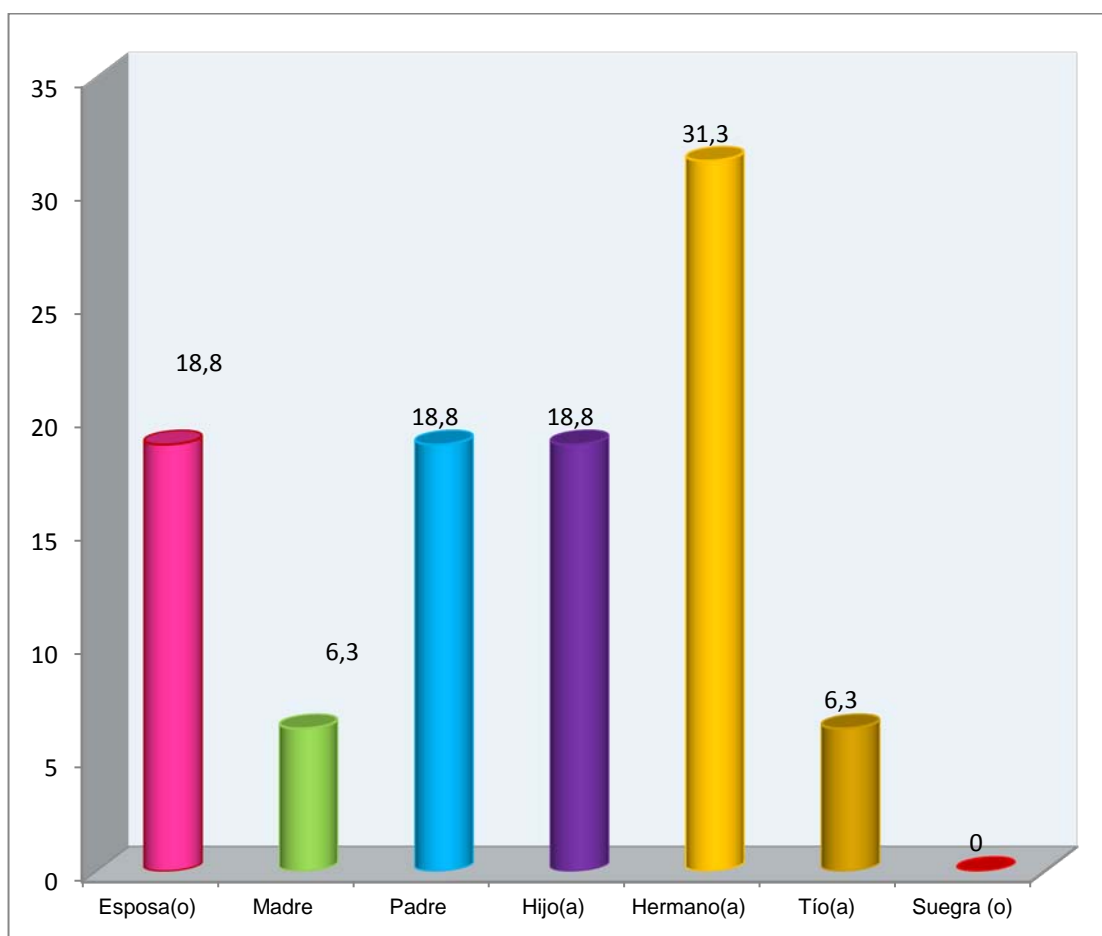


Fuente: Cuadro Nº 2.



### GRÁFICO Nº 2-A

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL PARENTESCO DEL  
ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).  
CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA



Fuente: Cuadro Nº 2.

### CUADRO Nº 3

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS A LA ESCOLARIDAD DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).  
CLINICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI BARCELONA

Escolaridad	Clínica privada Atias Caracas		Centro Médico Anzoátegui Barcelona	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	4	18,2	5	31,3
Secundaria	4	18,2	2	12,5
TSU	7	31,8	5	31,3
Universitaria	7	31,8	4	25,0
<b>TOTALES</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento Aplicado.

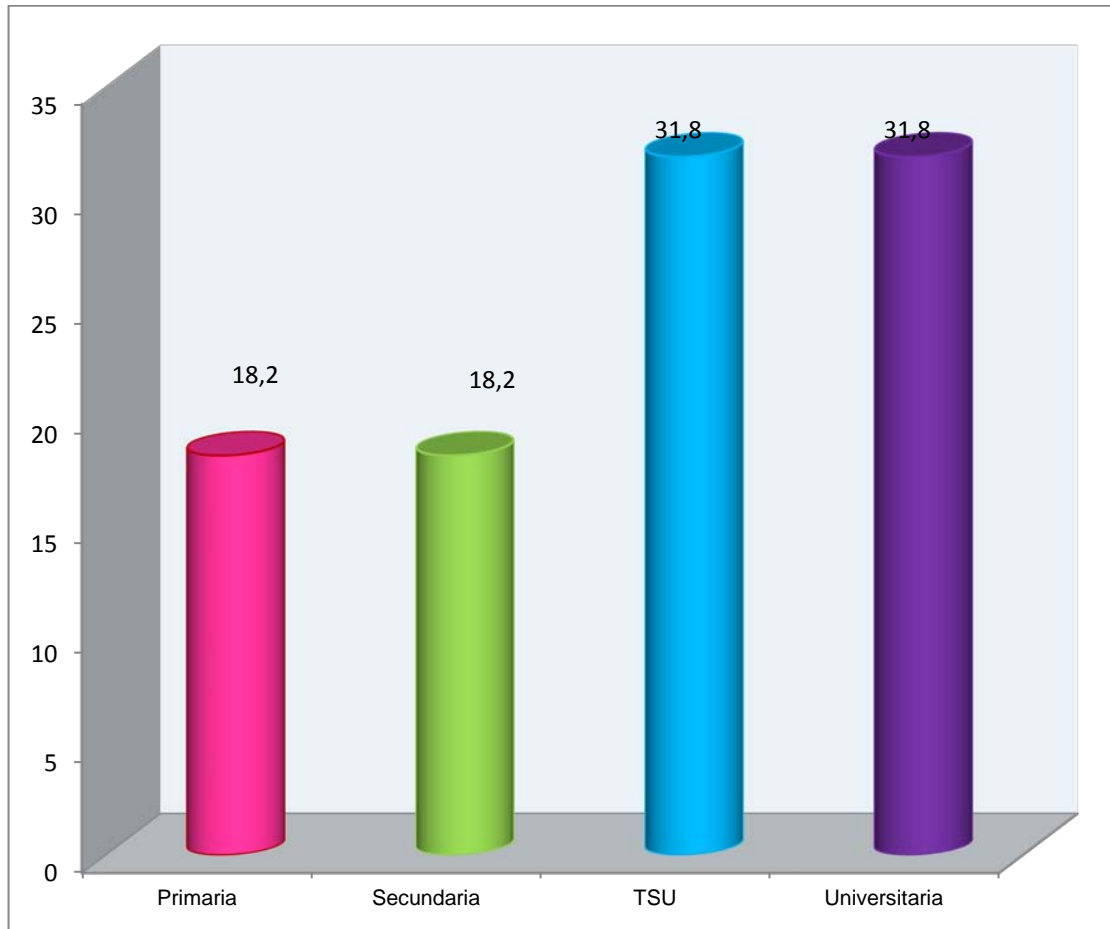
### ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 3

Los resultados correspondientes a la escolaridad del elemento muestral, determinan que en la **Clínica Atias de Caracas**, 31,8% dicen ser **TSU** y el mismo porcentaje indicó educación **universitaria**; el 18,2% se ubicó entre Primaria y secundaria respectivamente.

Con respecto a los resultados en el **Centro Médico Anzoátegui**, el 31,3% dicen tener educación primaria y ser TSU; seguidos por el 25% de quienes tienen Educación Universitaria y el 12,5% indicó educación secundaria.

### GRÁFICO Nº 3

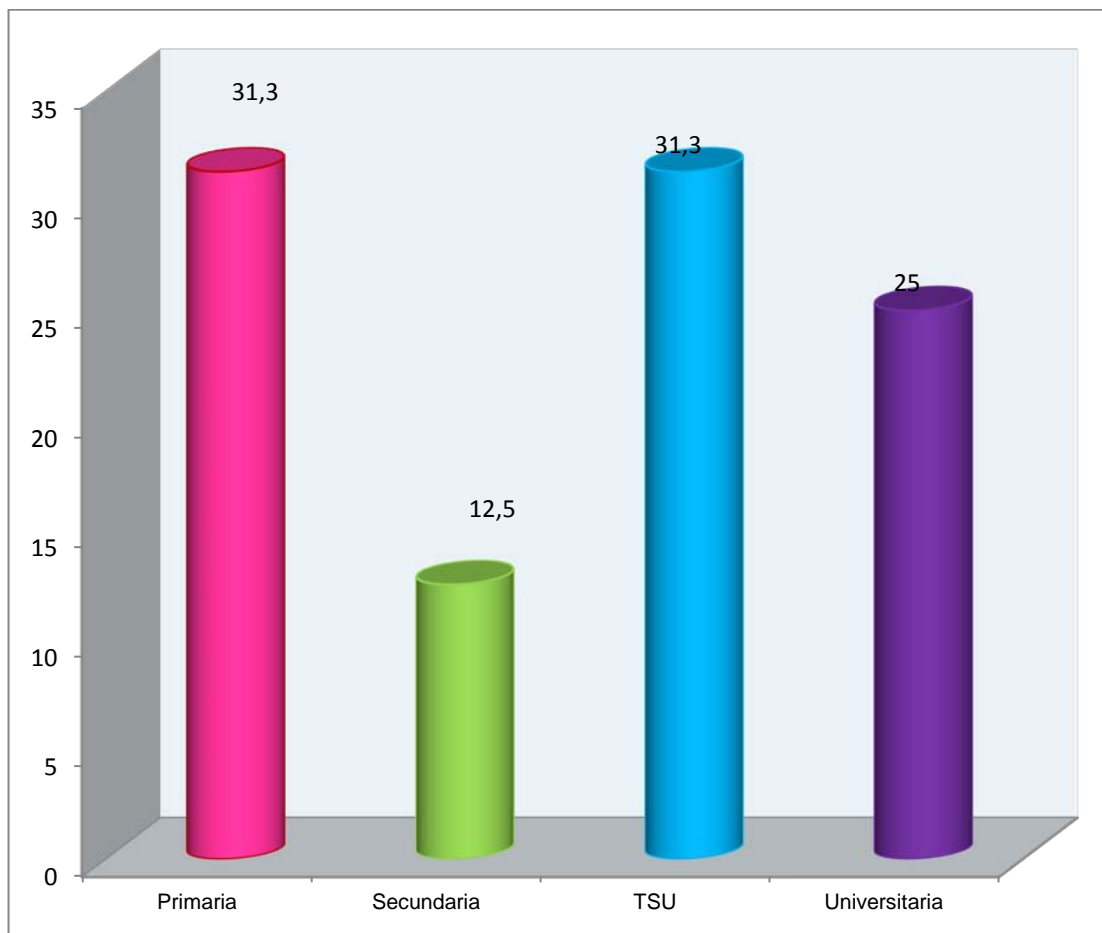
DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS A LA ESCOLARIDAD DEL  
ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).  
CLINICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS



Fuente: Cuadro Nº 3.

### GRÁFICO Nº 3-A

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS A LA ESCOLARIDAD DEL  
ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).  
CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA



Fuente: Cuadro Nº 3.

#### CUADRO Nº 4

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS A LAS CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). CLINICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS

Causas	Clínica privada Atias Caracas	
	Frecuencia	Porcentaje
Aneurisma	2	9,1
Derrame cerebral	3	13,6
Cuadriplejía	1	4,5
Arritmia cardiaca	1	4,5
Hemorragia digestiva	2	9,1
Paro respiratorio	5	22,7
Hipertensión	5	22,7
Cardiopatía	3	13,6
<b>TOTALES</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

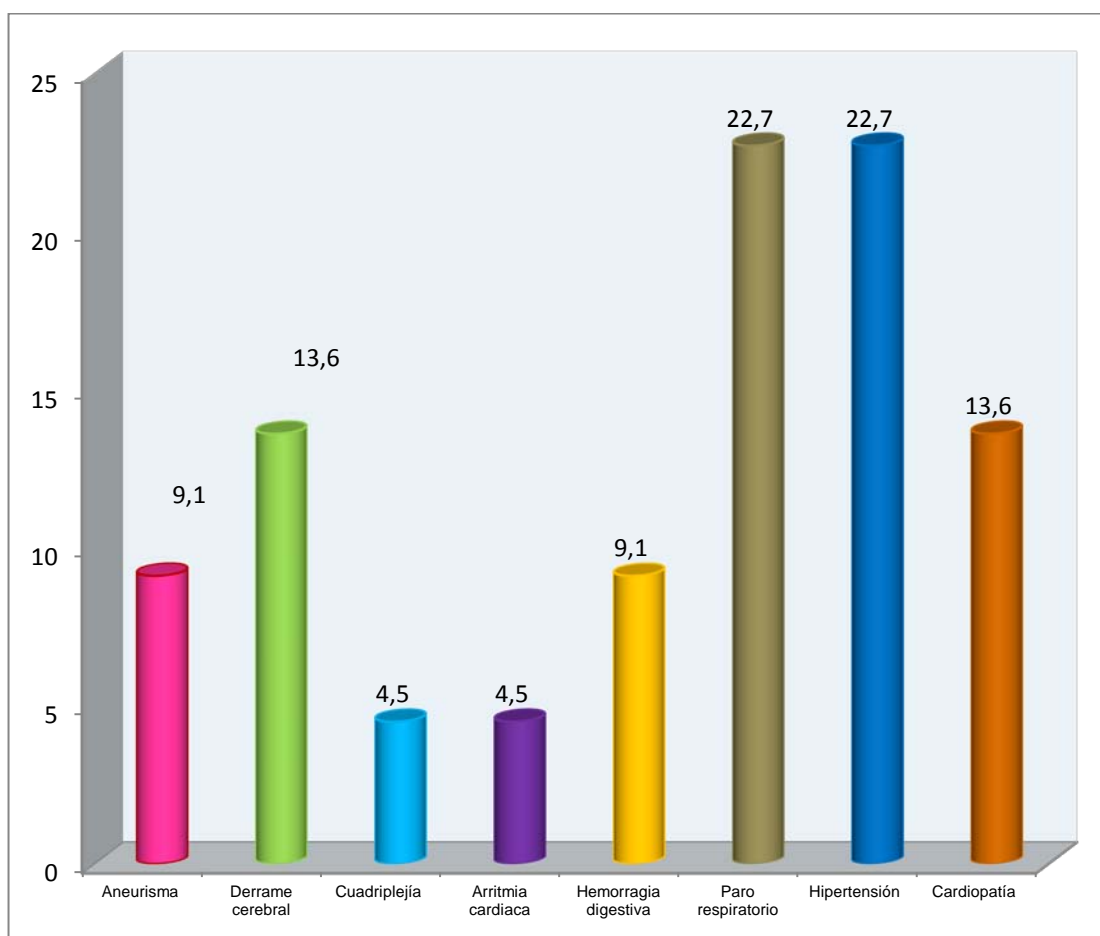
Fuente: Instrumento Aplicado.

#### ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 4

Los resultados correspondientes a la causa de hospitalización determinan que 22,7% se ubicaron en paro respiratorio e hipertensión con igual porcentaje en ambos casos; le sigue el 13,6% derrame cerebral y cardiopatía; el siguiente porcentaje 9,1% entre Aneurisma y Hemorragia digestiva y el 4,5% entre Cuadriplejía y Arritmia cardiaca respectivamente.

### GRÁFICO Nº 4

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS A LAS CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). CLINICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS



Fuente: Cuadro Nº 4.

### CUADRO Nº 5

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS A LAS CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA

Causas	Centro Médico Anzoátegui	
	Frecuencia	Porcentaje
Crisis hipertensiva	3	18,8
Pie diabético	3	18,8
Poli traumatizado	2	12,5
Sx coronario agudo	1	6,3
ACV izquémico	1	6,3
Aneurisma cerebral	1	6,3
Obstrucción arterial CM	1	6,3
Insuficiencia renal	4	25,0
<b>TOTALES</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

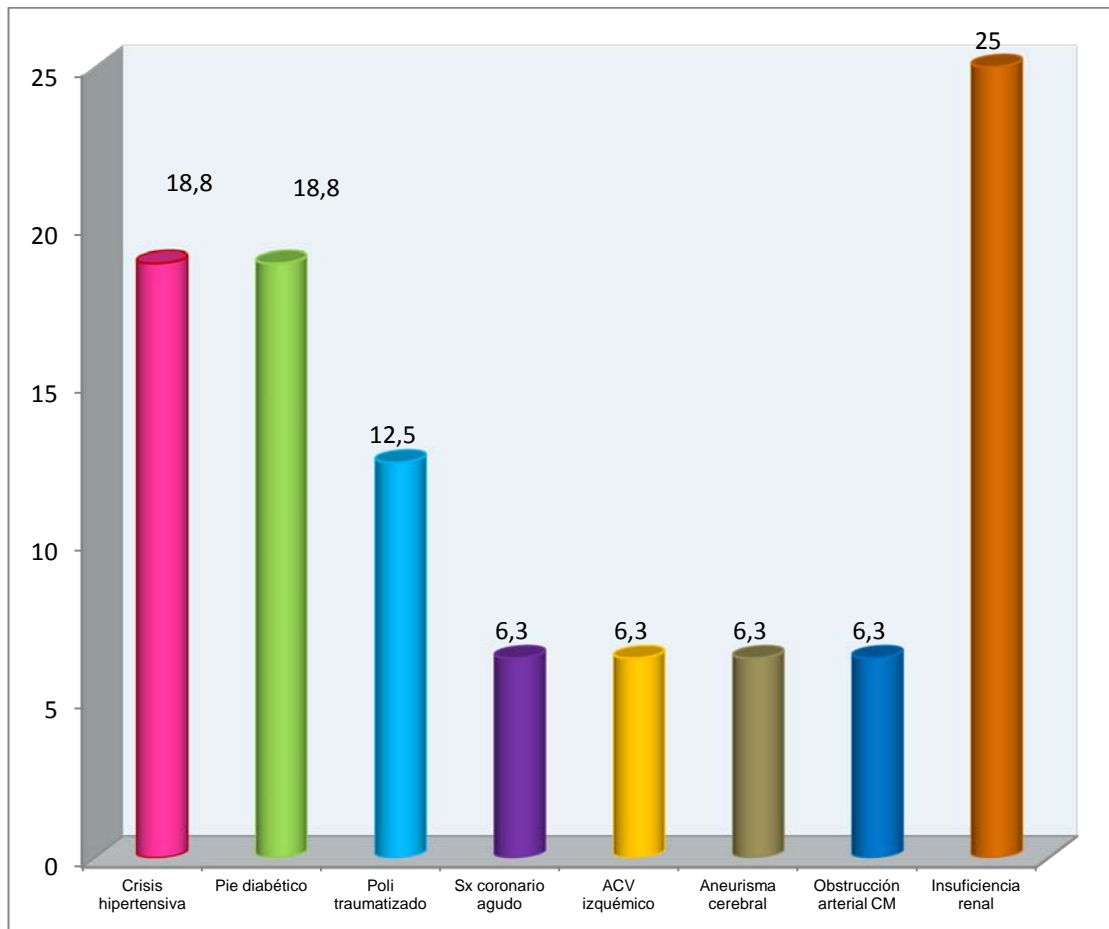
Fuente: Instrumento Aplicado.

### ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 5

Los resultados correspondientes a la causa de hospitalización determinan que 25% por insuficiencia renal; seguido por el 18,8% por Crisis hipertensiva y Pie diabético; el siguiente porcentaje se ubicó en 12,5% por Poli traumatizado; y el 6,3% entre Sx coronario agudo, ACV izquémico Aneurisma cerebral y Obstrucción arterial CM.

### GRÁFICO Nº 5

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS A LAS CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA



Fuente: Cuadro Nº 5.



## CUADRO Nº 6

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL TIEMPO DE INTERNACIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). CLÍNICA PRIVADA ATIAS, CARACAS. CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA

Tiempo	Clínica privada Atias Caracas		Centro Médico Anzoátegui Barcelona	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
4 a 6 días	9	40,9	7	43,8
7 a 9	1	4,5	6	37,5
10 a 12	4	18,2	2	12,5
13 a 15	5	22,7	0	0,0
16 a 18	2	9,1	1	6,3
19 y más días	1	4,5	0	0,0
<b>TOTALES</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento Aplicado.

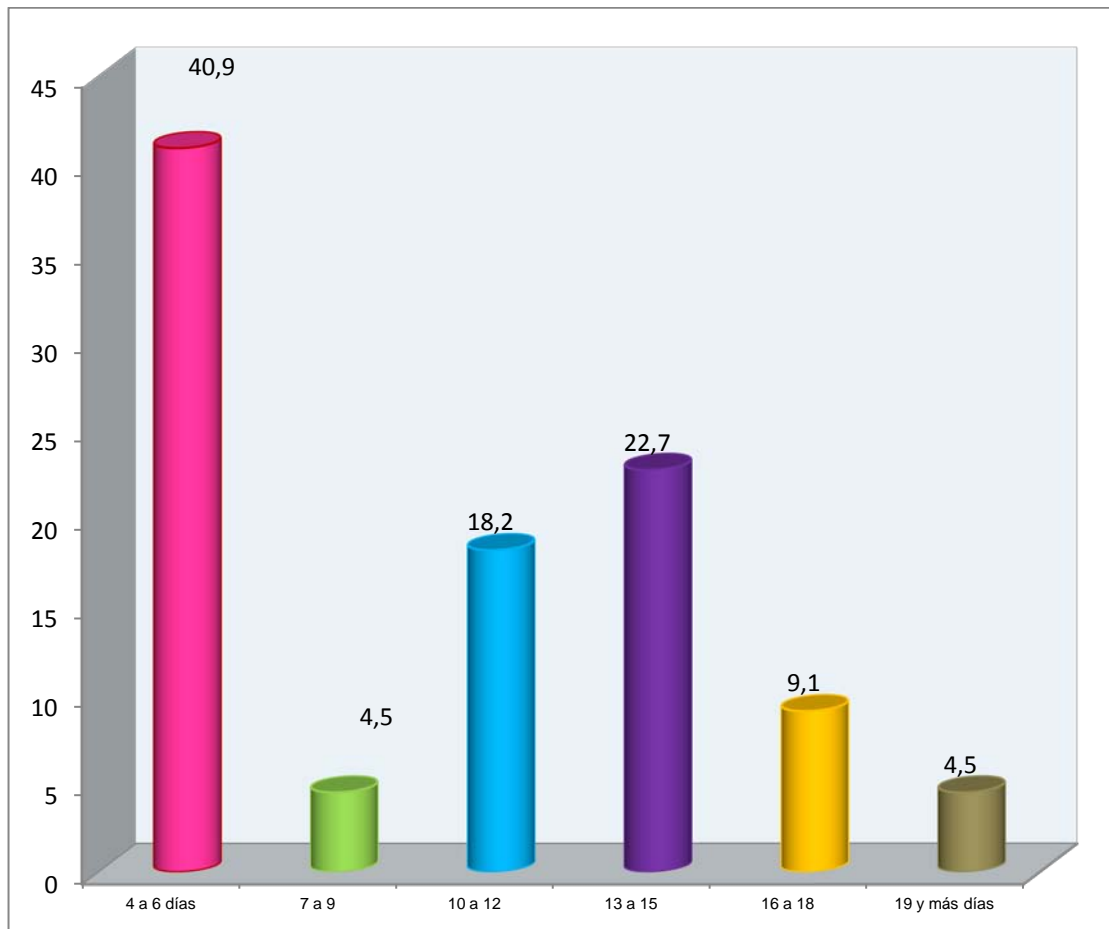
### ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 6

Los resultados correspondientes al tiempo de hospitalización del usuario, determina en la **Clínica privada Atias de Caracas**, que el 40,9% dicen tener **4 a 6 días** de hospitalización; seguido por el 22,7% entre 13 a 15 días; 18,2% de 10 a 12 días; 9,1% 16 a 18 días y 4,5% entre 7 a 9 y 19 o más días.

Con respecto a los resultados para el **Centro Médico Anzoátegui**, se pudo conocer que el 43,8% dicen de **4 a 6 días** de hospitalización; seguido por el 37,5% de 7 a 9 días; el siguiente porcentaje se ubicó en 12,5% entre 10 a 12 días y el 6,3% de 16 a 18 días de hospitalización.

## GRÁFICO Nº 6

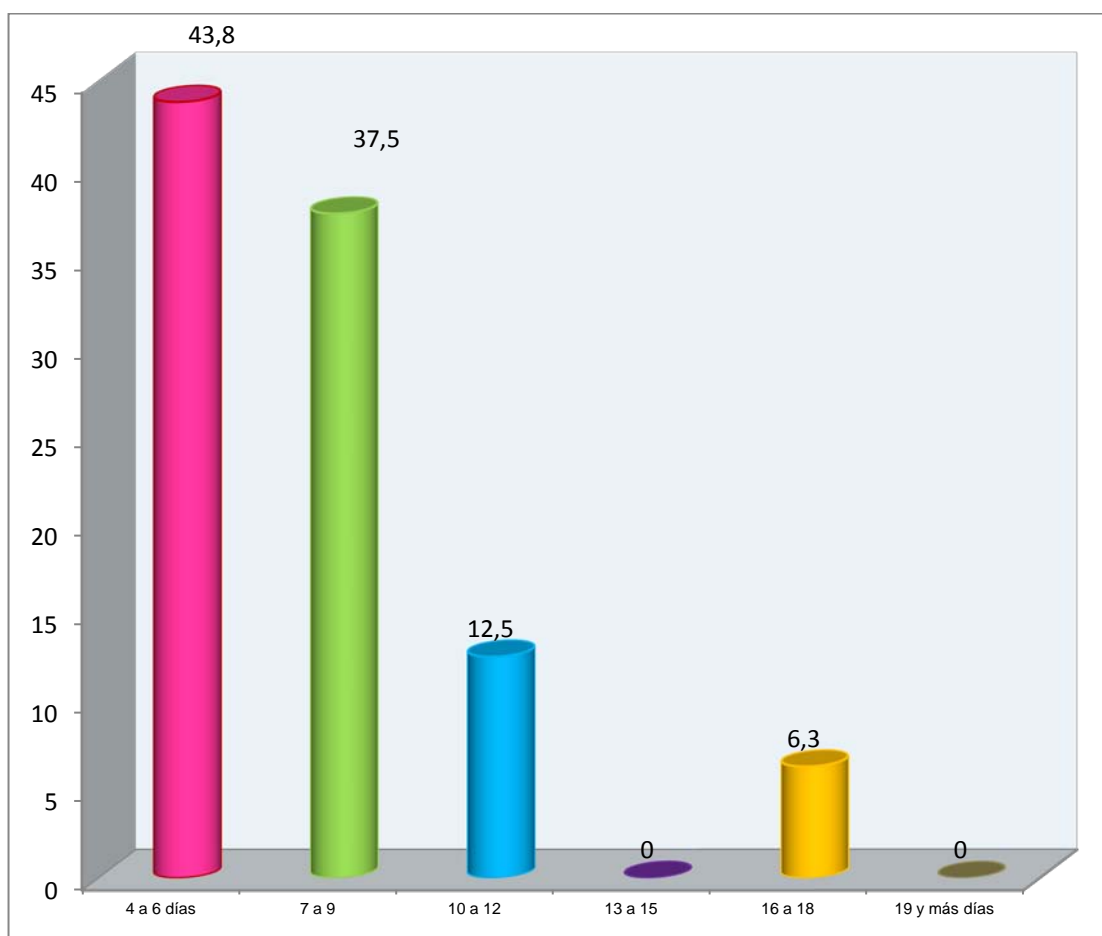
DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL TIEMPO DE INTERNACIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). CLÍNICA PRIVADA ATIAS, CARACAS.



Fuente: Cuadro Nº 6.

### GRÁFICO N° 6-A

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL TIEMPO DE INTERNACIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA



Fuente: Cuadro N° 6.

### CUADRO Nº 7

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE SOPORTE EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.

Subindicadores	Clínica Privada Atias – Caracas								Centro Médico Anzoátegui - Barcelona							
	Muy importante		Importante		Nada importante		Totales		Muy importante		Importante		Nada importante		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Orientación	16	72,7	6	27,3	0	0,0	22	100	10	62,5	6	37,5	0	0,0	16	100
Ayuda profesional	8	36,4	11	50,0	3	13,6	22	100	9	56,3	6	37,5	1	6,3	16	100
Apoyo de otros	11	50,0	8	36,4	3	13,6	22	100	9	56,3	7	43,8	0	0,0	16	100
Confianza	11	50,0	5	22,7	6	27,3	22	100	8	50,0	7	43,8	1	6,3	16	100
Acompañamiento	9	40,9	11	50,0	2	9,1	22	100	7	43,8	8	50,0	1	6,3	16	100
Sentimientos	9	40,9	6	27,3	7	31,8	22	100	9	56,3	4	25,0	3	18,8	16	100
Descanso	7	31,8	9	40,9	6	27,3	22	100	6	37,5	8	50,0	2	12,5	16	100

Fuente: Instrumento aplicado.

## ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 7

De acuerdo a los resultados obtenidos en la **Clínica Privada Atias de Caracas**, en el **subindicador Orientación**, que el 72,7% de los encuestados dicen que es **Muy importante** disponer de orientaciones generales sobre la UCI en la primera visita y de una persona para orientación en caso de problemas financieros; mientras que 27,3% indicó que es importante.

En el **subindicador ayuda profesional**, el 50% indicó que es **Importante** saber cuáles otros profesionales pueden ayudarles y ser informados sobre los servicios religiosos; mientras que 36,4% consideró muy importante y el 13,6% indicó nada importante.

Con respecto a los resultados en el **subindicador apoyo de otros**, el 50% considera **muy importante** tener alguien que se preocupe de su salud, tener amigos próximos para apoyarle y hacer posible la visita de alguien de su religión; para el 36,4% es importante y 13,6% indicó nada importante.

En el **subindicador confianza**, el 50% indicó que es **muy importante** sentir confianza como para demostrar sus sentimientos y emociones; el 27,3% indicó nada importante y 22,7% señaló nada importante.

Los resultados en el **subindicador acompañamiento**, determinan que el 50% consideran **importante** ser acompañado por un profesional, amigo o familiar durante la visita; para el 40,9% es muy importante y el 9,1% considera nada importante.

En el **subindicador sentimientos**, el 40,9% consideran **muy importante** conversar sobre la posibilidad de muerte del paciente y hablar

sobre sentimientos negativos relacionados a lo que está sucediendo; el 31,8% consideran nada importante y 27,3% lo consideran importante.

De acuerdo a los resultados en el **subindicador descanso**, el 40,9% consideran **importante** disponer de un lugar para estar solo cuando se encuentren en el hospital; el 31,8% consideran muy importante y 27,3% nada importante.

Los resultados para el **Centro Médico Anzoátegui de Barcelona**, en el subindicador **orientación**, determinan que 62,5% consideran **muy importante** disponer de orientaciones generales sobre la UCI en la primera visita y de una persona para orientación en caso de problemas financieros; mientras que 37,5% indicó que es importante.

En el **subindicador ayuda profesional**, el 56,3% indicó que es **Muy Importante** saber cuáles otros profesionales pueden ayudarles y ser informados sobre los servicios religiosos; mientras que 37,5% consideró importante y el 6,3% indicó nada importante.

Con respecto a los resultados en el **subindicador apoyo de otros**, el 56,3% considera **muy importante** tener alguien que se preocupe de su salud, tener amigos próximos para apoyarle y hacer posible la visita de alguien de su religión; para el 43,8% es importante.

En el **subindicador confianza**, el 50% indicó que es **muy importante** sentir confianza como para demostrar sus sentimientos y emociones; el 43,8% indicó importante y 6,3% señaló nada importante.

Los resultados en el **subindicador acompañamiento**, determinan que el 50% consideran **importante** ser acompañado por un profesional, amigo o

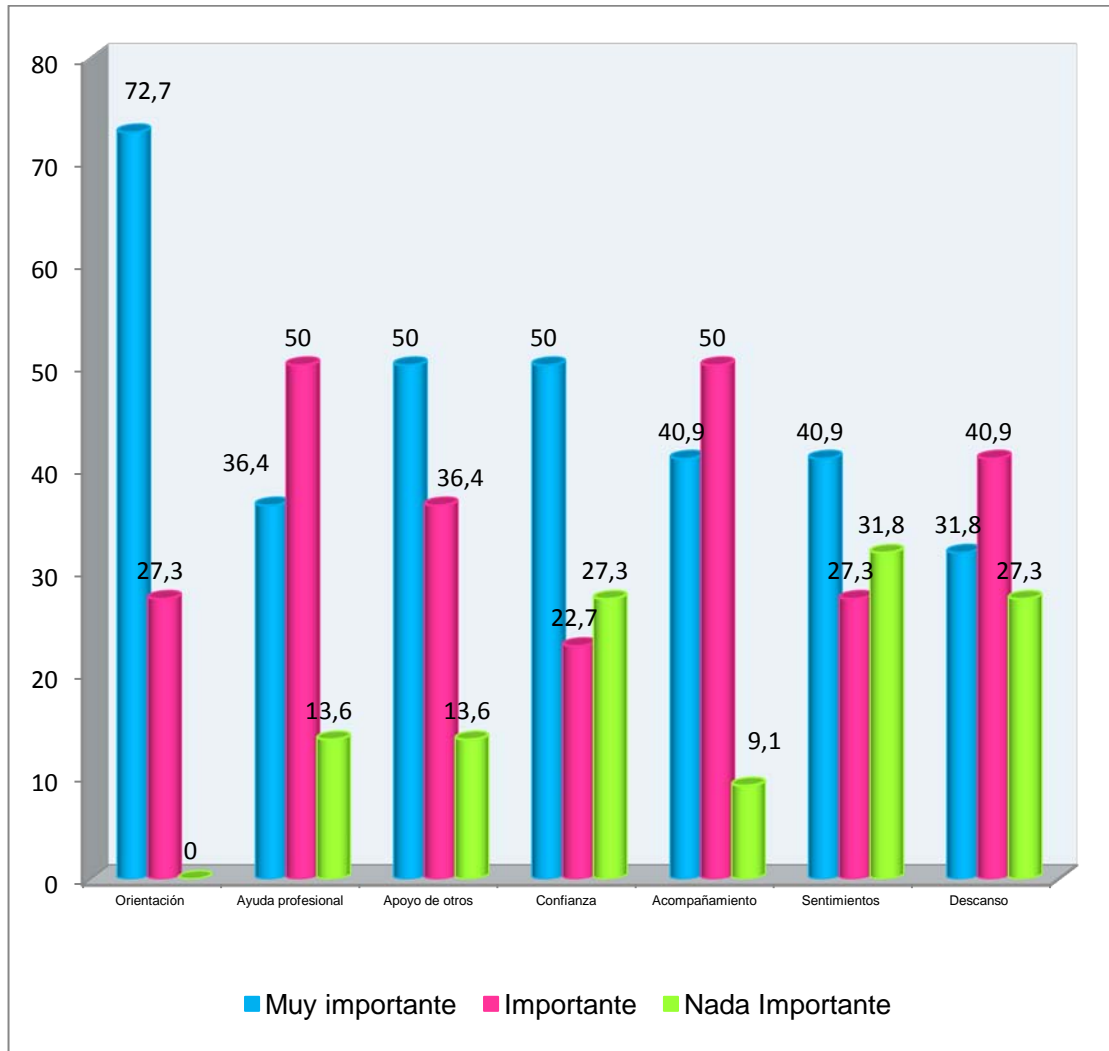
familiar durante la visita; para el 43,8% es muy importante y el 6,3% considera nada importante.

En el **subindicador sentimientos**, el 56,3% consideran **muy importante** conversar sobre la posibilidad de muerte del paciente y hablar sobre sentimientos negativos relacionados a lo que está sucediendo; el 25% consideran importante y 18,8% lo consideran nada importante.

De acuerdo a los resultados en el **subindicador descanso**, el 50% consideran **importante** disponer de un lugar para estar solo cuando se encuentren en el hospital; el 25% consideran importante y 12,5% nada importante.

### GRÁFICO N° 7

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE SOPORTE EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS

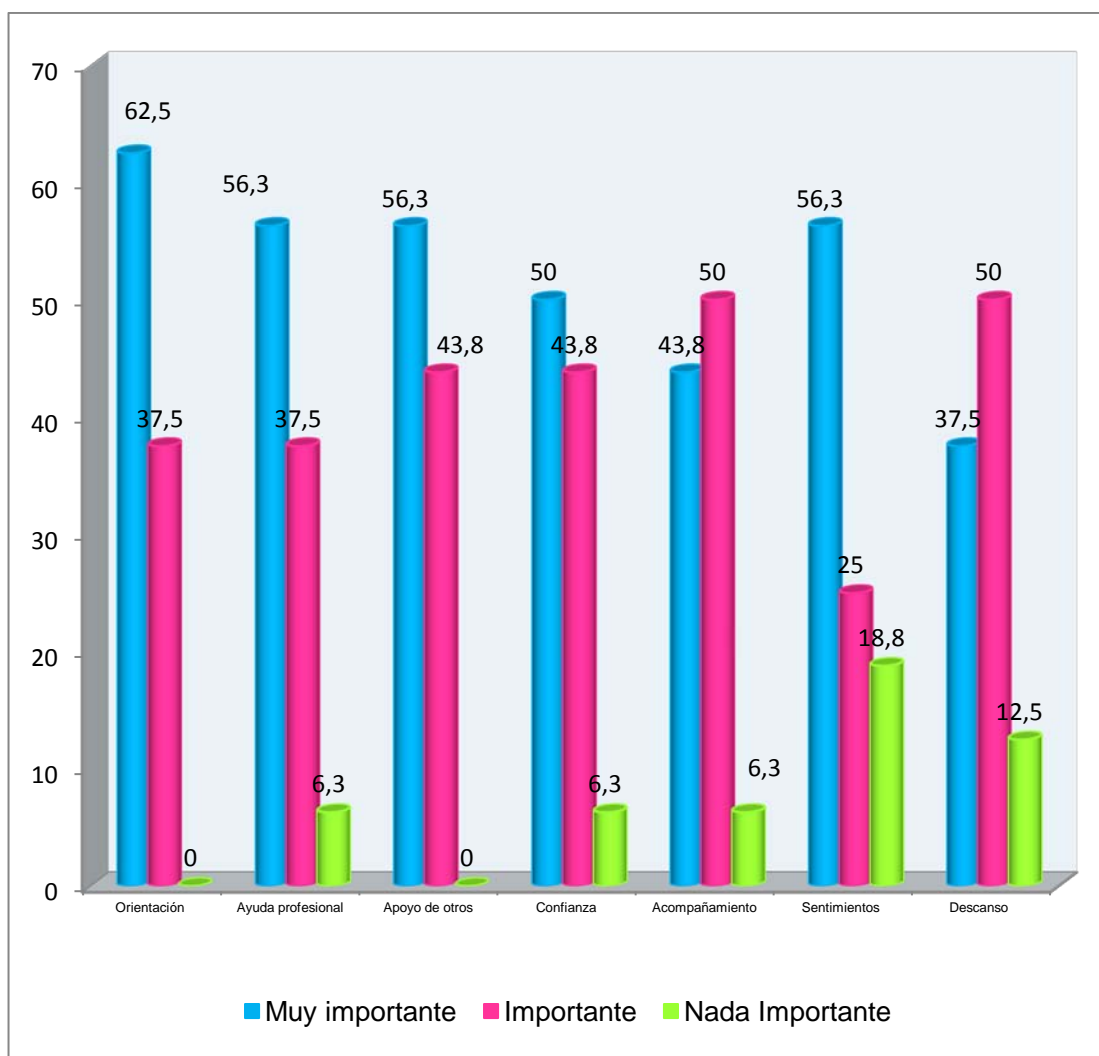


Fuente: Cuadro N° 7.



### GRÁFICO N° 7-A

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE SOPORTE EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA



Fuente: Cuadro N° 7.

### CUADRO Nº 8

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE CONFORT EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.

Subindicadores	Clínica Privada Atias – Caracas								Centro Médico Anzoátegui - Barcelona							
	Muy importante		Importante		Nada importante		Totales		Muy importante		Importante		Nada importante		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Confortabilidad	17	77,3	4	18,2	1	4,5	22	100	12	75,0	4	25,0	0	0,0	16	100

Fuente: Instrumento aplicado.

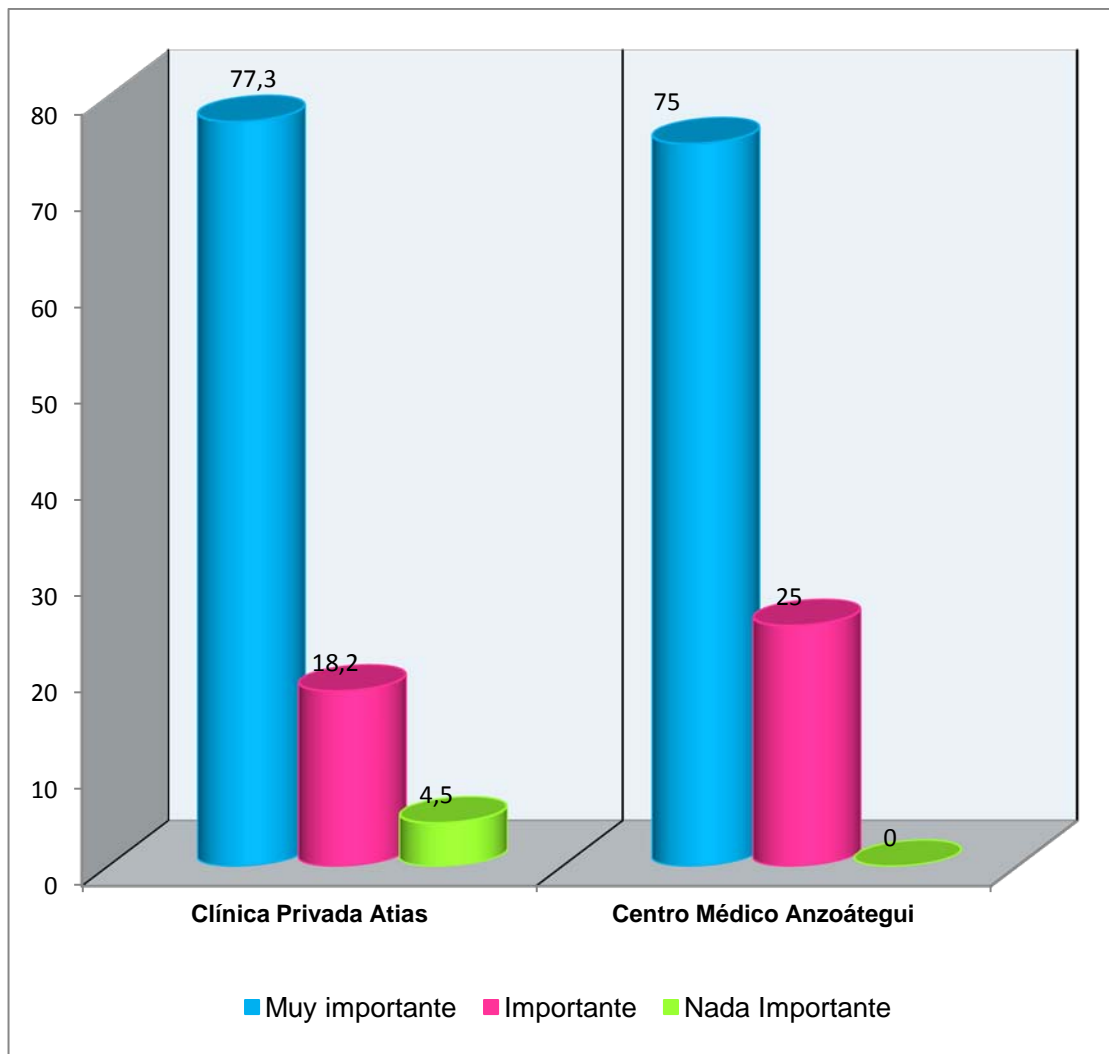
## ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 8

De acuerdo a los obtenidos para la **Clínica Privada Atias de Caracas**, en el **subindicador confortabilidad**, se pudo conocer que 77,3% consideran **muy importante** tener un baño próximo a la sala de espera, disponer de teléfono cerca de la sala de espera, disponer de una sala de espera cerca de la UCI, disponer de un buen snack en el hospital y poseer muebles confortables en la sala de espera de la UCI; el 18,2% consideran importante y 4,5% indicaron que no es nada importante.

Los resultados para el **Centro Médico Anzoátegui**, en el **subindicador confortabilidad**, determinan que 75% consideran **muy importante** tener un baño próximo a la sala de espera, disponer de teléfono cerca de la sala de espera, disponer de una sala de espera cerca de la UCI, disponer de un buen snack en el hospital y poseer muebles confortables en la sala de espera de la UCI y el 25% consideran importante.

### GRÁFICO Nº 8

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE CONFORT EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.



Fuente: Cuadro Nº 8.

### CUADRO Nº 9

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.

Subindicadores	Clínica Privada Atias – Caracas								Centro Médico Anzoátegui - Barcelona							
	Muy importante		Importante		Nada importante		Totales		Muy importante		Importante		Nada importante		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Interés por paciente	16	72,7	5	22,7	1	4,5	22	100	14	87,5	2	12,5	0	0,0	16	100
Tratamiento	13	59,1	8	36,4	1	4,5	22	100	12	75,0	4	25,0	0	0,0	16	100
Recibir explicación	15	68,2	6	27,3	1	4,5	22	100	14	87,5	2	12,5	0	0,0	16	100
Respuesta sincera	12	54,5	8	36,4	2	9,1	22	100	13	81,3	3	18,8	0	0,0	16	100
Sentimt. Esperza.	15	68,2	6	27,3	1	4,5	22	100	12	75,0	4	25,0	0	0,0	16	100
Tener seguridad	14	63,6	7	31,8	1	4,5	22	100	12	75,0	4	25,0	0	0,0	16	100

Fuente: Instrumento aplicado.

## ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 9

Los resultados para la **Clínica Privada Atias de Caracas**, en el subindicador interés por el paciente, determinaron que el 72,7% consideran muy importante sentir que el personal del hospital se interese por el paciente; el 22,7% considera importante y 4,5% nada importante.

En el subindicador tratamiento, el 59,1% considera muy importante tener seguridad que el mejor tratamiento posible está siendo brindado al paciente y conocer las posibilidades de mejoría del paciente; el 36,4% consideran importante y 4,5% nada importante.

En el subindicador recibir explicaciones, el 68,2% consideran muy importante recibir explicaciones que puedan ser comprendidas; el 27,3% consideran importante y 4,5% nada importante.

Con respecto a los resultados en el subindicador respuesta sincera, el 54,5% consideran muy importante obtener respuestas dadas con sinceridad; el 36,4% opinan que es importante y 9,1% nada importante.

En el subindicador sentimientos de esperanza, el 68,2% consideran muy importante sentir que existe esperanza por la mejoría del paciente; el 27,3% consideran que es importante, en tanto que 4,5% indicaron nada importante.

En el subindicador tener seguridad, el 63,6% consideran muy importante tener seguridad que todo está bien para dejar el hospital por algún tiempo; el 31,8% consideran importante y 4,5% nada importante.

Los resultados para el **Centro Médico Anzoátegui de Barcelona**, en el subindicador interés por el paciente, determinaron que el 87,5% consideran muy importante sentir que el personal del hospital se interese por el paciente y el 12,5% considera importante.

En el subindicador tratamiento, el 75% considera muy importante tener seguridad que el mejor tratamiento posible está siendo brindado al paciente y conocer las posibilidades de mejoría del paciente y el 25% consideran importante.

En el subindicador recibir explicaciones, el 87,5% consideran muy importante recibir explicaciones que puedan ser comprendidas y el 12,5% consideran importante.

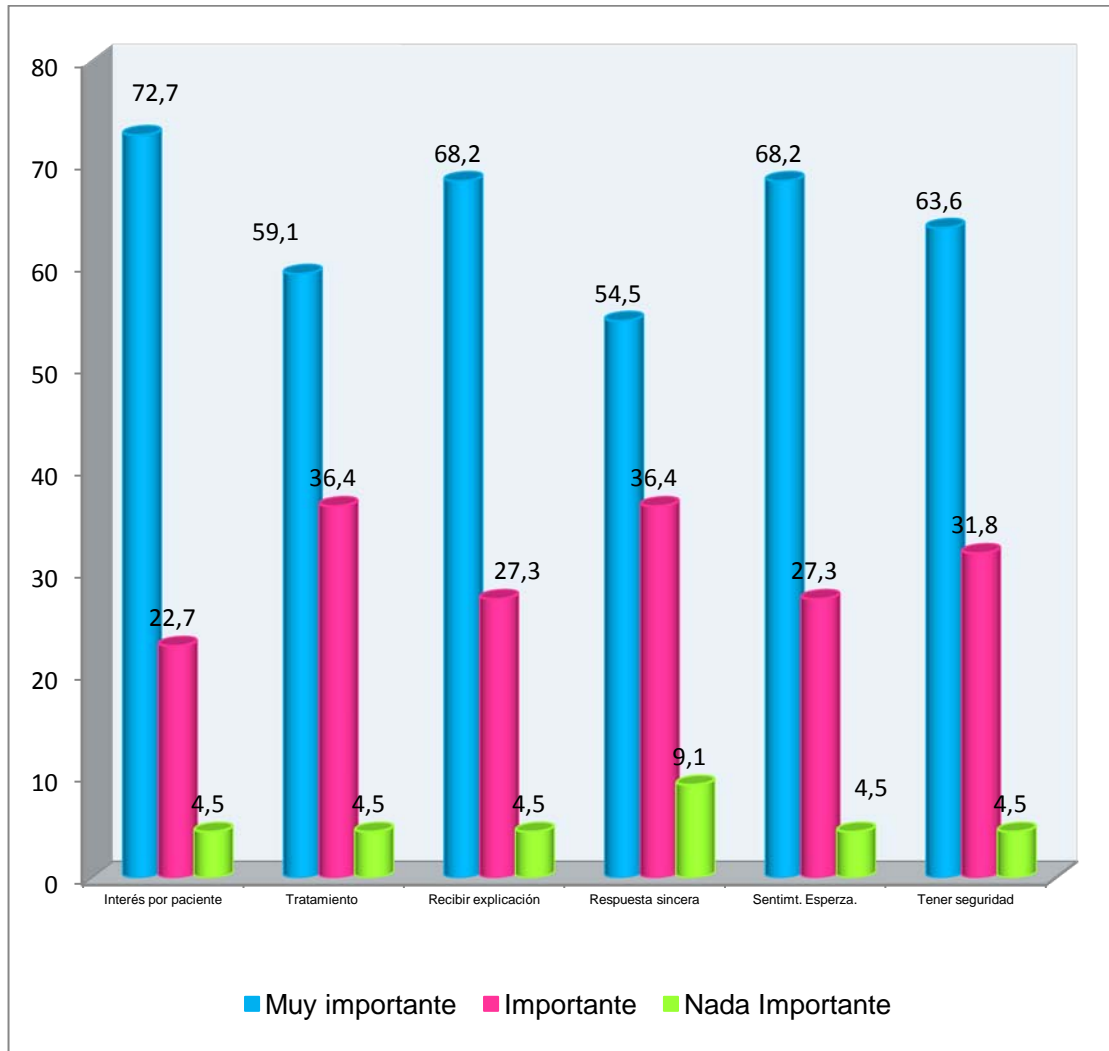
Con respecto a los resultados en el subindicador respuesta sincera, el 81,3% consideran muy importante obtener respuestas dadas con sinceridad y el 18,8% opinan que es importante.

En el subindicador sentimientos de esperanza, el 75% consideran muy importante sentir que existe esperanza por la mejoría del paciente y el 25% consideran que es importante

En el subindicador tener seguridad, el 75% consideran muy importante tener seguridad que todo está bien para dejar el hospital por algún tiempo y el 25% consideran importante.

### GRÁFICO Nº 9

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS

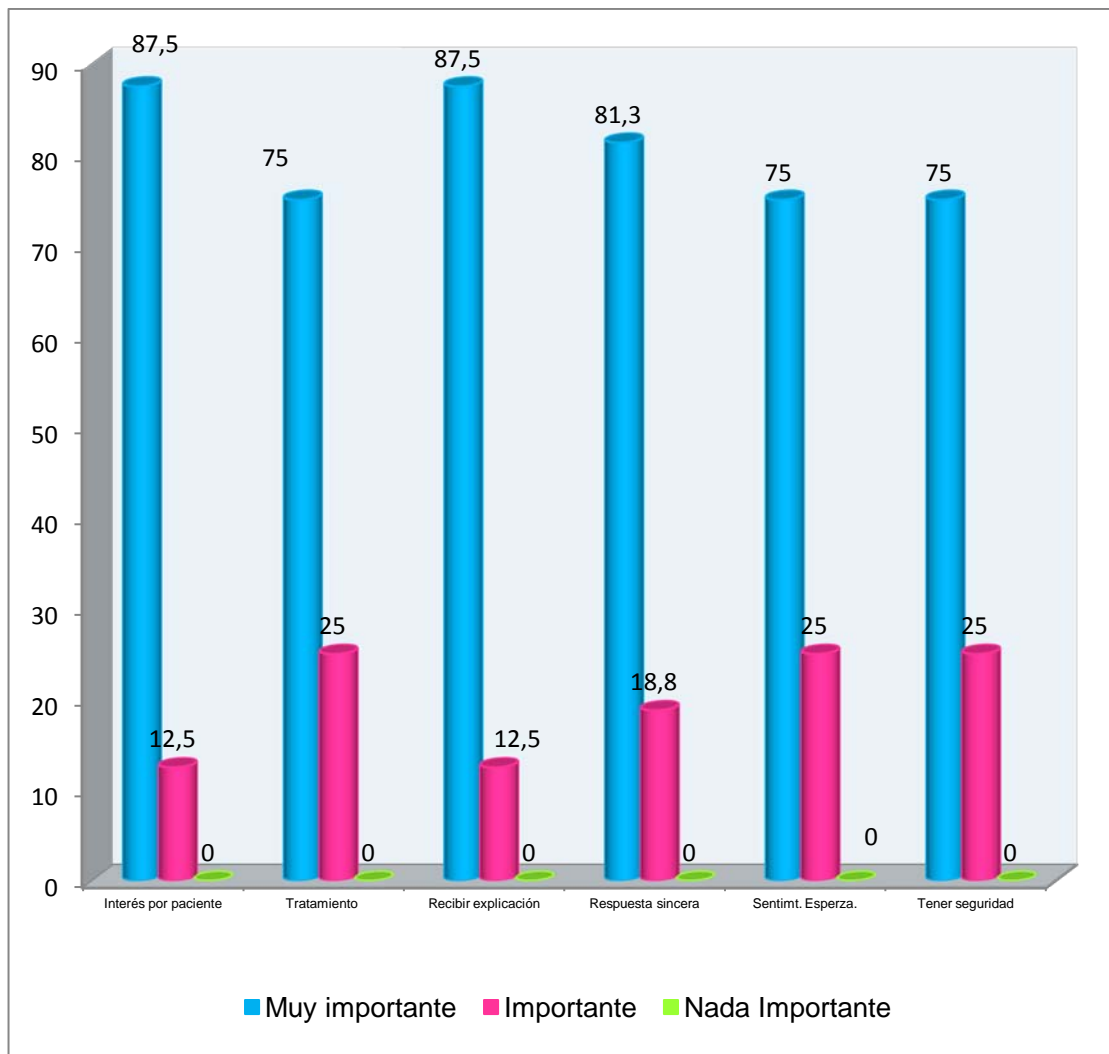


Fuente: Cuadro Nº 9.



### GRÁFICO Nº 9-A

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.



Fuente: Cuadro Nº 9.

### CUADRO Nº 10

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.

Subindicadores	Clínica Privada Atias – Caracas								Centro Médico Anzoátegui - Barcelona							
	Muy importante		Importante		Nada importante		Totales		Muy importante		Importante		Nada importante		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Transferencias	16	72,7	5	22,7	1	4,5	22	100	12	75,0	3	18,8	1	6,3	16	100
Información tratmt.	18	81,8	3	13,6	1	4,5	22	100	10	62,5	5	31,3	1	6,3	16	100
Profels. Cuidadores	16	72,7	5	22,7	1	4,5	22	100	8	50,0	6	37,5	2	12,5	16	100
Informcn. específica	18	81,8	4	18,2	0	0,0	22	100	11	68,8	4	25,0	1	6,3	16	100

Fuente: Instrumento aplicado.

## ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 10

De acuerdo a los resultados obtenidos en la **Clínica Privada Atias de Caracas**, en el subindicador transferencias, se determina que el 72,7% consideran muy importante ser informado sobre posibles transferencias del paciente; para el 22,7% es importante y 4,5% dice que nada importante.

En el subindicador información sobre el tratamiento, el 81,8% consideran muy importante conocer qué tratamiento médico está recibiendo el paciente y por qué determinados estudios se han realizado al paciente; para el 13,6% es importante y 4,5% dijo nada importante.

En el subindicador profesionales cuidadores, el 72,7% consideran muy importante poder conversar con el médico todos los días, conocer cuáles profesionales cuidan del paciente; saber quién puede darles la información que necesitan y ser informado sobre qué hacer cuando se está al lado del paciente; para el 22,7% es importante y 4,5% indicó nada importante.

En el subindicador información específica, el 81,8% consideran muy importante ser informado de toda la evolución del paciente, saber exactamente lo que están realizando al paciente; disponer de una persona en la UCI que brinde información por teléfono, recibir información sobre el paciente al menos una vez al día y ser informado en casa sobre cambios en la condición del paciente y 18,2% indicó que es importante.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el **Centro Médico Anzoátegui**, en el subindicador transferencias, se determina que el 75% consideran muy importante ser informado sobre posibles transferencias del paciente; para el 18,8% es importante y 6,3% dice que nada importante.

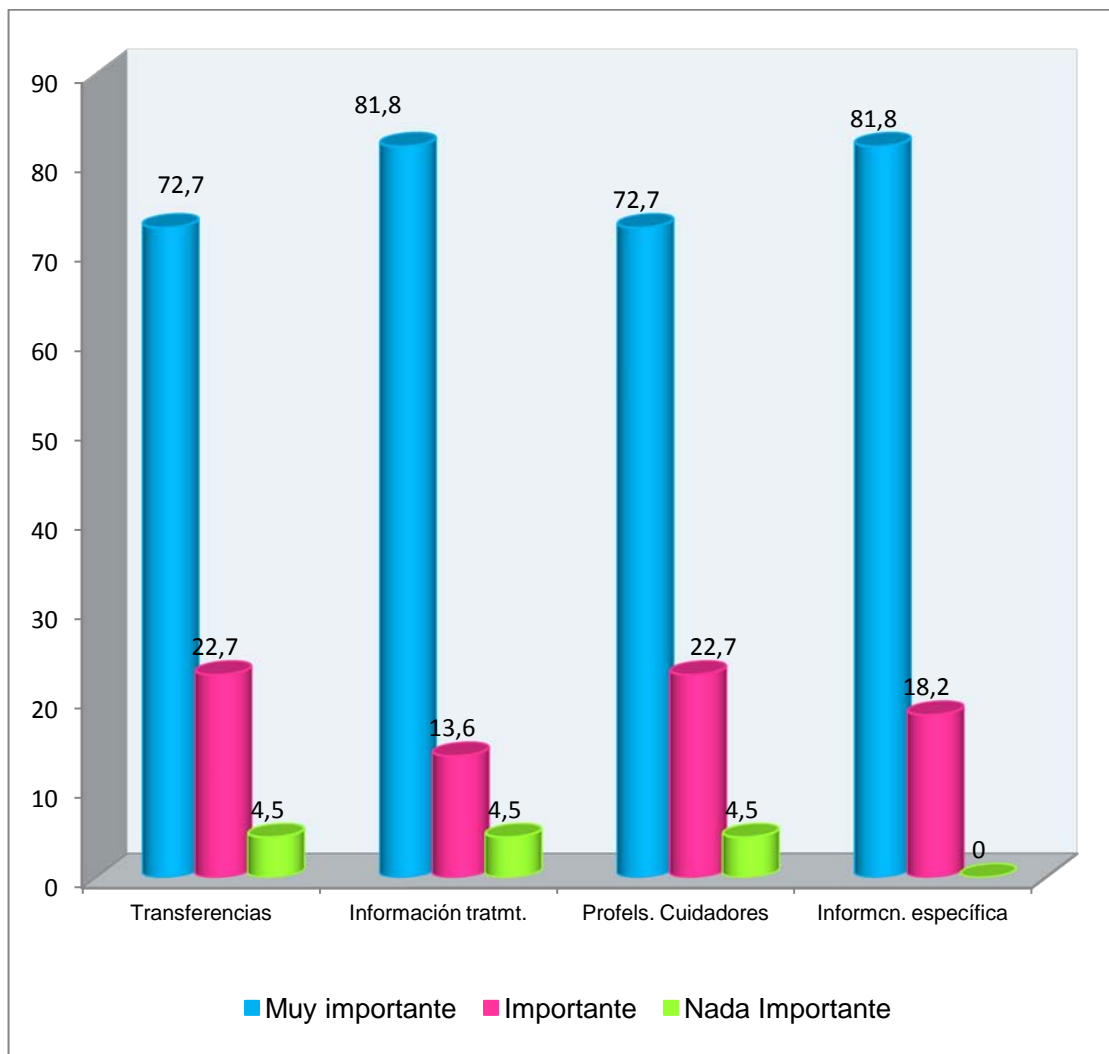
En el subindicador información sobre el tratamiento, el 62,5% consideran muy importante conocer qué tratamiento médico está recibiendo el paciente y por qué determinados estudios se han realizado al paciente; para el 31,3% es importante y 6,3% dijo nada importante.

En el subindicador profesionales cuidadores, el 50% consideran muy importante poder conversar con el médico todos los días, conocer cuáles profesionales cuidan del paciente; saber quién puede darles la información que necesitan y ser informado sobre qué hacer cuando se está al lado del paciente; para el 37,5% es importante y 12,5% indicó nada importante.

En el subindicador información específica, el 68,8% consideran muy importante ser informado de toda la evolución del paciente, saber exactamente lo que están realizando al paciente; disponer de una persona en la UCI que brinde información por teléfono, recibir información sobre el paciente al menos una vez al día y ser informado en casa sobre cambios en la condición del paciente; el 25% indicó que es importante y 6,3% nada importante.

### GRÁFICO Nº 10

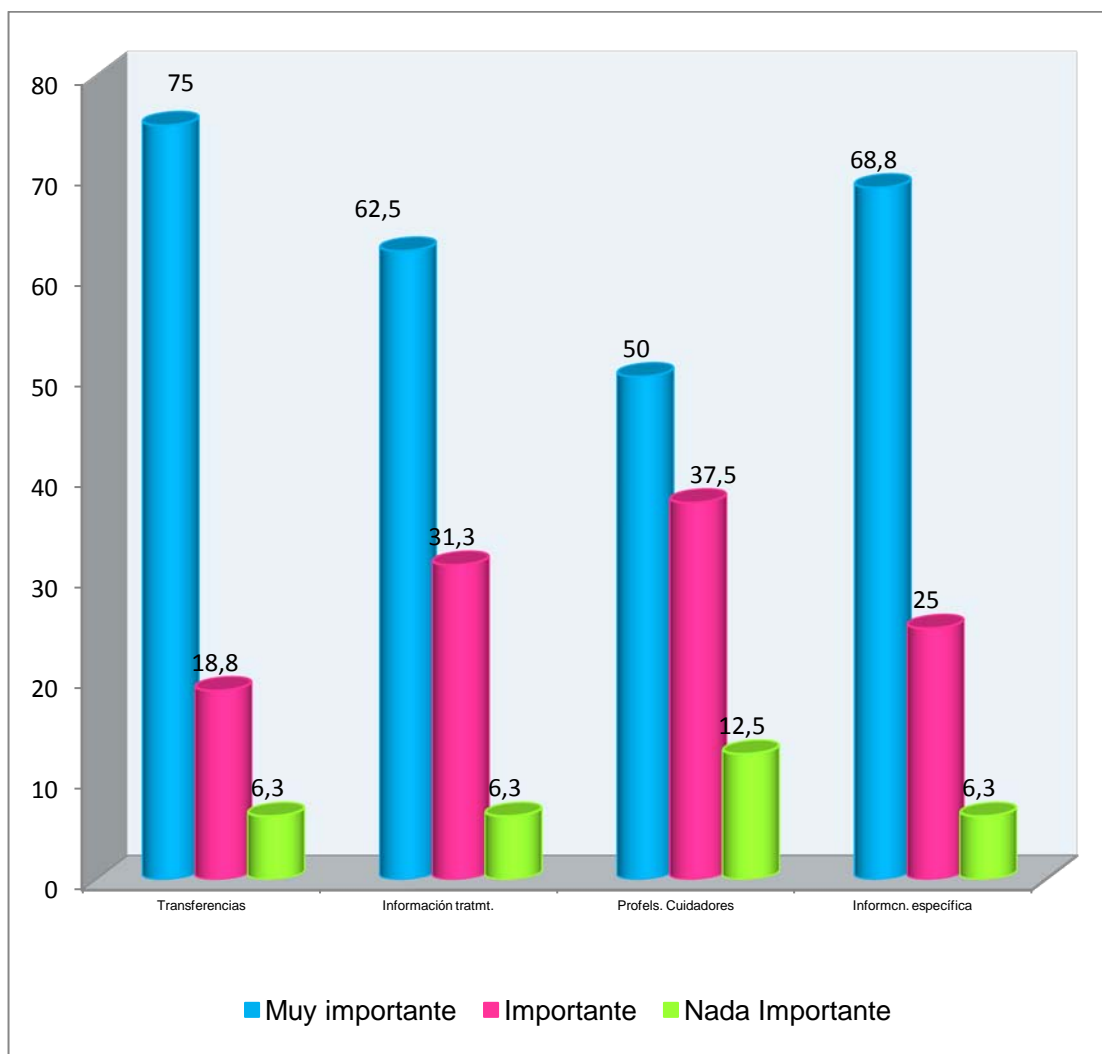
DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS



Fuente: Cuadro Nº 10.

### GRÁFICO Nº 10-A

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.



Fuente: Cuadro Nº 10.

**CUADRO Nº 11**

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE PROXIMIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.

Subindicadores	Clínica Privada Atias – Caracas								Centro Médico Anzoátegui - Barcelona							
	Muy importante		Importante		Nada importante		Totales		Muy importante		Importante		Nada importante		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Ver al paciente	19	86,4	3	13,6	0	0,0	22	100	12	75,0	3	18,8	1	6,3	16	100
Visitar al paciente	13	59,1	8	36,4	0	0,0	22	100	9	56,3	6	37,5	1	6,3	16	100
Dar cuidados	14	63,6	8	36,4	0	0,0	22	100	12	75,0	4	25,0	0	0,0	16	100
Sentirse aceptado	13	59,1	8	36,4	1	4,5	22	100	13	81,3	3	18,8	0	0,0	16	100

Fuente: Instrumento aplicado.

## ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 11

De acuerdo a los resultados obtenidos en la **Clínica Privada Atias de Caracas**, en el subindicador ver al paciente; se determinó que el 86,4% consideran que ver al paciente con frecuencia es muy importante; para el 13,6% es importante.

Con respecto a los resultados en el **subindicador visitar al paciente**, se pudo determinar que para el 59,1% de los consultados comenzar la visita en la hora indicada, poseer un horario de visita especial en algunas situaciones y permitir la visita al paciente a cualquier hora es **muy importante**; y el 36,4% indicó importante.

En el **subindicador dar cuidados**, el 63,6% de los consultados dicen que ayudar en el cuidado del paciente y en su alimentación en la UCI es **muy importante**; el 36,4% dijo importante.

Con respecto a los resultados en el **subindicador sentirse aceptado**, para el 59,1% es **muy importante** sentirse aceptado por el personal del hospital y conversar con la misma enfermera todos los días; mientras que 36,4% indicó importante Y 4,5% nada importante.

Los resultados en el **Centro Médico Anzoátegui**, en el **subindicador** ver al paciente; se determinó que el 75% consideran que ver al paciente con frecuencia es **muy importante**; para 18,8% es importante y 6,3% nada importante.

Con respecto a los resultados en el **subindicador visitar al paciente**, se pudo determinar que el 56,3% de los consultados consideran muy importante comenzar la visita en la hora indicada, poseer un horario de visita



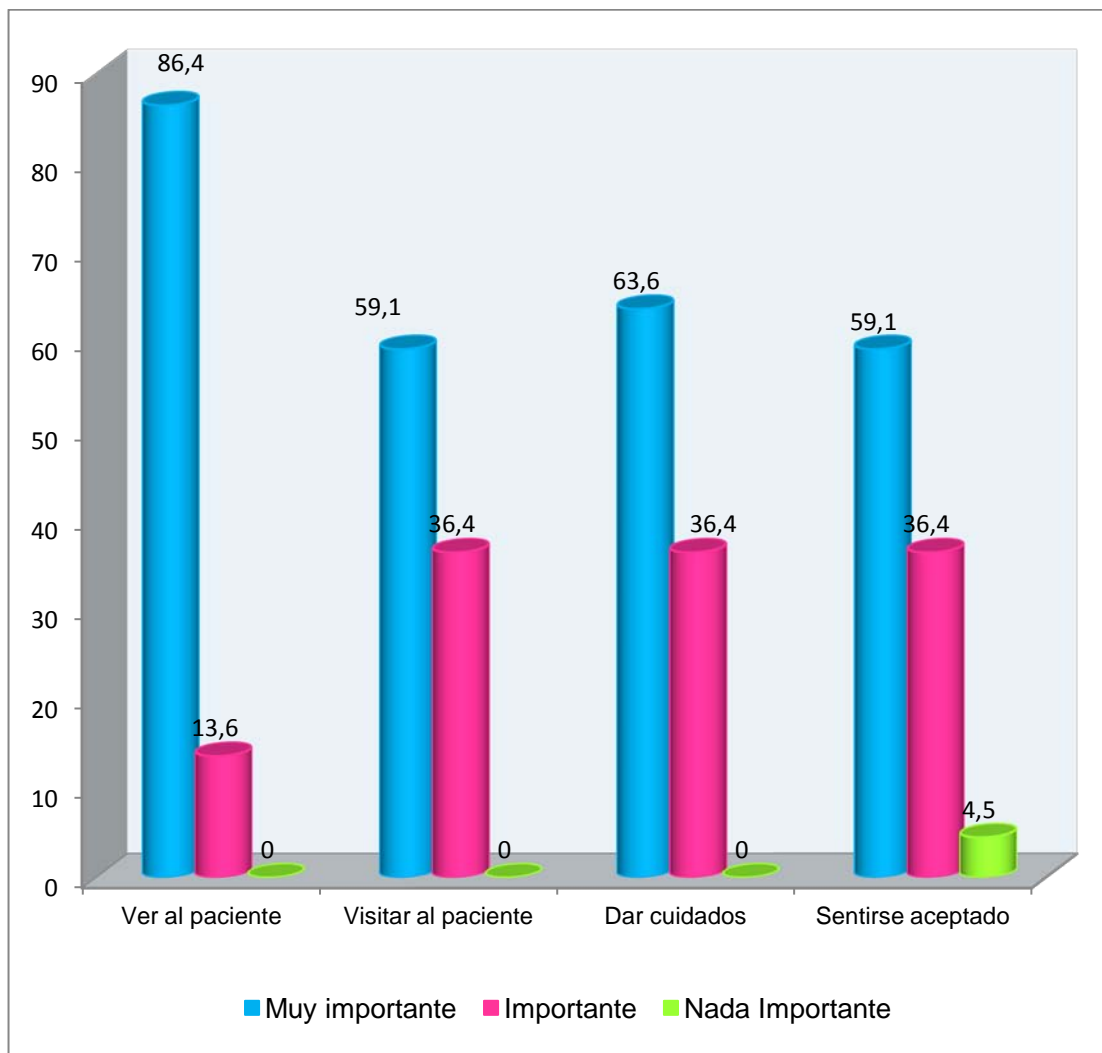
especial en algunas situaciones y permitir la visita al paciente a cualquier hora; y el 37,5% indicó importante y 6,3% dijo nada importante.

En el **subindicador dar cuidados**, el 75% de los consultados dicen que ayudar en el cuidado del paciente y en su alimentación en la UCI es **muy importante**; y el 25% dijo importante.

Con respecto a los resultados en el **subindicador sentirse aceptado**, para el 81,3% es **muy importante** sentirse aceptado por el personal del hospital y conversar con la misma enfermera todos los días y 18,8% indicó importante.

### GRÁFICO Nº 11

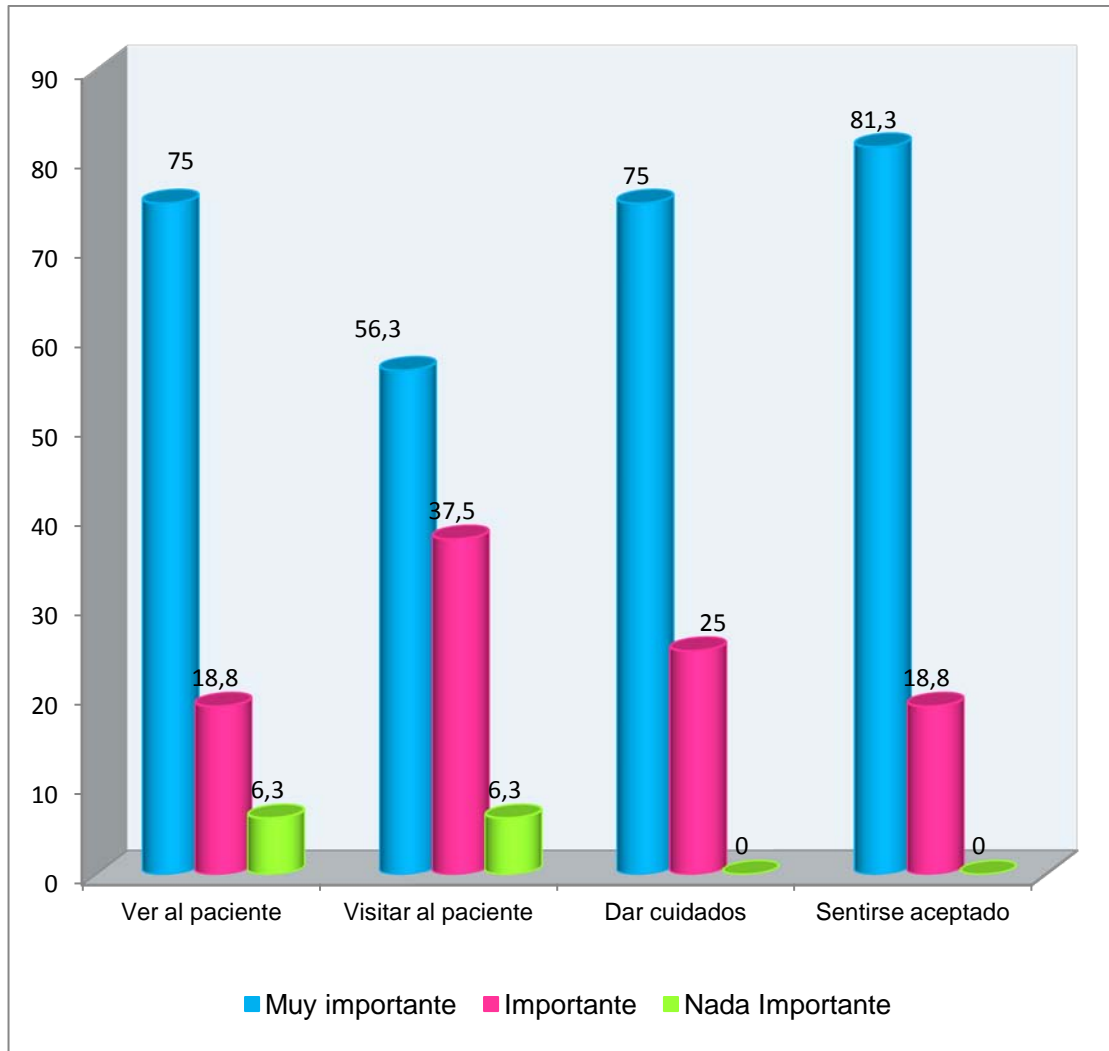
DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE PROXIMIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS.



Fuente: Cuadro Nº 11.

### GRÁFICO Nº 11-A

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE PROXIMIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.



Fuente: Cuadro Nº 11.

### CUADRO Nº 12

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. VARIABLE: NECESIDADES DE FAMILIARES CON PACIENTES INGRESADOS EN UCI. DIMENSION: NECESIDADES ESENCIALES. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.

Indicadores	Clínica Privada Atias – Caracas								Centro Médico Anzoátegui - Barcelona							
	Muy importante		Importante		Nada importante		Totales		Muy importante		Importante		Nada importante		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Necesidades de soporte	11	50	5	22,7	6	27,3	22	100	8	50	7	43,8	1	6,3	16	100
Necesidades de confort	17	77,3	4	18,2	1	4,5	22	100	12	75	4	25	0	0	16	100
Necesidades de seguridad	14	63,6	7	31,8	1	4,5	22	100	12	75	4	25	0	0	16	100
Necesidades de información	18	81,8	4	18,2	0	0	22	100	11	68,8	4	25	1	6,3	16	100
Necesidades de proximidad	14	63,6	8	36,4	0	0	22	100	12	75	4	25	0	0	16	100

Fuente: Instrumento aplicado.

## ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 12

De acuerdo a los resultados obtenidos para la Variable necesidades de familiares con pacientes ingresados en UCI, en su dimensión: Necesidades esenciales, determinan que los consultados en la **Clínica Privada Atias de Caracas**, en el **indicador necesidades de soporte**, para el 50% son muy importantes aspectos como: orientación, ayuda profesional, apoyo de otros, la confianza, el acompañamiento, los sentimientos y el descanso; mientras que 27,3% indican nada importante; el 22,7% importante.

En el indicador necesidades de seguridad, reportó que para el 77,3% de los consultados consideran muy importante la confortabilidad; el 18,2% indicaron importante y el 4,5% nada importante.

En el indicador necesidades de seguridad, el 63,6% consideran muy importante el interés por el paciente, tratamiento brindado, la posibilidad de mejoría, el recibir explicaciones y respuestas sinceras; los sentimientos de esperanza y el tener seguridad; para el 31,8% importante y 4,5% nada importante.

En el indicador necesidades de información, el 81,8% indican que es muy importante las transferencias, la información sobre el tratamiento, tener profesionales cuidadores y la información específica; 18,2% indicaron que es importante.

En el indicador necesidades de proximidad, para el 63,6% es muy importante ver al paciente, visitarlo, darle cuidados y sentirse aceptado; para el 36,4% es importante.

Los resultados en el **Centro Médico Anzoátegui**, en el **indicador necesidades de soporte**, para el 50% son muy importantes aspectos como: orientación, ayuda profesional, apoyo de otros, la confianza, el acompañamiento, los sentimientos y el descanso; mientras que 43,8% indican nada importante; el 6,3% importante.

En el indicador necesidades de seguridad, reportó que para el 75% de los consultados consideran muy importante la confortabilidad y el 25% indicaron importante.

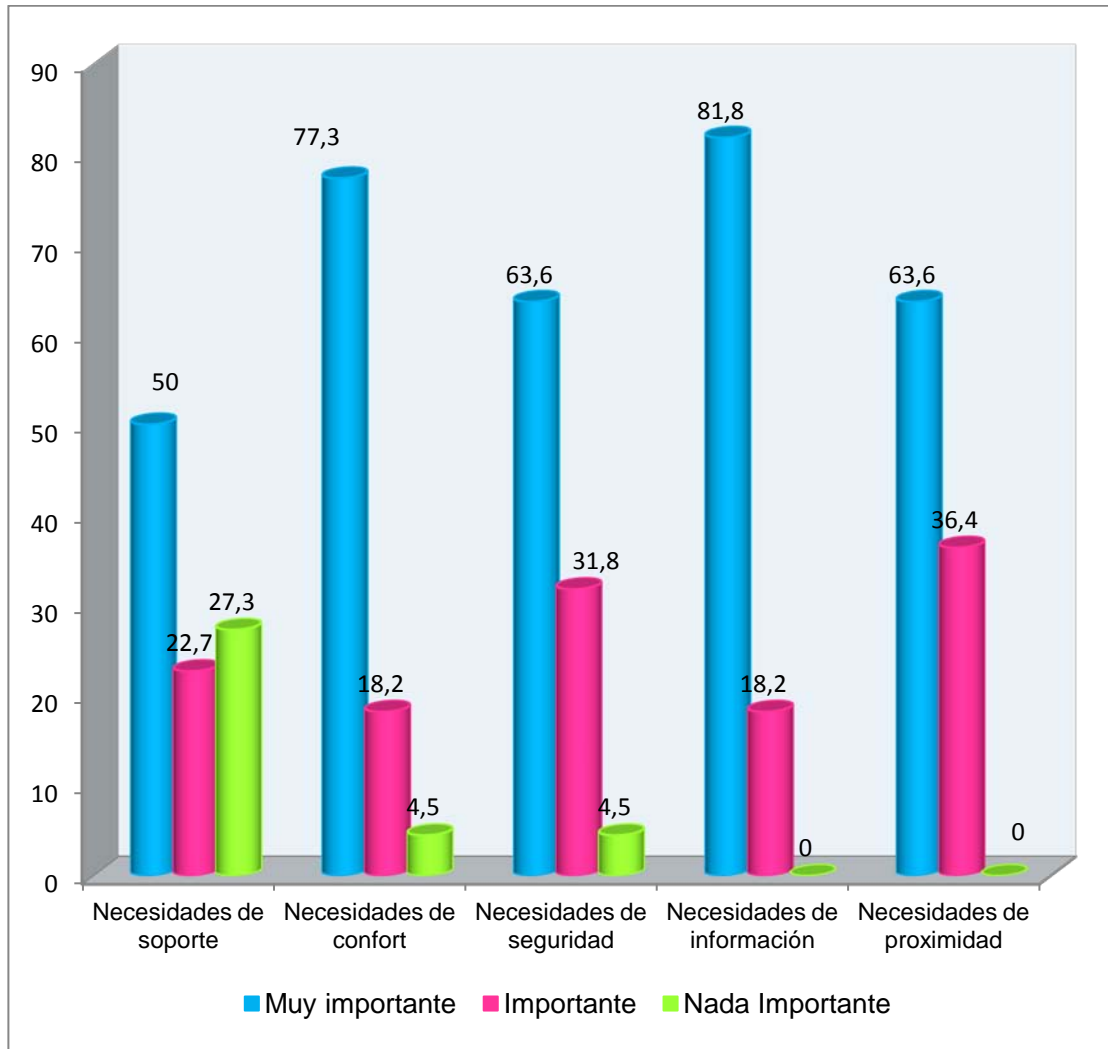
En el indicador necesidades de seguridad, el 75% consideran muy importante el interés por el paciente, tratamiento brindado, la posibilidad de mejoría, el recibir explicaciones y respuestas sinceras; los sentimientos de esperanza y el tener seguridad y para el 25% importante.

En el indicador necesidades de información, el 68,8% indican que es muy importante las transferencias, la información sobre el tratamiento, tener profesionales cuidadores y la información específica; 25% indicaron que es importante y 6,3% nada importante.

En el indicador necesidades de proximidad, para el 75% es muy importante ver al paciente, visitarlo, darle cuidados y sentirse aceptado y para el 25% es importante.

## GRÁFICO Nº 12

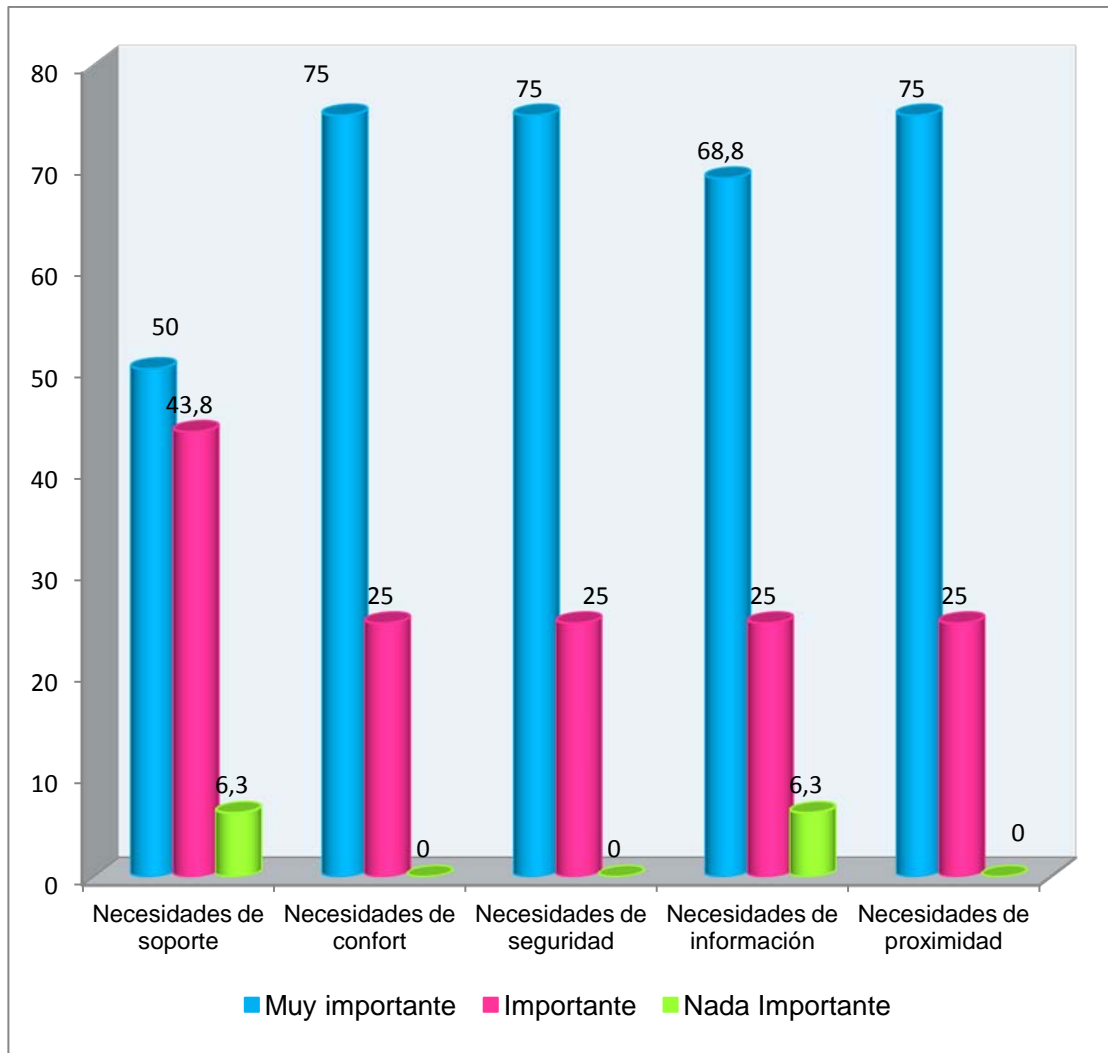
DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. VARIABLE: NECESIDADES DE FAMILIARES CON PACIENTES INGRESADOS EN UCI. DIMENSION: NECESIDADES ESENCIALES. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS.



Fuente: Cuadro Nº 12.

### GRÁFICO Nº 12-A

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. VARIABLE: NECESIDADES DE FAMILIARES CON PACIENTES INGRESADOS EN UCI. DIMENSION: NECESIDADES ESENCIALES. CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.



Fuente: Cuadro Nº 12.



## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

El presente capítulo contiene las Conclusiones surgidas del estudio realizado sobre las necesidades de los familiares con pacientes ingresados a las UCI seleccionadas y las Recomendaciones pertinentes al mismo.

#### **Conclusiones**

En el estudio se incluyeron 22 familiares de pacientes ingresados a la UCI de la Clínica Atías del Distrito Capital Caracas y 16 familiares de pacientes ingresados a la UCI del Centro Médico Anzoátegui, de Lechería, Barcelona. Edo Anzoátegui, como sexo predominantes destaca el femenino con 54.5% y 62.5% respectivamente, esto probablemente asociado a lo mencionado por Brevis Urrutia y Silva Garrido (2011) en un estudio previo “el rol de cuidadora que cumple la mujer dentro de la sociedad”.

En cuanto al parentesco de los familiares con los pacientes ingresados a la UCI de la Clínica Atías predominaron las madres, esposa(o) e hijos(a) y en el Centro Médico Anzoátegui, hermano(a), esposa(o), padre e hija (o).

En lo referido a las necesidades de soporte, ambos grupos de familiares se ubicaron en un alto porcentaje en las categorías muy importante e importante. Sin embargo un 27.3% de los familiares con pacientes en la UCI de la Clínica Atías, ubicó sus respuestas en la categoría nada importante, resultados que pudieran estar asociados con lo señalado por Brevis Urrutia y Silva Garrido (op.cit) “el bloqueo emocional producto de la experiencia vivida en el grupo familiar.”.

Los dos grupos de familiares estudiados en un alto porcentaje categorizaron como importantes y muy importantes la ayuda profesional, el apoyo de otros, relaciones de confianza, acompañamiento y respeto a los sentimientos, resultados relacionados con el estudio de Zaforteza, Gastaldo et al (op.cit) sobre las necesidades de soporte donde afirmaron “las enfermeras tienen básicamente como objetivo, el establecer una relación de confianza...para mejorar la atención de los familiares”.

Las necesidades de Confort fueron valoradas como muy importantes 77.5% por los familiares de pacientes ingresados a la UCI de la Clínica Atías, y por el 75.0% de los familiares con pacientes en la UCI del Centro Médico Anzoátegui e importantes por el 18.2% y el 25.0% respectivamente, esto es indicativo de la importancia dada de contar con una sala de espera confortable en todos los aspectos estructurales y ambientales, cercana a la UCI, con baño, teléfono y muebles cómodos para lograr en lo posible un descanso apropiado a lo largo de las horas de espera, Blanca Gutiérrez, J. Blanco Alvaríño, et al.(2008) en los resultados de su estudio sobre esta temática afirman “ es necesario humanizar la sala de espera”

Las necesidades de Seguridad estuvieron referidas a la obtención de información precisa sobre la evolución del paciente, obtención de respuestas sinceras que le transmitieran esperanza a los familiares ,estas entre otras fueron categorizadas como muy importantes 63.6% y 75.0% por los familiares de pacientes en la UCI de la clínica Atías y 75.0% y 25.0% por los familiares de pacientes ingresados a la UCI del centro médico Anzoátegui, resultados coincidentes con los mostrados por Fernández Molina (2006) en su investigación donde afirma “ los familiares necesitan contacto permanente con la enfermera y el médico que cuida del paciente en la UCI”.

Las necesidades de información fueron valoradas como muy importantes por el 81.8% y el 68.0% de los familiares de pacientes en la UCI de la Clínica de Atias y Centro Médico Anzoátegui e importantes por el 18.2% y 25.0% respectivamente, estos datos son coincidentes con los mostrados en otros estudios relacionados con la temática de interés necesidades de familiares con pacientes en UCI y en donde las necesidades de información siempre han sido altamente significativas en importancia porque como lo señalan Blanca Gutiérrez, Blanco Alvaríño et al (op.cit) los familiares demandan información “ no solo sobre la enfermedad y el estado de salud de su ser querido, sino sobre lo que está ocurriendo a su alrededor”; básicamente los familiares requieren estar informados sobre la evolución de su familiar en la UCI, posibles traslados de unidad. Situación de salud actualizada y honesta que les proporcione falsas expectativas.

Las necesidades de proximidad fueron ubicadas en las categorías muy importantes por el 63.6% y el 75.0% de los familiares de pacientes en la UCI de la Clínica de Atias y Centro Médico Anzoátegui e importantes por el 36.4% y el 25.0% respectivamente, las mismas enfocadas en ver al paciente con frecuencia, iniciar las visitas a la hora indicada, permanecer más tiempo con ellos, ayudarles en sus necesidades inmediatas. De acuerdo con Soto Cruz, Parra, Duran, et al (2010) “ayudar en el cuidado físico de su familiar en la UCI, es muy importante para demostrarles proximidad y cariño”.

### **Recomendaciones**

Presentar los resultados obtenidos del estudio a los equipos de enfermería y especialistas de las UCI seleccionadas, con la finalidad de estimularlos a tomar acciones en el diseño de estrategias que posibiliten atender las necesidades esenciales de los familiares con pacientes ingresados en dichas unidades clínicas.

Proponer a los directivos de las UCI seleccionadas para el estudio, la adecuación de las salas de espera a niveles de confortabilidad según las normas internacionales para facilitar la permanencia de los familiares en ambientes cercanos a las UCI y donde sientan que son tratados como personas dignas de un buen trato, como Ser Humano.

Proyectar estrategias para el diseño de un folleto con información precisa sobre las normas de las UCI, incluyendo horario de visitas, consejos útiles para la resolución de problemas habituales durante la hospitalización del paciente, el afrontamiento adecuado a su Rol de Cuidador, qué exige el cuidado tanto de la salud física como emocional de cada integrante del núcleo familiar.

Potencializar la integración de la familia al cuidado de los pacientes en las UCI, como una vía para satisfacerles sus necesidades de soporte, seguridad y proximidad, las mismas enfocadas en el cuidado holístico.

Replicar el estudio en una muestra de familiares más homogénea, aplicando el cuestionario Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) creado por las enfermeras norteamericanas Nancy Molter y Jane Lesker, utilizado en esta investigación para contribuir a su validación en la población venezolana, buscando la oportunidad para la creación de una línea de investigación en la Escuela de Enfermería de la UCV.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asiain Erro, M. Carmen (2008). **Las Unidades de Cuidados Intensivos**, cap. 1 del texto Manual de Enfermería en Cuidados Intensivos. Enfermería de Cuidados Intensivos Médico-Quirúonsa-Praima. España.
- Barrios Yasevi, Maritza (2003). **Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales**. Fedupel. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas.
- Beltrán Salazar, Oscar Alberto (2009). **La Unidad de Cuidado Intensivo, un lugar para quedarse solo**. Universidad de Antioquía. Facultad de Enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. Medellín, vol. XXVII. N° 1.
- Benito, María Luisa, Gracia, Aurora Isabel, López Sagospe, Irene, Benito, Raquel María, Peláez Ortiz, Rocio y Rojas Cabrera, Ángel (2012). **Detección de Necesidades de los Familiares de Pacientes ingresados en la Unidad de Ictus**. Unidad de Ictus, Hospital Universitario 12 de octubre, Madrid, España. Rev. Cient. Soc. Esp. Enferm. Neurol., 35(1) El Sevier, Doyma.
- Blanca Gutiérrez, J. J., Blanco Alvariño, A. M., Luque Pérez, M., Ramírez Pérez, M. A. (2008). **Experiencias, Percepciones y Necesidades en la UCI: Revisión Sistemática de Estudios Cualitativos**. Rev. Enfermería Global N° 12.
- Brevis Urrutia, Ivonne; Silva Garrido, Pamela (2011). **Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI**. UCI Médico-Quirúrgico, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción. Revista Chilena de Medicina Intensiva; vol. 26 (1).
- Briceño, Yoxy, Díaz, Wilmer. y Figuera, Evelia. (2011). **Vivencia de Pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Instituto Médico la Floresta. Distrito Capital. Caracas. Segundo semestre del 2009 y primer cuatrimestre 2010**. TEG Escuela de Enfermería Facultad de Medicina. UCV. Caracas
- Campos Martínez, M.C., y Cotrina Gamboa, M.J. (2011) **Relación de Ayuda al Familiar del Paciente en Situación Crítica**. Revista electrónica trimestral de Enfermería Global N° 24
- Chiavenato Idalberto (2009) **Comportamiento Organizacional. La Dinámica del éxito en las Organizaciones**; segunda edición en español. Ed. Graw-Hill Interamericana. México, D.F.

De la Cuesta Benjumea, Carmen (2008). **Aliviar el peso del cuidador familiar**. Rev. Index de Enfermería vol. 17 N° 4. Granada España.

Del Rey Calero, J., Calvo Fernández, J. R. (1998). **Como cuidar la salud. Su educación y promoción**. 1ª ed. Ed. Harcourt/Brace. Madrid.

Elizalde, Antonio, Martí, Manuel, Martínez, Francisco (2006). **Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el enfoque centrado en la persona**. Polis, Revista de la Universidad Bolivariana, vol. 5, núm. 15. Santiago Chile.

Feito Grande, Lydia (2000). **Ética Profesional de la Enfermería. Filosofía de la Enfermería como Ética del Cuidado**. Ed. PPC, S.A, Madrid.

Gómez Martínez, S., Ballester Arnal, R., Gil Juliá, B. (2011). **El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes en Cuidados Intensivos (CCFNI) Versión breve: adaptación y validación en población española**. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Vol. 34, N° 3. Pamplona set-dic, 2011.

Griffith, Yaneth y Christensen, Paula (1986). **Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de Teorías Guías y Modelos**. 1ª edición en español. Ed. Manual Moderno. México.

Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar (2006). **Metodología de la Investigación**. 4ta edición. Ed. Mc Grau Hill Interamericana. México.

Kozier, Bárbara, Erb, Glenora, Berman, Audrey y Snyder, Shirlee (2005) **Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica**. Vol.1.7ª edición. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. Aravaca. Madrid.

Kutash, M., Northrop, L. (2007) **Family Members experiences of the intensive Care Unit Waitingroom**. Rev. J. Adv. Nurs; 60

Llavador Sanchos, J. (2001). **Temas Básicos de Cuidados Intensivos**. Mimeografiado.

Martín-Rodríguez, Agustín; Pérez San Gregorio, María Ángeles; Galán Rodríguez, Antonio (2005) **Psychological Repercussions in Family Members Hospitalized Critical Condition Patients**. Journal of Psychosomatic research, v.58

Molter, NC; Leske, JM (1979) **Needs Relatives of Critically ill Patients:A Descriptive Study**

Nava Galán, Guadalupe (2010). **Estudio de caso con utilización del Instrumento de Katherine Kolcaba Teoría de rango medio de confort.** Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. México. Rev. Online Enfermería Neurológica vol. 9 N° 2.

Pallares Martí, Angela (2003). **El Mundo de la Unidades de Cuidados Intensivos: La última frontera.** Tesis Doctoral. Universidad Rovira Virgili. Facultad de Letras. Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Catalunya.

Pardavila Belio, M.I. y Vivas, C.G. (2011). **Necesidades de la Familia en las Unidades de Cuidados Intensivos. Revisión de la Literatura.** Rev. Enfermería Intensiva. Elsevier Doyma. España. Enfi-73.

Pangrazzi, Reinaldo (2000) **Girasoles Junto a Sauces: En Diálogo con los Enfermos.** Ed.Sal Terrae.Cantabria. (España)

Pérez, Margarita y Taboada, Herlidia (2000). **Paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Necesidades de la Familia frente a su Hospitalización.** Facultad de Enfermería, FUCS. Unidad de Cuidado Intensivo. Hospital de San José. Bogotá. Colombia. Rep. Med. Cir. 2000 Nov; 9 (2).

Phillips, Kenneth. (2007). **Sor Callista Roy, Modelo de Adaptación.** Cap 17 del texto Modelos y Teorías en Enfermería, de Ann Marriner Tomey y Martha Raile Alligood. Sexta edición Editorial Elsevier Mosby, Madrid. España.

Pineda, Elia y de Alvarado, Eva (2008). **Metodología de la Investigación.** 3ª edición. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington. D.C.

Polit, Denise y Hungler, Bernardette (2000). **Investigación Científica en Ciencias de la Salud.** Sexta Edición. México. D.F.

Rocamora Bonilla, Alejandro (2000). **Un enfermo en la familia. Claves para la intervención Psicológica.**

Ruiz Piñero, R. (2005)

Sandrin, L., Brusco, A., Policante, G. (1997). **Comprender y ayudar al Enfermo. Elementos de Psicología, Sociología y Relación de Ayuda.** 2ª edición. Ed. San Pablo. Madrid España.

- Santana Freitas, Katia, Kimura, Miako, Azevedo São Leão, Karine (2007). **Necesidades de los Familiares de Pacientes en Unidad de Terapia Intensiva: Análisis comparativo entre Hospital Público y Privado.** Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo. Rev. Latino-am Enfermagem. Janeiro. Febrero: 15(1).
- Soto Cruz, Eduar, Parra Durán, Diego Fernando, Rojas Camargo, Marina del Pilar. (2010). **Identificación de las 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 marzo 2010. Rev. Manos al Cuidado. Edición 2. Universidad de Tolima. Ibagué, Colombia.
- Tamayo y Tamayo, Mario (2001). **El Proceso de la Investigación Científica.** 4ta edición. Ed. Limusa Noriega Editores. México.
- Terrero Varilla, Mercedes. (2006). **La hora más amarga. El relato de una acompañante en una Unidad de Cuidados Intensivos.** Rev. Index Enfermería V. 15 N° 54.
- Torrealba, F. (1988). **Antropología del Cuidar.** Fundación Mafpre Medicina. Madrid.
- Torrents, R.; Oliva, E., Sancedo, M. J.; Surroca, L., Jover, C. (2003). **Impacto de los Familiares del Paciente Crítico ante una Acogida Protocolizada.** Rev. Enferm. Intensiva N° 14.
- Urizzi, Fabiane; Corrêa, Adriana Katia (2007). **Vivencia de Familiares en Terapia Intensiva: El otro lado del ingreso.** Universidad de Sao Paulo, Brasil. Rev. Latino-am Enfermagem. Janeiro. Julio-Agosto; 15(4).
- Velasco, José M. (2002). **Detección de Necesidades de los Familiares de Pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos.** Trabajo de Investigación. Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.
- Zaforteza Concha, Gastaldo Denise, Sánchez-Cuenca, Pilar Pedro, Joan de, Lastra, Pedro. (2004). **Relación entre Enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y Familiares: Indicios para el cambio.** Revista Nure.



# **ANEXOS**



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**INSTRUMENTO PARA MEDIR LA VARIABLE: NECESIDADES  
ESENCIALES EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN  
UCI**

**Autoras:**

**Linares, Yudexzi**  
**C.I 12122621**  
**Mujica, Maxiel**  
**C.I. 11880725**

**Caracas, noviembre, 2012**

Presentación

Distinguida Sra./Sr, familiar de pacientes internados en la UCI.

El presente cuestionario, tiene como finalidad obtener de usted información precisa sobre las Necesidades de Familiares de Pacientes Internados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

La información será de utilidad Académica, sus respuestas permitirán finalizar una Investigación necesaria para optar al título de Licenciada en Enfermería, que otorga la Universidad Central de Venezuela (UCV).

Agradecemos su colaboración, no debe firmarlo es anónimo.

Gracias.  
Las autoras.

## Instrucciones

1. Lea cada pregunta, antes de proceder a contestarla.
2. Sí tiene dudas, pregunte a la investigadora.
3. Coloque una equis (x), en el espacio correspondiente al orden de importancia que usted le otorga a cada necesidad.
4. No lo firme. Es anónimo.
5. Por favor conteste todas las preguntas.

Gracias

Parte I.- Datos Demográficos del Familiar.

Sexo: M \_\_\_\_\_  
F \_\_\_\_\_

Parentesco: Esposa (o) \_\_\_\_\_  
Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_  
Hijo (a) \_\_\_\_\_  
Hermano (a) \_\_\_\_\_

Escolaridad: Primaria Completa \_\_\_\_\_  
Secundaria Completa \_\_\_\_\_  
TSU \_\_\_\_\_  
Universitaria \_\_\_\_\_  
Causa de Hospitalización del Paciente \_\_\_\_\_

Tiempo de Internación, en UCI

Ítems	Necesidad de Soporte	Muy importante	Importante	Nada Importante
1.	Disponer de orientaciones generales sobre la UCI en la primera visita, es para mí.			
2.	Disponer de una persona para orientación en caso de problemas financieros, es para mí.			
3.	Saber cuáles otros profesionales pueden ayudarme, es para mí.			
4.	Ser informado sobre los servicios religiosos.			
5.	Tener alguien que se preocupe de mi salud, es.			
6.	Tener amigos próximos para apoyarme.			
7.	Hacer posible la visita de alguien de mi religión			

<b>Ítems</b>	<b>Necesidad de Soporte</b>	<b>Muy importante</b>	<b>Importante</b>	<b>Nada Importante</b>
8.	Sentir confianza como para demostrar mis sentimientos y emociones.			
9.	Ser acompañado por un profesional, amigo o familiar durante la visita.			
10.	Conversar sobre la posibilidad de muerte del paciente.			
11.	Hablar sobre sentimientos negativos relacionados a lo que está sucediendo.			
12.	Disponer de un lugar para estar solo cuando me encuentre en el Hospital			

Ítems	Necesidad de Confort	Muy importante	Importante	Nada Importante
13.	Tener un baño próximo a la sala de espera.			
14.	Disponer de un teléfono cerca de la sala de espera.			
15.	Disponer de una sala de espera cercana a la UCI.			
16.	Disponer de un buen snack en el Hospital.			
17.	Poseer muebles confortables en la sala de espera de la UCI.			



Ítems	Necesidad de Seguridad	Muy importante	Importante	Nada Importante
18.	Sentir que el personal del Hospital se interesa por el paciente, es para mí.			
19.	Tener la seguridad que, el mejor tratamiento posible está siendo blindado al paciente, es para mí.			
20.	Conocer las posibilidades de mejoría del paciente, es para mí.			
21.	Recibir explicaciones que puedan ser comprendidas es para mí.			
22.	Obtener respuestas dadas con sinceridad, es para mí.			
23.	Sentir que existe esperanza por la mejoría del paciente, es para mí.			
24.	Tener seguridad que todo está bien para dejar el hospital por algún tiempo, es para mí.			

Ítems	Necesidad de Información	Muy importante	Importante	Nada Importante
25.	Ser informado sobre posibles transferencias, del paciente, es para mí.			
26.	Conocer que tratamiento médico está recibiendo el paciente, es para mí.			
27.	Conocer por qué determinados tratamientos se han realizados al paciente, es para mí.			
28.	Poder conversar con el médico todos los días, es para mí.			
29.	Conocer cuáles profesionales cuidan del paciente.			
30.	Saber quién puede darme la información que necesito.			
31.	Ser informado sobre qué hacer cuando se está al lado del paciente.			

<b>Ítems</b>	<b>Necesidad de Información</b>	<b>Muy importante</b>	<b>Importante</b>	<b>Nada Importante</b>
32.	Ser informado de toda la evolución del paciente, es para mí.			
33.	Saber exactamente, lo que están realizando al paciente, es para mí.			
34.	Disponer de una persona en la UCI, que brinde información por teléfono, es para mí.			
35.	Recibir información sobre el paciente, al menos una vez al día, es para mí.			
36.	Ser informado en casa sobre cambios en la condición del paciente, es para mí.			

Ítems	Necesidad de Proximidad	Muy importante	Importante	Nada Importante
37.	Ver al paciente con frecuencia, es para mí.			
38.	Comenzar la visita en la hora indicada, es para mí.			
39.	Poseer un horario de visita especial en algunas situaciones.			
40.	Permitir la visita al paciente a cualquier hora.			
41.	Ayudar en el cuidado del paciente. En la UCI, es para mí.			
42.	Ayudar a alimentar al paciente en la UCI, es para mí.			
43.	Sentirse aceptado por el personal del Hospital, es para mí.			
44.	Conversar con la misma enfermera todos los días, es para mí.			

CONFIABILIDAD



**ANEXO “B”**  
**Cálculo Coeficiente de Confiabilidad (Prueba Piloto)**

**Clínica privada: Atías de Caracas**

**Índice de Confiabilidad (Alfa de Cronbach) Prueba Piloto**

**Variable** | NECESIDADES DE FAMILIARES CON PACIENTES  
INGRESADOS EN UCI

Sujeto/Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2	2	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	2	2	2	0	2	1	1	2
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1
7	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2
8	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	2	2	2	2	1	2	2	2
9	2	2	2	1	2	1	0	0	0	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2
10	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	0	1	0	0	0
<b>Sumatoria</b>	17	17	15	12	15	13	11	11	12	12	10	12	19	18	18	14	17	15	14	16
<b>Media</b>	1,70	1,70	1,50	1,20	1,50	1,30	1,10	1,10	1,20	1,20	1,00	1,20	1,90	1,80	1,80	1,40	1,70	1,50	1,40	1,60
<b>Desv/Est.</b>	0,48	0,48	0,53	0,63	0,53	0,48	0,74	0,74	0,63	0,63	0,82	0,63	0,32	0,42	0,42	0,84	0,48	0,71	0,70	0,70
<b>Varianza</b>	0,21	0,21	0,25	0,36	0,25	0,21	0,49	0,49	0,36	0,36	0,60	0,36	0,09	0,16	0,16	0,64	0,21	0,45	0,44	0,44

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
13	14	14	15	16	16	16	16	15	17	17	17	18
1,30	1,40	1,40	1,50	1,60	1,60	1,60	1,60	1,50	1,70	1,70	1,70	1,80
0,67	0,70	0,70	0,71	0,70	0,70	0,70	0,70	0,71	0,48	0,48	0,48	0,42
0,41	0,44	0,44	0,45	0,44	0,44	0,44	0,44	0,45	0,21	0,21	0,21	0,16

Suma de las varianzas de los puntajes de cada Ítem = 8,74

Varianza de los puntajes totales = 104,96



34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	Puntaje Total
1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	34
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	56
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	56
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	56
2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	43
1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	45
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	55
2	2	1	2	1	1	0	2	2	2	1	1	47
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	32
17	17	17	18	18	18	15	17	17	17	16	16	452
1,70	1,70	1,70	1,80	1,80	1,80	1,50	1,70	1,70	1,70	1,60	1,60	45,20
0,48	0,48	0,48	0,42	0,42	0,42	0,71	0,48	0,48	0,48	0,52	0,52	16,16
0,21	0,21	0,21	0,16	0,16	0,16	0,45	0,21	0,21	0,21	0,24	0,24	8,74

**Clínica privada: Centro Médico Anzoátegui de Barcelona**

**Índice de Confiabilidad (Alfa de Cronbach) Prueba Piloto**

**Variable** | NECESIDADES DE FAMILIARES CON PACIENTES  
INGRESADOS EN UCI

Sujeto/Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2	1	1	1	2	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	2	1	2
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	2	2	1	2	2	1	2	1	2	0	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
4	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2
7	1	2	1	0	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	0	2	2	2	2
8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	1	1
10	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
<b>Sumatoria</b>	17	17	14	16	18	16	15	13	17	16	16	13	18	17	18	15	17	19	17	18
<b>Media</b>	1,70	1,70	1,40	1,60	1,80	1,60	1,50	1,30	1,70	1,60	1,60	1,30	1,80	1,70	1,80	1,50	1,70	1,90	1,70	1,80
<b>Desv/Est.</b>	0,48	0,48	0,52	0,70	0,42	0,52	0,71	0,67	0,48	0,70	0,70	0,82	0,42	0,48	0,42	0,71	0,48	0,32	0,48	0,42
<b>Varianza</b>	0,21	0,21	0,24	0,44	0,16	0,24	0,45	0,41	0,21	0,44	0,44	0,61	0,16	0,21	0,16	0,45	0,21	0,09	0,21	0,16

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
2	1	1	1	2	2	2	0	1	0	2	2	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2
2	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
18	17	17	16	17	17	16	12	14	13	15	17	15
1,80	1,70	1,70	1,60	1,70	1,70	1,60	1,20	1,40	1,30	1,50	1,70	1,50
0,42	0,48	0,48	0,52	0,67	0,67	0,70	0,79	0,70	0,82	0,71	0,67	0,71
0,16	0,21	0,21	0,24	0,41	0,41	0,44	0,56	0,44	0,61	0,45	0,41	0,45

Suma de las varianzas de los puntajes de cada ítem = 8,88

Varianza de los puntajes totales = 114,64

34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	Puntaje Total
0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	33
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28
2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	47
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	56
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	56
1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	46
0	0	0	2	2	2	2	1	2	2	2	2	30
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	56
1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	46
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	56
13	15	15	19	17	16	16	14	18	17	18	18	454
1,30	1,50	1,50	1,90	1,70	1,60	1,60	1,40	1,80	1,70	1,80	1,80	45,40
0,82	0,71	0,71	0,32	0,67	0,52	0,52	0,52	0,42	0,48	0,42	0,42	16,10
0,61	0,45	0,45	0,09	0,41	0,24	0,24	0,24	0,16	0,21	0,16	0,16	8,88

## INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) conceptualmente se caracterizan por ser áreas de un hospital con suficientes recursos materiales y equipo de profesionales especializados como médicos y enfermeras para proporcionar un cuidado óptimo al paciente con compromiso grave, real o potencial, de sus funciones vitales, así como garantizar el cumplimiento de las normas de seguridad, organización y la aplicación de los principios éticos para su bienestar.

Asiain Erro, M. (2008) hace referencia a Martínez C, D. y Asiain, M.C. (1987) quienes enfatizaban que dichas unidades podían considerarse como unidades de enfermería especializada ya que la enfermera siempre ha sido el punto clave en quien se apoya el objetivo de garantizar la continuidad de los cuidados” (p.2).

La continuidad del cuidado del paciente crítico de acuerdo con Guevara, B. (2007) citada por Campos Martínez, M., C. y Cotrina Gamboa, M.J. (2011) requiere de la enfermera intensivista “cuidar al unísono a la persona que está hospitalizada en la Uci y a sus familiares como un solo núcleo de cuidado lo que le facilita comprender las dificultades socio-emocionales surgidas en el grupo familiar como una totalidad...” (p.4).

Es así como la familia, grupo primario que representa la organización social más básica, también representa la expresión de socialización,

solidaridad, protección y cuidado a los suyos, cuando se presenta un suceso vital, una situación crítica que exija adaptación al ritmo de vida habitual, tal como los señalan Martín-Rodríguez, A. y Pérez-San Gregorio, M. (2007) donde argumentan “la familia del enfermo ha de asistir a una hora determinada las visitas y a las informaciones médicas, adaptarse al vocabulario de los médicos y enfermeras, a la maquinaria que rodea al paciente, a estar en contacto en la sala de espera con otros familiares del paciente en riesgo de vida, pudiendo tener efectos en la identidad familiar y en su estilo personal de vida” (p.73).

En atención a lo descrito y citado, esta investigación tiene como propósito evaluar las necesidades de los familiares con pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), seleccionada, en su dimensión: necesidades esenciales.

Metodológicamente fue una investigación con diseño no experimental de campo, tipo de estudio prospectivo transversal descriptivo, evaluación y evaluación de necesidades, cuya población la conformaron 22 familiares con pacientes ingresados a la UCI de la Clínica Atías, en Caracas y 16 familiares con pacientes ingresados a la UCI del Centro Médico Anzoátegui en Barcelona, que integraron el 100% de la muestra. Para la recolección de datos utilizaron un instrumento contentivo en su primera parte de datos demográficos y en la segunda el cuestionario Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) de Nancy Molter y Jane Lesker contentivo de 45 ítems en escala Likert modificada: muy importante, importante, nada importante, cuya confiabilidad obtuvo un valor de 0.90 según el índice Alpha de Cronbach.

Los familiares de los pacientes internados en la UCI de la Clínica Atías, evaluaron como muy importante las necesidades de soporte (50%), necesidades de confort (77.3%) necesidades de seguridad (63.6%) necesidad

de información (81.8%) y necesidad de proximidad (63.6%). Los familiares de la UCI del Centro Médico Anzoátegui, se ubicaron en la misma categoría muy importante para las mismas necesidades: soporte (50%) confort (75%), seguridad (75%), información (68.8%) y proximidad (75%).

La investigación realizada se presenta en cinco capítulos.

Capítulo I. El problema, contiene planteamiento del problema sus objetivos: general y específicos y la justificación.

Capítulo II. Marco Teórico, describe los antecedentes nacionales e internacionales que sustentan la investigación, sus bases teóricas, sistema de variables, operacionalización de la variable y la definición de términos.

Capítulo III. Marco Metodológico, contiene el diseño de la investigación, tipo de estudio, población, muestra, métodos e instrumentos de recolección de datos, confiabilidad, procesamiento para la recolección de información y técnicas de análisis.

Capítulo IV. Resultado de la investigación, contiene la presentación y el análisis de los resultados obtenidos en el estudio.

Capítulo V. describe las Conclusiones y Recomendaciones específicas en términos del estudio realizado.

Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas y anexos respectivos.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

La familia, se conoce como un núcleo generador de hábitos, creencias, expectativas y construcciones sociales sobre la salud y la enfermedad. Los Familiares de Pacientes Ingresados a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) viven experiencias de vida capaz de alterar su entorno, alterar los roles familiares generando necesidades traducir en demandas, seguridad e información. Es así como este capítulo, describe el Planteamiento del Problema, los objetivos General y Específicos y la Justificación del Estudio.

#### **Planteamiento del Problema**

La Enfermería es un componente clave de la asistencia sanitaria en el ámbito mundial, si práctica está sustentada en la misión de lograr un óptimo estado de salud en la población. En este nuevo milenio la enfermería ha continuado su desarrollo profesional para proporcionar servicio a las personas para ello, como lo señala Ruiz Piñero, R. (2005) es necesario aceptar que:

Vivimos en comunidades, conformando grupos sociales con los mismos intereses y objetivos para el bien común..., estamos inmersos o somos parte del fenómeno de la globalidad, lo cual exige día a día entender al mundo como lo que es, uno solo, y los acontecimientos sucedidos en un sitio geográfico nos afectan de manera directa o indirecta en algún momento de nuestra vida. (p.5).



En el contexto de lo citado, la familia es un núcleo generador de hábitos, creencias, expectativas y construcciones sociales, especialmente relacionadas con la salud y la enfermedad. El grupo familiar puede dejar de funcionar en forma integral cuando se produce un acontecimiento de enfermedad grave que requiere la hospitalización de uno de sus miembros, en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). De acuerdo con Terrero Varilla, M. (2006). El ingreso en una Unidad de Cuidados Críticos produce “separación y ruptura, altera los roles familiares y genera necesidades traducidas en demandas de seguridad e información. Por ello es muy importante la inclusión de la atención de la familia para reducir la ansiedad y ayudar a mantener la estructura familiar” (p.77).

Es de considerar, el lugar ocupado por enfermería en la UCI, es un grupo profesional primordial, sustentan toda la infraestructura de dicha unidad, soportan además la carga de trabajo durante las 24 horas del día, en los diferentes turnos mañana, tarde y noche, se relacionan permanentemente con los pacientes y sus familiares, por eso dice Pallares Martí, A. (2003) “conocen mejor sus necesidades, dificultades o miedos y actúan en muchas ocasiones como mediadoras entre los médicos y las familias” (p.9).

Con el ingreso del paciente, miembros de su grupo familiar deben poner en juego una serie de estrategias, capacidad casi religiosa para su supervivencia alrededor de la UCI, tales como: fe en la medicina, en el hospital, en la unidad, en el médico, las enfermeras y los demás profesionales, pues la estructura de dichas unidades es poco permeable a las carencias familiares, sus necesidades, el sufrimiento y el dolor.

Es así, como las familias permanecerán pendientes de las informaciones que se les proporcione, inician un período de aprendizaje de

las rutinas, del horario de visitas para ver a su paciente, obteniendo como enfatiza Pallares Martí, A. (op.cit.). “Un aprendizaje por inmersión de gran impacto emocional.” (p.23) Tanto los familiares como los pacientes que padecen una enfermedad grave tienen experiencias negativas y positivas durante la hospitalización en la UCI, a decir de Beltrán Salazar, O. (2009).

Las negativas se relacionan con la enfermedad y sus implicaciones físicas psicológicas, la utilización de medios terapéuticos y de diagnóstico, -los problemas cognitivos y de comunicación, la ansiedad, el temor, la soledad y el aislamiento- y, el contacto con las personas que se involucran en el cuidado, como los enfermeros, la familia y los amigos, porque brindan apoyo y seguridad son vistos como experiencias positivas (p.34).

Las personas enfermas y sus familiares presentan situaciones asociadas al sufrimiento interpersonal o interpersonal. Para Torralba, F. (1998) “el sufrimiento intrapersonal son situaciones en las que el individuo percibe inseguridad en su interior acompañada de culpa, miedo y ansiedad, y el sufrimiento interpersonal, es debido a las relaciones afectivas con el medio que le rodea” (p.272).

En este sentido, las enfermeras intensivistas debe cuidar al unísono al paciente como persona hospitalizada en la UCI y a sus familiares como un solo núcleo de cuidado, ello contribuye a comprender las dificultades socioemocionales surgidas en el grupo familiar como una totalidad, esto a su vez, permite darles el apoyo más decidido durante el proceso de adaptación a la nueva situación que confrontan.

La Unidad de cuidados Intensivos (UCI) es una estructura física acondicionada para ofrecer servicios de alta complejidad, a pacientes con distintas patologías que comprometen sus funciones vitales. Los familiares

de los pacientes hospitalizados en la UCI, se ven sujetos a una gran variedad de cambios y necesidades pobremente satisfechas, que como lo señalan Soto, E., Parra, D. y Rojas, M. (2010) “causan una situación traumática que genera sensaciones de angustia, tensión e incertidumbre en el individuo” (p.18).

Es así como la familia del paciente, se vuelve vulnerable, sus integrantes están sujetos a la influencia del entorno de la UCI, del hospital como un todo y de la sociedad en sí misma, pues al estar uno de ellos hospitalizados, se presenta un cambio de roles y de las funciones familiares, generando reacciones emocionales, tensión e incertidumbre que exigen atención oportuna.

En las vivencias de familiares de pacientes en terapia intensiva, estudiadas en el contexto de la santa casa de Lodina por Urizzi, F. y Correa, A. (2007), emergieron como categorías temáticas la experiencia difícil, dolorosa, proximidad al sufrimiento del paciente, rompimiento con el cotidiano familiar, miedo a la muerte.

Por otro lado Santana Freitas, K., Kimura, M. y Azevédo, K. (2007), en su estudio sobre las necesidades familiares de pacientes en UCI, realizado en Sao Paulo, encontraron que las necesidades de mayor importancia identificadas por los familiares fueron comenzar la visita en la hora indicada, tener un buen snack dentro del hospital, disponer de muebles confortables en la sala de espera, disponer de un lugar para estar solo, ser informado con relación a la evolución del paciente.

En el hospital Costa del Sol de España, Velasco, J. (2002) estudio necesidades de los familiares de pacientes ingresados en UCI, encontrando

como necesidades más apremiantes las relacionadas con la información sobre la evolución del paciente y la seguridad en el ámbito hospitalario.

En el contexto venezolano, un estudio realizado por Briceño, Díaz y Figuera en el año 2010, en la UCI del Instituto Médico la Floresta del Distrito Capital con enfoque cualitativo fenomenológico, sobre las vivencias de familiares de pacientes ingresados en dicha unidad y el significado que la sala de espera como espacio físico emergieron de la entrevistas realizadas a los familiares tres temas significativos: interferencia de la vida cotidiana, relación interpersonal enfermera-paciente positiva y discomfort en la sala de espera.

En la clínica Atías, del Distrito Capital, la UCI, está situada en el piso 5, estructuralmente está organizada con 8 camas, donde ingresan pacientes con diversas patologías, de gravedad considerable, atención por los médicos intensivistas y 7 enfermeras en cada turno de trabajo. Esta unidad, también cuenta con una sala de estar con sillones para descanso de los familiares, máquina expendedora de café, teléfono con entrada de llamadas externas e internas; el horario de visita familiar está normada en la mañana 10 am a 12 pm y en la tarde de 5 pm a 7 pm, con permanencia de 5 a 10 minutos, con vestimenta adecuada.

En el Centro de Especialidades Anzoátegui de Barcelona, la UCI, está situada en la planta baja, estructuralmente organizada con 4 camas, los pacientes ingresados, son atendidos por médicos intensivistas y 4 enfermeras especialistas por cada turno de trabajo.

En dicha UCI, los familiares descansan en 4 sillas situadas en el pasillo frente a la unidad, donde esperan la información relacionada con la evolución de sus pacientes y la hora de visitas establecida en el horario de 5

a 6 pm, es decir una hora diaria, la información sobre el paciente la reciben solo del médico intensivista cuando es necesaria, por ejemplo, la realización de un procedimiento específico o cambios en el diagnóstico o la sobrevida de paciente.

En ambas UCI, la información relativa a la condición de vida del paciente, es exclusiva al médico tratante intensivista, enfocada en lo específico al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los mismos; alejándose de un adecuado abordaje de las necesidades de los familiares.

Ante la situación descrita, surgen las siguientes interrogantes: Los familiares de pacientes ingresados en las UCI seleccionadas: ¿Reciben orientación general sobre la ubicación de la UCI?, ¿Sienten confianza en los profesionales que cuidan a su paciente?, ¿Disponen de una sala de espera, cercana a la UCI?, ¿Disponen de ambientes confortables, como sala de espera en la UCI?, ¿Sienten que los profesionales de la UCI, se interesan por el paciente?, ¿Sienten que existe esperanza por la recuperación del paciente?, ¿Poseen un horario de visita especial, en la UCI?, ¿Ayudan al cuidado del paciente, en el horario de visita?

Para dar respuesta a estas interrogantes, las autoras formulan el siguiente Problema de Investigación ¿Cuáles son las necesidades de familiares de pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de la Clínica ATÍAS, Distrito Capital, Caracas y del Centro de Especialidades Anzoátegui, en el segundo semestre del año 2012?

## **Objetivos de la Investigación**

### **Objetivo General**

Evaluar en términos de importancia las necesidades de familiares de pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidados

Intensivos (UCI), seleccionadas, en su dimensión: Necesidades Esenciales.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar la importancia dada a la necesidad de soporte en los familiares de pacientes hospitalizados en UCI
- Identificar la importancia dada a la necesidad de confort en los familiares de pacientes hospitalizados en UCI
- Identificar la importancia dada a la necesidad de seguridad en los familiares de pacientes hospitalizados en UCI.
- Identificar la importancia dada a la necesidad de información en los familiares de pacientes hospitalizados en UCI.
- Identificar la importancia dada a la necesidad de proximidad en los familiares de pacientes hospitalizados en UCI.

### **Justificación de la Investigación**

La familia como grupo primario, representa la organización social más básica de la sociedad, también representa la expresión de socialización, solidaridad, protección y cuidado a los suyos, cuando se presenta un suceso vital, una situación crítica que exija adaptación al ritmo de vida habitual como lo es la enfermedad de un miembro de la familia e ingreso a la UCI, por presentar graves alteraciones de sus funciones vitales que ponen en peligro su vida, siendo el lugar donde los familiares sufren más y en la mayoría de los casos sus necesidades como persona no son reconocidas.

El objetivo de esta investigación se orienta a Evaluar en términos de importancia las necesidades de familiares de pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), seleccionadas, en su dimensión: Necesidades Esenciales.

En términos teóricos la investigación se justifica porque mediante la descripción de conceptos y enfoques teóricos relacionados con la familia, necesidades de familiares, enfermedad de sus allegados, será posible evaluar las necesidades esenciales más importantes en los familiares de pacientes ingresados a la UCI.

En el contexto metodológico la utilización de un instrumento tipo cuestionario como es el de valoración Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), justifica metodológicamente la investigación porque se utilizan técnicas de investigaciones seguras y eficaces como lo es el instrumento valoración (CCFNI) creado por las enfermeras norteamericanas Molter y Leske y validado en el contexto latinoamericano por enfermeras chilenas.

En el contexto de la práctica la investigación también se justifica porque de los resultados que se obtengan será preciso recomendar estrategias para satisfacer las necesidades esenciales de los familiares de los pacientes internados en UCI que siempre demandan información, un sistema abierto de visitas, atención humanizada y personalizada por parte de los miembros del equipo de salud y espacios físicos confortables para estar atentos a los progresos de su familiar.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

El presente capítulo, describe los Antecedentes, surgidos de la Revisión Bibliográfica, sobre el tema de interés, las bases teóricas, el sistema de variables, su operacionalización y la definición de términos básicos.

#### **Antecedentes**

En toda investigación se hace necesaria la revisión de estudios previos, relacionados con el Problema de Interés. De acuerdo con Tamayo y Tamayo, M. (2001) “En los antecedentes se trata de hacer una síntesis... de las investigaciones o trabajos realizados sobre el problema formulado con el fin de determinar el enfoque metodológico de la misma investigación” (P.146). Atendiendo a lo citado se presentan investigaciones nacionales e internacionales relacionados con el problema planteado.

#### **Investigaciones Nacionales Relacionadas con la Variable en Estudio**

Briceño, Y., Díaz, W. y Figuera, E. (2010) relacionaron en Caracas, una Investigación con la finalidad de descubrir el significado de las vivencias de familiares de pacientes ingresados en la UCI y el significado que la sala de espera como espacio físico tiene para el familiar de los pacientes.

Metodológicamente fue una investigación con enfoque cualitativo de carácter fenomenológico, descriptivo, cuyos informantes claves fueron (8) familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados



Intensivos del Instituto Médico la Floresta, Clínica Privada de 4to nivel ubicada en el Distrito Capital, Caracas.

Utilizaron la entrevista como medio de recolección de información, dichas entrevistas fueron grabadas previo consentimiento informado de los informantes claves, que dieron respuesta a cinco preguntas norteadoras: 1.- su vida diaria se ha alterado con el ingreso de su familiar a la UCI; 2.- Recibe información oportuna sobre la evolución de su familiar internado UCI; 3.- Cómo percibe el cuidado de enfermería dado a su familiar en la UCI; 4.- Participa en el cuidado de su familiar, internado en la UCI; 5.- Es confortable la sala de espera, como espacio físico de la UCI. Las entrevistas se cumplieron en dos momentos, el primero, en un contacto informal previo, una vez que aceptaron participar en el estudio, el segundo, entrevista propiamente dicha, realizada en un tiempo no mayor de 48 horas, con cada informante clave, que fueron grabadas, seguidamente descritas e interpretadas y compartidas con los entrevistados, actividad que conllevó al análisis de los textos y dieron lugar a tres temas relevantes y significativos para el estudio realizado:

4. Interferencia de la Vida Cotidiana, surgida de la interpretación de palabras como alteración, descontrol, desespero, angustia, que al ser una situación inesperada conlleva a la alteración de las actividades de la vida diaria.
5. Relación Positiva entre Profesionales de Enfermería y Familiares de los Pacientes, manifestados por la comunicación amable, recíproca, atentas, ratificando un cuidado de enfermería integrado y humanizado, que da importancia a sus necesidades y sentimientos como familiares de los pacientes internados en UCI.
6. Disconfort en Sala de Espera, surgidos de las experiencias vividas por los familiares, manifestadas por la ausencia de Privacidad, confort, y Servicios Sanitarios, requiriendo un espacio físico confortable, amplio y cómodo para el descanso en los momentos de espera.

Recomiendan los Investigadores, la necesidad de implementación de cambios en el reconocimiento de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en UCI para contribuir a la recuperación del enfermo, dando prioridad a su confort, la comunicación y la relación de ayuda enfocándose en el cuidado humano de los familiares, para así satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales en el contexto de sus vivencias.

Delgado, H. y Mejías M. (2010) realizaron en el Edo. Portuguesa, una investigación con el objetivo de determinar la relación que existe entre la interacción del personal de enfermería con los familiares del paciente politraumatizado y su relación con el estrés generado en los mismos.

Fue un estudio de tipo descriptivo-correlacionar, cuya población estuvo constituida por 40 familiares de pacientes politraumatizados que ingresaron a UCI del Hospital Jesús María Casal de Acarigua. Edo. Portuguesa, los 40 familiares constituyeron el elemento muestral, seleccionados mediante el muestreo no probabilístico intencional que cumplieron los criterios de inclusión: Padre o Madre, hija (o), sobrina (o), leer y escribir, mayor de 18 años y dieron su consentimiento de querer participar en el estudio.

Para recolectar la información aplicaron un instrumento tipo cuestionario estructurado en tres partes; la primera recolectaba datos sociodemográficos, la segunda conformada por 26 ítems para la medición de la variable interacción del personal de enfermería con los familiares de los pacientes y la tercera constituida por 15 ítems para medir la variable niveles de estrés de los familiares; ambos en escala Likert de 4 puntos: Nunca, casi nunca, casi siempre y siempre, que obtuvieron un valor confiable de 0,75 y 0,88 respectivamente según el índice Alpha de Cronbach.

En los resultados respecto a las características demográficas, muestran que las edades de los familiares oscilaron entre 18 a 25 años (37,5%), en su mayoría (37,5%) eran sobrinos de los pacientes, predominó el sexo femenino 60%, con un nivel de instrucción de secundaria (45%).

En lo referido a la interacción del personal de enfermería con los familiares de los pacientes politraumatizados hospitalizados en la UCI, observaron que el 40% se ubicó en la categoría siempre, 32,5% se ubicó en casi nunca y 27,5% en casi siempre, significando que un porcentaje importante de la población estudiada consideró que el personal de enfermería sí estableció interacción con los familiares de los pacientes. Respecto a los datos obtenidos para la variable estrés de los familiares de los pacientes, evidenciamos un 57,5% de respuestas en la categoría casi siempre, 30% se ubicaron en la categoría simple, y 12,5% en casi nunca.

En cuanto a la relación entre las variables estudiadas según el coeficiente de correlación de Spearman, encontraron predominancia de la categoría casi siempre con 72,7% para ambas, confirmando que a mayor interacción del personal de enfermería con los familiares de los pacientes politraumatizados hospitalizados en UCI, disminuye el estrés de los familiares.

En la discusión de los resultados, enfatizan dichos investigadores, que la hospitalización del paciente politraumatizado en la UCI, genera en los familiares estrés, que puede deberse a situaciones como pérdida de contacto, sentimientos negativos de aprensión o temor al área hospitalaria, los múltiples métodos invasivos, las condiciones del enfermo y la incertidumbre sobre lo que pueda pasarle a su paciente.

Concluyen, señalando, la importancia de reconocer que uno de los agravantes del estrés son las relaciones humanas, siendo necesario, que

el personal de enfermería en su interacción con la familia sirva de enlace a través de un acercamiento empático para disminuir la ansiedad o el estrés presente en el grupo familiar.

### **Investigaciones Internacionales Relacionados con la Variable en estudio**

Soto Cruz, E., Parra Duran, D.F., y Rojas Camargo, M. del P. (2010) realizaron en Colombia una investigación con la finalidad de Identificar las necesidades de los familiares con pacientes en las unidades de Cuidados Intensivos pediátrico, adulto y coronario del Hospital Federico Herar Acosta.

Fue un estudio con diseño longitudinal, tipo descriptivo realizado durante los meses Febrero, Marzo, Abril, Mayo 2010, cuya muestra la conformaron con 30 familiares de pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos adulto, coronario y pediátrico del Hospital Federico Herar Acosta de la ciudad de Ibagué, seleccionados por muestreo aleatorio simple.

Para recolectar los datos aplicaron al elemento muestral el Instrumento original Critical Care-Family Needs Inventory (CCFNI), por sus siglas en inglés) creado por las Enfermeras norteamericanas Nancy Molter y Jane Leske, el cual consta de 45 preguntas que evalúan las principales necesidades de los familiares de pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs). Así mismo aplicaron su cuestionario para la obtención de datos sociodemográficos.

En los resultados describen que el 43% de los pacientes hospitalizados en dichas unidades vivían con sus padres, el 33% vivían con el conyugue e hijos, el 17% con otras personas y un 7% sólo con el conyugue. Las edades de los familiares estuvieron entre los 18 hasta 62 años, predominando la etapa adulta con 43% de familiares. El 63% lo

constituyeron mujeres, 36% padres o madres de los pacientes hospitalizados, 27% eran hijos, 20% hermanos y el 17% conyugues de los pacientes.

En lo referido a las necesidades de los familiares con pacientes en las tres Unidades de Cuidados Intensivos estudiadas, señalan que observaron coincidencia en un 97% de los familiares al señalar como muy importante recibir por lo menos una vez al día información sobre el estado de su familiar, para el 93%, era importante hablar con el médico, porque para ellos representaba seguridad y confianza respecto a la evolución de su familiar hospitalizado, ese mismo porcentaje (93%) consideró que la necesidad de ayudar con el cuidado físico, les generaba confianza al participar en actividades como el baño diario.

El mismo 93% consideró importante saber el porqué de cada procedimiento realizado a su familiar hospitalizado, conocer el pronóstico de la enfermedad. Para un alto porcentaje de los familiares, no fue importante tener un espacio para estar solos, mientras se encuentran en el hospital, ni hablar sobre la posibilidad de muerte de su familiar.

Concluyen dichas investigados enfatizando que los familiares de los pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital estudiado, demandan información, un sistema abierto de visitas, atención personalizada y humanizada por parte del personal de Enfermería y Médico adscritos a las UCI. Esa información debe ser continúa, no solo sobre la enfermedad o estado de salud de su ser querido, sino también sobre todo lo que ocurre alrededor del mismo como los procedimientos que se realizan, si será remitido a otra institución, tratamiento médico y farmacológico, y además, necesita estar el mayor tiempo posible cerca de su familiar hospitalizado en la UCI.

Recomiendan como fundamental incorporar un plan de atención a la familia, teniendo en cuenta sus necesidades de cuidado, dado a que los cambios sociales y funcionales de la familia crean nuevas necesidades. Al momento de realizar el plan de cuidados de enfermería, debe considerarse la participación del familiar en la fase de enseñanza y educación sobre los cuidados de su familiar hospitalizado.

Urizzi, F. y Correa, A. (2007) realizaron en Brasil, una investigación con la finalidad de comprender las vivencias de familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), y contribuir con la humanización del cuidado en ese contexto.

En el contexto metodológico fue una investigación cualitativa, fundamentada en la comprensión del fenómeno “ser una familia que pasa por la experiencia del ingreso de un familiar en la UTI”, utilizando como referencial metodología la fenomenología, incluyeron a 17 familias de pacientes adultos ingresados en la UTI de la Santa Casa Londrina, Sao Paulo, Brasil, los componentes de la familia nuclear: Padre, madre e hijo, ligados entre sí por el parentesco con el paciente internado, fueron sujetos de investigación, mediante entrevistas en profundidad, siempre que visitaran al pacientes en horas de la mañana y tarde, y firmaran el consentimiento libre y aclarado, según los principios fundamentales de la Ética en la investigación; las entrevistas fueron grabadas y transcritas.

La pregunta guía fue ¿Cómo es tener un familiar hospitalizado aquí? Descríbalo. Durante la entrevista indican las investigadoras que estuvieron atentas a los gestos, movimientos, miradas, entonación de voz y silencio, comprendidos como formas de vivir el mundo que el sujeto expresa en íntima relación con el fenómeno en estudio.

Finalizada la transcripción de las entrevistas, fueron, como explican los investigadores aproximadas, unas a las otras, en la búsqueda de

convergencias y divergencias, siendo finalmente configuradas por categorías temáticas de la siguiente forma: **Sufrimiento**: sentimiento expresado usando palabras como difícil, triste, sufrido, terrible. Señala que en 11 de las 17 entrevistas la palabra difícil fue citada como primera expresión, enfatizaron que está relacionada con el dolor que la situación vivida despierta. **Colocarse en el lugar y Percibir al otro** concebido por lo narrado en la entrevista “nosotros sentimos lo que ella siente cuando nos vamos, las lágrimas brotan, porque ella tiene miedo, eso nos duele”. **Rompimiento de la Relación con el cotidiano familiar**: expresado en “Está siendo muy difícil para mí que estaba siempre trabajando, de pronto se puso así, uno se desespera, así me puse yo”. Enfatizan las investigadoras que estas situaciones inesperadas dejan a la personas inconfortable, mostrando su lado inseguro dentro de sus vivencias. **UCI Ambiente temido, pero necesario**: teniendo en consideración las particularidades de la UTI, los familiares admitieron que se trata de un local ideal para la recuperación de los pacientes graves, expresado en sentimiento de esperanza de vida; pero también lo perciben como un local que da miedo, aprehensión e inseguridad.

Concluyen indicando que: la familia al colocarse en el lugar del paciente se aproxima a la vivencia, el profesional para aproximarse efectivamente a la familia, debe colocarse en el lugar del otro y valorar su experiencia como singular, reconociendo en cada familia su modo propio de enfrentar la situación de hospitalización.

Santana, K., Kimura, M., Azevédo, K. (2007) realizaron en Brasil, una investigación con el propósito 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.

En términos metodológicos fue un estudio transversal y comparativo realizado en tres UCIs del Municipio de Sao Paulo, dos de

Hospitales Públicos y uno de Hospital Privado. En los Hospitales Públicos, seleccionaron en uno, la UCI de Medicina con 11 camas, en el otro, la UCI de cirugía con 14 camas. En el Hospital Privado, seleccionaron la UCI de pacientes adultos en tratamiento clínico y quirúrgico, con 19 camas. Los sujetos del estudio fueron los familiares de los pacientes hospitalizados en las UCIs, seleccionadas.

La población la integraron con un familiar por cada paciente, con lazos de consanguinidad, que vivían con él; con estrechas relaciones y cumplieron los siguientes criterios de inclusión: edad igual o superior a 18 años con familiar adulto hospitalizado en la UCI con mínimo de 24 hs, haber visitado al paciente al menos una vez durante el período de hospitalización, estar en condiciones de entender y responder a las preguntas de los instrumentos y estar de acuerdo en participar del estudio firmando el término de consentimiento libre y aclarado. El tamaño de las muestras lo estimaron en 44 familiares por cada institución, considerando como error alfa 1,05 y 0,2.

Para la recolección de datos utilizaron cuatro instrumentos: la ficha de caracterización de las UCIS, destinado para el registro de informaciones estructurales y funcionales de las unidades; la ficha de caracterización del paciente, para obtener datos sociodemográficos y clínicos; la ficha de caracterización familiar, para el registro de datos socio-económicos, demográficos y de relaciones con el paciente y el Inventario de Necesidades y Estresantes de Familiares en Cuidados Intensivos (INEFCI) para evaluar las necesidades de los familiares; derivado del Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), adaptado y validado para la cultura brasilera por Castro, D. Dicho Instrumento considera necesidades relacionadas a cuatro dimensiones: Información, seguridad, proximidad, soporte y confort, compuesto por 43 ítems, en una escala puntuada de 0 a 3. Las investigadoras, evaluaron la consistencia



interna a través del método de las mitades de spearman Brown, obteniendo como valor confiable 0,74 y 0,77.

En los resultados, analizados a través del Programa SPSS, versión 12.0 para Windows, obtuvieron para la caracterización de los pacientes y familiares, un total de 91 pacientes estudiados en ambos hospitales, el 53.8% eran del sexo femenino, católicos 73,6%, casados 52,7%, con edad media de  $59,6 \pm 19,3$  años. Las diferencias entre los grupos de pacientes fueron significativas en relación a escolaridad ( $P=0,032$ ), siendo más frecuente el nivel superior en individuos de Hospital Privado (25,6%) que en los Públicos (6,4%); con respecto al motivo de hospitalización ( $P=0,012$ ), en los servicios Públicos fue más frecuente el postoperatorio inmediato (46,6%) y el servicio Privado, las enfermedades cardiovasculares (25,0%).

En cuanto a los familiares, 47 eran de Hospitales Públicas y 44 del Privado, predominaron los familiares de sexo femenino (74,7%), católicos (64,8%), casados (61,5%) más de la mitad con actividad remunerada (58,2%) y con experiencia anterior con pacientes internados en UCI (59,3%), la gran mayoría (91,2%), informados del diagnóstico médico del paciente.

De las 43 necesidades estudiadas, cerca del 90% fueron consideradas importantes o muy importantes por los familiares de los pacientes en ambas instituciones (Públicos y Privados) teniendo como criterio, los ítems que presentaron medias  $\geq 3,0$ . Al comparar las medias obtenidas en cada necesidad encontraron que los grupos solo diferían significativamente en relación a la importancia de cuatro necesidades: comenzar la visita en la hora indicada ( $P=0,029$ ), tener un buen snack dentro del hospital ( $P=0,002$ ), disponer de muebles confortables en la sala de espera ( $P=0,027$ ) y disponer de un lugar en el que pueda estar solo cuando me encuentre en el Hospital ( $P=0,023$ ).

Enfatizan las investigadoras que todos los puntajes fueron más elevados en la UCI Privada, a excepción del primer Ítem (comenzar la visita en la hora indicada) considerado de mayor importancia por los familiares de la UCI Pública. Observaron además que los familiares de pacientes en la UCI Privada, presentaron un puntaje total de satisfacción superior (3,23) con relación a los familiares de la UCI Públicas (2,92), diferencia estadísticamente significativa ( $P=0,002$ ). En consideración a los 43 ítems de la escala de satisfacción, los familiares de la UCI Pública presentaron insatisfacción o poca satisfacción (media  $< 3$ ) con casi la mitad de las necesidades (46,5%), en relación a los familiares de la UCI Privada, en los cuales el número fue menor (32,5%).

Las investigaciones nacionales e internacionales son un apoyo significativo para el desarrollo de esta investigación puesto que orientan a la descripción de los fenómenos de interés para la selección de la dimensión, los indicadores, subindicadores e instrumentos de recolección de datos como lo es el CCFNI

### **Bases Teóricas**

La enfermería es concebida como una tarea apasionante en la que, ante todo, se produce una relación de comunicación entre personas. Se trata de una labor Profesional donde se exige a cada enfermera y enfermero excelencia no sólo técnica sino humana.

La enfermería, contiene una dimensión social, ésta determinada por la interacción con otros quehaceres Profesionales en el ámbito sanitario, con los individuos a nivel particular, y con las Instituciones en el ámbito general, enfatiza Feíto Grande, L. (2000) “es una labor cuyo sentido arranca de una “situación de indigencia” del ser humano, que es finito, y lábil y doliente, y que requiere, en mayor o menor medida, de una atención solícita de otro. Es lo que podemos resumir en una palabra... el cuidado” (P.14)

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) la enfermera (o) intensivista debe cuidar al unísono al paciente hospitalizado y a sus familiares como un solo núcleo de cuidado, esa acción cuidadora, les permitirá comprender las dificultades socioemocionales surgidas en el grupo familiar como una totalidad, con la finalidad de darles apoyo durante el proceso de adaptación a la nueva situación que confrontan, ante la enfermedad del paciente. Llavador Sanchos, J. (2001) señala el paciente en estado crítico es aquel que “Presenta o puede presentar de forma inminente graves alteraciones de sus funciones vitales que ponen en peligro su vida, siendo la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el lugar donde se agrupan este tipo de pacientes. “(P.104). Adicional a ello, Zaforteza, C., Gastaldo, D., Sánchez-Cuenca, P.E. y Lastra, P. (2004) enfatizan que:

Las UCI están organizadas con una estructura que rompe la conexión de personas con su entorno y pensada para facilitar el trabajo de médicos y enfermeras. Probablemente, la UCI es el lugar de los servicios sanitarios donde los familiares sufren más y donde los deseos de los familiares implican contacto con el paciente y con los profesionales. (p. 5).

Interpretando lo citado, puede considerarse que el cuidado de paciente crítico es incompleto si no se acompaña del abordaje de los problemas no médicos de los familiares, en lo referido a sus sentimientos de ansiedad, miedo, soledad, preocupación, depresión entre otros síntomas psicológicos. Torrents, R., Oliva, E., Sancedo, M., Surroca, L., Jover, C. (2003), sobre lo antes descrito enfatizan:

No hay que olvidar que los familiares son una parte muy importante en el proceso de la enfermedad y el cuidado de los pacientes críticos. Ellos contribuyen de manera muy significativa a la consecución de una buena evolución de la enfermedad, ya que participan de manera activa en la toma de decisiones junto al equipo médico e incluso, cuando el paciente está consciente, son la fuente más importante de apoyo y conexión entre el paciente y el equipo médico. (p. 50).

Al ser la familia el núcleo o el epicentro donde se forma la sociedad, puede entenderse que sus integrantes estén sujetos a la influencia del entorno, en el momento de tener a uno de ellos hospitalizado en la UCI, dado a que, se presenta un cambio de Roles en las funciones familiares, además la experiencia vivida, al separarse de uno de sus miembros resultan traumáticos tanto para el paciente como para sus familiares.

De allí, que sea necesario e importante concebir a la familia como una unidad, como un sistema, en el cual, la alteración en alguno de sus miembros implica disfuncionalidad en la totalidad; en este sentido señala Pérez Giraldo, B. (2002) "cuando aparece cualquier enfermedad en la familia, la unidad es afectada en su totalidad, es un proceso colectivo que afecta a cada uno de sus miembros" (P. 3). Además, la enfermedad de una persona afecta a la familia y a otras personas significativas en su vida no solo psicológicamente, sino física y espiritualmente, el tipo de afecto y su magnitud como señalan Kozier, B., Erb, G., Berman, A., y Snyder; S. (2005) dependen "fundamentalmente de tres factores: a) el miembro de la familia enfermo), la gravedad y duración de la enfermedad, y c) las costumbres culturales y sociales de la familia."(p.201). Así mismo, mencionan, las alteraciones que pueden producirse en la familia, estas comprenden entre otras, las siguientes:

- Modificaciones de Roles
- Reasignación de tareas y aumento de las demandas de tiempo
- Aumento del estrés debido a la ansiedad respecto al pronóstico de la enfermedad y el conflicto sobre responsabilidades no acostumbradas
- Problemas económicos
- Soledad como consecuencia de la separación y la pérdida inminente
- Modificaciones de las costumbres sociales.(p.201)

En el contexto de lo citado, es importante enfocarse en el cuidado a la familia, este se convierte en un reto para el profesional de enfermería quien debe promover en el grupo familiar de pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) sentimientos de unidad, cooperación, apoyo mutuo y la coordinación de acciones para la adaptación a las diferentes situaciones que deben enfrentar en el transcurso del ciclo vital, cuando un familiar enfrenta una situación de enfermedad crítica, crisis que afecta a todo el sistema familiar y su entorno, ameritando acciones concretas de enfermería para su adaptación a la situación de salud que vivencia el familiar hospitalizado en la UCI.

Sor Callista Roy, en su modelo de adaptación descrito por Phillips, K. (2007) define la enfermería como una profesión que:

Se dedica a la atención sanitaria..., se centra en los Procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir,...da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general...La enfermería es la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno,...con el análisis de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación. (p.360).

Subyace de lo citado la importancia de la enfermería como disciplina científica y práctica, donde su saber es útil e indispensable para satisfacer las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en las Ucis, actuando de manera positiva y creándoles un entorno favorable facilitador de su adaptación a la situación de enfermedad de su ser querido.

Lo anterior orienta la descripción de la variable en estudio: Necesidad de Familiares con Pacientes en UCI, su dimensión: Necesidades Esenciales e Indicadores Seleccionados.

## **Necesidades de familiares con pacientes en UCI**

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un espacio físico, que conforma la estructura organizacional de todo hospital, donde se ofrecen cuidados de alta complejidad, a pacientes con enfermedades que comprometen sus funciones vitales. Además, los familiares de los pacientes ingresados en la UCI, se ven sujetos a una gran variedad de cambios, así mismo, viven necesidades de angustia, tensión e incertidumbre pobremente satisfechas causándoles situaciones traumáticas al núcleo familiar, durante los días de hospitalización del paciente.

Soto Cruz, E., Parra Durán, D. y Rojas Camargo, M. (op. cit) enfatizan que “la familia es el núcleo o el epicentro donde se forma la sociedad” (P. 19). Es decir que la familia puede considerarse como el grupo familiar más importante de la sociedad, definida por Del Rey Calero, J., y Calvo Fernández, J. R. (1998) como “la unidad básica de la sociedad y medio natural para el desenvolvimiento y bienestar de todos los miembros” (P. 419). Atendiendo a lo citado, es de considerar que los familiares como grupo primario, son parte importante en el proceso de enfermedad y cuidado de pacientes ingresados en UCI; que suponen connotaciones negativas según sea la gravedad de la dolencia, con todos los temores que las alteraciones de salud de su familiar pueden conllevar.

De acuerdo con Gómez Martínez, S., Ballester Arnal, R., y Gil Juliá, B. (2011) el ingreso a UCI de una persona, conlleva variados tipos de problemas para los familiares:

En un primer momento, y de manera abrupta, la cotidianidad deja paso a la incertidumbre, el cambio de roles el miedo, la ansiedad, la depresión y otros síntomas psicológicos. ...en muchos casos, la experiencia del ingreso es más estresante para la familia que para el propio paciente. (P. 58).

Es así, como este cúmulo de circunstancias pueden ocasionar a los familiares de los pacientes ingresados a la UCI, que desatiendan sus

propias necesidades básicas, tales como descanso inadecuado, dieta pobre, desatención de las relaciones interpersonales, provocando un ciclo de consecuencias negativas, dado a que, su desorientación y necesidades no son solo psicológica, sino física y hasta espirituales. Es así como las necesidades de los familiares son conceptuadas como esenciales y exigidas por ellos, estas cuando son satisfechas alivian o disminuyen la flexión, la angustia inmediata, mejorando su bienestar como familia.

### **Necesidades Esenciales**

El concepto de necesidad tiene una larga trayectoria en el pensamiento social. Existen distintas disciplinas y por la diversidad de escuelas teóricas. Necesidad significa carencia interna, según Chiavenato, I (2009) “las necesidades aparecen cuando surge un desequilibrio fisiológico o psicológico,... las necesidades son variables, surgen del interior de cada individuo y dependen de elementos culturales” (p.337). De acuerdo con Elizalde, A. Martí, M. y Martínez, F. (2006).

La necesidad humana es fundamentalmente una virtualidad mental esencial contenida en los límites de nuestra existencia, tanto en su dimensión física o material como en su dimensión mental. Ella forma parte de nuestro existir... Posee un carácter universal por cuanto es compartida por todos los seres humanos, que son por su propia condición humana seres de necesidades;... Siendo a su vez, esenciales a toda existencia individual. (p.12)

Atendiendo a lo citado, la condición humana de la persona enferma ingresada a una UCI, se traduce en vivencias estresantes para la familia al experimentar shock, incredulidad, ansiedad e incertidumbre sobre el pronóstico de su ser querido, así como a la separación física de su familiar en situación crítica que puede causar una experiencia de desorganización y crisis familiar en el entorno, son entendidas como necesidades de la familia, estas en palabras de Benito, M., García, A., López, I., Benito, R., Peláez, R. y Rojas, A. (2011) “son conceptualizadas

como esenciales, y cuando se satisfacen, alivian y/o disminuyen su angustia inmediata, con la mejora de su bienestar..., la actitud de la familia puede servir de ayuda para la recuperación del paciente en UCI (p.7).

En ese sentido, el cuidado centrado en la familia y sus necesidades esenciales, es un enfoque innovador, basados en asociaciones beneficiosas, en la toma de decisiones y el cuidado del paciente, entre los proveedores de salud y las familias, un enfoque que considera al paciente y a su entorno como única unidad de cuidado, que requiere atención de ayuda, apoyo y asesoramiento de los profesionales de enfermería, ameritando acciones concretas para su adaptación a la situación de salud vivenciada por el familiar hospitalizado.

En el contexto de lo descrito, es pertinente hacer mención a Sor Callista Roy y su modelo de adaptación descrito por Phillips, K. (2007) donde define la enfermería como una profesión que:

Se dedica a la atención sanitaria,... Se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir... da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de los familiares, de los grupos y de la sociedad en general... la enfermería es la ciencia y la práctica que amplía las capacidades de adaptación y mejora la transformación del entorno,... con el análisis de la conducta y de los estímulos que incluyen en la adaptación. (p.360).

Desde lo citado, subyace la importancia de la enfermería como disciplina y como práctica, donde su saber, es útil para ofrecer un servicio vital a los familiares de pacientes ingresados en las UCIS., actuando de manera positiva para mejorar la interacción entre los familiares y su entorno con el fin de fomentar la adaptación a la situación de salud del familiar hospitalizado.

En este contexto es pertinente destacar los señalamientos de Asiain Erro, M. C. (2008) respecto a la familia del paciente crítico:



... La familia se ve amenazada por la separación que supone el ingreso a la UCI, pierde su papel ante el enfermo, deja de sentirse útil y surgen sentimientos de abandono y desesperanza. Todo ello induce a una situación de ansiedad, nerviosismo, miedo e incluso, a veces, ira y hostilidad... Es importante que las enfermeras sean conscientes de la situación y de las necesidades de los familiares para ayudarlos desde el primer momento. (p.8)

Es así como se han de tener presentes las necesidades esenciales de los familiares, puesto que el paciente es miembro de una familia y su recuperación depende también del entorno familiar.

Para los efectos del estudio las necesidades esenciales, operacionalmente están referidas a aquellas necesidades de soporte, confort, seguridad, información y proximidad, expresadas por los familiares de pacientes hospitalizados en UCI, que al ser satisfechas disminuyen su angustia inmediata y están plasmadas en el Crical Care Family Needs Inventori (CCFNI) de Nancy Molter.

### **Necesidad de Soporte**

La intensidad de la experiencia que supone el paso por una UCI es innegable. No cabe duda, que, tanto la enfermedad como la hospitalización originan una importante percepción de amenaza para el paciente y su familiar. Pues, cuando se produce una enfermedad en la familia, los miembros integrantes de la misma pueden sufrir una crisis, en el modelo de la crisis familiar Hill y Hansen, citados por Griffith, J. y Christensen, P. (1986) se refieren a las características del evento, enfatizando que “un interés mayor de la familia como unidad es... el significado y percepción del interés relación al conocimiento de la condición, incluyendo las limitaciones potenciales,... necesitan ser explorados por la familia como un todo” (p.376).

En el contexto de lo citado, los familiares de un paciente ingresado a la UCI, necesitan de soporte, de apoyo de los profesionales de salud en particular de enfermería, para enfrentar dicha crisis familiar, mediante orientaciones específicas sobre el funcionamiento de la UCI; a ellos, como lo enfatiza Asiain Erro, M. C. (op. Cit), en el primer contacto “se les informará del funcionamiento de la unidad y se les entregará por escrito; al mismo tiempo se identificará al familiar que asume la función de responsable” (p.8). Dicha autora también explicita, que:

En esta información escrita se transmite qué es la UCI, la política de visitas, el horario de información médico, cómo comunicarse con la enfermera que atiende al paciente, los teléfonos con los que pueden contactar permanentemente y otros recursos que pueden ser útiles durante su estancia.

En el contexto de lo citado, las necesidades de soporte para los familiares de pacientes ingresados a las UCI, se traducen en disponer de orientaciones generales sobre: el funcionamiento de dichas unidades, orientación en caso de problemas financieros, profesionales que pueden ayudarlos, ser informado de los servicios religiosos, tener personas preocupados por la salud de los familiares así, como amigos próximos de apoyo, entre otras necesidades de soporte, relacionadas con la confianza, acompañamiento negativo, y el disponer de un lugar para estar solo.

### **Necesidad de Confort**

Las personas cuando presentan alguna alteración en su salud se ven en la necesidad de acudir a un centro de salud y en muchos casos, dada la patología subyacente son ingresados a la UCI, originando tanto en pacientes como en la familia preocupación, además en la familia la hospitalización, es fuente de incomodidad, esto debido a la ausencia de un espacio físico que les ofrezca confort durante la espera.

En teoría de confort de Kolcaba, citada por Nava Galán, G. (2010) el confort o comodidad, es definida como “el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad” (p.96). En el caso particular de los familiares de pacientes ingresados en UCI, la confortabilidad, como lo señalan Pardavila Belio, M. y Vivas, C. (2011) está relacionada con las necesidades prácticas, estas engloban todo aquello que contribuye a que” la familia, se sienta cómoda: las salas de espera, los teléfonos, las cafeterías y la cercanía física a la UCI” (p.17).En las UCI, estudiadas, como se menciona en los inicios del trabajo los familiares de los pacientes adolecen de una sala de espera confortable con muebles adecuados para un apropiado descanso ,si es que este fuera posible ,con baños ,teléfono y máquinas dispensadoras de café ,galletas, etc., que le den satisfacción a sus necesidades de confort. Las salas de espera dicen Kutash, M., y Northrop, L.(2007) en ocasiones favorecen el “soporte el soporte emocional entre familias que están viviendo situaciones parecidas, además son consideradas como un lugar donde pueden recibir información sobre el pronóstico de su ser querido”(p. 385).Es decir que antes las limitaciones de espacio físico, incomodidad y hasta falta de intimidad sería necesario desde los equipos directivos prestar atención a los detalles estructurales de las salas de esperas para fomentar la comodidad de las familias en situaciones de gran vulnerabilidad, como lo es, la hospitalización de un ser querido en las UCI.

### **Necesidad de Seguridad**

La enfermedad es crisis de la seguridad; Sandrin, L., Brusco, A., Policante, G. (1997) señalan que “se expresa en la búsqueda de familiaridad, de estabilidad, de información y de protección contra el peligro” (p.19)

Los factores que satisfacen la necesidad de seguridad del enfermo y su familia, enfatizan los autores precitados (op. cit) dependen de:

Una información comprensible y creíble sobre la enfermedad y sus eventuales consecuencias, de la confianza que depositan en quien le cura y asiste, de la comprobación de que no se le deja solo y de la certeza de que, ocurra lo que ocurra, no se verá abandonado. ( P.22)

La enfermedad, sobre todo la enfermedad grave, imprime carácter, es un acontecimiento que por sí mismo puede dinamitar las estructuras familiares más rígidas o transformar, para bien, los sistemas familiares más disfuncionales.

### **Necesidad de Información**

La necesidad de información se concibe conceptualmente como el conocimiento de la situación actual del paciente ingresado a la UCI, la información es un tema de preocupación para los familiares, pues como lo afirman Pérez, M. y Taboada, H. (2000) “mucho tiempo y esfuerzo se centraliza en el paciente y en la respuesta del personal, pero con frecuencia la familia es ignorada.

Como el paciente, su familia esta tensionada por miedo, por el resultado (pronostico), así como por la falta de información o por información conflictiva” (p.2). Respecto a la necesidad de información se pronuncian también Blanca, J. Blanco, A., Juque, M., Ramírez, M. (2008) enfatizando que:

Los familiares necesitan saber si su ser querido está sintiendo dolor, temor, o soledad; necesitan información sobre su estado, dada pronto y con frecuencia; necesitan contactos inmediatos con la enfermera y el médico que cuidan del paciente. Los familiares demandan información, no sólo sobre la enfermedad y el estado de ser querido sino sobre todo lo que está ocurriendo alrededor. (p.8).

En la experiencia laboral como enfermeras intensivistas se vive cada día la preocupación del familiar por obtener información precisa

sobre la situación del paciente, requieren saber sobre posibles transferencias a otros servicios o unidades clínicas, conocer sobre el tratamiento, entrevistarse con el médico, sobre la evolución de su ser querido, requieren conocer quiénes son los profesionales -médicos y enfermeras- responsables de darles los cuidados, así como información específica sobre lo que está ocurriendo alrededor del paciente. En este sentido Pardavila, M. y Vivas, C. (op. cit) afirman, es importante que “la información médica y la de enfermería sean complementarias y que exista una adecuada coordinación de la misma para que así los familiares reciban la mejor información posible” (p.3).

Las familias deben recibir información sobre las reglas y normas del hospital, y conscientemente de las UCI, pues si desconocen la dinámica de la información en dichas unidades, la buscan de manera informal, en los pasillos o llamando por teléfono a la unidad, autores como Blanca, J. Blanco, M., Luque, M. y Ramírez, M. (op. cit) proponen que “la información facilitada a los familiares sea estructurada, clara y se realice en un ambiente empático” (p.5).

El ingreso hospitalario en lo específico a la UCI, de una persona produce angustia, preocupación y tensión en los miembros del grupo familiar, porque se llega a un mundo desconocido, con costumbres y horarios diferentes, y donde la enfermedad provoca uniformidad de los pacientes. Pero un alejamiento, a veces abismal, con los sanos. Ante esta situación, surge la necesidad de información, en los familiares, esta debe abarcar no solamente los aspectos médicos y de cuidado sino también las normas y reglas que rigen en la Institución. A ello se refiere Rocamora Bonilla, A. (2000) quien enfatiza “es a través de ese marco de información y conocimiento donde se puede generar una cierta tranquilidad y confianza que facilite todo el proceso curativo” (p.103)

## **Necesidad de proximidad**

Leyendo Iconos bíblicos de la compasión descrito por Panagazzi, A. (1999) este enfatiza “ Un segundo icono que ha iluminado siempre la acción de los que trabajan en el mundo de la salud es el del **buen samaritano**( Lc 10,30-35)...poniendo de relieve seis gestos que todavía hoy conservan su fuerza inspiradora”(p.21).Uno de los gestos mencionados, es la proximidad:”se acercó” interpretado desde el contexto de los familiares con pacientes ingresados a las UCI, como un acercamiento sanador, sí les es permitido en las mencionadas unidades cultivar el arte de una aproximación positiva, con el paciente tales como visitarlo siempre, darles cuidados y sentirse aceptados por ellos para transmitirles el afecto y el calor humano, qué siempre es necesario durante la hospitalización. De acuerdo con Panagazzi, A. (op.cit)” La proximidad transmite calor humano cuando se convierte en presencia afectuosa, sensible y acogedora...adaptándolo a las exigencias de las personas,...como un apretón de manos, una caricia o un abrazo, según las necesidades que sugieran las circunstancias”(p.25).

Volviendo a la leyenda del buen samaritano, la necesidad de proximidad se puede interpretar a partir de tres verbos que describen la acción de acompañamiento. Lo montó, lo llevó, cuido de él, cuyo significado se traduce en prestar ayuda continuada, asegurando la disponibilidad de presencia siempre, porque, cuando mayor es la vulnerabilidad psicológica, física y espiritual de un enfermo en UCI, más intensa se su necesidad de apoyo y proximidad familiar; el ámbito de lo descrito, Pérez Giraldo, B.(2002) enfatiza cuidar desde un enfoque familiar implica “ incluir a la familia en el proceso de prestación de cuidados...ella se convierte en un estímulo favorable para la recuperación de la salud de algunos de sus miembros”(p.2).En el contexto del estudio las necesidades de proximidad están referidas a ver el paciente ingresado a las UCI con frecuencia, iniciar la visita a la hora indicada, poseer un horario de visita especial en algunas situaciones, permitir la visita al

paciente a cualquier hora, ayudar al cuidado del paciente en las UCI, ayudar a alimentarlo, sentirse aceptado por el personal del hospital, conversar con la misma enfermera todos los días, dichas necesidades de proximidad en términos generales, se conciben como estar cerca del ser querido, verlo con regularidad o incluso estar continuamente a su lado, pero al no ser posible afirman Llamas, F., Flores, J., Acosta, M., González, J., Albar, M. y Macías, C.(2009) que “lleva a los familiares a expresar disconformidad con la duración y el horario de las visitas en las Ucis, manifestando deseos de unos horarios más flexibles”(p.11), lo citado, es común a muchas UCI ,porque el horario de visitas en una norma institucional en Venezuela para las instituciones hospitalarias y en unidades clínicas de alta complejidad como los las Unidades de Cuidado Intensivo

## **Sistema de Variables**

La variable Necesidades de Familiares con pacientes Hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) se define conceptual y operacionalmente a continuación

### **Definición Conceptual**

Las Necesidades Familiares son conceptuadas como esenciales. Estas cuando son llenadas o satisfechas alivian o disminuyen la aflicción y la angustia inmediata, mejorando su bienestar humano. Integral. (Leske, JS, 1986.pàg.22)

### **Definición Operacional**

Están referidas a las necesidades esenciales expresadas por familiares inmediatos de pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de las Clínicas privadas ATÍAS de Caracas y Centro Médico Anzoátegui de Lechería, Barcelona - Edo.Anzoátegui



## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Variable:** Necesidades de familiares con pacientes hospitalizados en UCI. Están referidas a las necesidades esenciales expresadas por familiares inmediatos de pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de las Clínicas privadas ATÍAS de Caracas y Centro Médico Anzoátegui de Lechería, Barcelona, Edo. Anzoátegui

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Ítems
<p><b>Necesidades Esenciales:</b> Son aquellas necesidades de soporte, confort, seguridad, información y proximidad; expresadas por familiares de pacientes hospitalizados en UCI, que al ser satisfechas disminuyen su angustia inmediata, y están plasmadas en el critical care family needs inventory (CCFNI) de Nancy Molter.</p>	<p><b>Necesidad de soporte:</b> Es el grado de importancia atribuidos por los familiares de pacientes hospitalizados en UCI, a los aspectos siguientes:</p> <p><b>Necesidad de Confort:</b> Es el grado de importancia atribuidos por los familiares de pacientes hospitalizados en UCI, a los aspectos siguientes:</p>	<p>Orientación Ayuda profesional Apoyo de otros Confianza Acompañamiento Sentimientos Descanso</p> <p>Confortabilidad</p>	<p>1-2 3-4 5-6-7 8 9 10-11 12</p> <p>13-14 15-16 17</p>

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Variable:** Necesidades Esenciales en familiares de Pacientes hospitalizados en UCI

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Ítems
<p><b>Necesidades Esenciales:</b> Son aquellas necesidades de soporte, confort, seguridad, información y proximidad; expresadas por familiares de pacientes hospitalizados en UCI, que al ser satisfechas disminuyen su angustia inmediata, y están plasmadas en el critical care family needs inventory (CCFNI) de Nancy Molter.</p>	<p><b>Necesidad de seguridad:</b> Es el grado de importancia atribuidos por los familiares de pacientes hospitalizados en UCI, a los aspectos siguientes:</p>	<p>Interés por el paciente Tratamiento brindado Posibilidad de mejoría Recibir explicaciones Respuestas sinceras Sentimientos de esperanza Tener seguridad</p>	<p>18 19 20 21 22 23 24</p>
	<p><b>Necesidad de Información:</b> Es el grado de importancia atribuidos por los familiares de pacientes hospitalizados en UCI, a los aspectos siguientes:</p>	<p>Transferencias Conocer sobre el pensamiento Conversar con el médico Conocer profesiones cuidados Información específica</p>	<p>25 26-27 28 29-30-31 32-33-34 35-36</p>
	<p><b>Necesidad de Proximidad:</b> Es el grado de importancia atribuidos por los familiares de pacientes hospitalizados en UCI, a los aspectos siguientes:</p>	<p>Ver al paciente Visitar al paciente Dar cuidados Sentirse aceptado</p>	<p>37 38-39-40 41-42 43-44</p>

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

El presente capítulo hace referencia al diseño de la investigación, tipo de estudio, población, muestra, instrumento de recolección de datos, procedimiento seguido para la recolección de información y técnicas de análisis.

#### **Diseño de Investigación**

En el contexto del problema de estudio, el diseño de esta investigación se adscribe al no experimental, de campo. El diseño no experimental es definido por Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006) como los estudios que “se realizan sin la manipulación deliberada de variables, sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (P. 205).

Así mismo, se adscribe al diseño de campo, dado a que como lo señala Barrios Yasevi, M. (2003) se corresponde con “el análisis sistemático de problemas de la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes... Los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad; (P. 14). Es así como esta investigación busca dar respuesta a las necesidades de familiares con pacientes ingresados a las UCI.

#### **Tipo de Estudio**

Enfocándose al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de información, el estudio se adscribe al tipo de estudio prospectivo, donde como lo señalan Pineda, E., y de Alvarado, E., (2008) “se registra la

información según van ocurriendo los hechos” (P. 80).Atendiendo al período y secuencia del estudio, es transversal, este señalan las autoras precitadas “estudian las variables en un momento determinados... Sin considerar el tiempo, (P. 81). Así mismo, se considera como descriptivo, según el análisis y alcance de los resultados, dado a que lo señalan las autoras precitadas “son la base y punto inicial de los otros tipos... dirigidos a determinar... La situación de las variables que deberán estudiarse en una población” (P. 82)

Además se adscribe al tipo Evaluación de Necesidades, este como lo indican Polit, D. y Hungler, B. (2000)” es el estudio mediante el cual el investigador recaba información, para estudiar las necesidades de un grupo, comunidad u organización”. (P.197).En esta investigación se busca Evaluar las necesidades de familiares con pacientes ingresados a la UCI de dos clínicas privadas

### **Población**

Este término alude al grupo de elementos susceptibles de ser estudiados. Para Polit, D. y Hungler, B. (op. cit). Una población “es un conjunto global de casos que satisface una serie predeterminadas de criterios” (P.235).

En ese sentido la población objeto de estudio estuvo por todos los familiares de los pacientes ingresados a las UCI; de la Clínica Atías, situada en Caracas y del Centro de Especialidades Anzoátegui, situada en Lechería, Municipio Urbaneja del Edo. Anzoátegui, cuyos criterios de inclusión fueron: tener un familiar adulto hospitalizado en la UCI, con más de 24 horas; haber visitado al paciente al menos una vez durante la hospitalización, con Parentesco próximo al paciente como esposo (a), madre, padre, hijo (a), hermano (a) y estar de acuerdo en participar en el estudio.

## **Muestra**

El término muestra, lo definen Pineda, E. y Alvarado, de, E. (op. cit). Como “un subconjunto de la población es un medio para conocer las características de una población y los resultados obtenidos... Puedan ser generalizados o extrapolados al universo” (P. 181). Atendiendo a lo citado, se relacionó como muestra al 100% de la población e familiares de los pacientes ingresados en UCI, utilizando el muestreo no como probabilístico accidental.

## **Método e instrumento de Recolección de Datos**

La palabra método, en palabras de Pineda, E. y Alvarado de, E. (op. cit) se refiere al medio o camino a través del cual se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de datos y el logro de los objetivos” (P.197). En cuanto al instrumento se utilizó el cuestionario que los precitadas autoras definen en los términos siguientes “Es el método que utiliza un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuesta sobre el problema en estudio y que el investigado o consultado llena por sí mismo”. (P.203).

Para los efectos de la recolección de datos, en esta investigación se utilizó un cuestionario estructurado en dos partes, la primera, contentiva de datos demográfico del elemento muestral y la segunda cuestionario propiamente dicho, derivado del Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) creado por las enfermeras norteamericanas Nancy Molter y Jane Leske (1979) adaptado y validado para la cultura brasilera por Santana Freitas, K.; Kimura, M. y Azevédo São Jeáo Ferreira, K. (2007) y para la cultura colombiana por Soto, E.; Parra, D. y Rojas, M. (2010) conformado por 45 ítems clasificados en cinco dimensiones: Necesidades de soporte con 12 ítems (1-12); necesidad de confort, con 5 ítems (13-17); necesidad de seguridad con 7 ítems (18-24); necesidad de información con 13 ítems (25-37) y necesidad de proximidad con 8 ítems (38-45), todos constituidos en una

escala de Lickert modificada de tres puntos que miden el grado de importancia: Muy importante el grado de importancia: Muy importante, importante y nada importante, según la opinión de los familiares encuestados.

Para los efectos de esta investigación, se realizó una única modificación, para cumplir los requisitos exigidos por la Escuela de Enfermería, la dimensión, se tituló como necesidades esenciales y las cinco dimensiones arriba señaladas se ubicaron como indicadores, tal como se muestra en la operacionalización de variables.

### **Confiabilidad**

Para efectuar el cálculo de la confiabilidad de un cuestionario existen infinidad de fórmulas que generan coeficientes de confiabilidad. Estos coeficientes pueden oscilar entre 0 y 1, siendo “0” una confiabilidad nula y 1 una confiabilidad máxima, mientras más se acerca el valor a cero más factible es el error en la medición.

Dentro de esta perspectiva Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (op.cit)., sostienen que: “La confiabilidad de un cuestionario de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados” (p. 242). Para determinar la confiabilidad se aplicó una prueba piloto a (10) elementos muestrales, representantes de la población en condiciones similares que no formaron parte de la muestra.

A fin de calcular el coeficiente de confiabilidad a la muestra seleccionada; se utilizó el método alfa de Cronbach, de suma utilidad cuando los ítems que presentan más de dos alternativas, y cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left( 1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right)$$

Donde:

$\alpha$  = Coeficiente de confiabilidad

K = número de Ítems

$\sum St^2$  = Varianza del instrumento

$St^2$  = varianza de la suma de los Ítems.

Los resultados se interpretaron de acuerdo con la siguiente escala de relación:

ESCALA	CATEGORÍA
0 – 0,20	Muy baja
0,21 – 0,40	Baja
0,41 – 0,60	Moderada
0,61 – 0,80	Alta
0,81 - 1	Muy alta

Fuente: Pérez, G. (1998).

Sustituyendo en el cuestionario aplicado con el fin de valorar las necesidades de familiares con pacientes ingresados a UCI, Clínica Privada Atias de Caracas:

$$\alpha = \frac{45}{45-1} \left( 1 - \frac{8.74}{104.96} \right)$$

$$\alpha = 1.03 * (1 - 0.089)$$

$$\alpha = 0.90$$

Sustituyendo en el cuestionario aplicado con el fin de valorar las necesidades de familiares con pacientes ingresados a UCI, Centro Médico Anzoátegui, Barcelona:

$$\alpha = \frac{45}{45-1} \left( 1 - \frac{8.88}{114.64} \right)$$

$$\alpha = 1.03 * (1 - 0.090)$$

$$\alpha = 0.91$$

Comparando los valores obtenidos 0.90 y 0.91 con los reflejados en la escala presentada por Pérez Galán (1998), refleja una confiabilidad "Alta". Según Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (1999), los valores de los índices de confiabilidad alrededor de estas estimaciones son muy satisfactorios, lo que confirma que de ser aplicado el cuestionario en otros grupos los resultados serían similares porque la confiabilidad sobrepasa el 60% en todos los casos.

### **Procedimiento para la recolección de datos**

Las autoras procedieron a la recolección de datos en la Clínica Privada Atías de Caracas, Distrito Capital y Centro Médico Anzoátegui de Lechería. Estado. Anzoátegui de la siguiente manera: Carta dirigida al personal directivo de los Centros Clínicos para solicitar permiso para realizar la investigación en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), se dirigieron luego de aprobado el estudio en dichas instituciones, a los familiares que tienen pacientes hospitalizados en UCI. Se les informó a cerca de la Investigación y que la información obtenida sería de utilidad académica. Una vez que los familiares aceptaron, las autoras procedieron a entregarles el instrumento de recolección de datos que consta de un cuestionario estructurado en dos partes; la primera contentiva de datos demográficos del elemento muestral y la segunda el cuestionario propiamente dicho.

Se les entregó instrucciones de cómo debe ser llenado y se explica de forma sencilla el mismo. Les aclaran dudas a los familiares que se prestaron para la investigación y se procede a recopilar los cuestionarios, para luego ser analizados.

### **Técnicas de análisis**

Para efecto del análisis de los datos se utilizó el programa SSPS versión 12 que permitió aplicar la estadística descriptiva frecuencia y porcentaje, en



el análisis de la información transcrita de la matriz de doble entrada, la elaboración de los cuadros estadísticos y gráficos correspondientes.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

En el presente capítulo se hace referencia a los resultados del estudio. En un primer momento se presentan los resultados obtenidos después de la aplicación del instrumento, posteriormente se hace un análisis cualitativo en función de los objetivos formulados.

#### **Presentación de los Resultados**

El análisis de los datos recopilados con la aplicación del cuestionario se realizó de forma porcentual, se elaboraron tablas y gráficos estadísticos en función de la variable; considerando además las dimensiones e indicadores, previamente formulados. Asimismo, la interpretación de la información se realizó destacando los datos de mayor relevancia en cada uno de los Ítems; posteriormente se relacionó la información con el basamento teórico que sustenta la investigación. Esta relación se hizo en función de las semejanzas o discrepancias entre la información recopilada y el marco teórico.

## CUADRO Nº 1

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL SEXO DEL  
ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).  
CLINICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO  
ANZOÁTEGUI BARCELONA

SEXO	Clínica privada Atias Caracas		Centro Médico Anzoátegui Barcelona	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	12	54,5	10	62,5
Masculino	10	45,5	6	37,5
<b>TOTALES</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento Aplicado.

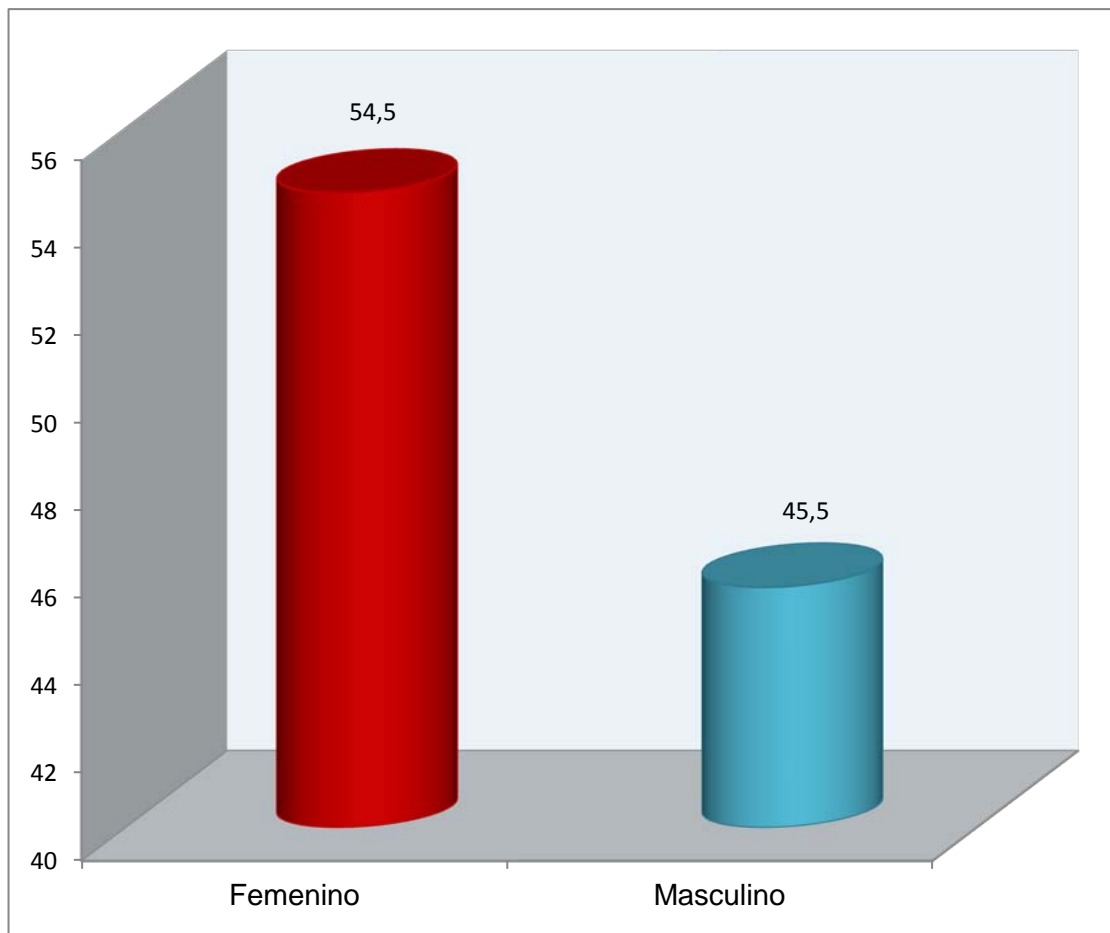
### ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 1

Los datos referidos al Sexo, determinaron en la **Clínica Atias**, que el 54,5% son de sexo **femenino** y 45,5% masculino.

Con respecto a los resultados en el **Centro Médico Anzoátegui**, el 62,5% son de sexo **femenino** y 37,5% masculino.

### GRÁFICO Nº 1

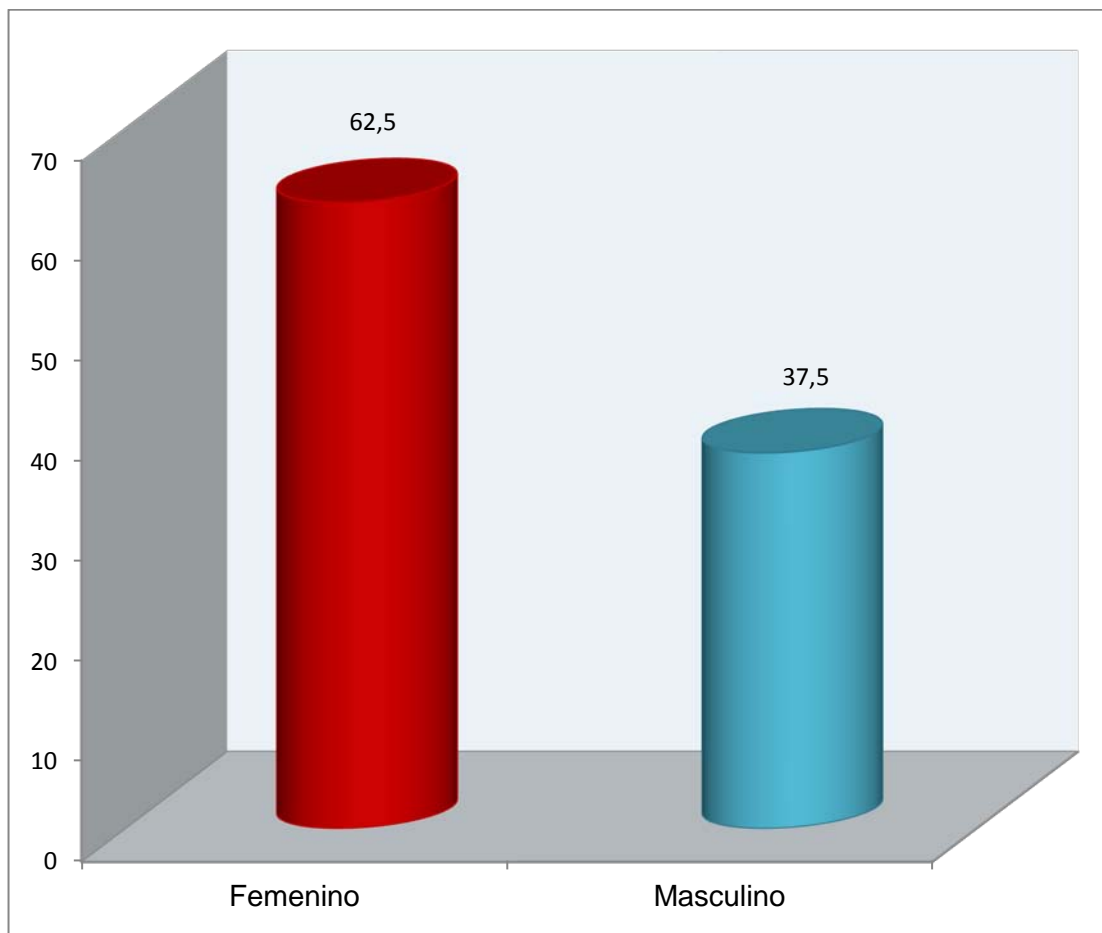
DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL SEXO DEL  
ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).  
CLINICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS



Fuente: Cuadro Nº 1.

### GRÁFICO Nº 1-A

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL SEXO DEL  
ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).  
CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI



Fuente: Cuadro Nº 1.

## CUADRO Nº 2

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL PARENTESCO DEL  
ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).  
CLINICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO  
ANZOÁTEGUI BARCELONA

Parentesco	Clínica privada Atias Caracas		Centro Médico Anzoátegui Barcelona	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Esposa(o)	3	13,6	3	18,8
Madre	6	27,3	1	6,3
Padre	1	4,5	3	18,8
Hijo(a)	3	13,6	3	18,8
Hermano(a)	6	27,3	5	31,3
Tío(a)	1	4,5	1	6,3
Suegra (o)	2	9,1	0	0,0
<b>TOTALES</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento Aplicado.

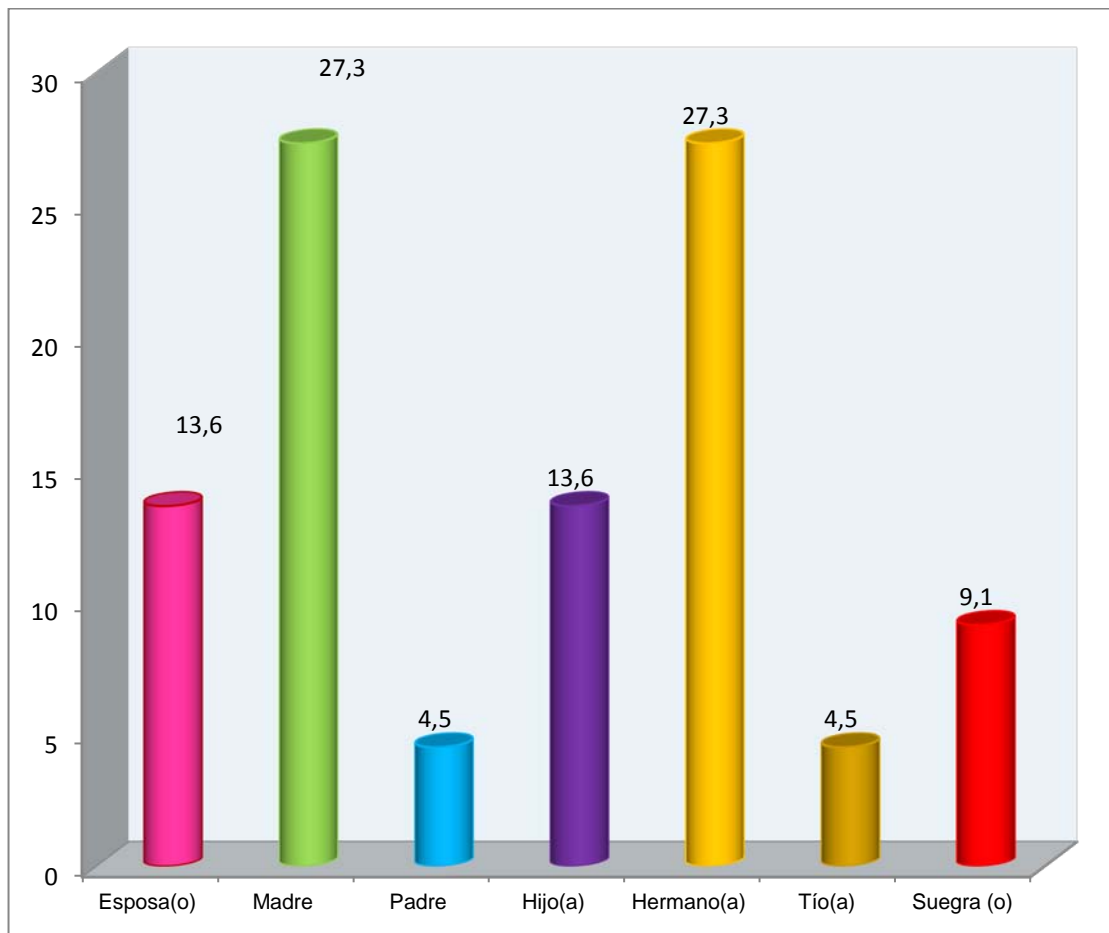
### ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 2

Los resultados correspondientes al parentesco, determinan para la **Clínica Atías de Caracas**, que el 27,3% dicen ser la madre; el mismo porcentaje se ubicó en hermano(a); seguido por el 13,6% quienes dicen ser esposa(o) y el hijo(a); 9,1% dicen ser suegra(o) y el 4,5% padre y tío(a) con igual porcentaje.

Con respecto a los resultados en el **Centro Médico Anzoátegui**, el 31,3% dice ser hermano(a); seguido por el 18,8% dividido en quienes son Esposa(o), Padre e hijo(a) con iguales porcentajes; el 6,3% madre y el mismo porcentaje dice ser tío(a).

## GRÁFICO Nº 2

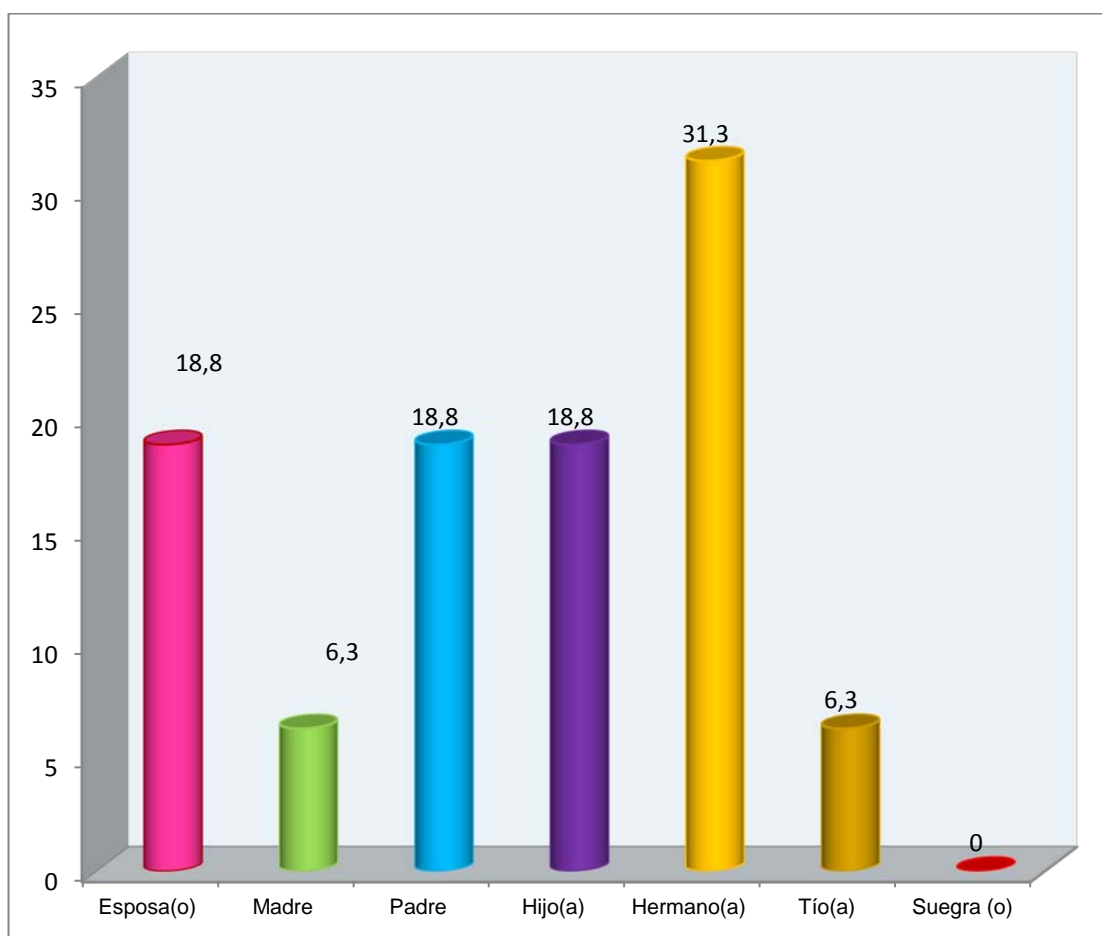
DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL PARENTESCO DEL  
ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).  
CLINICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS



Fuente: Cuadro Nº 2.

### GRÁFICO N° 2-A

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL PARENTESCO DEL  
ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).  
CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA



Fuente: Cuadro N° 2.



### CUADRO Nº 3

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS A LA ESCOLARIDAD DEL  
ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).  
CLINICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO  
ANZOÁTEGUI BARCELONA

Escolaridad	Clínica privada Atias Caracas		Centro Médico Anzoátegui Barcelona	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	4	18,2	5	31,3
Secundaria	4	18,2	2	12,5
TSU	7	31,8	5	31,3
Universitaria	7	31,8	4	25,0
<b>TOTALES</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento Aplicado.

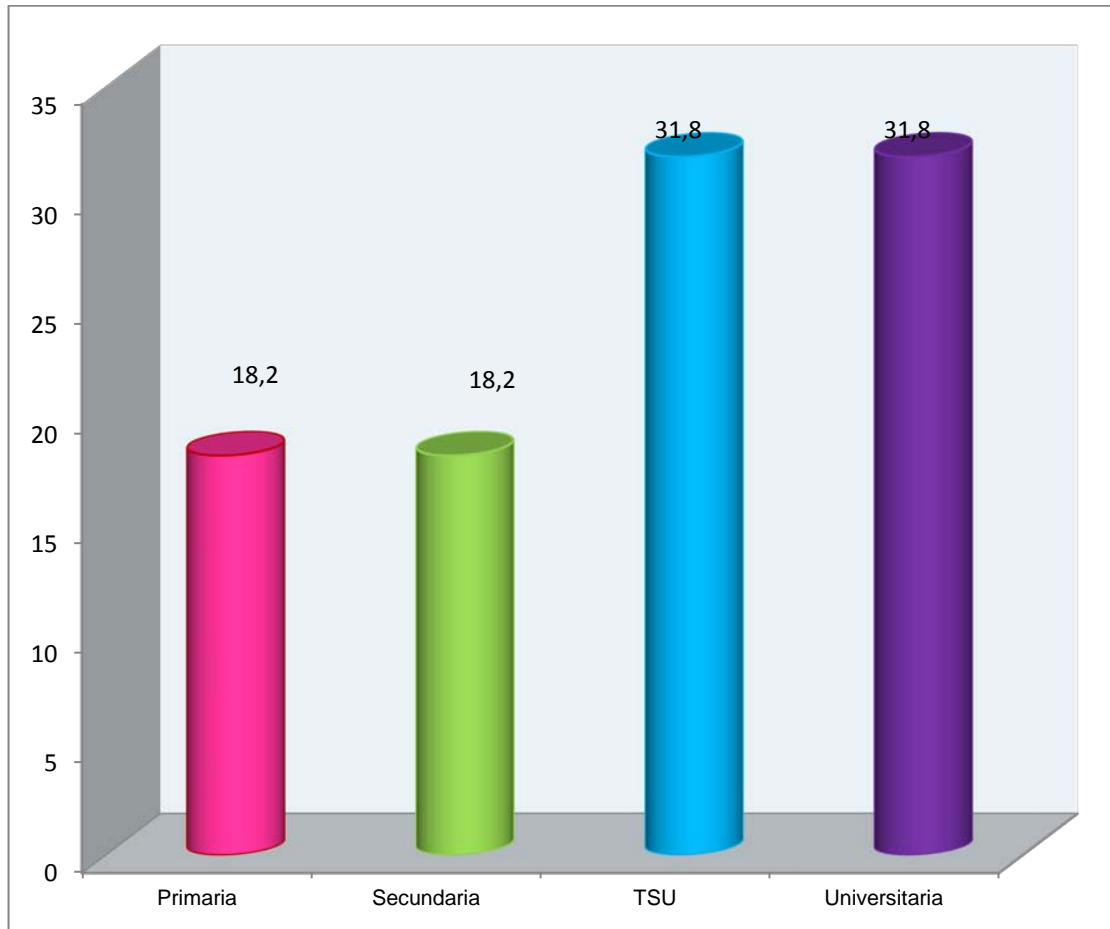
### ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 3

Los resultados correspondientes a la escolaridad del elemento muestral, determinan que en la **Clínica Atias de Caracas**, 31,8% dicen ser **TSU** y el mismo porcentaje indicó educación **universitaria**; el 18,2% se ubicó entre Primaria y secundaria respectivamente.

Con respecto a los resultados en el **Centro Médico Anzoátegui**, el 31,3% dicen tener educación primaria y ser TSU; seguidos por el 25% de quienes tienen Educación Universitaria y el 12,5% indicó educación secundaria.

### GRÁFICO Nº 3

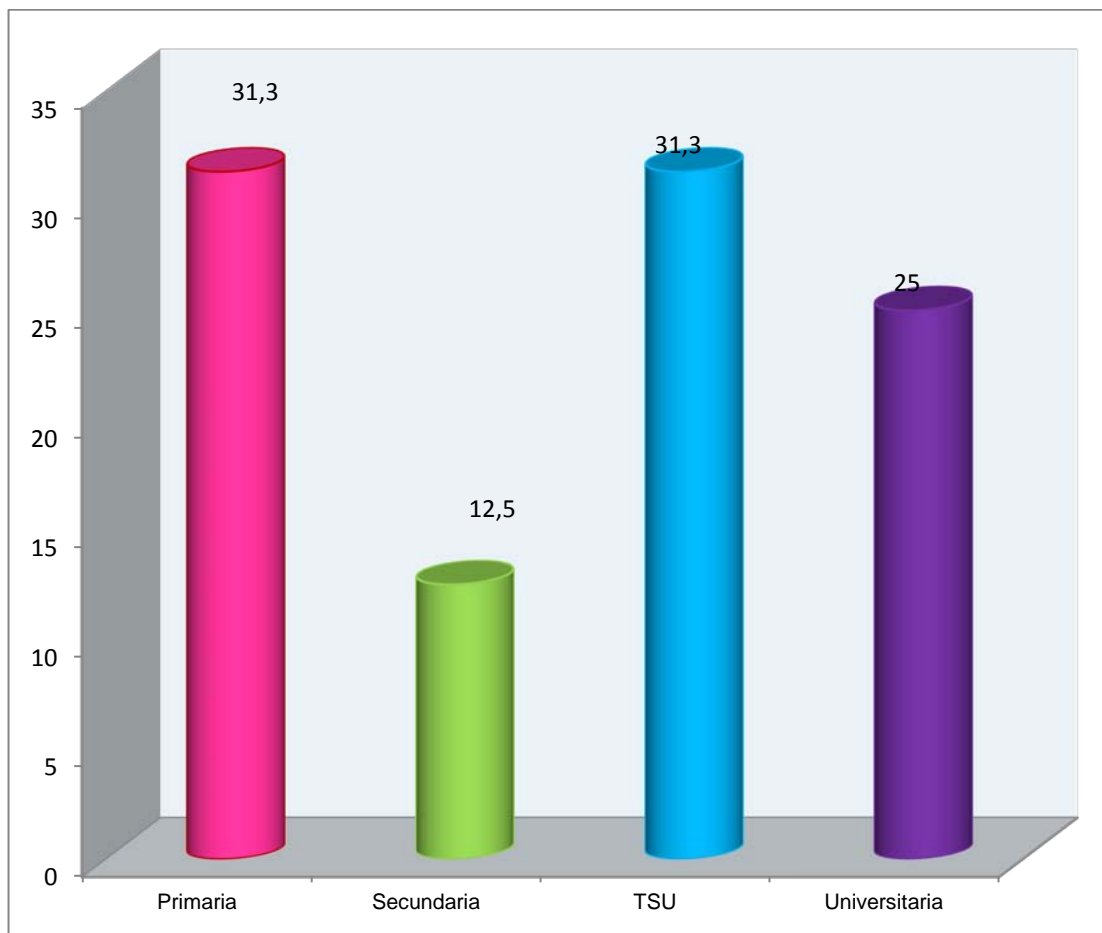
DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS A LA ESCOLARIDAD DEL  
ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).  
CLINICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS



Fuente: Cuadro Nº 3.

### GRÁFICO Nº 3-A

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS A LA ESCOLARIDAD DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA



Fuente: Cuadro Nº 3.

#### CUADRO Nº 4

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS A LAS CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). CLINICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS

Causas	Clínica privada Atias Caracas	
	Frecuencia	Porcentaje
Aneurisma	2	9,1
Derrame cerebral	3	13,6
Cuadriplejía	1	4,5
Arritmia cardiaca	1	4,5
Hemorragia digestiva	2	9,1
Paro respiratorio	5	22,7
Hipertensión	5	22,7
Cardiopatía	3	13,6
<b>TOTALES</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

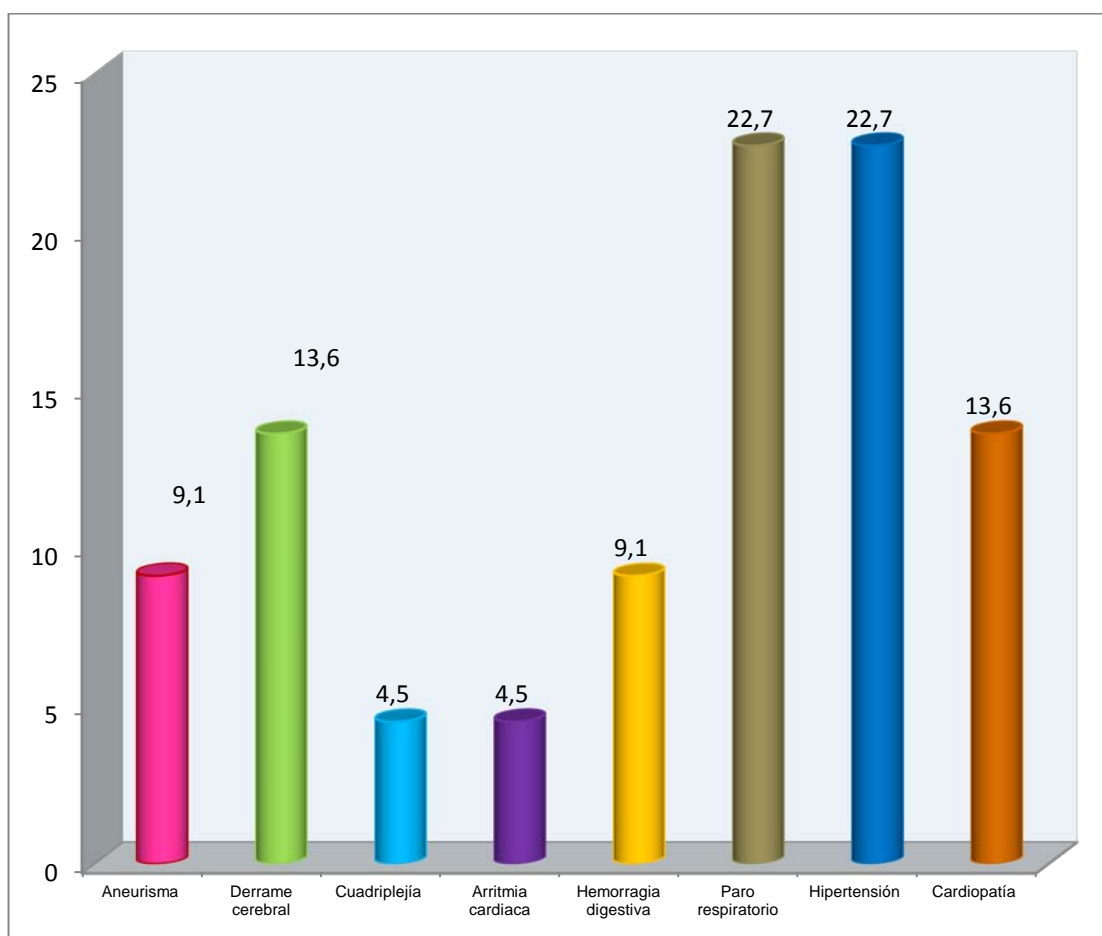
Fuente: Instrumento Aplicado.

#### ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 4

Los resultados correspondientes a la causa de hospitalización determinan que 22,7% se ubicaron en paro respiratorio e hipertensión con igual porcentaje en ambos casos; le sigue el 13,6% derrame cerebral y cardiopatía; el siguiente porcentaje 9,1% entre Aneurisma y Hemorragia digestiva y el 4,5% entre Cuadriplejía y Arritmia cardiaca respectivamente.

### GRÁFICO Nº 4

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS A LAS CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). CLINICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS



Fuente: Cuadro Nº 4.

### CUADRO Nº 5

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS A LAS CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA

Causas	Centro Médico Anzoátegui	
	Frecuencia	Porcentaje
Crisis hipertensiva	3	18,8
Pie diabético	3	18,8
Poli traumatizado	2	12,5
Sx coronario agudo	1	6,3
ACV izquémico	1	6,3
Aneurisma cerebral	1	6,3
Obstrucción arterial CM	1	6,3
Insuficiencia renal	4	25,0
<b>TOTALES</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

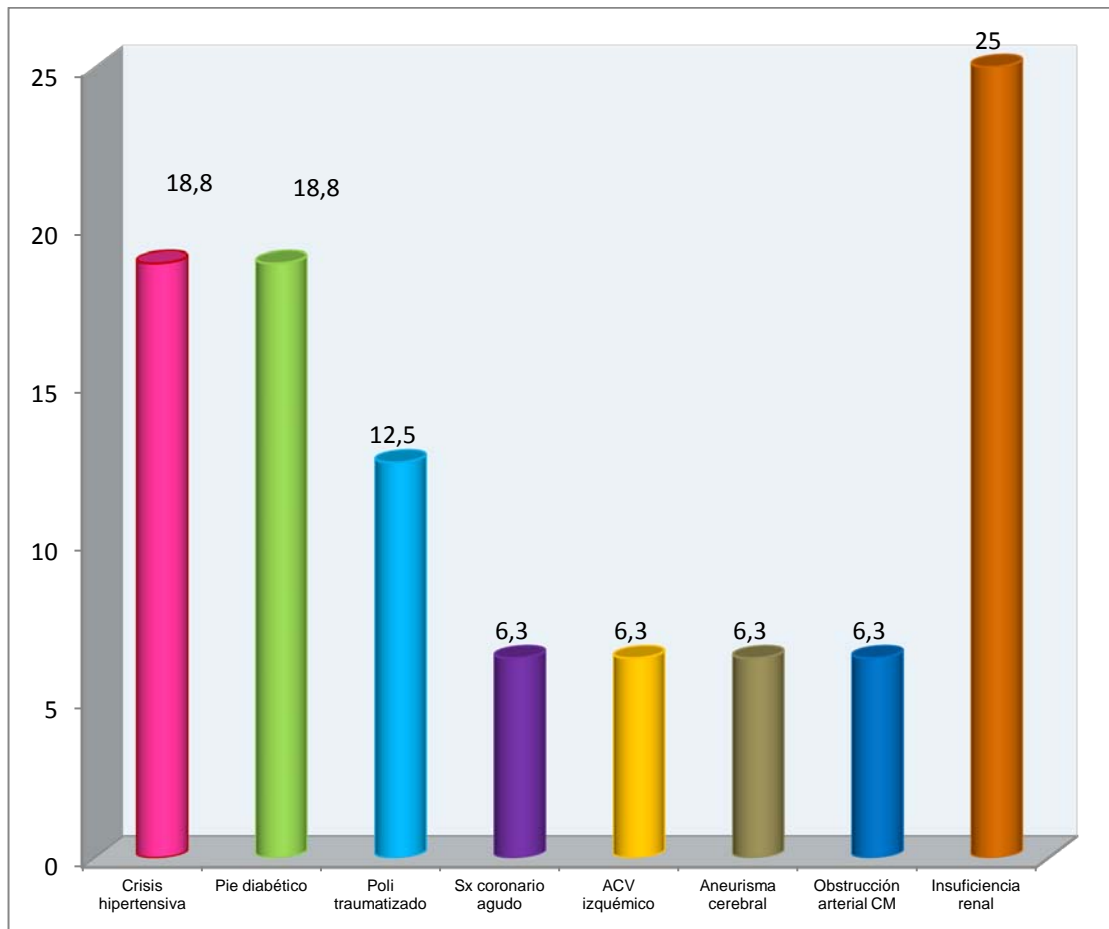
Fuente: Instrumento Aplicado.

### ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 5

Los resultados correspondientes a la causa de hospitalización determinan que 25% por insuficiencia renal; seguido por el 18,8% por Crisis hipertensiva y Pie diabético; el siguiente porcentaje se ubicó en 12,5% por Poli traumatizado; y el 6,3% entre Sx coronario agudo, ACV izquémico Aneurisma cerebral y Obstrucción arterial CM.

### GRÁFICO Nº 5

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS A LAS CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA



Fuente: Cuadro Nº 5.

## CUADRO Nº 6

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL TIEMPO DE INTERNACIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). CLÍNICA PRIVADA ATIAS, CARACAS. CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA

Tiempo	Clínica privada Atias Caracas		Centro Médico Anzoátegui Barcelona	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
4 a 6 días	9	40,9	7	43,8
7 a 9	1	4,5	6	37,5
10 a 12	4	18,2	2	12,5
13 a 15	5	22,7	0	0,0
16 a 18	2	9,1	1	6,3
19 y más días	1	4,5	0	0,0
<b>TOTALES</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento Aplicado.

### ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 6

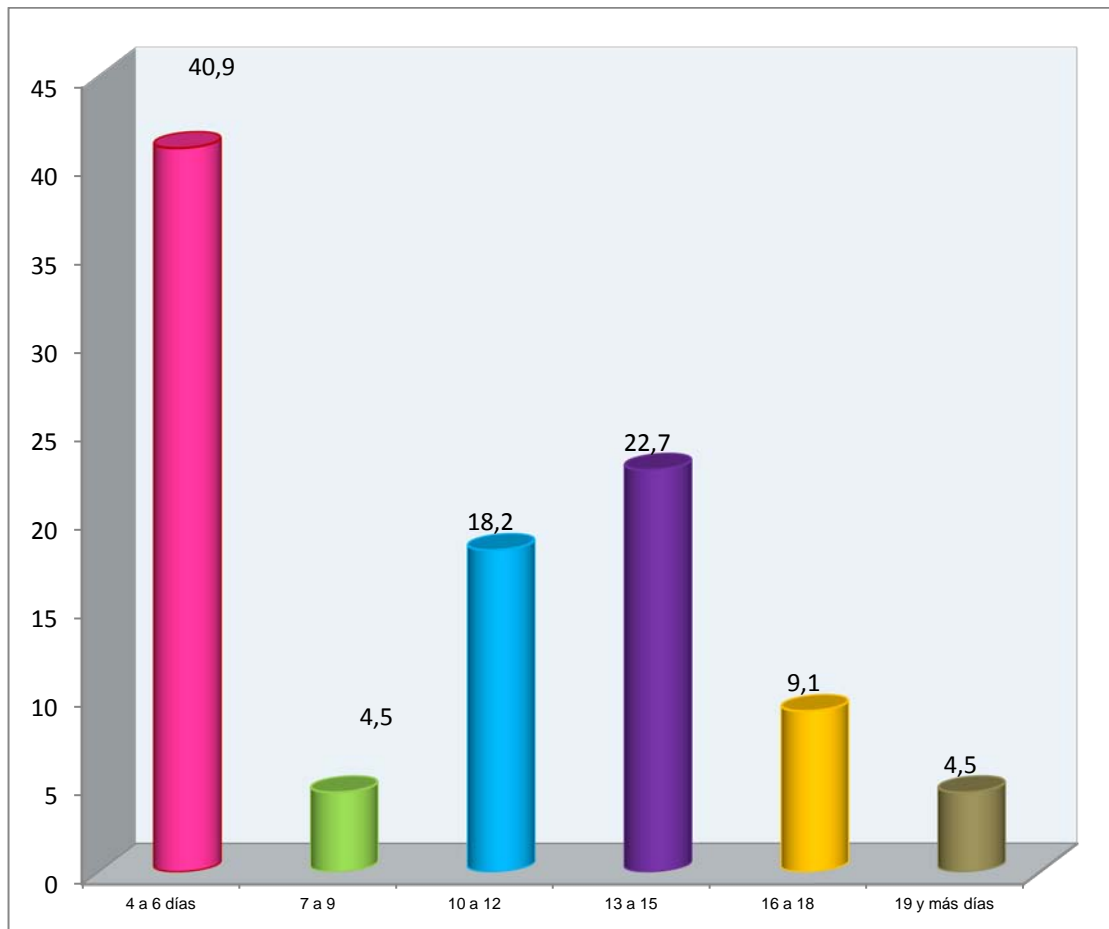
Los resultados correspondientes al tiempo de hospitalización del usuario, determina en la **Clínica privada Atias de Caracas**, que el 40,9% dicen tener **4 a 6 días** de hospitalización; seguido por el 22,7% entre 13 a 15 días; 18,2% de 10 a 12 días; 9,1% 16 a 18 días y 4,5% entre 7 a 9 y 19 o más días.

Con respecto a los resultados para el **Centro Médico Anzoátegui**, se pudo conocer que el 43,8% dicen de **4 a 6 días** de hospitalización; seguido por el 37,5% de 7 a 9 días; el siguiente porcentaje se ubicó en 12,5% entre 10 a 12 días y el 6,3% de 16 a 18 días de hospitalización.



## GRÁFICO Nº 6

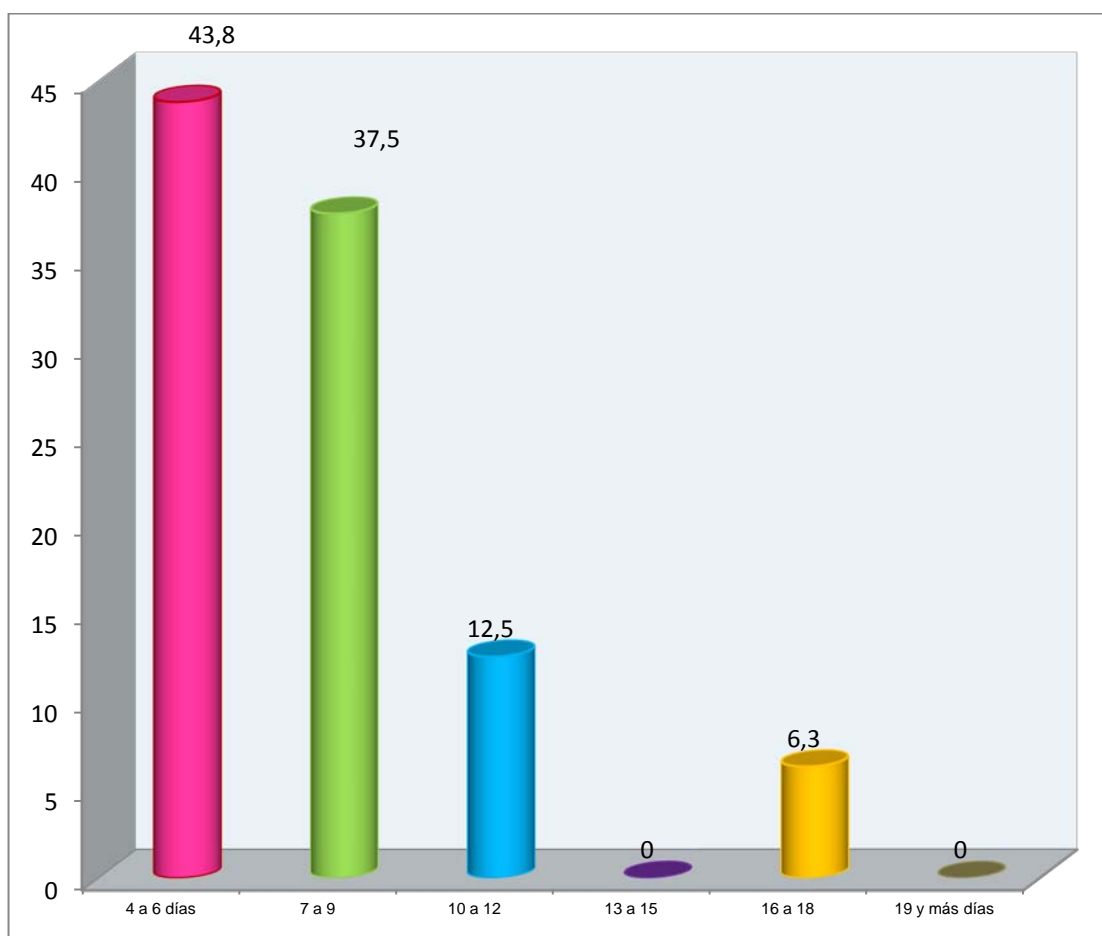
DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL TIEMPO DE INTERNACIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). CLÍNICA PRIVADA ATIAS, CARACAS.



Fuente: Cuadro Nº 6.

### GRÁFICO N° 6-A

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL TIEMPO DE INTERNACIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA



Fuente: Cuadro N° 6.

### CUADRO Nº 7

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE SOPORTE EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.

Subindicadores	Clínica Privada Atias – Caracas								Centro Médico Anzoátegui - Barcelona							
	Muy importante		Importante		Nada importante		Totales		Muy importante		Importante		Nada importante		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Orientación	16	72,7	6	27,3	0	0,0	22	100	10	62,5	6	37,5	0	0,0	16	100
Ayuda profesional	8	36,4	11	50,0	3	13,6	22	100	9	56,3	6	37,5	1	6,3	16	100
Apoyo de otros	11	50,0	8	36,4	3	13,6	22	100	9	56,3	7	43,8	0	0,0	16	100
Confianza	11	50,0	5	22,7	6	27,3	22	100	8	50,0	7	43,8	1	6,3	16	100
Acompañamiento	9	40,9	11	50,0	2	9,1	22	100	7	43,8	8	50,0	1	6,3	16	100
Sentimientos	9	40,9	6	27,3	7	31,8	22	100	9	56,3	4	25,0	3	18,8	16	100
Descanso	7	31,8	9	40,9	6	27,3	22	100	6	37,5	8	50,0	2	12,5	16	100

Fuente: Instrumento aplicado.

## ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 7

De acuerdo a los resultados obtenidos en la **Clínica Privada Atias de Caracas**, en el **subindicador Orientación**, que el 72,7% de los encuestados dicen que es **Muy importante** disponer de orientaciones generales sobre la UCI en la primera visita y de una persona para orientación en caso de problemas financieros; mientras que 27,3% indicó que es importante.

En el **subindicador ayuda profesional**, el 50% indicó que es **Importante** saber cuáles otros profesionales pueden ayudarles y ser informados sobre los servicios religiosos; mientras que 36,4% consideró muy importante y el 13,6% indicó nada importante.

Con respecto a los resultados en el **subindicador apoyo de otros**, el 50% considera **muy importante** tener alguien que se preocupe de su salud, tener amigos próximos para apoyarle y hacer posible la visita de alguien de su religión; para el 36,4% es importante y 13,6% indicó nada importante.

En el **subindicador confianza**, el 50% indicó que es **muy importante** sentir confianza como para demostrar sus sentimientos y emociones; el 27,3% indicó nada importante y 22,7% señaló nada importante.

Los resultados en el **subindicador acompañamiento**, determinan que el 50% consideran **importante** ser acompañado por un profesional, amigo o familiar durante la visita; para el 40,9% es muy importante y el 9,1% considera nada importante.

En el **subindicador sentimientos**, el 40,9% consideran **muy importante** conversar sobre la posibilidad de muerte del paciente y hablar

sobre sentimientos negativos relacionados a lo que está sucediendo; el 31,8% consideran nada importante y 27,3% lo consideran importante.

De acuerdo a los resultados en el **subindicador descanso**, el 40,9% consideran **importante** disponer de un lugar para estar solo cuando se encuentren en el hospital; el 31,8% consideran muy importante y 27,3% nada importante.

Los resultados para el **Centro Médico Anzoátegui de Barcelona**, en el subindicador **orientación**, determinan que 62,5% consideran **muy importante** disponer de orientaciones generales sobre la UCI en la primera visita y de una persona para orientación en caso de problemas financieros; mientras que 37,5% indicó que es importante.

En el **subindicador ayuda profesional**, el 56,3% indicó que es **Muy Importante** saber cuáles otros profesionales pueden ayudarles y ser informados sobre los servicios religiosos; mientras que 37,5% consideró importante y el 6,3% indicó nada importante.

Con respecto a los resultados en el **subindicador apoyo de otros**, el 56,3% considera **muy importante** tener alguien que se preocupe de su salud, tener amigos próximos para apoyarle y hacer posible la visita de alguien de su religión; para el 43,8% es importante.

En el **subindicador confianza**, el 50% indicó que es **muy importante** sentir confianza como para demostrar sus sentimientos y emociones; el 43,8% indicó importante y 6,3% señaló nada importante.

Los resultados en el **subindicador acompañamiento**, determinan que el 50% consideran **importante** ser acompañado por un profesional, amigo o

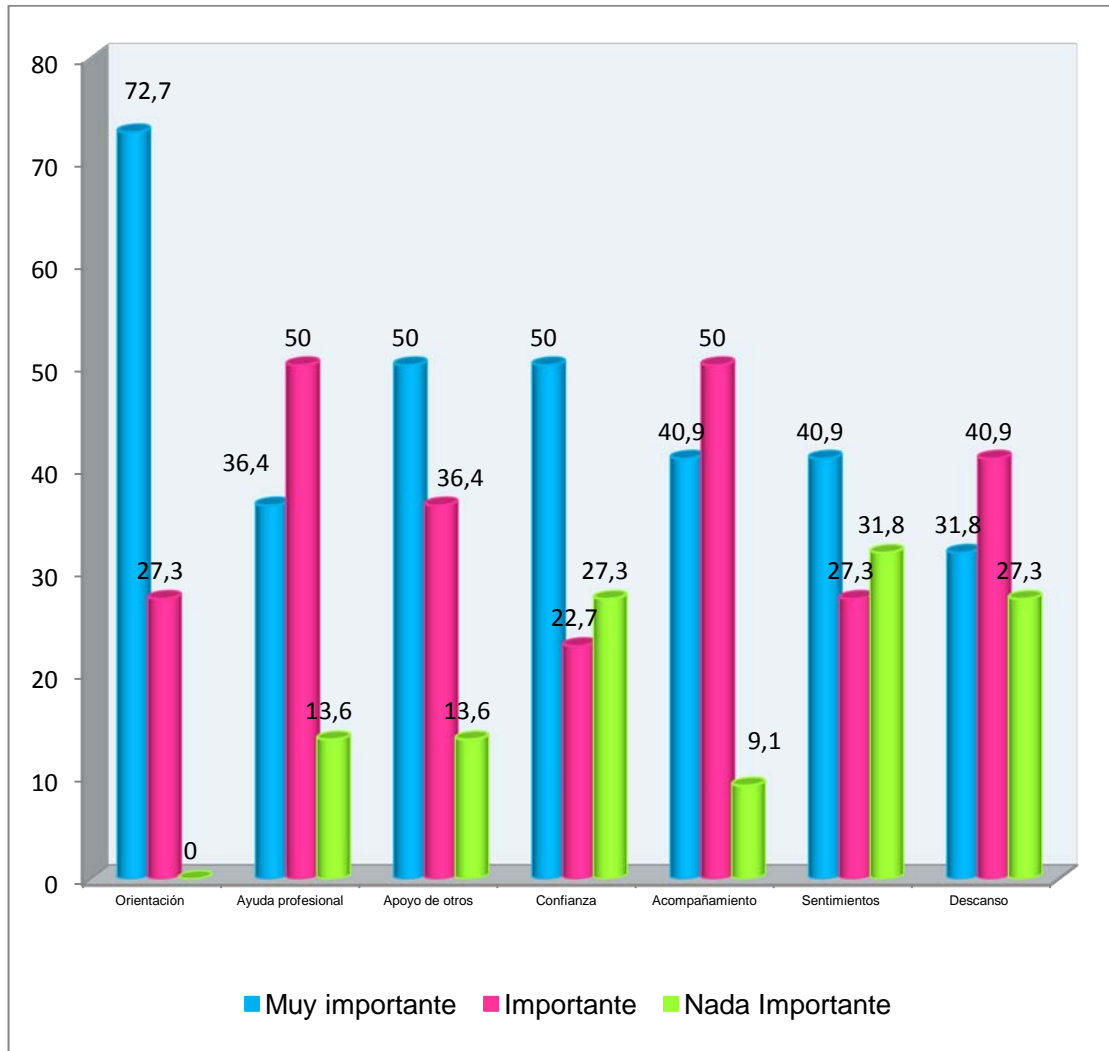
familiar durante la visita; para el 43,8% es muy importante y el 6,3% considera nada importante.

En el **subindicador sentimientos**, el 56,3% consideran **muy importante** conversar sobre la posibilidad de muerte del paciente y hablar sobre sentimientos negativos relacionados a lo que está sucediendo; el 25% consideran importante y 18,8% lo consideran nada importante.

De acuerdo a los resultados en el **subindicador descanso**, el 50% consideran **importante** disponer de un lugar para estar solo cuando se encuentren en el hospital; el 25% consideran importante y 12,5% nada importante.

### GRÁFICO Nº 7

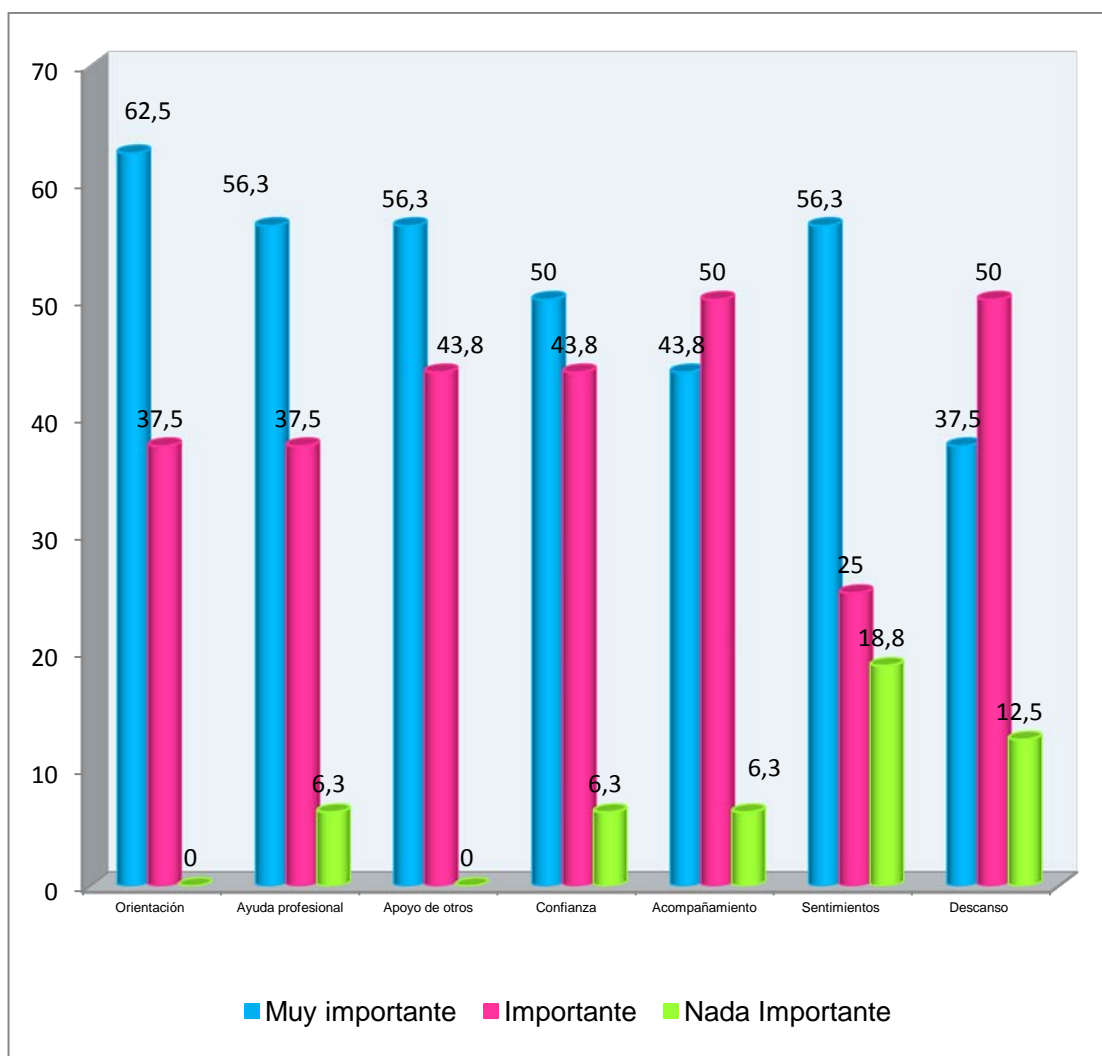
DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE SOPORTE EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS



Fuente: Cuadro Nº 7.

### GRÁFICO N° 7-A

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE SOPORTE EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA



Fuente: Cuadro N° 7.



### CUADRO Nº 8

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE CONFORT EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.

Subindicadores	Clínica Privada Atias – Caracas								Centro Médico Anzoátegui - Barcelona							
	Muy importante		Importante		Nada importante		Totales		Muy importante		Importante		Nada importante		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Confortabilidad	17	77,3	4	18,2	1	4,5	22	100	12	75,0	4	25,0	0	0,0	16	100

Fuente: Instrumento aplicado.

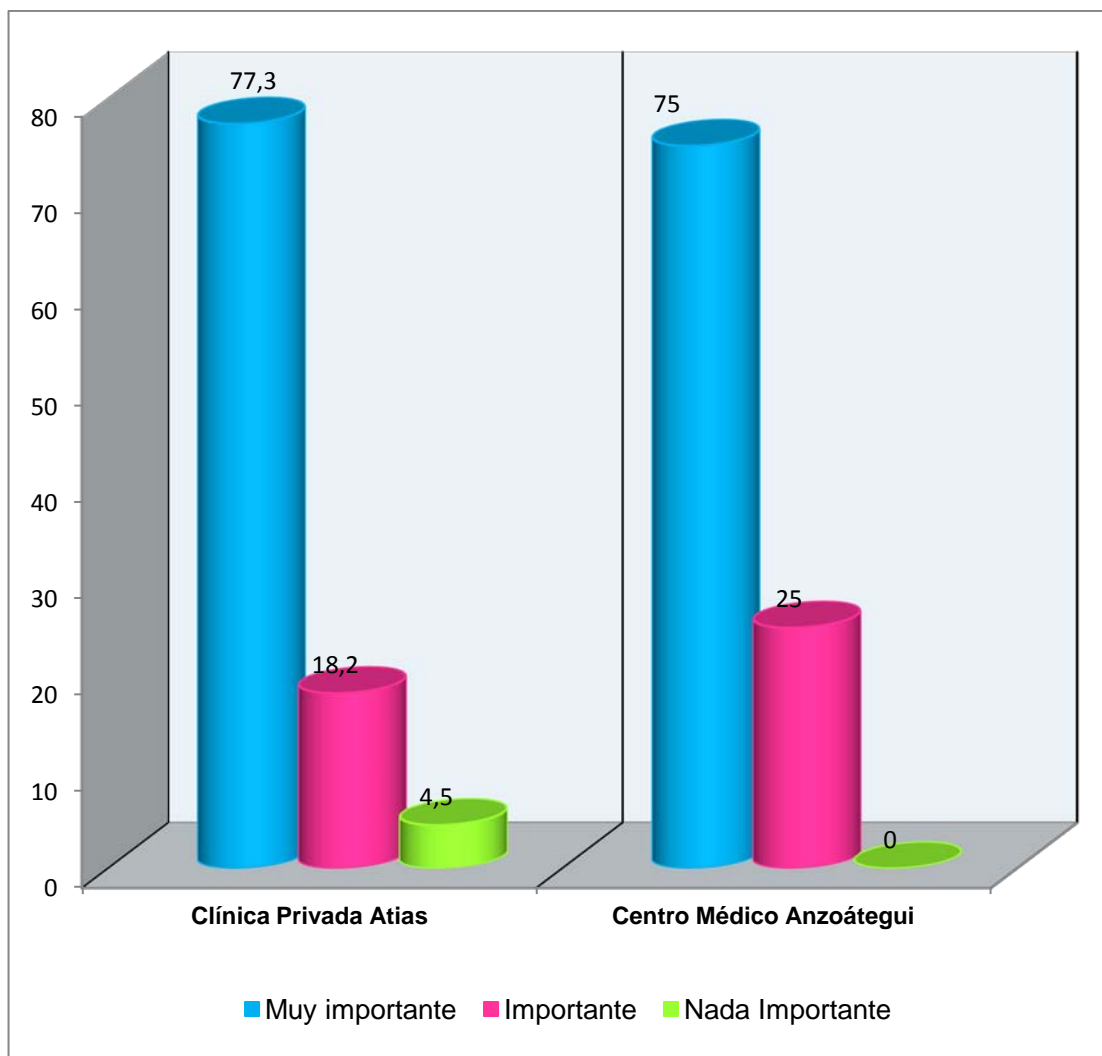
## ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 8

De acuerdo a los obtenidos para la **Clínica Privada Atias de Caracas**, en el **subindicador confortabilidad**, se pudo conocer que 77,3% consideran **muy importante** tener un baño próximo a la sala de espera, disponer de teléfono cerca de la sala de espera, disponer de una sala de espera cerca de la UCI, disponer de un buen snack en el hospital y poseer muebles confortables en la sala de espera de la UCI; el 18,2% consideran importante y 4,5% indicaron que no es nada importante.

Los resultados para el **Centro Médico Anzoátegui**, en el **subindicador confortabilidad**, determinan que 75% consideran **muy importante** tener un baño próximo a la sala de espera, disponer de teléfono cerca de la sala de espera, disponer de una sala de espera cerca de la UCI, disponer de un buen snack en el hospital y poseer muebles confortables en la sala de espera de la UCI y el 25% consideran importante.

### GRÁFICO Nº 8

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE CONFORT EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.



Fuente: Cuadro Nº 8.

### CUADRO Nº 9

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.

Subindicadores	Clínica Privada Atias – Caracas								Centro Médico Anzoátegui - Barcelona							
	Muy importante		Importante		Nada importante		Totales		Muy importante		Importante		Nada importante		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Interés por paciente	16	72,7	5	22,7	1	4,5	22	100	14	87,5	2	12,5	0	0,0	16	100
Tratamiento	13	59,1	8	36,4	1	4,5	22	100	12	75,0	4	25,0	0	0,0	16	100
Recibir explicación	15	68,2	6	27,3	1	4,5	22	100	14	87,5	2	12,5	0	0,0	16	100
Respuesta sincera	12	54,5	8	36,4	2	9,1	22	100	13	81,3	3	18,8	0	0,0	16	100
Sentimt. Esperza.	15	68,2	6	27,3	1	4,5	22	100	12	75,0	4	25,0	0	0,0	16	100
Tener seguridad	14	63,6	7	31,8	1	4,5	22	100	12	75,0	4	25,0	0	0,0	16	100

Fuente: Instrumento aplicado.

## ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 9

Los resultados para la **Clínica Privada Atias de Caracas**, en el subindicador interés por el paciente, determinaron que el 72,7% consideran muy importante sentir que el personal del hospital se interese por el paciente; el 22,7% considera importante y 4,5% nada importante.

En el subindicador tratamiento, el 59,1% considera muy importante tener seguridad que el mejor tratamiento posible está siendo brindado al paciente y conocer las posibilidades de mejoría del paciente; el 36,4% consideran importante y 4,5% nada importante.

En el subindicador recibir explicaciones, el 68,2% consideran muy importante recibir explicaciones que puedan ser comprendidas; el 27,3% consideran importante y 4,5% nada importante.

Con respecto a los resultados en el subindicador respuesta sincera, el 54,5% consideran muy importante obtener respuestas dadas con sinceridad; el 36,4% opinan que es importante y 9,1% nada importante.

En el subindicador sentimientos de esperanza, el 68,2% consideran muy importante sentir que existe esperanza por la mejoría del paciente; el 27,3% consideran que es importante, en tanto que 4,5% indicaron nada importante.

En el subindicador tener seguridad, el 63,6% consideran muy importante tener seguridad que todo está bien para dejar el hospital por algún tiempo; el 31,8% consideran importante y 4,5% nada importante.

Los resultados para el **Centro Médico Anzoátegui de Barcelona**, en el subindicador interés por el paciente, determinaron que el 87,5% consideran muy importante sentir que el personal del hospital se interese por el paciente y el 12,5% considera importante.

En el subindicador tratamiento, el 75% considera muy importante tener seguridad que el mejor tratamiento posible está siendo brindado al paciente y conocer las posibilidades de mejoría del paciente y el 25% consideran importante.

En el subindicador recibir explicaciones, el 87,5% consideran muy importante recibir explicaciones que puedan ser comprendidas y el 12,5% consideran importante.

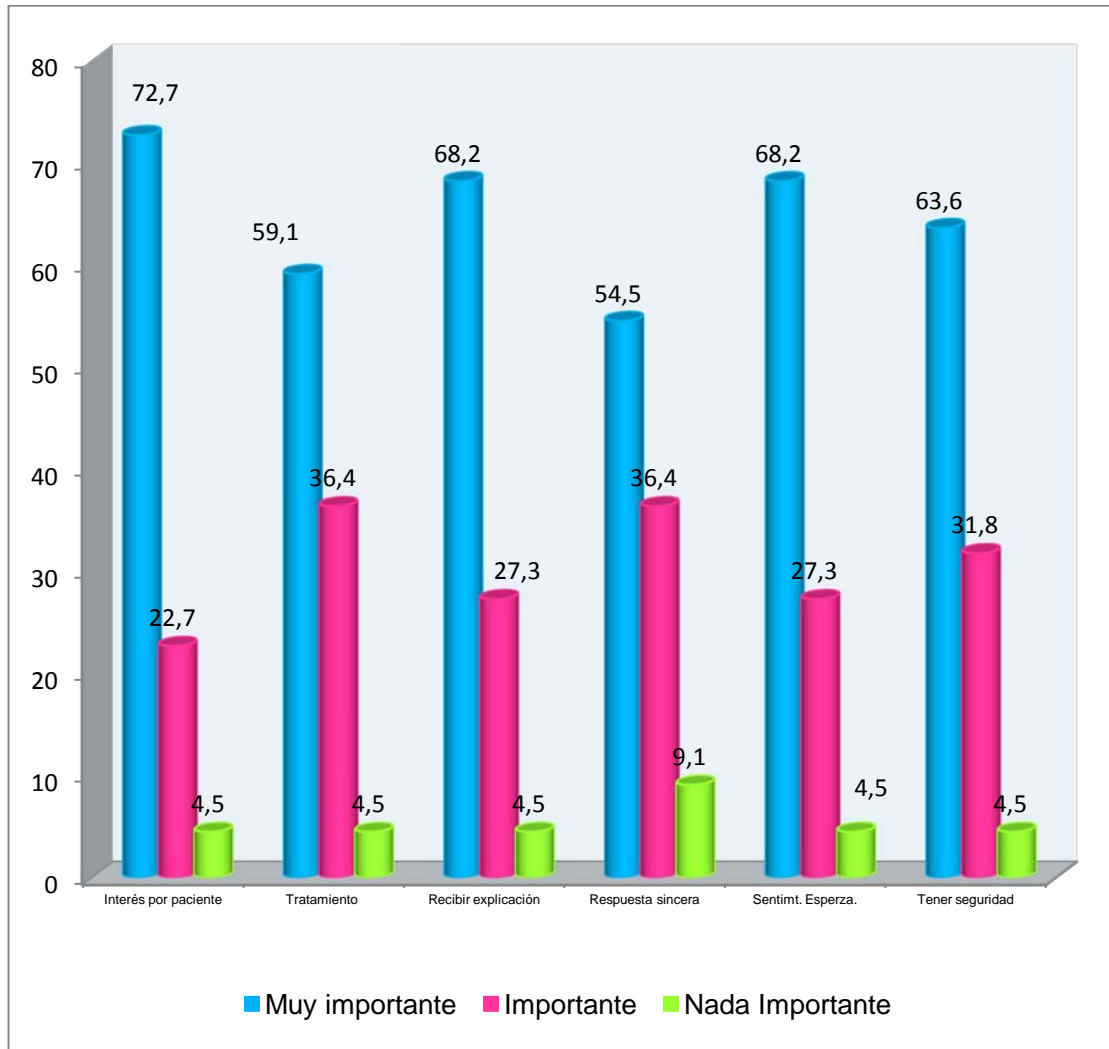
Con respecto a los resultados en el subindicador respuesta sincera, el 81,3% consideran muy importante obtener respuestas dadas con sinceridad y el 18,8% opinan que es importante.

En el subindicador sentimientos de esperanza, el 75% consideran muy importante sentir que existe esperanza por la mejoría del paciente y el 25% consideran que es importante

En el subindicador tener seguridad, el 75% consideran muy importante tener seguridad que todo está bien para dejar el hospital por algún tiempo y el 25% consideran importante.

### GRÁFICO Nº 9

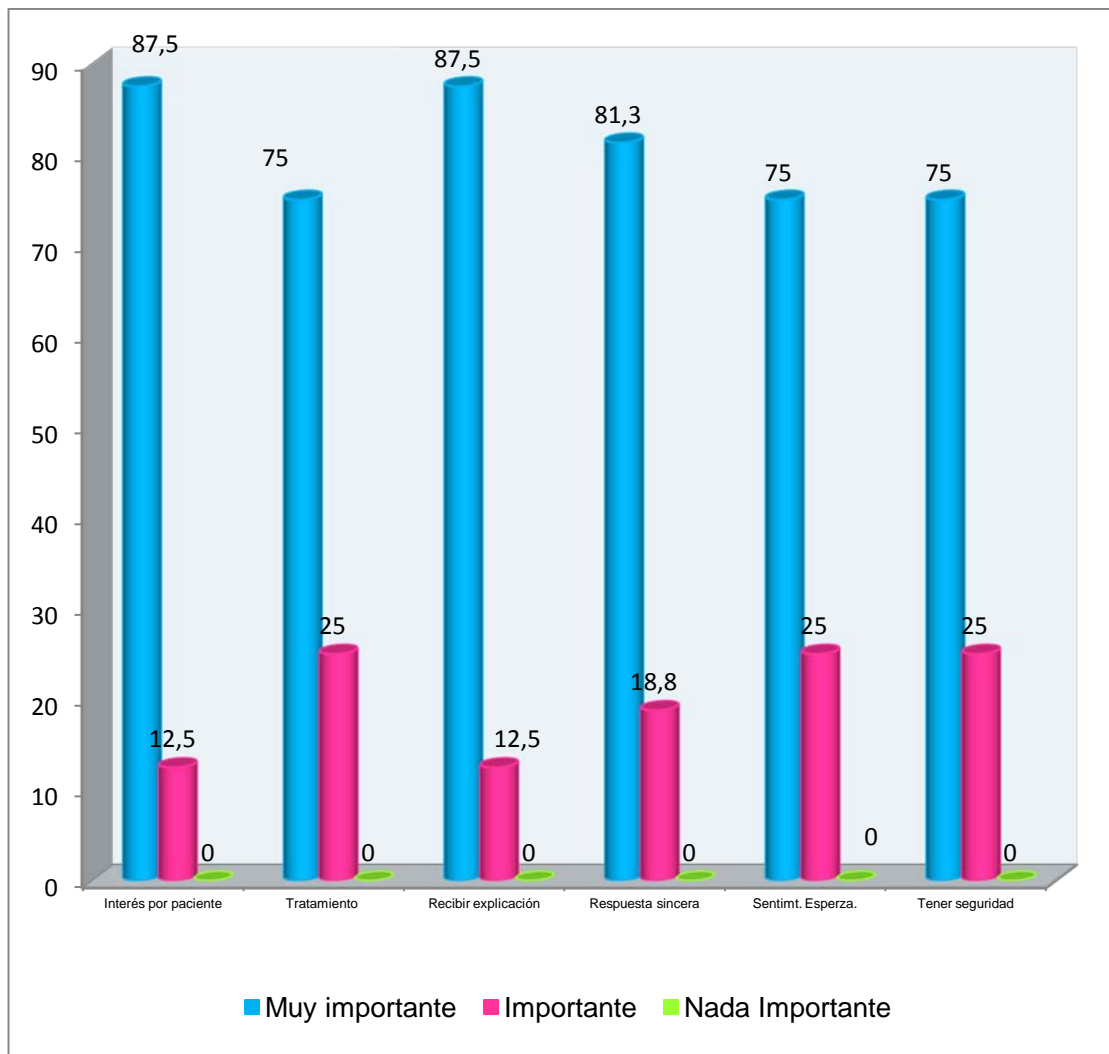
DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS



Fuente: Cuadro Nº 9.

### GRÁFICO Nº 9-A

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.



Fuente: Cuadro Nº 9.



### CUADRO Nº 10

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.

Subindicadores	Clínica Privada Atias – Caracas								Centro Médico Anzoátegui - Barcelona							
	Muy importante		Importante		Nada importante		Totales		Muy importante		Importante		Nada importante		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Transferencias	16	72,7	5	22,7	1	4,5	22	100	12	75,0	3	18,8	1	6,3	16	100
Información tratmt.	18	81,8	3	13,6	1	4,5	22	100	10	62,5	5	31,3	1	6,3	16	100
Profels. Cuidadores	16	72,7	5	22,7	1	4,5	22	100	8	50,0	6	37,5	2	12,5	16	100
Informcn. específica	18	81,8	4	18,2	0	0,0	22	100	11	68,8	4	25,0	1	6,3	16	100

Fuente: Instrumento aplicado.

## ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 10

De acuerdo a los resultados obtenidos en la **Clínica Privada Atias de Caracas**, en el subindicador transferencias, se determina que el 72,7% consideran muy importante ser informado sobre posibles transferencias del paciente; para el 22,7% es importante y 4,5% dice que nada importante.

En el subindicador información sobre el tratamiento, el 81,8% consideran muy importante conocer qué tratamiento médico está recibiendo el paciente y por qué determinados estudios se han realizado al paciente; para el 13,6% es importante y 4,5% dijo nada importante.

En el subindicador profesionales cuidadores, el 72,7% consideran muy importante poder conversar con el médico todos los días, conocer cuáles profesionales cuidan del paciente; saber quién puede darles la información que necesitan y ser informado sobre qué hacer cuando se está al lado del paciente; para el 22,7% es importante y 4,5% indicó nada importante.

En el subindicador información específica, el 81,8% consideran muy importante ser informado de toda la evolución del paciente, saber exactamente lo que están realizando al paciente; disponer de una persona en la UCI que brinde información por teléfono, recibir información sobre el paciente al menos una vez al día y ser informado en casa sobre cambios en la condición del paciente y 18,2% indicó que es importante.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el **Centro Médico Anzoátegui**, en el subindicador transferencias, se determina que el 75% consideran muy importante ser informado sobre posibles transferencias del paciente; para el 18,8% es importante y 6,3% dice que nada importante.

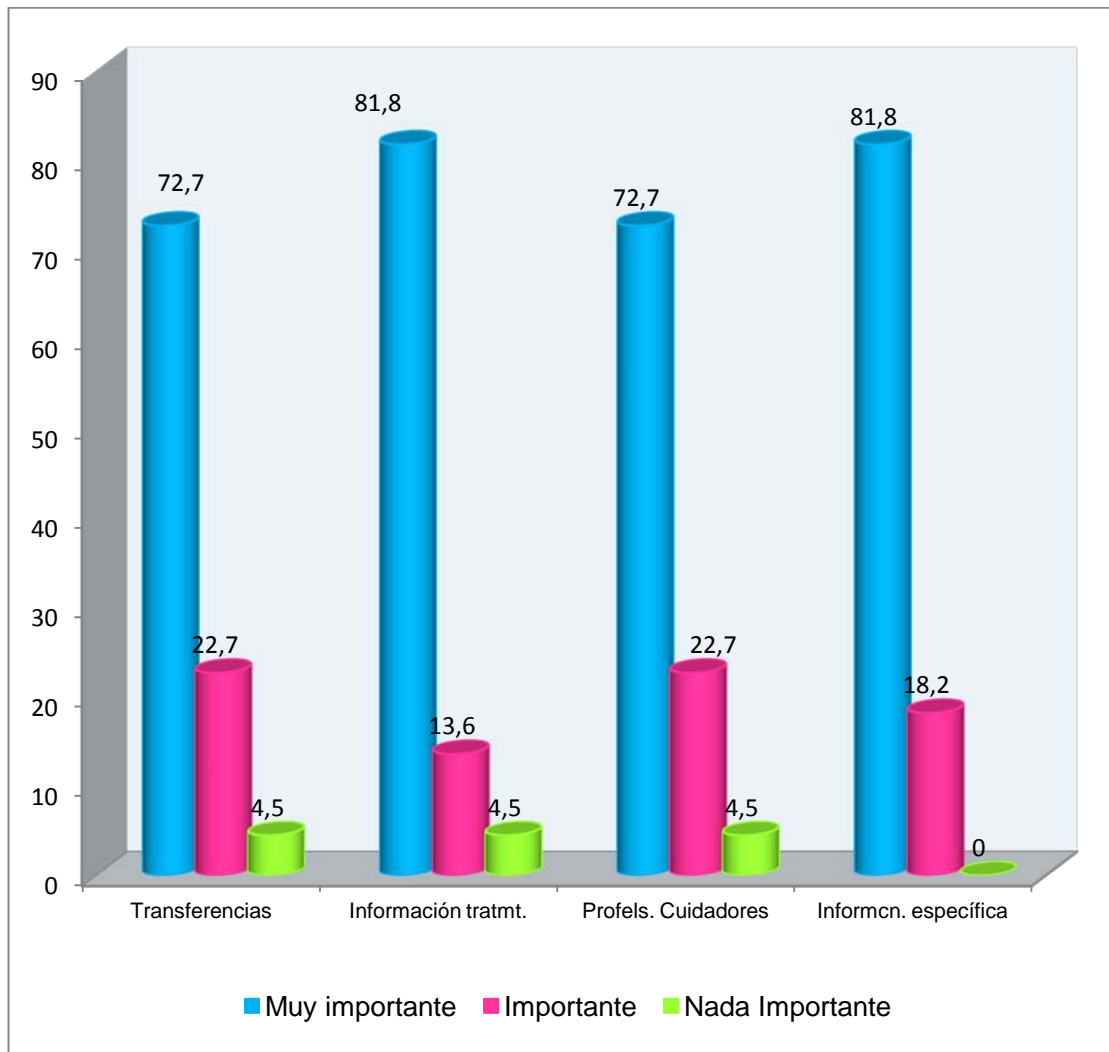
En el subindicador información sobre el tratamiento, el 62,5% consideran muy importante conocer qué tratamiento médico está recibiendo el paciente y por qué determinados estudios se han realizado al paciente; para el 31,3% es importante y 6,3% dijo nada importante.

En el subindicador profesionales cuidadores, el 50% consideran muy importante poder conversar con el médico todos los días, conocer cuáles profesionales cuidan del paciente; saber quién puede darles la información que necesitan y ser informado sobre qué hacer cuando se está al lado del paciente; para el 37,5% es importante y 12,5% indicó nada importante.

En el subindicador información específica, el 68,8% consideran muy importante ser informado de toda la evolución del paciente, saber exactamente lo que están realizando al paciente; disponer de una persona en la UCI que brinde información por teléfono, recibir información sobre el paciente al menos una vez al día y ser informado en casa sobre cambios en la condición del paciente; el 25% indicó que es importante y 6,3% nada importante.

### GRÁFICO Nº 10

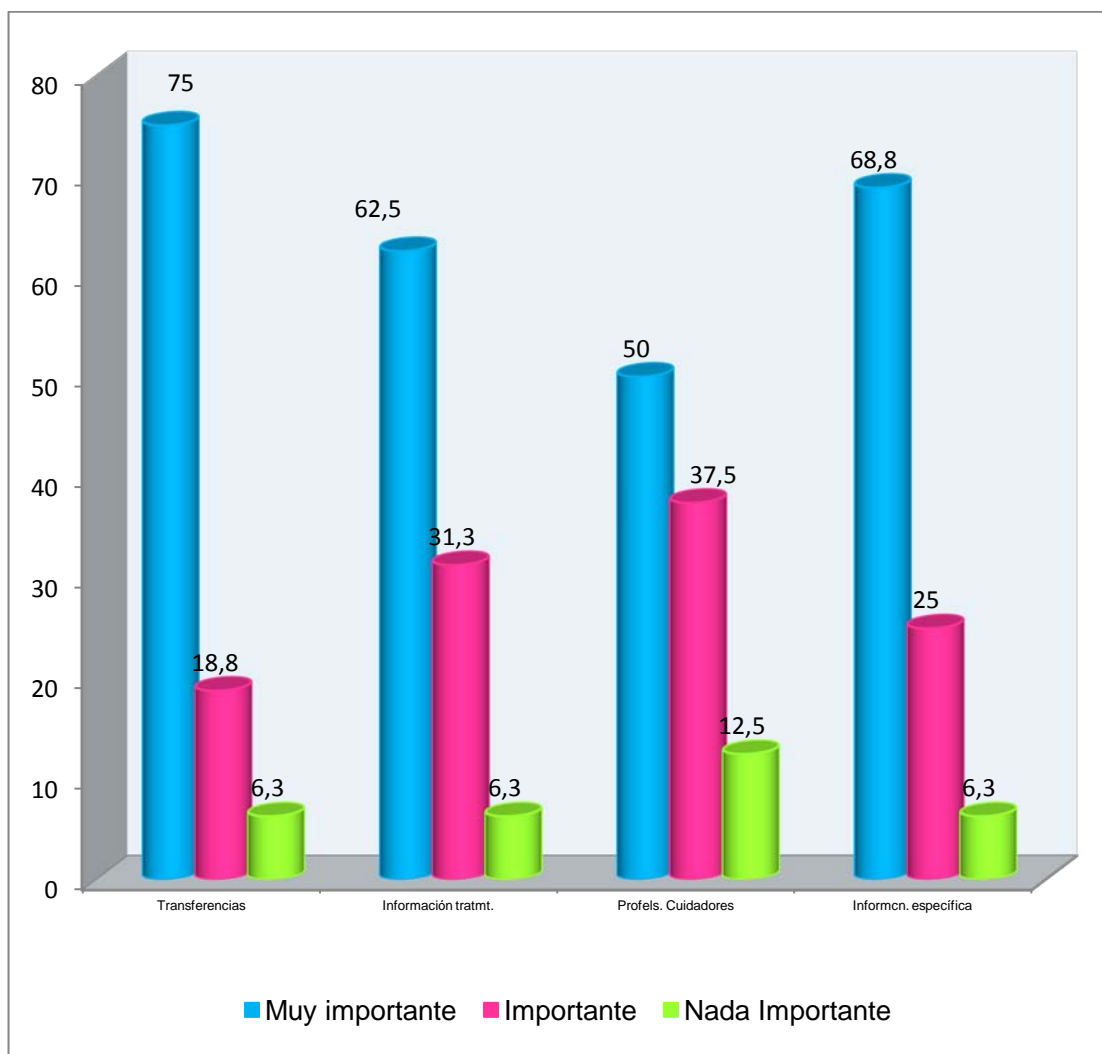
DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS



Fuente: Cuadro Nº 10.

### GRÁFICO Nº 10-A

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.



Fuente: Cuadro Nº 10.

### CUADRO Nº 11

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE PROXIMIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.

Subindicadores	Clínica Privada Atias – Caracas								Centro Médico Anzoátegui - Barcelona							
	Muy importante		Importante		Nada importante		Totales		Muy importante		Importante		Nada importante		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Ver al paciente	19	86,4	3	13,6	0	0,0	22	100	12	75,0	3	18,8	1	6,3	16	100
Visitar al paciente	13	59,1	8	36,4	0	0,0	22	100	9	56,3	6	37,5	1	6,3	16	100
Dar cuidados	14	63,6	8	36,4	0	0,0	22	100	12	75,0	4	25,0	0	0,0	16	100
Sentirse aceptado	13	59,1	8	36,4	1	4,5	22	100	13	81,3	3	18,8	0	0,0	16	100

Fuente: Instrumento aplicado.

## ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 11

De acuerdo a los resultados obtenidos en la **Clínica Privada Atias de Caracas**, en el subindicador ver al paciente; se determinó que el 86,4% consideran que ver al paciente con frecuencia es muy importante; para el 13,6% es importante.

Con respecto a los resultados en el **subindicador visitar al paciente**, se pudo determinar que para el 59,1% de los consultados comenzar la visita en la hora indicada, poseer un horario de visita especial en algunas situaciones y permitir la visita al paciente a cualquier hora es **muy importante**; y el 36,4% indicó importante.

En el **subindicador dar cuidados**, el 63,6% de los consultados dicen que ayudar en el cuidado del paciente y en su alimentación en la UCI es **muy importante**; el 36,4% dijo importante.

Con respecto a los resultados en el **subindicador sentirse aceptado**, para el 59,1% es **muy importante** sentirse aceptado por el personal del hospital y conversar con la misma enfermera todos los días; mientras que 36,4% indicó importante Y 4,5% nada importante.

Los resultados en el **Centro Médico Anzoátegui**, en el **subindicador** ver al paciente; se determinó que el 75% consideran que ver al paciente con frecuencia es **muy importante**; para 18,8% es importante y 6,3% nada importante.

Con respecto a los resultados en el **subindicador visitar al paciente**, se pudo determinar que el 56,3% de los consultados consideran muy importante comenzar la visita en la hora indicada, poseer un horario de visita

especial en algunas situaciones y permitir la visita al paciente a cualquier hora; y el 37,5% indicó importante y 6,3% dijo nada importante.

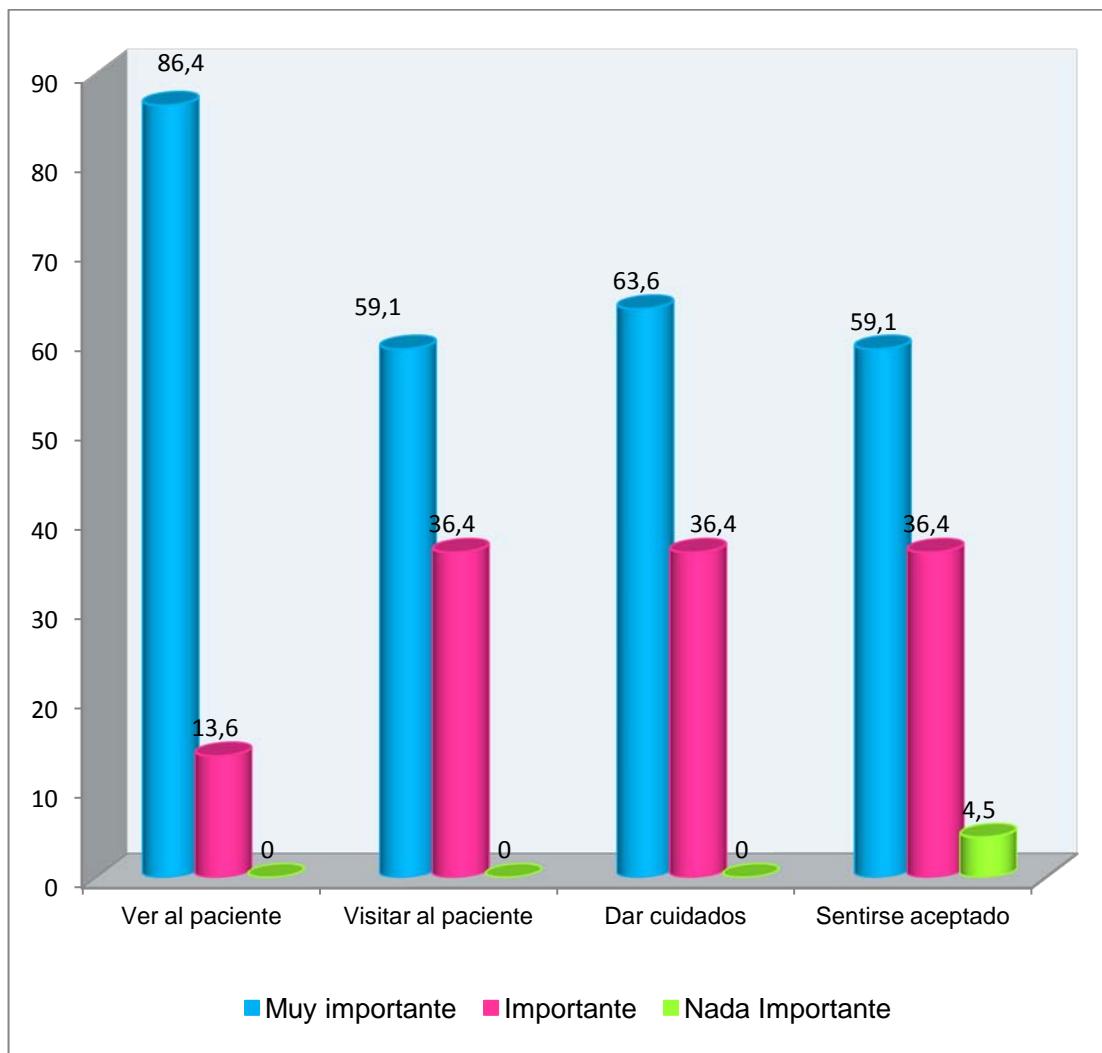
En el **subindicador dar cuidados**, el 75% de los consultados dicen que ayudar en el cuidado del paciente y en su alimentación en la UCI es **muy importante**; y el 25% dijo importante.

Con respecto a los resultados en el **subindicador sentirse aceptado**, para el 81,3% es **muy importante** sentirse aceptado por el personal del hospital y conversar con la misma enfermera todos los días y 18,8% indicó importante.



### GRÁFICO Nº 11

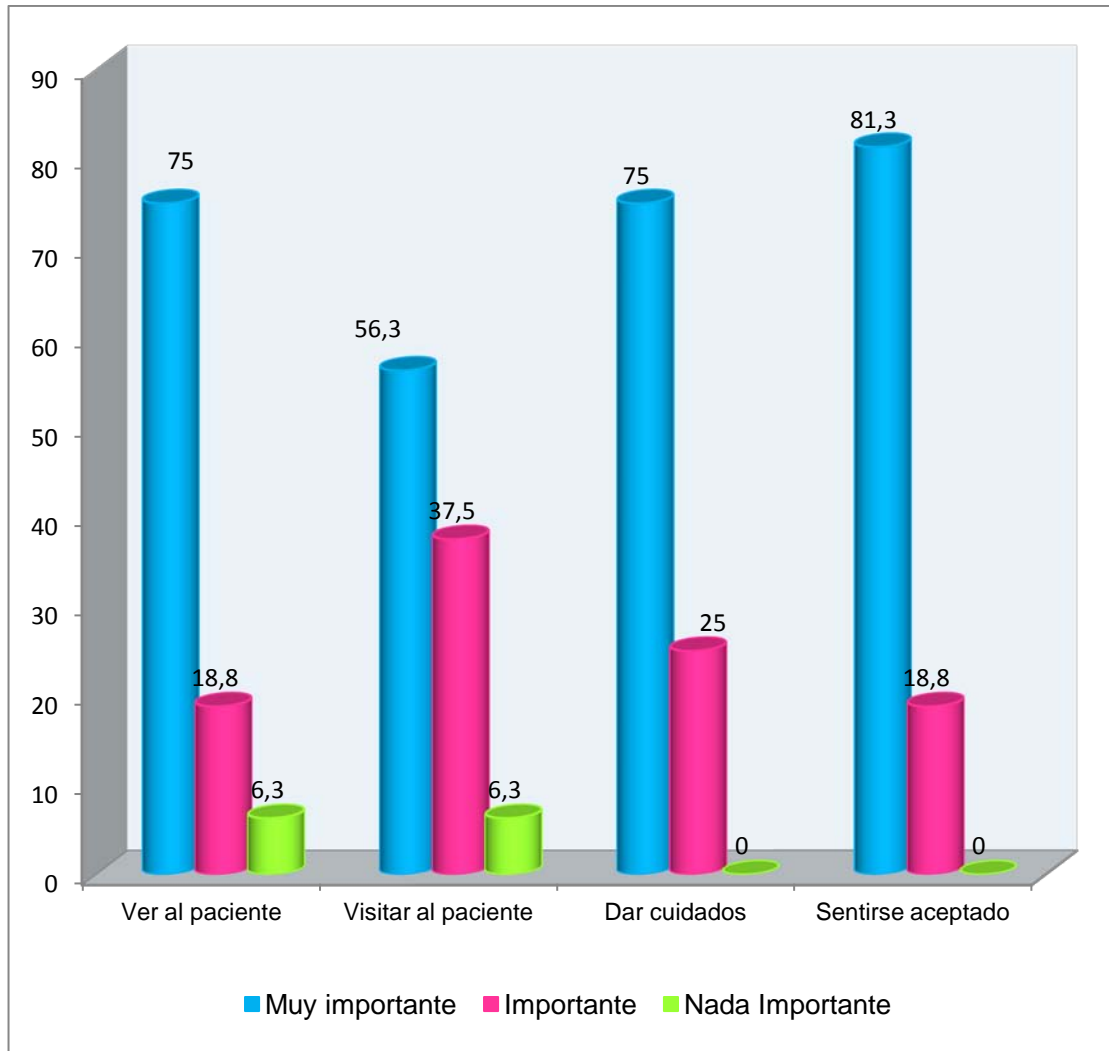
DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE PROXIMIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS.



Fuente: Cuadro Nº 11.

### GRÁFICO Nº 11-A

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS NECESIDADES DE PROXIMIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.



Fuente: Cuadro Nº 11.

### CUADRO Nº 12

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. VARIABLE: NECESIDADES DE FAMILIARES CON PACIENTES INGRESADOS EN UCI. DIMENSION: NECESIDADES ESENCIALES. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS Y CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.

Indicadores	Clínica Privada Atias – Caracas								Centro Médico Anzoátegui - Barcelona							
	Muy importante		Importante		Nada importante		Totales		Muy importante		Importante		Nada importante		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Necesidades de soporte	11	50	5	22,7	6	27,3	22	100	8	50	7	43,8	1	6,3	16	100
Necesidades de confort	17	77,3	4	18,2	1	4,5	22	100	12	75	4	25	0	0	16	100
Necesidades de seguridad	14	63,6	7	31,8	1	4,5	22	100	12	75	4	25	0	0	16	100
Necesidades de información	18	81,8	4	18,2	0	0	22	100	11	68,8	4	25	1	6,3	16	100
Necesidades de proximidad	14	63,6	8	36,4	0	0	22	100	12	75	4	25	0	0	16	100

Fuente: Instrumento aplicado.

## ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 12

De acuerdo a los resultados obtenidos para la Variable necesidades de familiares con pacientes ingresados en UCI, en su dimensión: Necesidades esenciales, determinan que los consultados en la **Clínica Privada Atias de Caracas**, en el **indicador necesidades de soporte**, para el 50% son muy importantes aspectos como: orientación, ayuda profesional, apoyo de otros, la confianza, el acompañamiento, los sentimientos y el descanso; mientras que 27,3% indican nada importante; el 22,7% importante.

En el indicador necesidades de seguridad, reportó que para el 77,3% de los consultados consideran muy importante la confortabilidad; el 18,2% indicaron importante y el 4,5% nada importante.

En el indicador necesidades de seguridad, el 63,6% consideran muy importante el interés por el paciente, tratamiento brindado, la posibilidad de mejoría, el recibir explicaciones y respuestas sinceras; los sentimientos de esperanza y el tener seguridad; para el 31,8% importante y 4,5% nada importante.

En el indicador necesidades de información, el 81,8% indican que es muy importante las transferencias, la información sobre el tratamiento, tener profesionales cuidadores y la información específica; 18,2% indicaron que es importante.

En el indicador necesidades de proximidad, para el 63,6% es muy importante ver al paciente, visitarlo, darle cuidados y sentirse aceptado; para el 36,4% es importante.

Los resultados en el **Centro Médico Anzoátegui**, en el **indicador necesidades de soporte**, para el 50% son muy importantes aspectos como: orientación, ayuda profesional, apoyo de otros, la confianza, el acompañamiento, los sentimientos y el descanso; mientras que 43,8% indican nada importante; el 6,3% importante.

En el indicador necesidades de seguridad, reportó que para el 75% de los consultados consideran muy importante la confortabilidad y el 25% indicaron importante.

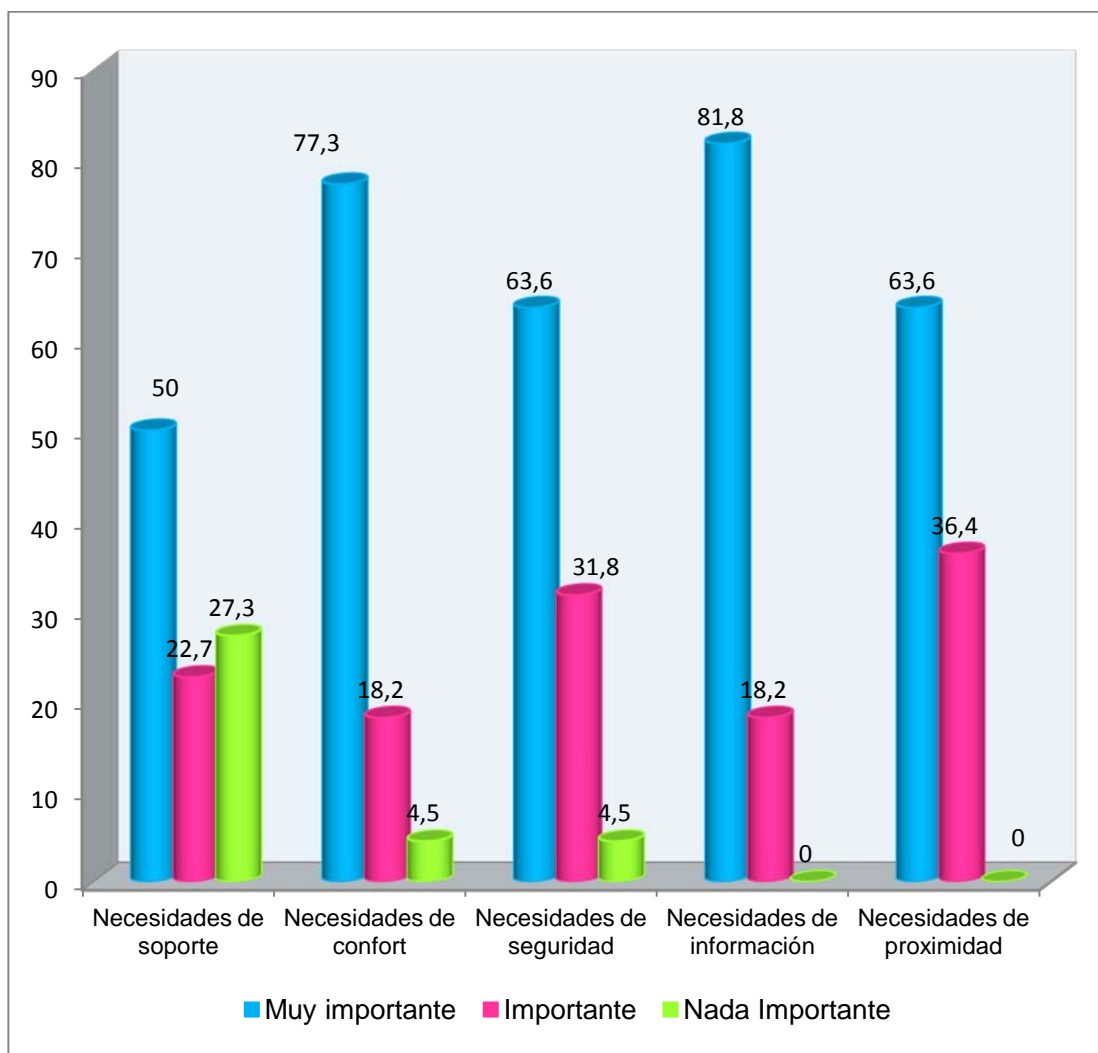
En el indicador necesidades de seguridad, el 75% consideran muy importante el interés por el paciente, tratamiento brindado, la posibilidad de mejoría, el recibir explicaciones y respuestas sinceras; los sentimientos de esperanza y el tener seguridad y para el 25% importante.

En el indicador necesidades de información, el 68,8% indican que es muy importante las transferencias, la información sobre el tratamiento, tener profesionales cuidadores y la información específica; 25% indicaron que es importante y 6,3% nada importante.

En el indicador necesidades de proximidad, para el 75% es muy importante ver al paciente, visitarlo, darle cuidados y sentirse aceptado y para el 25% es importante.

## GRÁFICO Nº 12

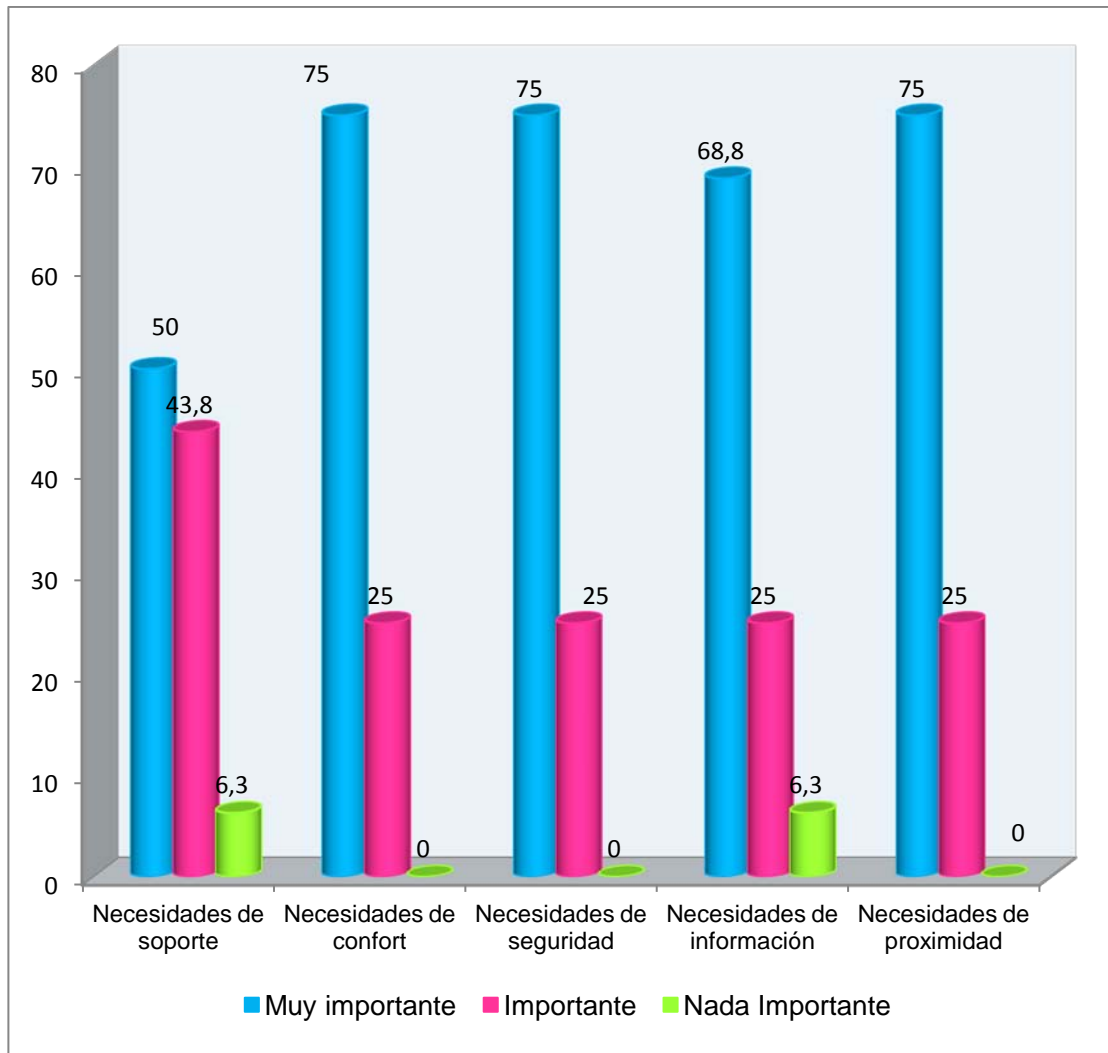
DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. VARIABLE: NECESIDADES DE FAMILIARES CON PACIENTES INGRESADOS EN UCI. DIMENSION: NECESIDADES ESENCIALES. CLÍNICA PRIVADA ATIAS DE CARACAS.



Fuente: Cuadro Nº 12.

### GRÁFICO Nº 12-A

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. VARIABLE: NECESIDADES DE FAMILIARES CON PACIENTES INGRESADOS EN UCI. DIMENSION: NECESIDADES ESENCIALES. CENTRO MÉDICO ANZOÁTEGUI DE BARCELONA.



Fuente: Cuadro Nº 12.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

El presente capítulo contiene las Conclusiones surgidas del estudio realizado sobre las necesidades de los familiares con pacientes ingresados a las UCI seleccionadas y las Recomendaciones pertinentes al mismo.

#### **Conclusiones**

En el estudio se incluyeron 22 familiares de pacientes ingresados a la UCI de la Clínica Atías del Distrito Capital Caracas y 16 familiares de pacientes ingresados a la UCI del Centro Médico Anzoátegui, de Lechería, Barcelona. Edo Anzoátegui, como sexo predominantes destaca el femenino con 54.5% y 62.5% respectivamente, esto probablemente asociado a lo mencionado por Brevis Urrutia y Silva Garrido (2011) en un estudio previo “el rol de cuidadora que cumple la mujer dentro de la sociedad”.

En cuanto al parentesco de los familiares con los pacientes ingresados a la UCI de la Clínica Atías predominaron las madres, esposa(o) e hijos(a) y en el Centro Médico Anzoátegui, hermano(a), esposa(o), padre e hija (o).

En lo referido a las necesidades de soporte, ambos grupos de familiares se ubicaron en un alto porcentaje en las categorías muy importante e importante. Sin embargo un 27.3% de los familiares con pacientes en la UCI de la Clínica Atías, ubicó sus respuestas en la categoría nada importante, resultados que pudieran estar asociados con lo señalado por Brevis Urrutia y



Silva Garrido (op.cit) “el bloqueo emocional producto de la experiencia vivida en el grupo familiar.”.

Los dos grupos de familiares estudiados en un alto porcentaje categorizaron como importantes y muy importantes la ayuda profesional, el apoyo de otros, relaciones de confianza, acompañamiento y respeto a los sentimientos, resultados relacionados con el estudio de Zaforteza, Gastaldo et al (op.cit) sobre las necesidades de soporte donde afirmaron “las enfermeras tienen básicamente como objetivo, el establecer una relación de confianza...para mejorar la atención de los familiares”.

Las necesidades de Confort fueron valoradas como muy importantes 77.5% por los familiares de pacientes ingresados a la UCI de la Clínica Atias, y por el 75.0% de los familiares con pacientes en la UCI del Centro Médico Anzoátegui e importantes por el 18.2% y el 25.0% respectivamente, esto es indicativo de la importancia dada de contar con una sala de espera confortable en todos los aspectos estructurales y ambientales, cercana a la UCI, con baño, teléfono y muebles cómodos para lograr en lo posible un descanso apropiado a lo largo de las horas de espera, Blanca Gutiérrez, J. Blanco Alvaríño, et al.(2008) en los resultados de su estudio sobre esta temática afirman “ es necesario humanizar la sala de espera”

Las necesidades de Seguridad estuvieron referidas a la obtención de información precisa sobre la evolución del paciente, obtención de respuestas sinceras que le transmitieran esperanza a los familiares ,estas entre otras fueron categorizadas como muy importantes 63.6% y 75.0% por los familiares de pacientes en la UCI de la clínica Atias y 75.0% y 25.0% por los familiares de pacientes ingresados a la UCI del centro médico Anzoátegui, resultados coincidentes con los mostrados por Fernández Molina (2006) en su investigación donde afirma “ los familiares necesitan contacto permanente con la enfermera y el médico que cuida del paciente en la UCI”.

Las necesidades de información fueron valoradas como muy importantes por el 81.8% y el 68.0% de los familiares de pacientes en la UCI de la Clínica de Atias y Centro Médico Anzoátegui e importantes por el 18.2% y 25.0% respectivamente, estos datos son coincidentes con los mostrados en otros estudios relacionados con la temática de interés necesidades de familiares con pacientes en UCI y en donde las necesidades de información siempre han sido altamente significativas en importancia porque como lo señalan Blanca Gutiérrez, Blanco Alvaríño et al (op.cit) los familiares demandan información “ no solo sobre la enfermedad y el estado de salud de su ser querido, sino sobre lo que está ocurriendo a su alrededor”; básicamente los familiares requieren estar informados sobre la evolución de su familiar en la UCI, posibles traslados de unidad. Situación de salud actualizada y honesta que les proporcione falsas expectativas.

Las necesidades de proximidad fueron ubicadas en las categorías muy importantes por el 63.6% y el 75.0% de los familiares de pacientes en la UCI de la Clínica de Atias y Centro Médico Anzoátegui e importantes por el 36.4% y el 25.0% respectivamente, las mismas enfocadas en ver al paciente con frecuencia, iniciar las visitas a la hora indicada, permanecer más tiempo con ellos, ayudarles en sus necesidades inmediatas. De acuerdo con Soto Cruz, Parra, Duran, et al (2010) “ayudar en el cuidado físico de su familiar en la UCI, es muy importante para demostrarles proximidad y cariño”.

### **Recomendaciones**

Presentar los resultados obtenidos del estudio a los equipos de enfermería y especialistas de las UCI seleccionadas, con la finalidad de estimularlos a tomar acciones en el diseño de estrategias que posibiliten atender las necesidades esenciales de los familiares con pacientes ingresados en dichas unidades clínicas.

Proponer a los directivos de las UCI seleccionadas para el estudio, la adecuación de las salas de espera a niveles de confortabilidad según las normas internacionales para facilitar la permanencia de los familiares en ambientes cercanos a las UCI y donde sientan que son tratados como personas dignas de un buen trato, como Ser Humano.

Proyectar estrategias para el diseño de un folleto con información precisa sobre las normas de las UCI, incluyendo horario de visitas, consejos útiles para la resolución de problemas habituales durante la hospitalización del paciente, el afrontamiento adecuado a su Rol de Cuidador, qué exige el cuidado tanto de la salud física como emocional de cada integrante del núcleo familiar.

Potencializar la integración de la familia al cuidado de los pacientes en las UCI, como una vía para satisfacerles sus necesidades de soporte, seguridad y proximidad, las mismas enfocadas en el cuidado holístico.

Replicar el estudio en una muestra de familiares más homogénea, aplicando el cuestionario Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) creado por las enfermeras norteamericanas Nancy Molter y Jane Lesker, utilizado en esta investigación para contribuir a su validación en la población venezolana, buscando la oportunidad para la creación de una línea de investigación en la Escuela de Enfermería de la UCV.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asiain Erro, M. Carmen (2008). **Las Unidades de Cuidados Intensivos**, cap. 1 del texto Manual de Enfermería en Cuidados Intensivos. Enfermería de Cuidados Intensivos Médico-Quirúonsa-Praima. España.
- Barrios Yasevi, Maritza (2003). **Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales**. Fedupel. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas.
- Beltrán Salazar, Oscar Alberto (2009). **La Unidad de Cuidado Intensivo, un lugar para quedarse solo**. Universidad de Antioquía. Facultad de Enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. Medellín, vol. XXVII. N° 1.
- Benito, María Luisa, Gracia, Aurora Isabel, López Sagospe, Irene, Benito, Raquel María, Peláez Ortiz, Rocio y Rojas Cabrera, Ángel (2012). **Detección de Necesidades de los Familiares de Pacientes ingresados en la Unidad de Ictus**. Unidad de Ictus, Hospital Universitario 12 de octubre, Madrid, España. Rev. Cient. Soc. Esp. Enferm. Neurol., 35(1) El Sevier, Doyma.
- Blanca Gutiérrez, J. J., Blanco Alvariño, A. M., Luque Pérez, M., Ramírez Pérez, M. A. (2008). **Experiencias, Percepciones y Necesidades en la UCI: Revisión Sistemática de Estudios Cualitativos**. Rev. Enfermería Global N° 12.
- Brevis Urrutia, Ivonne; Silva Garrido, Pamela (2011). **Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI**. UCI Médico-Quirúrgico, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción. Revista Chilena de Medicina Intensiva; vol. 26 (1).
- Briceño, Yoxy, Díaz, Wilmer. y Figuera, Evelia. (2011). **Vivencia de Pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Instituto Médico la Floresta. Distrito Capital. Caracas. Segundo semestre del 2009 y primer cuatrimestre 2010**. TEG Escuela de Enfermería Facultad de Medicina. UCV. Caracas
- Campos Martínez, M.C., y Cotrina Gamboa, M.J. (2011) **Relación de Ayuda al Familiar del Paciente en Situación Crítica**. Revista electrónica trimestral de Enfermería Global N° 24
- Chiavenato Idalberto (2009) **Comportamiento Organizacional. La Dinámica del éxito en las Organizaciones**; segunda edición en español. Ed. Graw-Hill Interamericana. México, D.F.

De la Cuesta Benjumea, Carmen (2008). **Aliviar el peso del cuidador familiar**. Rev. Index de Enfermería vol. 17 N° 4. Granada España.

Del Rey Calero, J., Calvo Fernández, J. R. (1998). **Como cuidar la salud. Su educación y promoción**. 1ª ed. Ed. Harcourt/Brace. Madrid.

Elizalde, Antonio, Martí, Manuel, Martínez, Francisco (2006). **Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el enfoque centrado en la persona**. Polis, Revista de la Universidad Bolivariana, vol. 5, núm. 15. Santiago Chile.

Feito Grande, Lydia (2000). **Ética Profesional de la Enfermería. Filosofía de la Enfermería como Ética del Cuidado**. Ed. PPC, S.A, Madrid.

Gómez Martínez, S., Ballester Arnal, R., Gil Juliá, B. (2011). **El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes en Cuidados Intensivos (CCFNI) Versión breve: adaptación y validación en población española**. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Vol. 34, N° 3. Pamplona set-dic, 2011.

Griffith, Yaneth y Christensen, Paula (1986). **Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de Teorías Guías y Modelos**. 1ª edición en español. Ed. Manual Moderno. México.

Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar (2006). **Metodología de la Investigación**. 4ta edición. Ed. Mc Grau Hill Interamericana. México.

Kozier, Bárbara, Erb, Glenora, Berman, Audrey y Snyder, Shirlee (2005) **Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica**. Vol.1.7ª edición. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. Aravaca. Madrid.

Kutash, M., Northrop, L. (2007) **Family Members experiences of the intensive Care Unit Waitingroom**. Rev. J. Adv. Nurs; 60

Llavador Sanchos, J. (2001). **Temas Básicos de Cuidados Intensivos**. Mimeografiado.

Martín-Rodríguez, Agustín; Pérez San Gregorio, María Ángeles; Galán Rodríguez, Antonio (2005) **Psychological Repercussions in Family Members Hospitalized Critical Condition Patients**. Journal of Psychosomatic research, v.58

Molter, NC; Leske, JM (1979) **Needs Relatives of Critically ill Patients:A Descriptive Study**

Nava Galán, Guadalupe (2010). **Estudio de caso con utilización del Instrumento de Katherine Kolcaba Teoría de rango medio de confort.** Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. México. Rev. Online Enfermería Neurológica vol. 9 N° 2.

Pallares Martí, Angela (2003). **El Mundo de la Unidades de Cuidados Intensivos: La última frontera.** Tesis Doctoral. Universidad Rovira Virgili. Facultad de Letras. Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Catalunya.

Pardavila Belio, M.I. y Vivas, C.G. (2011). **Necesidades de la Familia en las Unidades de Cuidados Intensivos. Revisión de la Literatura.** Rev. Enfermería Intensiva. Elsevier Doyma. España. Enfi-73.

Pangrazzi, Reinaldo (2000) **Girasoles Junto a Sauces: En Diálogo con los Enfermos.** Ed.Sal Terrae.Cantabria. (España)

Pérez, Margarita y Taboada, Herlidia (2000). **Paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Necesidades de la Familia frente a su Hospitalización.** Facultad de Enfermería, FUCS. Unidad de Cuidado Intensivo. Hospital de San José. Bogotá. Colombia. Rep. Med. Cir. 2000 Nov; 9 (2).

Phillips, Kenneth. (2007). **Sor Callista Roy, Modelo de Adaptación.** Cap 17 del texto Modelos y Teorías en Enfermería, de Ann Marriner Tomey y Martha Raile Alligood. Sexta edición Editorial Elsevier Mosby, Madrid. España.

Pineda, Elia y de Alvarado, Eva (2008). **Metodología de la Investigación.** 3ª edición. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington. D.C.

Polit, Denise y Hungler, Bernardette (2000). **Investigación Científica en Ciencias de la Salud.** Sexta Edición. México. D.F.

Rocamora Bonilla, Alejandro (2000). **Un enfermo en la familia. Claves para la intervención Psicológica.**

Ruiz Piñero, R. (2005)

Sandrin, L., Brusco, A., Policante, G. (1997). **Comprender y ayudar al Enfermo. Elementos de Psicología, Sociología y Relación de Ayuda.** 2ª edición. Ed. San Pablo. Madrid España.

- Santana Freitas, Katia, Kimura, Miako, Azevedo São Leão, Karine (2007). **Necesidades de los Familiares de Pacientes en Unidad de Terapia Intensiva: Análisis comparativo entre Hospital Público y Privado.** Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo. Rev. Latino-am Enfermagem. Janeiro. Febrero: 15(1).
- Soto Cruz, Eduar, Parra Durán, Diego Fernando, Rojas Camargo, Marina del Pilar. (2010). **Identificación de las 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 marzo 2010. Rev. Manos al Cuidado. Edición 2. Universidad de Tolima. Ibagué, Colombia.
- Tamayo y Tamayo, Mario (2001). **El Proceso de la Investigación Científica.** 4ta edición. Ed. Limusa Noriega Editores. México.
- Terrero Varilla, Mercedes. (2006). **La hora más amarga. El relato de una acompañante en una Unidad de Cuidados Intensivos.** Rev. Index Enfermería V. 15 N° 54.
- Torrealba, F. (1988). **Antropología del Cuidar.** Fundación Mafpre Medicina. Madrid.
- Torrents, R.; Oliva, E., Sancedo, M. J.; Surroca, L., Jover, C. (2003). **Impacto de los Familiares del Paciente Crítico ante una Acogida Protocolizada.** Rev. Enferm. Intensiva N° 14.
- Urizzi, Fabiane; Corrêa, Adriana Katia (2007). **Vivencia de Familiares en Terapia Intensiva: El otro lado del ingreso.** Universidad de Sao Paulo, Brasil. Rev. Latino-am Enfermagem. Janeiro. Julio-Agosto; 15(4).
- Velasco, José M. (2002). **Detección de Necesidades de los Familiares de Pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos.** Trabajo de Investigación. Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.
- Zaforteza Concha, Gastaldo Denise, Sánchez-Cuenca, Pilar Pedro, Joan de, Lastra, Pedro. (2004). **Relación entre Enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y Familiares: Indicios para el cambio.** Revista Nure.

# **ANEXOS**





**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**INSTRUMENTO PARA MEDIR LA VARIABLE: NECESIDADES  
ESENCIALES EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI**

**Autoras:**

**Linares, Yudexzi**  
**C.I 12122621**  
**Mujica, Maxiel**  
**C.I. 11880725**

Caracas, noviembre, 2012

Presentación

Distinguida Sra./Sr, familiar de pacientes internados en la UCI.

El presente cuestionario, tiene como finalidad obtener de usted información precisa sobre las Necesidades de Familiares de Pacientes Internados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

La información será de utilidad Académica, sus respuestas permitirán finalizar una Investigación necesaria para optar al título de Licenciada en Enfermería, que otorga la Universidad Central de Venezuela (UCV).

Agradecemos su colaboración, no debe firmarlo es anónimo.

Gracias.  
Las autoras.

## Instrucciones

6. Lea cada pregunta, antes de proceder a contestarla.
7. Sí tiene dudas, pregunte a la investigadora.
8. Coloque una equis (x), en el espacio correspondiente al orden de importancia que usted le otorga a cada necesidad.
9. No lo firme. Es anónimo.
10. Por favor conteste todas las preguntas.

Gracias

Parte I.- Datos Demográficos del Familiar.

Sexo: M \_\_\_\_\_  
F \_\_\_\_\_

Parentesco: Esposa (o) \_\_\_\_\_  
Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_  
Hijo (a) \_\_\_\_\_  
Hermano (a) \_\_\_\_\_

Escolaridad: Primaria Completa \_\_\_\_\_  
Secundaria Completa \_\_\_\_\_  
TSU \_\_\_\_\_  
Universitaria \_\_\_\_\_  
Causa de Hospitalización del Paciente \_\_\_\_\_

Tiempo de Internación, en UCI

Ítems	Necesidad de Soporte	Muy importante	Importante	Nada Importante
25.	Disponer de orientaciones generales sobre la UCI en la primera visita, es para mí.			
26.	Disponer de una persona para orientación en caso de problemas financieros, es para mí.			
27.	Saber cuáles otros profesionales pueden ayudarme, es para mí.			
28.	Ser informado sobre los servicios religiosos.			
29.	Tener alguien que se preocupe de mi salud, es.			
30.	Tener amigos próximos para apoyarme.			
31.	Hacer posible la visita de alguien de mi religión			

Ítems	Necesidad de Soporte	Muy importante	Importante	Nada Importante
32.	Sentir confianza como para demostrar mis sentimientos y emociones.			
33.	Ser acompañado por un profesional, amigo o familiar durante la visita.			
34.	Conversar sobre la posibilidad de muerte del paciente.			
35.	Hablar sobre sentimientos negativos relacionados a lo que está sucediendo.			
36.	Disponer de un lugar para estar solo cuando me encuentre en el Hospital			

Ítems	Necesidad de Confort	Muy importante	Importante	Nada Importante
37.	Tener un baño próximo a la sala de espera.			
38.	Disponer de un teléfono cerca de la sala de espera.			
39.	Disponer de una sala de espera cercana a la UCI.			
40.	Disponer de un buen snack en el Hospital.			
41.	Poseer muebles confortables en la sala de espera de la UCI.			

Ítems	Necesidad de Seguridad	Muy importante	Importante	Nada Importante
42.	Sentir que el personal del Hospital se interesa por el paciente, es para mí.			
43.	Tener la seguridad que, el mejor tratamiento posible está siendo brindado al paciente, es para mí.			
44.	Conocer las posibilidades de mejoría del paciente, es para mí.			
45.	Recibir explicaciones que puedan ser comprendidas es para mí.			
46.	Obtener respuestas dadas con sinceridad, es para mí.			
47.	Sentir que existe esperanza por la mejoría del paciente, es para mí.			
48.	Tener seguridad que todo está bien para dejar el hospital por algún tiempo, es para mí.			



Ítems	Necesidad de Información	Muy importante	Importante	Nada Importante
25.	Ser informado sobre posibles transferencias, del paciente, es para mí.			
26.	Conocer que tratamiento médico está recibiendo el paciente, es para mí.			
45.	Conocer por qué determinados tratamientos se han realizados al paciente, es para mí.			
46.	Poder conversar con el médico todos los días, es para mí.			
47.	Conocer cuáles profesionales cuidan del paciente.			
48.	Saber quién puede darme la información que necesito.			
49.	Ser informado sobre qué hacer cuando se está al lado del paciente.			

Ítems	Necesidad de Información	Muy importante	Importante	Nada Importante
50.	Ser informado de toda la evolución del paciente, es para mí.			
51.	Saber exactamente, lo que están realizando al paciente, es para mí.			
52.	Disponer de una persona en la UCI, que brinde información por teléfono, es para mí.			
53.	Recibir información sobre el paciente, al menos una vez al día, es para mí.			
54.	Ser informado en casa sobre cambios en la condición del paciente, es para mí.			

Ítems	Necesidad de Proximidad	Muy importante	Importante	Nada Importante
55.	Ver al paciente con frecuencia, es para mí.			
56.	Comenzar la visita en la hora indicada, es para mí.			
57.	Poseer un horario de visita especial en algunas situaciones.			
58.	Permitir la visita al paciente a cualquier hora.			
59.	Ayudar en el cuidado del paciente. En la UCI, es para mí.			
60.	Ayudar a alimentar al paciente en la UCI, es para mí.			
61.	Sentirse aceptado por el personal del Hospital, es para mí.			
62.	Conversar con la misma enfermera todos los días, es para mí.			

CONFIABILIDAD

**ANEXO “B”**  
**Cálculo Coeficiente de Confiabilidad (Prueba Piloto)**

**Clínica privada: Atías de Caracas**

**Índice de Confiabilidad (Alfa de Cronbach) Prueba Piloto**

**Variable** | NECESIDADES DE FAMILIARES CON PACIENTES  
INGRESADOS EN UCI

Sujeto/Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2	2	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	2	2	2	0	2	1	1	2
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1
7	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2
8	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	2	2	2	2	1	2	2	2
9	2	2	2	1	2	1	0	0	0	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2
10	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	0	1	0	0	0
<b>Sumatoria</b>	17	17	15	12	15	13	11	11	12	12	10	12	19	18	18	14	17	15	14	16
<b>Media</b>	1,70	1,70	1,50	1,20	1,50	1,30	1,10	1,10	1,20	1,20	1,00	1,20	1,90	1,80	1,80	1,40	1,70	1,50	1,40	1,60
<b>Desv/Est.</b>	0,48	0,48	0,53	0,63	0,53	0,48	0,74	0,74	0,63	0,63	0,82	0,63	0,32	0,42	0,42	0,84	0,48	0,71	0,70	0,70
<b>Varianza</b>	0,21	0,21	0,25	0,36	0,25	0,21	0,49	0,49	0,36	0,36	0,60	0,36	0,09	0,16	0,16	0,64	0,21	0,45	0,44	0,44

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
13	14	14	15	16	16	16	16	15	17	17	17	18
1,30	1,40	1,40	1,50	1,60	1,60	1,60	1,60	1,50	1,70	1,70	1,70	1,80
0,67	0,70	0,70	0,71	0,70	0,70	0,70	0,70	0,71	0,48	0,48	0,48	0,42
0,41	0,44	0,44	0,45	0,44	0,44	0,44	0,44	0,45	0,21	0,21	0,21	0,16

Suma de las varianzas de los puntajes de cada Ítem = 8,74

Varianza de los puntajes totales = 104,96

34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	Puntaje Total
1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	34
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	56
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	56
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	56
2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	43
1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	45
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	55
2	2	1	2	1	1	0	2	2	2	1	1	47
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	32
17	17	17	18	18	18	15	17	17	17	16	16	452
1,70	1,70	1,70	1,80	1,80	1,80	1,50	1,70	1,70	1,70	1,60	1,60	45,20
0,48	0,48	0,48	0,42	0,42	0,42	0,71	0,48	0,48	0,48	0,52	0,52	16,16
0,21	0,21	0,21	0,16	0,16	0,16	0,45	0,21	0,21	0,21	0,24	0,24	8,74

**Clínica privada: Centro Médico Anzoátegui de Barcelona**

**Índice de Confiabilidad (Alfa de Cronbach) Prueba Piloto**

**Variable** | NECESIDADES DE FAMILIARES CON PACIENTES  
INGRESADOS EN UCI

Sujeto/Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2	1	1	1	2	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	2	1	2
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	2	2	1	2	2	1	2	1	2	0	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
4	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2
7	1	2	1	0	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	0	2	2	2	2
8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	1	1
10	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
<b>Sumatoria</b>	17	17	14	16	18	16	15	13	17	16	16	13	18	17	18	15	17	19	17	18
<b>Media</b>	1,70	1,70	1,40	1,60	1,80	1,60	1,50	1,30	1,70	1,60	1,60	1,30	1,80	1,70	1,80	1,50	1,70	1,90	1,70	1,80
<b>Desv/Est.</b>	0,48	0,48	0,52	0,70	0,42	0,52	0,71	0,67	0,48	0,70	0,70	0,82	0,42	0,48	0,42	0,71	0,48	0,32	0,48	0,42
<b>Varianza</b>	0,21	0,21	0,24	0,44	0,16	0,24	0,45	0,41	0,21	0,44	0,44	0,61	0,16	0,21	0,16	0,45	0,21	0,09	0,21	0,16



21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
2	1	1	1	2	2	2	0	1	0	2	2	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2
2	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
18	17	17	16	17	17	16	12	14	13	15	17	15
1,80	1,70	1,70	1,60	1,70	1,70	1,60	1,20	1,40	1,30	1,50	1,70	1,50
0,42	0,48	0,48	0,52	0,67	0,67	0,70	0,79	0,70	0,82	0,71	0,67	0,71
0,16	0,21	0,21	0,24	0,41	0,41	0,44	0,56	0,44	0,61	0,45	0,41	0,45

Suma de las varianzas de los puntajes de cada ítem = 8,88

Varianza de los puntajes totales = 114,64

34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	Puntaje Total
0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	33
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28
2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	47
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	56
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	56
1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	46
0	0	0	2	2	2	2	1	2	2	2	2	30
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	56
1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	46
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	56
13	15	15	19	17	16	16	14	18	17	18	18	454
1,30	1,50	1,50	1,90	1,70	1,60	1,60	1,40	1,80	1,70	1,80	1,80	45,40
0,82	0,71	0,71	0,32	0,67	0,52	0,52	0,52	0,42	0,48	0,42	0,42	16,10
0,61	0,45	0,45	0,09	0,41	0,24	0,24	0,24	0,16	0,21	0,16	0,16	8,88

