



Revista CUIDARTE

ISSN: 2216-0973

revistaenfermeria@udes.edu.co

Universidad de Santander

Colombia

García-Avendaño, David; Moriel-Corral, Leticia; Hernández-Baeza, Rita; Berumen-Burciaga, Verónica;
Gallegos-Alvarado, Mónica

MODELO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA FAMILIA DE PACIENTE CON INFARTO AL
MIOCARDIO HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Revista CUIDARTE, vol. 2, núm. 1, enero-diciembre, 2011, pp. 127-137

Universidad de Santander

Bucaramanga, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533178006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

MODELO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA FAMILIA DE PACIENTE CON INFARTO AL MIOCARDIO HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS¹

MODEL OF NURSING CARE FOR THE FAMILY OF PATIENT WITH MYOCARDIAL INFARCTION HOSPITALIZED IN THE INTENSIVE CARE UNIT

*David García-Avendaño², Leticia Moriel-Corral³, Rita Hernández-Baeza⁴,
 Verónica Berumen-Burciaga⁵, Mónica Gallegos-Alvarado⁶*

RESUMEN

Introducción: El objetivo de este trabajo, fue identificar y describir el modelo de cuidado de enfermería hacia la familia del paciente con Infarto al miocardio (IAM), hospitalizado en la Unidad de cuidados intensivos (UCI), del Instituto de Seguridad Social del estado de Durango y en base a ello elaborar un modelo de cuidado innovador.

Materiales y Métodos: Inició el 12 de febrero del 2007 hasta el día 22 de octubre del 2008, utilizando como modelo referente el de Sistema de Salud Familiar a la Enfermería de Sistemas Familiares de Anderson 1994, se diseñaron instrumentos para recolectar datos, el diario de campo, una grabadora y guía de observación.

Resultados: Se encontraron barreras que interfieren para dar cuidado de enfermería a la familia, esto aunado a los problemas que en ellas surgen por el hecho de tener un familiar dentro de este servicio y por lo que implica la enfermedad IAM, constantemente les esta generando estrés representándose con respuestas psicológicas que provocan una dificultad en la familia para funcionar y adaptarse a la situación de salud afectada por el hecho de tener un familiar con esta enfermedad dentro de la UCI. **Discusión y Conclusiones:** Para responder a esta situación, se diseño un modelo innovador para dar cuidado a la familia de paciente con IAM hospitalizado en esta unidad. (Rev Cuid 2011; 2(2): 127-37)

Palabras clave: Continuidad de la Atención al Paciente, Cuidado de Enfermería, Cuidados Intensivos, Relación Profesional Familia. (Fuente: DeCs BIREME).

ABSTRACT

Introduction: The Objective this study was to identify and describe the model of nursing care to the family of the patient with myocardial infarction (AMI), hospitalized in the intensive care unit (UCI) of Durango's social security Institute, on this basis develop an innovative model of care. **Materials and Methods:** Started the 12th February 2007, until the 22th October 2008, using as reference model of the system of Family Health to the Nursing of Family Systems (Anderson 1994), instruments were designed to collect data, field diary, recorder and an observation guide. **Results:** There were barriers that interfere to give nursing care to family, this coupled with the problems that arise in them from having a family within this service and by which means the disease IAM, and this constantly is stress generating represented with psychological answers that cause a difficulty in the family to function and adapt to the situation of health affected by having a relative with this disease within of the UCI. **Discussion and Conclusions:** To answer this situation, was designed a innovative model to give care to the patient's family with IAM hospitalized in this unit.

Key words: Continuity of Patient Care, Intensive Care, Professional – Family Relations. (Source: DeCS BIREME).

¹Artículo Original de Investigación

^{2, 6} Maestro en Ciencias de Enfermería, Profesor de Tiempo Completo, Adscrito a Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado De Durango.

^{3, 4, 5} Doctora y Maestras en Ciencias de Enfermería, Adscritas a la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua.

Autor para Correspondencia: Mónica Gallegos Alvarado Calle: Mina Magistral del oro 217 Fraccionamiento: Acereros Durango, Dgo. Tels: (01) 618 1171197 Fax: 618 8171197. Correo electrónico: monikg91@hotmail.com@hotmail.com
 Artículo recibido el 9 de Agosto y aceptado para publicación el 19 de Septiembre de 2011.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de este trabajo, fue para identificar y describir el modelo de cuidado de enfermería hacia la familia del paciente con Infarto al miocardio (IAM), hospitalizado en la Unidad de cuidados intensivos (UCI), del Instituto de Seguridad Social del estado de Durango, servicio donde se le exige al personal de Enfermería que labora, una mayor capacidad y conocimiento, entre otras cosas implicadas en el “verdadero cuidado” en la cual también hace necesario reconocer la dinámica y funcionamiento de la familia y en base a ello elaborar como objetivo principal del estudio, un modelo innovador para dar cuidado de enfermería familiar mientras se cuida a su familiar hospitalizado.

Este trabajo es dirigido al personal tanto administrativo como operativo del Instituto que colaboró para el estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación es de tipo cualitativo- fenomenológico y surgió al dar a conocer el modelo prevaleciente con respecto a la percepción que se tienen del cuidado que proporcionan las enfermeras a las familias de pacientes hospitalizados con IAM en la UCI del hospital que participó para el estudio, la cual inició el 12 de febrero del 2007 hasta culminar con la elaboración de un modelo innovador el día 22 de octubre del 2008.

Para esto se utilizó como modelo referente el de sistema de salud familiar a la enfermería de sistemas familiares de Anderson en 1994 (1), los elementos de este modelo son la enfermera, como sujeto de cuidado la familia y como tercer elemento la interrelación formada entre ambos. Cada elemento se conceptualizó a través de una amplia documentación científica (estado del arte) de diferentes artículos relacionados y en enfermería basada en la evidencia, ya conceptualizados se establecieron en cada uno una serie de indicadores para la elaboración de dos instrumentos semi-estructurados, uno fue aplicado a las enfermeras que laboran en la UCI en los diferentes turnos (n=30) y el otro se dirigió a las familias de paciente con IAM mediante la entrevista (n=20), para este ultimo también se indagó en el test de funcionamiento familiar propuesto por Ortega Veitía y cols en 1999 (2), el inventario de estresores- fuerzas de los sistemas familiares de Mischke Berkey y cols (1991) (3) y en el instrumento “trato digno” de la Cruzada Nacional de Salud. Por otro lado se utilizó el diario de campo, una grabadora y una guía de observación (4).

Los datos obtenidos se contrastaron con lo encontrado en la enfermería basada en la evidencia científica y se determinó lo siguiente:

RESULTADOS

Cuando un miembro de la familia con IAM ingresaba a la UCI, la familia se encontraba ansiosa instalada en un ambiente extraño, aislado y repentino en las afueras de la UCI sin existir una relación entre enfermera y familia. Esto resultó congruente con la afirmación de Hupcey (1999) citado por Santiagos en el 2005, que mostró que las relaciones interpersonales entre enfermeras y familiares, no era promovida (5).

“estamos aquí afuera..... solo vemos pasar a las enfermeras del servicio sin preguntar que es lo que necesitamos o que es lo que nos pasa” (Fam. C.R.G)

*“En lo personal raras veces existía una interacción entre enfermera y la familia del paciente”
(Enf. I. I. B. R)*

*“Solo en el momento de visita, si el familiar solicita información, es cuando sucede.....”
(Fam. S. E. R)*

En el estudio también se logró detectar que mientras la familia se encontraba instalada en las afueras de la UCI pasando por situaciones difíciles como la amenaza vital que origina la enfermedad, el ingreso urgente de su familiar a esta unidad de cuidados intensivos, el cambio en el estilo de vida, el entorno hospitalario, el cansancio, la falta de adaptación, la distancia entre los miembros de familia, las creencias y conceptos que tienen de la salud, entre otros y aunados a la falta de apoyo psicoemocional y de educación e información por parte de enfermería hacia la familia acerca de los cuidados y las medidas de prevención, sobre la misma unidad donde se encuentra hospitalizado su familiar, están continuamente originando problemas emocionales que dificultan el buen funcionamiento y la adaptación de la familia a esta situación de salud.

“es difícil esta situación tengo que trabajar y mis demás hermanos no están soy el único aquí.....estoy cansado ya nunca había pasado esto antes” (Fam. J.A.N)

*“No se nada, quisiera saber que va a pasar con mi familiar enfermo y si yo tengo riesgo de padecer lo mismo.....nadie me dice nada”
(Fam. M.T.A)*

“.....divorciado, deje a mis hijos en Tijuana, no puedo estar con ellos por esta situación y deje trabajos tirados...esto afecta”(Fam. B. E. R)

“Mi papá no se cuida, es el segundo infarto como que le vale....no se que hacer” (Fam. D. N. R)

*“Observe a mi hermano...se sentía mal..... con la noticia le dolía el pecho y estaba muy agitado”
(Fam. B. E. R)*

“Ya había pasado por esto, pensaba que era grave, la muerte, lo último por hacer, pero ahora, que estoy otra vez, siento que es un lugar donde hay una mayor vigilancia” (Fam. S. E. R)

Con lo anterior cabe mencionar lo que dicen Pinto y Sánchez en el 2006 (6) que según el concepto y las creencias que traen consigo las familias, tendrá influencia en su funcionamiento y adaptación durante el proceso de salud, así como también según Litman (1971) citado por Gillss (1989), especuló que la severidad de la enfermedad en uno de sus miembros, estaba directamente relacionada con un impacto en la familia (7). Esto demuestra que el impacto de la enfermedad IAM, genera en la familia del miembro afectado sentimientos y emociones como ya se había comentado, la incertidumbre, la duda, los temores, la tristeza, la desesperanza o la esperanza, los pensamientos negativos, entre otros, que a la larga si no se controlan o perduran por mucho tiempo, causarían problemas psicológicos y problemas somáticos que afectan aún más el funcionamiento y la adaptación de la familia durante la estancia de su familiar en la UCI. En cuanto a esto, Flonzano (1996), citado por Hormazabal et al (2003), considera que la familia siempre se encuentra enfrentando situaciones de estrés, plantea que cuando esto sucede, la familia no es capaz de ejercer sus roles y tareas diarias, es incapaz de tomar decisiones, resolver problemas y de cuidarse unos a los otros (8).

“hay veces que quisiera llorar, me siento desesperado con dolor de cabeza y quisiera que alguien me ayudara a como enfrentar esto” (Fam. R.R.G)

“es muy estresante estar afuera de la unidad.....no se que pasa con mi familiar enfermo el doctor me da información pero hay veces que no entiendo” (Fam. A.F.A.F)

Así mismo gracias al estudio realizado en la UCI del hospital de seguridad social de Durango, se determinó que las familias para afrontar la situación, utilizaban cierto tipo de recursos, como la agrupación para tomar decisiones sobre las cuestiones de salud de su familiar con IAM, se escuchaban opiniones entre todos los miembros que se encuentran en ese momento y se llegaba a la mejor decisión, aunque llegaran a faltar algunos miembros de familia, por cuestiones personales y fue determinado con un 75% de las familias al referir que solo “A veces”, existía una dificultad para comunicarse con el resto de la familia. Esto variaba en las familias con problemas personales con aquellas que

no tenían.

“Somos varios en la familia solo estamos yo y mi mamá..... tal vez mis hermanos tienen miedo de afrontar la realidad..... no lo se” (Fam. R. S)

“Los únicos que estamos nos ayudamos.....el resto por su lado.....no vienen, no permiten mantener comunicación” (Fam. M. E. H)

Familias, mostraban amor y cariño entre sus miembros y con el familiar hospitalizado, pero en ocasiones, éstas no sucedían en el momento de visita, al mostrarse tímidos y temerosos para acercarse con su familiar en la UCI, también se detectó en las afueras de la UCI que las familias mantenían lazos de apoyo, para dar fuerzas y esperanzas, platicaban con amistades, leían, escuchaban música, se relevaban tiempos de espera, también se logró identificar la utilización de medicamentos o bebidas embriagantes e instrumentos religiosos, en la cual estos recursos no lograban satisfacer las demandas de adaptación y funcionamiento familiar durante su estancia. Por otro lado, otras familias expresaron la falta de apoyo del resto de los familiares.

“necesito el apoyo de los demás miembros de familia..... unos que por que trabajan otros están afuera” (Fam. J.H.A)

*“los que estamos nos apoyamos mutuamente para dar fuerzas y esperanzas tenemos miedo de la muerte de nuestro papa.....quisiéramos estar todos aquí pero no se puede así que nos organizamos en tiempos para poder descansar o hacer otras cosas”
(Fam. G.M.M)*

“tengo un hermano que no quiere venir.....no se por que.....empezó a tomar.....” (Fam. R.T.M.V)

“tratamos de tomar las cosas tranquilamente.....distraerme, fumó pero no lo logro.....quisiera que alguien me diera algo que me pudiera ayudar” (Fam. D.V.R)

Cabe mencionar que para ayudar a las familias a mantener la estabilidad y funcionamiento de la familia, en enfermería basada en la evidencia algunos autores sugieren lo siguiente: Pinto y Sánchez (2006), mencionan que la enfermera en la familia debe anticiparse a los hechos, y prevenir situaciones difíciles o de riesgo, con el fin de evitarlas o llevarlas de manera más adecuada, esto permitirá que las personas afectadas tengan un mayor grado de tranquilidad (6). También Álvarez, 1989, sugiere que los profesionales de enfermería, pueden apoyarse de un psicoterapeuta cuando sea necesario, en casos especiales. Se tiene que hacer un buen trabajo con las familias otorgándoles

la oportunidad de expresarse, desahogarse, calmarse, darles el apoyo necesario y el adecuado (9). Así mismo Herz Brown (2001), consideran que es necesario orientar a las familias en la toma de decisión considerando el contexto familiar sin tratar de influir en la misma (10).

Todas estas sugerencias de estos autores no se detectaron que se realizaran en la UCI del hospital en estudio, para dar cuidado a la familia de paciente con IAM hospitalizado en dicho servicio. Esto es por la falta de existencia de un modelo de cuidado de enfermería a la familia de paciente con IAM en la UCI.

Así bien tal estudio realizado en la UCI del hospital participante en la ciudad de Durango determinó el tipo del cuidado que se le proporciona a la familia y se hace notar a partir de que un 87.5% de las familias entrevistadas, contestaron con un “*Casi Nunca*” la enfermeras en la UCI se presentan con la familia; un 75% refirió que “*Casi Nunca*” existió el interés por parte de enfermería para que dentro de lo posible, la estancia en el hospital sea más agradable; un 87.5% de las familias contestaron con un “*Casi Nunca*” el personal de enfermería les informo en que consiste la UCI, la enfermedad, los cuidados que se deben de tener, entre otros. Solo el 12.5% de las familias respondieron con un “*a veces*” el personal de enfermería lo llegó a hacer pero esto era a grandes rasgos.

“nos gustaría que alguien de enfermería estuviera con nosotros y nos proporcionara información sobre mi familiar y como prevenir la enfermedad.....tengo miedo de que me pase lo mismo” (Fam. A.G.H.F)

“Ambiente indiferente, rutinario...Una sonrisa el estrés seria mas llevadero.....”(Fam. S. E. R)

*“No conocemos el nombre de la enfermera de la UCI.....solo las conocemos en físico”
(Fam. B. E. R.)*

*“Nosotros teníamos que preguntarles a los mismos familiares que mucho antes ya estaban aquí.....
(Fam. A. B. M)*

Esto se hizo notar también por el hecho de que la familia era la que tenía más interés de acercarse con el personal de enfermería de la UCI en busca de información, ya que un 75% de las familias comentaron que “*Casi Nunca*” el personal de enfermería se acercó con ellos para preguntarles, cuales necesidades, inquietudes u otras cuestiones están afectando su adaptación y funcionamiento, por lo que las familias, se mostraban interesadas y referían el deseo de saber sobre cuestiones de salud, medidas de prevención, rehabilitación y cuidados, así como por conocer más sobre la enfermedad

IAM de su familiar hospitalizado y exigían la existencia de personal de enfermería en contacto con la familia para darles apoyo y cuidado según fuera la necesidad relacionada con el ingreso de su familiar en la UCI.

El personal de enfermería que participó en el estudio, reconoció la situación a la que se enfrenta la familia, comentaron que ésta requiere de más atención o cuidado ya que la información que se les brinda no es suficiente, y mencionaron la necesidad de involucrarse mas con la familia para identificar cuáles son los aspectos que la están afectando, para darle cuidado y mejorarle su funcionamiento y adaptación a la situación de salud por la que viven ya que la familia se considera como parte fundamental para dar cuidados, apoyos emocionales y espirituales a su familiar hospitalizado, esto es mediante la interacción activa entre enfermería y familia, ambos hacia un mismo fin, la salud de toda la familia en su conjunto. Pero esto no sucede en la UCI, ya que existe una dificultad para abordar a la familia y darles cuidados.

Dicho personal expresó que la causa de todo es por que existe en un horario limitado de tiempo, el exceso de trabajo, la permanencia de normas y políticas dentro de la unidad, la ignorancia sobre el cuidado a la familia, falta de formatos para el abordaje de la misma, sesiones educativas que no motivan y que solo hablan de aspectos del paciente, la falta de actualización y por otro lado la falta de asistencia a la hora de visita, por parte de la familia; todos estos factores están dificultando al personal de enfermería para mantener un mayor contacto, y que éste, sea constante para abordar y dar cuidado en aquellos aspectos que están afectando el funcionamiento y adaptación de la familia por el ingreso de su familiar con IAM en la UCI.

“hay veces que quisiéramos mantener un contacto mas continuo con los familiares fuera de las unidad.....como enfermera que trabajo en este servicio y el tipo de paciente que exige demasiado es muy difícil por el exceso de trabajo” (Enf. V.P)

“No es exactamente un cuidado, sino atención, ya que al momento de ingresar al paciente a la UCI, el contacto con los familiares es mas bien informativo.....en la hora de visita el medico les proporciona información sobre el estado de salud de su familiar hospitalizado.” (Enf. S. J. G. S)

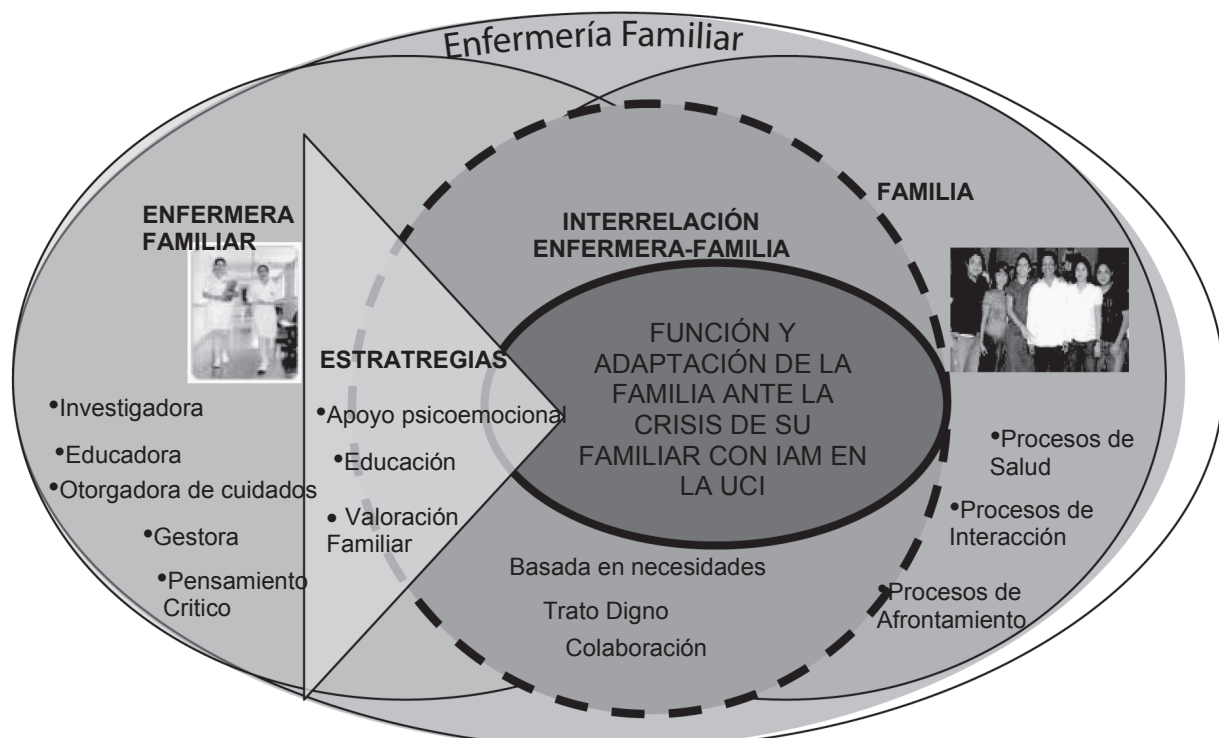
“El personal en la UCI, es capacitado para el cuidado al paciente..... no estamos capacitados para interactuar con la familia” (Enf. I. B. R)

Queda bien claro, que dentro de la UCI del Hospital de Seguridad Social en estudio, existe un problema, puesto que no se da un cuidado a la familia de

paciente con IAM hospitalizado en este servicio.
Nota: La discusión de la investigación esta referida junto con los resultados, mismo que en la conclusión se expresa lo siguiente.

CONCLUSIONES

Se propone un modelo innovador para dar un cuidado de calidad a la familia de paciente con IAM en la UCI y de esta manera mejorar tal situación existente en la UCI. Este modelo tiene como objetivo general dar respuesta a las necesidades de educación e información y psicológica a los familiares de pacientes con IAM hospitalizados en la UCI a fin de colaborar con la salud en ellas durante su estancia en el hospital.



Este modelo innovador de enfermería familiar nace a partir del propuesto por Anderson en 1994 que a su vez esta respaldado por conceptos de los teóricos como Watson y Bell y de conceptos de Wright y Leahey que desarrollaron el modelo de evaluación familiar de Calgary basándose de las teoría de sistemas, cibernética, teoría de la comunicación y de la teoría de cambio (1984, 1994) (1, 11).

Este modelo innovador, se propone como un servicio que complemente la UCI constituido por una enfermera familiar que dará cuidado a la familia, mientras se cuida del paciente enfermo con IAM hospitalizado en dicha unidad.

Los elementos que conforman este modelo son la misma enfermera familiar, como sujeto de cuidado la familia de paciente con IAM y por ultimo la interrelación formada por los elementos anteriores.

Cada elemento en el esquema corresponde a un ovalo, puesto que en la interrelación enfermera familia es un ovalo con líneas punteadas explicando la unión dinámica de los otros dos elementos (enfermera y la familia).

La familia que lleva consigo tres dominios que son, el de salud, de afrontamiento y el interactivo, colabora en

la interrelación proporcionando datos de interés para determinar necesidades en cada uno de ellos a través de los formatos de valoración utilizados por la enfermera familiar.

La enfermera con la característica de tener un pensamiento crítico valorará utilizando el formato de valoración familiar (Anexo 1) y validará las necesidades de la familia al establecer las estrategias pertinentes, como de educación donde sus acciones de cuidado va en función a la generación de conocimiento sobre como prevenir o disminuir el riesgo de sufrir la enfermedad IAM en la familia que condiciona el ingreso a la UCI en aquellos que aun no la padecen y por otro lado esta el hecho de ayudar y apoyar psicológicamente a la familia al proporcionar la información solicitada sobre aspectos de salud, al enseñar y al aplicar estrategias de afrontamiento, así como al canalizar a la familia o algún

miembro de ella a otro especialista o aun centro de apoyo social que logre la estabilidad emocional cuándo la situación de salud de la familia lo amerite.

Para llevar esto acabo y cada día mejor, la enfermera familiar tiene la responsabilidad de generar nuevo conocimiento en la investigación sobre el manejo y de nuevas estrategias para su cuidado en la familia, además debe de tener la función de ser gestora para diseñar y planear la mejor manera de dar respuesta a la situación de salud de la familia, coordinar los recursos materiales como los humanos, canalizar a las familias a otros profesionales cuando así lo requiera la situación y para mantener en funcionamiento a este modelo innovador.

Es necesario mencionar, que en este modelo en la interrelación de la enfermera con la familia se mantendrá el respeto, la amabilidad, la confianza, un motivo en común, entre otras cosas, es decir un trato digno que logre la función y la adaptación de la familia que se ha visto alterada por el ingreso de su familiar con IAM en la UCI.

Cuando exista una familia sin algún problema referido en el formato (Valoración familiar), la enfermera de la familia mantendrá un seguimiento para cualquier cosa que pudiera surgir en ellas durante el transcurso de sus días de estancia en el hospital.

Los recursos del cual la enfermera de la familia se apoya para este modelo es del mismo personal que se encuentra en la UCI y del medico a cargo, esto es en el momento que la familia exprese el deseo de saber cual es el cuidado que se le esta brindando a su familiar enfermo, la cual la enfermera familiar pedirá el apoyo al personal de la UCI para que esta le mencione con lenguaje enfermero la información solicitada a la familia como complemento de aquella que es proporcionada por el medico en cuanto al estado de salud o la evolución de su familiar enfermo con IAM en la UCI. Por otro lado en el momento de identificar respuestas psicológicas en la familia difíciles de manejar por la enfermera del modelo, se trabajará con el personal de trabajo social para la canalización de estas a las estancias pertinentes, como grupos de apoyo social o al psicólogo o terapeuta para que brinden el apoyo a la enfermera de la familia de lograr y mantener la estabilidad emocional en aquel familiar más afectado, logrando así la función y la adaptación en la familia en todo su conjunto.

Los elementos y estrategias de este modelo, llevaran a la familia a mantener y recuperar la salud, conceptualizada como, el buen funcionamiento y la buena adaptación, para ser frente a las exigencias originadas por la salud de su familiar con IAM durante su estancia en la UCI.

El proceso del modelo innovador inicia en el momento de ingresar la familia a su permanencia en el hospital por el ingreso de un familiar con IAM en la UCI y finalizará en cuanto exista mejoría de los síntomas que presente o en el momento de ser dado de alta su familiar ya sea voluntariamente, por fuga, mejoría o defunción. En el momento de haberse cumplido cualquiera de los límites finales del proceso, el modelo innovador será evaluado utilizando el formato F1TDEF/08 (Anexo 2), la cual los ítems de este instrumento tomado de los indicadores de calidad de la cruzada nacional de la salud, fueron adoptados y enfocados a la familia de paciente con IAM en la UCI con el propósito de medir la efectividad del modelo a través de los indicadores siguientes: Porcentaje de familias de paciente con IAM en la UCI que respondieron afirmativamente las diez preguntas determinadas en dicho formato, percepción de las familias sobre el trato y la atención proporcionada por la enfermera familiar. Estos indicadores medirán el “trato digno” que se le proporciona a la familia como el indicador global de la efectividad del modelo innovador. Los datos que se obtengan se vaciaran en el formato para el sistema de cómputo F2TDEF/8 (Anexo 3) que de igual manera fue tomado y adoptado de la cruzada nacional de salud con fines para este trabajo (4).

El modelo de enfermería familiar en la UCI, además de llevar consigo el cumplimiento de la Ley General de Salud en el capitulo IV en los artículos 51, 110 y 112, lleva principios éticos propuestos por el código profesional de enfermería, las cuales son los siguientes: Autonomía, Privacidad, Fidelidad, Confiabilidad y Solidaridad (12, 13).

El modelo tiene implicación en la práctica, en la disciplina, en la docencia y en la investigación de enfermería. En la practica, por que determina las necesidades de la familia que orientan las acciones por parte del personal de enfermería familiar, sobre aspectos educativos, de orientación e información, sobre cuidados y medidas de prevención de la enfermedad IAM, entre otros temas que influyen en la familia a la disminución del riesgo de padecer esta enfermedad, además el modelo orienta el apoyo emocional que requiere la familia facilitando su entendimiento con respecto a lo que están viviendo por su familiar con IAM en la UCI y así mismo disminuye la presión ejercida por ellas hacia el personal de cuidados intensivos. En la investigación el modelo influye por que implica la generación de futuras investigaciones sobre el manejo y cuidado de la familia que posteriormente darán lugar al surgimiento de nuevos modelos o teorías que mejoren aun más nuestro quehacer de enfermería y de la enseñanza. Por ultimo en la docencia y en la disciplina, el modelo tendrá la implicación de formar docentes especialistas en el manejo de la familia y de agregar en los programas de estudio de facultades de

enfermería temas de familia que fomenten la formación de futuros profesionales al cuidado de la salud con conocimiento en el manejo y abordaje de familias para dar un cuidado de calidad no solo al paciente sino también a ésta en cualquier situación de salud.

Este modelo innovador para dar cuidado a la familia de paciente con IAM en la UCI, hará que la profesión de enfermería avance aún más al reconocimiento social y profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kathryn HA, Ph.D; R.N. El acercamiento de sistema de salud familiar a la enfermería de sistemas familiares. *Journal of Family Nursing* 2000; 6 (2).
2. Ortega VT, De la Cuesta FD, Dias RC. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev. Cubana Enfermería* 1999; 15 (3). p.164- 168.
3. Mischke BK; Shirley MH. *Inventario de Estresores- fuerzas de los Sistemas Familiares*. 1991.
4. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México, SSA 2002.
5. Santiagos A. Breve Reseña de la Enfermería Domiciliaria: Una Perspectiva de la Atención Privada. *Ciencia en Enfermería* 2005; 11 (1): 9- 15.
6. Natividad PA, Sánchez HB. El reto de los cuidadores: Familias de personas en situación crónica de enfermedad. In: *Cuidados y Practica de Enfermería*. Universidad Nacional de Colombia, Bogota 2006: 172- 183.
7. Gillss, C.L., RNC, DNSc.¿Porque cuidado de salud familiar?. In: *Toward and Science of family Nursing*. Ed. Addison- Wesley; 1989. Cap. I: 3-8.
8. Retamales HJ, Behn TV, Merino EJ. Funcionamiento familiar de trabajadores- jefes de hogar en sistemas de turnos de una empresa de Talcahuano. Chile; *Ciencia enfermería*; 2003. 10 (1).
9. Álvarez Y. Unidad de cuidados intensivos: un campo inexplorado por el psicólogo de Chile [internet]. 1989 [citado 18 de agosto del 2006]. Disponible en: http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/unidad_cuidados_intensivos.pdf.
10. Herz BF. O Impacto da Morte e da Doença Grave Sobre o Ciclo de Vida Familiar. In: Carter B, MacGoldrick M y colaboradores; trad. Verissimo VM. *As Mudanzas no Ciclo de Vida Familiar. Una estructura para a terapia familiar- 2a ed. 2da reimpressão*. Artmed; 2001. Cap 19 p. 393- 413.
11. Wright, Leahey. *Modelo de evaluación de familia de Calgary*. 1994.
12. Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en México. SSA 2002.
13. Ley General de Salud; ultima reforma DOF, 19-06-2007.

ANEXO 1

Taxonomías NANDA, NIC y NOC, adaptado por el ME David Jahel García Avendaño

*N/M= Nunca Manifestado, *R/M=Raramente Manifestado, *O/M= Ocasionalmente Manifestado, *F/M= Fre-cuentemente Manifestado, *M/M= Muy Manifestado

FORMATO DE VALORACIÓN FAMILIAR										
Nombre de la familia :										
Nombre del familiar hospitalizado en la UCI:										
Enfermera que realiza la valoración:										
Firma:										
Dx: afrontamiento familiar ineficaz; relacionado con la atención o cuidado ineficaz a la familia de paciente con IAM en la UCI, el entorno hospitalario, el aislamiento, la enfermedad de su familiar, las creencias, el desconocimiento, entre otros; manifestado por presencia de factores psicológicos; interés por aprender cuestiones de la salud, de los cuidados, de la enfermedad, etc; informe verbal de un afrontamiento ineficaz y de necesitar apoyo en la familia										
NOC		Fecha de valoración inicial		Evaluación de los indicadores por día						
R: Superación de problemas en la familia				FECHAS						
INDICADORES:		N / M	R / M	O / M	F / M	M / M				
Ausencia de ansiedad	1	2	3	4	5					
Ausencia de desesperación	1	2	3	4	5					
Ausencia de tristeza	1	2	3	4	5					
Ausencia de depresión	1	2	3	4	5					
Ausencia de temor	1	2	3	4	5					
Ausencia de enojo	1	2	3	4	5					
La familia tiene el conocimiento e información suficiente sobre los cuidados, medidas de prevención, la enfermedad, la UCI, etc.	1	2	3	4	5					
La familia es capaz de afrontar y controlar los problemas que esta viviendo por su familiar con IAM en la UCI	1	2	3	4	5					
Existe implicación de todos los miembros de familia en la toma de decisión sobre cuestiones de la salud del familiar con IAM en la UCI	1	2	3	4	5					
Utilizan estrategias para controlar los factores psicológicos que surgen por el ingreso de su familiar con IAM en la UCI	1	2	3	4	5					
Los miembros de familia se apoyan organizando descansos durante la estancia hospitalaria	1	2	3	4	5					

Observaciones y pendientes
por fecha:

[illegible][illegible]

ANEXO 3

FORMATO F2TDEF/08

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL MODELO A TRAVÉS DEL INDICADOR TRATO DIGNO

SERVICIO O ÁREA QUE SE EVALÚA:

NOMBRE DE LA UNIDAD:

LOCALIDAD:

JURISDICCIÓN O DELEGACIÓN:

PERIODO DE EVALUACIÓN

CLAVE DE LA UNIDAD

MUNICIPIO:

CONCENTRADO MANUAL			
VARIABLE	N°	%	
1. ¿Se presentó la enfermera/o familiar con la familia?			
2. ¿La enfermera/o familiar menciono sobre el dx de enfermería que se va a trabajar?			
3. ¿La enfermera/o familiar explico sobre los cuidados o actividades que se van a realizar, y así mismo, le cumplió con la realización?			
4. ¿La enfermera /o familiar se intereso porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?			
5. ¿La enfermera /o familiar proporciono educación o información a la familia sobre la enfermedad, los cuidados, medidas preventivas, o sobre cualquier duda respecto a la situación de salud por su familiar con IAM en la UCI?			
6. ¿La enfermera/o familiar le aseguro a la familia que al paciente se le brinda la mejor atención de cuidado?			
7. ¿La Enfermera/o familiar oriento a la familia sobre la unidad de cuidados críticos?			
8. ¿La Enfermera/o familiar escucho las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia, respondiendo o ayudando a obtener respuestas a ellas?			
9. ¿La enfermera/o familiar proporcionó a la familia información frecuente, objetiva y clara del progreso de su familiar, con apoyo del medico y del personal de enfermería de la UCI?			
10. ¿La enfermera/o enseñó estrategias de afrontamiento para controlar los factores psicológicos, que afectan a la familia por su familiar con IAM en la UCI?			
OPORTUNIDADES DE MEJORA			
1			
2			
3			
4			

<p align="center">NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL LEVANTAMIENTO Y CAPTURA DE DATOS A UN SISTEMA DE COMPUTO</p>	

HOJA		DE	
------	--	----	--

*N= NUMERO

100- 90%= Calidad, 80-89%= bien, 70- 79%= Regular, 60- 69%= Malo y menor de 60%= Muy malo.

Tomado de indicadores de la calidad de salud “Trato Digno”, adaptado por: M. E David Jahel García Avendaño