

Suspiro de vida: vivencias de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos sometidos a soporte ventilatorio

Breath of life: experiences of patients in the intensive care unit undergoing ventilatory support

Alix Bohorquez*
Astrid Carolina Ramírez**
Elvia Elena Rodríguez**
Cindy Vanessa Polentino**
María Consuelo Medina**
Miryam Zureth Aceros**

Resumen

El presente estudio pretende analizar y comprender las emociones y sentimientos experimentados por el paciente sometido a ventilación mecánica que han estado hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), basándose en las experiencias relatadas por 3 pacientes egresados que tuvieron soporte ventilatorio invasivo.

Teniendo en cuenta que el soporte ventilatorio conlleva una pérdida de independencia y control sobre la más vital de las actividades para el mantenimiento de la vida "respirar" y que al igual los tubos endotraqueales y la intubación nasal a menudo producen traumas lo cual se manifiesta en la falta de habilidad para la comunicación y la inmovilización derivada de la intubación, siendo factores estresantes para los pacientes manifestando la necesidad de redes de apoyo o mecanismos de afrontamiento que les ayudara y los acompañara a superar la crisis vivenciada; por lo que la familia y la religiosidad-espiritualidad fueron vitales.

* Enfermera Profesional. Docente, Facultad Ciencias de la Salud Universidad Francisco de Paula Santander. E-Mail: azbohorq@hotmail.com

Recibido: 25 de Noviembre/10 Aceptado: 23 de Mayo/11

En conclusión el presente estudio mostró que los pacientes experimentaron situaciones difíciles y estresantes que les generaba tristeza, depresión, angustia, dolor, e incomodidad con los procedimientos que se les realizaba o por los equipos que debían tener para suplir sus funciones vitales, pero es importante recalcar que pese a su incomodidad los pacientes expresaban la resignación como una manera de aceptación y superación frente a su situación; también expresaron la dificultad para comunicarse con las demás personas; y que gracias al apoyo de su familia y a su fe en Dios pudieron afrontar y superar la situación.

Palabras clave

Emociones, sentimientos, UCI, Ventilación

Abstract

This study aims to analyze and understand the emotions and feelings experienced by the patient undergoing mechanical ventilation who have been hospitalized in the Intensive Care Unit (ICU), based on the experiences reported by 3 patients who had ventilatory support graduates invasive.

Taking into account that ventilatory support leads to a loss of independence and control over the most vital for the maintenance activities of life "like breathing". the endotracheal tubes and intubation often cause nasal trauma which manifests itself in the lack of communication skills and immobilization resulting from intubation. they are stressed factors for patients manifesting the need for support networks and mechanisms to help them and accompany them through the crisis experienced, so the family and religiosity-spirituality were vital.

In conclusion this study showed that patients experienced difficult and stressful situations that generate sadness, depression, anxiety, pain, and discomfort with the procedures that are performed or the equipment they should have to meet their vital functions, but it is important emphasize that although the patients expressed their discomfort resignation as a way of accepting and overcoming cope with their situation; also expressed difficulties in communicating with others, and that with the support of his family and his faith in God could meet and overcome the situation.

Keywords:

Emotions, feelings, ICU, Ventilation

Introducción

Se precisa a la ventilación mecánica como un procedimiento de respiración artificial que sustituye o ayuda temporalmente a la función ventilatoria de los músculos inspiratorios.¹ Los

pacientes que son ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se someten a situación difícil que desencadena una serie de sentimientos negativos como ansiedad, temor, sufrimiento, angustia, tristeza, desesperanza, generando una disfuncionalidad en el núcleo familiar y retarda el proceso curativo al cual está siendo sometido.

Específicamente en los pacientes con ventilación mecánica (VM) varios estudios refieren un grupo de factores como: restricción de la movilidad, limitación de la habilidad para realizar las actividades cotidianas de forma independiente, imposibilidad de comunicación, así como de ingesta oral de alimentos, que conllevaban a una situación estresante favorecedora de la aparición de alteraciones psicológicas, que complican la tolerancia a la ventilación mecánica (VM) e impiden el éxito del posterior destete ventilatorio; entendiéndose por este como el proceso gradual de retirada de la ventilación mecánica (VM) mediante el cual el paciente recupera la ventilación espontánea y eficaz.²

Referente a la etiología de estos problemas diferentes investigadores manifiestan que su origen es probablemente multifactorial, entre lo más destacado, se encuentran la línea de base de la función psicológica del paciente, la enfermedad subyacente, edad, medicación, los efectos de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) sobre el sueño y la privación sensorial, y las interacciones con el personal sanitario que le proporciona los cuidados.³

¹ Morano MJ, Fernández M, Contreras I, Cumbre EM, Camero M, García S. Plan de cuidados: Paciente en Ventilación Mecánica Invasiva y Destete. Biblioteca Las casas, 2007; 3(2): [28 páginas]. Disponible en: URL: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0247.pdf> Citado Junio 29, 2009.

² Ibid., p. 4

³ Iniesta J, Martín R, Carrion F, Ruíz M.T, Parra F, López A. Problemas psicológicos en pacientes sometidos a ventilación mecánica. Revista Enfermería Global ISSN: 1695-6141 [Seriada en Línea] 2002; (1): [7 páginas]. Disponible en: URL: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/680/712> Citado Marzo 30, 2009.

Además que el respirador y el resto del equipo son una importante fuente de estrés, los tubos endotraqueales y la intubación nasal a menudo producen traumas traqueales y laríngeos, siendo numerosos los pacientes que refieren falta de habilidad para la comunicación, derivada de la intubación. La aspiración endotraqueal supone una fuente adicional de estrés, siendo percibida como una sensación incómoda, comparándola con náuseas o asfixia.

Los pacientes refieren sentirse usualmente muy afectados por temores sobre la muerte, abandono por la familia o el personal, que fueron cruciales; produciendo ansiedad, depresión, y/o sobre todo modificación de la conducta.⁴

Materiales y Métodos

La presente investigación está enmarcada dentro del paradigma cualitativo, con un enfoque fenomenológico de tipo retrospectivo, ya que describe el significado de las experiencias de vida vivenciada por los pacientes sometidos a ventilación mecánica (VM) de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM), enfatizando el aspecto externo y la conciencia interna de los mismos, basada en la memoria, la imagen y el significado de cada uno de los participantes del estudio frente a esa situación crítica.⁵

El rigor y la calidad científica del presente estudio fueron evaluados por los criterios de credibilidad, la auditabilidad, la transferibilidad.

La muestra fue tipo homogénea, conformada por

3 pacientes que estuvieron internados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que hubiesen tenido soporte ventilatorio invasivo en el periodo comprendido entre diciembre del 2008 a marzo del 2009 durante más de 7 días quienes a su vez aceptaron ser partícipes de la investigación de forma voluntaria, y que además residieran en el casco urbano de la ciudad.

La selección de los participantes objeto de estudio se realizó por medio de un muestreo de tipo intencional.

Para la recolección de la información se realizaron entrevistas a profundidad; estas se hicieron en grupos de 2 investigadores por cada paciente en sus respectivas viviendas y fueron grabadas por los mismos. La entrevista presentó una duración promedio de 30 minutos, donde la información que brindó el entrevistado fue plasmada también en notas de campo.

El objetivo de llevar a cabo este tipo de entrevista consistió en dar a conocer y describir las vivencias de estos pacientes puesto que ellos son los principales afectados en su rol afectivo, físico y social; este método de recolección de información les permitió expresar todos sus sentimientos, emociones que de una u otra manera fueron afectadas durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos; permitió a los investigadores interpretar, analizar a profundidad los datos obtenidos en la misma para así cumplir con los objetivos de el estudio.

Las entrevistas estaban estructuradas por 4 preguntas claves que guiaron el sentido de la entrevista. Al final de cada entrevista los investigadores tuvieron el tiempo máximo de 24 horas para analizar e interpretar los resultados de las entrevistas.

⁴ Ibid., p. 5

⁵ Creswell, J.W. Definición estudio fenomenológico. 1998; [páginas 2]. Disponible en:
URL: <http://cristiancerdag.googlepages.com/02DefinicionEstudioFenomenologico.pdf> Citado Abril 23, 2009.

El análisis de la información fue realizado según el esquema propuesto por Cohen M. (2000)⁶ quienes plantean que se inicia durante la primera realización de la entrevista, seguida de una inmersión de los datos mediante la lectura de las transcripciones y el análisis línea por línea, con el fin de analizar una sección de temas y ejemplares; a continuación se separan los temas que resulten significativos de las transcripciones de los participantes, y se redactan en menos. El paso siguiente consiste en la búsqueda bibliográfica y narrativa previa de la experiencia⁷.

Se realizó un análisis del contenido de cada entrevista. El proceso comenzó con la inmersión: leer y releer los textos y revisar las notas. A medida que se leyó, los investigadores trataron de detectar los temas que surgieron y se comenzó a asignar rótulos o códigos a los fragmentos de texto que representaban esos temas. Una vez que los temas fueron codificados, el investigador analizó cada área temática, presentando primero en detalle la información pertinente para cada categoría y reduciendo luego la información a sus puntos esenciales.

En cada caso buscó el significado básico de los pensamientos, sentimientos y comportamientos descritos en el texto, es decir, interpretar los datos. Por último, se hizo una interpretación global de los resultados del estudio, mostrando cómo se relacionan entre sí las áreas temáticas, explicando cómo la red de conceptos responde a las preguntas originales del estudio y sugiriendo lo que significa esos resultados más allá del contexto específico del estudio.

Se inició la lectura y codificación mientras se reunían los datos sobre el terreno. Los procesos de presentación y reducción de los datos a menudo se efectuaron una vez que se recolectaron todos los datos, aunque en ocasiones se iniciaron antes. Sin embargo, aun durante estos últimos pasos del proceso en el análisis cualitativo, los investigadores volvieron a los pasos anteriores para perfeccionar códigos, releer textos y revisar ciertos aspectos del análisis.⁸

Objetivos

Objetivo General

Comprender las emociones y sentimientos experimentados por el paciente sometido a ventilación mecánica que han estado hospitalizados en la Unidad de Cuidado Crítico.

Objetivos Específicos

Describir las vivencias de los pacientes frente al uso de la ventilación mecánica.

Describir los factores que facilitan o limitan la experiencia del paciente frente a la ventilación mecánica.

Identificar los mecanismos de afrontamiento del paciente frente a la ventilación mecánica.

Resultados y Discusión

Caracterización Sociodemográfica

Los pacientes eran de género masculino, entre las

⁶ Cohen M, Hahn D, Steeves R. Hermeneutic phenomenology research, A practical guide for nurse research. Londres: Saac, 2000; [páginas 71-83] Citado Abril 23, 2009.

⁷ Beltran O. La enfermedad grave, una oportunidad. Universidad de Antioquia; Medellín 2008; Rev Invest Edu Enfer 26(1):68-77 Disponible en: URL: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1052/105215231006.pdf> Citado Marzo 30, 2009.

⁸ Revueltas F, Sánchez M. Programas de análisis cualitativo para la investigación en espacios virtuales de formación. Rev Teoría de la Educación y Cultura en la Sociedad de la Información Universidad de Salamanca. [Seriada en Línea] 2003; [Páginas 21]. Disponible en: URL: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/56465/1/TEE2003_V4_programasanalisis.pdf Citado Marzo 30, 2009.

edades de 26 a 74 años, de estratos socioeconómicos medios 2 y 3, y nivel educativo hasta estudios técnicos universitarios.

Factores que inciden en la actitud del paciente

Al realizar las entrevistas se encontró con una serie de factores comunes en los pacientes, de especial relevancia por su papel en la aparición de desórdenes psicológicos la restricción de la movilidad, limitación de la habilidad para realizar las actividades cotidianas de forma independiente, imposibilidad de comunicación, así como de ingesta oral de alimentos. Todo ello produjo una situación estresante favorecedora de la aparición de alteraciones psicológicas manifestadas por los informantes; dentro de las cuales están tristeza, depresión, incomodidad y resignación.

Sumado a esto teniendo en cuenta que el soporte ventilatorio conlleva una pérdida de independencia y control sobre la más vital de las actividades voluntarias para el mantenimiento de la vida "respirar", además el respirador y el resto del equipo son una importante fuente de estrés, al igual los tubos endotraqueales y la intubación nasal a menudo producen traumas traqueales y laríngeos, todos los pacientes refirieron la falta de habilidad para la comunicación y la inmovilización derivada de la intubación.

Mecanismos de afrontamiento

Por todos estos factores estresantes los pacientes manifestaron la necesidad de unas redes de apoyo o mecanismos de afrontamiento que les ayudara y los acompañara a superar la crisis vivenciada; por lo que la familia y la religiosidad-espiritualidad fueron los más utilizados por los mismos.

Es así como al final de la recolección de la información y llevado a cabo el proceso de reducción e interpretación de los datos surgieron las siguientes categorías:

1. Comunicación

Hacerse entender donde se estableció de que manera los pacientes se comunicaron con sus familiares y personal de salud, como lo hicieron expresando los sentimientos generados tras esta situación.

Los informantes del estudio manifestaron en las entrevistas realizadas el uso más frecuente de la comunicación no verbal en comparación con la comunicación verbal en los lapsos de tiempo que se encontraban utilizando sus funciones cognitivas (sin efectos de sedación).

Estos pacientes refieren no haber utilizado la comunicación verbal debido a que la vía aérea artificial que tenían no se los permitía o sus familiares y el equipo de salud no comprendían claramente el mensaje que ellos querían dar, esta situación queda de manifiesto en las siguientes frases textuales:

*I1: "Yo trataba de comunicarme con mi familia por señas principalmente, trate de mover mis labios, y una vez intente escribir, pero no me entendieron además porque escribía muy lento".

Todos los informantes del estudio manifestaron haber utilizado el lenguaje mímico; dos de ellos refieren haber utilizado el lenguaje escrito; pero sólo uno de ellos logró comunicarse mediante esta forma con sus familiares y el equipo de salud; el informante que no lo logró hacer manifestó que se debió a la lentitud para lograr plasmar los caracteres.

* I1 (Informante1)

2. Agradecimiento y fe en un ser superior

Los informantes manifiestan tener una creencia en un ser supremo y a la vez refieren que el haber superado su patología de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos fue gracias a él, lo cual se pudo evidenciar en las siguientes frases:

*11: "Dios, si no fuera por el no estuviera acá (llanto del familiar), fue por el que logre salir de esta. Todo estaba en manos de él."

*15: "Si no hubiera sido por mi Dios yo no hubiera estado acá, itodo esto!, Cuando yo estuve allá, me acuerdo muy clarito que yo le pedí a mi Dios que no me dejara morir, que yo tenía muchos planes; y lo que si me acuerdo fue que el me dijo que los planes no eran míos, que eran de él y que él me tenía para grandes cosas; sentí que me empujó.... mi Dios intervino mucho"

3. Apoyo familiar

Se resalta a la familia como red social de apoyo para la situación crítica del paciente; incomodidad, imposibilidad para movilizarse, alimentarse por vía oral.

Los pacientes durante las entrevistas manifestaron que el apoyo familiar es una fortaleza importante para ellos, se sienten más animados, seguros, alivian sus temores y miedos, se muestran más colaboradores y tornan su experiencia negativa en algo pasajero, llenándolos de fuerza y esperanza para soportar los retos que impone el momento como lo expresa un informante en el siguiente pensamiento:

*15: fue muy importante; todos, mi esposa, mis hijos, todos....

Es así que en base a las concepciones anteriores se afirma la importancia del apoyo familiar en el enfrentamiento de experiencias que generan sentimientos negativos como soporte emocional y afectivo para la vivencia de las mismas.

4. El autocuidado

En esta se pone de manifiesto los sentimientos generados por ciertas inhabilidades físicas derivadas propiamente del proceso de ventilación mecánica, agradecimiento y fe en un ser superior en donde la religiosidad y espiritualidad actúan como mecanismo de apoyo para el afrontamiento de la crisis vivenciada, tristeza y depresión junto con resignación, sentimientos generados a consecuencia de la larga estadía hospitalaria, procedimientos invasivos y desprendimiento del entorno natural y finalmente ahogo-falta de aire y sueño como sentimientos derivados de los efectos físicos y mecánicos de la ventilación; las cuales se describen y analizan seguidamente

a. Ahogo-falta de aire

Los pacientes sometidos durante un largo periodo a ventilación mecánica (VM), sufren una atrofia y pérdida de funcionalidad de los músculos respiratorios, lo que dificulta el posterior destete ventilatorio; esto manifestado por los pacientes como una sensación de ahogo o imposibilidad de respirar si les quitaran el tubo⁹. Referido por los pacientes en expresiones como:

*14: Me faltaba el aire....cuando me quitaban el tubo...

El ahogo es expresado por los entrevistados como la sensación física de la "falta del aire" y se pone de manifiesto en la siguiente frase:

*11: yo dure bastante tiempo allá porque no me podían quitar el tubo ese... siempre que intentaban no podía respirar y tocaba de nuevo conectarme al ventilador....

*11 (Informante 1)
*15 (Informante5)

⁹ Iniesta J. Op cit., 7 p.
*11 (Informante 1)
*14 (Informante 4)

b. Tristeza y depresión

La tristeza fue manifestada por los pacientes durante el desarrollo de las entrevistas, ellos se sentían incómodos con las circunstancias que estaban viviendo, se sentían deprimidos por su situación actual pero era importante para ellos mantener la fe puesta en Dios y la familia, lo que ellos mas anhelaban era salir adelante, luchar y superar la situación para compartir momentos de alegría, felicidad, tristeza u otros sentimientos con la familia; quienes eran su mayor apoyo. Esto se evidencia en lo expresado por un informante:

***I1:** No miedo no, triste si porque era muy incomodo, me sentía deprimido pero con la esperanza puesta en Dios, pero con un gran deseo de estar en mi casa...

c. Resignación

Los informantes manifestaron sentir resignación o aceptación al momento de identificar y comprender que la ventilación mecánica; les permitía mantener su respiración, no le provocaba miedo, era una forma de seguir viviendo y salir adelante; estos se resignaban y aceptaban que eso era por el bien de ellos.

d. Sueño

Manifestaron que los sueños más frecuentes eran sobre sus familiares, de lugares donde se encontraban, sentían los sueños como reales, encontrándose bajo efectos de la sedación. Situación que se manifestó en la siguiente frase de un informante:

***I1:**“Recuerdo que una vez soñé que estaba por allá lejos pero que estaba enfermo que me tenían amarrado en una camilla que me iban aplicar inyecciones...pero yo no me dejaba.”

*I1 (Informante 1)

e. Incomodidad

Esta situación se evidencia en las entrevistas por los informantes al expresar la restricción de su condición, sumado con las medidas necesarias que requiere un ventilador, lo cual afecta de forma global esta área de la personalidad como se expresa a continuación:

I1: “Perjudicado... muy incomodo esa situación porque me incomodaba para comer y sobre todo para hablar y movilizarme.”

I3: noo!!! Eso si fue tremendo... imagínese yo estaba consciente y ahí con ese tubo que no me dejaba mover porque uhh no, es muy fuerte...yo lloraba, me sentía como desesperado en ese momento de no poder moverme al menos un poco.

Los pacientes están usualmente muy afectados por temores sobre la muerte, abandono por la familia o el personal, que pueden ser cruciales, produciendo ansiedad, depresión, y/o sobre todo modificación de la conducta.

Además que los pacientes necesitan cierto grado de sedación para facilitar su adaptación al ventilador lo que genera un nivel de dependencia y la disminución de la capacidad del autocuidado, además de estar restringida la movilidad debido obviamente a la cantidad de equipos requeridos.

La mayoría de los informantes refieren esta situación como la mayor fuente de estrés y la más traumática, la imposibilidad de comer, de valerse por sí mismo para cosas básicas como su cuidado personal generan sentimientos de frustración.

Conclusiones

Los pacientes sometidos a ventilación mecánica experimentan situaciones difíciles y estresantes

*I1 (Informante 1)

*I3 (Informante 3)

que en algunas ocasiones les generaba sentimientos de tristeza, depresión, angustia, dolor e incomodidad con los procedimientos que se les realiza o por los equipos que debían tener para suplir sus funciones vitales; es importante recalcar que pese a su incomodidad los pacientes expresaban la resignación como una manera de aceptación y superación frente a su situación.

Los pacientes expresaron la dificultad para comunicarse con las demás personas; la incomodidad que les daba el no poderse comunicar satisfactoriamente con su familia, dificultad que al hablar en algunos momentos les ocasionaba tristeza, depresión, pero que de una u otra forma gracias al apoyo de su familia y a su fe en Dios pudieron afrontar y superar la situación.

Dentro de los mecanismos de afrontamiento de su situación actual durante la estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos, los informantes del estudio refirieron la familia, la religión y la propia resignación como unos componentes de suma importancia para el proceso de su recuperación.

Los pacientes expresaron satisfacción con los servicios prestados pero a su vez expresaron y recalcaron la importancia de brindar una atención integral al paciente que se encuentra en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), no solo interviniendo como profesionales de salud en el aspecto físico o biológico, sino cabe resaltar la importancia de tener presente que esta persona es un ser biopsicosocial espiritual, y que alrededor de él también giran los sentimientos y muchas veces el sufrimiento de sus seres queridos y personas más allegadas.

Referencias Bibliográficas

- (1) Morano MJ, Fernández M, Contreras I, Cumbreira EM, Camero M, García S. Plan de cuidados: Paciente en Ventilación Mecánica Invasiva y Destete. Biblioteca Las casas, 2007; 3(2): [28 páginas]. Disponible en: URL: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0247.pdf> Citado Junio 29, 2009.
- (2) Iniesta J, Martín R, Carrion F, Ruíz MT, Parra F, López A. Problemas psicológicos en pacientes sometidos a ventilación mecánica. Revista Enfermería Global ISSN: 1695-6141 [Seriada en Línea] 2002; (1): [7 páginas]. Disponible en: URL: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/680/712> Citado Marzo 30, 2009.
- (3) Creswell JW. Definición estudio fenomenológico. 1998; [páginas 2]. Disponible en: URL: <http://cristiancerdag.googlepages.com/02DefinicionEstudioFenomenolgico.pdf> Citado Abril 23, 2009.
- (4) Cohen M, Hahn D, Steeves R. Hermeneutic phenomenology research, A practical guide for nurse research. Londres: Saac, 2000; [páginas 71-83] Citado Abril 23, 2009.
- (5) Beltrán Salazar, Oscar Alberto. La enfermedad grave, una oportunidad. Universidad de Antioquia; Medellín 2008; Rev Invest Edu Enfer 26(1):68-77 Disponible en: URL: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1052/105215231006.pdf> Citado Marzo 30, 2009.
- (6) Revueltas F, Sánchez M, Programas de análisis cualitativo para la investigación en espacios virtuales de formación. Rev Teoría de la Educación y Cultura en la Sociedad de la Información Universidad de Salamanca. [Seriada en Línea]

2003; [Páginas 21]. Disponible en: URL: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/56465/1/TEE2003_V4_programas analisis.pdf
Citado Marzo 30, 2009.

(6) Ministerio De Salud. Resolución Numero 5261 De 1994 Republica de Colombia; [138 páginas] Disponible en: URL: www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Res_5261_Procedimientos.pdf Citado Marzo 30, 2009.

Bibliografía

(1) Reyes C. Importancia de la religión en los ancianos, Cali; 1998; Rev Colombia Médica 29(4):155–157. Disponible en: URL: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL29NO4/religion.html> Citado Junio 29, 2009.

(2) Garciarce A. Apoyo Familiar. [8 páginas]. Disponible en: URL: <http://www.slideshare.net/apoyofamiliar/apoyo-familiar-presentation> Citado Junio 30, 2009.

(3) Hidalgo I, Vélez Y. Pueyo E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una unidad de cuidados intensivos; Enfermeras del Servicio de Cuidados Intensivos Rev Enferm Intensiva 2007; 18(3): 106-114. Disponible en: URL: <http://www.seeiuc.com/revista/res1832.htm> Citado Junio 29, 2009.

(4) Jean W. Cuidado Humanizado de Enfermería: Visibilizando La Teoría y La Investigación En Salud. Revista de Enfermería; [2 pantallas]. Disponible en: URL: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1042007/Tra bajoslibres1.htm>. Citado Abril 23, 2009.

(5) Martínez B, Torres L. Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente, Rev. Psicología y Salud; Universidad Veracruzana Xalapa México [Seriada en Línea] 2007 17(002): 229-241 disponible en: URL <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29117207.pdf> Citado Marzo 29, 2009.