

# Identificación de las necesidades de información, comunicación y apoyo, en el Cuidador Primario de las familias con pacientes con cáncer avanzado, diagnosticados en el Instituto Regional de Cáncer de la Orinoquia y el Hospital departamental Villavicencio, Noviembre de 1999.

Constanza Amaya Campos

## RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo la identificación de las necesidades de Información, Comunicación y Apoyo, en el cuidador primario de las familias con pacientes con cáncer avanzado, diagnosticados y/o tratados en el Instituto Regional de Cáncer de la Orinoquia y el Hospital Departamental Villavicencio, julio a noviembre de 1999, con el propósito de Proponer estrategias dirigidas a los profesionales de la enfermería que le permitan brindar una atención óptima de las necesidades de información, comunicación y apoyo, para los pacientes con cáncer avanzado, sus cuidadores primarios y sus familias, lográndose con ello propiciar una mejor calidad de vida.

El estudio corresponde aun diseño descriptivo cuantitativo de corte transversal, en el que se utilizo como instrumento la entrevista estructurada diseñado por Linda krisjanson, Jan Atwood y Lesley F. Degner en el año 1995, denominado "Identificación de las Necesidades de las Familias con Pacientes de Cáncer Avanzado" (FIN). Los datos de este estudio se obtuvieron de la aplicación de la encuesta a 47 miembros de las familias, principalmente a la persona que tenia el rol de Cuidador Primario. *Palabras claves: Necesidades, Cuidador Primario y Cáncer Avanzado.*

## ABSTRACT

The investigation had a main objective the identification about information necessities, communications and support, in the person who takes care of in first instance of families with patients with advanced cancer, diagnosed and treated by Regional Institute of Cancer Orinoquia and the Departmental Hospital of Villavicencio, from July to November of 1999, with the purpose of propose strategys quided to professional of informary that permit to give a optimal atención of information, communication, and support necenties to patient with cancer advanced, their primary. Carmas and their families, to obtain with that a better quality of life.

The study correspond to a design, a descriptive design, qualitative and in a transversal section, in this design was used an interview's instrument, structured, and designed by Linda Krisjanson, Jan Atwood and Lesley F, Degner in 1995, and naming "Identification of Necessities of Families with Patients of Advanced Cancer" or "Families Identification Necessities". As for as and as concerned with this research all the pieces of informations were obtained by applying an opinion poll to 47 families members mainly to the person who is uncharged to take care of patient in primary form.

-----

## INTRODUCCIÓN

Este estudio se justifica en primera instancia por la necesidad de que el profesional de enfermería cambie la concepción que tiene acerca del cuidado de enfermería en los paciente con cáncer

avanzado, centralizado exclusivamente en los aspectos clínicos, en las que muy pocas muy pocas oportunidades se involucra a la familia, por las variaciones en las en la pirámide poblacional y por el incremento de la mortalidad de cáncer en las tres últimas décadas

La investigación buscaba calificar de acuerdo al grado de importancia las necesidades de información, comunicación y apoyo a la vez que se identifica si estas se encuentran o no satisfechas, de tal manera que faciliten la orientación del cuidado de enfermería para lograr su satisfacción, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, contribuir al alivio del sufrimiento del paciente, principalmente en aquellos casos en los que curar es ya imposible, y poder de igual manera, ofrecer orientación a las familias para el manejo del proceso de la enfermedad de su familiar y mantener el equilibrio y unidad que como familia necesitan tener, de tal manera que puedan brindarle al enfermo un mejor ambiente y garantizar la estabilidad de la familia durante la enfermedad y después de la muerte del familiar enfermo.

## MARCO TEÓRICO

En primera instancia se revisa la mortalidad de cáncer en Colombia, encontrándose que la enfermedad maligna ocupa uno de los primeros lugares con una tasa de mortalidad que va desde 61 por 100 mil habitantes durante 1983 hasta 65 por 100 mil habitantes durante 1991, afectando a todos los grupos de edad, pero preferentemente a los mayores de 15 años, población que agrupa buen número de Colombianos en edad productiva.

Se hace una revisión sobre aspectos relacionados con la familia del paciente con cáncer, donde se destaca la familia como proveedora de cuidado, preocupaciones y necesidades de la familia del enfermo en fase terminal y la importancia de la comunicación en la familia. Se concluye este capítulo revisando otros aspectos conceptuales importantes como el impacto emocional que genera en la familia el conocer el diagnóstico de la enfermedad, así como la aceptación del proceso que implica la muerte como desenlace ineludible de la enfermedad y finalmente los hallazgos de investigaciones realizadas en esta temática.

## METODOLOGÍA

El estudio corresponde a un diseño descriptivo, de corte transversal, cuantitativo; en el que se utiliza un instrumento de entrevista estructurada, el Inventario de Necesidades Familiares (FIN) de Krisjanson.

Se analizan fundamentalmente dos variables; por una parte la variable mediante la cual se cuantifican las necesidades de información, comunicación y apoyo de los cuidadores primarios de las familias de pacientes con cáncer avanzado y la variable mediante la cual se busca establecer si las necesidades se encuentran o no percibidas en el momento de responder la encuesta, lo que implica su grado de satisfacción o insatisfacción.

Para efectos de la investigación se define Cuidador Primario (CP) " Es el miembro de la familia o allegado que está más relacionado con la experiencia de la enfermedad del paciente, lo que incluye la realización de la mayoría de los cuidados. Generalmente este rol lo adopta el esposo o esposa, el padre o madre, un hijo o hija adulta, pero también puede ser otro pariente o un amigo muy cercano, el que casi siempre es también considerado por la familia como parte de ella".

Se realiza dos pruebas piloto: Uno para los expertos con el objetivo de conocer el índice de validez de contenido (IVC) del instrumento en la que se utilizó el índice de acuerdo entre los expertos respecto a cada uno de los ítems, propuesto por Lynn en 1986, y otro para los Cuidadores Primarios: A pesar de que el instrumento a utilizar, había sido ampliamente probado por su autora, así como por otros investigadores, se decidió someterlo a una prueba piloto, para garantizar que factores como la traducción del inglés al español, pudieran inducir sesgos de interpretación, al momento de aplicar el instrumento a los cuidadores primarios de familias de pacientes con cáncer avanzado del IRCAO y del HDV.

La recolección de la información se realiza en el Instituto regional de Cáncer de la Orinoquia (IRCAO) y el Hospital Departamental de Villavicencio (HDV) de julio a noviembre de 1999. El instrumento fue aplicado a 47 Cuidadores Primarios, los criterios de inclusión fueron: El cuidador principal y la familia debían convivir con el paciente en la ciudad de Villavicencio o área de influencia, el diagnóstico de Cáncer avanzado del paciente debe tener un periodo igual o menor de tres años, que el familiar encuestado sea quien le realice los mayores cuidados, que sepa leer y escribir, la edad del cuidador debe ser de 18 y más años, sin importar el sexo, por último expresen su deseo de participar voluntariamente en el estudio.

## ANÁLISIS DE LOS DATOS Y SUS RESULTADOS

Se hace un análisis de los aspectos socio demográficos, tanto para los Cuidadores Primarios como para los pacientes con cáncer. Al analizar la distribución porcentual de los cuidadores primarios según sexo, es evidente que el mayor porcentaje, 76.5% eran mujeres y el 25.5% restante eran hombres. El mayor porcentaje de los CP según edad lo representaba las edades entre 35 y 39 años con un 19.1%, seguidos de los de 50 - 54 años, con un 14.9%, del total de las mujeres cuidadoras primarias, las hijas representan el 34% seguidas de las esposas con un 31.4%, las hermanas el 17.1%, mientras que para los hombres cuidadores primarios, el mayor porcentaje (50.0%), esta representado también por los hijos, le sigue también por los esposos con un 25%. Según el nivel de escolaridad de los CP se encontró que el 66.0% habían alcanzado como nivel de escolaridad la primaria el 23.0% la secundaria el 11.0% y universitaria el 11.0%

Con respecto a la procedencia de los CP de los 47 pacientes encuestados se encontró que el 91.5% procedían del departamento del Meta, dentro de los cuales el municipio más representativo de este departamento fue Villavicencio con 58.1%, seguido de los municipios de Cumaral, Granada y Restrepo.

Para el análisis de la subescala de importancia de necesidades de cuidado, se realiza una escala de valores como guía para los cuidadores primarios entrevistados, donde se establecieron los siguientes rangos: Si la necesidad No es importante: debe dar una calificación menor de 1, si es Poco Importante: de 1 - < 4 puntos, si es Importante: de 4 - < 8 puntos y si es Muy Importante: de 8 - 10 puntos. El análisis se hace basados en dicha escala.

Como se observa en el cuadro 1 solo tres necesidades fueron calificadas como no importantes, dos para la necesidad número 20 (conocer acerca de personas que podrían ayudar con los problemas), lo que equivale a un 0.3%. La necesidad 17 (Sentirme aceptado por los profesionales de la salud) fue calificada como Poco importante por uno de los cuidadores, lo que representa tan sólo el 0.1%. El 7.1% de las preguntas fueron calificadas por los 47 cuidadores primarios en el rango de Importante y el 92.4% de las necesidades reciben calificación de Muy importante. De lo anterior se deduce que para los cuidadores primarios, un alto porcentaje de las necesidades reviste una gran importancia. Ver Cuadro 1

Para optimizar el análisis, se decidió construir estratos, y para calcular los límites entre los estratos, se utilizó la Regla CUM, la cual se basa en la raíz cuadrada acumulativa de la distribución de la frecuencia del valor dado por cada uno de los 47 cuidadores primarios encuestados, para cada necesidad, esto se le aplicó a las 20 necesidades sobre las cuales se indagó, pero no se encontraron cambios significativos que permitieran su análisis, por lo tanto se tomó el total de las 20 necesidades, se probó con diferente número de estratos, encontrando que con tres estratos, se evidencia más claramente el comportamiento, en cuanto a la valoración de la importancia de la totalidad de las necesidades dada por los cuidadores primarios.

Para poder aplicar la regla CUM, se ordenaron los datos de las frecuencias de manera descendente y posteriormente se extrajo la raíz cuadrada acumulativa, el último valor se dividió finalmente entre tres ( $636.5/3$ ), el valor resultante indica el límite superior del primer estrato, éste multiplicado por dos, nos da el límite superior del segundo estrato y así sucesivamente hasta completar los tres estratos.

Al hacer el análisis basados en los estratos, se observa en el cuadro 2 que el estrato uno contiene 16 de los encuestados, de los cuales tres dieron una calificación global de las necesidades entre 59.0 y 78.0%, lo que significa que tomando los valores asignados previamente a los rangos de “no importante” hasta “muy importante”, estos tres, están dentro del rango de “importante”, las calificaciones dadas por los 13 cuidadores restantes de este primer estrato, para las 20 necesidades sobre las que se indagó, están dentro del rango de “muy importante”, con valores que oscilan entre el 81.0% hasta el 90.0%. Con respecto a nivel educativo se encontró, que el 25% tenían como nivel educativo alcanzado la secundaria y el 75% restante la primaria.

El segundo estrato también estuvo conformado por 16 cuidadores primarios y la calificación global de las 20 necesidades, osciló entre el 90.5% y el 96.5%, lo que implica que para este grupo todas las necesidades fueron calificadas en el rango de “muy importantes”, en cuanto al nivel educativo alcanzado, el 18.8% eran universitarios, el 25.0% había alcanzado secundaria y el 56.2% la primaria.

En el tercer estrato, se repite la situación hallada en el segundo, se incluyen 15 cuidadores primarios, quienes califican todas las necesidades como “muy importante”, siendo evidente que cada vez se acerca más la calificación al máximo valor posible, dentro del rango de importancia. Con relación al nivel educativo alcanzado, el 66.7% tenían primaria, el 20.0% secundaria y un 13.3% universitaria.

En la subescala de Realización de cuidados de salud.

El análisis de la subescala de realización de cuidados de salud, se hace con base en las respuestas dadas, por cada uno de los 47 cuidadores primarios de los pacientes con cáncer avanzado, que respondieron la encuesta, en la que se buscaba entre otros objetivos establecer si las necesidades que ellos habían identificado y calificado con diferentes grados o niveles de importancia, se encontraban o no presentes en el momento de responder la encuesta, es decir si estas habían sido o no satisfechas.

Además con el propósito de hacer un análisis más ligado a una clasificación de las necesidades, se agruparon previamente los 20 ítems del FIN, que contienen las necesidades en tres categorías. (las necesidades de información, las necesidades de comunicación y las necesidades de apoyo).

Su análisis se realiza de manera global, encontrándose que el 42,6% (20/47) de cuidadores primarios no tenían satisfechas ninguna de las 20 necesidades exploradas, que el 21,3% de los cuidadores (10/47), las tenía satisfechas entre el 5 y el 10%, es decir que del 90 al 95% de las necesidades estaban presentes o insatisfechas, que en un 19,1% de los cuidadores (9/47), se encontraban las necesidades presentes en un porcentaje entre el 85.0% al 89,5% sin satisfacer, que el 10,7% de los cuidadores (5/47), tenían presentes entre el 70 y el 80% de sus necesidades; sólo uno de los cuidadores manifestó tener presentes el 63,2% de las 20 necesidades sobre las que se indagaba en la encuesta y apenas el 2,1% de los cuidadores (1/47), manifestó tener satisfechas sus necesidades en un 50% y otro 2,1% de los cuidadores, dijo tenerlas satisfechas en un 70%. Ver Cuadro 3

Lo anterior llama poderosamente la atención, puesto que es claro que las necesidades de los cuidadores primarios de los pacientes con cáncer en estado o fase avanzada, sin importar el grado de importancia con el que las hayan calificado, no están siendo satisfechas y que lógicamente los trabajadores del sector salud, incluidos los profesionales de la enfermería no están interviniendo activamente durante el ejercicio de su labor con el paciente y la familia, para atender no solo las necesidades de cuidado que tiene éste sino también la familia y dentro de ella el que actúa como cuidador primario.

Ver cuadro 2

Relación entre la valoración de la importancia de las necesidades y su grado de satisfacción o insatisfacción. Para este propósito, se le aplicó la regla de CUM a la sumatoria de los valores obtenidos en la segunda subescala del FIN.

De esta manera se observa que no todas las necesidades de los estratos de satisfacción coinciden

con los de importancia, lo que podría significar que las necesidades no se satisfacen de acuerdo con el grado de importancia, es decir que no parece existir una tendencia clara para la satisfacción de las mismas, tal como lo plantea Maslow al teorizar sobre la jerarquización de estas, las que se satisfacen desde el nivel más inferior, que para el caso serían las necesidades fisiológicas y que una vez satisfechas estas, se estimula la necesidad de satisfacer las que están ubicadas en un nivel superior dentro de la pirámide planteada por él que es mencionada por John Marshall en su artículo sobre motivación y emoción.

## CONCLUSIONES

1. Dentro de las 20 necesidades acerca de las cuales se encuestó a los cuidadores primarios de los pacientes con cáncer en fase avanzada del IRCAO y el HDV, se encontró que el 92.4% fueron calificadas como “muy importantes”, el 7.1% como “importantes”, el 0.3% como “no importantes” y el 0.1% como “poco importantes”.

2. Del total de las 20 necesidades sobre las cuales se indagó por el nivel de importancia y el grado de satisfacción, el 40% (8/20) se catalogaron como de información, el 25% (5/20) de comunicación y el 35% restante (7/20) como de apoyo.

3. En cuanto al nivel de satisfacción de las necesidades el 42.6% (20/47) de los cuidadores primarios de los pacientes con cáncer en fase avanzada, encuestados en el IRCAO y en el HDV, tenían el 100% de las necesidades insatisfechas, el 21.3% (10/47) de los cuidadores, reportaron entre el 90 y 95% de necesidades sin satisfacer, el 19.1% (9/47) de los cuidadores, entre el 85 y 89.5% de insatisfacción de las necesidades, 10.7% (5/47) de los cuidadores manifestaron insatisfacción entre el 70 y 80%. Es decir que la mayoría de los cuidadores (93.7%) tenían un porcentaje superior al 70% de necesidades presentes, lo que significa que no estaban satisfechas al momento de aplicar la encuesta.

4. Se encontró también que las necesidades para el grupo de cuidadores primarios de los pacientes con cáncer en fase avanzada que participaron en el estudio, sin importar el grado de importancia con el que las hayan calificado, no están siendo satisfechas y que lógicamente los trabajadores del sector salud, incluidos los profesionales de la enfermería, deben tener mayor disponibilidad para la valoración de las mismas, de tal manera que puedan buscar recursos y estrategias que les permitan aportar en la satisfacción de estas necesidades identificadas durante el ejercicio de su labor, con el paciente, la familia y de quien actúa como cuidador primario.

5. Al encontrar en este estudio que el mayor porcentaje de las necesidades de los cuidadores primarios no estaban satisfechas, es evidente que el cuidado que ofrece el profesional de enfermería a los pacientes con enfermedades crónicas terminales como lo es el cáncer, continúa estando dirigido al paciente y que el enfoque está dirigido más al aspecto clínico, circunscrito a la etapa de hospitalización, por lo tanto es necesario que los profesionales de la salud y en especial en enfermería se preparen para orientar los cuidados no solo desde lo clínico — asistencial, sino con un enfoque bio-psicosocial, en el que se incluya también a los familiares y principalmente al que actúa como cuidador primario.

6. Dentro de las necesidades calificadas como importantes en este estudio, están las de comunicación, lo cual está acorde con lo planteado por Barreto Martín, M, y Pérez Marín M. en su documento titulado Enfermera en Cuidados Paliativos, en el que afirman que "la comunicación es la principal herramienta de trabajo y que el establecer unos canales de comunicación y escucha positivos, abiertos, continuos, honestos y adecuados, será el camino mediante el cual se logre llegar a estas familias y así poder plantear, junto con ellas, algunas pautas o estrategias de solución a sus dificultades. Será este el vehículo para adentrarse en el conocimiento de sus emociones, sentimientos, miedos, dudas, carencias, necesidades y será también la forma en que perciba que se está ahí para apoyarlos e intentar ayudarles a aliviar las tensiones que, a nivel personal, familiar, médico, social, económico, etc., diariamente sufren".

## ESTRATEGIAS

1. Se requiere realizar una revisión de los contenidos curriculares de los programas de pregrado en enfermería, de tal manera que se puedan incluir conceptos básicos de tanatología, sobre cómo abordar el duelo anticipado, manejo integral de las necesidades del binomio paciente — familia, además de los principios básicos para el cuidado paliativo.
2. Es indispensable tener un conocimiento certero de las necesidades familiares de información, comunicación y apoyo, así como también de las de comodidad, proximidad y seguridad, para lograr una adecuada planeación, implementación y evaluación de las intervenciones que busquen satisfacer las necesidades de cuidado de la familia y el cuidador primario de pacientes con cáncer.
3. Debido a que durante el proceso de formación en enfermería, se suele hacer énfasis en la dimensión técnica, dejando los conocimientos y habilidades necesarios y suficientes acerca de cómo establecer una buena comunicación con los pacientes y sus familias en un plano secundario, es necesario brindarle al profesional estos conocimientos, para que pueda dar apoyo emocional, puesto que es claro que la incertidumbre, la soledad emocional, la ansiedad, el miedo y la depresión, son los estados más frecuentes por los que atraviesan los pacientes graves y sus familias, encontrándose la enfermera en una posición privilegiada para facilitar apoyo psicológico, dado que solo la buena voluntad no es suficiente.
4. En el ejercicio del cuidado para el paciente, necesariamente se debe ampliar la intervención para incluir el cuidado de la familia, de la que hace parte fundamental el cuidador primario, de tal manera que cuando esta se sienta sobrecargada por sus múltiples necesidades, dilemas y reacciones emocionales, no se entorpezcan o dificulten sus relaciones con el paciente, procurándose así por una mejor calidad de vida afectiva y física, la que le pueden proporcionar a su vez tranquilidad al paciente al saber que su familia esta siendo ayudada y cuidada.
5. Los cambios en el tejido social, en la estructura familiar, el incremento de las enfermedades de evolución crónica, el aumento de patologías reemergentes, y la transición epidemiológica que favorece un aumento en el porcentaje de población añosa, se constituyen en factores que inducen a la reestructuración de los programas de formación de los profesionales de la salud, específicamente en enfermería, puesto que son estos quienes se enfrentan a la demanda de las intervenciones, las que requieren ser orientadas a lograr conciencia en la comunidad con el fin de que adquiera plena autonomía y responsabilidad frente a su salud.
6. Las intervenciones más importantes que deben ser tenidas en cuenta por el profesional de enfermería al brindar atención a la familia del paciente terminal, son, precisamente: el entrenamiento para que ella brinde el cuidado integral al paciente, y el diseño y aplicación de estrategias para la protección de la familia, en especial del cuidador primario.

### PARA EL DEPARTAMENTO DEL META

1. Se espera que como resultado de esta investigación, en el departamento del Meta, bien sea a través del IRCAO o del Hospital departamental de Villavicencio, se genere el interés de crear una unidad de cuidados paliativos, para atender a los pacientes con cáncer del departamento así como los remitidos de la región de la Orinoquia y la Amazonia, la cual cuente con una estructura mínima básica para la aplicación de un modelo de atención, en el que se incorpore la dimensión personal y humana del enfermo y su familia como un elemento fundamental e imprescindible. Por lo tanto debe contar con adecuada infraestructura física, una atmósfera cálida y hogareña, buen ambiente para la interrelación, recurso humano idóneo, horarios flexibles, apoyo emocional, educación, información clara y concisa, atención al duelo, entre otros.
2. Se hace necesario que se conformen equipos multidisciplinarios para el manejo de los pacientes con cáncer, orientar y brindar alternativas para la satisfacción de las necesidades de cuidadores primarios y del resto de la familia de estos pacientes.
3. El recurso humano que integre dichos equipos multidisciplinarios, debe ser orientado en los

aspectos relacionados no solo con la necesidad de cuidados de los pacientes, sino también en la necesidad de involucrar además del cuidador primario, al resto de la familia en el manejo de los signos, síntomas, tratamiento, efectos secundarios y necesidades fisiológicas, de protección y seguridad, de amor y pertenencia, de valoración y de auto realización.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. AGRAY C. R. y, HURTADO C. N. Actitudes del cuidador hacia la persona en estado terminal: fase SIDA. . Santa Fe de Bogotá, 1995. Trabajo de grado (enfermera). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.
2. ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER (AECC): Contenido del seminario de formación en educación para la salud. Madrid, 1999. AECC.
3. BAIDER, L., COOPE, C. y KAPLAN DE NOUR, A. Cancer and the family. Inglaterra: John Wiley & Sons Ltd, 1996.
4. BAIRD, S., FIARD D., M., LINDQUIST, S. V. y ADES, T. Libro de consulta para enfermeras sobre el cáncer. . Asociación Española Contra El Cáncer (AECC). Sexta Edición. Madrid: AECC, 1991.
5. BARRETO, M. M y PEREZ MARIN, M. A. Enfermería en Cuidados Paliativos: La comunicación con la Familia: Claudicación Familiar. Editorial Panamericana.
6. BEJARANO F., Pedro. y FONNEGRA. De J., Isa. Morir con Dignidad: Fundamentos del Cuidado Paliativo. Primera Edición. Santa Fe de Bogotá: Amazonas Editores Ltda., 1992.
7. BRADLEY, Jean y EDINBERG, Marl. Communication in the Nursing context. Segunda edición. Connecticut: Editorial Appleton — Century — Crofts — Norwalk, 1990.
8. CHACON, R. M., GRAU, A. J. y ROMERO P. T. Atención a la familia del paciente terminal. La Habana: Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de La Habana — Cuba, 1999.
9. DEGNER, L., KRSTJANSON, L. y BOWMAN D. Journal of the American Medical Association. JAMA. Information Needs and decisional preferences in women with breast cancer ,1997 p 277.
10. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA — DANE. Estudios censales No. 2. Colombia. Proyecciones departamentales de población por sexo y edad 1990 — 2015. Santa Fe de Bogotá. 1999.
11. FONNEGRA. J, Isa. ¿Cómo Enfrentar la Muerte de un Familiar?. Santa Fe de Bogotá: Fundación Omega Vol. 7, 1989.
12. FONNEGRA. J, Isa. Un Nuevo Concepto en el Cuidado Integral del Enfermo Terminal y de las Familias en Duelo. Santa Fe de Bogotá: Fundación Omega Editorial Punto EXE editores.
13. FRIEDEMANN, Marie L. Closing the Gap Between Grand Theory and Mental Health Practice With Families. Family Theory Development in Nursing: State of the Science and Art, 1989.
14. GOMEZ, M., CHACON, M. y GRAU J. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos terminal. La Habana-Cuba: Edit. (ICEPSS) Vol. 2, 1999.
15. GROBE, M. E., ILSTRUP D. M. y AHMANN D. L.. Needs assessment for advanced cancer patients and their families. Oncology Nursing Forum. p 29, 1982.
16. GUINOVART i GARRIGA. C. Todo Hospital/62: La familia del enfermo. Diciembre, 1989.

17. HINDS, C. Journal of Advanced Nursing: The Needs of families who care for patients with cáncer at home: ¿are we meeting them?. Vol. 10, 1985.
18. KRISTJANSON, Linda J. RN,PhD. ATWOOD J. RN, PhD, FAAN, DEGNER L. F. RN,PhD. Validity and Reliability of the family Inventory of Needs (FIN): Measuring the Care Needs of Families of Advanced Cancer Patients. Journal of Nursing Measurement. Vol. 3, No. 2. Springer Publishing Company. 1995.
19. LARSON, J. Patricia. Cancer nurses perceptions of caring. Cancer Nursing 9(2) 1986.
20. LOURO, I. Impresiones Ligeras: La familia en el proceso de Salud — Enfermedad de sus integrantes. La Habana: Facultad de Salud Pública, Instituto Superior de Ciencias Médicas, 1996.
21. MESEGUER HERNANDEZ, Carmen. “Preocupaciones y Necesidades de la familia del enfermo en fase terminal”. En: LÓPEZ IMEDIO E. Enfermería en cuidados paliativos. Editorial Médica panamericana. Madrid. 1998.
22. MOLTER N. C., LESKE, J. S Internal psychometric properties of the critical care family needs Inventory (CCFNI). Heart & Lung. Vol. 20, No. 3, 1991.
23. OLIVER HAMPE. Sandra. Nursing research: Needs of the Grieving Spouse in a hospital Setting. vol. 24, Nro. 2, 1975.
24. ORREGO, S. S. y PÉREZ, P. L. . Revista Investigación en Enfermería: El Cáncer y su Relación con la Tensión Emocional. Medellín. Septiembre, 1988.
25. PEPLAU, Hildegard. Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Salvat Editores S. A, 1990.
26. RICH W., Sara. Ayudar a las Familias a Afrontar la Muerte y la Agonía. Revista Nursing, Enero 1997.
27. SILVA AYCAGUER Luis C. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Muestreo para la investigación en ciencias de la salud. Madrid: Ediciones Diaz de Santos, S. A. 1993
28. TIBILER B., Kay. PhD. The American Cancer Society. The Family and Cáncer. En Family health during chronic illness. University of California, 1998.
29. TRINGALI, C. A. Oncology Nursing Forum. The needs of family members of cáncer patients.. 13 (4). 1986.
30. WRIGTH, K. y DYCK S. Cáncer Nursing. Expressed concerns of adult cáncer patients family members. Octubre 1984.

#### NOTAS

1 COCHRAN, William, G. Técnicas de Muestreo. México: Compañía Editora Continental S. A., 1980. p.,169 — 174

2 Ibid, p. 169 — 174

3 REEVE JOHN MARSHALL. Motivación y Emoción. Madrid: Interamericana Mc Graw — Hill. 1996., p. 291

-----  
Acerca de las autoras:

Constanza Amaya Campos

Enfermera Mg en Salud Familiar, Universidad Nacional de Colombia