



Trabajo Fin de Grado:

**Los beneficios de integrar a la familia en la
Unidad de Cuidados Intensivos.**

Revisión bibliográfica

Autor: David Mateos Picado

Grado en Enfermería.

Universidad Autónoma de Madrid

Tutora: Matilde Tenorio Matanzo

Mayo 2017

Quiero dedicar este estudio a mi padre que falleció cuando más necesitaba de él y quiero hacerle partícipe de este trabajo puesto que le hubiese gustado verme crecer como persona y llegar hasta este momento de mi vida.

Tu hijo.

ÍNDICE

| | |
|--------------------------|-------|
| Resumen | 3-4 |
| Abstract | 4-5 |
| Introducción | 5-12 |
| Justificación | 12-13 |
| Objetivos | 14 |
| Material y Método | 14-17 |
| Resultados | 17-36 |
| Conclusión | 36-37 |
| Limitaciones del estudio | 37 |
| Bibliografía | 38-45 |
| Abreviaturas | 46 |
| Anexos | 47-48 |
| Agradecimientos | 49 |

RESUMEN

Introducción

La familia es un elemento muy importante para el paciente pero aun así, en la actualidad, no está formando parte en el cuidado de los pacientes ingresados en la UCI.

Objetivos

Determinar las necesidades sentidas por los familiares en las UCIs, analizar si se integra a la familia en el proceso con medidas que fomenten la salud de la unidad familiar, conocer los factores que interfieren en la relación terapéutica entre enfermería y familia y describir si existe relación entre la intervención de la familia y la evolución del paciente.

Con el objetivo principal de conocer los beneficios de integrar a la familia en las Unidad de Cuidados Intensivos.

Método

Revisión bibliográfica realizada en las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed, Cinhal, Psycinfo y Biblioteca Virtual en Salud.

Palabras clave

Familia, Cuidados Intensivos o UCI, Necesidades, Comunicación Terapéutica y Enfermería

Resultados

Del total de 24 artículos seleccionados se observa que la presencia de la familia en la UCI supone un beneficio tanto para ésta como para el paciente disminuyendo el estrés y la ansiedad que produce la hospitalización y las posteriores secuelas psicológicas, acelerando además la recuperación del paciente.

Conclusiones

Seguir desarrollando el proyecto HUCI (Humanización de las UCIs), y continuar formando a enfermeros comprometidos con su trabajo, para brindar un cuidado

excelente ya que somos, por y para el paciente y no se integra a la familia en los cuidados.

ABSTRACT

Introduction

Family is a crucial element for patients, however, they are not involved as part of the ICU patient's care.

Aims

To identify the perceived needs of families in Intensive care units, to analyse if the family integrates in the process with measures that promote the health within the family unit, to know the key facts that interfere in the therapeutic relationship between the nursing staff and the family and to describe if a relationship exists between the involvement of the family and the recovery of the patient.

The main objective will be to know the benefits of the family involvement in the Intensive Care Unit.

Method

The following investigation will be concluded with the use of the following databases: Cuiden, Pubmed, Cinhal, Psycinfo y Biblioteca Virtual en Salud.

Keywords

Family, Intensive Care Unit or ICU, Needs, Therapeutic Communication and Nursing

Results

Out of a total of 24 selected articles, it is clear that the involvement of the family within the intensive care unit is beneficial, as it reduces the patient's stress and anxiety levels which cause the hospitalization and subsequent psychological effect, and it speeds up the patient's recovery

Conclusions

To continue developing the Project HUCI (Humanización de las UCIs), and to continue forming committed nursing staff in their job, to provide an excellent care now that we are there for the patient and the family is not involved in the care.

INTRODUCCIÓN

Contextualización

La Familia

La Familia es un concepto flexible desde la antigüedad y que sigue cambiando en la actualidad debido a los numerosos movimientos sociales y culturales que se producen en nuestra sociedad. En el artículo “Hacia un Concepto Interdisciplinario de la Familia en la Globalización”, se reflejan algunas de las aproximaciones al concepto que se han dado a lo largo de la historia.

Febvre definió la familia como “el conjunto de individuos que viven alrededor de un mismo hogar”; otros autores dan diferentes enfoques: “La familia constituye un campo clave para la comprensión del funcionamiento de la sociedad” o; “La familia es un sistema autónomo, pero al mismo tiempo, es interdependiente, no tiene la capacidad de auto-abastecerse por sí sola, necesita a la sociedad y ésta a la familia, porque su retroalimentación hace posible su permanencia”.¹

Como vemos, es un concepto cambiante y que no se puede entender sin una visión holística, tanto en un ámbito social, como cultural, como legal, entre otros. Es importante destacar, tras la última definición anteriormente citada, que la familia es un sistema y por ello es importante estudiar lo que es un sistema dentro del término “familia”

En La Teoría de Sistemas de Von Bertalanffy postulada a mediados del siglo XX, éste define como sistema “un conjunto de unidades interrelacionadas entre sí, cada una de ellas con diferente nivel de complejidad, límites de permeabilidad variables, sistema de comunicación interno y medio de comunicación exterior”.²

La Teoría General de Sistemas sitúa a la familia en un sistema abierto, ya que interactúa con el resto de la sociedad. Además, se entiende como un conjunto de

interacciones en su totalidad, que posee un carácter circular donde lo que afecta a un miembro, afecta al resto, y que casi siempre tiende a la homeostasis o equilibrio cuando no se produce una disfunción. Además la familia tiene siempre un objetivo como organización y en la que tiene que haber una jerarquía establecida para un correcto funcionamiento.²

Además de la Teoría de Sistemas, a principios de los años 50, Murray Bowen crea la Teoría de los Sistemas Naturales en los que pone en relación no solo a los humanos sino también a las plantas y los animales. Esta teoría supone un cambio en la forma de entender a un paciente ya que incluye a la familia como responsable en todo el proceso de enfermedad. Murray, habla de 8 características que definen a la familia en la que el estrés emocional aparece como un concepto clave y términos como diferenciación propia, triángulos, sistema nuclear familiar, proceso de proyección familiar, corte emocional, posición del hermano y la regresión social.^{3,4}

Por un lado, la familia tiende siempre a la unión (concepto de togetherness) pero también hay una individualidad y es que cada miembro de la familia quiere su propia autonomía, nunca dejando atrás la **relación** entre los mismos. Otro concepto clave es que la familia es enfocada desde un punto de vista **multigeneracional** en el que no solo podemos centrarnos en los padres como antepasados, sino también en los abuelos y las relaciones entre estos, por ejemplo. Por último, Bowen añade el concepto de **motor**, entendido, como algo que siempre está cambiando y en movimiento.^{3,4}

Llevando esta teoría al mundo de la enfermedad, Murray reflexiona en cómo una enfermedad debe ser estudiada desde las raíces de la misma porque los patrones se repiten generación tras generación. Por ello en el artículo “An Application of Bowen Family Systems Theory” se aplica la teoría en una familia donde se observa como muchos de los problemas de los padres y de los abuelos son trasladados al niño enfermo y como cuando una persona enferma, la familia se distorsiona y son otros quien tienen que tomar las riendas.^{3,4}

Tras esta reflexión, podríamos decir que cuando en una familia ocurre algo (como la hospitalización) dentro de ésta se produce un desequilibrio que va a afectar a todos los miembros de una forma u otra y que dependiendo de los recursos que tengan van a ir superándolo o no.

Horacio Vargas Murga⁵, establece 10 tipos de familia que divide en:

- Familia nuclear: lo que desde la antigüedad se conoce como familia. Formada por padre, madre e hijos.
- Familia nuclear con parientes próximos:
- Familia nuclear sin parientes próximos
- Familia nuclear numerosa
- Familia nuclear ampliada (con parientes o agregados)
- Familia monoparental: O el padre o la madre se hacen cargo de la unidad familiar.
- Familia reconstituida (formada por dos adultos en la al menos uno de ellos, trae un hijo de una relación anterior)
- Personas sin familia: viven solos
- Equivalentes familiares: viven en el mismo hogar sin ser una unidad familiar tradicional
- Familia extensa: La crianza de los hijos no solo depende de los padres sino también de otros miembros de la familia que viven en la misma casa

Esta no es la única forma de estructuración del concepto “familia” y no importa tanto el tipo de familia ni de tratar de obtener la mejor definición en este trabajo sino que lo que se quiere perseguir es involucrar a la familia, en general, en una unidad de cuidados intensivos cuando tienen a uno de sus familiares ingresados y saber que cada familia es diferente por lo que tienen necesidades muy dispares. Otra forma de clasificación:

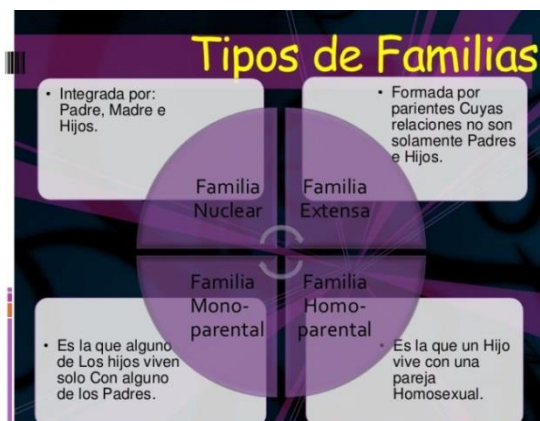


Figura 1: Referencia 5

El paciente y la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Según el Ministerio de Sanidad, en el año 2010, define La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como “una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico, La UCI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados”⁶

Una vez definido el concepto de UCI, es importante conocer el significado de “paciente crítico”. Se podría definir como “aquella persona que se encuentra en una situación clínica en la cual se ven alteradas una o varias funciones/sistemas vitales poniéndose así en potencial o real compromiso vital. No debemos de olvidar que el paciente es un ser bio-psico-social y que por tanto esta definición se queda corta ya que solo se centra en el paciente físico. Se podría ampliar esta visión centrándonos además en la resiliencia del paciente, la capacidad de predicción, la disponibilidad de recursos, la participación en la toma de decisiones, etc, que dependiendo de cómo estos se vean afectados, los pacientes tendrán un nivel de gravedad u otro.”⁷

No podemos olvidar que junto al paciente está la familia dentro del modelo actual de atención, encaminado siempre al cuidado con **humanización** (entendiendo al paciente y familia desde una perspectiva holística) y que por tanto esta se va a ver afectada en el proceso de hospitalización de un ser querido. En una investigación realizada en una unidad de cuidados intensivos en un hospital de Brasil, se realizaron entrevistas a los familiares durante el horario de visita para ver la vivencia de estos y de cómo afectaba a sus vidas el proceso de hospitalización. Cada familia tuvo una forma de afrontar la situación, pero cabe destacar que “miedo” “difícil” “miedo a la muerte” “dolor” “horarios de visita” “ruptura de la relación con el familiar” y “sin palabras” eran los términos clave que aparecían en la mayoría de las entrevistas una vez transcritas y relacionadas. En el estudio se hace hincapié en lo importante que es el lenguaje no verbal en la familia, ya que no se puede expresar del mismo modo lo vivido con palabras que con gestos ya que estas reacciones dan mucha información sobre la vivencia.⁸

En los últimos 20 años, ha habido un incremento por parte del profesional de enfermería del interés con respecto a los familiares, a pesar de los numerosos estudios referentes a las “políticas de visitas abiertas”, la implicación de la familia en el cuidado de la persona ingresada y el cuidado holístico dirigido a la familia que demuestran que influyen positivamente en la recuperación del enfermo crítico, no se ha cambiado apenas la forma de atender a las familias. ¿Por qué sigue sin tratarse a la familia de una forma adecuada?⁹

No cabe duda de que cuando una persona ingresa en un hospital, es apartado de su mundo y tiene que adaptarse a una nueva forma de vida de forma “obligada” en la que se produce un aislamiento social, sobre todo en unidades como la de cuidados intensivos, que junto con la realización de técnicas médicas, las cirugías, los constantes cambios del personal sanitario, los ruidos, las molestias nocturnas, las rutinas rígidas, etc, producen un aumento en la depresión y en la ansiedad de los pacientes cuando éstos realmente no son capaces de adaptarse a esta nueva situación. Además el personal sanitario, no cuenta con el tiempo suficiente para detenerse a que el paciente le cuente lo que le preocupa, se les hacen las técnicas y los procedimientos en ocasiones, sin contar con el propio paciente que piensa que sus emociones no son importantes viviendo todo en su conjunto como un acontecimiento vital estresante, afectando además negativamente a su proceso de enfermedad y síntomas fisiológicos.¹⁰

Un estudio publicado en la revista “Enfermería intensiva” realizado a 91 pacientes ingresados en una UCI con el objetivo de conocer cuáles son los desencadenantes del estrés en estos pacientes así como conocer la relación que existe entre el estrés y el diagnóstico de delirio o síndrome confusional agudo, demuestra que 58 pacientes no desarrollaron delirio y que lo que más estresaba a estos pacientes eran las necesidades físicas (la sed, los tubos en la boca, las dificultades para dormir y no saber la hora). El resto, 33 pacientes desarrollaron delirio, y lo que más estresaba a estos pacientes eran las alucinaciones. Para el estudio se realizaron entrevistas donde los pacientes contaban su experiencia y como herramienta de apoyo se utilizó la Escala de Estrés Ballard¹¹ (Anexo 1)

Otro estudio realizado en un hospital de Japón, dio a conocer que los enfermeros de la UCI daban un valor más elevado en la percepción de los factores estresantes de la unidad que los propios pacientes. Estos, en las encuestas realizadas mostraban un menor

nivel de estrés por el hecho de estar en cuidados intensivos. Los investigadores concluyen comentando que los enfermeros podrían estar aumentando los niveles de estrés en el paciente ya que transmiten sus miedos y tensiones.¹²

Lazarus y Folkman^{13, 14} que estudian el estrés desde un punto de vista psicológico, consideran que hay factores como: los elementos cognitivos, el apoyo social, las habilidades de afrontamiento, cómo el estrés es percibido, la interacción del estímulo-respuesta así como otros recursos personales mediadores en el proceso del estrés; que van a influir en el proceso de afrontamiento del estrés. “Las emociones son el producto de la razón porque se derivan del modo en que valoramos lo que está sucediendo en nuestras vidas”, y que por tanto la razón es la que activa la emoción. Cuando la emoción se antepone a la razón es cuando el estrés aparece como un problema. Definen el afrontamiento o el manejo como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

Resumiendo el enfoque de Lazarus y Folkman cabe destacar, tanto en la Teoría del Afrontamiento así como en Estrés y Emoción, que el estrés va a formar parte de las personas y que dependiendo de cómo estas vean ese estímulo amenazante y la forma en que tengan para lidiar con este, se producirá un afrontamiento o por el contrario se producirá un estrés patológico.

Sintetizando, el ingreso en una unidad de cuidados intensivos produce un desajuste acompañado de estrés y ansiedad que afecta al paciente tanto en su proceso de enfermedad como desde el punto de vista psicológico pero también a los familiares que sienten una gravedad inminente y la presencia cercana de la muerte en su familiar.

Haciendo referencia al término anterior, se está llevando a cabo un proyecto llamado “Humanización de la Unidad de Cuidados Intensivos (HUCI)”¹⁵ en la Comunidad de Madrid, en la que tanto médicos, enfermeros, familiares y otros profesionales sanitarios están intentando trabajar para que se mejoren los cuidados y el abordaje familiar en las unidades de cuidados intensivos. Este proyecto incluye unidades de puertas abiertas (sin horario de visita), donde los horarios sean más flexibles, una mejora en la comunicación con los familiares, la incorporación de la familia en los cuidados, etc.

Las UCIs de puertas abiertas han demostrado una mejora tanto para los pacientes como para los familiares y también para los profesionales como en las UCIs pediátricas donde se incluye a las familias como parte del cuidado. Una mejora en la comunicación con los familiares, ya que ante estas situaciones de estrés y gravedad, necesitan ser informados y a veces la enfermería no tiene las habilidades de comunicación para crear un clima de respeto y confianza, podría ser una de las mejoras que pueden llevarse a cabo. No hay estudios que muestren que la incorporación de los familiares al cuidado del paciente resulte negativo para éste. De hecho el acompañar a su familiar ingresado disminuye el estrés y la ansiedad que están viviendo durante el proceso de hospitalización del ser querido. ¿Pero por qué en nuestro medio siguen siendo unidades cerradas?¹⁵

La enfermería en la UCI

Centrándonos en la Enfermería es importante destacar que los enfermeros tienen un papel importante en la comunicación tanto con los pacientes como con los familiares. Una buena comunicación es algo que debe ser aprendido de forma que un enfermero adquiera las habilidades pertinentes para crear un clima de confianza y de relación terapéutica. Esta comunicación es conocida como comunicación terapéutica.

“La comunicación terapéutica es una manera de que el profesional de enfermería vea su rol con el paciente como un marco para “saber estar” en la relación de ayuda”¹⁶ (ANEXO 2). Esta relación está basada en el paciente donde éste es el centro de atención y en la que se crea un plano horizontal donde enfermera-paciente están a la misma altura. No solo incluye la relación enfermera-paciente sino también la familia forma parte del proceso de comunicación. El objetivo de este tipo de relación es el aumentar la calidad de vida del paciente. Es en esta forma de comunicación donde la enfermera pone en juego elementos como la empatía, la escucha activa, el acompañamiento, la confianza etc.

Sin embargo, no todos los enfermeros han recibido formación sobre la relación terapéutica durante sus carreras universitarias, otros tienen miedo a hacerlo, algunos creen necesario mantener una buena comunicación terapéutica y otros atienden a la enfermedad física pero no mental. Además en unidades como la UCI, algunas políticas del servicio le dan más importancia en la actuación de los problemas físicos.¹⁷

Cabe preguntarse si esta falta de competencias en los profesionales de enfermería podría deberse a una inexistencia de una especialidad como enfermero de críticos ya que solo existen propuestas de certificación y estudios de postgrado donde se adquieren algunas competencias que habilitan al personal sanitario a tratar pacientes críticos.⁷

Comentado anteriormente, en la familia se va a producir un desajuste de la organización del sistema familiar, donde las funciones y los roles se van a ver afectados en el momento de la hospitalización de un familiar. Es importante que la enfermería conozca las necesidades de los familiares para poder ofrecerles recursos de apoyo y además son los profesionales los responsables de facilitar la presencia y la participación activa de los familiares tanto en los cuidados como en la toma de decisiones, aunque a veces se vea mermado, por la política de horarios de visitas.⁷

Llegados a este punto podemos establecer una serie de interrogantes que surgen tras la introducción del trabajo.

Realmente ¿Se atiende a la familia en la unidad de cuidados intensivos cómo parte inherente del paciente? ¿Es esta atención la correcta? ¿Afecta al proceso del enfermo de algún modo la presencia de los familiares en la unidad? ¿El personal sanitario incluye a la familia en las decisiones y las prácticas realizadas? ¿Quiere la familia realmente participar en el cuidado de sus familiares ingresados? ¿Recibe la familia la información suficiente? ¿Somos lo suficientemente cercanos con la familia y con el paciente? ¿Están los familiares el suficiente tiempo en este tipo de unidades?

JUSTIFICACIÓN

Este estudio es importante en el ámbito de la Enfermería ya que sigue habiendo una “brecha” en el cuidado visto desde un punto de vista holístico. Esta visión incluye a la familia como parte del cuidado de un paciente y que en la actualidad no están siendo cubiertas las necesidades de la misma ni se está haciendo una correcta valoración.

La familia no puede entenderse sin el enfoque de sistema y que por tanto lo que afecta a un miembro afecta al resto desequilibrando así a todo el conjunto en su totalidad. Para mantener una buena salud familiar, la Enfermería puede dar algunas pautas de redirección cuando estas se van alejando de lo que se entiende como bueno para la salud

de la familia. Además, el tema del cuidado a la familia ha sido estudiado desde la antigüedad como dijo Florence Nightingale “Sueño que algún día las enfermeras del mundo irán a los domicilios a cuidar y a curar a las personas que sufren y no tienen suficiente atención. Pero eso tal vez sea para el año 2000”, que apoya la idea de que no se da la suficiente educación para la salud (EPS) en los domicilios en la actualidad.¹⁸

Ampliando lo anterior, en un artículo publicado en 2016 “intervenciones enfermeras orientadas a la familia”¹⁹, los autores hablan sobre la enfermería basada en la evidencia con la utilización de un lenguaje común conocido como taxonomía NANDA, en la que un abordaje familiar requiere una forma diferente ya que no son las mismas características las de una familia en su conjunto que las de un individuo en particular. El artículo pretende que las enfermeras de práctica clínica apliquen diagnósticos enfermeros que sean aplicables a la familia como nuevo método de valoración enfermera. ¿Pero se lleva a cabo esta valoración familiar?

A lo largo de la experiencia como estudiante de enfermería se puede observar cómo en numerosas ocasiones las familias no forman parte del cuidado cuando es una competencia dentro de la profesión. Por ello es importante justificar el estudio no solo para una implicación de los profesionales de los hospitales sino también para los enfermeros que trabajan en la enfermería comunitaria.

Además hacer ver a los enfermeros el desconocimiento de las habilidades de comunicación y de la importancia de la relación terapéutica. Considero imprescindible que la valoración familiar se realice de forma adecuada y que los enfermeros tengan las habilidades para hacerlas para poder dar apoyo y sobre todo brindar una escucha activa que tanto necesitan estos familiares. Esto no solo incumbe al personal sanitario sino también a las políticas del hospital, así a como a los ministerios que no crean una especialidad donde se adquieran todas estas competencias.

El hecho de que la familia no esté integrada o al menos no de la forma que se debería es algo que me crea inquietud y por tanto un especial interés en mi futura vida laboral. Da la sensación de que los profesionales que trabajan en la UCI, hacen bien su trabajo, pero en ocasiones no se dan cuenta de que ese paciente, que puede estar muy grave tiene una familia la cual está destrozada. ¿Por qué no justificar este trabajo como simplemente una reflexión para los profesionales de enfermería y que se pongan en el lugar de que ellos son los familiares?

OBJETIVOS

Como objetivo **general**:

Describir las evidencias que muestran los beneficios de integrar a la familia en la unidad de cuidados intensivos.

En lo que se refiere a beneficios: para cubrir las necesidades psico-emocionales de los familiares, para fomentar la salud de la unidad familiar así como los beneficios en cuanto a la evolución del paciente

Como objetivos **específicos** y profundizando aún más en el tema:

I. Determinar las necesidades sentidas por los familiares en las UCIs

- Saber cómo la familia siente el tiempo que está con su familiar. ¿Es suficiente?
- Determinar lo que piensan los familiares sobre el hecho de las UCIs con horarios de visitas.
- Conocer si la familia se siente plenamente informada
- Determinar el grado de satisfacción de los familiares

II. Analizar si se integra a la familia en el proceso con medidas que fomenten la salud de la unidad familiar

- Valorar si la familia considera importante el participar en el cuidado del familiar
- Determinar si los profesionales de enfermería hacen partícipes del cuidado a la propia familia
- Saber si la familia toma decisiones con respecto a su familiar tanto en técnicas como en procedimientos realizados al mismo, siempre que este no tenga la autonomía.

III. Conocer los factores que interfieren en la relación terapéutica entre enfermería y familia

IV. Describir si existe relación entre la intervención de la familia y la evolución del paciente

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de esta Revisión Bibliográfica se han llevado a cabo búsquedas en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden, Biblioteca Virtual en Salud, Cinhal, Scielo

y Psycinfo. Además se realizó una búsqueda libre en el buscador de bibliografía especializada Google Scholar. Por otro lado se han utilizado tesis y guías clínicas como fuentes primarias.

Los artículos que aparecen en el cuadro a continuación, son los seleccionados en cada base de datos, es decir, que si un artículo se repite en varias bases de datos está incluido en la tabla en una sola base de datos.

En la realización de la búsqueda observa que en el año 2014 se ha escrito mucho sobre el tema por lo que muchos de los artículos seleccionados son de este periodo. Se han revisado 24 artículos para el apartado resultados.

La terminología, o estrategia de búsqueda con los operadores booleanos utilizados queda reflejada en la tabla siguiente.

| <u>BASE DE DATOS</u> | <u>PALABRAS CLAVE con operador booleano AND</u> | <u>FILTROS</u> | <u>TOTAL</u> | <u>RELEVANTES</u> |
|-----------------------------|---|--|--------------|-------------------|
| CINAHL | Family AND Intensive care unit AND Adults | Texto completo en vínculo 2012-2016 Español e Inglés | 135 | 5 |
| PUBMED | Therapeutic communication AND nursing AND Icu | Free full text 5 years Humans English and Spanish Adults: +19 | 22 | 8 |
| Psycoinfo | Benefits AND family AND intensive care unit | Texto completo en vínculo 2012-2016 | 4 | 0 |
| | Family AND Intensive care unit AND Adults | Texto completo 2012-2016 Adulthood | 85 | 5 |
| Biblioteca Virtual en Salud | Nursing AND intensive care | Texto completo Actitud del personal sanitario Humanos Adultos Inglés y español 2014 | 46 | 1 |
| Cuiden | Nursing AND Intensive care unit | Idioma: inglés y español | 20 | 3 |
| | | | | TOTAL: 22 |

Para delimitar la búsqueda se han utilizado los siguientes criterios:

| Criterios de Inclusión | Criterios de Exclusión |
|---------------------------------------|---|
| Escritos en los últimos 5 años | Artículos que en el título no aparezca al menos una de las palabras clave utilizadas |
| Humanos | Documentos anteriores al año 2012 |
| Adultos | Aquellos documentos que a pesar de cumplir los criterios de inclusión no se centran en los objetivos marcados en este trabajo |
| Lengua: inglesa, española | Los de UCIs pediátricas siempre y cuando no se comparen las pediátricas con las UCIs de adultos. |
| Texto completo gratuito | |

RESULTADOS

| REFERENCIA | AÑO PUBLICACIÓN | TIPO DE DISEÑO | OBJETIVO | MUESTRA | PRINCIPALES RESULTADOS |
|---|-----------------|--|---|--|--|
| “Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state.” (17) | 2015 | Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal | Describir los factores que facilitan o interfieren en el proceso de comunicación entre los enfermeros y los pacientes en estado crítico | 112 enfermeras que trabajan en UCI | La comunicación entre la enfermera y el paciente se ve limitada, debido a las políticas restrictivas de los hospitales. Además algunos enfermeros no poseen las habilidades de comunicación correctas. |
| “Needs of the family in the intensive care units: a review of the literature.” (20) | 2012 | Revisión sistemática | Analizar y presentar las necesidades de las familias del paciente crítico | 30 artículos revisados | Se identificaron cuatro grupos de necesidades en las familias: cognitiva, emocional, social y práctica. |
| “Needs of adult family members of intensive care unit patients.” (21) | 2012 | Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal | Examinar las necesidades de las familias de pacientes adultos ingresados en la UCI | 50 familias de pacientes ingresados en una UCI | La familia percibía la seguridad como la necesidad más importante y el apoyo como la menos. |
| “Needs and experiences of intensive care | 2014 | Estudio cualitativo | Identificar las necesidades | 12 familias de pacientes en UCI en | Se analizan las necesidades. La |

| | | | | | |
|---|------|--|---|---|--|
| patients' families: a Saudi qualitative study.” (22) | | | percibidas por las familias de los pacientes de UCI en relación con la cultura y la religión. | 8 hospitales diferentes | familia quiere sentirse informada y saber que su familiar está en las mejores manos. En estos familiares la religión es algo muy importante. |
| “Informational Support to Family Members of Intensive Care Unit Patients: The Perspectives of Families and Nurses.” (23) | 2014 | Estudio cualitativo | Explicar las perspectivas de familias de la UCI y enfermeras sobre el soporte informativo | 19 familias de trece pacientes hospitalizados en la UCI y 12 enfermeras (31 personas) | Se establecen tres categorías de estudio: el cómo se da la información, como es entendida y como se analiza. |
| “Satisfaction of relatives of the admitted to an intensive care unit: perception of relatives and professionals.” (25) | 2014 | Estudio cuantitativo descriptivo, longitudinal | Estimar la satisfacción de familiares de pacientes críticos con respecto al entorno asistencial, la relación con los profesionales y el régimen de visitas, y compararla con la percepción de los profesionales | 78 familiares y 44 profesionales en la UCI | La percepción de los familiares era muy diferente a la que tenían los profesionales |
| “Intensivist perceptions of family-centered rounds and its impact on physician comfort, staff | 2014 | Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal | Examinar la percepción de confort por parte de La Enfermería | 31 encuestas cumplimentadas por enfermeras de cuidados intensivos | Aquellos enfermeros que formaban parte en la visita de la familia tenían |

| | | | | | |
|--|------|--|---|---|--|
| involvement, teaching, and efficiency.” (26) | | | intensivista, la satisfacción del personal, la enseñanza y la eficiencia en la visita familiar | de adultos y de pediatría | mejores percepciones que los que no participaban. |
| “Satisfaction Domains Differ between the Patient and Their Family in Adult Intensive Care Units.” (27) | 2016 | Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal | Estudiar las áreas de satisfacción entre los pacientes y la familia y la contribución de las áreas a la satisfacción en general | 200 pacientes y 194 familias de 4 UCIs diferentes | Existen diferencias significativas entre lo que piensan la satisfacción de las familias y los pacientes en la UCI |
| “Use of Augmentative and Assistive Communication Strategies by Family Members in the ICU.” (30) | 2012 | Estudio cualitativo | Cuáles son las alternativas de comunicación que usan las familias de pacientes con imposibilidad de hablar y como las usan. Además qué piensan las familias y la enfermería sobre esta comunicación paciente-familia. | 127 pacientes de UCI y sus familiares, además de diferentes enfermeros intensivistas. | El 44% usaban alternativas de comunicación. La más usada es la comunicación escrita. También se dice que muchas veces las familias no tienen los conocimientos de cómo hacerlo o las enfermeras no lo explican |
| “Benefits of flexible visitation in the intensive care units for the family of critical patients.” (28) | 2012 | Revisión sistemática | Identificar, analizar y sintetizar los principales efectos que pueden | 15 artículos revisados | La visita flexible, mejora de la satisfacción, reducción de la |

| | | | | | |
|---|------|--|---|---|---|
| | | | relacionarse con las visitas flexibles para los familiares del paciente crítico adulto | | ansiedad y del estrés, la satisfacción de las propias necesidades familiares y el rol en el cuidado del paciente. |
| “Open door intensive care unit: View of the professionals.” (31) | 2014 | Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal | Conocer la perspectiva de los profesionales respecto a los efectos de la visita abierta en el paciente, en la familia y en la actividad profesional. Recoger propuestas para modificar la actual política de visitas. | 64 profesionales: enfermeros, médicos y auxiliares que trabajan en la UCI | Se observa como los profesionales aunque saben que la visita abierta es beneficiosa para el paciente, se niegan a esto, aunque si aceptan una ampliación del horario. |
| “Rationales of restricted visiting hour in Iranian intensive care units: a qualitative study.” (32) | 2014 | Estudio cualitativo | Identificar las razones para la restricción en el horario de visitas en la UCI | 6 enfermeras, 3 supervisoras de enfermería, 2 pacientes y 4 familiares | Razones: Preservación de la intimidad, promoción de la salud y promoción de la seguridad. |
| “How do intensive care nurses perceive families in intensive care? Insights from the United Kingdom and Australia.” (33) | 2014 | Revisión sistemática de 2 estudios | Comparar como los cuidados intensivos en UK y Australia perciben las UCIs | 20 enfermeras de intensivos | Incluir a la familia es beneficioso para los pacientes y la ansiedad en sus familiares, en ambos estudios. |

| | | | | | |
|--|------|--|---|---|--|
| “Family Visitation in the Adult Intensive Care Unit.” (34) | 2016 | Revisión sistemática | Proporcionar evidencias que muestren la conveniencia o no de las visitas y realizar recomendaciones para la práctica | 32 artículos revisados | Realizan recomendaciones para la práctica. |
| “The patient is dying, please call the chaplain’: The activities of chaplains in one medical center's intensive care units.” (29) | 2015 | Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal | Describir la prevalencia y la naturaleza de los sacerdotes de los hospitales en las UCIs | Todos los pacientes que estaban ingresados en una UCI | El 80% de los pacientes que murieron habían recibido visita del sacerdote. El sacerdote les visitaba en el 2-3 día antes de morir. |
| “Randomized Trial of Communication Facilitators to Reduce Family Distress and Intensity of End-of-Life Care.” (35) | 2015 | Ensayo clínico aleatorizado | Determinar si un facilitador de comunicación en la UCI reduce el estrés familiar y la intensidad del proceso del final de la vida | 168 pacientes de dos UCIs diferentes y 268 familiares | Los facilitadores de comunicación podrían disminuir la ansiedad en los 6 meses posteriores al duelo, aunque no hay evidencia que ayuden en los 6 primeros meses. Sí que reduce el tiempo de hospitalización. |
| “Care to terminal patients. Perception of nurses from the | 2014 | Estudio cualitativo | Identificar la percepción de las enfermeras | 18 enfermeros intensivistas | El cuidar pacientes críticos supone conflictos |

| | | | | | |
|--|------|--|---|---|--|
| intensive care unit of a hospital.” (36) | | | contemplando el proceso de cuidado a pacientes en el contexto hospitalario. | | emocionales en los profesionales y una comunicación terapéutica es una buena forma de ayudar, pero los enfermeros opinan que no tienen el conocimiento |
| “Factors affecting family satisfaction with inpatient end-of-life care.” (37) | 2014 | Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal | Conocer la satisfacción de los familiares con la UCI tras haber perdido a un ser querido. | Familiares de pacientes que habían muerto en la UCI | Las ¾ partes de las familias prefirieron una muerte fuera del hospital. La UCI no era el sitio preferido por las familias para morir. Una mejora en la comunicación durante el proceso de muerte, podría mejorarse, refieren las familias. |
| “Percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras sobre cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos.” (38) | 2015 | Revisión sistemática | Conocer las percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras de cuidados intensivos en el cuidado al paciente terminal. | 27 artículos revisados | A pesar de que las enfermeras perciben la necesidad de respetar la dignidad del paciente, brindar cuidados dirigidos al bienestar y favorecer la inclusión de la familia en el cuidado, |

| | | | | | |
|---|------|--|---|---|--|
| | | | | | existe una falta de conocimientos de los profesionales de enfermería de intensivos en el cuidado al final de la vida. |
| “Providing information to patient's families on the end of life process in the intensive care unit.” (24) | 2014 | Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal | Describir los aspectos de la información que se ofrece a familiares de pacientes en proceso final de vida en UCI y conocer la evaluación que hacen las enfermeras de ellos. Valorar las actitudes de los profesionales en este proceso. | Todos los enfermeros de la UCI con una antigüedad mínima de 3 meses | La enfermería piensa que la información que se da es la correcta y el lugar donde se da también. Opinan también que la actitud de los profesionales es buena en el proceso de muerte |
| “Providing good and comfortable care by building a bond of trust’: Nurses views regarding their role in patients' perception of safety in the Intensive Care Unit.” (41) | 2015 | Estudio cualitativo | Describir y entender la opinión de las enfermeras intensivistas sobre la percepción de seguridad de los pacientes de UCI | 13 enfermeras intensivistas | La categoría central fue el crear un “vínculo de verdad” para ofrecer un cuidado mejor. |

| | | | | | |
|---|-------------|---|--|---|--|
| <p>“A survey of the attitudes and perceptions of multidisciplinary team members towards family presence at bedside rounds in the intensive care unit.” (39)</p> | <p>2014</p> | <p>Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal</p> | <p>Describir las actitudes y la percepción de los trabajadores sobre la presencia de la familia durante los reconocimientos.</p> | <p>160 encuestas realizadas por diferentes sanitarios de una UCI</p> | <p>Se observa como algunos de los profesionales están a favor de que la familia esté presente y la enfermería está menos de acuerdo.</p> |
| <p>“Diagnósticos de enfermería más frecuentes en adultos ingresados en unidades de terapia intensiva: revisión sistemática.” (42)</p> | <p>2016</p> | <p>Revisión sistemática</p> | <p>Encontrar los diagnósticos de enfermería más comunes en los adultos ingresados en la UCI, según NANDA</p> | <p>15 artículos revisados</p> | <p>En más de la mitad de los estudios analizados, la ansiedad aparece como un problema en los pacientes.</p> |
| <p>“Barreras y motivaciones de los profesionales de enfermería para la utilización de la investigación en Unidades de Cuidados Intensivos y en el Servicio de Emergencias Médicas.” (40)</p> | <p>2016</p> | <p>Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal</p> | <p>Identificar las barreras para la utilización de la investigación que perciben los profesionales de enfermería de cuidados intensivos y conocer sus áreas de mayor interés y motivaciones para investigar.</p> | <p>172 cuestionarios en 4 UCIs diferentes realizados por personal sanitario</p> | <p>No hay tiempo para investigar, los médicos no colaboran, enfermería está aislada respecto a otras profesiones. La motivación era estar actualizado en los cuidados del enfermo.</p> |

Hallazgos según objetivos

Objetivo I: Determinar las necesidades sentidas por los familiares en las UCIs

| Autor | Referencia | Año |
|---|------------|------|
| Pardavila Belio M.I, Vivar C.G. | 20 | 2012 |
| Obringer K, Hilgendorf C, Booker K. | 21 | 2012 |
| Al- Mutair AS, Plummer V, Clerehan R, O'Brien A. | 22 | 2014 |
| Gaeni M, Farahani MA, Seyedfatemi N, Mohammadi N. | 23 | 2014 |
| Pascual Fernández MC. | 24 | 2014 |
| Martos Casado G, Aragón López A, Gutiérrez Ramos N. | 25 | 2014 |
| Treva C, Ingram MD, Pradip Kamar MD, Craig M, Coopersmith MD, Atul Vats MD | 26 | 2014 |
| Mukhopadhyay A, Song G, et al | 27 | 2016 |
| Errasti Ibarrondo B, Tricas Sauras S. | 28 | 2012 |
| Choi PJ, Curlin FA, Cox CE | 29 | 2015 |

Objetivo II: Analizar si se integra a la familia en el proceso con medidas que fomenten la salud de la unidad familiar

| Autor | Referencia | Año |
|--|------------|------|
| Al- Mutair AS, Plummer V, Clerehan R, O'Brien A. | 22 | 2014 |
| Errasti Ibarrondo B, Tricas Sauras S. | 28 | 2012 |
| Broyles LM, Tate JA, Happ MB. | 30 | 2012 |
| Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández MI, Sánchez Zugazua | 31 | 2014 |
| Tayebi Z, Borimnejad L, Dehghan-Nayeri N, Kohan M | 32 | 2014 |
| Kean S, Mitchell M | 33 | 2014 |
| Bárbara M. Usher, Kathleen M. Hill | 34 | 2016 |

Objetivo III: Conocer los factores que interfieren en la relación terapéutica entre enfermería y familia

| Autor | Referencia | Año |
|---|------------|------|
| Achury Saldaña DM. Pinilla Alarcón M. Alvarado Romero H. | 17 | 2015 |
| Pascual Fernández MC. | 24 | 2014 |
| Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, et al. | 35 | 2015 |
| Mussolin Tamaki C, Meneguín S, Aguiar Alencar R, Bronzatto Luppi | 36 | 2014 |

| | | |
|---|----|------|
| CH. | | |
| Sadler E, Hales B, Henry B, Xiong W, Myers J, Wynnychuk L. | 37 | 2014 |
| Piedrafita Susín A.B, Yoldi Arzoz M, Sánchez Fernández M, Zuazua Ros E, Vázquez Calatayud M. | 38 | 2015 |
| Santiago C, Lazar L, Jiang D, Karen E.A Burns. | 39 | 2014 |
| LLauradó-Serra M, Güell-Baro R, et al | 40 | 2016 |

Objetivo IV: Describir si existe relación entre la intervención de la familia y la evolución del paciente

| Autor | Referencia | Año |
|---|-------------------|------------|
| Al- Mutair AS, Plummer V, Clerehan R, O'Brien A. | 22 | 2014 |
| Martos Casado G, Aragón López A, Gutiérrez Ramos N. | 25 | 2014 |
| Treva C, Ingram MD, Pradip Kamar MD, Craig M, Coopersmith MD, Atul Vats MD | 26 | 2014 |
| Errasti Ibarrodo B, Tricas Sauras S. | 28 | 2012 |
| Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández MI, Sánchez Zugazua | 31 | 2014 |
| Tayebi Z, Borimnejad L, Dehghan-Nayeri N, Kohan M | 32 | 2014 |
| Kean S, Mitchell M | 33 | 2014 |
| Bárbara M. Usher, Kathleen M. Hill | 34 | 2016 |
| Wassenaar A, Van Den Boogaard M, Van Der Hooft T, Pickkers P, Schoonhoven L. | 41 | 2015 |
| Tavares Jomar R, Dos Santos Silva E. | 42 | 2016 |

I. Determinar las necesidades sentidas por los familiares en las UCIs

Podríamos empezar hablando sobre cuáles son las necesidades sentidas por los familiares de un paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos.

Haciendo un esquema del tipo de necesidades, podría hablarse de las cognitivas, las emocionales, las sociales y las estructurales. Teniendo en cuenta que el personal de Enfermería está incluyendo poco a poco cada vez más a la familia como unidad de valoración, es importante conocer aquello que les preocupa. Desde el punto de vista cognitivo, las familias se sienten poco informadas, lo que les supone un agravamiento en su estado de ansiedad. Sienten la necesidad de ser informados no solo por el médico sino también por los enfermeros. Por otro lado, un enfoque centrado en las necesidades emocionales, nos hace centrarnos en los sentimientos que tiene la familia durante el proceso de hospitalización. Presentan positividad con la esperanza en la mejoría de su familiar pero también negatividad que les produce el pensar que pueden perder a la persona querida. Otro aspecto importante es que sienten la necesidad de estar cerca del enfermo ya que esto les tranquiliza. Todo esto solo es posible con una relación terapéutica basada en el respeto, y en la empatía. Finalmente desde el punto de vista social, el hecho de que haya un horario estricto de visitas supone un desajuste para los familiares aumentando además la ansiedad de los mismos. Un horario más flexible podría satisfacer las necesidades de la familia. Las necesidades estructurales como son las salas de espera, los teléfonos, etc, son las menos importantes para ellos. Algunos estudios revelan la necesidad de información como algo primordial pero añaden el hecho de la “seguridad” o el término “Assurance” como algo muy importante para las familias. La familia quiere sentirse parte del proceso de cuidados. Otras necesidades importantes son: que se responda de forma honesta a sus preguntas, que se esté haciendo lo mejor para su familiar, que si hay algún cambio les llamen cuando estén en casa, la religión o espiritualidad...²⁰⁻²².

| Need item | Mean | Responses reported 'very important' | Percentage reported 'very important' | Standard deviation |
|--|------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------|
| 1. To have questions answered honestly | 3.87 | 39 | 86.7 | 0.344 |
| 2. To be assured that the best care possible is being given to the patient | 3.84 | 40 | 88.9 | 0.475 |
| 3. To know the expected outcome | 3.80 | 38 | 84.4 | 0.548 |
| 4. To be called at home about changes in the patient's condition | 3.80 | 36 | 80.0 | 0.405 |
| 5. To know how the patient is being treated medically | 3.78 | 36 | 80.0 | 0.471 |

Figura 2: Referencia 21

Un ejemplo desde el punto de vista de la familia sobre las perspectivas que tiene de la información, se presenta en un estudio²³, donde el manejo de la información, el hecho de dar información y el uso de la misma, son el eje sobre el que se van a centrar. Esta investigación podría ayudar a las enfermeras intensivistas a conocer más las necesidades de la familia. La familia pedía una mayor disponibilidad por parte del personal de enfermería a la hora de acompañarles y de darles información sobre el estado de su familiar así como de los objetivos del tratamiento.

Un estudio realizado en diversas UCIs revela que las enfermeras opinan que la información que se da a los familiares a veces no es suficiente pero en general, creen que la que se da es adecuada, en contraposición a lo que opinan las familias. Cabría preguntarse si el vocabulario que se utiliza así como el momento y el lugar donde se da la información son los correctos y la familia realmente está entendiendo lo que se dice.²⁴

En un estudio realizado en una unidad de cuidados intensivos de los Estados Unidos²², donde el 52% de las familias estudiadas refirieron en un 52% la satisfacción como excelente, en un 31% como muy buena y en un 10% tuvieron una satisfacción buena. Otros estudios demuestran que la satisfacción de la familia es buena y que difiere de la opinión de los profesionales de enfermería. Aunque algunos aspectos negativos son comentados por todos los familiares en los diferentes estudios, como es el hecho de la falta de información, además se habla de la falta de intimidad que tienen algunas unidades de cuidados intensivos en las que no se utilizan biombos o separadores entre cama y cama. A pesar de todo, las familias tienen una buena relación con los

enfermeros cosa que difiere de los que piensa el personal sanitario que creen que la satisfacción de los familiares no es tan buena.^{25, 26}

Una investigación llevada a cabo en unidades de cuidados intensivos asiáticas²⁷, revela que no solo hay diferencia entre la satisfacción vista por los pacientes y la desde el punto de vista del enfermero sino que también hay diferencia entre lo que opina la familia y el propio paciente. En este estudio 3.9 de cada 5 pacientes refirieron una buena satisfacción (como criterio de calidad) en general y 3.5 de 5 familiares refirieron lo mismo. Pero cabe destacar que lo que era satisfactorio para el paciente (comunicación, relación con los profesionales y los tratamientos, respectivamente) no lo era para los familiares en la misma medida (características de los profesionales, relación con los profesionales, la comunicación y los tratamientos, respectivamente). Además para los pacientes lo que no era satisfactorio era la toma de decisiones mientras que para la familia era la integración familiar en la unidad.

Resumiendo, podría decirse que la satisfacción tanto de la familia como de los pacientes es buena en estas unidades pero que hay una serie de carencias que se repiten en todos los estudios (falta de información, por ejemplo). Además tras este análisis podríamos pensar que la familia, no está incluida en la unidad, ya que la participación de esta es lo que más piden que se contemple.²³

Refiriéndonos a la unidad, “una UCI es cerrada cuando el acceso sea restringido en cuanto al número de visitas y duración de las mismas, limitando o excluyendo la presencia de la familia, amigos cercanos o personas que el paciente considera que son significativas para él, generalmente a no más de una hora diaria”²⁸. Se podría hablar de UCIs abiertas o flexibles también, pero en este estudio nos interesa determinar por qué las UCIs cerradas siguen existiendo.

No podemos olvidarnos de que los pacientes que se encuentran en una unidad de cuidados intensivos tienen tal gravedad que muchas veces los familiares o a veces el paciente cuando es autónomo para tomar sus propias decisiones, necesitan de ayuda psicológica, no solo por los enfermeros o psicólogos sino centrándose más en la espiritualidad. Por ello los sacerdotes están muy presentes en este tipo de unidades, ya que muchas familias han demostrado una mejor satisfacción tras la muerte de su ser querido cuando han tenido atención espiritual en las últimas 24 horas de vida de la

persona. EL 80% de los pacientes que mueren en una UCI han sido vistos por un sacerdote en los días previos.^{22, 29}

II. Analizar si se integra a la familia en el proceso con medidas que fomenten la salud de la unidad familiar

Un tema importante en esta unidad de hospitalización es que muchos pacientes van a estar bajo ventilación mecánica ya sea por tubo orotraqueal o a través de una traqueotomía y esto va a dificultar la comunicación del paciente con los familiares y con los profesionales. A veces los síntomas del paciente se sobrevaloran ya que es incapaz de transmitir lo que le ocurre. La familia no está preparada para este tipo de comunicación y se estresa cuando no entienden lo que el enfermo quiere decirles. Además los pacientes también se ven frustrados cuando no pueden ser entendidos por sus familiares o por los enfermeros. Aunque hay elementos alternativos como son los visuales (pizarras) o auditivos, el uso de estos no se lleva a cabo en todos los casos, sin embargo hay estudios que consideran que un buen uso y la enseñanza de estos elementos alternativos supondrían una disminución en el estrés.³⁰

Además esta flexibilidad en el horario de visitas es beneficiosa para que la familia desarrolle su rol, como por ejemplo en el aseo o en la nutrición del paciente hospitalizado y se puede educar a los familiares en algunos aspectos mientras están en la unidad.^{22, 28, 31-34}

Pero si la apertura de las UCIs son beneficiosas ¿Por qué sigue habiendo unidades cerradas? Algunas respuestas que refieren algunos estudios hacen hincapié a que éstas políticas están regidas por el hospital y que por tanto no son fáciles de cambiar. Por otro lado, el personal de enfermería opina que el hecho de que la familia pueda estar libremente en la unidad, vulnera el derecho de intimidad del paciente ya que son unidades donde todos los pacientes están a la vista, dificulta la movilidad por el espacio reducido de la unidad, puede producir un aumento de la ansiedad en los familiares al estar presentes en técnicas invasivas e intentan proteger a los enfermos de daños como las infecciones. Finalmente, los enfermeros podrían verse sobrecargados con una mayor necesidad de informar a la familia si están allí durante más tiempo. Es obvio que no hay

estudios que demuestren que la estancia de los familiares en la UCI sea algo negativo para ninguna de las partes aunque la enfermería descarte la apertura de las unidades, por lo que seguir investigando y enfermeras dispuestas a cambiar esta restricción sería una posible solución para este problema que no beneficia a nadie y que se sabe que es beneficioso para el paciente.^{22, 28, 31-34}

III. Conocer los factores que interfieren en la relación terapéutica entre enfermería y familia

La Enfermería es imprescindible en relación con la comunicación, pero estos a veces no son capaces de establecer una correcta relación terapéutica, debido al miedo por parte de los profesionales o por falta de conocimientos, como se ha comentado anteriormente.¹⁷ Además muchos enfermeros se sienten culpables o se muestran afectados por las preguntas de la familia y esto les bloquea. La enfermera necesita tiempo para analizar sus propios sentimientos sobre la muerte antes de poder ayudar a los demás de forma eficiente. Algunos estudios refieren que lo importante no es las veces que se habla con los pacientes sino la calidad de la conversación así como de la información brindada y que deberíamos centrarnos no solo en el cuidado físico sino también en lo emocional y psicológico. Además centrándonos en un paciente crítico, sería conveniente establecer protocolos de comunicación con los familiares en pacientes cercanos a la muerte que les den apoyo y ayuda en lo que más les preocupe.

Haciendo referencia a lo comentado en el párrafo anterior, se han realizado algunos ensayos clínicos en los que se probó si el hecho de una mejor comunicación a través de “communication facilitators” disminuía la ansiedad de las familias en los momentos cercanos a la muerte. Uno de los ensayos³⁵, llevado a cabo en familias que habían perdido a un ser querido, probó conocer si tenían un menor nivel de estrés y ansiedad o al menos esto no aumentaba con el uso correcto de una buena comunicación. También incluía el estrés postraumático. La comunicación no solo es buena para los familiares sino que además la mala gestión de la misma con los pacientes y los familiares va a conllevar un aumento en la estancia en el hospital y por tanto esto supone un mayor coste económico para la organización. Cabe decir que este estudio no tiene unos

resultados en los que se pueda dar certeza de que esto realmente funciona, aunque las familias al menos no empeoren sus síntomas psicológicos.

La Enfermería se ve envuelta de una forma complicada cuando convive con pacientes que sus posibilidades de morir son muy elevadas. Vivir con la muerte tan cercana así como tan incidente como la que se produce en una unidad de cuidados intensivos hace que en el personal de enfermería surjan dilemas éticos en el proceso que conlleva a la muerte ya que lo que se persigue es que el paciente tenga una muerte “digna” y “humanizadora”. Esto se produce porque la labor de la enfermera está dentro del modelo curativo por lo que no vemos la muerte como parte de nuestras competencias sino que siempre se quiere salvar, y que conlleva a un estrés durante el proceso de la muerte que hace que las enfermeras se sientan incluso frustradas. Una buena comunicación con los familiares y con los pacientes en esta fase vital, facilitaría un entendimiento del proceso y un ajuste acompasado del mismo, sin llegar a producirse un duelo patológico. Esta comunicación a veces es relegada o incluso algunos enfermeros se intentan alejar de la familia para no sufrir, o por el hecho comentado anteriormente, de la falta de habilidades de comunicación ante estos sucesos. Además el hecho de que un paciente muera en un hospital va a crear un estrés en la familia ya que muchos de ellos prefieren que muera en casa rodeado de sus familiares. Esto a veces no es posible ya que el paciente necesita un soporte que en su domicilio no tendría, por ello, la comunicación tiene que ser algo aprendido por el personal y que la familia se sienta acogida y entendida para humanizar la muerte del paciente.^{17, 36, 37}

La enfermería de intensivos, siente la necesidad de mantener la dignidad del paciente al final de la vida, así como de incluir a la familia y proporcionar cuidados orientados al bienestar, pero hay una falta de conocimientos por los profesionales de enfermería en los cuidados al final de la vida. Algunos autores proponen un desarrollo de la formación en cuidados paliativos, favorecer el soporte emocional de los enfermeros e integrarles en la toma de decisiones.³⁸

Un aspecto a destacar es que a veces los enfermeros nos posicionamos desde un punto de vista paternalista en vez de dejar al paciente tomar sus propias decisiones desde el punto de vista de la autonomía, y somos nosotros los que decidimos cuando la familia es bienvenida y cuando no.²⁴

La enfermería debe ser la responsable en integrar a la familia en la unidad de cuidados intensivos ya que el compartir el trabajo con la familia resulta beneficioso para todas las partes, como más arriba queda reflejado.

A pesar de esto y ampliando la información dada con anterioridad, más del 50% de los trabajadores de la UCI cree que incluir a la familia es bueno mientras que la Enfermería es la que se opone a esta humanización, aunque no es su totalidad.³⁹

Un punto clave a destacar es que aunque la Enfermería sigue formándose cada vez más hay una deficiencia en cuanto a la investigación por parte de los profesionales. Esto podría hacernos pensar que se desconocen muchas cosas y que otras que existen podrían mejorarse y que actualmente no se están llevando a cabo.

Un estudio⁴⁰ en el que se realizaron cuestionarios en diferentes UCIs a los profesionales de enfermería revela que el 57.3% de los enfermeros que contestaron tenían experiencia en la investigación, aunque el 44% tenía formación relacionada. Las barreras que se plantearon por el personal para la investigación fueron que la enfermería era una de las profesiones aisladas, que medicina no intervenía y que no había tiempo para investigaciones aunque las barreras dependían del área laboral y de la experiencia en la investigación. La motivación para ellos era estar actualizado en los cuidados del paciente.

IV.Describir si existe relación entre la intervención de la familia y la evolución del paciente

El hecho de que los pacientes estén acompañados por sus familiares hace que estén más tranquilos y se sienten con una mayor seguridad logrando así unos mejores objetivos en el proceso de curación. Además la participación del paciente y de los familiares en el día a día ha demostrado un aumento en el confort de los pacientes cuando están acompañados. Todo esto hace que la familia sienta en mayor medida una gran satisfacción con el personal de enfermería cuando estos cumplen sus necesidades.^{22, 25, 26}

Es importante saber por qué en la actualidad siguen habiendo UCIs cerradas, con horarios de visitas. Varios estudios demuestran que la apertura de estas unidades, no

solo ayudan al paciente sino también a los familiares. Como se ha mencionado anteriormente el que la familia tenga una cercanía con el paciente va a aumentar la satisfacción en estos disminuyendo el estrés y ansiedad.^{22, 28, 31-34}

Como he comentado, el hecho de sentirse seguros es muy importante. Cuando un paciente se siente seguro, sabe que está en buenas manos y por tanto va a abrirse y podrá exponer sus preocupaciones e inquietudes. Una investigación realizada en una UCI revela que creando un “vínculo de veracidad o bond of trust” entre el enfermero y el paciente va a ayudar a estos a salir adelante con menos secuelas tanto físicas como psicológicas.⁴¹

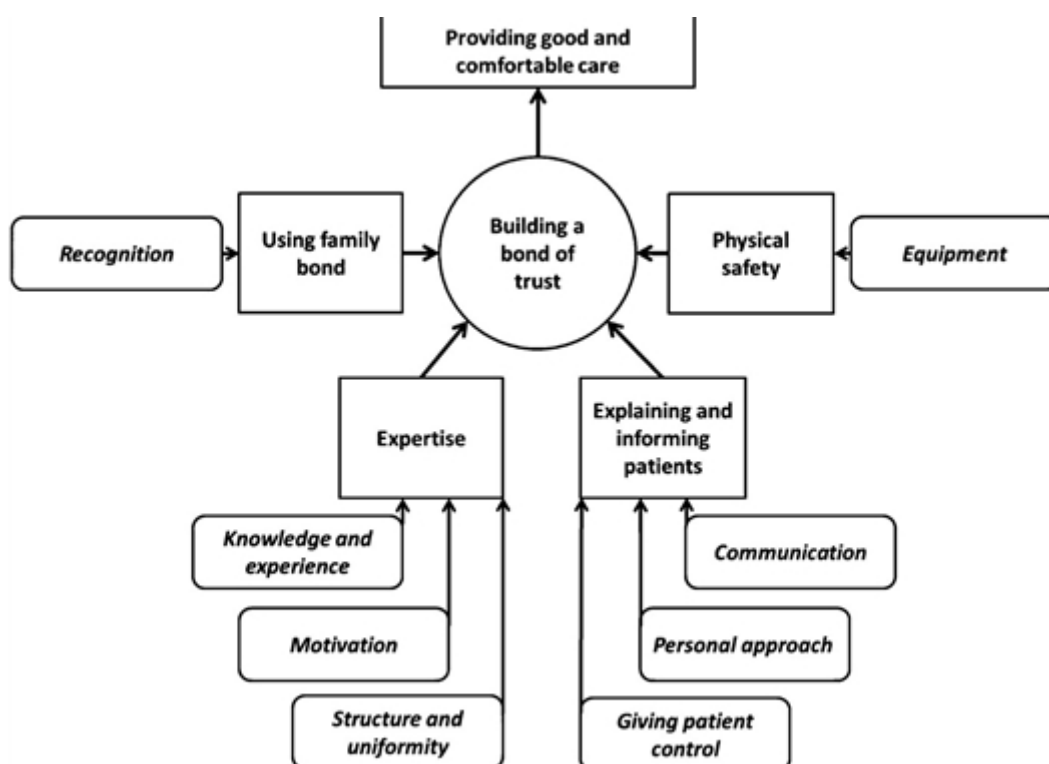


Figura 3: Referencia 41

Forma parte de nuestra profesión basada en la evidencia la organización de los diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA, comentado en la introducción, por lo que no podemos prescindir en cuáles son los diagnósticos más presentes en los pacientes de la UCI.

No queremos centrarnos en requisitos como la alimentación o la eliminación, ya que en esta revisión, centrada en la familia del paciente, nos van a interesar los diagnósticos

dentro del dominio de Respuesta al Afrontamiento y Confort. En un estudio realizado en una UCI, 9/15 pacientes presentaban ansiedad, 1/15 tristeza crónica, 1/15 miedo y 1/15 presentan aislamiento social. En este estudio, se observa como en más de la mitad de los estudios realizados, la ansiedad forma parte del proceso del paciente crítico y que esta tiene una relación con la ausencia de la familia, el ambiente desconocido y el miedo creado por el propio estado de salud.⁴²

CONCLUSIÓN

El hecho de que una persona se encuentre ingresada en una UCI le va a suponer un gran estrés provocado por la separación de la familia, el lugar extraño, las técnicas realizadas, la falta de intimidad, el propio miedo a la muerte, los ruidos, etc. Por ello los enfermeros no podemos olvidarnos de que el estrés es un factor a evaluar. Por otro lado, la familia también va a sentir este estrés ya que tienen un familiar ingresado y que muchas veces temen por la vida de este. Además puede que se sientan frustrados cuando su familiar no puede hablar y expresar lo que siente.

Hoy en día la familia sigue sin estar integrada en las UCIs de nuestro país ya que siguen estando regidas por políticas de horarios de visitas. A pesar de todos los estudios encontrados donde se observa como el acompañamiento familiar así como un horario flexible de visitas supone un beneficio tanto para el paciente como para la familia, esto sigue sin suceder. No se han encontrado artículos que manifiesten un significado negativo para el paciente, por lo que podemos concluir con que la integración de la familia es beneficiosa. La familia tiene la necesidad de sentirse informada y creen que no son informadas correctamente, según la revisión de diferentes estudios. Estas políticas se ven sustentadas sobre todo por la Enfermería que refiere que si la familia estuviese allí interrumpiría el trabajo, vulneraría el derecho de intimidad del resto de pacientes, y traerían infecciones al resto de pacientes, entre otras.

Un punto clave del que no se puede prescindir es el proyecto de investigación que se está llevando a cabo en algunos hospitales, llamado “Proyecto de Investigación HUCI”, comentado en el apartado de la introducción^{15, 43}. Este proyecto nace en el Hospital de Torrejón, en Madrid, en el año 2014. Actualmente en las UCIs se ha mejorado la tecnología hasta el punto de que nos hemos olvidado de lo humano, de la persona. El

hecho de que las unidades sean cerradas, o que el personal sufra el fenómeno del burnout (quemados en el trabajo) hace que el paciente no sea atendido con la humanidad que se merece por el hecho de ser persona. Esta nueva línea se está llevando a cabo gracias a los profesionales, familiares, y pacientes que están comprometidos y son muchos. Se buscan además profesionales centrados en la humanización, con herramientas para la gestión de las emociones y las inseguridades que el dolor ajeno producen además de un trabajo en equipo fundamental.

Seguir formando a la Enfermería como la responsable del cuidado tanto del paciente como de la familia, impulsar la investigación y la captación de enfermeros innovadores que quieran seguir cambiando esto con el fin de obtener un mayor beneficio para los pacientes y familiares, que al fin y al cabo, son para quienes trabajamos.

Por último, no podemos continuar con esto si no nos ponemos en el lugar del otro y pensamos en las familias que solo quieren formar parte del proceso de cuidados de sus familiares así como acompañarles en su proceso de enfermedad o incluso en su proceso de muerte.

Las políticas no son más que normas, pero estas pueden cambiarse siempre y cuando, con una razón de evidencia científica, se demuestre que no hay ningún inconveniente para nuestros pacientes.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El hecho de que la búsqueda se haya realizado exclusivamente a través de la lectura de estudios gratuitos, conlleva a obviar numerosos artículos que podrían ser interesantes, pero que son de pago.

Por último, uno de los problemas encontrados ha sido la repetición de artículos en diferentes bases de datos, por lo que se reduce en número de estudios revisados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oliva Gómez E. Villa Guardiola VJ. Hacia un Concepto Interdisciplinario de la Familia en la Globalización. Jusju [Internet]. 2013 [Citado 29 Dic 2106]; 10(1):11-20. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-85712014000100002&lang=pt
2. Cynthia Elena. La Familia como Sistema: Teoría General de Los Sistemas [Internet]; 2016 [actualizado 21 Mar 2016; [Citado 29 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.medicosfamiliares.com/familia/la-familia-como-sistema-teoria-general-de-los-sistemas.html>
3. Cruzat Olavarrieta A. Teoría de sistemas naturales de Murray Bowen: un nuevo entendimiento de los procesos de salud/enfermedad al interior de las familias y las organizaciones. Medwave [Internet]. 2017 [Citado 17 Ene 2017]; 7(10). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/934>
4. Haefner J. An Application of Bowen Family Systems Theory. Issues Ment Health Nurs [Internet]. 2014 [Citado 17 Ene 2017]; 35(11):835-841. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=4b99d1bf-514a-49bb-a9b2-79109290252f%40sessionmgr120&vid=9&hid=123&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLG Nvb2tpZSx1cmwsdWlkJmxhbmc9ZXMmc210ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=103911538&db=cin20>
5. Vargas Murga H. Tipo de Familia y Ansiedad y Depresión. Rev Med Hered [Internet]. 2014 [Citado 3 ene 2017]; 25(2):57-59. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2014000200001&script=sci_arttext
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales; 2010 [Citado 3 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
7. González Gil T. Pedraz Marcos A (coordinadora). Enfermería en Cuidados Críticos. Centro de estudios Ramón Aceres. Madrid; 2011

8. Katia Corrêa A. Urizzi F. Vivencias de familiares en terapia intensiva: el otro lado del ingreso. Enfermagem [Internet]. 2007 [Citado 18 Ene 2017]; 15(4). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a12.pdf
9. De La Cueva Ariza L. La realidad de los cuidados a la familia del paciente crítico en España: la necesidad de actuar ya. Enferm Intensiva [Internet]. 2012 [Citado 3 Ene 2017]; 23(4):153-154. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=14&sid=5c2249a7-c3c9-4224-bed4-6c964257865d%40sessionmgr102&hid=125&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSx1cmwsdWlkJmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=108027112&db=cin20>
10. Rodríguez Marín J. Zuriaga Llorens R. Estrés, enfermedad y hospitalización. 17. Escuela Andaluza de Salud Pública: Granada; 1997
11. Ayllón Garrido N. Álvarez González M. González García M. Stressful environmental events in the Intensive Care Unit. Enferm Intensiva [Internet]. 2007 [Citado 30 Ene 2017]; 18(4):159-167. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=9&sid=03fd2462-d078-491a-8649-f97ca6f99fc0%40sessionmgr120&hid=118&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSx1cmwsdWlkJmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=105865382&db=cin20>
12. Pang PSK. Suen LKP. Stressors in the ICU: a comparison of patients' and nurses' perceptions. J Clin Nurs [Internet]. 2008. [Citado 30 Ene 2017]; 17(20):2681-2689. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=c5c17115-8ad7-4e2c-9187-feef49db1de5%40sessionmgr103&hid=118&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSx1cmwsdWlkJmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=105566072&db=cin20>
13. Richard S. Lázarus, Estrés y Emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: DDB; 2000.
14. Tenorio Matanzo M. Alteraciones cognitivas de las mujeres víctimas de violencia de pareja desde un modelo enfermero [Tesis]. Universidad Complutense de Madrid:

Madrid; 2014

15. Conserjería de Sanidad. Humanización en las unidades de cuidados intensivos. Comunidad de Madrid. 2016. Disponible en:

<http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2016/10/PlanHUCI.pdf>

16. Valverde Gefaell C. Comunicación terapéutica en enfermería. Madrid: DAE; 2007

17. Achury Saldaña DM. Pinilla Alarcón M. Alvarado Romero H. Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. Invest. Educ. Enferm [Internet]. 2015 [Citado 31 Ene 2017]; 33(1):102-111. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26148161>

18. Pérez Giraldo B. El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. Aquichán [Internet]. 2002 [Citado 3 Ene 2017]; 2(1):24-26. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100005

19. Joaquín Salvador L-R. Marta Lima-S. A. África Sáez-B. Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. Enferm Clin [Internet]. 2009. [Citado 3 Ene 2017]; 26(6). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862109001065-S300>

20. Pardavila Belio M.I, Vivar C.G. Needs of the family in the intensive care units: a review of the literature. Enferm Intensiva [Internet]. 2012 [Citado 24 Feb 2017]; 23(2):51-67. Disponible en:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=c3fc4902-e25d-4da0-a7d8-f92f9b4ce058%40sessionmgr104&vid=14&hid=118&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLG Nvb2tpZSx1cmwsdWlkJmxhbmc9ZXMmc210ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=108125403&db=cin20>

21. Obringer K, Hilgendorg C, Booker K. Needs of adult family members of intensive care unit patients. JCN [Internet]. 2012. [Citado 24 Feb 2017]; 21(11-12):1651-1658. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x/full>

22. Al- Mutair AS, Plummer V, Clerehan R, O'Brien A. Needs and experiences of intensive care patients' families: a Saudi qualitative study. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2014. [Citado 6 Marzo 2017]; 19(3):135-144. Disponible en:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=e7ed7232-7fe2-43a0-9082-4e675cdee500%40sessionmgr4009&vid=31&hid=4214&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSx1cmwsdWlkJmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=2014-14631-006&db=psyh>

23. Gaeeni M, Farahani MA, Seyedfatemi N, Mohammadi N. Informational Support to Family Members of Intensive Care Unit Patients: The Perspectives of Families and Nurses. *Glob J Health Sci* [Internet]. 2014. [Citado 23 Feb 2017]; 7(2):8-19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4796373/>

24. Pascual Fernández MC. Providing information to patient's families on the end of life process in the intensive care unit. *Nursing evaluation. Enferm Clin* [Internet]. 2014. [Citado 27 Feb 2017]; 24(3):168-174. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24530045>

25. Martos Casado G, Aragón López A, Gutiérrez Ramos N. Satisfaction of relatives of the admitted to an intensive care unit: perception of relatives and professionals. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2014. [Citado 24 Feb 2017]; 25(14):164-172. Disponible en:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=12&sid=4e51bc7f-0ce3-4875-a337-140de45a4bf8%40sessionmgr120&hid=115&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSx1cmwsdWlkJmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=107775510&db=cin20>

26. Treva C, Ingram MD, Pradip Kamar MD, Craig M, Coopersmith MD, Atul Vats MD. Intensivist perceptions of family-centered rounds and its impact on physician comfort, staff involvement, teaching, and efficiency. *J Crit Care* [Internet]. 2014 [Citado 27 Mar 2017]; 29(6):915-918. Disponible en:

<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-25123794>

27. Mukhopadhyay A, Song G, Sim PZ, Ting KC, Yoo JK, Wang QL et al. Satisfaction Domains Differ between the Patient and Their Family in Adult Intensive Care Units.

Bmri [Internet]. 2016. [Citado 26 Feb 2017]; Vol 2016: 8 páginas. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5156795/>

28. Errasti Ibarrodo B, Tricas Sauras S. Benefits of flexible visitation in the intensive care units for the family of critical patients. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2012. [Citado 24 Feb 2017]; 23(4):179-188. Disponible en:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=13&sid=3bcbccee-1372-4f48-8073-9f3431dd1fc1%40sessionmgr102&hid=129&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSx1cmwsdWlkJmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=108027113&db=cin20>

29. Choi PJ, Curlin FA, Cox CE. The patient is dying, please call the chaplain': The activities of chaplains in one medical center's intensive care units. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2015. [Citado 6 Mar 2017]; 50(4):501-506. Disponible en:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?nobk=y&vid=21&sid=e7ed7232-7fe2-43a0-9082-4e675cdee500@sessionmgr4009&hid=4214&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSx1cmwsdWlkJmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU=#AN=2015-45543-012&db=psyh>

30. Broyles LM, Tate JA, Happ MB. Use of Augmentative and Assistive Communication Strategies by Family Members in the ICU. *Am J Crit Care* [Internet]. 2012. [Citado 27 Feb 2017]; 21(2): 21-32. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3607206/>

31. Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández MI, Sánchez Zugazua J. Open door intensive care unit: View of the professionals. *Enferm intensiva* [Internet]. 2014. [Citado 1 Mar 2017]; 25(2):72-77. Disponible en:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=17&sid=e580ca0b-5934-421b-87f8-fcab1b32033d%40sessionmgr101&hid=125&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSx1cmwsdWlkJmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=107870900&db=cin20>

32. Tayebi Z, Borimnejad L, Dehghan-Nayeri N, Kohan M. Rationales of restricted visiting hour in Iranian intensive care units: a qualitative study. *Nurs Crit Care*

[Internet]. 2014. [Citado 6 Mar 2017]; 19(3):117-125. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=e7ed7232-7fe2-43a0-9082-4e675cdee500%40sessionmgr4009&vid=37&hid=4214&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSx1cmwsdWlkJmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=2014-14631-004&db=psyh>

33. Kean S, Mitchell M. How do intensive care nurses perceive families in intensive care? Insights from the United Kingdom and Australia. JCN [Internet]. 2014. [Citado 7 Mar 2017]; 23(5-6):663-672. Disponible en:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=a8676338-ca0e-4d92-9272-c8925d6471fd%40sessionmgr4008&vid=15&hid=4106&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSx1cmwsdWlkJmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=2014-06677-008&db=psyh>

34. Bárbara M. Usher, Kathleen M. Hill. Family Visitation in the Adult Intensive Care Unit. Crit Care Nurse [Internet]. 2016. [Citado 7 Marzo 2017]; 36(1):15-18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26830189>

35. Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, Gold J, Ciechanowski PS, Shannon SE et al. Randomized Trial of Communication Facilitators to Reduce Family Distress and Intensity of End-of-Life Care. Am J Respir Crit. Care Med [Internet]. 2015. [Citado 26 Feb 2017]; 193(2):154-162. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4731711/>

36. Mussolin Tamaki C, Meneguín S, Aguiar Alencar R, Bronzatto Luppi CH. Care to terminal patients. Perception of nurses from the intensive care unit of a hospital. Invest Educ Enferm [Internet]. 2014. [Citado 27 Feb 2017]; 32(3):414-420. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25504407>

37. Sadler E, Hales B, Henry B, Xiong W, Myers J, Wynnychuk L. Factors affecting family satisfaction with inpatient end-of-life care. Plos One [Internet]. 2014. [Citado 27 Feb 2017]; 9(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4234251/>

38. Piedrafita Susín A.B, Yoldi Arzoz M, Sánchez Fernández M, Zuazua Ros E, Vázquez Calatayud M. Percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras

sobre cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2015. [Citado 28 Mar 2017]; 26(4):153-165. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-percepciones-experiencias-conocimientos-las-enfermeras-S1130239915000607?referer=buscador>

39. Santiago C, Lazar L, Jiang D, Karen E.A Burns. A survey of the attitudes and perceptions of multidisciplinary team members towards family presence at bedside rounds in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2014. [Citado 27 Mar 2017]; 30(1):13-21. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339713000670>

40. LLauradó-Serra M, Güell-Baro R, Castanera-Duro A, Sandalinas I, Argilaga E, Fortes-Del Valle M, et al. Barreras y motivaciones de los profesionales de enfermería para la utilización de la investigación en Unidades de Cuidados Intensivos y en el Servicio de Emergencias Médicas. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2016. [Citado 28 Mar 2017]; 27(4):146-154. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239916300360-S300>

41. Wassenaar A, Van Den Boogaard M, Van Der Hooft T, Pickkers P, Schoonhoven L. Providing good and comfortable care by building a bond of trust': Nurses views regarding their role in patients' perception of safety in the Intensive Care Unit. *JCN* [Internet]. 2015. [Citado 6 Mar 2017]; 24(21-22):3233-3244. Disponible en:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=12&sid=e7ed7232-7fe2-43a0-9082-4e675cdee500%40sessionmgr4009&hid=4214&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSx1cmwsdWlkJmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=2015-43065-001&db=psyh>

42. Tavares Jomar R, Dos Santos Silva E. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em adultos/idosos internados em unidades de terapia intensiva: revisão sistemática. *Evidentia* [Internet]. 2016. [Citado 27 Mar 2017]; 13(53). Disponible en:

<http://www.index-f.com/evidentia/n53/ev10181.php>

43. Heras La Calle G, Zaforteza Lallemand C. HUCI is written with H as in HUMAN. Enferm intensiva [Internet]. 2014. [Citado 1 Mar 2017]; 25(4):123-124. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=9&sid=5c2249a7-c3c9-4224-bed4-6c964257865d%40sessionmgr102&hid=125&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSx1cmwsdWlkJmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=107775508&db=cin20>

ABREVIATURAS UTILIZADAS

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

UCI/UCIs: Unidad de Cuidados Intensivos

HUCI: Humanización de la Unidad de Cuidados Intensivos

EPS: Educación Para la Salud.

ANEXOS

Anexo 1: Escala de estrés de Ballard

Tabla 3. Niveles de estrés y puntuación total media en la escala de Ballard

| | | Número (n = 91) | Media | Desviación típica | Man-Witbney Valor de p |
|----------------------------------|----------|--------------------|-------|----------------------|---------------------------|
| DM | No | 77 | 65,97 | 15,37 | ns |
| | Sí | 14 | 70,07 | 24,29 | |
| HTA | No | 52 | 69,13 | 17,54 | ns |
| | Sí | 39 | 63,23 | 15,69 | |
| Enfermedad coronaria | No | 76 | 65,99 | 16,87 | ns |
| | Sí | 15 | 69,73 | 17,49 | |
| EPOC | No | 72 | 67,92 | 18,15 | ns |
| | Sí | 19 | 61,63 | 10,07 | |
| Tabaco | No | 82 | 65,96 | 16,76 | ns |
| | Sí | 9 | 72,44 | 18,45 | |
| Sedación | No | 44 | 66,7 | 16,31 | ns |
| | Sí | 47 | 66,51 | 17,67 | |
| Opiáceos | No | 36 | 67,92 | 16,85 | ns |
| | Sí | 55 | 65,75 | 17,09 | |
| Relajantes musculares | No | 87 | 66,72 | 17,12 | ns |
| | Sí | 4 | 64 | 13,98 | |
| Analgesia epidural | No | 82 | 67,43 | 17,23 | ns |
| | Sí | 9 | 59,11 | 12,23 | |
| Ventilación mecánica | No | 55 | 64,64 | 15,82 | ns |
| | Sí | 36 | 69,61 | 18,34 | |
| Delirium | No | 58 | 66,33 | 17,12 | ns |
| | Sí | 33 | 67,09 | 16,86 | |
| <i>Kruskal-Wallis</i> | | | | | |
| <i>Valor de p</i> | | | | | |
| Edad | ≤ 62 | 33 | 69,61 | 17,3 | ns |
| | 63-72 | 29 | 66,55 | 17,81 | |
| | 73 o más | 29 | 63,24 | 15,51 | |
| Estancia | ≤ 2 | 38 | 63,39 | 15,12 | ns |
| | 3-6 | 28 | 65,86 | 16,4 | |
| | 7 o más | 25 | 72,32 | 19,22 | |
| APACHE | ≤ 10 | 31 | 63,45 | 14,95 | ns |
| | 11-17 | 31 | 70,35 | 17,52 | |
| | 18 o más | 29 | 65,97 | 18,07 | |

DM: diabetes mellitus; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica;
HTA: hipertensión arterial; ns: no significativo.

Anexo 2: Intervenciones en comunicación terapéutica

Tabla 1. Intervenciones en la comunicación terapéutica

| Es útil | No es útil |
|--|--|
| Dar importancia a la experiencia | Trivializar la experiencia del paciente |
| Escuchar | Hablar demasiado |
| Preguntar sobre sus emociones | Evitar las emociones del paciente |
| Facilitar la reflexión del paciente | Hablar de tal manera que se ponga a la defensiva y se justifique |
| Ofrecer opciones | Imponer, intentar "hacer ver" |
| Reflexionar y responder | Reaccionar |
| Facilitar que el paciente pruebe opciones | Dar "soluciones" |
| Aceptar lo que piensa el paciente | Intentar convencer |
| Dialogar | Hablar en monólogo |
| Crear al paciente | No creerle, llevarle la contraria |
| Averiguar si quiere información | Dar información que ya tiene |
| Ofrecer información | Repetir información |
| Empatizar | Rescatar |
| Intentar entender al paciente | Opinar, juzgar al paciente |
| Poner límites con respeto | Regañar, enfadarse |
| Reforzar sus puntos fuertes | Criticarle |
| Respetar al paciente como es | Intentar cambiarle |
| Respetar e intentar entender sus comportamientos | Etiquetarlo de "mal paciente" |

Bibliografía
 L. Lazure H. Vivre la relation d'aide: approche théorique et pratique d'un

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a la tutora de este Trabajo Fin de Grado, Matilde Tenorio Matanzo, por todo el esfuerzo y dedicación que ha mostrado en todo momento a lo largo de estos duros meses. Gracias por la paciencia y el afán de animarme cuando más perdido y agobiado estaba. Sin duda una excelente tutora y persona.

Además a mis compañeros que hemos compartido estos meses juntos, donde nos hemos apoyado unos a otros y donde hemos puesto en común conocimientos para la realización de este estudio.

Finalmente quiero agradecerle a mi familia, tanto la de España como la de Inglaterra que siempre han estado apoyándome durante este proceso cuando más lo he necesitado, y en especial a mi pareja.

