








## ARTÍCULO ORIGINAL

# Diagnósticos de enfermería en familias de adultos hospitalizados: aplicación del Modelo Calgary

### HIGHLIGHTS

1. Diagnósticos más prevalentes: Ansiedad y Tensión en el papel del cuidador.
2. El dominio de afrontamiento/tolerancia al estrés fue el más frecuente.
3. Los diagnósticos de riesgo revelaron vulnerabilidad y sobrecarga de las familias.
4. Los diagnósticos de promoción evidenciaron potencial de adaptación familiar.

Jhordan Abner Teixeira Murilho<sup>1</sup>   
Lucas Eduardo de Oliveira<sup>1</sup>   
Mateus Souza da Luz<sup>2</sup>   
Gabriel Zanin Sanguino<sup>1</sup>   
Fernanda Ribeiro Baptista Marques<sup>1</sup>   
Maricy Morbin Torres<sup>1</sup>   
Mayckel da Silva Barreto<sup>1</sup> 

### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar los diagnósticos de enfermería más frecuentes en familias de pacientes adultos hospitalizados, a la luz del Modelo Calgary de Evaluación e Intervención de Familias y de la taxonomía NANDA-I. **Método:** Estudio descriptivo, cuantitativo, realizado en un hospital universitario en el sur de Brasil, entre julio de 2023 y junio de 2024, con 35 familiares. Los datos fueron obtenidos mediante consulta de enfermería estructurada en el Modelo Calgary, con la elaboración de genograma, ecomapa y registro de las necesidades. Los diagnósticos fueron definidos según la NANDA-I. **Resultados:** Se identificaron 284 ocurrencias diagnósticas, correspondientes a 63 títulos: 39 reales, 14 de riesgo, ocho de promoción de la salud y dos de síndrome. Ansiedad y Tensión en el papel de cuidador fueron más prevalentes. Los diagnósticos de riesgo revelaron vulnerabilidad y sobrecarga, mientras que los diagnósticos de promoción evidenciaron potencial de adaptación familiar. **Conclusión:** Los diagnósticos demostraron que la hospitalización impacta la dinámica familiar, lo que demanda intervenciones que fortalezcan a las familias.

**DESCRIPTORES:** Modelos de Enfermería; Proceso de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Hospitalización; Familia.

### CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Murilho JAT, de Oliveira LE, da Luz MS, Sanguino GZ, Marques FRB, Torres MM, et al. Diagnósticos de enfermería en familias de adultos hospitalizados: aplicación del Modelo Calgary. Cogitare Enferm [Internet]. 2026 [cited "insert year, month and day"];31:e101103es. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v31i0.101103es>

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem, Maringá, Paraná, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Programa de Pós-graduação em Biociências e Saúde, Cascavel, Paraná, Brasil.

## INTRODUCCIÓN

La familia se configura como unidad fundamental de cuidado, compuesta por subsistemas interdependientes que, articulados entre sí, forman un sistema mayor con dinámica propia<sup>1</sup>. Las relaciones de circularidad y reciprocidad establecidas entre sus miembros conforman patrones de interacción y vínculo, que son constantemente influenciados por aspectos culturales, sociales y contextuales<sup>2-3</sup>. En el ámbito de la hospitalización, el protagonismo familiar en la preservación del bienestar y en el apoyo al paciente se vuelve aún más evidente debido a la intensificación de la vulnerabilidad. Sin embargo, especialmente en la hospitalización de pacientes adultos, este papel permanece, muchas veces, subvalorado y poco reconocido por los equipos de salud<sup>4-5</sup>.

Superar esta brecha implica adoptar estrategias que promuevan la integración efectiva de la familia a la asistencia, reconociendo sus particularidades, necesidades y potencial de contribución. Además, las familias deben ser comprendidas como extensión del paciente, poseedoras de demandas propias que también necesitan ser consideradas por los profesionales de salud. En este sentido, dada la relevancia social y científica de acercar el cuidado de enfermería a la realidad de las familias en el contexto hospitalario, el presente estudio articuló el Modelo Calgary de Evaluación e Intervención de Familias (MCAIF)<sup>1</sup> al Proceso de Enfermería (PE), específicamente a la etapa de evaluación, mediante la recolección de datos e identificación de Diagnósticos de Enfermería.

El MCAIF se compone de dos etapas interdependientes: evaluación e intervención. La fase de evaluación abarca las dimensiones estructural, del desarrollo y funcional, permitiendo al enfermero comprender aspectos como composición familiar, vínculos, comunicación, creencias y organización interna. Ya la etapa de intervención busca promover, mejorar o sostener el funcionamiento eficaz de la familia en los dominios cognitivo, afectivo y comportamental<sup>1</sup>. De este modo, el MCAIF presenta etapas que se alinean a las fases del PE, siendo que la evaluación corresponde a las etapas de recolección de datos e identificación de diagnósticos, mientras que la intervención se relaciona con las fases de planificación de la asistencia, implementación y evaluación<sup>6</sup>.

Para apoyar la elaboración de las distintas etapas del PE es importante que el enfermero utilice Sistemas de Lenguaje Estandarizado como, por ejemplo, la taxonomía NANDA-I<sup>6</sup>. Esta taxonomía recomienda la elaboración de diagnósticos familiares siempre que estos tengan repercusión directa en los cuidados al paciente, lo que se alinea a la propuesta del MCAIF. Sin embargo, se observa cierta escasez de investigaciones que aborden los diagnósticos de enfermería en familias que conviven con la enfermedad, especialmente entre aquellas que viven la hospitalización de uno de sus miembros<sup>7-9</sup>.

Estudios, realizados hace casi dos décadas y utilizando las versiones NANDA 2001-2002 y NANDA 2005-2006, mostraron que los principales diagnósticos familiares en el contexto de la hospitalización incluían: Tensión debido al papel de cuidador; Comunicación verbal de la familia perjudicada; Mantenimiento del hogar perjudicado; Procesos familiares interrumpidos; Interacción social perjudicada; Conocimiento deficiente; y Ansiedad<sup>7-9</sup>. Actualizar este conocimiento es esencial para dirigir planes de cuidado alineados a las necesidades reales de las familias, potenciando la asistencia de enfermería e impactando positivamente el cuidado en el ámbito hospitalario.

Cabe destacar también que el escenario contemporáneo, marcado por el envejecimiento poblacional, por el aumento de las internaciones prolongadas y por las repercusiones postpandemia, ha intensificado las necesidades de las familias en el ambiente hospitalario, exigiendo que los profesionales estén preparados para acoger e intervenir ante estas demandas<sup>3</sup>. Actualizar los diagnósticos de enfermería aplicables

a las familias hospitalizadas se vuelve, por lo tanto, fundamental no solo para ampliar el conocimiento científico sobre el tema, sino también para subsidiar protocolos asistenciales y orientar estrategias educativas junto a los equipos de enfermería. Esto permitirá que los enfermeros sean capaces de elaborar planes de cuidados dirigidos a las reales necesidades de las familias que viven el proceso de hospitalización de un ser querido.

Además, al considerar que el cuidado no podría estar circunscripto a la enfermedad y al individuo, sino que debe contemplar e involucrar a las familias, el enfermero debe hacer uso de sus competencias y habilidades para identificar los principales diagnósticos relacionados con la familia, comprendiendo su dinámica, recursos, vulnerabilidades y fortalezas<sup>1,7</sup>. A partir de entonces, es posible elaborar intervenciones que potencien el apoyo emocional, favorezcan la adherencia al tratamiento y la transición del cuidado hospital-domicilio, promoviendo cuidados colaborativos y seguros<sup>1</sup>.

Ante lo expuesto, el objetivo del presente estudio fue identificar los diagnósticos de enfermería más frecuentes en familias de pacientes adultos hospitalizados, a la luz del MCAIF y de la taxonomía NANDA-I<sup>6</sup>.

## MÉTODO

Investigación descriptiva, de enfoque cuantitativo, que se desarrolló en el sector de clínica médico-quirúrgica de un hospital universitario público, ubicado en la región Sur de Brasil. El sector está compuesto por 75 camas de enfermería, divididas en 25 habitaciones y tres puestos de enfermería. Posee un perfil de pacientes adultos/ancianos, con condiciones crónicas agudizadas y pacientes en pre o postoperatorio. En relación con las familias, la política institucional garantiza la presencia de un acompañante para mayores de 60 años, menores de 18 años, mujeres o personas con dependencia de cuidados.

Los participantes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: tener más de 18 años, saber leer y escribir, ser familiar de un paciente adulto hospitalizado y estar como su acompañante. Por su parte, no fueron incluidos aquellos que estaban en horario de visita y/o presentaban dificultades de comunicación, tales como sordera-mudez, no dominio del idioma portugués y/o dislalia. No hubo exclusiones a partir de la aplicación de tales criterios.

La recolección de datos se realizó a través de consultas de enfermería realizadas junto a las familias durante la hospitalización, las cuales ocurrieron en sala reservada, en el propio sector y tenían una duración media de una hora y media. Estudiantes de pregrado, posgrado y profesores del curso de enfermería de la Universidade Estadual de Maringá llevaron a cabo las consultas, quienes fueron previamente preparados y entrenados para la estandarización del instrumento, así como hicieron una inmersión en la temática de enfermería familiar. Las familias fueron localizadas a partir de un proyecto de extensión titulado Modelo Calgary de evaluación e intervención con familias durante la hospitalización que tiene como objetivo evaluar e intervenir junto a las familias de los pacientes, a través del MCAIF.

La elección de los potenciales participantes se realizó con base en la evaluación de las enfermeras del sector, quienes identificaban pacientes con necesidades de cuidados de alta dependencia (a través de la aplicación de la Escala de Fugulin, lo que constituye rutina del servicio) y que estaban acompañados por familiares capaces de comunicarse con el equipo de investigadores. Una vez identificados los pacientes, los

estudiantes analizaban los datos de su historial clínico, para que posibles aclaraciones sobre el cuadro clínico fueran ofrecidas al familiar durante la consulta.

La aproximación con los familiares fue al lado de la cama y comenzó con la presentación del estudio y sus objetivos, seguida de la invitación a participar en la consulta de enfermería destinada a la recolección de datos. Después de la aproximación, hubo rechazo por parte de tres cuidadores que no quisieron dejar a sus seres queridos sin supervisión familiar. Una vez aceptada la participación, la consulta se iniciaba con la aclaración detallada sobre la naturaleza y finalidad de la investigación. A continuación, se entregaba el Término de Consentimiento Libre e Informado, solicitando la lectura cuidadosa y la firma del documento, asegurando la concordancia formal y voluntaria del participante.

La recolección de datos ocurrió entre los meses de julio de 2023 y junio de 2024, junto a una muestra no probabilística de 35 familiares, número limitado por la agotamiento de la disponibilidad de los investigadores, quienes desarrollaban las actividades del proyecto una vez por semana. Considerando que son, en promedio, 40 semanas lectivas y que, a veces, hubo reuniones del grupo de investigación para capacitación y alineación de las consultas de enfermería, el número alcanzado fue de 35 familias a lo largo de un año.

Las consultas fueron guiadas por la aplicación de un instrumento semiestructurado, adaptado a partir del modelo original proporcionado por el MCAIF<sup>1</sup>, que buscaba conocer la estructura, la etapa del desarrollo y la funcionalidad de la familia. También había en el instrumento campos específicos para identificar los desafíos y/o preocupaciones presentadas por la familia, la "historia de la familia, las fortalezas de la familia y las hipótesis de sufrimiento de la familia. Además, había espacio para relatar las intervenciones realizadas durante la consulta, así como para el registro del genograma y ecomapa (desarrollados en aplicaciones de diseño gráfico), los cuales, al final de la consulta, eran ofrecidos a las familias. Tales herramientas facilitaban la comprensión de cada caso familiar.

Después de la recolección, los datos fueron digitados en un formulario virtual idéntico al instrumento físico, con el fin de ser analizados posteriormente para la identificación de los diagnósticos de enfermería. Para ello, se utilizó un proceso diagnóstico estructurado, que comprendió la categorización de los datos, la detección de lagunas e inconsistencias, el agrupamiento de patrones, la comparación con referencias, la inferencia diagnóstica y la determinación de las relaciones entre los hallazgos. La rotulación final de los diagnósticos se basó en la Taxonomía de la NANDA-I 2021-2023<sup>6</sup> y fue realizada por dos investigadores, simultáneamente, analizando las discrepancias hasta obtener consenso. A continuación, los diagnósticos identificados fueron analizados mediante la estadística descriptiva y presentados en tablas de frecuencia absoluta y relativa.

Se siguieron todos los preceptos éticos disciplinados por las resoluciones 466/2012 y 510/2016 del Consejo Nacional de Salud. El proyecto fue previamente aprobado por el Comité Permanente de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidade Estadual de Maringá (UEM) - Informe: 6117092.

## RESULTADOS

Se entrevistaron 35 familias de pacientes adultos hospitalizados. En relación a los familiares, el 14% eran hombres y el 86% mujeres. Entre los participantes del sexo

masculino, el vínculo familiar con el paciente era: esposo, padre, hermano, hijo y primo. Entre los familiares del sexo femenino, la distribución de los vínculos con los pacientes fue la siguiente: 11 hijas, nueve esposas, cuatro hermanas, dos sobrinas, una tía, una madre, una nieta y una nuera.

Ya entre los pacientes, se observó una mayor proporción de hombres (60%). Los pacientes poseían diagnósticos clínicos diversos, que variaron principalmente entre politraumas por caídas y accidentes automovilísticos; amputaciones traumáticas o por heridas infectadas; quemaduras; insuficiencias cardiovasculares; problemas de orden nefrológico, como ureterolitiasis y nefrolitiasis; problemas neurológicos, como ACV y epilepsia; neoplasias; intoxicación exógena/intento de autoexterminio; y también casos de enfermedades raras como Síndrome de Duchenne y Síndrome de Fahr.

Después de los análisis, se identificaron 284 ocurrencias diagnósticas, a partir de 63 diagnósticos de enfermería distintos (siendo 39 con enfoque en el problema, 14 de riesgo, ocho de promoción de salud y dos de síndrome). Por familia, hubo una variación de dos a 21 diagnósticos (promedio de ocho). La Tabla 01 presenta la relación de los diagnósticos reales.

**Tabla 1.** Distribución de los diagnósticos de enfermería reales identificados en las familias en estudio. Maringá, PR, Brasil, 2024

(continuar)

Dominio	Diagnóstico (código)	n	%
7	Tensión en el papel de cuidador (00061)	22	7,8
9	Ansiedad (00146)	22	7,8
7	Procesos familiares disfuncionales (00063)	13	4,6
7	Procesos familiares interrumpidos (00060)	12	4,2
9	Sobrecarga de estrés (00177)	11	3,9
7	Conflicto en el papel de padre/madre (00064)	10	3,6
7	Desempeño de papel ineficaz (00055)	07	2,4
7	Relación ineficaz (00223)	06	2,1
9	Planificación de actividades ineficaz (00199)	06	2,1
9	Enfrentamiento familiar comprometido (00073)	06	2,1
9	Miedo (00148)	06	2,1
4	Trastorno en el patrón de sueño (00198)	05	1,7
9	Pesar (00136)	05	1,7
9	Sentimiento de impotencia (00125)	05	1,7
9	Ansiedad relacionada con la muerte (00147)	05	1,7
9	Enfrentamiento ineficaz (00069)	05	1,7
9	Enfrentamiento familiar incapacitado (00074)	05	1,7
1	Disminución en la participación en actividades recreativas (00097)	04	1,4
4	Fatiga (00093)	04	1,4
4	Mantenimiento del hogar afectado (00098)	04	1,4
5	Control emocional lábil (00251)	04	1,4
7	Interacción social afectada (00052)	04	1,4
12	Confort afectado (00214)	04	1,4
1	Control de la salud familiar ineficaz (00078)	03	1,0
9	Tristeza crónica (00137)	03	1,0
9	Enfrentamiento defensivo (00071)	03	1,0
10	Religiosidad afectada (00169)	03	1,0
6	Baja autoestima situacional (00120)	03	1,0

**Tabla 1.** Distribución de los diagnósticos de enfermería reales identificados en las familias en estudio. Maringá, PR, Brasil, 2024

(conclusión)			
Dominio	Diagnóstico (código)	n	%
1	Comportamiento de salud en riesgo (00188)	02	<1
9	Negación ineficaz (00072)	02	<1
9	Enfrentamiento ineficaz de la comunidad (00077)	02	<1
9	Resiliencia afectada (00210)	02	<1
-	Otros*	07	2,4

Leyenda: n= 205; \*frecuencia de una ocurrencia diagnóstica.

Fuente: Los autores (2024).

De los diagnósticos reales identificados, Ansiedad (00146) y Tensión en el rol de cuidador (00061) fueron los más frecuentes, con 22 ocurrencias cada uno. Se identificó que el 62,8% de las familias experimentaron estos dos diagnósticos. En la secuencia, los diagnósticos más frecuentes fueron Procesos familiares disfuncionales (00063) y Procesos familiares interrumpidos (00060), observándose, respectivamente, en 13 y 12 familias. Sobrecarga de estrés (00177) fue identificado 11 veces.

El segundo tipo de diagnóstico más identificado fueron los diagnósticos de riesgo, como se representa en la Tabla 2. En cuanto a los diagnósticos de riesgo, se evidenciaron 11 ocurrencias del diagnóstico Riesgo de tensión en el papel de cuidador (00062) y 10 ocurrencias del diagnóstico Riesgo de sentimiento de impotencia (00152).

**Tabla 2.** Distribución de los diagnósticos de enfermería de riesgo identificados en las familias en estudio. Maringá, PR, Brasil, 2024

Dominio	Diagnóstico (código)	n	%
7	Riesgo de tensión en el papel de cuidador (00062)	11	3,9%
9	Riesgo de sentimiento de impotencia (00152)	10	3,5%
9	Riesgo de resiliencia perjudicada (00211)	06	2,1%
9	Riesgo de síndrome de estrés por cambio (00149)	06	2,1%
9	Riesgo de planificación de actividades ineficaz (00226)	05	1,7%
6	Riesgo de baja autoestima situacional (00153)	03	1%
9	Riesgo de pesar complicado (00172)	03	1%
6	Riesgo de baja autoestima crónica (00224)	02	<1%
12	Riesgo de soledad (00054)	02	<1%
6	Riesgo de dignidad humana comprometida (00174)	01	<1%
7	Riesgo de relación ineficaz (00229)	01	<1%
7	Riesgo de paternidad/maternidad perjudicada (00057)	01	<1%
8	Riesgo de proceso perinatológico ineficaz (00227)	01	<1%
10	Riesgo de religiosidad perjudicada (00170)	01	<1%

Leyenda: n= 53

Fuente: Los autores (2024).

También se identificaron diagnósticos de promoción de la salud (Tabla 3). Los más frecuentes fueron: Disposición para el autoconcepto mejorado (00167) y Disposición para el afrontamiento mejorado (00158), ambos con tres ocurrencias cada uno.

**Tabla 3.** Distribución de los diagnósticos de enfermería de promoción identificados en las familias. Maringá, PR, Brasil, 2024

Dominio	Diagnóstico (código)	n	%
6	Disposición para el autoconcepto mejorado (00167)	03	1%
9	Disposición para el afrontamiento mejorado (00158)	03	1%
7	Disposición para la relación mejorada (00207)	02	<1%
7	Disposición para procesos familiares mejorados (00159)	02	<1%
4	Disposición para el sueño mejorado (00165)	01	<1%
5	Disposición para la comunicación mejorada (00157)	01	<1%
6	Disposición para la esperanza aumentada (00185)	01	<1%
9	Disposición para el afrontamiento familiar mejorado (00075)	01	<1%
12	Disposición para el confort mejorado (00183)	01	<1%

Leyenda: n= 15

Fuente: Los autores (2024).

Entre los diagnósticos de síndrome, se identificaron: Síndrome de estrés por cambio (00114) con siete ocurrencias y Síndrome de identidad familiar perturbada (00283) con dos ocurrencias (datos no presentados en tabla).

Los diagnósticos encontrados representaban nueve de los 13 dominios presentes en la taxonomía de la NANDA-I<sup>6</sup>. Los dominios con más diagnósticos fueron: Dominio 9: Enfrentamiento/tolerancia al estrés, registrando 23 diagnósticos, responsables de 131 de las ocurrencias, y el Dominio 7: Roles y relaciones, con 13 diagnósticos y 94 ocurrencias (Tabla 4).

**Tabla 4.** Frecuencia absoluta y relativa de los dominios del NANDA-I. Maringá, PR, Brasil, 2024

Dominio NANDA-I	Diagnósticos representados	n	%
Dominio 9: Enfrentamiento/tolerancia al estrés	23	131	46,1
Dominio 7: Roles y relaciones	13	94	33,0
Dominio 6: Autopercepción	08	15	5,3
Dominio 4: Actividad/reposo	05	15	5,3
Dominio 1: Promoción de la Salud	03	09	3,1
Dominio 12: Confort	04	08	2,8
Dominio 5: Percepción/Cognición	03	06	2,1
Dominio 10: Principios de vida	03	05	1,7
Dominio 8: Sexualidad	01	01	<1%

Leyenda: n= 284

Fuente: Los autores (2024).

## DISCUSIÓN

Los estudios realizados hace casi dos décadas evidenciaron que los principales diagnósticos de enfermería de NANDA-I en familias que vivencian el proceso de hospitalización fueron: Tensión del rol de cuidador; Comunicación verbal de la familia afectada; Mantenimiento del hogar afectado; Procesos familiares interrumpidos; Interacción social afectada; Conocimiento deficiente; y Ansiedad<sup>7-9</sup>. Los hallazgos de la

presente investigación demuestran continuidad, pero, al mismo tiempo, actualización de estos resultados.

Se observa que diagnósticos como Tensión del rol de cuidador, Procesos familiares interrumpidos y Ansiedad mantienen relevancia en el contexto contemporáneo, mientras que otros, como Mantenimiento del hogar afectado, Interacción social afectada y Conocimiento deficiente, ceden lugar a diagnósticos emergentes, tales como Riesgo de tensión en el rol de cuidador, Procesos familiares disfuncionales y Sobrecarga de estrés. Se destaca, además, que el diagnóstico de Comunicación verbal de la familia afectada no fue identificado en este análisis, posiblemente relacionado con el hecho de que, en la actualidad, están a disposición de las familias nuevas herramientas digitales de comunicación, facilitando la interacción entre sus miembros.

El proceso de hospitalización impacta directamente la dinámica familiar, exigiendo que uno de los miembros asuma el rol de cuidador, tanto en casos de condiciones agudas como en la descompensación de enfermedades crónicas<sup>10-11</sup>. Este rol, en general, recae sobre una única persona, históricamente asociado a las mujeres<sup>12</sup>. La sobrecarga, súbita o progresiva, puede generar sufrimiento físico, emocional y espiritual, manifestándose en nerviosismo, frustración, alteraciones en las actividades de ocio, conflictos familiares, preocupaciones constantes y fatiga<sup>3</sup>. Además, la enfermedad de un ser querido tiende a intensificar fragilidades relacionales ya existentes<sup>11</sup>.

En este contexto, los diagnósticos de Tensión del rol de cuidador y Riesgo de tensión del rol de cuidador – que, sumados, estuvieron presentes en el 94,2% de las familias participantes – son particularmente representativos, ya que sintetizan los múltiples impactos físicos, emocionales, sociales y económicos del cuidado<sup>10,13-14</sup>. Las características definitorias de este diagnóstico abarcan aspectos relacionados con las actividades de cuidado, al estado de salud del cuidador (fisiológicos, emocionales y socioeconómicos), a la relación cuidador–receptor de cuidados y a los procesos familiares. Los factores relacionados incluyen variables vinculadas al paciente, al cuidador, a las interacciones entre ambos, al contexto socioeconómico y a las dinámicas familiares<sup>6</sup>. Esta amplitud justifica la pertinencia y frecuencia de estos diagnósticos en los casos analizados.

La hospitalización, por sí sola, es fuente de ansiedad, inseguridad y miedo para los familiares<sup>11</sup>. El diagnóstico de Ansiedad, definido por la NANDA-I<sup>6</sup> como un sentimiento de incomodidad o temor ante la anticipación de un peligro, se mostró recurrente. Sus características definitorias abarcan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y conductuales, asociadas a factores como la amenaza a la integridad del familiar, estresores múltiples, necesidades no atendidas e incertidumbres sobre el pronóstico<sup>6</sup>. Así, el diagnóstico de Ansiedad y sus análogos como: La ansiedad relacionada con la muerte y el miedo son pertinentes para las familias que viven la hospitalización<sup>7-9</sup>. La literatura evidencia que el apoyo efectivo de profesionales, familiares, amigos o redes espirituales actúa como un factor protector, reduciendo la intensidad de estos síntomas y fortaleciendo las estrategias de afrontamiento<sup>10,15-16</sup>. Así, se señala que la inclusión de la familia como foco del cuidado debe ser reforzada en el entorno hospitalario.

El conflicto familiar emergió como un elemento central, asociado a la falta de apoyo, a la dependencia y a la escasez de recursos financieros, condiciones que favorecen diagnósticos como "Afrontamiento familiar incapacitado, Afrontamiento familiar comprometido, Procesos familiares interrumpidos y Procesos familiares disfuncionales"<sup>17-18</sup>. Estos diagnósticos engloban situaciones de reducción en el apoyo mutuo y emocional, fallas de comunicación, dificultades en la toma de decisiones, incapacidad para expresar sentimientos, negación y conflictos crónicos, además de un sentimiento de impotencia y sobrecarga de estrés<sup>6</sup>.

Por otro lado, se observó la presencia de diagnósticos de promoción de la salud, como, por ejemplo, Disposición para una comunicación mejorada, Disposición para una esperanza aumentada, Disposición para una relación mejorada, Disposición para procesos familiares mejorados, entre otros. Estos diagnósticos reflejaron tanto situaciones de conflicto, en las que emergía el deseo de superación, como la percepción de la hospitalización como una oportunidad de reconciliación y resignificación de las relaciones familiares. Cabe al enfermero, en este contexto, apoyar y crear condiciones que favorezcan tales procesos de promoción de la salud.

En síntesis, los hallazgos de este estudio confirman la persistencia de diagnósticos clásicos en el contexto de la hospitalización familiar, al mismo tiempo que evidencian el surgimiento de nuevos diagnósticos que reflejan transformaciones sociales y una mayor complejidad de las demandas de cuidado. La coexistencia de diagnósticos relacionados con la sobrecarga, la ansiedad y los procesos familiares interrumpidos, con diagnósticos de promoción de la salud, revela no solo la vulnerabilidad, sino también la resiliencia y la capacidad de adaptación de las familias frente al enfermar de un ser querido. Estos resultados refuerzan la necesidad de prácticas de enfermería centradas en la familia, que reconozcan tanto los factores de riesgo como los potenciales de afrontamiento y fortalecimiento, de modo que se puedan subsidiar intervenciones más integrales, personalizadas y orientadas a la promoción de la salud y la calidad de vida.

Entre las limitaciones de este estudio, se destaca el hecho de que la muestra fue no probabilística y compuesta por 35 familias de un único hospital universitario, lo que restringe la generalización de los hallazgos. Además, se observó una predominancia de mujeres entre los participantes familiares (86%), lo que puede limitar la comprensión de la experiencia masculina en el papel de cuidador. Otro aspecto relevante se refiere al criterio de selección de los participantes, realizado a partir de la indicación de las enfermeras del sector, lo que puede haber introducido sesgo de selección, en la medida en que se priorizaron familias consideradas más accesibles o con mayor disponibilidad comunicativa. Sin embargo, los hallazgos son relevantes para avanzar en la comprensión de las principales necesidades familiares afectadas por el proceso de hospitalización.

Además, los hallazgos amplían la comprensión del cuidado a la familia como unidad de cuidado; los diagnósticos permiten la promoción de acciones que pueden favorecer el cuidado integral y la promoción de la cultura de seguridad y calidad en la asistencia al individuo. Posibles intervenciones pueden ser propuestas a partir de los diagnósticos enumerados, tales como la comunicación terapéutica, el fortalecimiento de los vínculos, la participación activa de la familia en la toma de decisiones, así como la elaboración de estrategias educativas para el manejo de enfermedades, apoyo emocional y reorganización de roles ante el enfermar, además de acciones que puedan empoderar a la familia de modo que tanto el paciente como su familia sean protagonistas en el proceso de cuidado<sup>1</sup>.

La contribución de este estudio a la ciencia de la enfermería radica en la ampliación del conocimiento sobre el cuidado a la familia en entornos hospitalarios y en la posibilidad de revisar, actualizar o validar diagnósticos ya existentes, asegurando una mayor aplicabilidad a las realidades contemporáneas. Además, se destaca la necesidad de desarrollar estudios de análisis de concepto y validación clínica con diferentes poblaciones, con el fin de mejorar la precisión diagnóstica, fortalecer el razonamiento clínico y calificar la práctica asistencial de la enfermería.

## CONCLUSIÓN

Los hallazgos de este estudio evidenciaron que los principales diagnósticos de enfermería identificados en las familias participantes fueron: Tensión del rol de cuidador, Ansiedad, Riesgo de tensión del rol de cuidador, Procesos familiares disfuncionales, Procesos familiares interrumpidos, Sobrecarga de estrés y Riesgo de sentimiento de impotencia.

La elevada frecuencia de diagnósticos en cada familia apunta a su vulnerabilidad en el contexto hospitalario, frecuentemente poco asistidas por los profesionales de salud. Ante esto, se vuelve esencial que el enfermero actúe en la detección temprana de los diagnósticos, en el desarrollo de estrategias de afrontamiento y en el fortalecimiento de redes de apoyo al cuidador principal, con el fin de minimizar riesgos, reducir la sobrecarga y promover una mayor calidad de vida familiar.

Se recomienda que nuevas investigaciones exploren intervenciones efectivas para el manejo de los diagnósticos de enfermería en diferentes contextos institucionales y socioculturales, así como que se enfoquen en la experiencia de los cuidadores familiares masculinos, además de expandirse a estudios multicéntricos, con muestreos probabilísticos para la validación de los resultados encontrados.

## REFERENCIAS

1. Shajani Z, Snell D. Wright & Leahey's nurses and families: a guide to family assessment and intervention. 7th ed. Philadelphia: FA Davis; 2019. 368 p.
2. Gavazzi SM, Lim JY. Family systems theory. In: Gavazzi SM, Lim JY, editors. Families with adolescents: advancing responsible adolescent development. 2nd ed. Springer, Cham [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 10]:35-45. Available from: [https://doi.org/10.1007/978-3-031-43407-5\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-031-43407-5_4)
3. Barreto MS, Marques FRDM, Gallo AM, Garcia-Vivar C, Carreira L, Salci MA. Striking a new balance: A qualitative study of how family life has been affected by COVID-19. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 12];e4045. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6705.4044>
4. Barreto MS, Cruz VB, Batista VC, Sales CA, Oliveira AP, Gvozd R, et al. Factors associated with nurses' positive attitudes towards families' involvement in nursing care: a scoping review. J Clin Nurs [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 20];31(23-24):3338-49. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.16226>
5. Lee-Steere K, Mudge AM, Liddle J, Bennett S. Understanding family carer experiences and perceptions of engagement in delirium prevention and care for adults in hospital: qualitative systematic review. J Clin Nurs [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 20];33(4):1320-45. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.16990>
6. Herdman, TH, Kamitsuru S, Lopes CT. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificações 2021-2023. 12th ed. Porto Alegre: Artmed; 2023. 568 p.
7. Montefusco SRA, Bachion MM, Nakatani AYK. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o modelo Calgary e a taxonomia da NANDA. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2008 [cited 2024 Aug 8];17(1):72-80. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000100008>
8. Montefusco SRA. Diagnósticos de enfermagem identificados em famílias em situação de acompanhamento hospitalar utilizando o modelo Calgary [dissertation on the Internet]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2007 [cited 2024 Jul 19]. 129 f. Available from: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/items/Od4ad898-0779-4917-b870-170cc6acfe6a/full>
9. Goyotá SLT, Rossi LA, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem de familiares de pacientes adultos queimados no período próximo à alta hospitalar. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2006 [cited 2024

Aug 8];14(1):102-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100014>

10. Muñoz-Cruz JC, López-Martínez C, Orgeta V, Del-Pino-Casado R. Subjective caregiver burden and coping in family carers of dependent adults and older people: a systematic review and meta-analysis. *Stress Health* [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 20];40(4):e3395. Available from: <https://doi.org/10.1002/smi.3395>
11. Montefusco SRA, Bachion MM, Vera I, Caixeta C, Munari DB. Tensão do papel de cuidador: ocorrência em familiares de pessoas com doenças crônicas hospitalizadas. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2012 Aug [cited 2024 Nov 20];10(4):828-35. Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18329>
12. Pinto IS, Pedreira LC, Belmonte MS, Lacerda MR, Amaral JB, Menezes TMO, et al. Acquisition of mastery by the caregiver for the continuity of care after hospital discharge. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2024 Aug [cited 2024 Nov 20];78:151809. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2024.151809>
13. Aamodt WW, Kluger BM, Mirham M, Job A, Lettenberger SE, Mosley PE, et al. Caregiver burden in Parkinson disease: a scoping review of the literature from 2017-2022. *J Geriatr Psychiatry Neurol* [Internet]. 2024 Mar [cited 2024 Nov 20];37(2):96-113. Available from: <https://doi.org/10.1177/08919887231195219>
14. Azimi T, Johnson J, Campbell SM, Montesanti S. Caregiver burden among parents of children with type 1 diabetes: a qualitative scoping review. *Heliyon* [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 20];10(6):e27539. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e27539>
15. Qi W, Deng J, Guo W, Chen F, Liu X, Zhang Y, et al. Spiritual coping in family caregivers of patients with advanced cancer: a cross-sectional study. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 20];67(3):e177-e84. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.11.022>
16. López-Martínez C, Orgeta V, Frías-Osuna A, Del-Pino-Casado R. Coping and anxiety symptoms in family carers of dependent older people: mediation and moderation effects of subjective caregiver burden. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2024 May [cited 2024 Nov 20];56(3):371-81. Available from: <https://doi.org/10.1111/jnu.12957>
17. Fisher MMJB, Marcon SS, Barreto MS, Batista VC, Marquete VF, de Souza RR, et al. Caring for a family member with stroke sequelae: the first days at home after hospital discharge. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 20];25:e-1385. Available from: <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20210033>
18. Skoulatou M, Govina O, Kalemikerakis I, Prountzou A, Tsougia P, Kavga-Paltoglou A. Burden and quality of life of family caregivers caring for patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J* [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 20];51(4):377-88. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39230467/>

## ***Nursing diagnoses in families of hospitalized adults: application of the Calgary Model***

### **ABSTRACT**

**Objective:** To identify the most frequent nursing diagnoses in families of hospitalized adult patients, in light of the Calgary Family Assessment and Intervention Model and the NANDA-I taxonomy. **Method:** A descriptive, quantitative study conducted in a university hospital in southern Brazil between July 2023 and June 2024 with 35 family members. Data were obtained through nursing consultations structured according to the Calgary Model, including the construction of a genogram, ecomap, and the recording of family needs. Nursing diagnoses were defined according to NANDA-I. **Results:** A total of 284 diagnostic occurrences were identified, corresponding to 63 nursing diagnosis titles: 39 problem-focused diagnoses, 14 risk diagnoses, eight health promotion diagnoses, and two syndrome diagnoses. Anxiety and Caregiver Role Strain were the most prevalent. Risk diagnoses revealed vulnerability and burden among families, whereas health promotion diagnoses indicated potential for family adaptation. **Conclusion:** The diagnoses demonstrated that hospitalization impacts family dynamics, highlighting the need for interventions that strengthen and support families. **DESCRIPTORS:** Models, Nursing; Nursing Process; Nursing Diagnosis; Hospitalization; Family.

**Recibido en:** 04/09/2025

**Aprobado en:** 02/02/2026

**Editor asociado:** Dr. Nuno Damácio de Carvalho Félix

#### **Autor correspondiente:**

Mayckel da Silva Barreto

Universidade Estadual de Maringá

Av. Colombo, 5790 - Jd. Universitário CEP 87020-900 - Maringá - PR

E-mail: [msbarreto@uem.br](mailto:msbarreto@uem.br)

#### **Contribución de los autores:**

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Murilho JAT, de Oliveira LE, da Luz MS, Sanguino GZ, Marques FRB, Torres MM, Barreto MS**. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Murilho JAT, de Oliveira LE, da Luz MS, Sanguino GZ, Marques FRB, Torres MM, Barreto MS**. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Murilho JAT, de Oliveira LE, da Luz MS, Sanguino GZ, Marques FRB, Torres MM, Barreto MS**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

#### **Conflicto de intereses:**

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

#### **Disponibilidad de datos:**

Los autores declaran que los datos pueden disponerse bajo solicitud al autor correspondiente.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).