

# Revisión de la literatura sobre la ansiedad y el estrés en familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

María Jesús Rabadán Mezquita

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).



TRABAJO DE FIN DE GRADO

# Revisión de la literatura sobre la ansiedad y el estrés en familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Grado en Enfermería

**Autor:** María Jesús Rabadán Mezquita.

**Tutor:** Anna M. Aliberch Raurell.

**Fecha de presentación:** 24/05/2016

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat Internacional de Catalunya”**

ÍNDICE

<i>RESUMEN</i>	<i>II</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>IV</i>
<i>INDICE DE TABLAS</i>	<i>VI</i>
<i>INDICE DE FIGURAS</i>	<i>VII</i>
<i>ABREVIATURAS</i>	<i>VIII</i>
<i>INTRODUCCIÓN</i>	<i>11</i>
<i>JUSTIFICACIÓN</i>	<i>13</i>
<i>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</i>	<i>14</i>
<i>OBJETIVOS</i>	<i>14</i>
<i>METODOLOGÍA</i>	<i>14</i>
<i>CONSIDERACIONES ÉTICAS</i>	<i>18</i>
<i>RESULTADOS</i>	<i>19</i>
1. Análisis de la situación actual de las UCIs.	<i>19</i>
2. Impacto en la familia: ansiedad, estrés y PTSD.	<i>21</i>
2.1 La familia.	<i>21</i>
2.2 Ansiedad y familia.	<i>22</i>
2.3 Necesidades de la familia.	<i>28</i>
3. Identificación de trabajos y estrategias de mejora.	<i>29</i>
<i>CONCLUSIONES</i>	<i>32</i>
<i>IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA</i>	<i>34</i>
<i>LINEAS DE INVESTIGACION FUTURAS</i>	<i>34</i>
<i>LIMITACIONES DEL ESTUDIO</i>	<i>35</i>
<i>REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE OBTENIDO</i>	<i>35</i>
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	<i>36</i>
Anexo I: Ansiedad, depresión y PTSD síntomas comparando pacientes y familiares.	<i>42</i>
Anexo II: Cronograma.	<i>43</i>
Anexo III: Criterios que definen el nivel de cuidados en UCI.	<i>44</i>
<i>AGRADECIMIENTOS</i>	<i>XLVII</i>

## RESUMEN

**Introducción:** Los familiares de pacientes ingresados en UCI se someten a diferentes experiencias negativas que inducen a padecer trastornos emocionales durante su estancia en la unidad y después del alta. La incidencia de los síntomas del trastorno de PTSD, ansiedad, estrés y depresión en la familia es superior que en el propio paciente durante el ingreso hasta incluso 90 días después de su estancia en UCI.

**Objetivo:** Conocer el estado actual sobre la ansiedad y el estrés en familiares de pacientes ingresados en UCI. Reflexionar sobre puntos de mejora y conocer el papel de enfermería.

**Metodología:** Revisión bibliográfica. Se seleccionaron los artículos que contenían en el título al menos dos de las palabras clave. Se excluyen aquellos anteriores al 2000. Las bases de datos utilizadas fueron Pubmed, Google académico y el buscador de la UIC. Finalmente se obtuvieron 30 publicaciones científicas para ser analizadas en esta revisión.

**Resultados:** Los resultados obtenidos a través de la escala HADS manifiestan que los pacientes presentan menos síntomas que los familiares de éstos, tanto los que sobrevivieron como los que fallecieron, a los 30 y 90 días del alta en UCI ( $P < 0,001$ ). Sin embargo, los familiares de los pacientes que fallecieron puntuaron más alto en niveles de ansiedad y síntomas de depresión ( $p = 0,048$ ) a los 90 días del alta en UCI en comparación con los familiares de los pacientes que sobrevivió. Por otro lado los pacientes y los familiares tuvieron una puntuación similar en la escala IES a los 30 días del alta, pero fue mayor en los miembros de la familia a los 90 días ( $p = 0,019$ ). Tanto para la familia como para los pacientes, la edad, el sexo y los síntomas de ansiedad y depresión durante el ingreso en UCI fueron los principales determinantes para desarrollar PTSD a los 30 días. Los principales agentes que causan ansiedad tanto en familia como en el paciente son: falta de comunicación entre equipo multidisciplinar y familia, pérdida de rol de las familias, horarios poco flexibles y estructura de la unidad.

Se ha podido comprobar como actualmente existen dificultades y carencias para proporcionar cuidados a familiares de pacientes críticos. Los cuidados enfermeros se focalizan en el paciente quedando excluidos los cuidados y el soporte emocional hacia los familiares.

**Conclusiones:** Los niveles de ansiedad, depresión y los síntomas de PTSD fueron mayores en los familiares que en el paciente. Por otra parte, estos síntomas persistieron en la familia incluso 90 días después del alta en UCI, mientras que estos síntomas decrecen en los pacientes. Con la intención de mejorar estos resultados, se percibe una reciente preocupación por el cuidado de la familia. A pesar de la evidencia científica, la implantación de estrategias de mejora para inducir un cambio de UCIs tecnificadas, estrictas y cerradas a UCIs más abiertas, flexibles y humanas, el cambio en la práctica clínica es complejo. Además los factores contextuales que lo limitan empiezan por la propia estructura de la unidad. Por otro lado el poder de cambio se palpa desde los profesionales de UCI, para ir implantando estos cambios en su trabajo diario.

**Palabras Clave:** ansiedad, estrés, UCI, cuidados intensivos, familia, comunicación.

## ABSTRACT

**Introduction:** Relatives of patients admitted to the ICU undergoing various negative experiences that lead to suffering emotional disorders during their stay in the unit and after discharge. The incidence of symptoms of PTSD disorder, anxiety, stress and depression in the family is higher than in the patient during admission to even 90 days after ICU stay.

**Aim:** The current status on anxiety and stress in relatives of patients admitted to the ICU. Reflect on areas for improvement and understand the role of nursing.

**Methods:** literature review. Articles containing the title at least two of the keywords were selected, excluding the items published before 2000. The databases used were PubMed, Google Scholar and the UIC's search. Finally were obtained 30 scientific publications to be analyzed in this review.

**Results:** The results obtained through the HADS state that patients have fewer symptoms than their relatives , both those who survived and those who died , at 30 and 90 days of discharge in ICU (  $P < 0.001$  ) . However, relatives of patients who died scored higher on anxiety levels and symptoms of depression ( $p = 0.048$ ) at 90 days in ICU discharge compared with relatives of patients who survived. On the other hand patients and relatives they had a similar score on the scale IES 30 days of discharge, but was higher in family members at 90 days ( $p = 0.019$ ). For the family and patients, age, sex and symptoms of anxiety and depression during ICU admission were the main determinants for developing PTSD 30 days. The main agents that cause anxiety in family and patient are: lack of communication between multidisciplinary team and family, loss of role of families, inflexible schedules and structure of the unit.

It has been found as there are currently difficulties and shortcomings to provide care to relatives of critically ill patients. Nursing care focus on patient care is excluded and emotional support to the family.

**Conclusions:** Levels of anxiety, depression and PTSD symptoms were higher in relatives in the patient. Moreover, these symptoms persisted in the family even 90 days after discharge from the ICU, whereas these symptoms decreased in patients. Intending to improve these results, a recent concern for the care of the family is perceived. Despite the scientific evidence, the implementation of improvement strategies to induce a change in ICUs technologically advanced, strict and closed to more open, flexible and human ICUs, the change in clinical practice is complex. Besides the contextual factors that limit starting with the structure of the unit. On the other hand the power of change is palpable from UCI professionals to go implanting these changes in their daily work.

**Key words:** Anxiety, stress, ICU, critical care, family, communication.



**INDICE DE TABLAS**

Tabla I. Cuadro sobre estrategia de búsqueda.....15

Tabla 2: Criterios de inclusión y de exclusión.....16

**INDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Metodología del proceso de búsqueda de la literatura y selección de artículos.....17

Figura 2. Correlación entre pacientes y sus familiares. Puntuaciones sobre ansiedad y depresión 30 y 90 días después del alta en UCI.....23

Figura 3. HADS: puntuación a lo largo del tiempo de familiares y pacientes de UCI.....25

## **ABREVIATURAS**

BDI: Inventario de Depresión de Beck.

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale.

IAP: Investigación Acción Participativo.

IES-R: Impact of Even Scale-Revised.

MSC: Ministerio de Sanidad y Consumo.

MSPS: Ministerio Sanidad y Política Social.

NAS: Nursing Activity Score.

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PICS-F: Post Intensive Care Syndrome – Family.

PTSD: Trastorno por Estrés Post Traumático.

PTSR: Trastorno de Reacción por Estrés Post Traumático.

RNAO: Registered Nurses Association of Ontario.

SEAS: Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés.

STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

UIC: Universidad Internacional de Catalunya.

**Dedicatoria**

*A mi marido, por su más sincero apoyo,  
Por formar parte de mis sueños e ilusiones y por su amor.*

*“Confía en la espera,  
Abraza la incerteza,  
Disfruta de la belleza de lo que está por llegar.  
Cuando nada es seguro, todo es posible...”  
(Mindset Of Greatness).*

## INTRODUCCIÓN

“La ansiedad y el estrés se han convertido en un problema de salud pública de primer orden en los países de nuestro entorno. La salud mental, como parte indivisible de la salud, contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social. Los trastornos mentales constituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen. La enfermedad mental es la segunda causa de carga de enfermedad en las sociedades con economías de mercado, sin que haya perspectiva de control de estas cifras, por pronosticarse un aumento considerable” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). A pesar que El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS, que fue aprobado por la “Asamblea Mundial de la Salud” en 2013, reconoce que la salud mental es fundamental para el bienestar de todas las personas, en el paciente crítico y su familia, este elemento esencial parece estar infravalorado (Płaszewska-Żywko & Gazda, 2012).

La literatura sugiere que los pacientes y sus familiares pueden experimentar diferentes niveles de ansiedad, depresión y PTSD en diversos períodos de recuperación de la UCI (Fumis, Ranzani, Martins, & Schettino, 2015).

La UCI acostumbra a ser hostil y desafiante para los familiares, sobre todo si un ser querido se encuentra en situación crítica con riesgo de muerte. Por otro lado el estado crítico en el que se encuentra, hace que el familiar se sienta muchas veces incapaz de participar en su cuidado; ya sea por los impedimentos físicos del propio paciente, por las barreras de la propia unidad (horarios poco flexibles, aparataje,...) como por el miedo al no control de la situación y al no saber cómo actuar delante de su ser querido, incrementando de este modo la sensación de impotencia. La gran tecnología que se encuentra en las UCIs, el ruido de las máquinas y alarmas así como la gran cantidad de tubos y cables genera un entorno en el que se dificulta y limita la relación entre paciente y familia. Consecuentemente muchos miembros de la familia experimentan síntomas psicológicos a lo largo de su experiencia en UCI, los más frecuentes son: ansiedad, depresión y PTSD (McAdam, Fontaine, White, Dracup, & Puntillo, 2012), (Fumis et al., 2015). ¿Es inevitable el aislamiento al que se ve abocada la familia?, ¿Es posible poder detectar los primeros síntomas de ansiedad y estrés en la familia, por parte de enfermería para poder ofrecer un cuidado sistemático? ¿Qué

estrategias de mejora se pueden llevar a cabo para satisfacer las necesidades de los familiares?

Actualmente existen dificultades para proporcionar cuidados a familiares de pacientes críticos. Los cuidados enfermeros se focalizan en el paciente quedando excluidos los cuidados y el soporte emocional hacia los familiares (Maruiti, Galdeano, & Dias, 2007). La triste realidad es que las necesidades emocionales de los familiares e incluso las del paciente no están suficientemente amparadas por los cuidados del equipo sanitario, quedando en segundo plano los cuidados que no se refieren al cuerpo físico del paciente y directamente no se tratan de forma sistemática (Płaszewska-Żywko & Gazda, 2012).

Aunque se ha demostrado en diversos estudios que el paciente utiliza como estrategia para afrontar el estrés el apoyo en su familia, la realidad es que el paciente sufre soledad en una UCI “cerrada a los familiares” con horarios estrictos, breves y muchas veces imposibles de compaginar con el día a día de la familia.

“La atención a la familia es un componente más dentro del cuidado del paciente y se logra mediante el apoyo y participación de la familia en el cuidado” (Garrouste-Orgeas et al., 2010), por este motivo desde enfermería se empieza a defender un acercamiento holístico donde queda de manifiesto que las necesidades de la familia están unidas a las del paciente (Gooding T, Pierce B, 2012). En apoyo de la validez de este pensamiento apareció un enfoque filosófico mundial llamado “*Family Centered Care*” en el que las familias son receptoras de cuidados con el objetivo de mejorar su bienestar y a su vez poder participar en el cuidado de su familiar (Hakim, 2005). El hecho de hacer partícipes a la familia en los cuidados del paciente, y hacerles sentirse parte de los cuidados de su ser querido ha sido promovido recientemente desde varias UCIs.

En apoyo a la necesidad de mejorar y cambiar los cuidados del paciente ingresado en UCI y de sus familias surge un proyecto llamado HU-CI; donde se defiende la lucha por el cambio a UCIs humanizadas con el objetivo de reducir el impacto de estrés durante su ingreso en UCI entre otros. Se debe ir hacia el cambio de la cultura cerrada de UCIs, siendo paciente-familia una misma unidad (Heras, 2014).

Kross et al. (2011) aporta que un 14% de los familiares sufre síntomas de PTSD y un 18 % sufre depresión 6 meses después de su estancia en UCI (Kross et al., 2011). Incluso otros

investigadores afirman que incluso 12 meses después de su experiencia en UCI pueden seguir sufriendo síntomas de PTSD (McAdam et al., 2012). Estudios recientes afirman que los niveles de ansiedad son mayores en familiares que en el propio paciente ingresado en UCI (Fumis et al., 2015),(Gil, Ballester, Gómez, Ruiz, & Giménez, 2008).

Por este motivo se ha considerado conveniente la realización de una revisión de la literatura sobre el estrés y la ansiedad en familiares de pacientes ingresados en UCI, conocer el estado de la cuestión y profundizar en los resultados y en la efectividad de dichas estrategias o intervenciones de mejora publicadas en la literatura científica nacional e internacional.

## **JUSTIFICACIÓN**

Estudios recientes evidencian que los niveles de ansiedad, estrés, depresión y PTSD que sufren los familiares de pacientes ingresados en UCI son preocupantes y mayores que los que sufre el paciente. La familia experimenta angustia psicológica durante mucho tiempo después del alta, incluso 12 meses después.

Recientemente, las UCIs están cambiando su política restrictiva de visitas hacia horarios más flexibles, ya que la evidencia científica muestra como la familia necesita permanecer junto al paciente, reduciendo de este modo su sufrimiento y los niveles de ansiedad y estrés. Aunque en España predominan las UCIs cerradas y no se están llevando a cabo acciones de mejora de forma institucionalizada a pesar de que se percibe cierto movimiento hacia un cambio.

La literatura muestra que los familiares de los pacientes críticamente enfermos, en particular, los cónyuges femeninos están en alto riesgo de desarrollar trastornos psicológicos relevantes y se demuestra que necesitan apoyo durante todo el período de ingreso en UCI así como tras el alta. Es necesario un seguimiento en el tiempo.

La importancia de este tipo de atención, incluyendo el seguimiento en el tiempo, es un componente reconocido de buena calidad en los cuidados hacia la familia y el paciente (Fumis et al., 2015), (Azoulay et al., 2005).

Se considera importante realizar una revisión de la literatura para poder conocer en profundidad el estado de la cuestión. Ello puede contribuir a mejorar la atención que reciben



familia y pacientes así como conseguir que se tome consciencia de la magnitud del problema en profesionales sanitarios y en la sociedad para evitar males mayores.

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Qué artículos hay publicados en las revistas científicas de ámbito nacional e internacional sobre la ansiedad y el estrés en familiares de pacientes ingresados en UCI y que acciones puede realizar enfermería para mejorar el afrontamiento? Se consideran en las UCIs las necesidades psicológicas de las familias por completo?

### **OBJETIVOS**

Objetivo principal:

- Identificar que expone la literatura científica internacional y nacional sobre el estrés y la ansiedad en familiares de pacientes ingresados en la UCI y conocer el papel de enfermería.

Objetivos específicos:

- Conocer que se entiende por paciente crítico.
- Conocer las diferentes estrategias de intervención y las intervenciones utilizadas para seleccionar y realizar el seguimiento del cuidado a los familiares de pacientes ingresados en la UCI.

### **METODOLOGÍA**

Para alcanzar los objetivos y poder así dar respuesta a la pregunta de investigación, se ha visto conveniente la realización de una búsqueda bibliografía desde el mes de octubre del 2015 hasta el mes de Abril del 2016. Dicha búsqueda se ha basado en palabras clave en inglés presentes en el título o en el “abstract” de los artículos.

Se trata de una revisión bibliográfica de la literatura existente. Se detallaron en primer lugar las bases de datos donde se iba a realizar la búsqueda de artículos, revistas científicas y estudios relacionados con nuestro tema. Las bases de datos científicas fueron; Pubmed, Google académico y el buscador de la Universidad Internacional de Catalunya (UIC). La estrategia de búsqueda incluyó la utilización de los operadores booleanos; “AND”, “OR” y “NOT”. Para la selección de artículos se realizó una primera criba donde se realizó una lectura del título de cada artículo. Esto permitió poder descartar aquellos que no se ajustaban

a las características de la búsqueda y no se adecuaban al tema en cuestión. Tras esta criba se realizó una segunda. Es entonces cuando se hizo una lectura del “abstract” de los artículos. Este hecho nos permitió descartar algunos artículos que no cumplían con los requisitos deseados en relación a nuestro tema. Finalmente la lectura completa de los artículos nos acotó la búsqueda a aquellos artículos con los que pudimos trabajar y realizar una amplia y completa revisión de la literatura y nos permitieron poder analizar a la luz de la literatura las relaciones entre la ansiedad y estrés en familiares de pacientes ingresados en UCI.

La búsqueda bibliográfica empezó a través de la base de datos Pubmed donde se incluyeron las siguientes palabras clave; “*anxiety*”, “*intensive care*”, “*family*”, “*stress*”, “*communication*”. El resultado fueron 449.451 artículos. Para poder acotar la búsqueda se aplicarán filtros tales como; año de publicación (no anterior al año 2000), texto completo y libre (*free full text*), texto en inglés, portugués o español. Se descartaron los artículos que contenían la palabra “*child*”, “*neonatal*”. Tras la lectura del resumen se acota a 847 artículos. Finalmente se escogieron 17 artículos para la realización de nuestra revisión bibliográfica sobre el estado de la cuestión. Se procedió a la lectura completa de estos artículos, se enfatiza en la meticolosa lectura del abstract y se prosiguió con la lectura de los resultados y discusión para la final selección de ellos.

Seguidamente se realizó una búsqueda a través de Google académico, y buscador de UIC utilizando las palabras claves: “*anxiety*”, “*intensive unit care*” “*not child*”. Como resultado se obtuvieron 1.237 artículos, de los cuales tras aplicación avanzada de filtros tales como; texto completo y libre, fecha de publicación (no anterior al año 2000) y tras lectura del título y resumen se seleccionan 35 artículos. Posteriormente se seleccionan 13 artículos para incluir en la revisión de la literatura.

Los algoritmos de búsqueda utilizados fueron: “*Anxiety AND intensive care AND family Not child*”, “*Stress AND intensive care AND family NOT child*”, “*Stress AND anxiety AND intensive care AND family NOT child*”, “*Stress AND anxiety AND communication AND intensive care AND family NOT child*”, “*Stress AND anxiety AND communication AND intensive care AND family NOT child*”.

Se detalla un cuadro sobre las estrategias de búsqueda y selección final de artículos realizada en Pubmed, Google académico, y buscador de la UIC.

**Tabla I. Cuadro sobre estrategia de búsqueda.**

PUBMED. Palabras clave;	1º selección	2º selección	Total selección artículos
“ Anxiety” AND “intensive care unit” AND “family”	189.498	780	14
“Stress” AND “anxiety” AND “intensive care” AND “family” AND “communication” NOT “child” NOT “neonatal”	259.953	67	3

GOOGLE ACADEMICO, BUSCADOR DE LA UIC. Palabras clave;	1º selección	2º selección	Total selección artículos
“ Anxiety” AND “intensive care unit” AND “family”	1.220	29	8
“Stress” AND “anxiety” AND “intensive care” AND “family” AND “communication” NOT “child” NOT “neonatal”	17	6	5

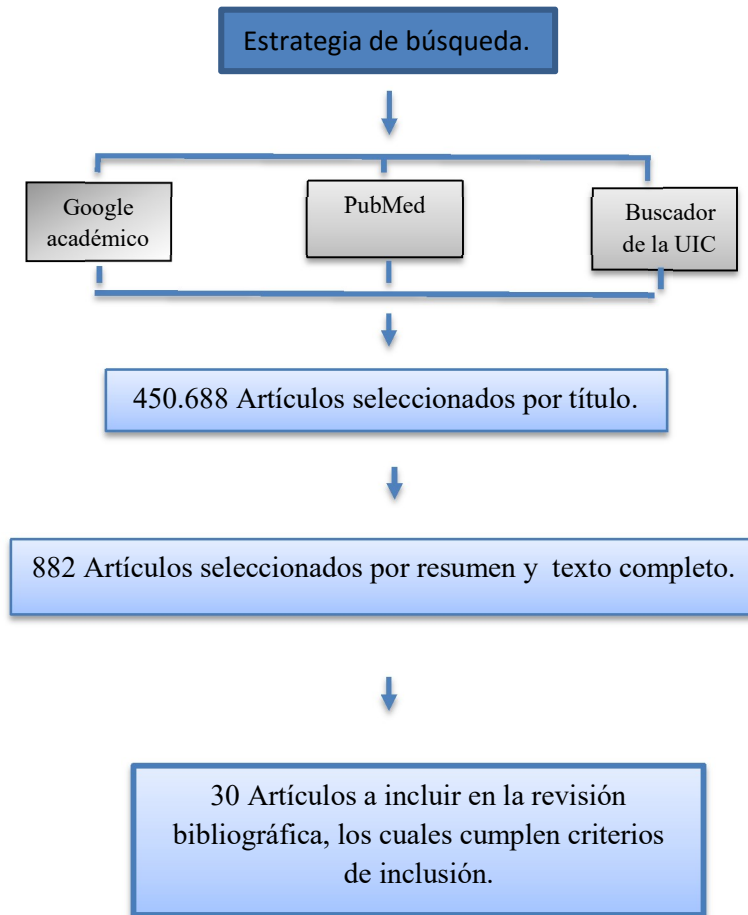
Para la selección de artículos, se consideraron los criterios de inclusión y de exclusión señalados en la siguiente tabla:

**Tabla 2: Criterios de inclusión y de exclusión.**

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículos publicados entre el año 2000 y 2015.</li> <li>• Artículos de tipo estudios de investigación o revisiones de la literatura.</li> <li>• Publicados en castellano, inglés, catalán, italiano o portugués.</li> <li>• Estudios que hicieran referencia al paciente crítico adulto, no pediátrico ni neonatal.</li> <li>• Artículos que incluyan en su título la palabra “ansiedad”, “familia” y “uci”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículos que no aporten información en relación al tema central de nuestro trabajo.</li> <li>• Artículos que no se encuentren disponibles de forma gratuita “free full text”.</li> <li>• Artículos sin base científica.</li> <li>• Artículos anteriores al año 2000.</li> <li>• Estudios que no hagan referencia al paciente crítico y adulto.</li> <li>• No disponible el texto completo.</li> </ul>

Aplicando la estrategia de búsqueda en las bases de datos mencionadas anteriormente, y tras emplear el filtro de artículos publicados en los últimos 16 años y que estén las palabras clave en título o resumen, se seleccionaron los artículos previa revisión de duplicados, y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados, se procedió a la revisión por títulos, por resumen y por texto completo.

**Figura 1. Metodología del proceso de búsqueda de la literatura y selección de artículos.**



### CONSIDERACIONES ÉTICAS

Debido a la tipología de este trabajo, no se ha considerado necesario solicitar la aprobación de un comité de ética de la revisión realizada, ni elaborar un consentimiento informado, pues, la información se ha recopilado de artículos obtenidos en las diferentes bases de datos, nombradas anteriormente. Dicha información ha sido analizada para poder tratar los datos de mayor interés, siempre referenciando cada idea expuesta en este documento y así procurar evitar el plagio de los textos utilizados en la revisión de la literatura, intentando actuar en todo momento con una actitud ética y profesional.

## RESULTADOS

Una vez realizada la selección de los artículos por texto completo, como resultado se obtuvieron 30 artículos.

### 1. Análisis de la situación actual de las UCIs.

“La UCI se define 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 cuidado (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

La definición dada a la UCI delimita los dos criterios clave para la admisión de pacientes candidatos. Para poder clasificar los niveles de cuidados se ha adoptado la clasificación del “Department of Health” del Reino Unido, dicha clasificación se atiene a las necesidades asistenciales del paciente (Goldhill D, 2002; Department of Health, 2006). Definimos los niveles 3 y 2 de cuidados críticos, en relación con la clasificación utilizada, de la siguiente forma:

- Nivel 3. Pacientes que requieren soporte respiratorio avanzado, se incluyen todos los pacientes complejos que requieren soporte por fallo multiorgánico.
- Nivel 2. Pacientes que requieren observación o intervención constantes, se contempla el soporte de un sistema orgánico; paciente que requiere cuidados postoperatorios. La “Intensive Care Society” desarrolló en 2002 un conjunto de criterios para establecer los niveles de cuidados (Goldhill D, 2002; Department of Health, 2006). En el Anexo 1 se recogen los criterios que definen los niveles de cuidados en UCI.

“La creación de una *cultura de seguridad* se considera que es un paso decisivo para lograr la mejora de la seguridad del paciente y constituye la primera práctica segura recomendada por el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, el “National Quality Forum” y otras

organizaciones (Monzón JL, Saralegui I, Abizanda R, Cabré L, 2008; National Patient Safety Agency, 2004; National Quality Forum, 2006).

Según el “US Department of Veterans Affairs” la cultura de seguridad podría entenderse como “todas aquellas características de una organización, como los valores, la filosofía, las tradiciones y las costumbres que conducen a un comportamiento de búsqueda continua, tanto individual como colectiva, de la forma de reducir al máximo los riesgos y los daños que se pueden producir durante los distintos procesos de provisión de la asistencia sanitaria”(Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Vemos como el Comité de Sanidad del Consejo de Europa no especifica la importancia de los cuidados psíquicos al paciente y a la familia. Estos están enfocados a mejorar la seguridad, los profesionales están concienciados de manera continua y activa del riesgo de que se produzcan errores relacionados con la medicación dejando de lado la ansiedad y estrés en el paciente y más que olvidada familia.

Aunque desde el “VII Programa Marco Europeo para Investigación y Desarrollo Técnico” ha dado prioridad para la financiación de proyectos de investigación que buscan el método de llevar a la práctica los resultados de la investigación a la atención de salud con el fin de optimizar la atención sanitaria, no es suficiente y demuestra ser un tema aún no resuelto (Commission of the European Communities, 2005).

Es amplia la publicación de artículos científicos a nivel internacional acerca de las carencias que existen en el cuidado de la familia. Este hecho demuestra la creciente preocupación por el trato a la familia en un entorno altamente tecnificado que históricamente no les ha tenido en cuenta (Zaforteza, Sánchez, & Lastra, 2008; Zaforteza et al., 2010).

Nos encontramos con que los cuidados a la familia quedan bajo la voluntad del equipo de enfermería dependiendo del nivel de trabajo de la unidad, de la experiencia de la enfermera y de la capacidad de sus habilidades sociales y predisposición para poder relacionarse con la familia del paciente. ¿Por qué los cuidados a los familiares del paciente crítico son actividades que no están sistematizadas en las UCIs españolas? ¿Por qué no se incorporan las mejoras que se proponen desde la evidencia científica? (Zaforteza, 2005).

La bibliografía sugiere, de forma reciente, que la salud psicológica de las familias con pacientes ingresados en la UCI se tome en consideración y se empiece a tratar como un elemento principal dentro del cuidado del paciente. Algunos autores afirman que se empieza a considerar a la familia del paciente como un factor importante que puede contribuir en su

buena evolución (Zaforteza, 2010). De este modo podemos afirmar que reducir los niveles de estrés de la familia podría aportar mejoría en el enfermo (Monsalve, De Andrés, Soriano Pastor, & Gómez-Carretero, 2006).

Nos encontramos frente a una situación en la que existe una gran necesidad de cuidados hacia los familiares del paciente crítico pero paradójicamente, aunque exista voluntad de cambio existen dificultades para poder ofrecer las recomendaciones que surgen de la evidencia (Zaforteza, 2005). La mayoría de los trabajos son descriptivos de la situación y sólo una minoría propone intervenciones para el cambio y puntos a mejorar (Zaforteza, 2010). Del mismo modo, cabe decir que queda un vacío en relación a cómo se puede reconstruir la realidad social.

En apoyo a la validez de esta emergente corriente holística Delgado y colaboradores, desde un proceso reflexivo que llevaron a cabo en el Hospital de Sant Pau i Santa Creu, publicaron su estudio donde demostraron como las micro políticas, las creencias e incluso las relaciones interprofesionales en la UCI podían actuar de forma negativa frenando el cambio (Zaforteza, 2010).

## **2. Impacto en la familia: ansiedad, estrés y PTSD.**

La OMS considera la atención centrada en la persona como un concepto amplio en el que la prestación de atención y servicios abarca no sólo la salud del individuo, sino también a su familia, cultura, y comunidad. Esta vista tiene un enfoque más amplio sobre las estrategias globales diseñadas para mejorar los factores relacionados con el medio ambiente social, a nivel económico, y determinantes de la salud, con el objetivo de prevenir enfermedades en la salud pública de las poblaciones (Registered Nurses' Association of Ontario, 2015; World Health Organization, 2007).

### **2.1 La familia.**

Entendemos el concepto de familia como “un grupo de personas formado por individuos que se unen, primordialmente, por relaciones de filiación o de pareja” (Roche, 2006). Según el Diccionario de la Lengua Española la define, entre otras cosas, “como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas (Real Academia Española, 2006), lo que lleva implícito los conceptos de parentesco y convivencia, aunque existan otros modos, como la adopción”.



Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, “la familia es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.” (Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura UNESCO, 1948).

- **Definición de Cuidados centrados en la familia.**

“Una persona no está definida por su enfermedad. Por lo tanto, la atención y el cuidado centrado en la familia incluyen la filosofía del holismo. Esta filosofía reconoce que un ser humano comprende muchos componentes (biológicos, psicológicos, emocionales, físicos, personales, sociales, ambientales, culturales, y espirituales). A través de una asociación establecida en el contexto de la relación terapéutica, los proveedores de servicios de salud llegan a conocer a toda la persona, sus objetivos, creencias y valores, la cultura, la experiencia de la salud, y las necesidades de atención” (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2015).

La familia está sujeta a la influencia del entorno y por tanto la hospitalización de un miembro de ellos origina una situación de crisis y pérdida de rol. En aquellas situaciones en que el paciente de UCI no logre mantener comunicación con su familia (ya sea por limitaciones propias del entorno, del propio paciente o por limitación emocional de la familia) hace que las decisiones importantes recaigan sobre la familia causando un estado de ansiedad y estrés pudiendo aumentar el riesgo de padecer síntomas psicológicos y físicos (McAdam & Puntillo, 2009).

## **2.2 Ansiedad y familia.**

La Sociedad Europea para el estudio de la ansiedad y el estrés define: “La ansiedad es una emoción natural que comprende las reacciones que tienen los seres humanos ante la amenaza de un resultado negativo o incierto.” Este tipo de reacciones se producen ante cualquier situación que nos resulte amenazante “El estrés es una reacción de alerta y activación ante cualquier situación a la que no podríamos atender si no incrementásemos nuestra actividad cognitiva, fisiológica y conductual. Las reacciones de estrés suelen englobar distintas respuestas emocionales, especialmente de ansiedad” (Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, 2015). El MSC español ha publicado la Guía Práctica para el manejo de pacientes con trastornos de Ansiedad donde se define: “Los trastornos de ansiedad como un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de

preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable (...)”(Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

La SEAS define que la ansiedad y el estrés implican reacciones adaptativas a las demandas del medio, pero nuestra mente y nuestro cuerpo no pueden permanecer activados indefinidamente. Si el estado de activación por ansiedad y estrés es muy intenso y, sobre todo, si se prolonga en exceso, se producen consecuencias negativas a tres niveles: disminución del rendimiento, problemas de salud física y problemas de salud mental. Las principales situaciones que provocan ansiedad son; situaciones de peligro físico, de evaluación, de amenaza interpersonal o social, situaciones en las que se encuentran elementos fóbicos, situaciones ambiguas o novedosas y situaciones en las que un individuo percibe una pérdida de control (Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, 2015).

El ingreso en la UCI de uno de los componentes familiares produce una situación compleja que provoca ansiedad y estrés. La familia queda desbordada para poder manejar las demandas internas y externas en continuo cambio. Por un lado la gestión de las propias emociones resulta un desafío para la familia y por otro lado el entorno que engloba el ingreso de su ser querido en la UCI es desconocido y la evolución del estado de salud de su familiar será muchas veces impredecible (Khalaila, 2014; De Albístur et al., 2000).

La investigación en relación a los síntomas psicológicos en la familia del paciente crítico tiene sus orígenes en la década de 1970. La mayoría de artículos científicos fueron cualitativos y descriptivos con muestras pequeñas-moderadas. La mayoría de estos estudios se realizaban en centros aislados y sobre todo se incluían pacientes de unidades de cuidados coronarios. Es a partir de los años 90 cuando se realizan varios estudios tanto cualitativos como cuantitativos para evaluar los síntomas psicológicos tales como ansiedad, estrés y depresión en la familia de los pacientes ingresados en UCI (McAdam & Puntillo, 2009).

En los últimos años, investigadores de todo el mundo se han mostrado más interesados en la afectación psicológica de la familia de los pacientes ingresados en UCI. La publicación de artículos científicos demuestran un aumento del riesgo de los trastornos depresivos y/o ansiedad así como las condiciones relacionadas con el estrés incluso después de varios meses del ingreso de un familiar en la UCI, con independencia de si el paciente hospitalizado es un recién nacido, un niño o un adulto. Es muy recomendable un

apoyo psicológico temprano durante su estancia en la UCI, principalmente cuando sus seres queridos están en riesgo de muerte (Peris et al., 2011).

En apoyo a la necesidad de estudio sobre la prevalencia de ansiedad y estrés en familiares de pacientes ingresados en UCI, algunos autores afirman que su principal hallazgo ha sido que los familiares sufren más síntomas de ansiedad, depresión y PTSD que los propios pacientes incluso pasados 3 meses desde el alta en UCI de su ser querido (Fumis et al., 2015; Gil et al., 2008; Jezierska, Borkowski, & Gaszynski, 2014). Fumis et al realizaron un estudio que aporta nuevos datos sobre la correlación entre los síntomas de los pacientes y sus familiares respectivamente.

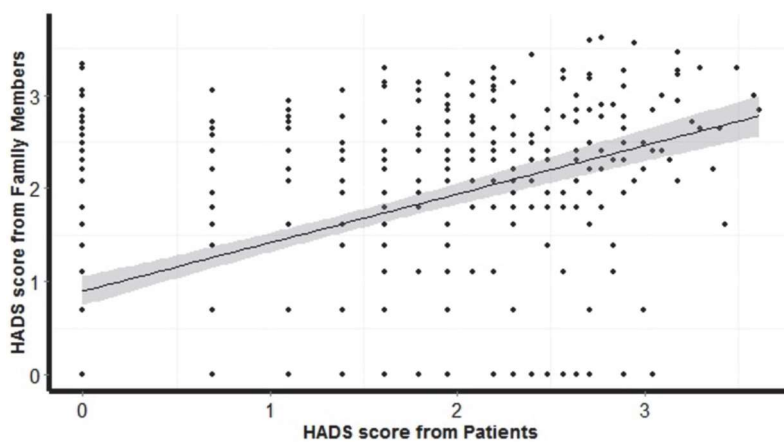


Figure 2. Correlation between patients and family members anxiety and depression scores considering values from ICU, 30 and 90-days after ICU Discharge. HADS denotes Hospital Anxiety and Depression Scale. The x- and y-axis were logarithmic transformed.

doi:10.1371/journal.pone.0115332.g003

Patients and Family Members: Who Suffer Most in the ICU?

Fuente: Fumis et al. 2015.

En 2010, la “Society of Critical Care Medicine” sugiere su propio término para esta forma de reacción en familiares de pacientes ingresados en UCI: PICS-F; “Post Intensive Care síndrome-family”. Estos efectos psicológicos adversos pueden persistir durante varios años después del alta del paciente. Se ha demostrado que sufrir estos síntomas psicológicos puede afectar a la capacidad de los familiares para llevar a cabo el rol de cuidador.

El estrés en los familiares puede provocar comportamientos no saludables como dieta insuficiente, falta de descanso y alteración del sueño (Day, Haj-Bakri, Lubchansky, & Mehta, 2013; Schmidt & Azoulay, 2013; Anderson, Arnold, Angus, & Bryce, 2008; Wright, Keating, Matulonis, Block, & Prigerson, 2010).

Existen diferentes instrumentos o escalas para evaluar los niveles de ansiedad, estrés, depresión, PTSD y PTSR. Las principales escalas son; HADS, IES, STAI y BDI.

Jezierska et al., (2014) tras realizar una revisión bibliográfica constata que el riesgo de sufrir PTSD por parte de la familia se estima en 33-49%, mientras que el riesgo de depresión varía de 6% a 26%, dependiendo del momento del estudio.

La familia tiene un alto riesgo de sufrir depresión, afectación en el estilo de vida e incluso afectación laboral pasado un año del alta de su ser querido en UCI (Jezierska et al., 2014), (Shear, Simon, & Wall, 2011).

Muchos investigadores aportan que los mayores niveles de ansiedad y estrés sufridos por parte de la familia se producen en el momento del ingreso en UCI. Cabe mencionar que los niveles de ansiedad, estrés, nerviosismo e incertidumbre decrece pasadas 48-72h en comparación al momento del ingreso (Płaszewska-Żywko & Gazda, 2012), (Mitchell & Courtney, 2004), (Fumis et al., 2015). Algunos autores refieren haber encontrado casos de familiares con síntomas de sufrir Estrés Post Traumático (PTSD) a los 3, 6 o incluso 12 meses después de su experiencia en UCI (Cook, Rocker, & Heyland, 2004).

Un hallazgo sorprendente es que tanto familiares de pacientes que sobrevivieron como los familiares de los pacientes que murieron en la UCI se encuentran en alto riesgo de desarrollar síntomas de PTSD, ansiedad y depresión. Una explicación puede ser que la UCI es traumatizante para las familias, independientemente del resultado del paciente (McAdam et al., 2012).

Azoulay et al. (2005), ponen de manifiesto que la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en familiares de pacientes ingresados en UCI sigue siendo alta al final de la estancia en la UCI, tanto si el paciente está lo suficientemente bien como para ser dado de alta como si está en situación de muerte.

Fumis et al. (2015), tras realizar un estudio prospectivo de investigación con una muestra de 471 familiares y 289 pacientes ingresados en UCI afirma, tras utilizar las escalas IES y HADS, que tanto los familiares de pacientes que sobrevivieron como aquellos familiares de pacientes que fallecieron padecen niveles mayores de ansiedad y depresión que el propio paciente pasados 30 y 90 días tras el alta en UCI ( $p < 0,001$ ).

Sin embargo, los familiares de los pacientes que fallecieron mostraron mayores niveles de ansiedad y depresión ( $p = 0,048$ ) a los 90 días del alta.

Los síntomas de ansiedad y depresión durante el ingreso en UCI fueron las principales causas determinantes para desarrollar PTSD a los 30 días del alta. Mientras los familiares alcanzaron unos valores de 11 en la HADS durante el ingreso en UCI, el paciente no pasó del 10,7. A los 30 días la familia refiere un 7,3 en la HADS contra un 3,8 del paciente de UCI. El rango es mayor si comparamos los valores tras 90 días del alta; la familia alcanzó un 5,5 en la HADS mientras que el paciente no supero el 2,0.

Los resultados a través de la IES reflejaron mayores niveles de estrés en familiares (5,2 contra 1,5 en el paciente) pasados 90 días tras el alta (Fumis et al., 2015). Ver anexo I.

Cabe mencionar que niveles superiores a 1,5 en IES son indicativos de alto riesgo de sufrir PTSD (McAdam et al., 2012).

De acuerdo con la literatura actual, los miembros de la familia sufren más durante y tras el alta en UCI, sobre todo cuando el ser querido se encuentra en una situación muy crítica o fallece (Fumis et al., 2015). La afectación que pudiera tener el hecho que el familiar falleciera en relación a desarrollar PTSD, PTSR o incrementar los síntomas en ansiedad y depresión sólo se contempla en tres estudios de mi revisión bibliográfica, siendo este hecho significativo en incrementar el riesgo de desarrollarlos o incrementar los síntomas de ansiedad siendo 6,49 vs 9,18 en la escala HADS según aporta Mc Adam et al ,2012. (Fumis et al., 2015), (McAdam et al., 2012),(Azoulay et al., 2005).

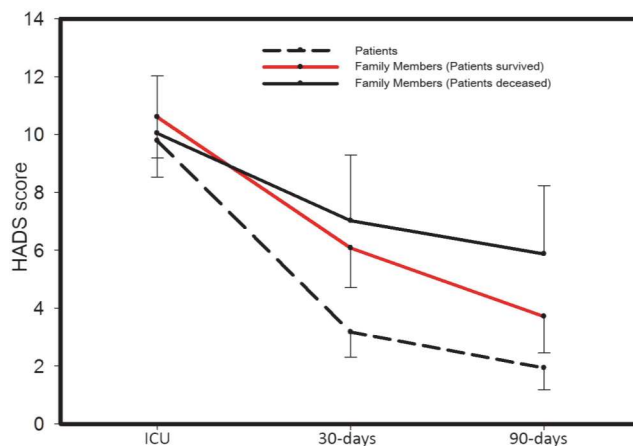


Figure 3. HADS score over time distributed between groups.  
doi:10.1371/journal.pone.0115332.g002  
Fuente: Fumis et al. 2015.

Azoulay et al.( 2005) evaluaron los resultados obtenidos a través de 234 familiares de pacientes ingresados en UCI y dados de alta junto con 50 familiares de pacientes que fallecieron en UCI. Los prevalencia de PTSR fue mayor en los miembros de la familia de

los pacientes que habían muerto en la UCI, en particular si el miembro de la familia estaba involucrado en la toma de decisiones en relación al final de la vida de su ser querido (81,3%).

Por el contrario Anderson et al. encontraron que los niveles de ansiedad y la depresión fueron mayores si la familia eligió un papel más pasivo de toma de decisiones (Anderson et al., 2008).

Un solo estudio descriptivo afirma que la prevalencia de la ansiedad en los familiares de pacientes que murieron en la UCI (n = 91) en comparación con la de miembros de la familia de supervivientes de la UCI (n = 435) no fue significativa a pesar de que ambos grupos tenían altas tasas de prevalencia de ansiedad (Azoulay et al., 2005).

Los principales agentes que causan u originan ansiedad y estrés son: la falta de comunicación entre el equipo multidisciplinar y la familia o paciente, la pérdida de rol de la familia, los horarios poco flexibles de las UCIs y la estructura de la unidad (Azoulay et al., 2005).

Por otro lado Plaszewska-Zywko et al. (2012) coincide con Azoulay et al. (2005) en confirmar que las reacciones emocionales relacionadas con la ansiedad fueron mejor gestionadas por hombres que por mujeres ( $p < 0,01$ ); la mayoría de las mujeres experimentan fuertes emociones negativas ( $P < 0,05$ ) y sus necesidades de información, y de sentirse involucradas en el cuidado del paciente fueron mayores que las del género masculino. Al igual que en el artículo de Plaszewska-Zywko et al. (2012), Kourti et al.(2015) coincide en detectar que las mujeres son los miembros con más riesgo de padecer síntomas de ansiedad y estrés frente a los hombres con un 71,4% contra un 45,7% en los hombres sobre una muestra de 102 familiares (Kourti, Christofilou, & Kallergis, 2015).

Aunque Azoulay et al. (2005) va más allá y afirma que no sólo son las mujeres las que peor gestionan su estrés y ansiedad junto con los niños; también los familiares que pensaban que la información que recibían acerca del estado de salud de su familiar era incompleta mostraron puntuaciones significativamente mayores en PTSR que el resto de la muestra.

Según Kourti et al. (2015), se confirma después de realizar un estudio descriptivo longitudinal realizado en la UCI de un hospital de Atenas que más del 60 % de los familiares encuestados con la escala HADS, presentaban síntomas severos de ansiedad y

depresión. No encontraron relación con el estado de salud anterior de éstos. Del mismo modo que no tenía relación alguna con el nivel de gravedad del paciente.

Sinuff et al. (2009) ya en 2009 informaron que la ventilación mecánica del paciente fue traumatizante para los miembros de la familia. Estar presente ante situaciones de crisis tales como casos de final de vida del paciente, donde se puede palpar el sufrimiento del ser querido ya sea por dolor y/o disnea, puede conducir ansiedad a los miembros de la familia. Por otro lado, diversos autores coinciden en afirmar que el apoyo social y las actitudes del personal de la UCI, concretamente una buena comunicación, son factores que reducen las consecuencias psicológicas negativas entre los miembros de la familia (Jeziarska et al., 2014), (De Albístur et al., 2000).

Por otro lado el estudio de McCoubrie et al. (2006), afirman que los aspectos culturales son un factor determinante en las afectaciones psicológicas de los familiares y los pacientes. En su estudio se constata que los pacientes con creencias religiosas con un alto nivel de espiritualidad están más protegidos en relación a desarrollar PTSD, incluso son menos propensos a desarrollar ansiedad o depresión. Schleder et al. (2013), también afirman que las personas con creencias religiosas muestran una mayor aceptación de la muerte y sufren menos ansiedad y la depresión. Estos resultados demuestran la importancia de la fe, del poder de la mente, en definitiva reafirman la importancia del trato holístico hacia la familia y paciente (McCoubrie & Davies, 2006), (Schleder, Parejo, Puggina, & Da Silva, 2013) .

### **2.3 Necesidades de la familia.**

La información es una de las necesidades más importantes manifestada por los familiares de pacientes ingresados en la UCI, a la vez que ayuda a reducir sus niveles de ansiedad (Al-Mutair, Plummer, Clerehan, & O'Brien, 2013). La información debe ser precisa y honesta. Se debe mantener cierto grado de esperanza. La tranquilidad y la esperanza son las necesidades emocionales de los familiares más importantes junto con la información, como hemos dicho anteriormente (Zaforteza et al., 2008).

Los familiares de pacientes ingresados en UCI necesitan mantener proximidad con su ser querido, poder verle de forma regular, aunque actualmente los horarios de visitas y las inadecuadas infraestructuras de la unidad interfieren de forma negativa en la familia (Velasco JM, Prieto JF, Castillo J, Merino N, 2005). Éstos tienen gran dificultad para poder satisfacer sus necesidades. La UCI impone aislamiento. Estos factores, entre otros causan

estrés, sentimiento de indefensa, impotencia y desamparo (Płaszewska-Żywko & Gazda, 2012).

La familia pierde su rol y en la UCI no se les facilitan, en la mayoría de los casos, herramientas para poder satisfacerlos. Horarios inflexibles, salas de espera sin un lugar donde poder tumbarse, sin opción a mantas, máquinas de café, etc. hacen que los familiares sufran un desgaste físico y psicológico que no debe ser infravalorado por el equipo sanitario.

La UCI es percibida como un lugar estresante para la familia. Nos encontramos con horarios hechos desde la dinámica del equipo sanitario o ritmo de la unidad. Los profesionales por su parte no explican a la familia cómo pueden contribuir al cuidado de su ser querido.

Plaszewska-Zywko et al. (2012), Azoulay et al. (2005), Kourti et al. (2015), afirman que las mujeres son las que sufren mayores niveles de ansiedad, depresión y miedo en comparación con los hombres. Se podría asociar a que las mujeres manifiestan de forma más abierta y sincera sus emociones, aunque cabe destacar el predominio de mujeres en la muestra de estudio.

### **3. Identificación de trabajos y estrategias de mejora.**

Si realizamos una visión global, encontramos a nivel internacional múltiples trabajos descriptivos y algún trabajo de intervención en relación a la situación actual en cuidados a la familia del paciente crítico. Este hallazgo nos hace pensar en la existencia de una creciente preocupación por el cuidado a las familias. Vale la pena citar dos trabajos que nos aportan información que inducen a demostrar que se está produciendo un cambio. Es de vital importancia citar el primer instrumento que se crea para medir el *esfuerzo asistencial* de enfermería; se trata del NAS. Este contempla la actividad de apoyo a familiares como ítem a valorar. Este hecho pone de manifiesto que el cuidado a los familiares lo asume enfermería y no solo eso, sino que les ocupa un tiempo a considerar (Yatsue & Rapone, 2007). Por otro lado, citaremos el RNAO; se trata de una completa guía de práctica clínica que enfoca sus acciones de mejora en dar soporte a familiares que experimentan situaciones que desafían su capacidad de afrontamiento (Registered Nurses' Association of Ontario, 2015). En esta guía se sugieren acciones de mejora para favorecer el cambio hacia una práctica centrada en la persona y su entorno como un todo, ofreciendo un cuidado holístico donde se considera a la familia como un componente más dentro de sus cuidados. Se remarca la importancia del cambio de mentalidad que deben hacer las enfermeras para incluir a las familias en sus



cuidados junto con los dedicados al paciente. Se propone promover este cambio formando a las enfermeras.

Además, existen estudios que indican que los niveles de ansiedad y estrés son mayores en la familia que en el propio paciente, sobretodo pasados 90 días de la fecha de alta en UCI (Fumis et al., 2015), (Gil et al., 2008), (Young et al., 2005).

Fumis et al. (2015), muestra en su estudio correlativo realizado en Brasil comparando familia y paciente como los síntomas de ansiedad, estrés, depresión y PTSD son mayores en la familia: sobretodo en el momento del ingreso y pasados 90 días. Estos datos indican la preocupante situación actual que se vive a diario en las UCIs. ¿Quién sufre más en la UCI familia o paciente? La familia sufre más ansiedad y durante más tiempo.

En España, actualmente existen cuatro trabajos que ponen de manifiesto la existencia real de un cambio sobre el concepto de la familia. La familia empieza a ser contemplada como elemento de cuidados en lugar de considerarla como un problema para el normal funcionamiento de la unidad (Zaforteza et al., 2008).

El autor de uno de estos cuatro trabajos; propone el cambio desde enfermería. La idea principal es *cambiar las prácticas clínicas de las enfermeras* para poder mejorar los cuidados del paciente y de su familia (Delgado, Sola, & Mirabete, 2001). Para ello utilizaron metodologías de investigación-acción participativa en el que buscaba la reflexión en relación a la atención que daba enfermería y cómo se podría mejorarla integrando un cuidado más holístico. Por otro lado, los otros dos trabajos proponen el cambio *integrando a la familia* dentro del equipo de enfermería y de la dinámica de la UCI (Rodríguez et al., 2003), (Torres & Morales, 2004). En este estudio se contó con la opinión de usuarios. Y por último el cuarto trabajo de Zaforteza expone, a través de un estudio descriptivo, la intención que tiene el equipo de enfermería en propiciar el cambio, ya que quisieran participar de forma activa en los procesos informativos y a la vez expresan sentirse incómodas ante las situaciones adversas que han de sufrir los familiares (Zaforteza, 2005).

Zaforteza et al. (2010) expone estrategias de mejora en el contexto de una investigación-acción participativa (IAP) con el objetivo de promover el cambio en relación a las actuaciones que puede realizar enfermería con el fin de mejorar los cuidados y favorecer el afrontamiento a la ansiedad y al estrés por parte de familiares y pacientes. La participación es la base para promover el cambio desde enfermería, así como el compromiso individual y

compartido, el liderazgo y el proceso reflexivo. Por otro lado la autora detalla los aspectos que limitan el cambio siendo: el no reconocer la legitimidad de la evidencia científica en relación a los familiares del paciente de UCI, la existencia de relaciones de poder desequilibradas dentro del equipo multidisciplinar, la falta de participación de las enfermeras en los flujos de información y la organización del tiempo y espacio de la unidad (Zaforteza et al., 2012).

Los cuatro trabajos coinciden en que existe una necesidad de implantar normas menos restrictivas en las UCIs.

Desde la UCI de adultos del *Hospital de la Santa Creu y Sant Pau* a través de un estudio cualitativo de tipo IAP desde el paradigma constructivista, pionero en España se llevó a cabo un estudio a través de un proceso reflexivo de autocrítica y autoapreciación de su práctica diaria. Se llega a la reflexión del trato deficiente al paciente y la existente despersonalización y objetivación de éste por parte de enfermería. Por otro lado se evidenció el distanciamiento real con la familia, los médicos y la falta de trabajo en equipo. A partir de este estudio se incita el trato más respetuoso por parte de enfermería hacia el paciente y familia, considerando la necesidad de proximidad como ítem necesario (Delgado et al., 2001). De este modo se puede plantear la hipótesis de que esta mejora en la práctica clínica por parte del equipo multidisciplinar pudiera aminorar los niveles de ansiedad en la familia dada la importancia que tiene la necesidad de proximidad tanto para el paciente como para la familia.

McAdam et al. (2012) y Peris et al. (2011) proponen que el cambio empiece desde dentro. Las enfermeras de UCI pueden ayudar a la familia proporcionando afrontamiento y apoyo emocional a través de referencias, diálogo y transmitiendo tranquilidad. Además, las enfermeras de cuidados críticos podrían colaborar con la gestión de casos que requieran servicios sociales para proporcionar cuidado domiciliario al paciente, con el fin de ofrecer un cuidado más personalizado tanto a paciente como a la familia. Según Mitchell et al. (2004), disponer de soporte social favorece que bajen los niveles de ansiedad en los familiares de pacientes ingresados en UCI.

A raíz de la necesidad de mejorar y cambiar los cuidados del paciente ingresado en UCI y de sus familias y a la aparición de publicaciones de mejora en relación al cuidado de la familia nace el proyecto HU-CIS (Heras, 2014). Con este proyecto se busca detectar y

aminorar todos los síntomas negativos que puedan sufrir paciente y familia, entre ellos la ansiedad y el estrés.

Cabe citar que a pesar del diseño de estas estrategias de mejora y detalle de intervenciones, no queda claro cuales con las instrucciones o protocolo a seguir para que se produzcan cambios duraderos en las UCIs. Volviendo a estar a expensas del criterio propio de la enfermera, las cargas de trabajo de la unidad, etc. Quedando el cuidado hacia la familia bajo la voluntad del equipo de enfermería.

## **CONCLUSIONES**

Tras la revisión de la literatura científica todos los autores ponen de manifiesto como la experiencia en UCI induce fuertes emociones estresantes en los familiares de pacientes. La familia experimenta muchas emociones negativas tales como ansiedad, estrés, incertidumbre, miedo, impotencia y depresión.

A pesar de la existencia de estudios científicos que alertan de la necesidad de realizar intervenciones para aliviar la angustia emocional en pacientes y sus familiares, no todas las UCIs están incorporando estrategias de mejora, del mismo modo que no están adaptando sus normas ni el espacio físico de la UCI a nivel mundial .

De forma unánime, los autores confirman que aunque los síntomas psicológicos decrecen significativamente en el tiempo, pasados 90 días los niveles en la familia siguen siendo altos. Muchos de los miembros de la familia obtuvieron calificaciones iguales o superiores que los niveles de corte en las escalas IES-R y HADS, lo que indica que los familiares estaban todavía en alto riesgo de sufrir PTSD, ansiedad y depresión

La revisión bibliográfica nos indica que el soporte emocional y la satisfacción de las necesidades de familiares deben formar parte dentro de las prioridades del plan de asistencia de enfermería, con el fin de poder prevenir o aminorar los efectos psicológicos en la familia. La UCI es de por sí un lugar estresante. Las UCIs españolas siguen siendo, la mayoría, cerradas a los familiares. Existe una fuerte cultura biomédica.

La evidencia muestra como la pérdida de rol en la familia de pacientes ingresados en UCI provoca altos niveles de ansiedad y estrés tanto en los miembros de la familia como en el paciente. La necesidad de proximidad es junto con la de información la más valorada por

familia y paciente. Esta evidencia parece resultar difícil llevarla a la práctica: se justifica la falta de tiempo y formación de las enfermeras, lo que indica la falta de concienciación general por parte de enfermería y del resto del equipo multidisciplinar.

Una buena comunicación entre equipo y familia puede contribuir de forma positiva en la prevención de desarrollar PTSD y disminuir niveles de ansiedad y depresión durante y después de su experiencia como familiar en UCI. La comunicación y la información a los familiares son una prioridad.

Creemos de vital importancia formar a los profesionales de la salud, ofreciéndoles conocimientos sobre cuidados a pacientes y familiares que se encuentren ingresados en la UCI. Enfermería debe disponer de recursos para saber gestionar situaciones de ansiedad y estrés sin verse ellos afectados emocionalmente y de este modo ofrecer unos cuidados psicológicos de calidad tanto al paciente como a la familia.

Equilibrar la parte técnica y parte humana de la UCI es fundamental para poder ofrecer un trato holístico al paciente y a la familia, con la finalidad de lograr el mejor y más completo cuidado. A pesar de que es visible una creciente preocupación hacia los familiares de pacientes críticos, es necesaria la investigación futura para determinar lo que ocurre en la UCIs ya que sigue siendo una experiencia traumática para la familia.

Llegado este punto, ¿porque no se incluyen acciones de mejora si existe evidencia científica? Falta reconocer la evidencia e introducir acciones de mejora. ¿Desde dónde hay que empezar a implantar el cambio de mentalidad de UCI cerrada a las familias hacia UCIs humanizadas?

Aunque actualmente este hecho está cambiando. Se lucha por inculcar UCIs abiertas, más flexibles; UCIs humanizadas. Hoy por hoy el cuidado al familiar del paciente crítico por parte del equipo de UCI se hace de forma voluntaria y aislada. No existe protocolo alguno ni esta sistematizado (Zaforteza, 2005). La carencia de estrategias para el manejo emocional por parte de enfermeras, auxiliares y médicos hace que no se produzca un mínimo grado de acercamiento con la familia del paciente. Se habla de la “cultura de la UCI” donde predomina el cuidado técnico del paciente y la organización centrada en el profesional sanitario.

Por otro lado es necesario conocer qué tipos de intervenciones ayudará a disminuir estos síntomas. Enfermería debe ser la que ayude y apoye a las familias de los pacientes, ya que las enfermeras tienen un trato directo con la familia de pacientes a diario. Esta interacción diaria permite a las enfermeras construir una relación de confianza con la familia y estar alerta ante cualquier cambio en los comportamientos de esta. El poder desarrollar el cambio en la práctica clínica y la toma de consciencia en el equipo multidisciplinar y en la sociedad en general es complejo y requiere un gran esfuerzo reflexivo y de concienciación por parte de todos.

### **IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA**

Una vez realizada la revisión de la bibliografía se llega a la conclusión que dicha revisión tiene implicaciones sobre la práctica clínica. Se detallan las siguientes:

- Concienciar a todo el equipo multidisciplinar de los elevados niveles de ansiedad y estrés que sufre la familia del paciente ingresado en UCI.
- Mantener una actitud participativa desde enfermería para poder promover el cambio desde dentro.
- Humanizar las UCIs; en el sentido de crear horarios más flexibles y considerar a los familiares como un ítem más dentro del plan de cuidados de enfermería.
- Luchar por UCIs abiertas.
- Implantar cuidados holísticos, entendiendo al paciente y familia como un todo.

Ser conscientes de la complejidad que requieren los cuidados a pacientes-familia ingresados en UCI nos ha de hacer tomar consciencia de la necesidad de la formación continuada.

Una vez obtenidos todos los datos tras la revisión bibliográfica se puede afirmar el gran impacto que tiene en la familia el ingreso en UCI de sus familiares, mostrando niveles preocupantes de ansiedad y estrés en la familia incluso 90 días después del alta.

### **LINEAS DE INVESTIGACION FUTURAS**

Tras la revisión de la literatura, queda de manifiesto la necesidad de seguir mejorando y avanzando en el ámbito de la investigación e inclusión de los cuidados a la familia del paciente crítico como parte de los cuidados integrales del paciente.

- Realizar una búsqueda sistematizada de artículos publicados.

- Realizar un estudio a nivel nacional sobre las acciones que se están llevando a cabo en las UCIs así como poder investigar más a fin de poder identificar las carencias y acciones de mejora.
- Formar al equipo sanitario en el manejo de situaciones críticas, conocimientos sobre los cuidados a pacientes-familia en salud mental y/o psicología.

### **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Al iniciar la búsqueda bibliográfica se presenta la dificultad para poder acceder a muchos artículos, por tratarse de artículos prepago, no “free full text”. Este hecho hizo que los resultados se vieran limitados y no fueran todo lo completos que hubiéramos querido.

### **REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE OBTENIDO**

El trabajo de final de grado ha sido un gran desafío que he tenido que afrontar. Gracias a las tutorías con mi tutora, pude hacerme una idea sobre la orientación del trabajo. Se concretan los principales temas a tratar del mismo modo que se detalla cómo se abordaría cada apartado del trabajo. A partir de ese momento, con una visión más clara sobre qué información necesitaba pude empezar con la búsqueda bibliográfica y la redacción del primer borrador de la introducción.

Cabe decir que el inicio del trabajo fue la parte más ardua para mí, saber afrontar una correcta estrategia de búsqueda y empezar a redactar, relacionar ideas y sintetizar no fue tarea fácil. Este trabajo me ha permitido poder desarrollar mi pensamiento crítico e incluso crecer personalmente. He aprendido a realizar búsquedas avanzadas, a usar el gestor bibliográfico, a guardar los historiales de búsqueda y a seleccionar los artículos según su validez científica y según mis criterios de exclusión e inclusión.

Por otro lado, la realización de este documento me ha aportado información desconocida para mí, así como ganas de ayudar a cambiar las UCIs cerradas por unas más humanizadas, siendo enfermería quien promueva el cambio desde dentro.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Mutair, A. S., Plummer, V., Clerehan, R., & O'Brien, A. (2013). Needs and experiences of intensive care patients' families: a Saudi qualitative study. *Nursing in Critical Care*, *19*(3), 135–144.
- Anderson, W., Arnold, R., Angus, D., & Bryce, C. (2008). Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *J Gen Intern Med*, *23*(11), 1871–1876.
- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., ... Schlemmer, B. (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *171*(9), 987–994. <http://doi.org/10.1164/rccm.200409-1295OC>
- Commission of the European Communities. (2005). Decision of the European Parliament and the Council concerning the seventh framework programme of the European Community for research, technological development and demonstration activities.
- Cook, D., Rocker, G., & Heyland, D. (2004). Dying in the ICU: strategies that may improve end-of-life care. *Canadian Journal of Anaesthesia = Journal Canadien D'anesthésie*, *51*(3), 266–72. <http://doi.org/10.1007/BF03019109>
- Day, A., Haj-Bakri, S., Lubchansky, S., & Mehta, S. (2013). Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. *Critical Care*, *17*(3), R91. <http://doi.org/10.1186/cc12736>
- De Albístur, C., Bacigalupo, J., Gerez, J., Uzal, M., Ebeid, E., Maciel, M., & Soto, J. (2000). La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Med Uruguay*, *16*, 243–256.
- Delgado, P., Sola, A., & Mirabete, I. (2001). Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enfermería Intensiva*, *12*(3), 110–126.
- Department of Health. (2006). Critical Care Information Advisory Group. Levels of Care: (summarised from: Levels of Critical Care for Adult Patients, Intensive Care Society, 2002).

- Fumis, R. R. L., Ranzani, O. T., Martins, P. S., & Schettino, G. (2015). Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay. *PLoS ONE*, *10*(1), 1–12. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0115332>
- Garrouste-Orgeas, M., Willems, V., Timsit, J. F., Diaw, F., Brochon, S., Vesin, A., ... Misset, B. (2010). Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *Journal of Critical Care*, *25*(4), 634–640. <http://doi.org/10.1016/j.jcrc.2010.03.001>
- Gil, B., Ballester, R., Gómez, S., Ruiz, E., & Giménez, C. (2008). Síntomas de ansiedad y depresión tras la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos. *Universitat Jaume I*.
- Goldhill D. (2002). Levels of critical care for adult patients. *Intensive Care Society*.
- Gooding T, Pierce B, F. K. et al. (2012). Partnering with family members to improve the Intensive Care Unit experience. *Critical Care Nursing*.
- Hakim, C. (2005). *Modelos de familia en las sociedades modernas*. (S. XXI, Ed.) (1º ed). Madrid.
- Heras, G. (2014). Proyecto HU-CI: Humanizando los Cuidados Intensivos. Retrieved January 10, 2016, from <http://www.humanizandoloscuidadosintensivos.com>
- Jeziarska, N., Borkowski, B., & Gaszynski, W. (2014). Psychological reactions in family members of patients hospitalised in intensive care units. *Anaesthesiol Intensive Ther*, *46*(1), 42–45. <http://doi.org/10.5603/ait.2014.0009>
- Khalaila, R. (2014). Meeting the needs of patients' families in intensive care units. *Nursing Standard*, *28*(43), 37–44.
- Kourti, M., Christofilou, E., & Kallergis, G. (2015). Anxiety and depression symptoms in family members of icu patients. *Av Enferm*, *33*(1), 47–54.
- Kross, E. K., Engelberg, R. A., Gries, C. J., Nielsen, E. L., Zatzick, D., & Curtis, J. R. (2011). ICU care associated with symptoms of depression and posttraumatic stress disorder among family members of patients who die in the ICU. *Chest*, *139*(4), 795–801. <http://doi.org/10.1378/chest.10-0652>



- Maruiti, M. R., Galdeano, L. E., & Dias, O. G. (2007). Anxiety And Depressions In Relatives Of Patients Admitted In Intensive Care Units \*. *Acta Paul Enferm*, 21(4), 636–642.
- McAdam, J. L., Fontaine, D., White, D., Dracup, K., & Puntillo, K. (2012). Psychological symptoms of family members of high-risk intensive care unit patients. *American Journal of Critical Care*, (6), 386–392. <http://doi.org/10.4037/ajcc2012582>
- McAdam, J. L., & Puntillo, K. (2009). Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 18(3), 200–209. <http://doi.org/10.4037/ajcc2009252>
- McCoubrie, R. C., & Davies, A. N. (2006). Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Supportive Care in Cancer*, 14(4), 379–385. <http://doi.org/10.1007/s00520-005-0892-6>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. *Madrid: Plan Nacional Para El SNS Del MSC*.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y Recomendaciones. *Informes, Estudios E Investigación 2010*, 130. Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
- Mitchell, M. L., & Courtney, M. (2004). Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: An intervention study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20(4), 223–231. <http://doi.org/10.1016/j.iccn.2004.05.008>
- Monsalve, V., De Andrés, J., Soriano Pastor, J. F., & Gómez-Carretero, P. (2006). El ingreso en la unidad de cuidados intensivos: la repercusión en el familiar del paciente. *Boletín de Psicología*, (87), 61–88. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2170529&info=resumen&idioma=EN>
- Monzón JL, Saralegui I, Abizanda R, Cabré L, et al. (2008). Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*, 32(121-33).
- National Patient Safety Agency. (2004). Seven steps to patient safety. London: National

Patient Safety Agency.

National Quality Forum. (2006). *Safe Practices for Better Healthcare*. Washington,DC.

Retrieved from

[http://www.qualityforum.org/publications/reports/safe\\_practices\\_2006.asp](http://www.qualityforum.org/publications/reports/safe_practices_2006.asp) [consultado 19/12/15]

Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura UNESCO.

(1948). Declaración Universal de los Derechos humanos. *Mineduc.cl*, 6.

<http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Peris, A., Bonizzoli, M., Iozzelli, D., Migliaccio, M. L., Zagli, G., Bacchereti, A., ...

Belloni, L. (2011). Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical Care (London, England)*, 15(1), R41.

<http://doi.org/10.1186/cc10003>

Plaszewska-Żywko, L., & Gazda, D. (2012). Emotional reactions and needs of family members of ICU patients. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 44(3), 145–149.

Retrieved from [www.ait.viamedica.pl](http://www.ait.viamedica.pl)

Real Academia Española. (2006). Familia. Retrieved from [www.rae.es](http://www.rae.es) [consultado

14/12/15]

Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). Clinical Best Practice Guidelines:

Person- and Family-Centred Care, (May).

Roche, R. (2006). Psicología de la pareja y de la familia: análisis y optimización. Barcelona:

Universitat Autònoma de Barcelona.

Rodríguez, M., Rodríguez, F., Roncero, A., Morgado, M., Bannik, J., & Flores, L. et al.

(2003). Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 14(3), 96–108.

Schleder, L., Parejo, L., Puggina, A., & Da Silva, M. (2013). Spirituality of relatives of patients hospitalized in intensive care unit. *Acta Paulista de ...*, 26(1), 71–78.

Retrieved from [http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/en\\_12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/en_12.pdf)

- Schmidt, M., & Azoulay, E. (2013). Sleepless nights in the ICU: The awaken family. *Critical Care*, 17, 1–3. <http://doi.org/10.1186/cc12781>
- Shear, M., Simon, N., & Wall, M. et al. (2011). Complicated grief and related bereavement-issues for DSM-5. *Depress Anxiety*, 28(2), 103–117.
- Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. (2015). Página web. [consultado 20/12/15]. Retrieved from [www.ansiedadystres.org](http://www.ansiedadystres.org)
- Torres, L., & Morales, J. . (2004). Participación familiar en el cuidado del paciente crítico: recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Tempus Vitalis*, 4(1), 18–25. Retrieved from <http://www.tempusvitalis.com/index1.htm> (Consultado el 11/12/15).
- Velasco JM, Prieto JF, Castillo J, Merino N, P.-M. E. (2005). Organización de las visitas de los familiares en las unidades de cuidados intensivos de España. *Enfermería Intensiva*, 16(2), 73–83.
- World Health Organization. (2007). People at the centre of health care: Harmonizing mind and body, people and systems. Geneva, Switzerland:
- Wright, A., Keating, N., Matulonis, U., Block, S., & Prigerson, H. (2010). Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers mental death. *J Clin Oncol*, 28(29), 4457–4464.
- Yatsue, R., & Rapone, R. (2007). Evaluation of the Nursing Activities Score (NAS) as a nursing workload measurement tool in an adult ICU. *Rev Esc Enferm USP*, 41(3), 346–354.
- Young, E., Eddleston, J., Ingleby, S., Streets, J., McJanet, L., Wang, M., & Glover, L. (2005). Returning home after intensive care: A comparison of symptoms of anxiety and depression in ICU and elective cardiac surgery patients and their relatives. *Intensive Care Medicine*, 31(1), 86–91. <http://doi.org/10.1007/s00134-004-2495-y>
- Zaforteza, C. (2005). Familiares del paciente crítico: sobre las dificultades de la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). *Presencia*, 1(2). Retrieved from <http://index-f.com/presencia/n2/28articulo.php>

- Zaforteza, C. (2010). Promoción de los cuidados dirigidos a los familiares del paciente crítico a través de una investigación-acción participativa. Retrieved from <http://tdcat.cesca.es/handle/10803/132251>
- Zaforteza, C., García, A., Amorós, S., Pérez, E., Maqueda, M., & Delgado, J. (2012). Elementos facilitadores y limitadores del cambio en la atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 23(3), 121–131. <http://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.12.006>
- Zaforteza, C., Prieto, S., Canet, T., Diaz, Y., Molina, M., & Moreno, C. et al. (2010). Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enfermería Intensiva*, 21(1), 11–19. <http://doi.org/10.1016/j.enfi.2009.07.002>
- Zaforteza, C., Sánchez, C., & Lastra, P. (2008). Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: Es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. *Enfermería Intensiva*, 19(2), 61–70. [http://doi.org/10.1016/S1130-2399\(08\)72746-9](http://doi.org/10.1016/S1130-2399(08)72746-9)

ANEXOS

**Anexo I: Ansiedad, depresión y PTSD síntomas comparando pacientes y familiares.**

	HADS Total Score	HADS Subscale Depression Score	HADS Subscale Anxiety score	IES score
<b>Patients, mean (95% CI)</b>				
At ICU (n = 184)	<b>10.7</b> (9.6–11.8)	7.0 (6.4–7.6) <sup>a</sup>	3.7 (3.1–4.3)	-
30-day (n = 119)	<b>3.8</b> (3.0–4.6) <sup>b</sup>	1.9 (1.5–2.3) <sup>c</sup>	1.9 (1.4–2.4) <sup>d</sup>	6.5 (4.1–8.9)
90-day (n = 103)	<b>2.0</b> (1.3–2.7) <sup>e</sup>	1.1 (0.7–1.4) <sup>f</sup>	0.9 (0.5–1.3)	<b>1.5</b> (0.6–2.4) <sup>g</sup>
<b>Family Members, mean (95% CI)</b>				
At ICU (n = 184)	<b>11.0</b> (9.9–12.2)	7.8 (7.1–8.5) <sup>a</sup>	3.3 (2.7–3.8)	-
30-day (n = 119)	<b>7.3</b> (6.0–8.6) <sup>b</sup>	4.2 (3.5–4.9) <sup>c</sup>	3.2 (2.5–3.8) <sup>d</sup>	6.5 (4.7–8.3)
90-day (n = 103)	<b>5.5</b> (4.1–6.9) <sup>e</sup>	3.1 (2.4–3.9) <sup>f</sup>	2.4 (1.7–3.1)	<b>5.2</b> (3.2–7.3) <sup>g</sup>

Comparison following time for patients: HADS total score and subscales:  $p < 0.001$ ; IES score  $p < 0.001$

Comparison following time for family members: HADS total score and anxiety subscale:  $p < 0.001$ ; HADS

Score depression subscale:  $p < 0.001$ ; IES score  $p = 0.052$

Fuente: Fumis et al. 2015.

Anexo II: Cronograma.

	Oct	Nov	Dic	En	Feb	Mar	Abr	May	Jun
<b>1ª tutoría</b>									
<b>Definir tipologías trabajos.</b>									
<b>Establecer objetivos generales</b>									
<b>Búsqueda bibliográfica</b>									
<b>Palabras clave</b>									
<b>2ª tutoría</b>									
<b>Introducción trabajo</b>									
<b>3ª tutoría</b>									
<b>Objetivos</b>									
<b>Metodología</b>									
<b>Evaluación tutor</b>									
<b>Tabla de resultados</b>									
<b>Resultados y conclusiones</b>									
<b>Correcciones y dudas finales</b>									
<b>Entrega definitiva tutor</b>									
<b>Preparación Power-point</b>									
<b>Preparación exposición y defensa</b>									
<b>Entrega ejemplares</b>									
<b>Entrega rúbrica 6 tutor</b>									
<b>Entrega Power-point</b>									
<b>Defensa TFG tribunal</b>									
<b>Publicación notas</b>									
<b>Revisión notas</b>									

Anexo III: Criterios que definen el nivel de cuidados en UCI.

Nivel	Criterios de nivel de cuidados	Ejemplos
0	<b>Requiere hospitalización.</b> Las necesidades pueden ser atendidas en sala de hospitalización polivalente de agudos	Medicación oral
		Medicación i.v. (bolo)
		Analgesia controlada por el paciente
		Controles con periodicidad superior a cada 4 horas
1	Paciente dado de alta recientemente de un nivel más intensivo de cuidados	
	Paciente con necesidades adicionales de control, asistencia sanitaria o asesoramiento clínico	Controles con periodicidad igual o inferior a cada
		Fisioterapia o aspiración aérea requeridas cada
	Paciente que requiere apoyo del "servicio ampliado de cuidados críticos".	Signos vitales anormales, pero que no requieren un nivel más intensivo de cuidados
	Paciente que requiere la atención de personal con competencias específicas y/o instalaciones adecuadas para, al menos, un aspecto de la asistencia sanitaria prestada en el entorno de la unidad de enfermería de hospitalización polivalente	Terapia renal sustitutiva (insuficiencia renal crónica estable)
	Analgesia epidural	
	Cuidados de la traqueostomía	
2	<b>Paciente que requiere monitorización o soporte de un órgano o sistema</b> (paciente que requiere asistencia respiratoria avanzada como único sistema orgánico pueden satisfacer normalmente criterios para un nivel 3)	<b>Respiratorio:</b> Requerir una concentración > 50% de oxígeno inhalado
		Ventilación no invasiva o con presión positiva (presión positiva respiratoria continua)
		Fisioterapia o aspiración al menos cada 2 horas
		<b>Cardiovascular:</b> Inestabilidad, requiriendo monitorización ECG continua y presión intraarterial
		Inestabilidad hemodinámica debido a hipovolemia, hemorragia o sepsis
<b>Nivel</b>	<b>Criterios de nivel de cuidados</b>	<b>Ejemplos</b>
		Infusión de fármacos vasocactivos y monitorización
		<b>Sistema Nervioso Central:</b> depresión que compromete la respiración y los reflejos protectores

		Monitorización neurológica intensiva
		<b>Otros:</b> deterioro agudo de la función renal, balance electrolítico o metabólica
	<b>Paciente que precisa optimización pre-operatoria prolongada</b> , debido a la naturaleza del procedimiento o a la condición del paciente. Pueden incluirse en este grupo pacientes con necesidades < 24 horas, como ventilación postoperatoria de rutina que no tienen otra disfunción orgánica y se encuentran bien (pacientes procedentes de cirugía cardiaca -"fast track"-)	<b>Procedimientos:</b> Cirugía mayor programada, cirugía de urgencias en pacientes inestables o con alto riesgo; mayor riesgo de complicaciones, intervención o vigilancia posquirúrgica  <b>Paciente:</b> cirugía intermedia en pacientes > 70 años o ASA III o IV (enfermedad sistémica grave con limitación funcional o peor)
	<b>Paciente que precisa un mayor nivel de observación y monitorización</b>	Observación y monitorización que no pueden ser provistas en un nivel 1 o 0, de acuerdo con criterios clínicos y los recursos en hospitalización
	<b>Paciente procedente de un nivel superior de cuidados</b>	Paciente que no cumple criterios para un nivel 3, pero que no están suficientemente bien como clasificarlos en niveles 1 o 0
	<b>Paciente con anomalías fisiológicas importantes no corregidas.</b> Estas anomalías fisiológicas, si no se corrigen, es probable que indiquen que el paciente precisa un nivel 2 de cuidados o superior. Pacientes con menores grados de anomalías pueden requerir también un nivel 2 o 3	<b>Frecuencia respiratoria</b> > 40 r.p.m. o de 30 r.p.m. por más de 2 horas
		<b>Frecuencia cardiaca</b> > 120 l.p.m.
		<b>Temperatura</b> < 35° durante más de 1 hora
		<b>Hipotensión</b> (por ejemplo TAS < 80 mmHg durante > 1 hora)
		<b>Glasgow Coma Score</b> < 10 y en riesgo de deterioro agudo
3	<b>Paciente que precisa monitorización y soporte respiratorio avanzado. Excluido de este grupo puede estar el paciente que necesita soporte a corto plazo (ejem. ventilación postoperatoria de rutina &lt; 24 horas, en paciente que, por otra parte, están bien y sin otra disfunción orgánica -cirugía cardiaca "fast track"). Si la necesidad de soporte respiratorio excede 24 horas o se desarrolla otra disfunción orgánica significativa se considerarán nivel 3 de</b>	Insuficiencia respiratoria de cualquier causa que requiere soporte ventilatorio mediante ventilación invasiva con presión positiva  Presión positiva variable / binivel mediante cualquier forma de tubo endotraqueal  Soporte respiratorio extracorpóreo
	<b>Paciente que requiere soporte de dos o más sistemas orgánicos, uno de los cuales puede ser soporte respiratorio básico o avanzado</b>	Ventilación obligatoria asistida o sincronizada / ventilación mecánica controlada e infusión intravenosa continua de fármacos vasoactivos
<b>Nivel</b>	<b>Criterios de nivel de cuidados</b>	<b>Ejemplos</b>
		Ventilación obligatoria asistida o sincronizada / ventilación mecánica controlada y hemofiltración



		Paciente de alto riesgo procedentes de cirugía mayor, que probablemente requieran soporte respiratorio avanzado y soporte / monitorización de otros órganos o sistemas	
		Infusión intravenosa continua para controlar convulsiones y monitorización respiratoria / de las vías aéreas	
	<b>Paciente con deterioro crónico de uno o más órganos, que provoca una restricción de las actividades diarias (comorbilidad) y que requiere soporte para un fallo agudo y reversible de otro órgano o sistema</b>		Cardiopatía isquémica grave y hemorragia postoperatoria importante
			Bronconeumopatía crónica obstructiva en tratamiento con oxígeno domiciliario y sepsis vinculada a la inmunosupresión
		Angina con esfuerzos moderados y bronconeumopatía con presión positiva respiratoria continua	
Fuente: Goldhill D. Levels of critical care for adult patients. Intensive Care Society. 2002.			

**AGRADECIMIENTOS**

Tengo mucho que agradecer a mucha gente, no sólo para poder realizar este Trabajo Fin de Grado, sino a lo largo de toda la carrera, al largo de estos cuatro años.

Hay mucho que agradecer a las personas de mi entorno; mi familia. En primer lugar a mi marido por su apoyo incondicional, por creer en mí y por ayudarme a lograr un sueño: ser enfermera. Él ha sido el claro ejemplo a seguir para mí. Los sueños pueden llegar a ser realidad. Él me ha enseñado que se puede disfrutar trabajando del oficio que uno quiere. Es posible alcanzar nuestro sueño, nunca es tarde para ello. Él ha sido quien ha evitado que el caos inundara mi mente a parte de nuestro hogar. Gracias por recordarme los valores importantes en la vida, gracias por soportar que te leyera una y otra vez apuntes de anatomía, principios activos de fármaco, y últimamente los resultados que iba hallando en esta revisión bibliográfica. Ha sido él quien ha soportado mi incertidumbre, mis lágrimas y lucha diaria. Gracias por hacerme la cena, por cuidarme y por cuidar de nuestra hija. Gracias por hacer que nos riéramos juntos, por tus ánimos, por tu ayuda y paciencia. Por quererme por lo que soy y no exigirme nada.

A mi hija, también le agradezco su comprensión al no poder dedicarle todo el tiempo que se merece en estos cuatro años de carrera, por sus madrugones para ir a casa de la Nona y el Abuelito para poder hacer yo un examen a primera hora, gracias Sofia. Sé que te he pedido mucho a pesar de empezar esta aventura con sólo tres años. Gracias por hacerme sentir la madre más afortunada del mundo al verte reír, gracias por tus dibujos e ilusión.

También tengo mucho que agradecer a mis padres, por confiar en mí. Gracias por la educación que me disteis; la importancia del esfuerzo y tenacidad en nuestros proyectos de vida, el luchar por lo que realmente nos importa. Por su disponibilidad de “abuelitos canguro”, por cuidar fines de semana enteros a nuestra hija en Pineda y por hacerle pasar unos días fantásticos en el “Edén” a lo largo de estos cuatro años. Gracias por apoyar mi decisión de emprender los estudios de enfermería a los treinta y tres años. A mi hermana le agradezco su confianza en mí desde el principio de toda esta decisión de querer ser enfermera, también le agradezco que me ayudara a entrar en el mejor

Hospital pediátrico que nunca hubiera imaginado poder llegar a trabajar, sinceramente gracias. Un pequeño gesto decisivo para toda mi vida.

A mis suegros también les agradezco su ayuda con estar siempre dispuestos a cuidar a mi hija. También les agradezco su aceptación en mi decisión de emprender enfermería.

A Laura y Carmen, mis amigas, también les agradezco sus ánimos y ayuda. Han sido un pilar importante para mí. Me he visto, en cierto modo reflejada en ellas por su lucha y esfuerzo. Este hecho me ha hecho no sentirme sola en esta aventura. Gracias por vuestra compañía, me siento muy afortunada de teneros.

Finalmente, Anna M. Aliberch mi tutora, por su impecable actitud, cercanía y simpatía. Por las fuerzas que me transmitía en las tutorías, por sus ganas de querer al igual que yo ese cambio de UCIs cerradas a UCIs abiertas y por luchar por un trato humanizado tanto a paciente como a familia. La enfermería es una disciplina técnica y mayormente humana, que puede y debe liderar la atención al enfermo y su familia de forma excelente. Enfermería puede hacer mucho, podemos llegar a liderar.