

TRABAJO FIN DE MÁSTER  
del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias  
SocioSanitarias*  
Curso Académico 2016-2017

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DE  
LOS FAMILIARES DE PACIENTES  
INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE  
CUIDADOS INTENSIVOS: UNA  
REVISIÓN SISTEMÁTICA

*COPING SKILLS OF FAMILY MEMBERS  
WITH A PATIENT ADMITTED TO AN  
INTENSIVE CARE UNIT: A SYSTEMATIC  
REVIEW*

Realizado por: Silvia Martínez Villamea  
Dirigido por: Josefa Gallego Lorenzo  
Antonio Sánchez Vallejo

En León, a 26 de Junio de 2017

VºBº DIRECTOR/A

VºBº AUTOR/A



## Índice de contenido

• Índice de tablas y figuras.....	IV
• Resumen.....	V
• Abstract.....	VI
1. Introducción.....	8
1.1. El estudio del afrontamiento.....	8
1.2. Cuidando de la familia.....	9
1.3. Participación familiar en el cuidado del paciente.....	9
2. Objetivos.....	11
2.1. Objetivo principal.....	11
2.2. Objetivo secundario.....	11
3. Metodología.....	11
3.1. Tipo de estudio.....	11
3.2. Criterios de inclusión.....	11
3.3. Variables a estudio.....	11
3.4. Estrategia de búsqueda.....	12
4. Resultados.....	14
4.1. De los estudios cuantitativos.....	15
4.2. De los estudios cualitativos.....	19
5. Discusión.....	24
5.1. Sobre los estilos de afrontamiento.....	24
5.2. Sobre la medición del afrontamiento.....	26
5.3. Sobre la multiculturalidad.....	28
5.4. Sobre las limitaciones del estudio.....	28
6. Conclusiones.....	29
7. Referencias bibliográficas.....	30
• Apéndices.....	36
• Apéndice A: Listado de calidad de los estudios cuantitativos.....	36
• Apéndice B: Listado de calidad de los estudios cualitativos.....	38
• Apéndice C: Síntesis de los estudios incluidos.....	40
• Apéndice D: Unidades de significado.....	42

## Índice de tablas y figuras

- Tabla 1. Categorías del afrontamiento..... 12
- Tabla 2. Proceso de búsqueda..... 13
- Tabla 3. Valores ponderados de los estudios cuantitativos ..... 15
- Tabla 4. Recategorización de los estilos de afrontamiento ..... 16
- Tabla 5. Resultados de las principales formas de afrontamiento ..... 18
- Tabla 6. Resultados del nivel de afrontamiento ..... 19
- Tabla 7. Valores medios de los estudios cualitativos ..... 20
- Tabla 8. Resumen de las estrategias de afrontamiento  
verbalizadas en los estudios incluidos ..... 23
  
- Figura 1: *Facilitated Sensemaking*..... 10
- Figura 2: Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios .... 14

## Resumen

**Introducción.** Hasta un tercio de los familiares de pacientes críticos desarrollan síntomas de estrés postraumático, además de otras patologías mentales. Conocer la forma en la que las familias afrontan el ingreso y la estancia en la UCI puede ayudarnos a elaborar intervenciones que disminuyan el riesgo de aparición de estos síntomas. El objetivo principal de este trabajo es, por tanto, identificar las estrategias de afrontamiento de las familias de pacientes críticos.

**Metodología.** Revisión sistemática cualitativa de la literatura, siguiendo las directrices de la declaración *PRISMA* y realizada en las bases de datos Web of Science, CINAHL, Pubmed y OpenGrey. Se utilizaron los MeSH “adaptation, psychological”, “family” e “intensive care unit”, además de otros descriptores.

**Resultados.** Se obtuvieron ocho estudios cuantitativos, nueve estudios cualitativos y uno mixto. Entre las familias se observa un nivel de afrontamiento alto. La estrategia más utilizada es la “Resolución de problemas”, mediante la “Presencia pasiva”, seguida de la “Búsqueda de apoyo”. Estrategias ineficaces como la “Rumiación” son las menos utilizadas en los estudios cuantitativos, pero aparecen de forma más clara en los estudios cualitativos.

**Conclusiones.** La estrategia de “Resolución de problemas” no se contempla como positiva en sí misma, ya que depende del contexto en el que tiene lugar. La “Presencia” como estrategia de afrontamiento puede manifestar el deseo de ayudar al paciente, por lo que se deben implementar intervenciones dirigidas a la implicación de los familiares en el cuidado. Se debe trabajar en la construcción de un cuestionario que refleje las particularidades del afrontamiento entre los familiares del paciente crítico.

**Descriptores.** Afrontamiento, Cuidados Críticos, Estrés, Familia, Unidad de Cuidados Intensivos.

## **Abstract**

**Introduction.** Up to one-third of the critically ill family members develop post-traumatic stress symptoms, as well as other mental pathologies. Knowing how families cope with the admission in the ICU could help us to design future interventions that may reduce the risk of these symptoms. The main objective of this work is to identify the coping strategies of the critically ill family members.

**Methodology.** Systematic Qualitative Review, following the guidelines of the *PRISMA* statement, searching in the Web of Science, CINAHL, Pubmed and OpenGrey databases. MeSH "adaptation, psychological", "family" and "intensive care unit" were used as well as other keywords.

**Results.** Eight quantitative studies, nine qualitative studies and one mixed study were obtained. Among families, a high level of coping is observed. The most commonly used strategy is "Problem solving", through "Passive presence", followed by "Search for support". Ineffective strategies such as "Rumination" are the least used in quantitative studies, but they appear clearly in qualitative studies.

**Conclusions.** The "Problem solving" strategy is not considered positive in itself, as it depends on the context in which it takes place. "Presence" as a coping strategy might reveal the desire to help the patient. Thus, interventions should be adopted in order to involve family members in patient's care. Further research should be done on the construction of a survey that reflects the particularities of coping strategies among the relatives of the critical patients.

**Keywords.** Coping, Critical Care, Family, Intensive Care Unit, Stress

Un antiguo proverbio budista nos habla de cómo algunos monjes ciegos intentaban describir la forma de un elefante tocando tan sólo una parte concreta de su cuerpo. El monje que tocaba la trompa decía que el elefante debía ser como una serpiente, el que tocaba la oreja decía que se parecía más a un abanico, aquel que tocaba las patas decía que se asemejaba a un árbol.

La parábola de los monjes ciegos ha tenido varias interpretaciones a lo largo de la historia. K. Finlayson y A. Dixon explican en uno de sus trabajos sobre metasíntesis cualitativa (2008) que todas las afirmaciones de los monjes se ajustan a la realidad, pero sólo una visión conjunta permite entender la verdadera forma. Así, la riqueza de las revisiones sistemáticas consiste en ofrecer una visión más cercana a la verdad que la que ofrecen los estudios por separado. El presente trabajo intenta ofrecer un resultado, si no mejor, al menos diferente, de aquel que resultaría exclusivamente de la suma de las partes.

## 1. Introducción

El ingreso de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) provoca una crisis traumática e inestable, no sólo en el propio paciente, sino también entre sus familiares (Verhaeghe, Van Zuuren, Grypdonck, Duijnsteer & Defloor, 2010). La patología crítica suele producir un deterioro abrupto, por lo que el ingreso se realiza de una forma precipitada, y exige a las familias un cambio drástico en las rutinas y roles habituales (Chien, Chiu, Lam & Ip, 2006). El ambiente de la UCI, altamente intervencionista, ruidoso, muchas veces deshumanizado, coloca a los familiares al otro lado de la puerta de las unidades y disminuye, cuando no anula, las posibilidades de comunicación de las familias con los profesionales y con el paciente (Escudero, Viña & Calleja, 2014). Todos estos estímulos exigen de las familias unas respuestas que no siempre son positivas, en cuanto a que superan sus recursos adaptativos. Por lo tanto, podemos definir el estrés familiar como un proceso de cambio complejo en el que influyen las respuestas del propio sistema familiar y las de cada individuo en particular (Malia, 2006).

Hasta un tercio de los familiares de pacientes críticos desarrollan síntomas de Estrés Postraumático (Davidson, Jones & Bienvenu, 2012) y también son habituales los síntomas depresivos y otras patologías emocionales inespecíficas (Davidson, Agan, Brady, Daly & Higgins, 2009). Estas respuestas disfuncionales no sólo afectan a la salud sino que también dificultan el proceso de toma de decisiones (Butler et al., 2016), que frecuentemente recae en los familiares directos de un paciente crítico incapaz de comunicarse. Todo esto subraya la importancia de contemplar a las familias como potenciales receptores de cuidados, prestando atención a la forma en la que afrontan la estancia del paciente en la UCI.

### 1.1. El estudio del afrontamiento

Se define el afrontamiento como “el esfuerzo, cognitivo y comportamental, que realizan las personas para adaptarse a las demandas internas o externas y que se aprecia como excesivo para los recursos individuales” (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). La publicación de los trabajos de Lazarus y Folkman cambia la tradicional visión de los estilos de afrontamiento como rasgos estables de personalidad, ya que éstos explican el afrontamiento como un proceso dinámico, capaz de cambiar en respuesta a demandas objetivas y evaluaciones subjetivas de la situación (Stone, Greenberg, Kennedy-Moore & Newman, 1991). El objetivo principal



del estudio del afrontamiento es conocer las diferentes formas de adaptación que tienen los individuos ante un mismo evento estresante y relacionarlo con determinadas variables susceptibles de modificación (Gol & Cook, 2004). Sin embargo, el estudio del afrontamiento conlleva la dificultad de enfrentarnos a una larga variedad de categorías, dimensiones, medidas y conceptualizaciones (Gol & Cook, 2004). Desde la clásica división del afrontamiento basado en el problema y el afrontamiento basado en la emoción (Folkman et al., 1986) se han definido hasta 400 categorías de afrontamiento no consensuadas (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003). En cualquier caso, el interés por conocer los estilos de afrontamiento que utilizan los familiares de pacientes críticos radica en su conexión con patologías físicas y psicológicas. La evidencia muestra una asociación directa entre determinados estilos de afrontamiento y la posterior aparición de estrés postraumático entre los familiares del paciente crítico (Bäckström, Ekselius, Gerdin & Willebrand, 2013).

### **1.2. Cuidando de la familia**

¿Podemos ayudar a las familias a adaptarse? Davidson (2010) elaboró para ello su teoría de medio rango, “una derivación del modelo de adaptación de Roy y las teorías organizacionales de Weick” (p. 30). *Facilitated sensemaking* es una forma de ayudar a las familias a adaptarse a través de dos intervenciones directas: por una parte, dar sentido a lo que les está pasando; por otra, proveer a las familias de nuevos roles dentro de la UCI (figura 1).

Desde este marco teórico, la comunicación con el equipo de profesionales es imprescindible para dar sentido a todo lo que sucede en la UCI, pero también es importante incluir a las familias en el cuidado. La colaboración en cuidados sencillos mejora la adaptación de la familia (Goding, Pierce & Flaherty, 2012) y disminuye su sensación de impotencia (Engström, B., Uusitalo & Engström, A. 2011).

### **1.3. Participación familiar en el cuidado del paciente**

El estudio de la participación de los familiares en el cuidado del paciente es todavía muy reciente, cobrando sentido en la actual corriente humanizadora de las UCIs. Aun así, ya existen intervenciones en las que se implicó a los familiares en cuidados sencillos (aplicación de bálsamo labial, lectura en voz alta, movilización de articulaciones distales, colaboración en el aseo...), demostrando que la implicación familiar en estas actividades disminuía sus niveles de ansiedad (Prichard & Newcomb, 2015). Sin embargo, al ser preguntados, una gran mayoría rehúsa participar (Azoulay et al., 2003) o no muestra actitudes espontáneas hacia el cuidado del paciente

(Garrouste-Orgeas et al., 2010). El ambiente de la UCI, descrito por la evidencia como extraño y temible para las familias, puede favorecer el recelo a participar en cuidados efectivos (Engström et al., 2011). En este punto, cabría preguntarse si los familiares de pacientes críticos no presentan este estilo de afrontamiento o si sus respuestas a este suceso estresante no incluyen estrategias activas, dirigidas a la resolución del problema o al control primario de la situación. El objetivo de este trabajo es dar respuesta a esta pregunta, describiendo para ello las diferentes formas de afrontamiento que se observan entre los familiares del paciente crítico a lo largo de la literatura más reciente.

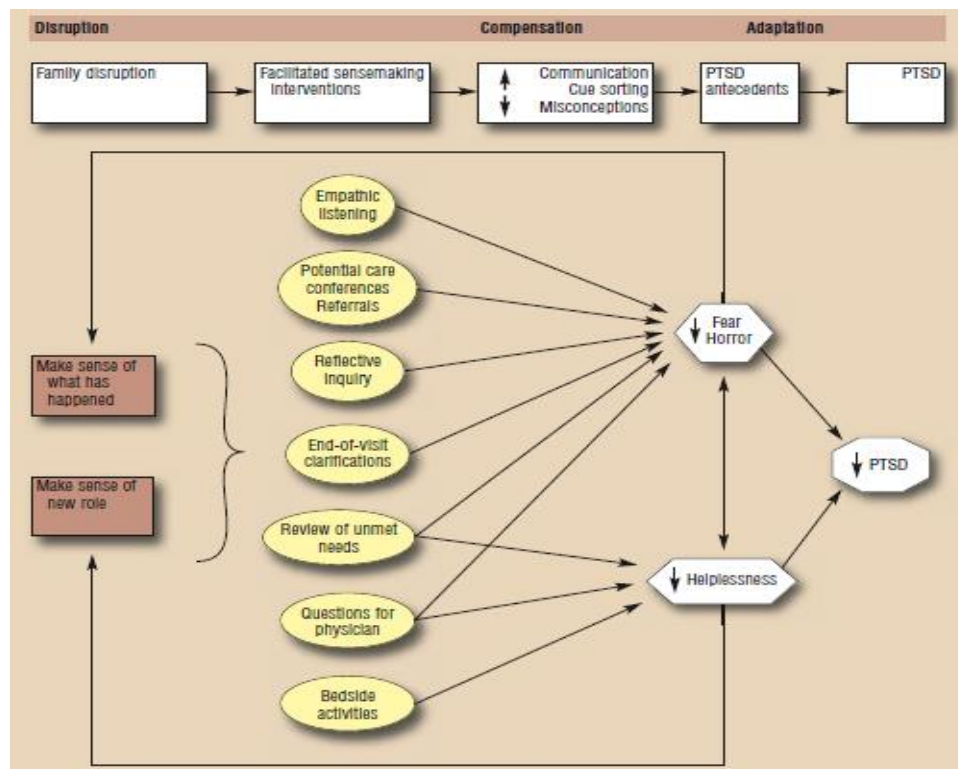


Figura 1: *Facilitated sensemaking*. Extraído de Davidson, J. E. (2010). Facilitated sensemaking: a strategy and new middle-range theory to support families of intensive care unit patients. *Critical Care Nurse*, 30(6), 28-39.

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo principal

Identificar las principales estrategias de afrontamiento que utilizan los familiares de pacientes ingresados en una UCI de adultos.

### 2.2. Objetivo secundario

Determinar si los familiares de pacientes críticos estarían dispuestos a participar en el cuidado como parte de sus estrategias de afrontamiento.

## 3. Metodología

### 3.1. Tipo de estudio

Revisión sistemática cualitativa de la literatura, siguiendo las directrices de la declaración *PRISMA* (Urrutia & Bonfill, 2010).

### 3.2. Criterios de inclusión

Se determinaron a partir de la pregunta *PICOS*. Se incluyeron aquellos estudios que trataran como tema principal el afrontamiento (*Outcomes*) de los familiares de pacientes ingresados en una UCI de adultos (*Population*). Los tipos de estudios aceptados fueron estudios de corte descriptivo, tanto cuantitativos como cualitativos (*Studies*). Se seleccionaron aquellos estudios publicados entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2016, publicados en inglés, francés, portugués o castellano y disponibles a texto completo. Se excluyeron aquellos estudios que hablasen sobre el afrontamiento familiar en unidades pediátricas o neonatales.

### 3.3. Variables de estudio

La variable principal de estudio fue el afrontamiento y sus diferentes categorías (véase tabla 1). Se analizaron además las variables demográficas de las diferentes poblaciones: edad, género y grado de parentesco con el paciente. Se recogieron datos sobre los cuestionarios utilizados.

**Tabla 1.** Categorías del afrontamiento

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Resolución de problemas	<i>Acción instrumental</i>	Rumiación	<i>Pensamientos intrusivos</i>
	<i>Acción directa</i>		<i>Pensamientos negativos</i>
	<i>Toma de decisiones</i>		<i>Auto-culpa, preocupación</i>
	<i>Planeamiento</i>	Desamparo	<i>Inacción, pasividad</i>
Búsqueda de apoyo	<i>Búsqueda de confort</i>		<i>Rendirse</i>
	<i>Búsqueda de ayuda</i>	Aislamiento social	<i>Aislamiento</i>
	<i>Soporte espiritual</i>	Regulación emocional	<i>Expresión emocional</i> <i>Auto calmarse</i>
Escape	<i>Evitación</i>	Búsqueda de información	<i>Observación</i> <i>Supervisión</i>
	<i>Retirada</i>	Negociación	<i>Ofrecer intercambio</i>
	<i>Negación</i>		<i>Comprometerse</i> <i>Priorizar</i>
Distracción	<i>Aceptación</i>	Oposición	<i>Agresión</i> <i>Culpar a otros</i>
Reestructuración cognitiva	<i>Pensamiento positivo</i>	Delegación	<i>Búsqueda de ayuda</i>
	<i>Darse ánimo a uno mismo</i>		<i>desadaptativa</i>

*Nota:* Elaboración propia. Extraído de Skinner et al., 2003

### 3.4. Estrategia de búsqueda

La búsqueda se llevó a cabo entre el 5 y el 15 de abril de 2017, en las siguientes bases de datos: Web of Science, CINAHL y Pubmed; y se realizaron además búsquedas manuales en los repositorios Recolecta, Open Grey y DART-Europe. Se utilizaron los descriptores MeSH “adaptation, psychological”, “family” e “intensive care units”, combinando los mismos con el operador booleano AND, e incluyendo otros descriptores, como “coping strategies”, “coping skills”, “relatives”, “intensive care” y “critical care”. Para la búsqueda en los repositorios se utilizaron los descriptores DeCS “familia” y “cuidados intensivos” y los MeSH “family” e “intensive care”. En la tabla 2 se muestran las estrategias de búsqueda empleadas en cada una de las bases de datos consultadas.

Del total de estudios obtenidos, se descartaron los duplicados y se procedió a la lectura del resumen y/o texto completo de los restantes, eliminando aquellos que no cumplían los criterios de inclusión. Para la evaluación de la calidad de los estudios

restantes se utilizó la *Guía CASPe de Lectura Crítica* (Cano Arana, González Gil & Cabello López, 2010) sobre estudios cualitativos y la *Critical Appraisal Checklist for Cross-Sectional Study* del *Center for Evidence-Based Management* (CEBMA, 2014) para los estudios cuantitativos. La cumplimentación de dichas listas se incluye en los apéndices A y B.

**Tabla 2.** Proceso de búsqueda

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados
Web of Science	<i>(coping OR "psychological adaptation" OR "adaptive behavior" OR cope) AND (famil* OR relative*) AND ("intensive care unit*" OR "intensive care" OR "critical care") NOT (pediatric OR neonatal OR infant OR newborn)</i>	162
Pubmed	<i>(("adaptation, psychological"[MeSH Terms] AND ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields])) AND ("intensive care units"[MeSH Terms] OR "critical care"[MeSH Terms])) NOT ((pediatric[Title/Abstract] OR paediatrics [Title/Abstract]) OR neonatal[Title/Abstract])</i>	134
CINHAL	<i>(coping strategies OR coping skills OR coping OR cope) AND family AND (critical care OR intensive care OR icu) NOT (pediatrics OR children) NOT (infants OR baby OR newborn OR neonate)</i>	136
OpenGrey	<i>(family) AND (intensive care)</i>	1

Nota: Elaboración propia

Para la extracción y el análisis de los datos de los diferentes estudios, se utilizó el programa Excel 2013, realizando varias plantillas en las que se recogieron los datos metodológicos, las variables descriptivas y las variables de resultado de cada uno de los estudios. En el mismo programa se realizó el análisis cuantitativo de las variables descriptivas de cada estudio (medias aritméticas y ponderadas, frecuencias absolutas y relativas).

## 4. Resultados

Se obtuvieron finalmente 17 estudios con una calidad metodológica alta y un estudio con calidad metodológica media, que no fue descartado al valorarse positivamente su metodología mixta para los resultados de nuestro estudio. El proceso de selección de los mismos se detalla en la figura 2.

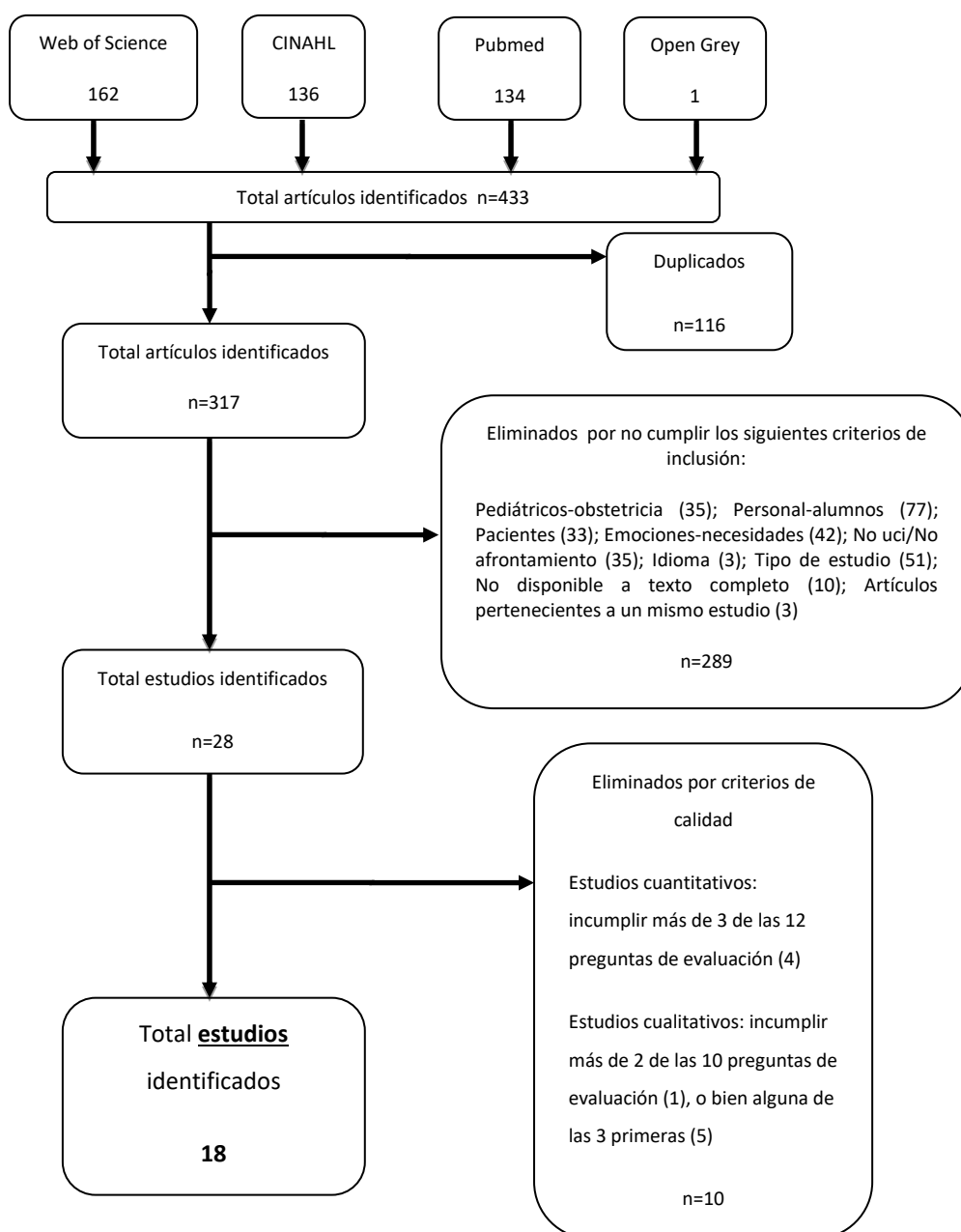


Figura 2: Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios. Elaboración propia.

De los 18 estudios obtenidos, ocho son de corte cuantitativo y los otros nueve son estudios cualitativos. Uno de los estudios utiliza ambas metodologías, por lo que se incluyó en ambos tipos de estudios. La síntesis de los trabajos incluidos se detalla en el apéndice C.

A continuación se realizará por separado el análisis y síntesis de los principales resultados de los estudios cuantitativos y cualitativos. El estudio del afrontamiento, tal y como se describió en profundidad en la introducción de este trabajo, conlleva la dificultad de la existencia de múltiples categorizaciones para las diferentes formas de afrontamiento. Por este motivo, y para poder realizar un análisis comparativo, se han categorizado en grandes familias las diferentes etiquetas dadas a las formas de afrontamiento, basándonos para ello en el trabajo de Skinner et al. (2003). Este proceso de recategorización se detallará más adelante.

#### 4.1. De los estudios cuantitativos

Se incluyen en esta revisión nueve estudios cuantitativos (ocho exclusivamente cuantitativos y uno mixto), cuatro de ellos fueron realizados en Estados Unidos y el resto en diferentes países: Alemania, Brasil, Colombia, Hong-Kong y Turquía.

El rango de participantes en los estudios va de 41 a 133 participantes. Dos de los estudios superan los 100 encuestados. Los principales resultados descriptivos de las muestras estudiadas se exponen en la tabla 3.

**Tabla 3.** Valores ponderados de los estudios cuantitativos

		Valor medio	Valor medio ponderado	
<b>EDAD</b>	Media (DE)	49,4 (7,94)	47,8 (8,13)	
<b>GÉNERO</b>	Mujeres	66,5%	453/714	63,4%
	Hombres	33,6%	261/714	36,8%
<b>PARENTESCO</b>	Cónyuges	43,9%	263/594	44,2%
	Hijos	28,6%	172/594	28,9%
	Padres	12,6%	71/594	11,9%
	Otros	15,1%	88/594	14,8%

*Nota:* Elaboración propia. Para la valoración de la media de edad y género se tuvo en cuenta el total de los participantes (N=714). Para la valoración de las medias del parentesco se desestimó la muestra del estudio de Acaroğlu et al. (2008), que sólo ofrece datos sobre los hijos de los pacientes, y se calcularon en base a N=594

La media ponderada de edad de los encuestados se sitúa en 47,8 años, con una desviación estándar de  $\pm 8,13$  años. La mayoría de los encuestados son mujeres (63,4%), cónyuges del paciente (44,2%). En el estudio de Acaroğlu, Kaya, Şendir, Tosun & Turan (2008) sólo se ofrecen datos sobre el porcentaje de participantes que eran hijos del paciente.

En los estudios analizados se utilizaron varios cuestionarios que categorizan el estilo de afrontamiento, aunque ninguno de ellos utilizaba las mismas categorías [*Ways of coping* en dos idiomas, *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES)*, y *Brief-COPE*]. En cuatro de los estudios se utilizaron escalas de valoración del afrontamiento (*Measure of coping status*, *Escala de medición del proceso de afrontamiento*, *Brief-COPE* como escala y *F-COPES* como escala). Debido a las marcadas diferencias en el sistema de categorización y medición del afrontamiento, se realizó un proceso de recategorización, que se detalla en la tabla 4.

**Tabla 4.** Recategorización de los estilos de afrontamiento

CATEGORÍA ORIGINAL	RECATEGORIZACIÓN
Centrado en el problema (Petrinec et al., 2015)	
Activo (Rueckriegel et al., 2015)	Resolución de
Basado en el problema (Casarini et al., 2009)	problemas
Confianza propia (Acaroğlu et al., 2008)	
Buscar apoyo social (Acaroğlu et al., 2008; Casarini et al., 2009)	
Religión (Casarini et al., 2009)	
Obtener apoyo social (Chui & Chan, 2005)	Búsqueda de apoyo
Buscar apoyo espiritual (Chui & Chan, 2005)	
Obtener y aceptar ayuda (Chui & Chan, 2005)	
Buscar apoyo (Rueckriegel et al., 2015)	
Evasivo (Rueckriegel et al., 2015)	Escape
Evitativo (Petrinec et al., 2015)	
Centrarse en lo positivo (Rueckriegel et al., 2015)	
Reformulación (Chui & Chan, 2005)	Reestructuración
Optimista (Petrinec et al., 2015)	cognitiva
Sumiso (Acaroğlu et al., 2008)	Rumiación
Pasivo (Chui & Chan, 2005)	Desamparo
Indefensión/Acusación a uno mismo (Acaroğlu et al., 2008)	
Centrado en la emoción (Petrinec et al., 2015)	
Basado en la emoción (Casarini et al., 2009)	Regulación emocional

*Nota:* Elaboración propia



**Resolución de problemas.** Es la forma de afrontamiento más frecuente entre los estudios analizados, siendo el estilo más usado en los estudios de Casarini, Gorayeb & Filho (2009), Petrinc, Mazanec, Burant, Hoffer & Daly (2015) y Rueckriegel et al. (2015), llevados a cabo en Brasil, Estados Unidos y Alemania respectivamente. En el estudio de Acaroğlu et al. (2008), llevado a cabo en Turquía, se sitúa por detrás de la “Búsqueda de apoyo” y la “Reestructuración cognitiva”. En el estudio de Chui & Chan (2005), llevado a cabo en Hong-Kong, no figura esta categoría de afrontamiento.

**Búsqueda de apoyo.** La “Búsqueda de apoyo” es la estrategia más utilizada entre los participantes en el estudio de Acaroğlu et al. (2008) realizado en Turquía y en el de Casarini et al. (2009) realizado en Brasil. En este último estudio, la “Espiritualidad”, estilo de afrontamiento que en este trabajo se ha incluido en la categoría mayor de “Búsqueda de apoyo”, es la estrategia más usada. Esta estrategia es también muy importante en el estudio de Chui & Chan (2005), inmediatamente por detrás de la “Reestructuración cognitiva”. El resto de los estudios contempla solamente el “Apoyo social”, mientras que en el estudio de Petrinc et al. (2015) la “Búsqueda de apoyo” no se contempla como una categoría de afrontamiento.

**Reestructuración cognitiva.** Esta estrategia de afrontamiento es la más utilizada en el estudio realizado por Chui & Chan (2005) en Hong-Kong, incluyéndose también como una estrategia de uso moderado (véase tabla 5) en los estudios de Acaroğlu et al. (2008) y Rueckriegel et al. (2015).

**Regulación emocional.** El uso de esta estrategia concreta sólo se estudió en dos de los estudios revisados, bajo la formulación clásica de “Afrontamiento basado en la emoción”. En ambos estudios se observó una utilización moderada de dicho estilo de afrontamiento, siendo la menos utilizada en el estudio de Casarini et al. (2009) y situándose sólo por delante del afrontamiento “Evitativo” en el estudio de Petrinc et al. (2015).

**Desamparo, Rumiación y Escape.** Estas tres estrategias de afrontamiento que pueden considerarse como negativas o desadaptativas, se observan en todos los estudios como las menos utilizadas. El estilo de “Desamparo” tiene un uso de moderado a bajo en los estudios de Acaroğlu et al. (2008) y en el de Chui & Chan (2005), obteniendo 2,8 puntos sobre 5 y 9,38 puntos sobre 20 respectivamente. La “Rumiación” sólo se incluye como categoría en el estudio de Acaroğlu et al. (2008),

siendo la estrategia menos utilizada. El estilo “Escape” se contempla como categoría en el estudio de Petrinec et al. (2015) y en el de Rueckriegel et al. (2015), siendo en ambos también la estrategia menos utilizada.

**Tabla 5.** Resultados de las principales formas de afrontamiento

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Resolución de problemas		Búsqueda de apoyo		Reestructuración cognitiva		Regulación emocional	
	n/N	f <sub>i</sub>	n/N	f <sub>i</sub>	n/N	f <sub>i</sub>	n/N	f <sub>i</sub>
<b>Acaroğlu et al. (2008)</b>	12,7/21	0,60	8,28/12	0,69	8,4/13	0,65	-	-
<b>Casarini et al. (2009)</b>	3,87/5	0,70	3,27/5	0,65	-	-	2,24/5	0,45
<b>Chui &amp; Chan (2005)</b>	-	-	3,5/5	0,70	3,8/5	0,76	-	-
<b>Petrinec et al. (2015)</b>	3,1/5	0,62	-	-	-	-	2,82/4	0,71
<b>Rueckriegel et al. (2015)</b>	2,6/4	0,65	2,55/4	0,64	2,25/4	0,56	-	-

*Nota:* Elaboración propia. n=puntuación media entre los participantes; N=puntuación máxima del cuestionario utilizado; f<sub>i</sub>=frecuencia relativa

**Medición del nivel de afrontamiento.** En cuatro de los estudios analizados se realizó una medición del nivel de afrontamiento. Presentaron un nivel alto de afrontamiento 52 participantes de un total de 61 en el estudio de Jiménez-Ocampo, Zapata-Gutiérrez & Díaz-Suárez (2012). En los otros tres estudios se hallaron medias para el nivel de afrontamiento, utilizando cuestionarios en los que a mayor puntuación, mayor era el nivel de afrontamiento. Se obtuvieron 104,3 ±13,3 puntos sobre un máximo de 145 puntos en el estudio de McAdam et al. (2010), 6 ±2 puntos sobre un máximo de 8 puntos en el estudio de Nadig, Huff, Cox & Ford (2016) y 32,8 ±8,92 puntos sobre un máximo de 52 puntos en el estudio de Shaffer, Riklin, Jacobs, Rosand & Vranceanu (2016). Todos estos valores nos hablan de un nivel de afrontamiento medio-alto, por encima de 60 sobre 100 en todos los participantes (véase tabla 6).

**Tabla 6.** Resultados del nivel de afrontamiento

<b>Afrontamiento alto</b>		
<b>Jiménez-Ocampo et al. (2012)</b>	85,2 %	
<b>Media del nivel de afrontamiento</b>		
	n/N	f <sub>i</sub>
<b>McAdam et al. (2010)</b>	104,7/145	0,72
<b>Nadig et al. (2016)</b>	6/8	0,75
<b>Shaffer et al. (2016)</b>	32,8/52	0,63

*Nota:* Elaboración propia. n=puntuación media entre los participantes; N=puntuación más alta del cuestionario utilizado; f<sub>i</sub>=frecuencia relativa

#### 4.2. De los estudios cualitativos

Se incluyen 10 estudios cualitativos (nueve exclusivamente cualitativos y uno mixto), dos de ellos llevados a cabo en Hong-Kong, otros dos en Reino Unido y el resto en Brasil, Colombia, Estados Unidos, Grecia, Noruega y Suecia. En todos los estudios se recogen los datos a través de una entrevista, tres con entrevista semi-estructurada, dos con entrevista en profundidad y los otros cinco no especifican de forma explícita el tipo de entrevista utilizada. Las entrevistas tienen una duración mínima de 30 minutos y máxima de 120 minutos.

El total de los estudios incluidos ofrece los resultados de las entrevistas realizadas a 135 participantes. La media de edad se sitúa en los 51,9 ±8,91 años, participando principalmente mujeres (66,6%). Los estudios de Chan & Twin (2006) y Chiang (2011) sólo encuestaron a los cónyuges del paciente. En el resto de los estudios, además de cónyuges, también participaron los hijos de los pacientes, en los porcentajes indicados en la tabla 7. El resto de grados de parentesco se incluyen en diferentes trabajos, pero no en todos, por lo que no se han comparado los porcentajes de los mismos.

**Tabla 7.** Valores medios de los estudios cualitativos

		Valor medio	
<b>EDAD</b>	Media (DE)	51,9 (8,91)	
		%	n/N
<b>GÉNERO</b>	Mujeres	66,6%	90/135
	Hombres	33,3%	45/135
<b>PARENTESCO</b>	Cónyuges	29,2%	35/120
	Hijos	38,3%	46/120

*Nota:* Elaboración propia. n=número de participantes pertenecientes a cada categoría; N=número total de participantes. Para la media de edad y el porcentaje de género se valoró el total de las muestras de los estudios incluidos (N=135), mientras que para el porcentaje de parentesco sólo se valoraron los estudios que incluían otros familiares además de los cónyuges (N=120)

Para la síntesis de los resultados de los estudios cualitativos, se continuará con la categorización del afrontamiento utilizada previamente para los estudios cuantitativos, y descrita en la definición de variables del apartado de Metodología (véase tabla 1). Esta estructura permitirá la comparación de los resultados de todos los estudios incluidos en esta revisión. Las diferentes categorías de afrontamiento halladas en cada estudio y sus correspondientes unidades de significado se describen en el apéndice D.

**Resolución de problemas.** En nueve de los diez estudios cualitativos podemos hallar esta categoría de afrontamiento. En ella se incluyen la “Acción instrumental”, la “Acción directa”, la “Toma de decisiones” y el “Planeamiento” (Skinner et al., 2003). El acompañamiento se constituye como la forma que encuentran las familias de ayudar al paciente, y en todos los estudios encontramos verbalizaciones de dicho comportamiento:

“We don’t want to leave o to go outside the hospital. I don’t know, we want to stay real close. I think it’s probably good for the patient to know they are not being left alone. It’s hard to explain the feeling... I just have to be there. I need to be there.” (Eggenberger & Nelms, 2007, p. 1622).

Algunos de los familiares expresan también el deseo de prestar cuidados, tanto emocionales como físicos, al paciente:

“...I will be there talking to her, trying to calm her down, assure her, give her love, things like that.” (Casarini et al., 2009, p. 223).

“Relatives are terribly enthusiastic about doing that (creaming hands) because it’s one of the few things that they can do”. (Kean, 2007, p. 290).

**Búsqueda de apoyo.** Siete de los diez estudios evidencian el uso de esta estrategia entre los familiares, diferenciando de forma clara el apoyo emocional o social del apoyo espiritual. Se observa también una parte práctica en dicho apoyo, ya que la red social se encarga de tareas para las que los familiares han dejado de tener tiempo:

“...my brother and sister alternatively come to my house... helping me to do some household work and counselling me when I am depressed and grief-stricken.” (Chan & Twin, 2006, p. 190)

Las familias también obtienen soporte emocional a través de los profesionales:

“...for example, they were telling me, ‘Don’t be sad, he will be OK,’ or, ‘He’s doing alright,’ or, ‘It will be OK.’ Maybe they don’t believe it, but this gives me courage” (Plakas, Cant & Taket, 2009, p. 17)

Como se puede observar en los estudios incluidos, entre los familiares que practican alguna religión ésta se convierte en el apoyo que les permite mantener la esperanza y les ofrece una oportunidad de ayudar al paciente:

“I know I just have faith in Gautama Buddha, (and) Wong Tai Sin without any doubt. Um... Um... they will offer me power and wisdom for resolving problems and difficulties. I pray (...). Afterwards, I feel less stressed and full with peace each time.” (Chan & Twin, 2006, p. 191)

**Reestructuración cognitiva.** Esta estrategia de reformulación se verbaliza en seis de los diez estudios, a través de pensamientos positivos y estrategias para procurarse ánimo a ellos mismos:

“It is better for her to be there (ICU) than somewhere else, with no care.” (Casarini et al., 2009, p. 222).

“We have to be positive... We have to think she is going to make it.” (Eggenberger & Nelms, 2007, p. 1625).

**Búsqueda de información.** La aparición de esta estrategia de afrontamiento en los estudios aparece verbalizada en seis de los diez estudios, aunque no se contempla como categoría en ninguno de los cuestionarios de los estudios cuantitativos. Así, las familias encuentran alivio y seguridad al verse cubierta su necesidad de saber:

“Um... um... I tried to seek some information about acute epiglottitis from the internet (that) enriched my understanding about my husband’s condition with that the healthcare professionals had told me. Hmm... I felt more secure. It indeed reduce my worry.” (Chan & Twin, 2006, p. 190).

**Regulación emocional.** También en seis de los diez artículos se verbaliza este estilo de afrontamiento, centrado en regular las expresiones emocionales y en el intento de calmar las emociones negativas:

“...when I realize that I’m going to lose control... I look for somebody I can talk to...” (Casarini et al., 2009, p. 222).

“And those psychologists told us to have some drawers to close sometimes. You can’t let it all out at once.” (Frivold, Slettebø & Dale, 2016, p. 396).

**Rumiación.** Seis de los diez estudios presentan esta forma negativa de afrontamiento, que incluye pensamientos intrusivos, negativos, preocupación y culparse a uno mismo. Los familiares expresan sus sensaciones de esta forma:

“...life seems to be very fragile and determined by the fate. This incident occurs so suddenly. It makes me feel life is short. Life seems to be unpredictable and not be under our control.” (Chan & Twin, 2006, p. 191).

**Escape y Aislamiento social.** Estos dos estilos de afrontamiento son los menos verbalizados por los familiares, observándose ambos entre los familiares del estudio de Casarini et al. (2009) y en el de Kean (2007):

“I’m already afraid to ask more questions. I have not visited him today. I am not in a condition to enter and see him the way he is.” (Casarini et al., 2009, p. 222).

“Susan (family 4), for instance, pointed out that the shock was so great that one can only ‘sit and stare’ trying to understand what was going on at her own pace.” (Kean, 2007, p. 161).

A continuación se resumen las diferentes estrategias de afrontamiento halladas entre los familiares de los estudios incluidos en esta revisión (véase tabla 8).

**Tabla 8.** Resumen de las estrategias de afrontamiento verbalizadas en los estudios incluidos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Resolución de problemas</b>	X		X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Búsqueda de apoyo</b>	X	X		X		X	X	X	X	X
<b>Reestructuración cognitiva</b>	X			X	X	X	X	X		
<b>Búsqueda de información</b>		X				X	X	X	X	X
<b>Regulación emocional</b>	X		X	X	X		X		X	
<b>Rumiación</b>	X	X		X	X		X	X		
<b>Escape</b>	X					X				
<b>Aislamiento social</b>	X					X				

*Nota:* Elaboración propia. Los números representan los estudios cualitativos incluidos en la revisión: 1=Casarini et al. (2009); 2=Chan & Twin (2006); 3=Chiang (2011); 4=Eggenberger & Nelms (2007); 5=Frivold et al. (2016); 6=Kean (2007); 7=Márquez-Herrera & Carrillo-González (2015); 8=McKiernan & McCarthy (2010); 9=Plakas et al. (2009); 10=Söderström et al. (2009)

## 5. Discusión

### 5.1. Sobre los estilos de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento se ven influenciadas por el contexto en el que sucede el evento estresante (Macias, Orozco, Amaris & Zambrano, 2013). Llama la atención como en un contexto extraño y altamente estresante, tal y como señala la evidencia (Auerbach et al., 2005; Verhaeghe, Defloor & Grypdonck, 2005; Davidson et al., 2012), el grado de afrontamiento observado entre los familiares sea tan alto. Diversos estudios correlacionan de forma positiva el nivel de estrés y la adopción de estrategias de afrontamiento más activas (Lavee, McCubbin & Olson, 1987; Folkman et al., 1986), cosa que parece suceder entre los familiares de las muestras estudiadas.

La estrategia relacionada con la solución de problemas se distingue como una de las más utilizadas por los familiares y ésta se asocia tradicionalmente con una menor aparición de patologías emocionales, tal y como se indica en varios trabajos (D´Zurilla & Maydeu-Olivares, 1995; Wartella, Auerbach & Ward, 2009). Sin embargo, se hace necesario profundizar en el estudio de dicha estrategia, ya que los recursos que utiliza la familia en este sentido podrían estar ligeramente limitados y, además, el uso de la misma podría no resultar del todo adaptativa, como se verá más adelante.

En nueve de los diez estudios cualitativos incluidos en esta revisión se observa que la “Presencia”, en principio pasiva, parece la conducta universal adoptada por las familias (Casarini et al., 2009; Chiang, 2011; Eggenberger & Nelms, 2007; Frivold et al., 2016; Kean, 2007; Márquez-Herrera & Carrillo-González, 2015; McKiernan & McCarthy, 2010; Plakas et al., 2009; Söderström, Saveman, Hagberg & Benzein, 2009). Comparando el uso de esta estrategia con los estudios de necesidades de los familiares, efectivamente la proximidad con el ser querido es una de las principales necesidades que éstos manifiestan (Belio & Vivar, 2012; Sánchez-Vallejo, Fernández, Pérez-Gutiérrez & Fernández-Fernández, 2016; Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Duijnsteer & Grypdonck, 2005). En todos los estudios de esta revisión se menciona en mayor o menor medida la “Presencia”, el acompañamiento, como estrategia de adaptación. La misma estrategia influye en el bienestar de los familiares y también en el bienestar del paciente. Sin embargo, la proximidad, entendida como estrategia de afrontamiento, puede resultar insuficiente. Y así, en los estudios cualitativos, encontramos expresiones de los familiares que verbalizan el deseo de contribuir al cuidado emocional del paciente e incluso a la prestación de cuidados efectivos (Casarini et al., 2009; Eggenberger & Nelms, 2007; Kean, 2007; Plakas et al., 2009).



En este sentido, aunque escasas, las intervenciones llevadas a cabo con familiares de pacientes críticos evidencian la mejora de los niveles de estrés y ansiedad entre aquellos que pudieron colaborar en cuidados básicos (Mitchel, Chaboyer, Burmeister & Foster, 2009; Prichard & Newcomb, 2015) y también los propios pacientes se benefician de los cuidados de sus familiares (Tavangar, Shahriary-Kalantay, Salimi, Jarahzadeh & Sarebanhassanabadi, 2015; Vincent et al., 2016). Sin embargo, desde el punto de vista de los profesionales de cuidados intensivos, la presencia familiar se contempla más como una forma de cubrir las necesidades de las familias que como una estrategia que podría permitir una mejor adaptación familiar. Además, aún son muchos los profesionales que muestran reticencias a la presencia familiar (Garrouste-Orgeas et al., 2008; Zaforteza, 2010) y muy pocas las unidades que disponen de protocolos de atención a las familias (Zaforteza, 2010). La perspectiva de los profesionales también debe ser tenida en cuenta, porque de ella depende el éxito de las intervenciones que se puedan llevar a cabo.

El resto de estrategias de afrontamiento encontradas pueden enmarcarse dentro de la clasificación que McCubbin, Olson y Larsen (citado por Macías et al., 2013, p. 137) hacen de las formas específicas de adaptación familiar. La “Reestructuración cognitiva” aparece en ocho de los estudios revisados, siendo la estrategia más utilizada por los familiares del estudio de Chui & Chan (2005). La “Búsqueda de apoyo” aparece en casi todos los estudios incluidos, siendo una de las necesidades prioritarias que manifiestan las familias, lo que coincide con otros estudios consultados (Belio & Vivar, 2012; Sánchez-Vallejo et al., 2016; Verhaeghe et al. 2005).

Dentro de la “Búsqueda de soporte”, el “Apoyo espiritual” merece especial atención, ya que ha demostrado ser una estrategia de afrontamiento muy eficaz según diferentes estudios (Baldachino & Draper, 2001; Kloosterhouse & Ames, 2002). La religión se convierte así en fuente de esperanza y, nuevamente, encontramos en esta estrategia el deseo de las familias de actuar, de poder hacer algo por su ser querido. Este deseo, enmarcado en sus creencias particulares, se materializa en las oraciones dirigidas a obtener ayuda para el paciente (Plakas, Boudioni, Fouka & Taket, 2011).

De especial interés es el hallazgo de la “Búsqueda de información” como estrategia prioritaria para las familias. Esta estrategia concreta no se presenta en los cuestionarios de afrontamiento incluidos en esta revisión, y sin embargo parece de vital importancia para los familiares cuando se ven animados a verbalizar sus sentimientos. Dentro de los estudios de necesidades de los familiares, la necesidad de información también se demuestra prioritaria (Belio & Vivar, 2012; Sánchez-Vallejo et al., 2016; Verhaeghe et al. 2005). No en vano, la clarificación de la información médica

para que las familias entiendan lo que está pasando forma parte, junto con la provisión de nuevos roles a las familias, del marco teórico que guía esta revisión (Davidson, 2010).

Finalmente, dentro de los estudios cualitativos se encuentran muchas expresiones de estrategias de afrontamiento ineficaz, como la “Rumiación”, que no aparecen de forma tan clara en los estudios cuantitativos. Los pensamientos negativos, culparse a uno mismo, el fatalismo y el aislamiento social, se pueden observar en muchos de los participantes en los estudios revisados (Casarini et al., 2009; Chan & Twin, 2006; Eggenberger & Nelms, 2007; Frivold et al., 2016; Kean, 2007; Márquez-Herrera & Carrillo-González, 2015; McKiernan & McCarthy, 2010). Estas estrategias ineficaces se combinan con otras más positivas, pero podrían verse sobrepasadas por las demandas durante el tiempo que dura la estancia del paciente en la UCI. Es por esto que no se debe desatender el proceso de afrontamiento de los familiares del paciente crítico.

## **5.2. Sobre la medición del afrontamiento**

Los instrumentos utilizados para la medición del afrontamiento merecen una atención particular. Cuatro de los dieciocho estudios revisados tan sólo ofrecen una medida del nivel de afrontamiento (Jiménez-Ocampo et al., 2012; McAdam et al., 2010; Nadig et al., 2016; Shaffer et al., 2016). Sin embargo, la razón principal que nos lleva al estudio de la adaptación familiar es encontrar asociaciones entre determinados estilos de afrontamiento y los resultados posteriores en salud (Gol & Cook, 2004), por lo que se estima insuficiente la evidencia que ofrecen estos trabajos para el estudio de dicha asociación.

Cinco de los estudios utilizan un cuestionario que categoriza los tipos de afrontamiento: *Ways of Coping* traducido al turco (Acaroğlu et al., 2008), *Ways of Coping* traducido al portugués (Casarini et al., 2009), *F-COPES* traducido al chino (Chui & Chan, 2005), *Brief COPE* (Petrinec et al., 2015) y *Brief COPE* traducido al alemán (Rueckriegel et al., 2015). Se debe tener en cuenta que el afrontamiento de la familia como sistema difiere del afrontamiento individual, ya que dentro de las familias las estrategias se ven influidas por los roles y las expectativas de cada miembro de la unidad familiar (Macías et al., 2013). Las particulares características del afrontamiento familiar podrían no ser valoradas de forma adecuada por los cuestionarios más generales utilizados en la mayoría de los estudios revisados, como el clásico *Ways of Coping* (Parker & Endler, 1992).

El *F-COPES*, orientado a la medición del afrontamiento familiar y desarrollado por McCubbin, Olson & Larsen en 1982 (citado por Macías et al., 2013, p. 137) se utiliza tan sólo en el estudio de Chui & Chan (2007). La clasificación hecha por estos autores del afrontamiento familiar incluye las siguientes estrategias: “Reformulación”, “Evaluación pasiva”, “Atención de apoyo social”, “Búsqueda de apoyo espiritual” y “Movilización familiar” (Macías et al., 2013). Sin embargo, algunos autores argumentan que la estrategia del apoyo social podría ser más un recurso que una estrategia en sí misma (Parker & Endler, 1992). Y es cierto que aquellos individuos que utilizan estrategias de evitación podrían recurrir a su propia red social para alejarse del problema que les genera estrés. Por lo tanto, la clasificación del afrontamiento familiar indicada en el cuestionario *F-COPES* contiene ciertas carencias, ya que tres de sus cinco categorías se basan en la “Búsqueda de apoyo”.

El contexto en el que realizamos la medición también es importante. En principio, el uso de estrategias centradas en el problema se asocia a una adaptación más positiva. Sin embargo, para que esto sea cierto, el conflicto que genera estrés debe ser susceptible de solución o de lo contrario esta estrategia añadiría frustración y serían más positivas las estrategias centradas en las emociones (Parker & Endler, 1992). Por lo tanto, el uso mayoritario de estrategias centradas en el problema observado entre los familiares de los estudios revisados no ha de verse necesariamente como un afrontamiento positivo, y se precisa una definición correcta de las diferentes estrategias como adaptativas o ineficaces para la situación en la que se ven envueltas las familias.

El resto de los estudios revisados utilizan metodologías cualitativas que nos ofrecen la riqueza de la expresividad espontánea de los participantes. Posiblemente esta sea la forma más adecuada de captar diferencias individuales de las que pueden surgir posteriormente diversas hipótesis (Linnarson, Bubini & Perseius, 2010). Así, en los estudios cualitativos se observa, por ejemplo, la aparición de la “Búsqueda de información” como estrategia de afrontamiento, ausente como categoría en los cuestionarios de todos los estudios cuantitativos.

Tal y como podemos observar, la medición del afrontamiento familiar en la UCI presenta deficiencias importantes. Además, cabe señalar que la mayoría de los estudios cuantitativos dirigidos a las familias están orientados a la satisfacción con el servicio o a las necesidades no cubiertas, pero no al afrontamiento familiar. Por lo tanto, se hace necesaria la construcción de un cuestionario más específico y desarrollado sobre la base de los resultados cualitativos.

### **5.3. Sobre la multiculturalidad**

Once son los países que se recorren en los estudios incluidos. Se exploran así diferentes culturas, obteniendo una imagen del afrontamiento familiar en Sudamérica, Norteamérica, la Europa mediterránea, centro y norte de Europa y Asia. Si nos fijamos en los datos demográficos de los participantes, tan sólo en el estudio de Acaroğlu et al. (2008), llevado a cabo en Turquía, la mayoría de los encuestados son hombres. Otros estudios realizados en países mayoritariamente musulmanes concuerdan con este hallazgo (Al-hassan & Hweidi, 2004). Esto supone una diferencia con el resto de países incluidos en los estudios de esta revisión, en los que la mayor parte de los participantes son mujeres. Puede ser que esta diferencia nos hable de la importancia del contacto para los musulmanes, teniendo en cuenta que dicho contacto sólo debe darse en público entre individuos del mismo sexo (Halligan, 2006).

La “Búsqueda de apoyo social”, la “Búsqueda de información”, la “Regulación emocional” y la “Rumiación” parecen traspasar las culturas y las religiones presentes en el estudio. Sin embargo, y de la misma forma en que observamos diferencias demográficas entre culturas, podemos observar leves diferencias en los estilos de afrontamiento. Los países asiáticos, poseedores de una cultura colectivista (Cross, 1995), no manifiestan mayoritariamente estrategias centradas en la solución del problema, sino que se dirigen más hacia el apoyo social, familiar o espiritual. De esta forma, encontramos estudios realizados en estos países en los que se explora el cuidado espiritual del paciente que prestan los profesionales de cuidados intensivos (Lundberg & Kerdonfag, 2010). En el estudio de Plakas et al. (2009), realizado en Grecia, también se remarca la religión como estrategia de afrontamiento, mientras que este tipo de estrategia no se observa entre los familiares de los Países Nórdicos ni en Alemania, y de los cinco estudios realizados en EE.UU. sólo se valoró en el estudio de Nadig et al. (2016). Las diferencias entre religiones a la hora de enfrentarse, por ejemplo, al trasplante de órganos son marcadas (Bülow et al., 2008), por lo que no se debería obviar la aparición de similares diferencias en el estudio del afrontamiento entre culturas.

### **5.4. Sobre las limitaciones del estudio**

Varias son las limitaciones de este trabajo. En primer lugar, la selección de los estudios fue realizada por un único revisor, por lo que han podido surgir errores en la elección primaria de los trabajos y en la posterior evaluación de la calidad de los mismos. El sesgo de publicación no se valoró, ya que los estudios incluidos son meramente descriptivos. No se solicitaron los estudios completos a los autores, por lo

que podrían haberse dejado de valorar partes importantes de los mismos, fundamentalmente de los estudios cualitativos.

## **6. Conclusiones**

La estrategia de afrontamiento más utilizada entre los familiares del paciente crítico es la basada en la “Resolución de problemas”, seguida de la “Búsqueda de apoyo” y la “Reestructuración cognitiva”. Este hallazgo no se contempla como positivo en sí mismo, ya que el afrontamiento basado en el problema puede no ser una estrategia adaptativa en función del contexto en el que tiene lugar.

La “Presencia”, expresada en todos los estudios cualitativos, manifiesta el deseo de ayudar como parte de la estrategia de resolución de problemas. Esto hace pensar que la adaptación familiar se vería beneficiada de la participación en cuidados básicos, tal y como se argumenta en el marco teórico que guía este trabajo. El actual enfoque aperturista de las Unidades de Cuidados Intensivos abre las puertas de las UCIs a las familias, lo que facilita la implementación de medidas dirigidas a una mayor implicación familiar en el cuidado, de tal forma que dichas familias puedan adquirir un rol dentro del box.

El personal de enfermería, que desde su origen como profesión ha tenido una visión holística del paciente, tiene un papel fundamental en la mejora de la adaptación de los familiares del paciente crítico. La atención al proceso de adaptación y el desarrollo de intervenciones para proveer a las familias de recursos a este nivel deberían llevarse a cabo. La cercanía con el paciente y su familia convierte a las enfermeras en los profesionales más adecuados para elaborar dichas intervenciones.

Las carencias descritas en la medición del afrontamiento hacen necesario el desarrollo de cuestionarios adaptados a la situación que queremos medir. Ha de profundizarse en el estudio del afrontamiento familiar en general y en el entorno de la UCI en particular. El conocimiento sobre los estilos de afrontamiento entre los familiares del paciente crítico puede determinar cuáles son las estrategias más positivas, que podrían diferir de las que se contemplan en otros contextos. Las diferencias culturales también deben tenerse en cuenta.

## 7. Referencias bibliográficas

- Acaroğlu, R., Kaya, H., Sendir, M., Tosun, K., & Turan, Y. (2008). Levels of anxiety and ways of coping of family members of patients hospitalized in the Neurosurgery Intensive Care Unit. *Neurosciences*, 13(1), 41-45. Recuperado de <http://www.neurosciencesjournal.org/PDFFILES/Jan08/Levels20070451.pdf>
- Al-Hassan, M. A., & Hweidi, I. M. (2004). The perceived needs of Jordanian families of hospitalized, critically ill patients. *International Journal of Nursing Practice*, 10(2), 64-71. doi: 10.1111/j.1440-172X.2003.00460.x
- Auerbach, S. M., Kiesler, D. J., Wartella, J., Rausch, S., Ward, K. R., & Ivatury, R. (2005). Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American journal of critical care*, 14(3), 202-210. Recuperado de <http://www.timeoutintensiva.it/archivio/202.pdf>
- Azoulay, É., Pochard, F., Chevret, S., Arich, C., Brivet, F., Brun, F., ... & Garrouste-Orgeas, M. (2003). Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff. *Intensive care medicine*, 29(9), 1498-1504. doi: 10.1007/s00134-003-1904-y
- Bäckström, J., Ekselius, L., Gerdin, B., & Willebrand, M. (2013). Prediction of psychological symptoms in family members of patients with burns 1 year after injury. *Journal of advanced nursing*, 69(2), 384-393. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06017.x
- Baldacchino, D., & Draper, P. (2001). Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *Journal of advanced nursing*, 34(6), 833-841. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01814.x
- Belio, M. P., & Vivar, C. G. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería intensiva*, 23(2), 51-67. doi: 10.1016/j.enfi.2011.06.001
- Bülow, H. H., Sprung, C. L., Reinhart, K., Prayag, S., Du, B., Armaganidis, A., & Levy, M. M. (2008). The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. *Intensive care medicine*, 34(3), 423-430. doi: 10.1007/s00134-007-0973-8
- Butler, J. M., Hirshberg, E. L., Hopkins, R. O., Wilson, E. L., Orme, J. F., Beesley, S. J., ... & Brown, S. M. (2016). Preliminary Identification of Coping Profiles Relevant to Surrogate Decision Making in the ICU. *PLoS one*, 11(11), e0166542. doi: 10.1371/journal.pone.0166542
- Cano Arana, A., González Gil, T., Cabello López, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En *CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica*. (Cuaderno III, pp. 3-8). Alicante: CASPe; 2010. [http://www.redcaspe.org/system/tmf/materiales/plantilla\\_cualitativa.pdf?file=1&type=node&id=147&force=](http://www.redcaspe.org/system/tmf/materiales/plantilla_cualitativa.pdf?file=1&type=node&id=147&force=)



- Casarini, K. A., Gorayeb, R., & Basile Filho, A. (2009). Coping by relatives of critical care patients. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 38(3), 217-227. doi: 10.1016/j.hrtlng.2008.05.003
- Center for Evidence Based Management (2014). Critical Appraisal Checklist for Cross-Sectional Study. Recuperado el 24 de Abril de 2017, de: <https://www.cebma.org>
- Chan, K. S., & Twinn, S. (2007). An analysis of the stressors and coping strategies of Chinese adults with a partner admitted to an intensive care unit in Hong Kong: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 185-193. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01452.x
- Chiang, V. C. (2011). Surviving a critical illness through mutually being there with each other: a grounded theory study. *Intensive and critical care nursing*, 27(6), 317-330. Doi: 10.1016/j.iccn.2011.09.001
- Chien, W. T., Chiu, Y. L., Lam, L. W., & Ip, W. Y. (2006). Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. *International journal of nursing studies*, 43(1), 39-50. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.01.006
- Chui, W. Y. Y., & Chan, S. W. C. (2007). Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness. *Journal of clinical nursing*, 16(2), 372-381. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01461.x
- Cross, S. E. (1995). Self-construals, coping, and stress in cross-cultural adaptation. *Journal of cross-cultural psychology*, 26(6), 673-697. doi: 10.1177/002202219502600610
- Davidson, J. E., Agan, D., Brady, N., Daly, B., & Higgins, P. (2009). Facilitated Sensemaking: Testing of a Mid-Range Theory for Family Support. Recuperado de <http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/157709>
- Davidson, J. E. (2010). Facilitated sensemaking: a strategy and new middle-range theory to support families of intensive care unit patients. *Critical Care Nurse*, 30(6), 28-39. doi: 10.4037/ccn2010410
- Davidson, J. E., Jones, C., & Bienvenu, O. J. (2012). Family response to critical illness: Postintensive care syndrome—family. *Critical care medicine*, 40(2), 618-624. doi: 10.1097/CCM.0b013e318236ebf9
- D'Zurilla, T. J., & Maydeu-Olivares, A. (1995). Conceptual and methodological issues in social problem-solving assessment. *Behavior Therapy*, 26(3), 409-432. Doi: 10.1016/S0005-7894(05)80091-7
- Eggenberger, S. K., & Nelms, T. P. (2007). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of clinical nursing*, 16(9), 1618-1628. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01659.x
- Engström, B., Uusitalo, A., & Engström, Å. (2011). Relatives' involvement in nursing care: a qualitative study describing critical care nurses' experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(1), 1-9. doi: 10.1016/j.iccn.2010.11.004

- Escudero, D., Vina, L., & Calleja, C. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Medicina Intensiva*, 38(6), 371-375. doi: 10.1016/j.medin.2014.01.005
- Finlayson, K. W., & Dixon, A. (2008). Qualitative meta-synthesis: a guide for the novice. *Nurse researcher*, 15(2), 59-71. doi: 10.7748/nr2008.01.15.2.59.c6330
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 992. doi: 10.1037/0022-3514.50.5.992
- Frivold, G., Slettebø, Å., & Dale, B. (2016). Family members' lived experiences of everyday life after intensive care treatment of a loved one: a phenomenological hermeneutical study. *Journal of clinical nursing*, 25(3-4), 392-402. doi: 10.1111/jocn.13059
- Garrouste-Orgeas, M., Philippart, F., Timsit, J. F., Diaw, F., Willems, V., Tabah, A., & Carlet, J. (2008). Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Critical care medicine*, 36(1), 30-35. doi: 10.1097/01.CCM.0000295310.29099.F8
- Garrouste-Orgeas, M., Willems, V., Timsit, J. F., Diaw, F., Brochon, S., Vesin, A., & Moulard, M. L. (2010). Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *Journal of critical care*, 25(4), 634-640. doi: 10.1016/j.jcrc.2010.03.001
- Gol, A. R., & Cook, S. W. (2004). Exploring the underlying dimensions of coping: A concept mapping approach. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(2), 155-171. doi: 10.1521/jscp.23.2.155.31021
- Gooding, T., Pierce, B., & Flaherty, K. (2012). Partnering with family members to improve the intensive care unit experience. *Critical care nursing quarterly*, 35(3), 216-222. doi: 10.1097/CNQ.0b013e318260696a
- Halligan, P. (2006). Caring for patients of Islamic denomination: Critical care nurses' experiences in Saudi Arabia. *Journal of clinical nursing*, 15(12), 1565-1573. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01525.x
- Herrera, M. M., & González, G. M. C. (2015). La experiencia del familiar de la unidad de cuidados intensivos en Bucaramanga: un estudio fenomenológico. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 15(1), 95-106. Recuperado de <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/720/908>
- Jimenez-Ocampo, V. F., Zapata-Gutiérrez, L. S. & Díaz-Suárez, L. (2013). Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan*, 13(2), 159-172. doi: 10.5294/aqui.2013.13.2.2
- Kean, S. (2007). *The emergence of negotiated family care in intensive care-a grounded theory approach*. (Tesis doctoral). The University of Edinburgh, <https://www.era.lib.ed.ac.uk/handle/1842/2838>



- Kloosterhouse, V., & Ames, B. D. (2002). Families' use of religion/spirituality as a psychosocial resource. *Holistic Nursing Practice*, 17(1), 61-76. doi: 10.1097/00004650-200210000-00011
- Lavee, Y., McCubbin, H. I., & Olson, D. H. (1987). The effect of stressful life events and transitions on family functioning and well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 857-873. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/351979>
- Linnarsson, J. R., Bubini, J., & Perseius, K. I. (2010). Review: a meta-synthesis of qualitative research into needs and experiences of significant others to critically ill or injured patients. *Journal of clinical nursing*, 19(21-22), 3102-3111. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03244.x
- Lundberg, P. C., & Kerdonfag, P. (2010). Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. *Journal of clinical nursing*, 19(7-8), 1121-1128. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03072.x
- Macías, M. A., Orozco, C. M., Amaris, M. V., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10584/5067>
- Malia, J. A. (2006). Basic concepts and models of family stress. *Stress, trauma, and crisis*, 9(3-4), 141-160. doi: 10.1080/15434610600853717
- McAdam, J. L., Dracup, K. A., White, D. B., Fontaine, D. K., & Puntillo, K. A. (2010). Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Critical care medicine*, 38(4), 1078-1085. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181cf6d94
- McKiernan, M., & McCarthy, G. (2010). Family members' lived experience in the intensive care unit: a phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5), 254-261. doi: 10.1016/j.iccn.2010.06.004
- Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 543-552. doi: 10.4037/ajcc2009226
- Nadig, N., Huff, N. G., Cox, C. E., & Ford, D. W. (2016). Coping as a Multifaceted Construct: Associations With Psychological Outcomes Among Family Members of Mechanical Ventilation Survivors. *Critical care medicine*, 44(9), 1710-1717. doi: 10.1097/CCM.0000000000001761
- Parker, J. D., & Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*, 6(5), 321-344. doi: 10.1002/per.2410060502
- Petrinec, A. B., Mazanec, P. M., Burant, C. J., Hoffer, A., & Daly, B. J. (2015). Coping strategies and posttraumatic stress symptoms in post-ICU family decision makers. *Critical care medicine*, 43(6), 1205. doi: 10.1097/CCM.0000000000000934
- Plakas, S., Cant, B., & Taket, A. (2009). The experiences of families of critically ill patients in Greece: A social constructionist grounded theory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(1), 10-20. doi: 10.1016/j.iccn.2008.04.003

- Plakas, S., Boudioni, M., Fouka, G., & Taket, A. (2011). The role of religiosity as a coping resource for relatives of critically ill patients in Greece. *Contemporary nurse*, 39(1), 95-105. doi: 10.5172/conu.2011.39.1.95
- Prichard, C., & Newcomb, P. (2015). Benefit to Family Members of Delivering Hand Massage With Essential Oils to Critically Ill Patients. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 446-449. doi: 10.4037/ajcc2015767.
- Rueckriegel, S. M., Baron, M., Domschke, K., Neuderth, S., Kunze, E., Kessler, A. F., ... & Ernestus, R. I. (2015). Trauma-and distress-associated mental illness symptoms in close relatives of patients with severe traumatic brain injury and high-grade subarachnoid hemorrhage. *Acta neurochirurgica*, 157(8), 1329-1336. doi: 10.1007/s00701-015-2470-0.
- Sánchez-Vallejo, A., Fernández, D., Pérez-Gutiérrez, A., & Fernández-Fernández, M. (2016). Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 40(9), 527-540. doi: 10.1016/j.medin.2016.03.005
- Shaffer, K. M., Riklin, E., Jacobs, J. M., Rosand, J., & Vranceanu, A. M. (2016). Psychosocial resiliency is associated with lower emotional distress among dyads of patients and their informal caregivers in the neuroscience intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 36, 154-159. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.07.010
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological bulletin*, 129(2), 216. doi: 10.1037/0033-2909.129.2.216
- Söderström, M. K., Saveman, B. I., Hagberg, M. S., & Benzein, E. G. (2009). Family adaptation in relation to a family member's stay in ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(5), 250-257. doi: 10.1016/j.iccn.2009.06.006
- Stone, A. A., Greenberg, M. A., Kennedy-Moore, E., & Newman, M. G. (1991). Self-report, situation-specific coping questionnaires: What are they measuring. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 648-658. doi: 10.1037/0022-3514.61.4.648
- Tavangar, H., Shahriary-Kalantary, M., Salimi, T., Jarahzadeh, M., & Sarebanhassanabadi, M. (2015). Effect of family members' voice on level of consciousness of comatose patients admitted to the intensive care unit: A single-blind randomized controlled trial. *Advanced biomedical research*, 4. doi: 10.4103/2277-9175.157806
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135(11), 507-511. doi: 10.1016/j.medcli.2010.01.015
- Verhaeghe, S., Defloor, T., & Grypdonck, M. (2005). Stress and coping among families of patients with traumatic brain injury: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 14(8), 1004-1012. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01126.x
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of

the literature. *Journal of clinical nursing*, 14(4), 501-509. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.01081.x

Verhaeghe, S. T., Van Zuuren, F. J., Grypdonck, M. H., Duijnste, M. S., & Defloor, T. (2010). The focus of family members' functioning in the acute phase of traumatic coma. *Journal of clinical nursing*, 19(3-4), 574-582. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02987.x

Vincent, J. L., Shehabi, Y., Walsh, T. S., Pandharipande, P. P., Ball, J. A., Spronk, P., & Badenes, R. (2016). Comfort and patient-centered care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive care medicine*, 42(6), 962-971. doi: 10.1007/s00134-016-4297-4

Wartella, J. E., Auerbach, S. M., & Ward, K. R. (2009). Emotional distress, coping and adjustment in family members of neuroscience intensive care unit patients. *Journal of psychosomatic research*, 66(6), 503-509. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.12.005

Zaforteza Lallemand, C. (2010). *Promoción de los cuidados dirigidos a los familiares del paciente crítico a través de una investigación-acción participativa*. (Tesis doctoral). Universitat de les Illes Balears,  
[http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/tesisUIB/archives/Zafortez.dir/Zaforteza\\_Lallemand\\_Concepcion.pdf](http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/tesisUIB/archives/Zafortez.dir/Zaforteza_Lallemand_Concepcion.pdf)

## Apéndice A. Listado de calidad de los estudios cuantitativos

### *Critical appraisal checklist for cross-sectional study del CEBMa*

APRAISAL QUESTIONS	Acaroğlu et al (2008) <b>Levels of anxiety and ways of coping of family members of patients...</b>	Casarini et al (2009) <b>Coping by relatives of critical care patients</b>	Chui & Chan (2005) <b>Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness</b>	de Azevedo et al (2011) <b>Estrategias de enfrentamiento de hijos que tienen la madre o el padre internado en una (UTI)</b>	Jiménez-Ocampo et al (2012) <b>Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado...</b>	McAdam et al (2010) <b>Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying</b>	Nadig et al (2016) <b>Coping as a multifaceted construct: Associations with psychological outcomes among family members...</b>
Did the study address a clearly focused question/issue?	✓	✓	✓	✓	✓		
Is the research method (study design) appropriate for answering the research question?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Is the method of selection of the subjects (employees, teams, divisions, organizations) clearly described?		✓	✓		✓	✓	✓
Could the way the sample was obtained introduce (selection) bias?	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Was the sample of subjects representative with regard to the population to which the findings will be referred?	✓		✓		✓		
Was the sample size based on pre-study considerations of statistical power?			✓		✓		
Was a satisfactory response rate achieved?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Are the measurements (questionnaires) likely to be valid and reliable?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Was the statistical significance assessed?	✓	✓	✓			✓	✓
Are confidence intervals given for the main results?			✓			✓	✓
Could there be confounding factors that haven't been accounted for?	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Can the results be applied to your organization?	✓	✓	✓		✓	✓	✓

APRAISAL QUESTIONS	Petrinec et al (2015) <b>Coping strategies and posttraumatic stress symptoms in post-ICU family decision makers</b>	Schleder et al (2013) <b>Spirituality of relatives of patients hospitalized in intensive care unit</b>	Rueckriegel et al (2015) <b>Trauma –and distress- associated mental illness symptoms in close relatives of patients with...</b>	Shaffer et al (2016) <b>Psychosocial resiliency is associated with lower emotional distress among dyads of patients...</b>	Turner-Cobb et al (2014) <b>The acute psychobiological impact of the intensive care experience of relatives</b>	Wartella et al (2008) <b>Emotional distress, coping and adjustment in family members of neuroscience ICU patients</b>
Did the study address a clearly focused question/issue?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Is the research method (study desing) appropriate for answering the research question?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Is the method of selection of the subjects (employees, teams, divisions, organizations) clearly described?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Could the way the sample was obtained introduce (selection)bias?	✓		✓	✓	✓	✓
Was the sample of subjects representative with regard to the population to which the findings will be referred?	✓		✓	✓		
Was the sample size based on pre-study considerations of statistical power?	✓					
Was a satisfactory response rate achieved?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Are the measurements (questionnaires) likely to be valid and reliable?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Was the statistical significance assessed?	✓		✓	✓		
Are confidence intervals given for the main results?						
Could there be confounding factors that haven` t been accounted for?	✓		✓	✓		✓
Can the results be applied to your organization?	✓		✓	✓		✓

## Apéndice B. Listado de calidad de los estudios cualitativos

### Guía CASPe de lectura crítica sobre estudios cualitativos

PREGUNTAS	Casarini et al (2009) <b>Coping by relatives of critical care patients</b>	Chan & Twinn (2006) <b>An analysis of the stressors and coping strategies of Chinese adults with a partner...</b>	Chiang (2011) <b>Surviving a critical illness through mutually being there with each other</b>	Eggenberger & Nelms (2007) <b>Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness</b>	Frivold et al (2016) <b>Family members' lived experiences of everyday life after intensive care treatment of a loved one</b>	Iverson et al (2014) <b>Factors affecting stress experienced by surrogate decision-makers for critically ill patients</b>	Kean (2007) <b>The emergence of negotiated family care in intensive care</b>	Lima et al (2013) <b>Sons and daughters with a parent hospitalized in an Intensive Care Unit</b>	Márquez & Carrillo (2015) <b>La experiencia del familiar de la unidad de cuidados intensivos en Bucaramanga</b>	Mckiernan & McCarthy (2010) <b>Family members' lived experience in the intensive care unit</b>
¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
¿Es congruente la metodología cualitativa?	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?		✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓
¿La estrategia de selección es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	✓	✓	✓	✓			✓		✓	✓
¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓
¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?		✓			✓		✓			
¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓
¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓
¿Es clara la exposición de los resultados?	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓
¿Son aplicables los resultados de la investigación?	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓

PREGUNTAS	Mendes et al (2013) <b>Sentimientos vivenciados por familiares de pacientes internados no centro de terapia intensiva adulto</b>	Plakas et al (2009) <b>The experiences of families of critically ill patients in Greece</b>	Puggina et al (2008) <b>Messages from relatives of patients in coma: hope as common element</b>	Schenker et al (2012) <b>I don't want to be the one saying "We should just let him die"</b>	Smith & Custard (2014) <b>The experience of family members of ICU patients who require extensive monitoring</b>	Söderström et al (2009) <b>Family adaptation in relation to a family member's stay in ICU</b>
¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
¿Es congruente la metodología cualitativa?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?		✓			✓	✓
¿La estrategia de selección es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?		✓				✓
¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?		✓			✓	✓
¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?		✓				
¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?		✓				✓
¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?		✓			✓	✓
¿Es clara la exposición de los resultados?		✓			✓	✓
¿Son aplicables los resultados de la investigación?		✓			✓	✓

## Apéndice C: Síntesis de los estudios incluidos

ESTUDIO	PUBLICACIÓN	TÍTULO	DISEÑO	RESULTADOS PRINCIPALES
Acaroğlu et al. (2008)	Neurosciences	<b>Levels of anxiety and ways of coping of family members of patients hospitalized in the Neurosurgery Intensive Care Unit</b>	Descriptivo, <i>Ways of coping Inventory</i>	Los familiares de los pacientes experimentan dificultades al afrontar la ansiedad, lo que indica que necesitan ayuda y soporte.
Casarini et al (2009)	Heart and Lung	<b>Coping by relatives of critical care patients</b>	Mixto; <i>Ways of coping</i> + entrevista semiestructurada	Los familiares de pacientes más graves utilizan más la estrategia de apoyo social
Chan & Twinn (2006)	Journal of clinical Nursing	<b>An analysis of the stressors and coping strategies of Chinese adults with a partner admitted to an intensive care unit in Hong Kong: an exploratory study</b>	Cualitativo	Las creencias culturales son importantes a la hora de afrontar el proceso de enfermedad crítica. Los familiares utilizan estrategias internas y externas para mantener el equilibrio en la familia.
Chiang (2011)	Intensive and Critical Care Nursing	<b>Surviving a critical illness through mutually being there with each other: A grounded theory study</b>	Cualitativo	Emergen tres categorías en esta teoría: estar presente, afrontar y relacionarse
Chui & Chan (2005)	Journal of Clinical Nursing	<b>Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness</b>	Descriptivo, <i>F-COPES</i>	Las estrategias de reformulación son las más utilizadas, frente las estrategias pasivas que fueron las menos utilizadas. Los miembros de la familia utilizan estrategias de afrontamiento positivas.
Eggenberger & Nelms (2007)	Journal of Clinical Nursing	<b>Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness</b>	Cualitativo	“Ser una familia” une a las familias y les hace fuertes frente a la enfermedad
Frivold et al. (2016)	Journal of Clinical Nursing	<b>Family members’ lived experiences of everyday life after intensive care treatment of a loved one: a phenomenological hermeneutical study</b>	Cualitativo	Las familias afrontan la enfermedad crítica utilizando recursos personales y apoyo
Jiménez-Ocampo et al. (2013)	Aquichan	<b>Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos</b>	Descriptivo <i>Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy</i>	Las estrategias de afrontamiento utilizadas por los familiares fueron las dirigidas a la solución del problema, haciendo frente a la situación. Los familiares presentaron altos niveles de afrontamiento
Kean (2007)	Tesis doctoral	<b>The emergence of negotiated family care in intensive care</b>	Cualitativo	Mantener la normalidad y buscar información son las estrategias de afrontamiento más utilizadas entre los niños con un familiar ingresado en cuidados intensivos
Márquez Herrera & Carrillo González (2015)	Archivos de Medicina	<b>La experiencia del familiar de la unidad de cuidados intensivos en Bucaramanga (Colombia): un estudio fenomenológico</b>	Cualitativo	Para afrontar la enfermedad, los familiares encuentran ayuda en su círculo social, los profesionales y la espiritualidad



McAdam et al. (2010)	Critical Care Medicine	<b>Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying</b>	Descriptivo, <i>F-COPES</i>	Los familiares experimentan altos niveles de ansiedad y depresión, a pesar de lo cual mantienen aceptables niveles de afrontamiento.
Mckiernan & McCarthy (2010)	Intensive and Critical Care Nursing	<b>Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study</b>	Cualitativo	Los familiares necesitan soporte para afrontar la enfermedad
Nadig et al. (2016)	Critical Care Medicine	<b>Coping as a multifaceted construct: Associations with psychological outcomes among family members of Mechanical Ventilation Survivors</b>	Descriptivo, <i>Conner-Davidson Resilience Scale</i>	Algunos estilos de afrontamiento pueden asociarse con menores niveles de estrés.
Petrinec et al. (2016)	Critical Care Medicine	<b>Coping strategies and posttraumatic stress symptoms in post-ICU family decision makers</b>	Descriptivo, <i>Brief COPE</i>	La estrategia de afrontamiento utilizada por los familiares es un predictor del estrés postraumático
Plakas et al. (2009)	Intensive and Critical Care Nursing	<b>The experiences of families of critically ill patients in Greece: A social constructionist grounded theory study</b>	Cualitativo	Se identificaron siete categorías, entre ellas "atención vigilante", "religiosidad", "información" y "cuidado"
Rueckriegel et al. (2015)	Acta Neuroquirurgica	<b>Trauma –and distress-associated mental illness symptoms in close relatives of patients with severe traumatic brain injury and high-grade subaracnoid hemorrhage</b>	Descriptivo, <i>Brief COPE</i>	Las estrategias de afrontamiento evasivas se asocian con los síntomas de patología mental
Shaffer et al. (2016)	Journal of Critical Care	<b>Psychosocial resiliency is associated with lower emotional distress among dyads of patients and their informal caregivers in the neuroscience intensive care unit</b>	Descriptivo, <i>Measure of coping status-A</i>	Un mayor nivel de afrontamiento se asoció con menor ansiedad, depresión e ira. Los familiares con síntomas emocionales presentaban menor nivel de afrontamiento y eficacia en los cuidados.
Söderström et al. (2009)	Intensive and Critical Care Nursing	<b>Family adaptation in relation to a family member's stay in ICU</b>	Cualitativo	Se encontraron tres categorías: esforzándose en resistir, esforzándose en consolarse y esforzándose en rehacer su vida. Los familiares pasan por "picos y valles" durante el proceso de adaptación.

## Apéndice D: Categorías de afrontamiento de los estudios cualitativos y sus correspondientes Unidades de significado

CATEGORÍA DE AFRONTAMIENTO	UNIDADES DE SIGNIFICADO
<b>Resolución de problemas</b>	<p>"I know about all that can happen in this place. What I really wanted was to be close to J., because, if something should happen to any other patient, I will be there talking to her, trying to calm her down, assure her, give her love, things like that." (Casarini et al., 2009, p. 223)</p>
Acción instrumental, Acción directa, toma de decisiones, planeamiento	<p>"I only thought if I was here, my husband could feel it... I rushed over to see him and hold his hand. When he was under sedation I talked to him and so... if he heard me or not, I didn't know... And I just wanted to be here. That's all. I just wanted to be with him... Just be there (in a very affirmative tone)." (Chiang, 2011, p. 322)</p>
Presencia y participación en el cuidado	<p>"Just be there (in a very affirmative tone). Even the doctors do everything, the nurses do everything, all the medical things you have no idea, but I feel it is good for the patient. At least I hope so, and it was good for me." (Chiang, 2011, p. 322)</p>
	<p>"We don't want to leave or to go outside the hospital. I don't know, we want to stay real close. I think it's probably good for the patient to know they are not being left alone. It's hard to explain the feeling... I just have to be here. I need to be here." (Eggenberger &amp; Nelms, 2007, p. 1622)</p>
	<p>"You feel a certain responsibility for him and protecting him. I want to choose the best for him. We all have to take a more active role in his health... and demanding stuff" (Eggenberger &amp; Nelms, 2007, p. 1623)</p>
	<p>"This nurse (referring to the nurse caring for the patient the day of the interview) connects so well with him and that is what makes me feel comfortable. I can see when he is not comfortable with some of them. I watch more carefully then. But some seem to have a way with him and they talk to him like he is awake" (Eggenberger &amp; Nelms, 2007, p. 1623)</p>
	<p>"We would like to be asked if we want to be involved and how much we want to participate in her care. I know my Mom. It is very clear that the nurse and health care team believe they are responsible for the medical care, but as far as the emotional part, that is us. I had been her caregiver for three years, I felt like I needed to get in there and help and I couldn't. It is feeling that you are connected directly to what is happening and when they don't include you, you feel even more vulnerable." (Eggenberger &amp; Nelms, 2007, p. 1624)</p>
	<p>"I have been good at handling things myself, and of course having my children around all the time. So I had someone to talk to. But not too much, I felt I had to do it myself... so I have been working on that..." (Frivold et al., 2016, p.396)</p>
	<p>"I am not used to asking for help. You manage on your own. I discovered an inner strength, and I am stronger than I thought" (Frivold et al., 2016, p. 398)</p>
	<p>"Visiting their parent and seeing for themselves was one coping strategy mentioned by these children." (Kean, 2007, p. 13)</p>
	<p>"Shona coped best when she 'can look up things'." (Kean, 2007, p. 143)</p>
	<p>"Relatives are terribly enthusiastic about doing that (creaming hands) because it's one of the few things that they can do'. (Kean, 2007, p. 290)</p>

---

**Resolución de problemas**  
(continuación)

“Watching over someone or ‘family protectiveness’ is a defensive coping response to guard a family against loss and injury” (Kean, 2007, p. 168)

“‘Going in and seeing’ is an important part of coping for younger children who tend to understand ICU on a more concrete level” (Kean, 2007, p. 192)

“Nosotros quisiéramos estar con él, nos limita a estar una hora en la mañana y en la tarde.” (Márquez-Herrera & Carrillo-González, 2015, p. 102)

“Visiting here is good for the families... that you can come in when it suits you, except for the resting time for the patients, which is fair enough...” (McKiernan & McCarthy, 2010, p. 257)

“We are here a lot of the day, in the waiting room, but you know you are there if anyone needs you for anything, or if anything even slightly goes wrong.” (McKiernan & McCarthy, 2010, p. 258)

“I mean I am next to him [her son] even though I am not in there [means in the ICU] and cannot offer him any help. I just want to be near and to know that I am near to him” (Plakas et al., 2009, p. 15)

“He wanted me next to him and he was feeling insecurity... he was feeling very, very good [during visiting hours]... he and me, both of us were feeling good you see... you see he was feeling comfortable, he was taking courage, he was taking a deep breath and saying, “ahh... I am alright now“ (Plakas et al., 2009, pp. 16-17)

“Being present strengthens the whole family and earlier experience of an ICU can foster endurance. Most important for keeping life on an even keel is to be close to each other.” (Söderström et al., 2009, p. 254)

---

**Búsqueda de apoyo**

Búsqueda de confort, búsqueda de ayuda, soporte espiritual

“It is union; because everybody gets together and we all suffer together, and therefore there is union... one gives strength to the other, because this is the only way.” (Casarini et al., 2009, p. 222)

“The only thing I keep doing is asking God to give me a lot of strength and courage... this is what I’ve been doing. All the time I ask God to give me health in the first place and strength, so that I will be able to go through all of this and help her too.” (Casarini et al., 2009, p. 223)

“...my brother and sister alternatively come to my house... helping me to do some household work and counselling me when I am depressed and grief-stricken. I feel less lonely. Also they do their utmost to visit my wife in hospital instead of me... So I have time to spend with my children at home” (Chan & Twinn, 2006, p. 190)

“I know I just have faith in Gautama Buddha, (and) Wong Tai Sin without any doubt. Um... Um... they will offer me power and wisdom for resolving problems and difficulties. I pray (...). Afterwards, I feel less stressed and full with peace each time.” (Chan & Twinn, 2006, p. 191)

“My family belongs to the traditional Chinese. I follow my family’s customs. Um... um... all my family members worship our ancestors and respected deities at home. After the hospitalization of my husband, I’ve increased my worship. I believe my forefathers and respected deities will guard my husband’s health. I feel less stressed.” (Chan & Twinn, 2006, p. 190)

“We are all here together and we are all doing this together. Our family has managed by everybody pitching in and being here... being together is helping our family. It’s just more comforting to know that you’ve got somebody... It’s been nice to know that I won’t be the

---

---

**Búsqueda de apoyo**  
(continuación)

only one here, doing everything” (Eggenberger & Nelms, 2007, p. 1623)

“We had a great nurse... He was willing to answer all our questions. If you asked him anything he was there... just being personable. Telling us straight up what’s going on is definitely helpful, but it is nice when they can bring it down to a level where we feel like they are explaining it to us. Having nurses and doctors be honest with us and keeping us informed helped us cope. No matter how bad it is, you would much rather hear the honest truth... But somehow still maintaining some hope. They show us they care about us.” (Eggenberger & Nelms, 2007, p. 1623)

“Functionally, in keeping the family ‘on a certain level’ of coping, the strategy helped to maintain communication channels with the family.” (Kean, 2007, p. 187)

“Ayer vinieron (los hijos), ayer pase un día muy rico con el menor, él me llama a cada rato, mi hija también me llama a cada rato, y eso me anima” (Márquez-Herrera & Carrillo-González, 2015, p. 102)

“The nurses are great... they tell you all you need... a great feeling of security.” (McKiernan & McCarthy, 2010, p. 257)

“...it (support) would be from my own family really, my sisters or my brother or my husband. You couldn’t carry on if you didn’t have someone to share it with.” (McKiernan & McCarthy, 2010, p. 258)

“I was getting strength from myself, from my thoughts. I mean, I was trying to take strength from my children and from other people, the people next to me...” (Plakas et al., 2009, p. 14)

“I went to Tinos [the most famous miracle-making church on the Island of Tinos] and while I was very very hopeless, when I came back I felt inside me, I heard a voice telling me, ‘He will be alright, he will be alright’ [her son] and I wanted to go out in the streets and scream that my son will be alright, I wanted to scream it” (Plakas et al., 2009, p. 15)

“...and psychologically they will help you, you’ll ask me how? Saying a nice word to you, believing... believing... OK it is not their loved one, it is very easy to say he will be OK... how can I say... for example, they were telling me, ‘Don’t be sad, he will be OK,’ or, ‘He’s doing alright,’ or, ‘It will be OK.’ Maybe they don’t believe it, but this gives me courage” (Plakas et al., 2009, p. 17)

“Support from staff, mostly informational but sometimes also emotional, is another source of consolation.” (Söderström et al., 2009, p. 254)

---

**Reestructuración cognitiva**

Pensamiento positivo, darse ánimos

“If something should happen, what would we do?... I thing that disease is not death.. is it? Disease is not death! Many times a person is healthy and dies. Once I went to a party and when I entered the place... a man fell down. I tried to lift him, but he was dead. When he had left home for the party he was healthy...” (Casarini et al., 2009, p. 222)

“It is better for her to be there (ICU) than somewhere else, with no care. At least I think she has an 80% to 90% greater chance there than if she were anywhere else” (Casarini et al., 2009, p. 222)

“I try to look at it in a different way, you know... and feeling depressed doesn’t help. Today I have seen she looks well, and, thank God, she is just fine. Now I keep saying ‘she is just fine and she will have nothing.’ I’m like this, you know, I never fool myself, this is the picture, this is what is happening, this is what I’m going to hold on to. So, if something worse or something better is going to happen, I have something to hold on to.” (Casarini et al., 2009, p. 223)

---

---

**Reestructuración  
cognitiva**  
(continuación)

"We have to be positive... We have to think she is going to make it. My ex-husband doesn't help much because he is negative and not very helpful." (Eggenberger & Nelms, 2007, p. 1625)

"It has given me incredible joy to see such a good side of the health care system." (Frivold et al., 2016, p. 396)

"That is what it's all about, you have to be strong, and thus you end up neglecting much of your own feelings; what is bothering you is neglected. I have put it away, and I have to deal with it little by little." (Frivold et al., 2016, p. 398)

"Hope is part of emotion focused coping and thus an important coping mechanism." (Kean, 2007, p. 185)

"Veo que para mí es una tranquilidad inmensa el saber que está ahí, yo veo que las enfermeras son muy, muy amables, que saben mucho su trabajo, los médicos también." (Márquez-Herrera & Carrillo-González, 2015, p. 102)

"Al entrar en la unidad de cuidados intensivos, pues, primero que todo me dio mucha seguridad, porque yo vi que allá iba a estar más atendido, que allá habían médicos permanentes, que las enfermeras muy queridas, y para mí eso fue mucha tranquilidad..." (Márquez-Herrera & Carrillo-González, 2015, p. 102)

"It helps us... if you are actually sitting there and seeing her and knowing she is still alive even with all those things she has on her... it's still actually good to see her." (McKiernan & McCarthy, 2010, p. 257)

"...But you can't give up hope anyway... when someone is breathing, that has to be a sign of something doesn't it?" (McKiernan & McCarthy, 2010, p. 258)

---

**Búsqueda de  
información**

Observación,  
evaluación

"Um... um... I tried to seek some information about acute epiglottitis from the internet (that) enriched my understanding about my husband's condition with that the healthcare professionals had told me. Hmm... I felt more secure. It indeed reduce my worry." (Chan & Twinn, 2006, p. 190)

"Hmm... during my visit to my husband, some healthcare professionals provide me about the latest information of my husband's health condition. They really reduce my doubts and uncertainty." (Chan & Twinn, 2006, p. 190)

"Linda needed to be allowed to ask questions in order to understand what was going on and what was going to happen." (Kean, 2007, p. 143)

"Getting information was a key coping activity in this family for all three members." (Kean, 2007, p. 143)

"hay algunos jefes que esperan a que uno llegue y empiezan a decirte, mira hoy le subimos tanto al soporte del corazón, se lo pudimos bajar, lo tolero mejor, si, le hicieron la fisioterapia y respondió bien estuvo más despierto, estuvo más dormido, pero hay otros que no, no está normal crítico, pero está estable, y ahí tu quedas, que más pregunto" (Márquez-Herrera & Carrillo-González, 2015, p. 102)

"All we need is to know how he is doing... then we can get through it." (McKiernan & McCarthy, 2010, p. 257)

"One nurse in particular... just came in and gave us a whole run down... on what was happening without us even asking, that was really great." (McKiernan & McCarthy, 2010, p. 257)

---

---

**Búsqueda de información**  
(continuación)

“A doctor in the corridor was telling me - you know, if you see a doctor arriving and it’s a doctor from the ICU, you will ask, has he got a fever, how is he doing [the patient]?” (Plakas et al., 2009, p. 16)

“All but Brian asked a lot of questions. He did not understand what was going on and did not dare to pose questions, which increased his suffering.” (Söderström et al., 2009, p. 253)

---

**Regulación emocional**

“...when I realize that I’m going to lose control... I look for somebody I can talk to...I call him to a corner... I let out all I want to let out, I lift my head up and I get to do my daily chores” (Casarini et al, 2009, p. 222)

Expresión emocional, calmarse

“Day by day, even today. Even today I would never take it for granted that he (patient Peter) is 100%” (Chiang, 2011, p. 323)

“It was just something you had to adjust to and I learned to adjust” (Chiang, 2011, p. 323)

“The crying and emotion comes over you in waves. We are doing ok and then suddenly it comes over you and we’re not ok.” (Eggenberger & Nelms, 2007, p.1624)

“And those psychologists told us to have some drawers to close sometimes. You can’t let it all out at once.” (Frivold et al., 2016, p. 396)

“Actually, I considered whether I needed help from a psychologist to clear up my thoughts, [so] that I’m not as mean when I’m upset.” (Frivold et al., 2016, p. 398)

“...pero en si aquí en la UCI pues el dolor es impresionante, pero también tiene que manejar uno la resignación o sino uno se vuelve loco, y tener paciencia” (Márquez-Herrera & Carrillo-González, 2015, p. 102)

“No, I did not collapse. I was hitting myself, I was screaming, all sorts of things. . .” (Plakas et al., 2009, p. 14)

---

**Rumiación**

Pensamientos intrusivos, pensamientos negativos, culparse, preocuparse

“This is the way I am. I believe in destiny and so I try to submit to it (destiny). So, she is going through this because this was meant to be, as it was meant that I should carry, how do you say it... the grief of it all... the burden.” (Casarini et al., 2009, pp. 223-224)

“My grandfather seized other people’s property and killed people while he was a senior official in Ching dynasty.... Some victims turned out to be the fiercest ghosts, evil spirits for revenge... now my wife repays the previous life debts of my grandfather and has a severe illness.” (Chan & Twinn, 2006, p. 190)

“I blamed myself. Recently she got gastric pain and black stool... I didn’t insist to push her to see doctor” (Chan & Twinn, 2006, p. 189)

“Um... um... life seems to be very fragile and determined by the fate. This incident occurs so suddenly. It makes me feel life is short. Life seems to be unpredictable and not be under your control. Er... it is dominated by ‘Tien’.” (Chan & Twinn, 2006, p. 191)

“You pretty much put everything off to the side and try not to be too concerned with anything. You’ve got nothing else to think about but him. I am worried about my job a lot. But, it just can’t matter. Financially how am I going to end up with all of this? What bills am I going to end up paying? All the other stuff that goes along with life just doesn’t matter right now. It’s just him. It’s the only thing we can think about.” (Eggenberger & Nelms, 2007, p. 1624)

---



---

**Rumiación**  
(continuación)

“The time just ticked and ticked and ticked. It is standing still. It was not going anywhere. It just seemed to never end... It is frustrating to go in there and wanting so badly to speak to her and not being able to and not knowing when you will be able to. You just have to wait and see. All we can do is wait...” (Eggenberger & Nelms, 2007, p.1625)

“I felt like being there or not I was not important to those at work. So actually I felt neglected I feel like aggressive towards that hospital, and especially towards that ICU. I am not able to let it go....” (Frivold et al., 2016, p. 396)

“Nunca se me ha olvidado, (llora) muy triste llegar y verlos conectados con todos esos aparatos” (Márquez-Herrera & Carrillo-González, 2015, p. 102)

“...hace dos o tres días si perdí la fe” (Márquez-Herrera & Carrillo-González, 2015, p. 102)

“It’s so hard when you’ve got families, jobs, kids... trying to be here as well... you feel you have to be up here, you want to be up here and yet you can’t be here all the time. And you do feel guilty, especially if anything did happen and you weren’t there... and yet you can’t stop everything outside or things fall apart there too.” (McKiernan & McCarthy, 2010, p. 258)

“He’s no choice in the matter now... and we are just waiting now... they honestly can do no more.” (McKiernan & McCarthy, 2010, p. 258)

---

**Escape**

Evitación, retirada,  
negación

“I’m already afraid to ask more questions. I have not visited him today. I am not in a condition to enter and see him the way he is.” (Casarini et al., 2009, p. 222)

“My relatives are saying they are going to intubate him. I said, ‘I don’t want to hear this, let’s keep it quiet because I don’t want to hear anything negative,’ and they said, ‘face reality, get real.’ I said, ‘I’m looking at the reality but I don’t want to hear this, if you can’t say something that will make things better, don’t say it...’” (Casarini et al., 2009, p. 222)

“At the beginning of his father’s critical illness one of Connor’s coping strategies was avoiding going to visit his father.” (Kean, 2007, p. 224)

---

**Aislamiento social**

Auto aislamiento

“I hold back, I don’t go out, I’m always alone. Sometimes on Sundays my husband says, ‘Let’s go out.’ I cry on my own, I suffer, I get sad on my own, because have you ever thought what would happen if out there I threw all that is inside me on someone else? It would be worse.” (Casarini et al., 2009, p. 222)

“Susan (family 4), for instance, pointed out that the shock was so great that one can only ‘sit and stare’ trying to understand what was going on at her own pace.” (Kean, 2007, p. 161)

“Withdrawing into oneself while observing or distancing was another coping strategy used by some family members.” (Kean, 2007, p. 161)

---