

Riesgo familiar y grado de salud de familias con adultos hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo

Ingrid Caicedo Martínez¹, Vilma F. Velásquez Gutiérrez²

Resumen

Objetivo

Se caracterizó el riesgo familiar total y el grado de salud de las familias con adultos hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo (UCI) del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Armenia.

Metodología

Estudio descriptivo transversal de 50 familias con previo consentimiento informado, durante diciembre de 2010 y enero de 2011. Se aplicaron dos instrumentos: Riesgo Familiar Total RFT 5-33 y Salud Familiar General ISF: GEN 21, validados en Colombia.

Resultados

Las familias presentaron riesgo familiar total bajo (54,0%) y familias amenazadas (46,0%). La mayoría de las familias se percibieron saludables (76,0%), organizadas (96,0%) y satisfechas (94,0%).

Conclusión

Todas las familias tienen riesgos y requieren atención en salud, especialmente riesgos socioeconómicos, condiciones psico-afectivas, servicios y prácticas en salud. Se sugiere reingeniería organizacional de los servicios de salud, con la familia como núcleo de atención, fortaleciendo así la organización y la satisfacción de las familias.

Palabras clave: relaciones profesional-familia, cuidados intensivos, hospitalización, atención de enfermería (fuente: DeCS, Bireme)

Artículo recibido: abril 6 de 2015 **aprobado:** julio 31 de 2015

1 Enfermera, Magister en enfermería. Docente Universidad del Quindío. Correo electrónico: icaicedo@uniquindio.edu.co.

2 Enfermera, Magister en enfermería. Profesora asociada Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Correo electrónico: vvelasquez@unal.edu.co

Family risk and health degree of families with adults hospitalized in an intensive care unit

Resumen

Objective

The total family risk and the degree of health of families with adults hospitalized in the intensive care unit (ICU) was characterized in the San Juan de Dios Hospital in the city of Armenia.

Methodology

Descriptive, Cross-sectional study of 50 families with prior informed consent, carried out during December 2010 and January 2011. Two instruments were applied: Total Family Risk RFT 5-33 and General Family Health ISF: GEN 21, validated in Colombia

Results

Families presented a low total family risk (54,0%) and threatened families (46,0%). Most families perceived themselves as healthy (76,0%), organized (96,0%) and satisfied (94,0%).

Conclusion

All families have risks and require health care, especially socio-economic risks, psycho-affective conditions, as well as services and health practices. Organizational reengineering of health services is suggested, with the family at the heart of care, strengthening the organization and satisfaction of families.

Key words: *professional-family relations, intensive care, hospitalization, nursing care (source DeCS, Bireme)*

Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son altamente estresantes para los pacientes, sus familiares y los miembros del equipo de salud (1). El ingreso del paciente en una UCI somete a los miembros de la familia a una situación difícil. Familia y pacientes separados físicamente de su medio habitual y del apoyo afectivo, sufren y están angustiados (2). Así, la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un problema tanto para el funcionamiento como para la composición familiar y producir una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta a cada uno de sus miembros. Al enfrentar la enfermedad, la familia ve afectada de forma directa cada una de las esferas: afectiva, física, económica y social, produciendo entonces un círculo vicioso que hace más severa la crisis y dificulta su manejo (3).

Un paciente gravemente enfermo en la UCI, involucra una fuerte conmoción social fuera del ambiente clínico, y la UCI toma contacto y se involucra desde el principio. La familia sufre un fuerte estrés emocional ante esta incertidumbre. La familia desconoce lo que sucede con su familiar dentro de la UCI y está expectante (4), por lo que es primordial considerar a la familia como parte importante del entorno del paciente, ya que la complejidad y gravedad en los servicios de UCI cobran mayor dimensión y provocan situaciones de angustia y grados de estrés elevados (5). El aislamiento del enfermo lejos de la familia tiene repercusiones para ambos, lo que de manera indirecta influye negativamente en el sistema familiar (1).

El riesgo familiar total (RFT) ha sido utilizado en proyectos de investigación exploratorios y proyectos asistenciales desde 1992, algunos se han centrado en la

caracterización de familias con personas hospitalizadas (6,7). Una investigación hecha en familias con pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Cancerología, en Bogotá, reportó alto riesgo familiar (89,0%) (6), frente al bajo riesgo (95,0%) de familias con adultos quirúrgicos institucionalizados en la unidad hospitalaria Clínica San Pedro Claver, donde los pacientes son afiliados o beneficiarios de ISS (7) lo que sugiere el trabajo como factor protector en las familias.

Por otra parte, los anteriores estudios evidencian que la mayoría de familias se perciben satisfechas y altamente satisfechas: 71,0% (8) y 84,0% (7) respectivamente, sin embargo las familias con pacientes oncológicos se perciben más organizadas (75,0%) frente a las familias con pacientes hospitalizadas en la Clínica San Pedro Claver (50,0%), lo que invita a pensar que no hay una correlación lineal entre la organización y el estado de salud de estas familias (7). No obstante, varios estudios sobre experiencias, percepciones y necesidades en la UCI, refieren que la familia deja de funcionar normalmente cuando uno de sus miembros está grave y hospitalizado (8), ya que la hospitalización de un familiar en una UCI produce alteraciones psicológicas y sociales, no sólo en la persona, sino también en los familiares (9,10), pues esta vivencia presenta factores estresores (11).

De la misma manera que una enfermedad produce sintomatología en el individuo que la padece, también puede ocasionarla en la familia de éste, debido a los cambios y alteraciones que introduce en el funcionamiento del conjunto familiar. Es por ello que resulta imprescindible comentar los principales signos y síntomas que con mayor frecuencia pueden encontrarse en una familia que vive con la presencia de una enfermedad grave o

terminal en alguno de sus miembros como: aislamiento y abandono, conflicto de roles y límites, conflicto de parejas, problemas económicos, síndrome del cuidador, negación, cólera y miedo y ambivalencia afectiva (3).

Históricamente, la familia en América Latina ha desempeñado un papel importante en el cuidado de las personas: [...] se ha desempeñado como institución proveedora de protección social, donde ocupa principalmente dos ámbitos: uno específico estrechamente vinculado con el proceso de crianza y formación de los hijos y otro complementario que está dado por la protección que presta como complemento o sustituto de la que ofrecen los otros agentes, frente a eventos adversos que afectan a sus miembros, como el desempleo, la enfermedad, la discapacidad y el embarazo en condiciones precarias (12).

Los pacientes que padecen una enfermedad grave tienen experiencias negativas y positivas durante la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI). Las negativas se relacionan con la enfermedad y sus implicaciones físicas y 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 las experiencias positivas implican el contacto con las personas que se involucran en el cuidado, como los enfermeros, la familia y los amigos, porque brindan apoyo y seguridad (13).

Sin embargo, la mayoría de las UCI en el mundo tienen en común un régimen restrictivo de visitas y rigidez de las mismas; sumado a estas características encontramos normatividades tales como: la familia debe escoger a los integrantes de la familia que deben visitar al paciente y duración del acompañamiento (14); en

muchos lugares se contempla hasta un adiestramiento completo para el ingreso a la UCI, que descontextualiza de manera abrupta y desgarradora tanto al paciente como a la familia del entorno en que se encontraban previamente a la situación que condujo a una internación en la UCI (15). Es evidente que la hospitalización en UCI afecta no sólo a quien la padece sino a todo el núcleo familiar.

Esta situación tiende a complicarse cuando el paciente es un adulto que sostiene a la familia como único proveedor económico y la situación de salud se prolonga; ésta termina por deteriorar los ingresos familiares debido a gastos de transporte para cumplir con visitas hospitalarias, compra de medicamentos que en algunos casos la institución no provee y otros gastos derivados de los ajustes que la familia ha tenido que asumir durante el periodo de hospitalización (7).

De acuerdo con lo planteado anteriormente, se requiere que el profesional de enfermería interactúe con el núcleo familiar e identifique oportunamente los riesgos y el estado de la salud de la familia, para dar un cuidado más integral en la unidad de cuidado intensivo.

El enfoque conceptual de riesgo familiar total (16) desarrollado por Amaya de Peña, a partir de resultados de investigaciones y prácticas en salud familiar, plantea 14 postulados. Para este estudio particular se destacan los siguientes:

- Los riesgos se asocian, se acumulan y son de carácter exponencial. Es decir, hay riesgos de las diferentes categorías que son comunes a múltiples problemáticas de la salud individual y familiar en el momento de la evaluación.

- La relación entre el riesgo familiar total y el grado de salud familiar es inversa al total de las dimensiones de la organización familiar sistémica (vida cotidiana) y el grado de satisfacción de la familia.
- Toda familia está expuesta a riesgos biológico-demográficos (por su composición, trayectoria de morbimortalidad) socio-económicos, psico-afectivos, por el estilo de vida, prácticas habituales de salud, y servicios sociales y de salud.
- El sistema de riesgo familiar produce la reingeniería organizacional de los servicios de salud en los sistemas operativos de los centros de atención y en el ámbito político-administrativo en las instancias municipal y regional.

En la presente investigación se determinó el grado de riesgo y el grado de salud familiar, para constituirlo en un tema de interés, tanto para el personal de salud como para las instituciones, buscando lograr impacto suficiente para establecer programas de apoyo a familias con adultos hospitalizados en UCI y contribuir con el cuidado de los profesionales de la salud y otros trabajadores, para la oportuna, adecuada e integral prestación de servicios de salud.

Metodología

Estudio cuantitativo descriptivo. La muestra estuvo constituida por 50 familias de adultos hospitalizados en la UCI de la ESE Hospital San Juan de Dios de Armenia, Quindío, seleccionadas por conveniencia durante los meses de diciembre de 2010 y enero de 2011 y quienes cumplieron los siguientes criterios de inclusión: participante de la familia con

capacidad física y mental de responder, mayor de 18 años, que se considerara como familiar cercano del adulto hospitalizado, que conociese y hubiese convivido al menos el último año con el paciente y que manifestara el deseo voluntario de participación en el estudio, mediante firma del consentimiento informado.

Para la recolección de la información se emplearon los instrumentos de riesgo familiar Total: 5-33 (16) y el instrumento de Salud Familiar (ISF) GEN 21 (17) de Pilar Amaya, a quien se solicitó autorización previa para su aplicación. Se realizó una prueba piloto a 6 miembros de familias escogidos de manera aleatoria, lo que permitió lograr la habilidad en el manejo de los instrumentos y las destrezas necesarias para formular las preguntas a los informantes familiares.

El instrumento Riesgo familiar Total (RFT): 5-33 ISF: GEN 21 fueron validados en población colombiana de estratos socioeconómicos bajos, con una aplicación a 2.364 familias distribuidas en 17 departamentos del país.

Para el puntaje total del instrumento RFT: 5-33, se definen tres categorías de calificación del riesgo familiar, basadas en las escalas de percentiles y de PE (con media=60 y desviación estándar =10). Tales categorías se definen, en términos de escala, como familias en riesgo bajo, familias amenazadas y familias con riesgo alto.

Familias con riesgo bajo: Familia tipo 1 que se encuentra en percentil del 1 al 29 y en PE inferior de 54, y familia tipo 2 que se encuentra en el percentil 3 a 26 y en puntuaciones inferiores a 55. Familia que presenta condiciones favorables, asume prácticas cotidianas individuales y grupales saludables y tiene el conocimiento y apoyo de los equipos de salud. Sus

condiciones de organización de vivienda y vecindario son seguras y mantiene vigilancia y control de las amenazas para la salud individual y familiar.

Familias amenazadas: aquella familia tipo 1 que se encuentra en los percentiles 37 a 77 y PE entre 56 a 68. Para la familia tipo 2 percentiles entre 33 y 76 con un PE entre 55 y 68. En general, una familia amenazada será aquella en la que se demuestra, por su composición e interacciones psico-afectivas, desarmonía y dificultad en el manejo de los menores asociadas con prácticas cotidianas inseguras. Las familias amenazadas cuentan con un apoyo parcial y subutilizan los servicios de salud, viven en condiciones desfavorables de vivienda y vecindario, facilitando así el estado de la amenaza para la salud individual y familiar.

Familias con alto riesgo: aquella familia tipo 1 que se encuentra en percentiles superiores a 81 y PE superiores a 70, para la familia tipo 2 percentiles superiores a 80 con un PE superior a 70. En general una familia en alto riesgo o crítica, supera las condiciones de la familia amenazada. Es aquella en que por su composición e interacciones psico-afectivas adversas o de desarmonía y pérdida de control en el manejo de los menores, se demuestra acumulación de determinantes de peligro para la integridad individual y familiar.

Las familias de alto riesgo asumen prácticas cotidianas inseguras, no cuentan con la accesibilidad o hacen mal uso de los servicios de salud. A esta situación se agregan condiciones desfavorables de vivienda y vecindario que mantienen en peligro permanente la salud de los individuos y la familia como unidad.

El instrumento Salud Familiar General (ISF) GEN-21 (17) está compuesto por tres secciones. La primera describe algunos aspectos importantes para la

identificación, tipificación y composición de la familia, aunque no tiene peso alguno sobre el total del instrumento. La segunda sección contiene el libreto de la aplicación que el entrevistador lee al participante. La tercera parte está compuesta por 21 ítems que puntúan en dos escalas de tipo Likert, una para el componente de organización sistémica y otra para el de satisfacción. Los ítems están agrupados en cuatro factores, así:

- Factor 1: cohesión (9 ítems). La cohesión familiar tiene que ver con las relaciones entre miembros de la familia, de tal manera que los conecta a través de un vínculo afectivo.
- Factor 2: cambio (8 ítems). Se concibe como la incorporación de nuevos conocimientos para asumir una nueva conducta familiar, una estructura y unos valores, es decir abarca la transformación de la cultura familiar.
- Factor 3: individuación (2 ítems) se refiere a las actividades físicas e intelectuales promovidas por la familia que amplían los horizontes de la persona, le enseñan sobre sí mismo y sobre los demás y le proporcionan una nueva perspectiva y sentido de propósito en la vida.
- Factor 4: mantenimiento (2 ítems). Se refiere a las acciones de la familia que están ancladas en la tradición. Las operaciones de mantenimiento del sistema se refieren a la perpetuación de la cultura de la familia en cuanto a que ésta representa la preservación de patrones tradicionales que persisten entre las generaciones.

El estudio se desarrolló teniendo en cuenta las normas científicas y administrativas para la investigación en salud, Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (18),

prevaleciendo especialmente el criterio de respeto a la dignidad, autonomía y la protección de los derechos y el bienestar de los participantes.

Resultados

Caracterización de las familias

Las 50 familias estudiadas residían en su mayoría en la zona urbana de la ciudad (64,0%) el porcentaje restante provenía de otros municipios del departamento. El total de personas del núcleo familiar fueron 388 personas, con un mínimo de 2 integrantes y un máximo de 9.

Predominó la población femenina en edades entre los 19 y 59 años. La responsabilidad del mantenimiento recaía sobre este grupo de población económicamente activa, que representa 60,0% del total, esto indica que la relación de dependencia es media, pues 23,0% de la población eran menores de 18 años y 17,0% eran adultos mayores de 60 años. Esta situación de dependencia se agrava cuando el responsable del sostenimiento económico de la familia se encuentra hospitalizado en la UCI, pues la familia sufre una reorganización laboral, con implicaciones en algunos casos como el retiro y la suspensión del trabajo, entre otros, con las subsiguientes implicaciones económicas para el grupo familiar.

Se encontró un alto porcentaje de familias extensas (62,0%), seguidas por las familias nucleares (30,0%), datos porcentuales que difieren de manera importante con lo reportado en la ENDS 2010 (19), que determina para el Quindío un predominio de familias nucleares (55,0%) seguidas de los hogares con tipología extensa (30,0%).

Según el rol familiar reportado en la familia, se encuentra predominio de esposos (29,0%) discriminado en madres-

esposas (17,0%) y padres esposos (12,0%), seguido por hijos (24,0%), nietos (15,0%) y abuelos (12,0%). Esto indica que se trata de familias con tres generaciones, donde se destaca el rol de los esposos que corresponden a la segunda generación.

El promedio de edad de las personas entrevistadas fue de 39 años, con una desviación estándar de 21,06, es decir son personas adultas productivas donde el acontecimiento de hospitalización en la UCI de un miembro de la familia puede ejercer una triple carga para el cuidador: trabajo, cuidador del adulto institucionalizado y además, las tareas en el hogar.

Los resultados muestran una alta afiliación al Sistema de Seguridad social en salud de los miembros de las familias (92,0%) y al régimen subsidiado el 56,0%, dadas las características de la población que recibe el hospital al ser de carácter público y los criterios de inclusión de las familias pobres ubicadas en estratos 1 y 2.

La mayoría de los integrantes de las familias se consideraron enfermos (46,0%) y en riesgo un 16,0%, problemas de salud especialmente relacionados con agudeza visual o auditiva (70,0%), y salud oral (57,0%). La mayoría de las personas que reportaron enfermedad tenían trastornos crónicos o degenerativos, no trasmisibles representadas en hipertensión (57,0%), diabetes (35,0%), e infarto (34,0%); debe resaltarse como hecho importante que la ansiedad como patología mental está presente en 42,6% de la población. La mayor parte de familias valoraban el trabajo como la principal institución de apoyo (30,0%).

Riesgo Familiar Total

Se destaca el mayor porcentaje de familias en riesgo bajo (54,0%),

amenazadas (46,0%) y ninguna en alto riesgo. Por categorías de riesgo, se observó que la situación socioeconómica (78,0% amenazadas), las condiciones psicoafectivas (4,0% en alto riesgo y 36,0% amenazadas) y los servicios de salud (24,0% amenazadas) son las que más influyen en el riesgo familiar total. (Tabla1).

Lo anterior muestra un panorama preocupante para estas familias, ya que

la situación económica, la desarmonía conyugal y la ingesta de alcohol o psicoactivos son factores que hacen necesario ofrecer un enfoque de riesgo para la salud familiar, tal como lo plantea Amaya de Peña (16), teniendo en cuenta que algunas condiciones de riesgo se perpetúan en las familias de generación en generación, como el consumo de alcohol, el maltrato y la desnutrición, si los servicios de salud y apoyo social son inadecuados.

Tabla 1. Distribución porcentual de las familias según categorías y clasificación del riesgo familiar total

| Categorías | Bajo Riesgo % | Amenazadas % | Alto Riesgo % |
|--------------------------------------|---------------|--------------|---------------|
| Condiciones psico-afectivas | 60,0 | 36,0 | 4,0 |
| Servicios y prácticas de salud | 76,0 | 24,0 | 0,0 |
| Condiciones de vivienda y vecindario | 98,0 | 2,0 | 0,0 |
| Situación socioeconómica | 22,0 | 78,0 | 0,0 |
| Manejo de menores | 86,0 | 14,0 | 0,0 |
| Puntaje riesgo familiar total | 54,0 | 44,0 | 2,0 |

Fuente: Aplicación de instrumento RFT: 5-33.

En cuanto a las condiciones psicoafectivas la mayoría de familias reportaron bajo riesgo familiar (60,0%), influenciado principalmente por factores como la ansiedad (62,0%), la presencia de divorcio o separación conyugal (32,0%), ingesta de alcohol o psicoactivos (30,0%), violencia, abuso familiar o maltrato (28,0%) y desarmonía entre padres e hijos.

El riesgo por situación socioeconómica señaló que la mayoría de las familias estaban amenazadas (78,0%), principalmente por los escasos ingresos para cubrir las necesidades de salud (22,0%), los problemas de salud no resueltos ni controlados (22,0%) y la falta de recreación (21,0%). Llama la atención el hecho de que estas familias en su mayoría estaban afiliadas principalmente al régimen subsidiado (56,0%) y sin embargo solo

15,0% reporta pobreza, con ingreso menor para satisfacer las necesidades básicas.

En cuanto a los servicios y prácticas de salud, se encontró predominio de familias en bajo riesgo (76,0%). Los factores que más influyen en las familias amenazadas fueron: el manejo inapropiado de la salud dental (33,0%), no detección de riesgos familiares (21,0%) y la subutilización de servicios de salud disponibles (19,0%). Es preocupante que las familias no encuentren atención e información sobre los servicios de salud, ya que éste es un factor determinante en el estado de salud de la población.

Es necesario entonces garantizar intervenciones oportunas que propendan por la calidad. Se debe reevaluar y de ser necesario replantear la demanda inducida

y la información en lo relacionado con derechos en salud. Los profesionales en enfermería juegan un rol importante al liderar los procesos educativos.

El manejo de menores en la gran mayoría de familias está en bajo riesgo (86,0%) y en las familias amenazadas influyen especialmente la dificultad de orientación y disciplina de escolares y adolescentes (44,0%), la presencia de riesgo en niños de 1 a 11 años (28,0%) y la falta de seguridad en actividad de menores (20,0%).

El menor riesgo está constituido por condiciones de vivienda y vecindario, donde se encontró predominio de familias en bajo riesgo (98,0%), posiblemente influido por el beneficio de la seguridad social y la presencia de al menos un trabajador en la familia.

Así, haciendo un análisis global de las 5 categorías de riesgo estudiadas por el RFT: 5-33 en las 50 familias, se observa que las categorías más afectadas corresponden a la condición socioeconómica, psico-

afectivas y a los servicios y prácticas en salud, para las cuales predominan las familias amenazadas. De esta manera se puede concluir que toda familia está expuesta a riesgos biológico-demográficos, socioeconómicos, psico-afectivos, por el estilo de vida, prácticas habituales de salud y servicios sociales y de salud, según lo planteado por Amaya.

Grado de salud familiar total

Los resultados obtenidos muestran que la gran mayoría de las familias se perciben saludables (76,0%) y muy saludables (16,0%), es decir que hay congruencia familiar, dado el funcionamiento, las interacciones, interrelaciones y transformaciones entre los subsistemas en relación a su interior y al contexto de las familias. Se destaca que solo 8,0% se percibe poco saludable, aunque 46,0% son familias amenazadas y presentan dificultades y riesgos en algunas dimensiones por pertenecer a estratos de ingresos bajos y medio-bajos (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución porcentual de la salud familiar

| Escala | Categorías – Porcentaje | | |
|-----------------------|-------------------------|------------|-----------------|
| | Muy saludable | Saludable | Poco saludable |
| Salud Familiar Total | 16 | 76 | 8 |
| Organización familiar | Muy organizado | Organizado | Poco organizado |
| | 62 | 34 | 4 |
| Satisfacción familiar | Muy satisfecha | Satisfecha | Poco satisfecha |
| | 0 | 94 | 6 |

Fuente: Aplicación de instrumento RFT: 5-33.

En cuanto a la escala de organización familiar, casi la totalidad de las familias se perciben organizadas (96,0%), distribuidas entre muy organizadas (62,0%) y organizadas (34,0%). Este resultado posiblemente está influenciado por la cultura de las familias en el Quindío, que

se organizan para afrontar los problemas y asumen cambios para enfrentar las crisis, permitiendo que los miembros de la familia crezcan y cumplan con el papel que les corresponde, en momentos críticos como la hospitalización de uno de sus miembros en la UCI.

El 94,0% de las familias se perciben como satisfechas. Los sentimientos de la familia se inclinaron por la solidaridad y afecto por sus miembros en el momento agudo del proceso de enfermedad. La individuación hace que, por difícil que sean las circunstancias que están viviendo estas familias, al final cuando pase el momento de gran tensión familiar el crecimiento será una expresión de espiritualidad y unión familiar.

Discusión

En una revisión sistémica de estudios cualitativos sobre experiencias, percepciones y necesidades en la unidad de cuidado intensivo se encontró que la familia deja de funcionar normalmente cuando uno de sus miembros está grave y hospitalizado, el impacto en el familiar se ve condicionado por sus experiencias pasadas, las características de la personalidad, el entrenamiento respecto de la enfermedad, el contexto general, las creencias, expectativas, actitudes y opiniones del grupo familiar (8).

Para los familiares el ingreso de su ser querido a una unidad de cuidado intensivo, supone una situación de crisis vital (20-22). En estas circunstancias se tienen dificultades para tomar decisiones, cuidarse mutuamente o solucionar problemas (22). Los familiares tienen la sensación de que se puede producir la muerte inminente de su ser querido, tienen confianza en Dios, sienten impotencia, tristeza, incapacidad, desasosiego, seguridad, esperanza, dolor, deseos de descansar (de morir), rabia (20,23), lo que aumenta los riesgos familiares psico-afectivos y la dinámica de las relaciones familiares se ve afectada y se produce un cambio de roles que agrava la situación de estrés (21-23).

La situación de tener un familiar con una enfermedad grave en la UCI obliga a considerar la importancia del profesional de enfermería frente al establecimiento de relaciones asertivas entre familiares, como herramienta para fortalecer los servicios de salud con apoyo social familiar que permita establecer mayor cohesión familiar y lograr disminuir factores de riesgo, ya que la ansiedad y la depresión en la familia suelen estar presentes (24) y sus síntomas tienden a disminuir con el tiempo. Sin embargo, situaciones relacionadas con pérdidas y duelos tienden a complicarse a medida que pasa el tiempo, al igual que sucede con los cuadros de estrés postraumático, que suelen instaurarse cuando el paciente ya ha sido dado de alta de la UCI (1).

En conclusión, las familias con pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo de la ESE Hospital San Juan de Dios en Armenia, Quindío, se destacan por el predominio del riesgo familiar total bajo (54,0%) y amenazadas (46,0%), sin encontrar ninguna en alto riesgo. Además se perciben saludables (92,0%), organizadas (96,0%) y satisfechas (92,0%). Esto demuestra lo planteado por Amaya: la relación entre el riesgo familiar total y el grado de salud familiar es inversa al total de las dimensiones de la organización familiar sistémica (vida cotidiana) y al grado de satisfacción de la familia (16).

Todas las familias con pacientes hospitalizados en la UCI, están expuestas a riesgos biológico-demográficos (por su composición, trayectoria de morbimortalidad) socio-económicos, psico-afectivos, por el estilo de vida, prácticas habituales de salud y servicios sociales y de salud, facilitando o haciendo más severa la crisis y/o el manejo de los riesgos.

Este trabajo revela la importancia de fomentar políticas por parte de las instituciones para ofrecer cuidados integrales que conllevan necesariamente implícita a la familia del paciente, ya que el ingreso en la UCI acarrea una desestructuración familiar y una sensación de dependencia que hace peligrar las conductas efectivas de afrontamiento (25). Algunos aspectos relacionados con la comunicación verbal y no verbal, las actividades o prácticas cotidianas y las relaciones que se establecen entre los profesionales de enfermería y los pacientes, su familia, o incluso con otros profesionales sanitarios, tendrían que cambiar si queremos humanizar los cuidados en las UCI (26).

Los profesionales de enfermería de cuidados intensivos deberían identificar el riesgo familiar total y las necesidades que presenta la familia durante el ingreso del paciente en UCI, para poder así prestar una atención de ayuda, apoyo y asesoramiento que alivie el sufrimiento de los familiares (27), considerando dos aspectos claves para conseguir una atención y unas relaciones de mayor calidad entre pacientes-familias-enfermeras: una mayor formación de los profesionales de enfermería en habilidades sociales y que la gestión sanitaria tenga en cuenta que la familia también es receptora de cuidados y de atención en estas unidades, por lo que habrá que proporcionar para ello una serie de recursos específicos (8).

Recomendaciones

Aunque el paciente se encuentre críticamente enfermo, necesita un cuidado integral y el cuidado orientado al mantenimiento del núcleo familiar saludable, lo que sugiere disminuir los riesgos familiares, flexibilizar los horarios, mejorar la comunicación con la familia y

con el paciente y procurar que la familia se adapte lo mejor posible a la situación crítica de su familiar.

Las instituciones deberían fomentar políticas para brindar cuidados integrales al paciente en la UCI y la familia, ya que el ingreso en este servicio acarrea una serie de riesgos familiares que muchas veces ponen en conflicto las conductas de afrontamiento familiar. El profesional de enfermería juega un papel importante en este periodo de cambio que sufren las familias al tener uno de sus miembros gravemente enfermo en las unidades de cuidado intensivo, dándole importancia a la familia como principal red de apoyo, fomentando la comunicación verbal y no verbal, las actividades o prácticas cotidianas y las relaciones que se establecen entre los profesionales de enfermería, los pacientes y su familia.

Agradecimientos

A todos los profesores del Programa de Posgrados de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia; a todas las familias con adultos hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo del Hospital San Juan de Dios, que participaron en esta investigación.

Referencias

1. Contreras AM, Espinosa PX. Contribuciones de la psicología al manejo interdisciplinario del paciente en unidad de cuidados intensivos (UCI). *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* [online]. 2014; 46, (1):47-60.[Citado 7 de febrero de 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072014000100006.
2. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lematre F, Hubert P, Canoni P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision - making capacity. *Crit Care Med.*2001; 29: 1893-7.

3. Fernández MÁ. El impacto de la enfermedad en la familia. Tema de reflexión. Rev Fac Med UNAM. 2004;47(6):251-254.
4. Albístur MC, Bacigalupo JC, Gerez J, Uzal M, et al. La familia del paciente internado en la unidad de cuidados intensivos. Revista Médica del Uruguay. 2000; 16 (3):243-256.
5. Bernat R, López J, Fontesca J. Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la unidad de cuidados intensivos: un estudio cualitativo. Enfermería Clínica. 1999; 10(1):19-27.
6. Rodríguez N. Caracterización de las familias con pacientes oncológicos adultos atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología, ESE Bogotá D.C., Colombia: una mirada desde la perspectiva de riesgo. Rev Colom. Cancerol. 2005; 9(2):13-20.
7. Leyva LA. Caracterización de las familias con adultos quirúrgicos institucionalizados que se encuentran en la unidad hospitalaria Clínica San Pedro Claver, Empresa Social del Estado (ESE) Luis Carlos Galán Sarmiento, Bogotá 2007-2008.[Citado 7 de febrero de 2015] Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/>.
8. Blanca JJ, Blanco AM, Luque M, Ramírez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. Enferm. glob. 2008; 11 (26) Murcia [serie en internet] [Citado 7 de febrero de 2015] Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/issue/view/82>.
9. Martín A, Pérez MÁ. Psycho social adaptation in relatives of critically injured patients admitted to an intensive care unit. The Spanish journal of psychology. 2005. 8(1):36-44
10. Chien WT, Chiu YL, Lam LW, Ip WY. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. Int J Nurs Stud. 2006. 43(1):39-50
11. Hughes F, Bryan K, Robbins YO. Relatives experiences of critical care. Nurs Crit Care. 2005;10(1):23-30
12. CELADE. Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe [citado 21 jul 2013]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/33075/lcl2864-P.pdf>.
13. Brito R, Rodríguez M, García AM. Actuación de enfermería ante la muerte inminente en UCIP, 2005. [Citado 7 de febrero de 2015] Disponible en: <http://anecipn.org/ficheros/archivo/XXV/libro%20cd/ponencias/ActuaciondeenfermeriaantelamuerteinminenteenUCIP2.htm>.
14. Del Barrio M, Lacunza MM, Armendáriz A, Margall MA, Asiain MC. Pacientes con trasplante hepático: su experiencia en cuidado intensivo. Enfermería intensiva. 2001;12(3):135-145.
15. Torres L, Morales JM. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico: recomendaciones de la Sociedad Andaluza de enfermería de cuidados críticos. Tempus Vitalis, Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico. 2004; 4(1):18-25.
16. Amaya P. Instrumento de riesgo familiar total RFT: 5-33. Manual: aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación del instrumento. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
17. Amaya P. Instrumento de salud familiar: Familias en General ISF.GEN-21. Manual: Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación del instrumento. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
18. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993. p.1.
19. Colombia, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS, 2010. Principales indicadores. [Citado 7 de febrero de 2015] Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9.
20. Uribe MT, Muñoz C, Restrepo J. Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular Invest Educ Enferm. 2004; XXII(2):50-61.

21. Díaz A, Díaz N. Ampliando horizontes: una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. *Nure Investigación*. 2004; (10):1-19
22. Díaz A. Sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. *Enfermería al día*. 2006; (1):24.
23. Perea MC. Una semana en la sala de espera de la UCI: relato del padre de una paciente. *Arch Memoria* 2006; 3(2). [Citado 7 de febrero de 2015] Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/3/a20602.php>.
24. Garrouste-Orgeas M, Coquet I, Perier A, Timsit JF, Pochard F, Lancrin F, et al. Impact of an intensive care unit diary on psychological distress in patients and relatives. *Crit Care Med*. 2012; 40 (7): 2033-2040.
25. Cañadas F, Ferre MÁ, Fernández GÁ, Plaza del Pino FJ, Jiménez JF, Subirá A. La humanización del cuidado. Un imperativo de cuidados intensivos. *Tesela [Rev Tesela]* 2007;2. [Citado 7 de febrero de 2015] Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts2/ts6503.php>.
26. Delgado P, Solá A, Mirabete I, Torrents R, et al. Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación acción participativa. *Revista de Enfermería Intensiva* 2001;12(3):110-26.
27. Pardavila Belio MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 2012; 23 (2): 51-67. [Citado febrero 10 de 2015] Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239911000460?via=sd&cc=y>.