

**APOYO EMOCIONAL DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES INGRESADOS A  
UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**LINA XIMENA RAMOS VERGARA**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIZACIÓN ENFERMERÍA EN CUIDADO CRÍTICO  
BOGOTÁ, D. C.  
ABRIL DE 2008**

**APOYO EMOCIONAL DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES INGRESADOS A  
UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**LINA XIMENA RAMOS VERGARA**

**ASESORAS:**

**BELKIS E. ALEJO RIVEROS**

Magíster en investigación y Docencia Universitaria  
Docente de Metodología de la Investigación

**MARIBEL PINILLA**

Docente de Pregrado – Enfermería  
Pontificia Universidad Javeriana

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIZACIÓN ENFERMERÍA EN CUIDADO CRÍTICO  
BOGOTÁ, D. C.  
ABRIL DE 2008**

## CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
3. PROBLEMA .....	5
4. OBJETIVOS.....	6
4.1. GENERAL.....	6
4.2. ESPECÍFICOS .....	6
5. PROPÓSITOS .....	7
6. MARCO TEÓRICO .....	8
6.1. CONTEXTO HISTÓRICO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA.....	8
6.2 RELACIÓN ENTRE EL CORAZÓN Y LAS EMOCIONES Y SUS MANIFESTACIONES.....	10
6.3 EL PACIENTE QUE INCRESA A LA UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO.....	11
6.4 FACTORES DERIVADOS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN UCI. ....	12
6.5 ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO EN LA UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO .....	16
6.6. INDICADORES DIAGNÓSTICOS DE RIESGO PSICOSOCIAL.....	18
6.7 ESTADIOS DE LA CONDUCTA ANTE LA ENFERMEDAD.....	19
6.8. PSICOTERAPIA EN EL PACIENTE CRÍTICO.....	20
6.9. CUANDO EFECTUAR LA INTERCONSULTA AL PACIENTE CRÍTICO .....	21
6.10. MANEJO EMOCIONAL DEL PACIENTE CRÍTICO .....	22
6.11 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL APOYO EMOCIONAL AL PACIENTE CRÍTICO .....	24
6.12 INTERVENCIÓN DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO DEL PCTE CRÍTICO .....	30
6.13 APOYO DEL EQUIPO DE SALUD .....	33

7. DISEÑO METODOLÓGICO.....	35
7.1 BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS.....	35
7.2 SELECCIÓN DE DOCUMENTOS .....	36
TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS.....	37
7.3 ANÁLISIS DE DOCUMENTOS SELECCIONADOS .....	38
8. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	40
8.1 INTERVENCIONES DE APOYO EMOCIONAL EMPLEADAS POR LOS ENFERMEROS CON PACIENTES INTERNADOS EN LA UCI.....	40
8.2 INTERVENCIÓN DE LA FAMILIA, COMO APOYO EMOCIONAL CON EL PACIENTE EN LA UCI .....	45
9. CONCLUSIONES .....	51
ANEXOS (FICHAS DESCRIPTIVAS Y CUADRO DE RESUMEN DE LAS MISMAS.	

## 1. INTRODUCCIÓN

Desde los años 70, en las unidades de cuidado intensivo (UCI) se realiza asistencia al paciente en estado crítico. Los pacientes son hombres ó mujeres, jóvenes, adultos y ancianos, con distintas enfermedades ó eventos, que por su condición, requieren de un manejo especializado con el apoyo de personal y equipo técnico que ofrezca una monitorización, cuidado y terapéutica oportuna y efectiva.

Las UCI se identifican por ser centros aislados, dotados de alta tecnología, que por sus características físicas y organizacionales constituyen un sitio de aislamiento para los pacientes que allí ingresan, ofreciendo una nueva experiencia en el entorno ambiental de los pacientes, una pérdida de la cotidianidad. En muchas ocasiones se convierten en lugares hostiles, que obligan a la limitación física y pérdida de algunas de las funciones básicas, causando en ellos, sentimientos de desasosiego, temor, dolor, pobre capacidad de adaptación, ansiedad, estrés y sensación de aproximación a la muerte. La elevada instrumentalización de los cuidados, así como la incorporación de los importantes avances tecnológicos a las UCI, favorecen una visión reduccionista de los pacientes por parte del personal de enfermería. Autores como CASH, Guntupalli y Allue, manifiestan que “en las unidades de pacientes críticos, se produce una gran despersonalización, entendiendo esta como una falta de sensibilidad y sentimientos por parte de los profesionales hacia la persona que cuidan”. El sujeto es visto por parte de los profesionales como objeto de conocimiento, la experiencia vivida se convierte en objeto, descontextualizándola y vaciándola de subjetividad y sentido”<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> GEIST, HAROLD. Aspectos emocionales de las cardiopatías, editorial el manual moderno S.A. 1980. p. 16.

Las vivencias que experimentan los pacientes durante la estancia hospitalaria y más en concreto las sensaciones vividas en unidades de cuidado intensivo, han provocado que desde hace dos décadas se hayan convertido en objeto de estudio. Así pues a partir de esta problemática, muchos enfermeros en el mundo han venido planificando y desarrollando el cuidado del paciente crítico a partir de estas demandas emocionales, complementando el cuidado a partir de la vivencia misma del paciente y permitiendo el uso de herramientas de apoyo afectivo, bajo un fundamento científico, como una opción de cuidado y por que no de terapéutica en su condición de paciente en estado crítico.

Se realizó un estudio, con metodología de revisión documental donde se analizan los resultados arrojados de 23 investigaciones y las opiniones de los investigadores, acerca de las intervenciones realizadas por enfermeros para atender las demandas emocionales de los pacientes internados en las unidades de cuidado intensivo; además, se explora lo positivo de sus intervenciones y se analiza cómo estas herramientas se deben considerar en el cuidado del paciente, obedeciendo a la tendencia de un trato más humanizado y menos instrumental, en el papel de la enfermería en el cuidado del paciente en condición crítica.

## 2. JUSTIFICACIÓN

La gravedad de ciertas patologías o eventos, obliga en numerosas ocasiones al ingreso de los pacientes a unidades especiales de cuidados intensivos (UCI). Estas unidades han sido consideradas tradicionalmente como áreas generadoras de estrés: la amenaza vital que implica el ingreso a ella, la separación de los seres queridos, el lenguaje incomprensible, el miedo a las técnicas y procedimientos invasivos, entre otras, son algunas de las causas que favorecen este tipo de sentimientos.

Los enfermeros que trabajan en las unidades de cuidado intensivo, en su mayoría entrenados, diariamente se ven obligados a la actualización acerca del cuidado del paciente crítico, no solamente en el ámbito físico, sino en lo emocional. Se caracterizan por ser el personal del equipo de salud que más tiempo dedica para el cuidado de los pacientes, y por tal razón puede identificar e interpretar todos los cambios que le suceden, constituyéndose en las primeras personas de la unidad en iniciar un cuidado orientado a las demandas físicas y emocionales que manifiesta el paciente. Es importante resaltar lo enunciado por Cassem, Bascom y Wishnie en un estudio sobre ansiedad en 1970, donde sugieren que “La persona del equipo de salud con mayor capacidad de aliviar la ansiedad del paciente es la enfermera”, esto dado por la oportunidad de tiempo, comunicación y cuidado que puede ofrecer con los mismos.

Uno de los fundamentos del quehacer de enfermería se dirige al cuidado del paciente, los enfermeros en formación, tanto de pregrado como de postgrado, obedecen a dicha razón. Están sujetos a la intervención desde una perspectiva holística, por lo cual el cuidado redunda en un trato humanizado. Con este reconocimiento se imprime un toque altruista, del deber ser hacia el paciente.

Estudios realizados por enfermeras en Estados Unidos, Brasil y España<sup>2</sup>, coinciden en demostrar como “el miedo, la ansiedad, el temor, la soledad, son los sentimientos más expresados y más frecuentes en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos, asegurando también, como la intervención hacia esta demanda emocional del paciente, en actividades como: la musicoterapia, terapia de contacto, la imagenología, la oración, la educación, entre otros, resultan de gran utilidad y beneficio para la buena adaptación, apoyo emocional y en algunos casos en la recuperación del paciente en condición crítica”

Por lo anterior, se propuso identificar a partir de una revisión documental estudios publicados acerca de las vivencias de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos, con el fin de explorar cuál ha sido la labor de los enfermeros para facilitar ese proceso de adaptación en atención a la demanda emocional y cómo se ha construido el cuidado bajo esta problemática. Finalmente con los resultados de la revisión, el desarrollo de los objetivos, las conclusiones y proposiciones, se espera fortalecer la línea de investigación en la ética e instrumentalización del ser humano. Para ello se hace el siguiente planteamiento:

¿Qué intervenciones utilizan los enfermeros frente a las demandas emocionales de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos?

---

<sup>2</sup> KREITZER, MARY; JENSEN, DONNA. American association of critical care nurses, volumen 11 (1) febrero 2000, p 7 -16.



### **3. PROBLEMA**

¿Qué intervenciones utilizan los enfermeros frente a las demandas emocionales de los pacientes en la UCI?

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. GENERAL**

Determinar las intervenciones de enfermería, frente a las demandas emocionales de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos

### **4.2. ESPECÍFICOS**

- Describir las intervenciones realizadas por los enfermeros y su utilidad, frente a las demandas emocionales del paciente en su condición de estado crítico.
- Determinar cómo enfermería hace partícipe a la familia, como apoyo emocional, en el cuidado del paciente crítico.

## **5. PROPÓSITOS**

- Esta revisión documental pretende ofrecer a los profesionales, instituciones e interesados del área de cuidado intensivo, herramientas de uso en el mundo frente a la demanda emocional del paciente crítico y motivarles a profundizar acerca de las nuevas técnicas relacionadas con el apoyo emocional al paciente crítico, empleadas por los enfermeros en las UCI.

## **6. MARCO TEÓRICO**

En este capítulo, se engloban los conceptos básicos acerca del cuidado de enfermería, el perfil de las unidades de cuidados intensivos, las necesidades emocionales de los pacientes y las diferentes estrategias que se han creado a lo largo de la historia para satisfacer dichas demandas.

### **6.1. CONTEXTO HISTÓRICO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

El cuidado es tan antiguo como el hombre, y la enfermería tiene sus orígenes a partir de la especialización misma del cuidado, ha sufrido las transformaciones propias de la historia y ha encontrado lugar con el desarrollo y ejecución de los principios científicos y la evolución; cada vez más se ha ido especializando y construyendo caminos hacia el desarrollo de un cuidado con conocimiento y ejercicio altruista.

“El concepto de especialidades de enfermería era literalmente desconocido antes de la influencia de Florence Nightingale y el surgimiento de la enfermería moderna; se esperaba que cada enfermera se ocupase del paciente sin tener en cuenta el tipo de enfermedad que justificaba los cuidados. Los enfermos no fueron separados por enfermedades hasta las primeras décadas del siglo XX. Puede que este cambio fuera el factor desencadenante del movimiento de la especialización, ya que los pacientes eran colocados en áreas específicas de acuerdo con los diagnósticos médicos. Sin embargo, hasta la II Guerra Mundial las enfermeras

trabajaba como personal de enfermería general en los hospitales, como enfermeras de salud pública o como enfermeras de instituciones privadas”<sup>3</sup>.

Con el tiempo, la tendencia hacia las unidades de cuidados especializados fue cobrando importancia, y con ella evolucionaron dos papeles de enfermería: El papel extendido: se refiere a un médico extensor con una orientación de practicante; el médico mantiene la autoridad y el poder de tomar decisiones.

El papel ampliado: es un ensanchamiento de la enfermería orientado a los cuidados en el cual la enfermera colabora con el médico cuando está indicado. “Las primeras especialidades de enfermería surgieron a finales del siglo XIX y principios del XX: la enfermera partera y la enfermera anestésista. En la actualidad siguen vigentes los mismos tipos de luchas por la especialización de enfermería. Durante la II Guerra Mundial, se empezó a contratar rápidamente enfermeras para todo tipo de plantas de fabricación, una práctica que, en la mayoría de los casos, se continuaría después de la guerra.

La década de los sesenta, fue testigo de otro período de notable crecimiento de la especialización de la enfermería, que ha continuado hasta la actualidad. En los hospitales se desarrollaron todo tipo de campos de especialidad (unidades de cuidados coronarios, unidades de cuidados intensivos quirúrgicos y médicos, unidades de quemaduras, unidades de diálisis, unidades de oncología), que obligaron a un cambio en los papeles de la enfermería. Determinaron que la enfermería empezase a experimentar con el papel de “especialista clínica” o “enfermera clínica”. Este nuevo concepto permitió que las enfermeras utilizaran su saber para la práctica de la enfermería avanzada”<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> UBEDA, I; ROCA, M; GARCÍA, L. Presente futuro de los cuidado informales, enfermería clínica 1998. 8(3): 116 – 121.

<sup>4</sup> HISTORIA DE LA ENFERMERÍA, investigación en enfermería, imagen y desarrollo vol 8, p : 8 – 15 N° ener – dicm 2006.

Con el desarrollo de altas tecnologías este cuidado se ha especializado cada día más y la interacción enfermero – paciente ha adquirido un engranaje más fino y holístico, permitiendo un abordaje del cuidado en un contexto físico y emocional obedeciendo a las demandas del paciente, familia sociedad.

## **6.2 RELACIÓN ENTRE EL CORAZÓN Y LAS EMOCIONES Y SUS MANIFESTACIONES:**

La relación entre corazón y emociones se describe desde hace miles de años en escritos tanto religiosos como en antiguos textos médicos. “Según lo recopilado por Wayne Katón y col.

Muchas palabras inglesas que describen estados emocionales intensos, como heartbreak (congoja), heartache (angustia), heavyhearted (pesadumbre), sugieren un vínculo entre síntomas cardiovasculares (Heart) y estados emocionales adversos. Los lingüistas señalan que términos como angina, anger, anxiety, anguish derivan de una raíz griega común que significa apretar o sofocar. En los primeros textos indoeuropeos se utilizaba un solo término, ang, para describir la sensación de opresión o presión en el pecho. Hace más de 300 años, William Harvey introdujo muchas ideas actuales sobre la conexión entre cerebro y corazón Con la declaración: “Toda afección de la mente acompañada de dolor o placer, esperanza o miedo, produce una agitación cuya influencia se extiende al corazón”.<sup>5</sup>

Es difícil encontrar literatura donde se relacionen las emociones y las cardiopatías, a pesar de las leyendas populares, que el corazón es el asiento tradicional de las emociones, “el amor nace del corazón, las personas son de corazón blando, esa persona no tiene corazón, o muero con el corazón destrozado”, es difícil obtener alguna prueba concluyente de cualquier vínculo.

---

<sup>5</sup> Revista Argentina de cardiología, volumen 69, suplemento 2001, p. 1

“Freud hizo notar la conexión del corazón con los ataques de ansiedad y en relación con diversos trastornos del corazón, tales como taquicardia, palpitación, y varios tipos de arritmia, pero esto fue solamente especulación.

Weiss utiliza el término “neurosis cardíaca”, donde la ansiedad produce varias anomalías cardíacas, como hipertensión, defectos valvulares.<sup>6</sup>

Wendkos, ha demostrado alteraciones de la onda T con astenia y la cual no se pudo diferenciar de una angina de pecho. Wolf y Wolff, al estudiar pacientes con y sin enfermedad estructural del corazón, notaron lo siguiente, “el dolor cardíaco, en presencia de estenosis anatómica, de las arterias coronarias puede obedecer a trabajo aumentado del corazón concomitante a la elevación prolongada de la presión arterial y el gasto cardíaco relacionados con sentimientos de furia, resentimiento, ansiedad, temor y tensión”.

Además afirman que “el dolor cardíaco en presencia de estrechamiento anatómico de las arterias, puede ser el resultado de un descenso en el gasto cardíaco y en la circulación coronaria, asociado a sentimientos de desesperación y frustración” y se conoce como una reacción hipodinámica.<sup>7</sup>

### **6.3 EL PACIENTE QUE INGRESA A LA UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO**

El ingreso a una unidad de cuidados intensivos, genera en el paciente un cambio de ambiente, que en muchas ocasiones se traduce en perturbación, angustia, dolor, ansiedad, temor, poca capacidad de adaptación a su nuevo rol, los pacientes que han salido de éstas unidades manifiestan que no es fácil adaptarse y depende mucho del equipo sanitario lograr facilitar y educar en ésta situación.

---

<sup>6</sup> GEIST, HAROLD. Aspectos emocionales de las cardiopatías, editorial el manual moderno S.A. 1980. p. 16.

<sup>7</sup> HAROLD GEIST (1980).Aspectos emocionales de las cardiopatías, editorial el manual moderno S.A. P.16 - 17.

Según el consenso de cardiología en Argentina en el año 2001, cuando se habla del paciente crítico se deben considerar dos condiciones que le acompañan durante su internación:

- ✚ Un sistema intraindividual, juegan aspectos psíquicos y físicos dentro del mismo sujeto, facilitando o dificultando la recuperación de su enfermedad.
- ✚ Un sistema interindividual, donde es importante la relación del paciente con el mundo, y en este caso particular, el mundo del paciente se reduce al personal de la unidad donde se encuentra hospitalizado y el ambiente físico de ésta. Al entrar en interacción estos dos sistemas, surge la relación “asistente – paciente”, esta relación posee y genera energía propia capaz de producir influencia positiva ó negativa en el paciente.

Para el paciente que ingresa a la UCI, constituye una experiencia nueva, única a veces terrorífica, estar enfermo en un ambiente de éste tipo, cobra especial relevancia la adaptación a este nuevo estado y sistema de vida<sup>8</sup>.

#### **6.4 FACTORES DERIVADOS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN UCI.**

Las consecuencias de estar sometido al ambiente de la unidad de cuidado intensivo generan en el paciente una serie de transformaciones que se convierten en gatillos generadores de estrés y poca capacidad de adaptación; los más comúnmente relatados por los pacientes y descritos en diferentes estudios se dirigen a:

---

<sup>8</sup> REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA, volumen 69 suplemento 1 del 2001.



- \* Deprivación sensorial
- \* Deprivación afectiva
- \* Alteración del sueño

En la UCI hay deprivación sensorial en el ambiente que varía según la construcción e implementación con la que cuenta la institución, por otro lado el personal tiene que preocuparse tanto de los dispositivos de vigilancia y atención física que es limitado el tiempo para atender el paciente en sus necesidades psicológicas, afectivas y en su aislamiento del exterior.

Desde el punto de vista del paciente éste tiene el peligro real de morir, la terapia técnica es necesariamente agresiva, invasora, dolorosa, pierde la privacidad respecto a su corporalidad, hay exposición constante a extraños, manipulación de su cuerpo por múltiples manos, la interrupción del sueño por permanentes y necesarios controles, una posición corporal no usual, dificultad para adoptar posiciones cómodas como las cotidianas, la no ingesta de comida, o comida distinta, a veces la inmovilidad de su cuerpo o parte de él, el olor a medicamentos y elementos químicos usados, el olor humano al natural propio ó ajeno, la conexión con los aparatos técnicos, la escasa visión de sólo la pared, el techo y el personal que lo atiende, en lo auditivo, el ruido de los respiradores artificiales, alarma de otros monitores, sonidos de instrumental, quejidos, voces desconocidas, preguntas e instrucciones del personal, etc.<sup>9</sup>

Todo esto es una situación de absoluta necesidad por su condición de enfermo crítico a merced de estas nuevas personas, de las cuales depende absolutamente, y a las cuales debe entregarse, sin alternativas posibles.

---

<sup>9</sup> REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA, volumen 69 suplemento 1 del 2001

Se puede notar que la larga lista enumerada corresponde a la disminución de estímulos sensoriales, estímulos positivos con connotación afectiva, hay monotonía sensorial, presencia de estimulación negativa que alarma al paciente. En este contexto se produce una variada gama de trastornos psíquicos en los pacientes en situación crítica.

Hay trastornos de tipo psicorreactivo y trastornos de base somática. Los trastornos de tipo psicorreactivo, se caracterizan por la presencia de sentimientos y temores depresivos y constituyen un tipo de reacción emocional. Al choque provocado por la vivencia de la “enfermedad de catástrofe”, los sentimientos de depresión se exteriorizan por disforia, situación deprimida, acentuada tendencia a llorar, situación de resignación apática (en forma de desesperación ó desesperanza), estos signos aparecen como agotamiento.

Los temores depresivos se exteriorizan en forma de tensión, angustia, agravamiento de los síntomas y temor a la muerte.

La autora Patricia Gómez Carretero en su conferencia de atención integral al paciente crítico y a su familia, muestra como el paciente elabora una reacción psíquica que se manifiesta así:

- Trazos de infantilismo acentuado: este se manifiesta por sentimientos de total abandono y dependencia, que se acompaña con deseos acentuados de apoyo y auxilio, la reactualización de la conducta de la primera infancia representa una condición psíquica esencial para aceptar los procedimientos terapéuticos, la aceptación incondicional de los mismos hace en realidad necesaria una actitud
- infantil de creencia y de supresión de capacidad de crítica, poco habitual en los adultos<sup>10</sup>.
- “Junto al infantilismo se observan rasgos de hipocondrías, secundarias, como una expresión de un segundo proceso psíquico de elaboración, Se entiende por

---

10 GOMEZ CARRETERO PATRICIA, Conferencia de Atención integral al paciente crítico y su familia. Hospital universitario Valencia (España) 2004

- hipocondría secundaria, la tendencia del paciente a convertir el órgano enfermo, el objeto preferido de autodiservación temerosa. A consecuencia de la enfermedad que pone en peligro la vida se retiran afectos del mundo exterior y se vuelcan al propio cuerpo, éste se convierte en un fragmento del mundo exterior que es sometido a una ocupación emocional.
- Un tercer proceso de elaboración psíquica, son las tendencias al engaño, representa una conducta elemental de defensa del paciente y funciona de forma óptima frente a las enfermedades con amenaza vital, este engaño sirve para disminuir o suprimir la vivencia consciente de percepciones dolorosas, temores y pánico. Se trata de afectos desplazados y sensaciones corporales desagradables y también de circunstancias externas repulsivas, así le es posible al paciente tolerar su grave enfermedad, a la amenaza vital, que implica y al grado objetivo de la gravedad de la enfermedad, a la amenaza vital que implica y al grado objetivo de dependencia respecto al grupo de médicos, enfermeros y asistentes. Por otra parte actúa también sobre los sentimientos depresivos y los temores, de forma tal que los pacientes llegan a aparecer en situaciones extremas como despreocupadas o alegres, junto a éste engaño claramente perceptible se mantiene, excepto en escasas excepciones, la clara conciencia de la necesidad de una terapéutica consecuente y agresiva (a menos que exista graves trastornos de conciencia).
- Merecen particular consideración, los procesos de defensa en los estados de temor a la muerte, estos procesos se manifiestan desde el punto de vista sintomático en una inquietud y agitación muy intensas, al parecer inmotivadas con deseos y temores de auxilio, también por otra parte en las siguientes ilusiones, acompañadas a menudo de pánico, se cree sufrir graves enfermedades en otros sistemas, no se puede vivir entre cuatro paredes, se teme perder la razón o volverse loco, todos estos estados pueden combinarse con intensos esfuerzos de huida, los factores coadyuvantes en los trastornos psicorreactivos son: conciencia de la enfermedad, reducción de los estímulos sensoriales, deprivación afectiva,

incomprensión involuntaria de médicos y personal asistente (hay razones de peso, exceso de trabajo, escaso personal, turnos pesados, desconocimiento, limitación de recursos materiales y humanos).

➤ Trastornos de base somática: se denominan síndromes de transición, se refiere a la psicosis funcional, y sus fases previas no psicóticas, llamadas alteraciones funcionales, se trata de trastornos psíquicos en los que predominan trastornos psicopatológicos de la conciencia de cantidad y calidad distintas. Estos trastornos psíquicos son más frecuentes y acentuados en las unidades de cuidados intensivos. Las diferencias cuantitativas se refieren a transiciones de trastornos leves, como abatimiento, inquietud motora temerosa, pérdida de conciencia y delirio<sup>11</sup>.

## **6.5 ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO EN LA UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO**

Un progreso importante en este siglo fue la diferenciación de los efectos estresantes en generales y específicos.

Hans Selye insistió en la influencia de estresantes generales en muchas enfermedades. Walter B. Cannon, cuyos trabajos sobre emoción y respuesta psicológica precedieron a los estudios de Selye, documentó el efecto de estresantes específicos sobre los sistemas corporales.

Se observó en el estrés reciente, que el sujeto que percibe el evento de alerta como desafiante, produce elevaciones significativas de las catecolaminas séricas sin cambiar las concentraciones séricas de prolactina o cortisol. En cambio si lo percibe como abrumador, inductor de conductas de sumisión y derrota, produce elevaciones acentuadas del cortisol y la prolactina sérica, sin cambios de las catecolaminas. La investigación incluyó a otras disciplinas, como neurobiología, epidemiología, medicina interna, sociología, fisiología y psicología, describiendo la

---

<sup>11</sup> HEWILT L, Psycho – affective disorder in intensive care units: a review. J clinic nurs. 2002, 11 (5) 575 – 584.

relevancia de las defensas psicológicas y las alteraciones de la conducta, destacando que el procesamiento del estrés suele ser secuencial y predecible. Un modelo de estrés y afrontamiento fue diseñado por Richard Rahe. Este modelo determina seis pasos importantes para el procesamiento físico y mental de la experiencia estresante. Son diferentes pasos que ocurren entre la experiencia inicial de estrés reciente significativo y el registro final de una enfermedad.

La mayoría de los sujetos pueden afrontar los pasos: percepción, defensas psicológicas, y control de la respuesta. Sin embargo, cuando las defensas psicológicas son ineficaces y los intentos de afrontamiento fracasan, el sujeto tiene un riesgo elevado de enfermar en el futuro próximo.

Como bien expresó J. Przybylski es evidente que los síntomas psicológicos son altamente individuales, dependiendo de factores constitucionales, ambientales y culturales, que en conjunto determinan el prisma psicológico donde se refractan los eventos diarios, en forma única e individual. Aquello que resulta ser agobiante para unos, puede ser placentero para otros.

El estrés mental o emocional provoca cambios en el sistema cardiovascular capaz de inducir eventos patológicos. Que ocurran o no estos eventos dependerá del aparato psíquico, mediador entre el mundo externo y el cuerpo o soma, con reacción del sistema autonómico – endocrino. Así el impacto de cualquier estrés dependerá de la sensibilidad o percepción individual.

Para el sistema autonómico - endocrino, la realidad percibida es la decisiva. El concepto de estrés es interdisciplinario. No se puede estudiar aisladamente sus efectos sobre el sistema cardiovascular sin tener en cuenta los aspectos psicosociales que hacen que un individuo ante un estímulo reaccione con toda una cadena de mecanismos. Este individuo no está "aislado" como una célula artificialmente colocada en un medio que le permite "vivir", donde pueden estudiarse sus reacciones eléctricas, bioquímicas y otras individualmente.

La vida es una máquina compuesta por millones de células que se interrelacionan a través de múltiples mecanismos hormonales, neurogénicos, inmunológicos.<sup>12</sup>

Se da en un organismo con "experiencia" con "memoria", o sea la capacidad de recordar hechos anteriores y esa memoria se va constituyendo en un ser vivo a lo largo del tiempo.

Desde que es una sola célula y se divide en dos ya empieza el mecanismo de la vida, ésta es la base inicial de lo que Maturana y Varela llamaron "autopoiesis" o sea que la creación de un límite, una "membrana" va a separar a esas dos células y así sucesivamente.

## **6.6. INDICADORES DIAGNÓSTICOS DE RIESGO PSICOSOCIAL.**

“Existen indicadores que permiten un diagnóstico de riesgo psicosocial durante la hospitalización.

\* Hostilidad:

- Irritabilidad
- Actitud rechazante
- Agresividad, enojo
- Percepción constante de injusticia

\* Depresión-Ansiedad:

- Ideas de muerte
- Temores
- Trastornos del sueño.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> H FREYGEGER: Aspectos psicosomáticos, en texto "cuidados Intensivos"

<sup>13</sup> GEORGETTE, J: Stafin by patient classification. Nursig Clinic of northeamerica 5:332 de1970

\* Autorreproches

- Limitada o nula interacción con otros
- Nerviosismo
- Agitación
- Inestabilidad<sup>14</sup>

\* Alexitimia:

- Dificultad para identificar y describir sentimientos y sensaciones
- Limitada capacidad imaginativa
- Estereotipias de la conducta

\* Sobreadaptación:

- Marcada necesidad de conformar a los demás
- Permanente actitud de “cumplimiento” con las obligaciones
- Alto nivel de exigencia
- Desatención de las propias necesidades

\* Negación:

- Trivialización de síntomas.
- Trivialización de la enfermedad<sup>15</sup>

## **6.7 ESTADIOS DE LA CONDUCTA ANTE LA ENFERMEDAD:**

La conducta en la enfermedad y el rol de enfermo son influenciados por la experiencia previa y por las creencias culturales de la persona sobre la enfermedad, catalogándose así:

- Experiencia del síntoma: donde se decide que algo no marcha bien.

---

<sup>14</sup> NOVAES MAFP, ARONOVICH A, FERRAZ MB, KNOBEL E. Estressors in UCI: patients evaluation, intensive care méd 1197, 23 (12): 1228 – 1285.

<sup>15</sup> NOVAES MAFP, ARONOVICH A, FERRAZ MB, KNOBEL E. Op. Cit, pp 19 – 20.

- Asunción del rol de enfermo: cuando el paciente se reconoce enfermo y necesita ayuda de un profesional.
- Contacto con los servicios médicos: en los que se busca ayuda profesional.
- Rol paciente-dependiente: quien transfiere el control al médico y sigue el tratamiento prescripto.
- Recuperación o rehabilitación: el paciente comienza a tomar un rol activo en su propia recuperación.

El instrumental médico que se utiliza es la comunicación, que deberá o no ser apoyada por la farmacología y/o la implementación de las prácticas intervencionistas. El avance tecnológico de esta última década es asombroso, los procedimientos de rehabilitación física también han progresado enormemente, pero es imprescindible tener en cuenta la díada Médico Paciente.

El autor Scott, señala la importancia para que el médico se haga cargo de esta responsabilidad.<sup>16</sup>

Es necesario el enfoque interdisciplinario, que implica un abordaje médico y un abordaje psicosocial. Estos dos abordajes presentan importantes y sustanciales diferencias en cuanto a: objetivos, lenguaje técnico y conductas terapéuticas\*\*\*\*

## **6.8. PSICOTERAPIA EN EL PACIENTE CRÍTICO**

Se conoce de unidades donde el servicio de psicología ofrece apoyo terapéutico a los pacientes desde el ingreso, como una estrategia preventiva; es el caso de Venezuela, Chile o Argentina, aunque se debe aclarar que no es en todas las unidades, de las demás se da uso del servicio de psicología sólo como servicio interconsultante, tanto para la familia, como para el paciente y el equipo médico.

---

<sup>16</sup> SCOTT A. Managing anxiety in ICU patients: the role of preoperative information provision. Nurs crit care 2004; 9(2) p:72 - 79



La psicoterapia en las unidades es casi inexistente en nuestro país, la psicoterapia aplicada consiste en mantener metas, las metas del tratamiento limitadas al alivio de los síntomas o a la restauración de un nivel previo de funcionamiento, inicio temprano del tratamiento, tan pronto después de la aparición de los síntomas como sea posible.

Hicam, Cargill y Golden, estudiaron la reacción cardiovascular a los estímulos emocionales y demostraron que en la mayoría de las personas ejerce efecto sobre el sistema circulatorio similar al producido por pequeñas dosis de epinefrina.

## **6.9. CUANDO EFECTUAR LA INTERCONSULTA PSICOLÓGICA AL PACIENTE CRÍTICO**

El consenso Chileno de atención al paciente quirúrgico crítico de 1989, La interconsulta psicosocial, es la interacción orientada hacia una mejor comprensión psicosocial del paciente; implica la participación del equipo interdisciplinario (psiquiatra, psicólogo, asistente social, enfermeros entrenados en Unidad intensiva). Surge como consecuencia de la percepción del médico tratante de la existencia de otros fenómenos que no son adecuadamente entendidos por él.

- Si se detectan indicadores de riesgo psicosocial.
- Si el paciente no responde a las prescripciones médicas.
- En caso de considerar indicada la utilización de antidepresivos o ansiolíticos por el grado de depresión o ansiedad.

El especialista no sólo interroga al enfermo, sino que éste a su vez lo hace de diversas maneras; con su mirada, el gesto y la palabra.

El paciente está pendiente de cualquier actividad médica, atento al rostro de los profesionales, de los familiares, quiere saber si está en riesgo de muerte, qué le

van a hacer, teme que se le oculte información, o el efecto de las distintas prácticas que se le realizan.

Objetivos de la intervención: (según congreso chileno de 1989 paciente quirúrgico crítico)

- Crear empatía
- Facilitar el vínculo de confianza
- Aclarar los temores frente a la enfermedad
- Animar a realizar un cambio en el estilo de vida
- Regular los niveles de ansiedad
- Respetar los mecanismos de defensa (negación) del paciente en esta etapa
- Utilizar ansiolíticos solo a corto plazo

La negación protege al sujeto de sufrir una ansiedad abrumadora en las primeras fases. Si este mecanismo persiste resulta ineficaz, ya que impide al paciente aceptar el tratamiento.

Los momentos posteriores al evento agudo deben ser utilizados para favorecer el inicio de un cambio en el estilo de vida.

Las personas cambian sus conductas por la aparición de un hecho significativo en sus vidas.

La internación en la Unidad Crítica es una experiencia de aislamiento. El contacto es de suma importancia, el simple acto de tocar es una manera poderosa de comenzar a ayudar a curar del aislamiento y la soledad.

## **6.10. MANEJO EMOCIONAL DEL PACIENTE CRÍTICO**

Debe plantearse de forma individual, de familia y con el equipo de salud de acuerdo a la situación. Los médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería, deben ofrecer un trato competente, adaptado a la situación, junto a la cama del enfermo,

entrar en el mundo del paciente en situación de amenaza vital como un factor de seguridad emocional de valor incalculable.

Los pacientes viven muy de cerca el grado de capacidad de los profesionales médicos y demás personal que los trata, captan con gran exactitud las diferencias en el trato terapéutico y la conducta espiritual. En estas situaciones los pacientes actúan con agravamiento de sus trastornos psicorreactivos y esencialmente de sus sentimientos depresivos y temores<sup>17</sup>.

Dentro de esto es importante considerar el efecto que provoca en el paciente el comentario médico y/o el personal respecto a su enfermedad y al realizado sobre el paciente, a veces da la impresión de que el paciente estuviera allí por un caso de sordera y no otra enfermedad, el paciente interpreta lo que oye, según su estado interno y esto obviamente lo perjudica.

Por lo cual es necesario implementar un clima afectivo en la unidad, logrando un efecto estabilizante en el paciente, un clima orientado hacia la acción terapéutica desarrolla un efecto tranquilizante.

Las situaciones de temor a la muerte, se atenúan si los pacientes poseen el firme convencimiento de que en todo momento, existe un número suficiente de personas capaces de auxiliarle. No encuentro la viñeta n| 13.

Los dispositivos técnicos y lo aparatos contribuyen también a la seguridad del paciente, estos estímulos externos constituyen la conformación de un clima afectivo en el paciente.

---

<sup>17</sup> ALVAREZ, Yolanda. Conferencia del III congreso latinoamericano y XXXIII congreso anual de capítulo chileno de American collage of surgeans Chile Saniago, 17 – 21 abril 1989 “paciente quirúrgico crítico”.

El acercamiento cálido, generoso, acogedor da seguridad al paciente, lo reanima visiblemente, después de un acercamiento efectivo y afectivo, con interés real en él<sup>18</sup>.

### **6.11 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL APOYO EMOCIONAL AL PACIENTE CRÍTICO:**

Las opciones de apoyo emocional se han venido instaurando a través de la historia, y con la evolución misma que ha enmarcado el cuidado de enfermería, se ha propuesto un cambio en la intervención del cuidado de enfermería hacia el paciente internado en la unidad de cuidados intensivos.

Los modelos de enfermería contemporáneos, ven a la persona como un sistema, un todo íntegro que no puede reducirse a la suma de sus partes o puede entenderse analizando las partes. Se ve cuerpo, mente, y espíritu como las dimensiones de la persona entera que simplemente no se interrelaciona pero es entre sí íntegro, inseparable e irreducible. Así, no importa donde la enfermería pone su enfoque o qué herramienta esté usando en la práctica clínica, existe un compromiso total en el cuidado dirigido a él paciente como un todo.

Es más, las teorías científicas actuales sugieren que el cuerpo individual, la mente, y el espíritu no están separados del ambiente dentro del que es incluido, porque no hay nada dentro del universo que entre sí no tenga conexión<sup>19</sup>.

A partir de esta propuesta han surgido una serie de prácticas que a lo largo del tiempo han mostrado buenos resultados y gran impacto en la población atendida, entre las cuales, en algunas ocasiones con fines de adaptación, han resultado

---

<sup>18</sup> ARDILA R, Psicología fisiológica. Editorial Trillas, México 1973.

<sup>19</sup> Op. Cit. ARDILA, R.

para otros en mecanismos curativos desde el contexto de enfermería. Dentro de las actividades practicadas con buenos resultados están:

- ✚ EL TOQUE AFECTUOSO: El contacto humano-a-humano es reconocido casi universalmente. En la infancia, el toque no es simplemente incidental a la supervivencia, pero es esencial. Los bebés que son vestidos, alimentados y los conservaron calurosos, secos y protegidos son más felices cuando llegan a adultos, los bebés en las incubadoras ganan el peso y van más pronto a casa si ellos reciben el masaje durante su estancia hospitalaria. La necesidad del toque no desaparece en los adultos. Todavía en la adultez es necesaria y se ha demostrado confort, tranquilidad, disminución del estrés, disminución del dolor y hasta sanación cuando se acoge como terapia, hay pocas escenas donde se aplica dicha terapia, pero es seguro que un hospital debe ser uno de esos lugares, donde el toque pueda aplicarse en forma segura, con fines terapéuticos, nutriendo los allí enfermos<sup>20</sup>.

El toque lleva algo esencial al cuerpo-mente-espíritu entero. Nos dice que nos importa el otro, es una forma de reconocimiento. Nos dice que nosotros existimos, que nosotros pertenecemos, que nosotros no somos aislados extraños, que flotan exclusivamente a través de tiempo y espacio. El toque nos conecta con tierra en el aquí y el ahora y nos dice que nosotros somos buenos, da la bienvenida, mientras merecemos de tiempo y atención. El toque nos permite saber que nosotros todavía estamos vivos, todavía aquí, que nosotros no nos hemos resbalado de alguna dimensión entre la vida y muerte. El toque nos conforta, nos alivia, nos nutre literalmente, se generan descargas de neuroquímicos que nos hacen sentir mejor y más emocionados. En un estudio descriptivo de terapia del masaje, (Smith 38),

---

<sup>20</sup> AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL CARE NURSES. Volumen 11 (1) febrero 2000. pp: 77 - 96

informó que se aumentaron resultados positivos que la mayoría identificó cuando los enfermeros ofrecieron masajes de relajación, con un sentido de bienestar, y cambio de humor positivo. Más de dos terceras partes de los pacientes atribuyó: un mejor movimiento, mayor energía, participación activa durante el tratamiento y una recuperación más rápida al recibir el masaje como terapia. El enfermero sabe esto y usa el toque siempre que no se contraindique por la condición de un paciente o sus preferencias. Aunque más enfermeras de cuidado crítico, pueden encontrar difícil almacenar el tiempo necesario para dar un masaje pleno, toma tiempo extra, muy corto para poner las manos en los pacientes de una manera intencional y amorosa al hablar con ellos, o para dar masaje a las manos suavemente mientras observa su respiración y otras signos vitales. Las terapias de toque pueden realizarse en un tiempo corto de 5 minutos y puede beneficiarse la enfermera y el paciente, potenciando el tiempo de cuidado de enfermería.

✚ LA MUSICA COMO TERAPIA EN UCI: La terapia de música se ha usado para los pacientes en unidad de cuidado intensivo y en especial en pacientes bajo ventilación mecánica, como una intervención que ayuda a disminuir la tensión, ansiedad, y promueve la relajación. La calidad rítmica de la música se ha descrito por tener propiedades ansiolíticas. En un estudio americano (39 Chlan), que se realizó con pacientes ventilados con diferentes diagnósticos médicos, se aplicó la terapia de música clásica durante 30 minutos, todos los días con los ojos cerrados, sin mayor luminosidad, obteniéndose buenos resultados en el estado de humor de los pacientes, facilitando el acople con el ventilador mecánico, mejorando variables hemodinámicas reflejadas en estabilización de la frecuencia cardiaca, respiratoria, la tensión arterial y la saturación de oxígeno. Un estudio chino (El Wong) aplicó un estudio en pacientes ventilados con los

diagnósticos médicos principalmente respiratorios. Cada día, los pacientes escucharon continuamente y al azar música durante 30 minutos, y se proporcionó 30 minutos ininterrumpidos de otros estilos musicales elegidos por los pacientes, logrando disminuir la ansiedad en los mismos, utilizaron los signos vitales como medidores y aplicaron diferentes escalas para medir la ansiedad antes y después de la terapia, logrando favorables resultados en los pacientes. La música puede tener un efecto tranquilizante en los pacientes críticamente enfermos y puede ayudar en disminuir el estrés, durante la valoración de enfermería se podría consultar al paciente ó a la familia acerca de las preferencias musicales del paciente e incorporar la música como una actividad en el plan de cuidado del paciente, si su patología no lo contraindica<sup>21</sup>.

- ✚ LA ORACIÓN COMO ALTERNATIVA DE CUIDADO: Encontrar un concepto de espiritualidad es generalmente difícil y se presta para divagaciones, sin embargo, Thomsen la define, "esa parte donde una persona está siendo involucrada con el mundo no físico". Eliopoulos, postuló que cuando las personas tienen una relación positiva con Dios o algún ser superior, experimentan un sentido de bienestar espiritual que incluye sentimientos como: amor propio, valoración a pesar de sus faltas; amor por los otros; alegría, esperanza, y paz; con un sentido de propósito en sus vidas y en las situaciones por ellos experimentadas. Algunos estudios han mostrado que la espiritualidad tiene un efecto positivo en los resultados de la salud, es frecuente encontrar la necesidad de la oración en las personas mayores que en las jóvenes. Antes del siglo 20 los religiosos usaban la oración y los cuidados para tratar a los enfermos, esto en Europa y América del norte, sin embargo con los avances científicos, cambió el

---

<sup>21</sup> CHLAN, L. Efectiveness of a music therapy intervention on relaxation and anxiety for patients receiving ventilatory assistance heart lung 1998, 27: 169 – 176.

rumbo de la medicina y la forma de tratar a los pacientes. Las prácticas espirituales incluyen la oración, meditación, y lectura de materiales espirituales. La mayoría de las personas utilizan las prácticas espirituales para prevenir y tratar la enfermedad. En la unidad del cuidado crítico donde los pacientes y sus familias enfrentan una gran incertidumbre y la vida se ve amenazada, parece ser apropiado que las necesidades espirituales entren a obrar. Muchas personas alcanzan instintivamente el deseo de la oración, cuando la enfermedad ocurre y la enfermera puede intervenir guiando ó facilitando este proceso dentro de la unidad, es importante resaltar que se debe dar con la autorización del paciente o la familia, en un ambiente de privacidad para el paciente y buscado siempre generar confort, que va desde el deseo de mejoramiento de la salud hasta sencillamente la búsqueda de paz espiritual<sup>22</sup>.

✚ EL MASAJE TERAPÉUTICO: el masaje es definido como "el manual sistemático o las manipulaciones mecánicas de los tejidos suaves del cuerpo por movimientos como frotar, amasar, apretar, rodar, palmotear y taladrar, para los propósitos terapéuticos como: promover la circulación de la sangre y la linfa, relajación de músculos, el alivio del dolor, la restauración de equilibrio metabólico, y otros beneficios físicos y mentales.

La práctica del masaje puede rastrearse miles de años atrás. El masaje era una técnica milenaria de las culturas chinas, japonesas, indias, e hindúes antiguas, antes de que su uso se extendiera A.C. a Europa antes de los 300 años. Los griegos crearon la gimnasia y el uso regular de los masajes en sus rituales de salud. Los romanos adquirieron la práctica del baño y los masajes de los griegos. El masaje era muy respetado, como un tratamiento para las condiciones débiles y enfermedades, ayudando a quitar la tiesura y

---

<sup>22</sup> DOSSEY L, PRAYER IS GOOD MEDICINE. San Francisco: Harper1996.



malestar muscular. La popularidad del masaje disminuyó con el declive del Imperio romano y se reavivó de nuevo durante el Renacimiento. Durante los siglos 16 al 18, autores ingleses, franceses, alemanes, e italianos reestablecieron el masaje como una práctica científica preferida para el mantenimiento de la salud y tratamiento de la enfermedad. el siglo 19, trajo el desarrollo de técnicas de masaje modernas. La terminología del masaje moderno se acredita a Dr. Johann Mezger de Holanda. El Dr. Mezger promovió el masaje como el principio a la rehabilitación física. Durante el siglo 20, los adelantos tecnológicos han contribuido a nuevas modalidades que reemplazaron el masaje. Éstos incluyeron varios aparatos eléctricos, tratamientos farmacológicos y procedimientos quirúrgicos. El conocimiento aumentado de la condición física y mental, el desarrollo del modelo de bienestar, y los beneficios del toque han contribuido a la reciente popularidad del masaje. La naturaleza estresora, del ambiente del cuidado crítico y la incertidumbre y la preocupación con respecto a los resultados de una enfermedad crítica, puede explicar por qué los pacientes tienen tal dificultad en dormir mientras se encuentran hospitalizados. En una revisión de la investigación dirigida en la escena del cuidado crítico, durante los años ochenta, Dracup, sugirió que las unidades del cuidado crítico, son lugares arriesgados para la salud psicológica del paciente, ocasionando la tardanza en su recuperación<sup>23</sup>.

Una de las causas primarias de la perturbación del modelo de sueño de pacientes en la unidad del cuidado crítico, es un estado de ansiedad elevado e incomodidad, las intervenciones de enfermería: *como el masaje*, promueven la relajación, consuelo y sueño en los pacientes. Sin embargo, antes de comenzar el masaje, la enfermera debe conocer las preferencias

---

<sup>23</sup> RICHARDS KATTY, LUPEPPER RN, GIBSON ROBIN, American association of critical care nurses volumen 1 (1), February 2000 pp 77 – 96.

individuales del paciente y debe evaluar la sensibilidad antes de tocar y dar un masaje, además debe considerar los sentimientos culturales y sociales que tiene el paciente hacia el masaje, así como la habilidad del paciente de comunicar las preocupaciones o la renuencia a expresar para recibir la terapia del masaje.

- ✚ Existen otras técnicas a favor de disminución del estrés del paciente en cuidado intensivo como lo son: la relajación guiada por imaginación, olores, música y en algunos casos los animales, lo importante de todo esto es entender que las unidades no son sitios cerrados, al contrario deben ser más abiertos a nuevas propuestas encaminadas a brindar satisfacción física y mental al paciente, el cuidado no debe dirigirse a una variables dadas por la tecnología del lugar, en cambio debe ir en coordinación al reconocimiento personal del paciente y en obedecer a satisfacer las demandas físicas y emocionales que en el paciente crítico ocurren.

## **6.12 INTERVENCIÓN DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO.**

En la antigüedad el ámbito de los cuidados pertenecía a la esfera de la familia y el grupo tribal. Centrándonos en este occidente nuestro, en la Grecia clásica los enfermos eran depositados en el ágora para que contaran sus males en público, así los que habían pasado por un proceso parecido le relataban a él y su familia lo que hicieron para sanarse o aliviarse. Esto no era óbice para acudir a “profesionales” más o menos experimentados, entre los que destacaban magos y oráculos, e incluso el reputado Hipócrates.

El cuidado informal es una realidad tan antigua como el hombre y tal vez por ello, tan poco valorada como él. La primera y más eficiente agencia cuidadora que

conocemos es la madre, sus desvelos y su constancia son paradigmáticos. Existe un acuerdo unánime respecto a la importancia y magnitud del cuidado informal, ya que este completa o sustituye la ausencia o deficiencia de provisión de servicios formales. M.A Durán afirma que “la mayor parte de los cuidados de salud tienen lugar en los extremos de la vida (niños y ancianos) y fundamentalmente en el ámbito doméstico. Los incapacitados, en muchas ocasiones, no abandonan este estado, y los que trabajan son cuidados en gran medida en su hogar, cuando contraen una enfermedad, sufren un accidente o simplemente envejecen”. Cuando el sistema informal se ve superado, física o mentalmente, el núcleo cuidador se ve abocado a solicitar ayuda institucional, convirtiéndose el hospital en el último escalón a recorrer o último sitio donde acudir. El sistema extrae al enfermo de su medio físico y personal, a veces de forma traumática, lo aísla. De alguna manera esta institución certifica el fracaso del sistema informal o hasta ahora eso se creía, pero de nuevo la tozudez de los hechos subsana este error. La parte emocional del paciente y la continuidad de sus cuidados, son salvaguardadas en numerosas ocasiones por ese familiar o amigo que habita pegado a la cama de éste. B. Marín señala que cuando una persona dependiente ingresa en una institución, “el cuidador familiar es quien vigila el suero, avisa cuando alguna cosa va mal, es la voz, las manos, los pies..., es en definitiva el mediador entre el enfermo y el mundo que le rodea; es quien de verdad está junto al enfermo”. Es en la atención próxima, en la Salud Comunitaria, en la Atención Primaria, donde el cuidado informal ha tenido su primer reconocimiento y donde ha comenzado a ser valorado y promovido no ha de esto mucho tiempo.

El enfrentamiento del individuo y sus allegados a un medio tan hostil como el de los cuidados críticos es un fenómeno íntimo poderosamente desorganizador, al caos inicial (ese cambio brusco y desequilibrante) en el que el asesoramiento de los profesionales y su actuación es primordial, siguen otras etapas donde paulatinamente la esfera próxima al enfermo debe ir retomando parte de su

papel<sup>24</sup>. Esto se ha demostrado no sólo beneficioso para la evolución del paciente, sino que contribuye al mantenimiento de la salud del núcleo familiar en unos momentos donde su fuerza es crucial.

La valoración de las necesidades de los familiares es de importancia capital en nuestro entorno, pero nuestras intervenciones no sólo deben ir encaminadas a una correcta evaluación de necesidades, deben centrarse en tres dominios: cognitivo, afectivo y conductual. Tal vez una actuación tan “ecológica” como esta pase por trabajar junto a ellos a la cabecera del enfermo. Una familia participativa es una familia más sana, con más herramientas para luchar contra la fatiga, la impotencia y la desesperanza. Un paciente al cuidado de profesionales avezados que cuentan con el apoyo de algún referente personal próximo tiene la esfera de sus necesidades cubiertas de manera integral.

Una familia con recursos emocionales colabora en el restablecimiento del paciente, de igual manera la participación de la familia en el cuidado le ayuda a adquirir o a mantener sus herramientas de defensa contra la adversidad, en definitiva su salud. Y en ambos casos la recuperación del paciente tras su paso por nuestras unidades bebe de las reservas emocionales y personales de su grupo. Hay que convertir la anormalidad (participación de familiares) en la normalidad y para ello, podemos operar sobre la estructura de las normas e imponer una nueva política de visitas y acompañamiento. Intervenciones como ampliar o flexibilizar el horario de visitas, la flexibilidad es una demanda manifestada casi constantemente por aquellos que topan con nuestra férrea disciplina, la implicación familiar en los cuidados, sobretudo en los pacientes en los que se prevén secuelas o largos tiempos de recuperación, talleres de autoayuda y formación para familiares y amigos, participación de estos en la planificación del alta del enfermo. La capacidad de sobreponerse a una situación

---

<sup>24</sup> TORRES PÉREZ LUIS, Cuidados informales y paciente crítico, revista tiempos vitales, volumen 2 N° 3 septiembre – diciembre 2002.

como la del ingreso en cuidados críticos, máxime en lo que se refiere a patologías crónicas o invalidantes, pasa por que la construcción de del futuro núcleo de la agencia de cuidados se inicie lo antes posible<sup>25</sup>.

### **6.13 APOYO DEL EQUIPO DE SALUD**

Las enfermeras y los auxiliares de enfermería, constituyen, las figuras claves en las unidades de cuidado intensivo, tienen más íntimo contacto con las necesidades del paciente y representan el factor de continuidad en el interior de la unidad, deben tener capacidad de resistencia física, psíquica, muy buena capacidad de contacto, estabilidad emocional que es imprescindible para trabajar en UCI.

Apoyo psicológico del enfermero: los pacientes internados en las unidades de cuidado intensivo tienen una intensa respuesta emocional, esta reacción psicológica es comprensible puesto que, esta en una situación cercana a la muerte. Hay varias formas en que la enfermera ayuda al paciente a adaptarse a ésta situación

- ✚ Alentarlo a expresar sus sentimientos, escuchándolo con atención y mostrándole genuino interés, con ello puede ayudar al paciente a atenuar sus temores.
- ✚ Tranquilizarlo, actuando de manera calmada, positiva, organizada, eficiente y profesional.
- ✚ Responder las preguntas en forma franca, sin evadir respuestas.
- ✚ Explicar los procedimientos y la razón de las medidas tomadas en el tratamiento.
- ✚ Discutir y ofrecer una alternativa de rehabilitación

---

<sup>25</sup> MARIA DEL CARMEN SOLANO RUIZ, JOSE SILES GONZALEZ, Artículo Vivencias del Paciente Coronario index de enfermería, volumen 14 numero 51 Granada marzo 2005. p. 3.

“La enfermera en la unidad de cuidado intensivo, es una de las personas con más responsabilidad del hospital, debe ser entrenada en el reconocimiento y manejo de los pacientes críticos, son los promotores de crear un ambiente especial y necesario en la unidad. Debe ser axiomático que en todas las unidades el equipo de salud trabaje en forma armónica para crear el ambiente requerido”<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Conferencia En El Apoyo Psicológico Al Paciente Crítico, III Congreso Latinoamericano y XXX III Congreso Anual De Santiago De Chile 17 – 21 abril 1989 paciente quirúrgico crítico

## 7. DISEÑO METODOLÓGICO

### 7.1 BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS

Para la búsqueda de los documentos se consideró el problema y los objetivos del trabajo; se consideraron artículos publicados desde el año 2000 hasta el 2006 preferiblemente escritos por enfermeros; en los idiomas: español, portugués e inglés. El referente geográfico se enmarca en los países de España, Brasil, Colombia y Estados Unidos.

Se utilizaron las bases de datos de ciencias biomédicas y en especial las bases para enfermería:

- LILACS
- MEDLINE
- MEDLINE OVID
- MEDIC LATINA
- NURSING JOURNALS
- PORTAL DE REVISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD,
- SCIELO
- VESALIUS

Las palabras clave fueron, en español: paciente crítico, apoyo emocional, estrés, cuidado de enfermería, interacción enfermero – paciente, terapias alternativas, terapias complementarias, comunicación, respuestas humanas, familia, paciente crítico, paciente coronario, paciente cardiópata, apoyo psicosocial, otras disciplinas en UCI. En inglés: nursing (enfermera), critical care (cuidado crítico), therapies alternative (terapias alternativas), anxiety (ansiedad), stress (estrés), patient coronary (paciente coronario).

## 7.2 SELECCIÓN DE DOCUMENTOS

El resultado de la búsqueda arrojó 62 artículos. La selección de artículos se refinó a estudios hechos por enfermeros de las unidades de cuidado intensivo, con pacientes, familiares y personal del mismo lugar; se tuvieron en cuenta unos pocos escritos por psicólogos y otros miembros del equipo de salud de las unidades de cuidado intensivo.

Se consideraron estudios de tipo descriptivo y experimental que permitieran responder los objetivos y el problema de esta revisión. Otro criterio fue que estuviesen avalados por la Asociación Americana de Enfermeros en Cuidados Intensivos, así como asociaciones de cuidados críticos de otros países, universidades y grupos de investigación de hospitales, a demás fue importante incluir todos los resultados y los niveles de interpretación alcanzados, para tenerlos en cuenta en el análisis de cada de los artículos seleccionados. Finalmente, se seleccionaron **23** de artículos para ésta revisión documental. Sus características se describen en la Tabla 1.



**TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS**

Nº	TÍTULO	AUTOR	PAÍS IDIOMA	PUBLICACIÓN
1	Meridian Therapy: Current Research and Implications for Critical Care.	Sutherland, Judith A	Texas, Estados Unidos Inglés	American Association of Critical-Care Nurses , Volumen 11(1), Febrero 2000, p: 97-104
2	Effects of Massage in Acute and Critical Care	Richards, Kathy	Arkansas Estados Unidos Inglés	American Association of Critical-Care Nurses, Volumen 11(1), Febrero 2000, p: 77-96
3	Animal-Assisted Therapy: The Human-Animal Bond	Cole, Kathie	Ángeles California Estados Unidos Inglés	Revista American Association of Critical-Care Nurses, Volumen 11(1), Febrero 2000, p: 139-149.
4	Healing Touch: Applications in the Acute Care Setting	Umbreit, Alexa W	Minneapolis, Minnesota Estados Unidos inglés	Revista American Association of Critical-Care Nurses, Volumen 11(1), Febrero 2000, p: 105-119
5	Music Therapy as a Nursing Intervention for Patients Supported by Mechanical Ventilation.	Chlan, Linda L	Minneapolis Estados Unidos inglés	Revista American Association of Critical-Care Nurses, Volumen 11(1), Febrero 2000, p: 128 - 138
6	Strategies for Implementing a Guided Imagery Program to Enhance Patient Experience.	Tusek, Diane L, Roberta E	Cleveland, Ohio Estados Unidos inglés	Revista American Association of Critical-Care Nurses, Volumen 11(1), Febrero 2000, p: 68 – 76.
7	Use of Presence in the Critical Care Unit,	Snyder, Mariah, Brandt, Cheryl L, Tseng, Yueh-hsia	Minneapolis Estados Unidos inglés	Revista American Association of Critical-Care Nurses Volumen 11(1), Febrero 2000, p: 27- 33.
8	Nurses Pray: Use of Prayer and Spirituality as a Complementary Therapy in the Intensive Care Setting,	Holt-Ashley, Mary	Houston, Texas, Estados Unidos Inglés	Revista American Association of Critical-Care Nurses Volumen 11(1), Febrero 2000, pp 60 – 67
9	La familia del paciente internado en la unidad de cuidados Intensivos	María Cristina de Albístur	Uruguay español	Revista médica Uruguay 2000, (16) P: 243 – 256.
10	Síndrome confusional agudo en UCI: implicaciones para la enfermería	Guiomar Sánchez Fernández	España español	Revista Electrónica de Medicina Intensiva Artículo nº 147. Vol 1 nº 6.
11	Estrategia de cambio para la implantación de un nuevo modelo de visita abierta en la unidad de cuidados intensivos (UCI).	Segarra Perramon T,	Barcelona España español	Libro de comunicaciones de XXX congreso de la sociedad Española de enfermeros en cuidados intensivos
12	Necesidades de contacto familiar en el paciente quemado, ingresado en la unidad crítica cerrada.	Barrio Cadiñanos I, González Hernández MA, Martín Morente E	Madrid España español	Libro de comunicaciones de XXX congreso de la sociedad Española de enfermeros en cuidados intensivos
13	Detección de necesidades percibidas y niveles de ansiedad en familiares de pacientes adultos ingresados en cuidados intensivos	Gómez Calcerrada Pérez	Alicante España español	Libro de comunicaciones de XXX congreso de la sociedad Española de enfermeros en cuidados intensivos
14	Satisfacción familiar en un área intensiva municipal.	Lázaro Silva Ramos, Nelson Martinez Martínez	Bahía Honda Cuba español	Revista cubana de medicina intensiva y urgencias

Nº	TÍTULO	AUTOR (ES)	PAÍS	MEDIO DE PUBLICACIÓN
15	Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico	Rodríguez Martínez, María del Carmen	Sevilla España español	Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias; <i>Enferm Intensiva</i> 2003; 14 (3): 61-64.
16	Clinical Management of Stressors Perceived by Patients on Mechanical Ventilation,	Thomas, Loris A	Florida Estados Unidos inglés	American Association of Critical-Care Nurses, Volumen 14(1), February 2003, p: 73-81
17	Participación familiar en el cuidado del paciente crítico	Torres Pérez L., Morales Asencio JM	Andalucía España español	Tempos vitales revista internacional para el cuidado del paciente crítico, volumen 4, número 1 del 2004
18	Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular	María Teresa Uribe Escalante	Medellín y Caldas Colombia	Revista de la facultad de enfermería de la universidad de Antioquia, 2004.
19	nivel de ansiedad de acompañantes y clientes durante el cateterismo cardiaco	Eliane Da Silva Grazziano	Sao Paulo Brasil portugués	Revista latinoamericana de enfermería 2004, marzo – abril,12 (2):68 - 74
20	Implantación de un programa educativo a pacientes con cardiopatía isquémica en la UC	Begoña Sánchez Fernández	Bierzo España español	Revista Excelencia enfermera Nº 6 mayo 2005
21	Reducción del impacto emocional en pacientes que ingresan en unidades coronarias	Andrea del Pilar Pérez Dinamarca	Vizcaya España español	Evidentia 2005 enero-abril; 2(4). En: <a href="http://www.index-f.com/evidentia/n4/93articulo.php">http://www.index-f.com/evidentia/n4/93articulo.php</a>
22	O significado da cirurgia cardíaca e do toque na perspectiva de pacientes internados em UTI.	Edna de Souza Batista	Goiás Brasil portugués	Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 03, p. 278 - 284, 2005. Disponible en <a href="http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen">http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen</a>
23	Necesidades de las personas ingresadas en UCI	Fernández Molina, Nuria	Bizcaya, España español	Revista Metas enfermería 9 volumen (5): pag 19-26

### 7.3 ANÁLISIS DE LOS DOCUMENTOS SELECCIONADOS

El análisis de los artículos se llevó a cabo empleando la “Ficha descriptivo-analítica”. Ésta se constituyó en una herramienta esencial, puesto que allí se consignó la información relevante de cada uno de los artículos escogidos para la discusión. En dichas fichas se contemplaron los *datos generales de identificación del artículo* (título, autor, año y medio de publicación,...), la *información metodológica* de éste (tipo de diseño, población estudiada y técnicas estadísticas empleadas), y las *herramientas de reflexión* que proporcionaba el artículo para ser utilizado como referencia bibliográfica en el presente trabajo de investigación (nivel

de interpretación alcanzado y el aporte del artículo que responde a los objetivos planteados (Anexo).

El eje central del análisis lo proporcionó el nivel de interpretación que cada autor alcanzó en su artículo, al presentar los resultados de éste. Existen 6 niveles de interpretación, que son:

1. *Descripción* de hallazgos.
2. Identificación de *relaciones* entre variables.
3. Formulación de *relaciones tentativas*.
4. Revisión en busca de *evidencias*.
5. Formulación de *explicaciones* al fenómeno.
6. Identificación de *esquemas teóricos* más amplios.

Los artículos escogidos o seleccionados se encuentran entre los niveles 3, 4 y 5 de interpretación, confiriéndole esto un estatus mayor al estudio, que no se queda sólo en la simple descripción e identificación de los hallazgos obtenidos, sino que va más allá, buscando relaciones y explicaciones a los resultados logrados.

## 8. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados de los artículos elegidos, que responden a los objetivos planteados en éste trabajo, donde cada uno de los autores, busca formular propuestas frente al uso de terapias de apoyo emocional y su efectividad en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.

### 8.1 INTERVENCIONES DE APOYO EMOCIONAL EMPLEADAS POR LOS ENFERMEROS CON PACIENTES INTERNADOS EN LA UCI.

El cuidado es tan antiguo como el hombre y se ha transformado y evolucionado tanto como él mismo, construyéndose distintos modelos y técnicas a lo largo de la historia. Aún algunos modelos a pesar de lo viejos, persisten como fruto de sus buenos resultados y reconocimiento de identidad cultural. Con la nueva propuesta del fenómeno de la globalización, donde entre otros elementos se pretende hablar un mismo idioma, todas estas fórmulas y/o técnicas de cuidado se han podido conocer y experimentar, a pesar de la diferencia sustancial existente entre los modelos de cuidado oriental y occidental, han logrado fusionarse, mostrando tan excelentes resultados que se han venido adoptando dentro de la disciplina del cuidado de enfermería, incluyendo técnicas tan milenarias como: la acupuntura, los masajes, la aromaterapia, y otras, como intervenciones de enfermería, en beneficio de la disminución del estrés, miedo y pobre adaptación del paciente en un ambiente tan hostil como lo es la UCI.

ACTIVIDAD	ACUPUNTURA	OTRAS: RELAJACIÓN (MÚSICA)	MASAJE	TOQUE AFECTIVO	EDUCACIÓN	PRESENCIA
-----------	------------	----------------------------------	--------	-------------------	-----------	-----------

Nº ARTÍCULO AUTOR POBLACIÓN						
1. JUDITH SUTHERLAN (3 estudios descriptivos)	XXX		XX	XX		XX
2. KATHY RICHARDS (1 metanálisis, 19 artículos)			XXX	XX		XX
3. KATHY COLE (10 pacientes)		XXX				XX
4. ALEXA UMBRIET (5 descriptivos, 6 estudios de caso)				XXX		XX
5. LINDA CHLAN (54 pacientes y 3 estudios de caso)		XXX				XX
6. DIANA TUSEK (20 pacientes y 2 estudios de caso)		XXX				XX
7. MIRIAH SNYDER (50 pacientes y 25 enfermeras)				XX		XXX
8. MARY ASHEY HOLT (3 estudios descriptivos)		XXX				XX
10. GUIOMAR SÁNCHEZ FERNANDEZ (243 pacientes)				XX		XXX
16. THOMAS LORIS A. (estado del arte)		XXX				XX
20. BEGOÑA SÁNCHEZ FERNANDEZ (139 pacientes)					XXX	XX
21. ANDREA DEL PILAR PÉREZ (562 pacientes)		XX		XX		XXX
22. EDNA DE SOUZA (11 pacientes)	XX			XXX		XX
23. NURIA FERNANDEZ MOLINA (15 pacientes)				XX	XX	XXX

**TABLA 2. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA COMO APOYO EMOCIONAL AL PACIENTE CRÍTICO**

**XXX:** actividad recomendada con repuesta positiva. **XX:** actividad complementaria favorable.

Florence Nightingale nos heredó una orientación en el cuidado de la enfermería desde una perspectiva holística, su creencia acerca del cuidado era la de proporcionar al paciente la posibilidad de mantener su naturaleza, conservar la salud, prevenir o curar la enfermedad. En otros términos las enfermeras deben crear ambientes donde el cuidado favorezca la sanación de los pacientes.

Ya desde entonces se aplicaban prácticas de cuidado que no difieren mucho a las de la actualidad, salvo por el uso de alta tecnología y posibilidad de obtener respuestas del comportamiento fisiológico y patológico del paciente, pero aún con tanta evolución, la frontera del cuidado hacia el paciente, continua siendo un desafío para los enfermeros a la luz del cuidado crítico.

Por todo lo anterior y en esa búsqueda constante, algunos enfermeros han encontrado nuevas opciones en el cuidado del paciente, que favorecen su pronta recuperación y les permitan una mayor adaptación.

Se han permitido la inclusión de intervenciones, encaminadas a responder las demandas emocionales del paciente en cuidado intensivo, que han resultado bien aceptadas por la población, por su enfoque salud – mente – espíritu, asumiendo al hombre desde un contexto holístico enmarcado por la atención humanizada, que rompe con el paradigma cultural occidental tradicional del cuidado tecnificado y mas dirigido a la enfermedad que a la persona.

Las prácticas aplicadas del cuidado de enfermería en el apoyo emocional al paciente crítico han recibido una gran acogida por el grupo de enfermería americano, brasileño, español y han sido reconocidas por universidades tan prestigiosas como la Harvard, además de la Asociación Americana de Enfermeras en Cuidado Crítico, (artículos N° 1,2,4,6,7,16) y fue a partir de 1998 cuando lograron incluirse dentro de algunos modelos de cuidado intensivo con muy buena respuesta por parte del equipo sanitario, logrando satisfacción y resultados significativos en los pacientes.

Todos los artículos anteriormente citados (tabla 2), son el resumen de las posibilidades de terapia de apoyo emocional aplicada con pacientes críticamente

enfermos y todos coinciden en demostrar como la inclusión de técnicas como: la música, el toque, el masaje, la imaginación, la oración, la educación, la interacción directa con el paciente, logran disminuir los niveles de estrés emocional y fisiológico, así como el dolor, temor, falta de sueño en el paciente.

Se demuestra que existen intervenciones del cuidado de enfermería en búsqueda de ofrecer apoyo emocional en el paciente crítico, que generan impacto, permitiendo la adaptación del paciente al ambiente del cuidado intensivo y su enfermedad.

Las mayorías de las autoras, citadas en la tabla 2, coinciden en demostrar con los resultados de sus estudios, como algunas actividades de enfermería favorecen positivamente la adaptación del paciente en la UCI:

- El abordaje cariñoso, interesado, respetuoso, con esclarecimiento y educación al paciente, constituyen en elementos clave para la tranquilidad, seguridad, confianza, colaboración y aceptación del cuidado.
- En la UCI, se precisa el uso de los recursos tecnológicos, cada vez más avanzados, pero es de los profesionales derivar y aclarar que una máquina, jamás sustituirá la esencia humana.
- Aseguramos que el toque afectivo, aliado con un instrumento, será capaz de viabilizar y mejorar el cuidado, principalmente en la UCI, el cual está permeado por un sufrimiento físico y emocional para quien cuidada como para quien es cuidado, así mismo estaremos calificando, atendiendo y contribuyendo para la humanización del cuidado en la UCI.
- El toque curativo es una técnica no invasiva y constituye una nueva alternativa en el proceso de intervención con el paciente en condiciones críticas, es una herramienta de trabajo nueva que requiere de más estudio experimental y hay que diferenciarla del efecto placebo, aplicado con algunos pacientes durante el ejercicio clínico.

- Los estudios concluyen que la mayoría de las personas buscan los tratamientos de apoyo emocional, no porque ellos estén descontentos con la medicina convencional, si no porque ellos identifican estas alternativas como parte de sus propios valores de salud y creencias.

A pesar que en algunos de los estudios como los de Kathy Cole, Edna de Souza, Nuria Fernandez de Molina, la población en número no resultó significativa, si lo fue para los resultados y aportes a esta revisión, todos someten al lector enfermero, a la inquietud de instalar en las unidades de cuidado intensivo la aplicación de estos modelos de terapias, así como la propuesta de realizar estudios, publicarlos, y demostrar como la intervención de enfermería debe salir del molde del modelo médico clásico y abrirse a una línea más abierta donde las inquietudes y necesidades del paciente prevalezcan en un ambiente más humano y cercano a un realidad metafísica.

Podría concluir con lo citado por la enfermera Kreitzer, Mary Jo RN, en la revista de la asociación americana de cuidado intensivo del año 2000 donde relata:

“Las terapias de apoyo emocional en las unidades de cuidado intensivo, buscan ofrecer una mirada distinta a él complejo físico, psicológico y espiritual de los pacientes, los cuales experimentan ansiedad, depresión, soledad, dolor, insomnio y angustia espiritual.

Durante muchos años se ha limitado las opciones de tratamiento y cuidado.

Y sólo hasta hora terapias como la de toque, dar un masaje, mientras se escucha a un paciente, educar, han sido consideradas acciones para confortar, pero no para tratar al paciente.

Se reconoce ahora que el uso como tratamiento de estas terapias en apoyo al paciente crítico, resultan en prácticas curativas que mejoran los resultados clínicos con los pacientes e inclusive llevan a reducir costos”



Finalmente se plantean algunas preguntas para reflexionar sobre apoyo emocional al paciente en condición crítica:

¿Serán las actividades de apoyo emocional adecuadas, para aplicar en un ambiente tan tecnificado como el de cuidado intensivo?

¿Las enfermeras podrán con terapias como: el toque, el masaje, la música, la imaginación guiada, la educación, la oración entre otros, aliviar los problemas de ansiedad, dolor, estrés de forma segura y eficaz en nuestros pacientes de UCI?

¿Le interesa al paciente crítico ó a sus familias la inclusión de estas actividades en el medio hospitalario?

Las respuestas quedan en la voluntad de cada uno de nosotros como enfermeros en aplicarlas y demostrar si resultan efectivas o nó, con resultados objetivos que nutran el número de actividades encaminadas al cuidado de enfermería a la luz del cuidado intensivo.

## **8.2 PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA, COMO APOYO EMOCIONAL AL PACIENTE EN LA UCI.**

Durante los años setenta la atención a la familia y la extensión del concepto de usuario a todas aquellas personas que acceden a una institución sanitaria, ya sea como paciente o como acompañante, empezó a aparecer en las reflexiones de algunas enfermeras. Entre estas pioneras se destaca a Molter y Leske (1979) que diseñaron un cuestionario, Critical Care Family Inventory (CCFNI) que permitía clasificar las experiencias de los familiares y allegados a los enfermos ingresados en las unidades de cuidados críticos.

A través de este cuestionario se han desarrollado diversos estudios donde han aparecido otras categorías y realidades, destacando entre ellas conceptos como: la esperanza y el afrontamiento<sup>27</sup>.

El enfrentamiento del individuo y sus allegados a un medio tan hostil como el de los cuidados críticos es un fenómeno íntimo poderosamente desorganizador, ese cambio brusco y desequilibrante en el que el asesoramiento de los profesionales y su actuación es primordial, siguen otras etapas donde paulatinamente la esfera próxima al enfermo debe ir retomando parte de su papel. Esto se ha demostrado no sólo beneficioso para la evolución del paciente, sino que contribuye al mantenimiento de la salud del núcleo familiar en unos momentos donde su fuerza es crucial<sup>28</sup>.

La valoración de las necesidades de los familiares es de importancia capital en nuestro entorno, pero nuestras intervenciones no sólo deben ir encaminadas a una correcta evaluación de necesidades, deben centrarse en tres dominios: cognitivo, afectivo y conductual respaldado por la familia hacia el paciente en estado crítico.

---

<sup>27</sup> CAMPBELL, T. Feelings of oncology patients about being nursed in protective isolation as a consequence of cancer chemotherapy treatment. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 30(2): 439-447

<sup>28</sup> GELLING, L. The role of hope for relatives of critically ill patients: a review of the literature. *Nurs Stand* 1999; 14(1): 33.

**TABLA 3. ELEMENTOS CARACTERÍSTICOS DE LAS FAMILIAS**

CARACTERÍSTICA	OFRECE BIENESTAR	SISTEMA ABIERTO	GRUPO DE APOYO SOCIAL	ACOMPÑANTE SEGURO	SERVICIO DE INTERLOCUTOR
Nº ARTÍCULO AUTOR POBLACIÓN					
9. MARÍA CRISTINA DE ALBISTUR (320 personas)		XXX	XX		
11. SEGARRA PERRAMONT (180 pacientes)	XX			XXX	
12. BARRIO CADIÑANOS (50 pacientes)	XX	XX		XXX	
13. GOMEZ CALCERRADA PEREZ (62 familiares de pacientes)	XXX	XXX		XXX	
14. LÁZARO SILVA RAMOS (50 familiares)	XXX	XXX			
15. MARÍA DEL CARMEN MARTINEZ (117 participantes)		XXX		XX	
17. TORREZ PEREZ I. (estado del arte)	XXX	XX	XX	XX	XX
18. MARÍA TERESA URIBE (54 personas)	XXX	XXX		XX	
19. ELIANE DA SILVA (80 personas)	XXX	XX	XX	XX	XX
23. NURIA FERNANDEZ MOLINA (15 personas)	XXX	XX	XX	XX	XX

**XXX:** Principales características encontradas en las familias que favorecen en forma positiva el apoyo emocional al paciente crítico.

**XX:** Otras características definitorias de la familia en el apoyo al paciente, mencionadas en el artículo en menor proporción.

Una familia participativa es una familia más sana, con más herramientas para luchar contra la fatiga, la impotencia y la desesperanza. Un paciente al cuidado de profesionales preparados, que cuentan con el apoyo de algún referente personal próximo, tiene la esfera de sus necesidades cubiertas de manera INTEGRAL.

Vemos pues que la realidad del acceso y la participación en los cuidados de agentes informales (familia) parece, como poco, positiva en nuestro ámbito. Entonces ¿qué falta ahora? Tal vez lo más difícil, un cambio en la cultura de los profesionales y las instituciones.

Para colaborar en el intento de cambio en el cuidado de los pacientes, nadie mejor que el colectivo de familiares. Si la enfermera quiere explorar nuevos campos, evolucionar en el cuidado de sus clientes/usuarios debe recabar su apoyo para hacer oír su opinión.

Nuestra labor es el cuidado, y la atención del individuo/familia de manera integral<sup>3</sup> no somos gestores de constantes, ni prolongaciones autodidactas de los sistemas de control, monitorización o tratamiento. Debemos ser capaces de conciliar la técnica, con la atención del enfermo y la interacción con la familia, nuestra profesión nos lo exige. Tal vez un cambio de orientación tal solo pueda sobrevenir, en algunas ocasiones, con la experiencia de un ingreso propio o de un allegado en este tipo de unidades.

Los autores citados en la tabla 3, coinciden de forma implícita en sus artículos, en responder a los siguientes planteamientos, cuando pensamos en la familia como estrategia de apoyo emocional para el paciente en estado crítico.

- ¿Cómo puede los enfermeros generar, entornos que faciliten la participación familiar?
- ¿Cómo desarrollar estrategias de cambio en las creencias de los profesionales?

- ¿La existencia de un enfermero de referencia, puede facilitar la participación familia
- ¿Los enfermeros debe adaptar la participación familiar a los requerimientos del paciente, los recursos familiares y al entorno?
- ¿Los enfermeros debe incluir al núcleo familiar en las intervenciones educativas realizadas en la UCI?
- ¿La información sobre la evolución de los cuidados del paciente favorece la implicación de la familia?

Es posible considerar que la familia constituye un pilar importante en apoyo emocional de los pacientes críticos, considero que hemos subestimado el gran aporte que pueden ofrecer en la UCI y al equipo de salud. Los aportes en los artículos lo dejan muy claro y tal vez se podría resumir en lo concluido por las autoras en el artículo 18 de la tabla 1 (María Teresa Uribe Escalante, Carolina Muñoz Torres, Juliana Restrepo Ruiz), "La familia es un sistema abierto y funciona como una unidad, así que las necesidades, los problemas de salud y los cambios sociales de uno de sus miembros, afectan su estructura. Por lo tanto es el primer sistema de ayuda del enfermo ya que constituye su entorno más próximo por su cercanía emocional y puede llegar a convertirse en una ayuda terapéutica"<sup>29</sup>.

De esta manera no debe existir duda, que en el planteamiento del segundo objetivo de este trabajo donde la intervención de la familia resulta en una medida terapéutica positiva para el apoyo emocional del paciente critico debe constituirse y formalizarse.

Es claro que nosotros los enfermeros debemos abrir las fronteras del cuidado y sobretudo en espacios tan cerrados como las unidades de cuidados intensivos, aislar al paciente de su entorno emocional natural, se constituye en una medida arbitraria y poco altruista.

---

<sup>29</sup> TAYLOR, P. Comprehensive nursing case management: an advanced practice model. Nurs Case Management 1999 g4 (1): 2-13

Finalmente, de acuerdo con lo planteado por Luis Torres Pérez (artículo17) se puede concluir: “El papel de la familia de los enfermos ingresados en las unidades de cuidados intensivos es fundamental en el plano emocional, ya que es el único soporte afectivo y el único nexo de unión con el exterior”. De esta forma queda demostrado que si existen estrategias de apoyo emocional para el paciente en estado crítico, que los resultados y conclusiones de los artículos revisados así lo demuestran y que dentro de las estrategias a seguir esta el aporte dado por la familia como eje fundamental afectivo del paciente.

En síntesis, las familias poseen características como: ser sistemas abiertos, el grupo social más cercano al paciente, además están dotados de elementos naturales que generan bienestar en el paciente, son calificados como acompañantes seguros, a la hora de identificar las necesidades de los pacientes, convirtiéndose en los interlocutores entre el paciente y el equipo sanitario, por todos estas características la inclusión de la familia de una forma más activa y participativa, ha resultado muy favorable en el proceso de mejoría del paciente crítico; Las unidades de cuidado intensivo deben ser lugares abiertos a la interacción y a la permisión de experiencias acogedoras para los allí internados. Por lo tanto es imperativo, favorecer un puente de comunicación entre el exterior y el interior de la unidad de cuidado intensivo, a través de la familia guiada siempre por enfermería, además de la participación activa del resto del equipo de salud.

## 9. CONCLUSIONES

- Los pacientes en la unidad de cuidados intensivos, experimentan necesidades físicas y emocionales; Los enfermeros encaminan su cuidado al suplir estas demandas. La inclusión de cuidados, utilizando herramientas como: la presencia, la música, la relajación, el toque, los masajes, la oración, la educación con la *participación activa de la familia*, resultan en medidas que arrojan resultados muy favorables en el proceso de atención, cuidado y tratamiento del entorno psicológico del paciente en la unidad de cuidado intensivo.
- Dentro de las intervenciones de enfermería que resultan útiles para satisfacer la demanda emocional de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos están:
  - Presencia: como la actividad de enfermería diaria encaminada al reconocimiento, comunicación verbal y no verbal con el paciente.
  - Musicoterapia: la inclusión de música, por un periodo de 20 minutos, todos los días con el paciente resulta en una medida emocional favorable.
  - Contacto, toque, masaje: son actividades donde se reconoce al paciente con sed de piel, genera sensaciones de confort, tranquilidad, disminución del dolor.
  - Relajación: de la mano con la música, imaginación, ambiente confortable, reduce los niveles de estrés y discomfort del paciente crítico.
  - Otras medidas: la oración: como un ofrecimiento a las necesidades espirituales del paciente, la educación: contextualizando al paciente en el entorno del cuidado intensivo.

- La familia posee características naturales dentro de su núcleo, que se convierten en elementos favorables a la hora de suplir las demandas de los pacientes críticamente enfermos, dentro de las características sobresalientes de la familia esta: *es un sistema abierto, genera bienestar, es el puente de comunicación entre el exterior y el interior del paciente con el medio ambiente*. La participación activa de la familia, guiada por un enfermero ofrece resultados favorables en el cuidado del paciente críticamente enfermo.



## BIBLIOGRAFÍA

BACHION, Maria Marcia. Revista Acta Paulista de Enfermería, volumen 17 N° 3 julio/septiembre 2004.

BECK, MF. Milady's Theory and Practice of Therapeutic Massage. Albany: Milady Publishing; 1999.

CASTRILLÓN, MC. La Dimensión Social de la Práctica de la Enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia - Yuluka; 1997.

CINTRA, EA.; NISHIDE, VM.; NUNES, WA. Asistencia de Enfermería a el Paciente Crítico. Sao Paulo (SP): Atenea; 2000.

DE KEYSER, Freda. Spiconeuroinmunología en el paciente crítico, AACN Clinical Issues, volumen 14 n° 1 p:25 – 32 2003.

DONAHUE, MP. Historia de la Enfermería. Ediciones Doyma: St.Louis, Missouri. 1985.

ECHEVERRI DE PIMIENTO, Sonia. Revista Actualizaciones en Enfermería, volumen 5 N° 4 2002.

EISENBERG, DM.; KESSLER, RC.; FOSTER, C. et al. Unconventional medicine in the United States. N Engl J Med 1993;328:246-252.

FREITAS DE VILHENA, Ana Cristina. Revista Acta Paulista de Enfermería, volumen 16, N° 4 octubre – diciembre 2006.

GEIST, Harold. Aspectos emocionales de las cardiopatías, editorial el manual moderno S.A.

INURRIETA, L.; Hyat, Tratado de Enfermería, el enfermo en cuidados intensivos Quirúrgicos, capítulo II p: 1 – 24.

MARÍN, B. Los familiares: un elemento más del equipo terapéutico. Notas de Enfermería 1991; 1: 521-525.

MEMORIAS DEL III CONGRESO LATINOAMERICANO Y XXXIII CONGRESO ANUAL DEL CAPÍTULO CHILENO DEL AMERICAN COLLAGE OF SÚRGENOS. Santiago de Chile 17 al 21 de abril de 1989 “paciente quirúrgico crítico”

MEMORIAS DEL XXX CONGRESO DEL SEEIUC Tarragona España, junio del 6 – 9 2004.

MILLER, KM.; PERRY, PA. Relaxation technique and postoperative pain in patients undergoing cardiac surgery. Heart Lung 1990;19:136-146.

MORALES, Asencio JM. La valoración del enfermo crítico según el grado de dependencia de enfermería. Enf Clínica 1997; 7(1):9-15.

MORALES, JM. Enfermera y entorno: influencia en el estrés del paciente crítico. Med Intensiva 1998; 22: 207-211.

PETTIGREW, J. Intensive nursing care: The ministry of presence. Crit Care Nurs Clin North Am 1990;2:503-508.

REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA. Vol 69 suplemento 1, de 2001.

RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, MC-; RODRÍGUEZ MORILLA, F.; RONCERO DEL PINO, A.; MORGADO ALMENARA, Mi.; BANNIK, JT.; FLORES CABALLERO. LJ., CORTÉS MACÍAS, G.; APARCERO BERNET, I. ALMEIDA GONZÁLEZ, C. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. Enferm Intensiva 2003;14 (3): 96-108..

**A N E X O**

## FICHAS DESCRIPTIVAS DEL PRIMER OBJETIVO

### ARTÍCULO 1

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

**TÍTULO:** La Terapia meridiana: Investigación actual e Implicaciones para el Cuidado Crítico. (Meridian Therapy: Current Research and Implications for Critical Care)  
**AUTORES:** Sutherland, Judith A  
**AÑO:** 2000.  
**LUGAR:** Texas  
**IDIOMA:** Inglés  
**MEDIO DE PUBLICACIÓN:** American Association of Critical-Care Nurses (Revista de la asociación americana de enfermeras en cuidado crítico) Volumen 11(1), Febrero 2000, pp 97-104.

#### INFORMACIÓN METODOLÓGICA

**TIPO DE DISEÑO:** Descriptivo, estado del arte

**POBLACIÓN O MUESTRA:** 3 estudios descriptivos en Estados Unidos.

**TÉCNICA ESTADÍSTICA:** Descriptiva

#### HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

**NIVEL DE INTERPRETACIÓN:** el estudio alcanza el nivel 4 de interpretación en los resultados (hace una revisión en busca de evidencias), aunque no es clara la técnica estadística y el total de los resultados de los estudios consultados, en el artículo, hacen referencia a un total significativo de población enferma, que actualmente hace uso o petición de la aplicación de terapia meridiana no sólo en el ámbito de consulta externa, si no además en las unidades de cuidado intensivo, además propone una nueva área de intervención para la enfermería respaldada por la técnica de cuidado de toque, superando la barrera cultural entre la aplicación del cuidado occidental frente al oriental, fundamentado en principios científicos y con evidencia de prometedores resultados.

**APORTES DE CONTENIDO:** éste artículo, fundamenta una de las bases teóricas del primer objetivo del trabajo de investigación, como una de las herramientas que puede dar uso el enfermero en el apoyo emocional al paciente crítico, y sugiere como la aplicación de la terapia meridiana favorece: el tratamiento de dolor, náusea postoperatoria, desórdenes inmunológicos, trastornos hemodinámicos, hipoxia cerebral, y los desórdenes conductuales relacionados con el humor. La Terapia meridiana realizada por los enfermeros profesionales especializados, promete una alternativa positiva en el tratamiento y cuidado del paciente críticamente enfermo.

“La terapia meridiana es un término más actual y comprensivo para la acupuntura, porque no sólo abarca la acupuntura con el uso de agujas si no además la activación de sitios específicos del cuerpo, por el estímulo eléctrico, láser de bajo-intensidad, y acupresura, terapia aplicada con los dedos. El término acupuntura implica agujereando un sitio predeterminado en el cuerpo, con una aguja para estimular los meridianos corporales, tocando los sistemas de órganos específicos, así aliviando síntomas de enfermedad, alterando la progresión de la enfermedad, o mejorando la salud”.

Sugieren la realización de otros ensayos clínicos, combinando otras técnicas y otras ciencias como la neurología, ensayos bioquímicos y la aplicación de otros medios diagnósticos como alternativas en el perfeccionamiento de la aplicación de la técnica meridiana.

Concluye a demás la importancia que el enfermero se profesionalice en el área, se apoye en un marco legal para la aplicación de dicha técnica.

“La terapia de contacto, es una de las actividades propias del cuidado de enfermería con el paciente en estado crítico y la terapia meridiana de puede realizar, a partir de ésta terapia de contacto”.

## **ARTÍCULO 2**

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**TÍTULO:** Effects of Massage in Acute and Critical Care, (Los efectos de Masaje en el Cuidado Agudo y Crítico).  
**AUTOR:** Richards, Kathy Culpepper, Gibson, Robin, Overton-McCoy, Amy Leigh  
**AÑO:** Febrero 2000  
**LUGAR:** Arkansas (Estados Unidos)  
**IDIOMA:** Inglés  
**MEDIO DE PUBLICACIÓN:** American Association of Critical-Care Nurses (Revista de la asociación americana de enfermeras en cuidado crítico) Volumen 11(1), Febrero 2000, pp 77-96

### **INFORMACIÓN METODOLÓGICA:**

**TIPO DE DISEÑO:** Estado del arte y descriptivo

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** 22 artículos: 19 investigaciones originales, 2 de literatura sistemática y 1 meta – análisis.

**TÉCNICA ESTADÍSTICA:** Estadística descriptiva con técnica numérica de medidas de dispersión y medidas de tendencia central.

### **HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN**

**NIVELES DE INTERPRETACIÓN:** Los aportes de contenido del artículo son muy amplias, por el carácter de elaboración del mismo y los niveles de interpretación de los resultados de los artículos elegidos en la construcción del estado del arte, por todos los resultados obtenidos, considero el estudio con un nivel de interpretación para los resultados de 5 (formula explicaciones al fenómeno) y formula propuestas, además de estar avalado por la asociación americana de cuidado crítico.

**APORTES DE CONTENIDO:** la revisión de los 22 artículos, donde se revela la técnica de masaje como estrategia para disminuir la ansiedad o percepción de tensión de pacientes en estado crítico, los resultados obtenidos satisfacen el primer objetivo de éste trabajo de investigación.

Los resultados fueron:

- Siete de 10 estudios encontraron que el masaje produjo relajación fisiológica, como indicador se consideraron signos fisiológicos como la estabilidad de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, recuperación del sueño y disminución del estrés.
- El masaje es una alternativa para disminuir el dolor
- La técnica de masaje con ayudada de la aromaterapia y la música favorecen el sueño reparador en UCI.
- el uso de terapia del masaje puede facilitar el crecimiento, reduce el dolor, disminuye la depresión, y refuerza la función inmune. Los resultados comunes para los estudios era la disminución de la ansiedad, la depresión, y las hormonas de tensión (el cortisol, y catecolaminas).
- Los investigadores encontraron que la relajación biológica era asociada con las reducciones significantes en la frecuencia cardiaca y respiratoria para ambos géneros, a pesar de la presencia de enfermedad cardiovascular y/o tratamiento con las drogas cardiovasculares. Además, sus resultados sugirieron que la terapia de contacto por lo menos con 3 minutos duración, promueve la relajación biológica y subjetiva. Además comentan: que los pacientes que habían sufrido cirugía coronaria tenían un aumento atípico en la tensión arterial, los autores sugirieron que el masaje pueda contraindicarse durante 48 horas después de la tal cirugía.
- Los masajes en el cuello, espalda demostraron favorecen el sueño después del quinto día, a pacientes hospitalizados con trastornos de ansiedad que les impedía dormir.

## **ARTÍCULO 3**

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**TÍTULO:** Animal-Assisted Therapy: The Human-Animal Bond (La Terapia animal-asistida: La Atadura del Humano-animal)  
**AUTOR:** Cole, Kathie M, Gawlinski, Anna.  
**AÑO:** Febrero del 2000  
**LUGAR:** Ángeles California (Estados Unidos)  
**IDIOMA:** Inglés  
**MEDIO DE PUBLICACIÓN:** Revista American Association of Critical-Care Nurses (Revista de la asociación americana de enfermeras en cuidado crítico)  
Volumen 11(1), Febrero 2000, pp 139-149.

### **INFORMACIÓN METODOLÓGICA**

**TIPO DE DISEÑO:** estudio de tipo descriptivo

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** 10 pacientes en espera de transplante de corazón ortotópico, hospitalizados en la unidad de cuidado crítico cardiovascular de la universidad de (UCLA) universidad de los Ángeles California.

**TÉCNICA ESTADÍSTICA:** descriptiva con técnica numérica de medidas de tendencia central.

### **HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN**

**NIVEL DE INTERPRETACIÓN:** A pesar de ser un estudio pequeño, se enmarcaron en la revisión hecha por otros autores americanos en los referente a las respuestas positivas de la terapia hombre – animal, los resultados del artículo alcanzan un nivel 3 en la interpretación (Formulación de relaciones tentativas) entre las variables unificadas hombre y animal y como bajo la flexibilidad del equipo sanitario, permitiéndole ingreso controlado de un grupo específico de animales, se favorece el paciente, disminuyendo su estado de estrés.



**APORTES DE CONTENIDO:** los resultados obtenidos en la aplicación de éste ejercicio experimental, favorece las respuestas buscadas, para el primer objetivo de investigación, y los aportes los podemos mostrar así:

- Los pacientes expresaron un sentido de deleite teniendo sus propios acuarios en el cuarto, haciendo el ambiente más humanizado.
- El acuario proporcionó un estímulo cognoscitivo y se volvió un puente para la comunicación entre los pacientes, familia, y personal sanitario.
- Los pacientes describieron al pez como aliviador, una distracción del ambiente, y una buena compañía durante la tarde y la noche.
- El papel de la enfermera de la práctica avanzada es vital en la dirección de pacientes con el complejo de necesidades físicas y emocionales. Las modalidades terapéuticas usadas por las enfermeras de la práctica avanzadas deben extenderse tradicionalmente lejos de aquéllos usados en el modelo médico. Por consiguiente, las enfermeras de la práctica avanzadas deben tener conocimiento, apertura, para incorporar la alternativa y las terapias complementarias como la terapia animal asistida en los planes de cuidado de sus pacientes. Se han mostrado los beneficios de tal terapia en la escena del cuidado crítico en varios estudios. Más allá la investigación se necesita explorar el efecto de la terapia animal asistido, en los niveles de tensión de pacientes.

## **ARTÍCULO 4**

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**TÍTULO:** Healing Touch: Applications in the Acute Care Setting (El Toque curativo: Las aplicaciones en la Escena del Cuidado crítico)  
**AUTOR:** Umbreit, Alexa W  
**AÑO:** Febrero 2000  
**LUGAR:** Minneapolis, Minnesota  
**IDIOMA:** Inglés  
**MEDIO DE PUBLICACIÓN:** Revista American Association of Critical-Care Nurses (Revista de la asociación americana de enfermeras en cuidado crítico)  
Volumen 11(1), Febrero 2000, pp 105-119.

### **INFORMACIÓN METODOLÓGICA**

**TIPO DE DISEÑO:** descriptivo, estado del arte

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** 5 estudios descriptivos y 6 estudios de caso.

**TÉCNICA ESTADÍSTICA:** descriptiva con técnica numérica de medidas de tendencia central.

### **HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN**

**NIVELES DE INTERPRETACIÓN:** los resultados del artículos alcanzan un nivel de interpretación 4 (. Revisión en busca de evidencias), citan estudios de casos como una forma de evidenciar la efectividad de la terapia de contacto, hacen una revisión histórica y resumen los logros alcanzados en la práctica clínica del cuidado intensivo y otras áreas clínicas con la terapia de contacto como terapia alternativa al que – hacer de enfermería desde un punto holístico.

**APORTES DE CONTENIDO:** Los resultados obtenidos favorecen el marco teórico y el primer objetivo de este trabajo.

- El toque curativo (HT) es una terapia complementaria energía-basada que crea esa conexión entre enfermero-paciente. Los enfermeros están empezando a usar el toque curativo con sus pacientes ayudando a aliviar el dolor y la ansiedad, promoviendo la relajación, acelerando la curación de una herida, disminuyendo la depresión, y aumentando el sentido de bienestar al paciente.
- Modelo propuesto de cómo terapia de contacto, puede promover los cambios positivos hacia la dirección del síntomas.
- Toque Curativo realizado por practicantes especializados, promueven un modelo más abierto y simétrico para reforzar el bienestar del cliente. Este movimiento de energía estimula a nivel fisiológico, el neuroquímico, y produce cambios a nivel psicológicos que pueden promover impactos positivos en el dolor, ansiedad, curación de una herida, función del sistema inmunológico, depresión, y generar sentido de bienestar.
- La terapia de toque se usa por enfermeras especializadas y su teoría se fundamenta en los modelos de enfermería de Rogers y se aplica de acuerdo a la severidad del paciente.

El toque curativo es una técnica no invasiva y constituye una nueva alternativa en el proceso de intervención con el paciente en condiciones críticas, es una herramienta de trabajo nueva que requiere de más estudio experimental y hay que diferenciarla del efecto placebo, aplicado con algunos pacientes durante el ejercicio clínico.

## **ARTÍCULO 5**

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**TÍTULO:** Music Therapy as a Nursing Intervention for Patients Supported by Mechanical Ventilation. (La terapia de música como una Intervención de enfermería para pacientes apoyados por el ventilador mecánico).  
**AUTOR:** Chlan, Linda L.  
**AÑO:** Febrero 2000  
**LUGAR:** Minneapolis (Estados Unidos)  
**IDIOMA:** Inglés  
**MEDIO DE PUBLICACIÓN:** Revista American Association of Critical-Care Nurses (Revista de la asociación americana de enfermeras en cuidado crítico) Volumen 11(1), Febrero 2000, pp 128 - 138.

### **INFORMACIÓN METODOLÓGICA**

**TIPO DE DISEÑO:** Estado del arte, estudio descriptivo con uso de entrevista (respuestas con los dedos), con inclusión de estudios de casos.

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** 2 estudios descriptivos (54 pacientes), 3 estudios de caso.

**TÉCNICA ESTADÍSTICA:** descriptiva, con técnica numérica de medidas de tendencia central.

### **HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN**

**NIVEL DE INTERPRETACIÓN:** los resultados obtenidos en el artículo alcanzan un nivel 5 (Formulación de explicaciones al fenómeno), después de una revisión documental, la consideración de otros estudios en el país, para la evidencia, incluidos estudios de casos, se permiten realizar dos estudios de tipo descriptivo con lo cual no solamente logran comprobar lo encontrado en la evidencia de otros estudios, si no además se disponen a realizar explicaciones, ofreciendo alternativas y forjando la inquietud de seguir investigando sobre los resultados obtenidos y las propuestas por ellos alcanzados, no es muy clara la técnica estadística dentro del artículo, pero logran demostrar lo avances alcanzados en su experiencia.

**APORTES DE CONTENIDO:** los aportes se encaminan a fortalecer no solamente el marco del conocimiento teórico y el primer objetivo del trabajo, si no además se proponen a formular unas indicaciones precisas acerca del uso de terapias no farmacológicas como elementos de intervención de enfermería en el cuidado del paciente en estado crítico, sometido a diferentes estados de estrés y de dolor, dentro de las propuestas formuladas en lo referente a la musicoterapia como estrategia de disminución del estrés están:

- La música como terapia ha demostrado la reducción significativa del estrés emocional, fisiológico de los pacientes hospitalizados, así como el dolor, estimula las ganas de vivir y los acerca a un ambiente más familiar en medio de la hostilidad del cuidado intensivo.
- El trabajo modelo, demostró que una sola intervención 30 minutos de terapia de música era segura y eficaz, minimizando las manifestaciones de estrés asociadas con la experiencia de la ventilación mecánica. Se encontró que treinta minutos puede ser una cantidad adecuada de tiempo para inducir una respuesta de relajación generalizada y mejora el humor, exceptuando a aquellos sometidos a los efectos deletéreos asociados con medicamentos.
- El uso de la musicoterapia diaria puede facilitar la inducción del sueño, aísla al paciente momentáneamente de los ruidos de los equipos de la UCI, facilita proceso de destete del ventilador, disminuye la opción de uso de sedantes y ansiolíticos con los pacientes.
- Dentro de las funciones de enfermería está en determinar si el paciente le gusta o no escuchar la música, en los estudios se usó música clásica, por haber mostrado buenos resultados con los paciente más críticos, sin embargo no se debe olvidar considerar los gustos de los pacientes, el deseo de oírla, además es beneficioso el uso de auriculares, pues no toda la unidad requiere de música y esto, permite al paciente aislarlo de los ruidos de los equipos de la unidad, no es sólo poner un CD, es entender que la música propuesta beneficia de forma positiva al paciente.
- La terapia de música resulta ideal para pacientes bajos de energía, que se encuentran bajo ventilación mecánica.
- Se piensa que la relajación debe ser una habilidad adquirida que mejora con el tiempo de paso en función de la práctica. Las pautas de la práctica hacen pensar en la terapia de música dos veces por día para un mínimo de 20 minutos como inductor de la relajación, al lado de la cama del paciente.
- La terapia musical, reduce la frecuencia respiratoria, facilitando el acoplamiento con el ventilador, reduce además la frecuencia cardiaca, la tensión arterial, la sobre estimulación simpática y modula a su vez la respuesta inmunológica, es una inductora del sueño, confort, disminuye el estrés y promueve un ambiente más humano.

## **ARTÍCULO 6**

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**TÍTULO:** Strategies for Implementing a Guided Imagery Program to Enhance Patient Experience. (Estrategias para Llevar a cabo un Programa de Imaginación guiada para realzar la experiencia del paciente).

**AUTOR:** Tusek, Diane L, Roberta E.

**AÑO:** Febrero 2000

**LUGAR:** Cleveland, Ohio (Estados Unidos).

**IDIOMA:** Inglés

**MEDIO DE PUBLICACIÓN:** Revista American Association of Critical-Care Nurses (Revista de la asociación americana de enfermeras en cuidado crítico) Volumen 11(1), Febrero 2000, pp 68 – 76.

### **INFORMACIÓN METODOLÓGICA**

**TIPO DE DISEÑO:** estudio descriptivo

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** 20 pacientes y 2 estudios de caso.

**TÉCNICA ESTADÍSTICA:** descriptiva, con técnica numérica de medidas de tendencia central.

### **HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN**

**NIVEL DE INTERPRETACIÓN:** los resultado alcanzados por el artículo corresponde a un nivel 3(Formulación de relaciones tentativas), exploran la efectividad de la técnica de la imaginación dirigida, si no además la relacionan de manera formal con el uso de otras terapias de apoyo como la música y la terapia de toque, ofrecen inquietudes en la continuación de la aplicación de ésta técnica en el bloque de la UCI y otros servicios hospitalarios, donde lograron disminuir la disminución de la ansiedad si no además la tranquilidad para permitir otros exámenes de tipo invasivos y molestos.

**APORTES DE CONTENIDO:** Se encamina a fortalecer la propuesta del primer objetivo de investigación, los resultados alcanzados son:

- imaginación es una terapia normalmente usada que se ha llevado a cabo en los pacientes para promover relajación y los estados psicológicos positivos. Se usa como un apoyo adjunto a los tratamientos médicos convencionales para ayudar a los pacientes manejar o cubrir los efectos emocionales (tensión, incertidumbre, dolor, depresión, e insomnio).
- La imaginación guiada es una intervención de mente-cuerpo que logró aliviar la tensión y promover un sentido de paz y tranquilidad en un momento difícil para los pacientes críticos.
- La terapia de imaginación ha tenido un efecto notable en la frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria, consumo de oxígeno, flujo del cerebro, temperatura del cuerpo, motilidad intestinal, excitación sexual, y balances hormonales. Ciertos síntomas y enfermedades parecen ser más receptivas a la imagenoterapia que otros. Las condiciones que causaron o agravaron a menudo la tensión de los pacientes, respondieron bien a las sugerencias de imaginación, (angina, hipertensión arterial, hiperglicemia, síntomas cardíacos, dolores de cabeza, dolor, desórdenes gastrointestinales, y desacondicionamiento respiratorio).
- La relajación es esencial para tener éxito con la imagenoterapia, porque le permite a la mente estar abierta y receptiva a la nueva información. No sólo hace que reduzca la tensión muscular, también refuerza la producción de imágenes y gatillos del inconsciente que estimulan la producción de emociones.
- La técnica de la terapia de imaginación tiene mejores beneficios si se aplica en conjunto con música y terapia de toque, a demás sólo requiere de pocos minutos al día para generar una respuesta positiva en el paciente.
- La imaginación guiada es una herramienta simple, económica que ha demostrado refuerza los resultados positivos en los pacientes significativamente. Mientras se continua experimentando la imagenología guiada, y es autorizada por los pacientes, motivó, aún mas al cuidado de los participantes. La técnica de imaginación guiada tiene un marcado impacto en la satisfacción del paciente, facilitando el sentido logro, consuelo, y esperanza.

## **ARTÍCULO 7**

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**TÍTULO:** Use of Presence in the Critical Care Unit, (El uso de la presencia en la Unidad de Cuidado Crítico).

**AUTOR:** Snyder, Mariah, Brandt, Cheryl L, Tseng, Yueh-hsia.

**AÑO:** Febrero 2000.

**LUGAR:** Minneapolis (Estados Unidos).

**IDIOMA:** Inglés

**MEDIO DE PUBLICACIÓN:** Revista American Association of Critical-Care Nurses (Revista de la asociación americana de enfermeras en cuidado crítico)  
Volumen 11(1), Febrero 2000, pp 27- 33.

### **INFORMACIÓN METODOLÓGICA**

**TIPO DE DISEÑO:** revisión bibliográfica y estudio descriptivo de tipo cualitativo.

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** un estudio con 50 pacientes y otro con 25 enfermeras.

**TÉCNICA ESTADÍSTICA:** descriptiva con el uso numérico de medidas de tendencia central.

### **HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN**

**NIVEL DE INTERPRETACIÓN:** Los resultados logran un nivel de interpretación 4 (Revisión en busca de evidencias), reflejan una búsqueda de fortalecimiento teórico, confrontando los resultados de sus dos estudios. La terapia de presencia, resulta en un acto diario de enfermería del cual difícilmente en una unidad de cuidado intensivo hacemos conjunción física, mental y espiritual hacia el paciente, pero si el enfermero logra conjugar estas tres variables (reconocimiento humano del paciente), logra ser positiva en el proceso de adaptación del enfermo y disminución del estrés.



**APORTES DE CONTENIDO:** los aportes son muchos tanto desde las bases teóricas del concepto de la terapia de presencia, como la oportunidad de reflexión y satisfacción al primer objetivo de éste trabajo.

Dentro de los aportes tenemos:

- los pacientes reconocen y valoran a enfermeras que están presentes con sus seres enteros y se armonizan a sus necesidades y preocupaciones. Cuando las enfermeras del cuidado crítico usan la intervención de presencia, los resultados han mostrado que ellos hacen una conexión con el paciente que puede llevar a la identificación más temprana de los problemas de pacientes.
- La terapia de presencia favorece un ambiente afectuoso con el paciente.
- El uso aumentado de tecnología en la UCI, ha favorecido un ambiente deshumanizado en el acto de la presencia del enfermero en la cabecera del paciente,
- Las enfermeras reconocen que la presencia es: “la practica existencial de estar con el paciente”, es el acompañamiento físico, psicológico y espiritual con el paciente.
- Los 50 pacientes adultos describieron las experiencias en que ellos se sentían cuidados por las enfermeras. Se identificaron ocho temas: el reconocimiento de cualidades individuales y necesidades, presencia tranquilizante, la provisión de información, la demostración de conocimiento profesional y habilidad, la ayuda con la dirección de dolor, el tiempo que gastó con el paciente, la promoción de autonomía, y uso de la vigilancia.
- Los pacientes percibieron la responsabilidad de sus enfermeras como significativa; la responsabilidad abarcó conocimiento como especialista y la presencia. Sin embargo también identificaron esa presencia en algunas ocasiones como sólo física, en otras espiritual y con otras una relación metafísica (con mucha energía), que se generó más tranquilidad.
- La investigación que estudia el uso de presencia es difícil, porque el uso de presencia no puede observarse sin obtener la información subjetiva de enfermeras y pacientes. La presencia es un componente de muchas intervenciones o interacciones, y los problemas se levantan intentando destapar los resultados, que son el resultado de la presencia.

- Los efectos que las enfermeras logran con el uso de la presencia incluye el aprendizaje más acertado sobre el paciente, a veces sintiéndose cansadas y con falta de energía, una consecuencia negativa al pasar demasiado tiempo con el paciente y familia.
- Las enfermeras del cuidado crítico, deben usar la presencia en todas sus interacciones con los pacientes, deben evitar ser percibidas por los pacientes y sus familias como emocionalmente distantes ó de estar allí "sólo porque es parte de su trabajo".
- La presencia indica como una intervención es un componente importante del cuidado en todas las escenas. Las investigaciones en la presencia sugieren, que una enfermera afectuosa es una enfermera competente. La enfermera del cuidado crítico competente, sin embargo, no siempre puede incorporar la presencia en el cuidado proporcionado. Las enfermeras del cuidado crítico proporcionan el cuidado a los pacientes y sus familias que están enfrentando a condiciones vida-amenazantes. Los pacientes y sus familias se sienten más seguros cuando las enfermeras están totalmente presentes, esto manifestado por la competencia, atención, preocupación, y disponibilidad.

## **ARTÍCULO 8**

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**TÍTULO:** Nurses Pray: Use of Prayer and Spirituality as a Complementary Therapy in the Intensive Care Setting, (Enfermeras Oran: El uso de Oración y Espiritualidad como una Terapia Complementaria en la Escena del Cuidado Intensivo).

**AUTOR:** Holt-Ashley, Mary.

**AÑO:** Febrero 2000.

**LUGAR:** Houston, Texas, (Estados Unidos)

**IDIOMA:** Inglés

**MEDIO DE PUBLICACIÓN:** Revista American Association of Critical-Care Nurses (Revista de la asociación americana de enfermeras en cuidado crítico) Volumen 11(1), Febrero 2000, pp 60 – 67.

### **INFORMACIÓN METODOLÓGICA**

**TIPO DE DISEÑO:** estado del arte, descriptivo

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** 3 estudios descriptivos

**TÉCNICA ESTADÍSTICA:** No refleja que método utilizó para la elección de los artículos, pero se infiere de los resultados como descriptiva con técnica numérica de medidas de tendencia central, se apoya de gráficas tipo histograma.

### **HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN**

**NIVEL DE INTERPRETACIÓN:** los resultados alcanzan un nivel de interpretación 4 (Revisión en busca de evidencias), durante el recorrido del artículo se hace evidente la revisión histórica que hacen del trabajo, así como la referencia de varios estudios en Europa y Norteamérica, para tratar de una forma clara y no sesgada el concepto y valor de la oración como medida terapéutica con el paciente ingresado en la unidad de cuidado intensivo y como de una forma altruista que el grupo de enfermería puede facilitar esta medida e incluso promulgarla como parte del cuidado del paciente crítico haciendo más humana la interacción enfermero - paciente.

**APORTES DE CONTENIDO:** el artículo no solo alimenta el marco teórico, además ofrece elementos de respuesta al primer objetivo de la investigación, ofreciendo una alternativa de terapia emocional con el paciente en la unidad de cuidado intensivo como lo es la oración.

Dentro de los resultados está:

- Un estudio concluyó que la mayoría de las personas buscan los tratamientos alternativos, no porque ellos estén descontentos con la medicina convencional, si no porque ellos identifican estas alternativas como parte de sus propios valores de salud y creencias.
- Los pacientes experimentan más naturaleza, un ser superior; alegría, esperanza, paz; y un sentido de propósito en sus vidas y en las situaciones que ellos experimentan.
- La fe puede tener un efecto enorme en los estilos de vida y perspectiva en lo que se refiere a la salud.
- Las prácticas espirituales incluyen la oración, meditación, y lectura de materiales espirituales. La mayoría de las personas. Algunos comprometen en las prácticas espirituales prevenir y tratar la enfermedad.
- El poder de oración no puede infravalorarse. Se conectan cuerpo, mente, y espíritu a nosotros. En el estudio se informó que 25% de los participantes usaron la oración para cubrir sus enfermedades.
- Puntos a considerar en el cuidado espiritual:
  - \* iniciar el día con una oración.
  - \* Trabajar indeterminadamente con su paciente.
  - \* considerar El toque durante las interacciones.
  - \* Identifique la oración favorita del paciente.
  - \* Sea generoso con el silencio.
  - \* Guarde las oraciones.
  - \* Reconozca el espíritu en todos.

Una enfermera que desea orar para un paciente debe pedir el permiso. Como con cualquier tratamiento o intervención, la enfermera lo discute con el paciente, si el paciente está comatoso se debe esperar a la familia, para solicitar apoyo.

Cuando las necesidades espirituales de pacientes se satisfacen, ellos avanzan en el continuo hacia el bienestar. Las enfermeras que poseen la perspicacia espiritual, pueden reunir los rigores de UCI, que alimenta la confianza. El desafío queda en la práctica de enfermeras con iniciativa para madurar espiritualmente y puedan ofertar un apoyo más nutrido a los pacientes y familias. como una práctica complementaria que favorece la adaptación y mejoramiento psicológico del paciente crítico.

## **ARTÍCULO 10**

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**TÍTULO:** Síndrome confusional agudo en UCI: implicaciones para la enfermería  
**AUTOR:** Guiomar Sánchez Fernández  
**AÑO:** Junio 2001  
**LUGAR:** España  
**IDIOMA:** Español  
**LUGAR DE PUBLICACIÓN:** Revista Electrónica de Medicina Intensiva  
Artículo nº 147. Vol 1 nº 6.

### **INFORMACIÓN METODOLÓGICA**

**TIPO DE DISEÑO:** Estudio descriptivo

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** 243 pacientes ingresados en una UCI polivalente, durante 6 meses.

**TÉCNICAS ESTADÍSTICAS:** Tipo descriptivo, con técnica numérica de medidas de tendencia central.

### **HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN**

**NIVEL DE INTERPRETACIÓN:** el nivel de interpretación de los resultados obtenidos en el artículo es el 3 (Formulación de relaciones tentativas), el equipo sanitario compara la intervención de enfermería en relación con el uso de fármacos para controlar el síndrome confusional agudo del paciente en la unidad de cuidado intensivo, medidas como favorecer el ambiente de la unidad, hablar con él o incluir a la familia, resultaron favorables a la hora del control del paciente.

**APORTES DE CONTENIDO:** Los resultados del artículo alimenta las expectativas del primer objetivo de éste trabajo, a pesar que de toda la población, la muestra resulta un tanto pequeña, los resultados obtenidos se convierten en grandes alternativas de intervención con los pacientes en la unidad de Cuidado Intensivo.

- El grado de confusión se clasificó en: Desorientación; Agitación; y Agresividad.
- Es más frecuente el síndrome confusional en pacientes ubicados en cubículos abiertos, que en habitaciones cerradas.
- El síndrome confusional agudo es más frecuente en la tarde y la noche.
- La actitud de la enfermería ante los casos de SCA (síndrome confusional agudo) consistió en procurar orientar al paciente en tiempo y espacio, reducir el ruido ambiental y los estímulos luminosos, así como aumentar la presencia del personal de enfermería y la familia.
- El SCA es frecuente en una UCI polivalente. Los resultados del estudio sugieren que la intervención por parte del personal de enfermería es eficaz en reducir la necesidad de utilizar fármacos para el control del SCA. El manejo de los pacientes con SCA requiere un elevado nivel de atención y cuidados por parte del personal de enfermería que no siempre está en condiciones de ofrecer.

## **ARTÍCULO 16**

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**TÍTULO:** Identificación clínica de estresores, percibidos por pacientes sometidos a ventilación mecánica, (Clinical Management of Stressors Perceived by Patients on Mechanical Ventilation).

**AUTOR:** Thomas, Loris A.

**AÑO:** Febrero 2003

**LUGAR:** Florida (Estados Unidos).

**IDIOMA:** Inglés

**MEDIO DE PUBLICACIÓN:** American Association of Critical-Care Nurses (Revista de la asociación americana de enfermeras en cuidado crítico) Volumen 14(1), February 2003, pp 73-81.

### **INFORMACIÓN METODOLÓGICA**

**TIPO DE DISEÑO:** Descriptivo, estado del arte

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** 24 artículos, 2 disertaciones doctorales, 31 tesis de 1986 al 2001.

**TÉCNICAS ESTADÍSTICAS:** Estadística descriptiva con técnica numérica de medidas de dispersión y medidas de tendencia central.

### **HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN**

**NIVEL DE INTERPRETACIÓN:** La revisión alcanza un nivel 4 de interpretación de los resultados (Revisión en busca de evidencias), a aunque en el artículo no se alcanzan apreciar todos los resultados, y tampoco es claro la técnica que se consideró para la elección de los artículos, resulta de gran valor los resultados propuestos, en la revisión sería realizada por la ACCN (asociación americana de enfermeras en cuidado crítico) y la ATS (sociedad torácica Americana). Ofreciendo 4 cuatro propuestas, con resultados en la aplicación de técnicas de terapia alternativa en la disminución del estrés a pacientes sometidos a ventilación mecánica en una unidad de cuidado intensivo, además la sugerencia de incluir estas técnicas en la práctica del cuidado del paciente, así como probarlas y demostrar resultados en diferentes grupos de población en estado crítico hospitalizados.

## **APORTES DE CONTENIDO**

Los resultados obtenidos del artículo, responden a las inquietudes planteadas en el primer objetivo de este trabajo, dentro de los resultados proponen:

Intervenciones que disminuyen los niveles de estrés a pacientes en ventilación mecánica en la UCI:

- = Técnica de hipnosis y terapia de relajación, es efectiva: en pacientes que han durado bajo ventilación mecánica más de 20 días, en algunos con enfermedad pulmonar restrictiva crónica y en otros que a pesar de las técnicas de destete ventilatorio no se logró la extubación.
- = Educación al paciente: ofreciendo seguridad, durante la explicación del procedimiento, así mismo la comunicación con la familia.
- = Terapia de música: como terapia de relajación en algunas horas del día, así mismo para disminuir la tensión, normalizar signos vitales y prepararlos para un apoyo ventilatorio con mayor tranquilidad.
- = Terapia de contacto o terapia de toque: así como la comunicación verbal, para disminuir los niveles de estrés.

Finalmente se debe procurar la intervención de estrategias eficaces para reducir la tensión de los pacientes sometidos a ventilación mecánica, logrando un soporte óptimo o la práctica efectiva de un destete ventilatorio.



## **ARTÍCULO 20**

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**TÍTULO:** Implantación de un programa educativo a pacientes con cardiopatía isquémica en la UCI

**AUTOR:** Begoña Sánchez Fernández, Ángeles Marqués García, Aurora Rodríguez Cabero, Rosa Refojo Rodríguez, Ana Isabel Gómez Rodríguez.

**AÑO:** Mayo 2005.

**LUGAR:** Bierzo (España).

**IDIOMA:** Español

**MEDIO DE PUBLICACIÓN:** Revista Excelencia enfermera N<sup>o</sup> 6 mayo 2005

### **INFORMACIÓN METODOLÓGICA**

**TIPOS DE DISEÑO:** El diseño del estudio es experimental, prospectivo.

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** El número total fue de 139 pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica de los que 70 pertenecen al grupo control y 69 al experimental.

**TÉCNICA ESTADÍSTICA:** descriptiva, con técnica numérica de medidas de tendencia central.

### **HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN**

**NIVEL DE INTERPRETACIÓN:** el nivel de interpretación de los resultados alcanzados es de 3 (. Formulación de relaciones tentativas), ofrecen la posibilidad de iniciar un programa de información no demasiado amplio que se pudiera llevar a cabo en los 3 días de estancia en la UCI y de esta manera, despertar en los pacientes con coronariopatías el interés por responsabilizarse de su salud y bienestar, demostrando resultados significativos que ofrecen la inquietud de continuar este mismo programa con otros pacientes en otras unidades y publicarlos con fines de conocimiento y construcción de protocolos.

**APORTES DE CONTENIDO:** los resultados satisfacen el primer objetivo de investigación, dentro de los aportes logrados:

- A la hora de recibir información, las cosas que les parecen más importantes saber son por este orden:  
Saber la causa de su enfermedad (83%).  
Conocer los factores de riesgo (74%).  
Cuándo reanudar su vida anterior (33%).  
Cómo puede afectar al sexo su patología (11%).
- De los objetivos que nos propusimos, sólo el primero de ellos “aumentar el nivel de conocimientos (sobre la actividad sexual, sobre qué es un infarto y una angina o qué hacer ante un nuevo episodio de dolor)” se consiguió con diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Creemos que sólo por esto ya mereció la pena el trabajo realizado.
- Respecto al objetivo de disminuir el nivel de ansiedad, no encontramos diferencias entre los dos grupos. Todos los estudios que manejamos dejan claro que la información mejora el nivel de ansiedad. ¿Por qué nosotros no logramos este objetivo? Se podría analizar desde varios enfoques:
  1. En la mayoría de estudios, la aplicación de la escala STAI de ansiedad rasgo-estado se llevó a cabo con universitarios o personas con un nivel cultural medio-alto. En nuestro estudio la edad de los participantes era avanzada y a la vez eso implicaba en la mayoría de casos un nivel cultural bajo o incluso analfabetismo, lo que nos llevaba a tener que leerles los ítems de la escala y rellenarla, con la consiguiente contaminación de las respuestas, involuntaria por nuestra parte pero inevitable al tener que explicar los ítems o poner ejemplos.
  2. Otro punto a valorar sería si la escala STAI sería la idónea. Nosotros así lo consideramos tras observar que era la más utilizada para medir la ansiedad. Incluso algunos autores proponen un método abreviado cuya base es el STAI que se correlaciona perfectamente con la aplicación completa de la escala. Pero volviendo a lo anterior, podría ser que nuestros pacientes no fuesen la población adecuada para esta escala en vista de los resultados.

3. La toma de ansiolíticos de forma protocolizada por parte de los dos grupos podría haber influido hasta el punto de alterar la escala de ansiedad. los pacientes necesitan más y mejor información acerca de sus procesos patológicos. Algunos pacientes del grupo control, el mero hecho de pasarles la encuesta (sin darles información estructurada) ya les servía de "terapia" (según sus propias palabras). Aun cuando no se detectaron estadísticamente diferencias significativas entre el grupo control y el experimental acerca de la ansiedad, seguimos creyendo que la información influye sobre los niveles de ansiedad del paciente.
4. La toma de ansiolíticos de forma protocolizada por parte de los dos grupos podría haber influido hasta el punto de alterar la escala de ansiedad.
5. los pacientes necesitan más y mejor información acerca de sus procesos patológicos. Algunos pacientes del grupo control, el mero hecho de pasarles la encuesta (sin darles información estructurada) ya les servía de "terapia" (según sus propias palabras).
6. Aun cuando no se detectaron estadísticamente diferencias significativas entre el grupo control y el experimental acerca de la ansiedad, seguimos creyendo que la información influye sobre los niveles de ansiedad del paciente.

## **ARTÍCULO 21**

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**TÍTULO:** Reducción del impacto emocional en pacientes que ingresan en unidades coronarias.

**AUTOR:** Andrea del Pilar Pérez Dinamarca

**AÑO:** 2005.

**LUGAR:** Vizcaya (España)

**IDIOMA:** Español

**MEDIO DE PUBLICACIÓN:** Evidentia 2005 enero-abril; 2(4). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/93articulo.php>

### **INFORMACIÓN METODOLÓGICA**

**TIPO DE DISEÑO:** Estudio descriptivo comparativo en dos fases una con el paciente y otra con la familia.

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** Primera fase 562 pacientes y de la segunda fase 70 familiares de pacientes.

**TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA EL ANÁLISIS:** descriptivo con técnica numérica de medidas de tendencia central

### **HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN**

**NIVEL DE INTERPRETACIÓN:** los resultados alcanzados en el artículo en sus dos fases, alcanzó un nivel de interpretación 3 (. Formulación de relaciones tentativas), Aunque por su diseño y metodología se dice que no hay evidencias suficientes para la adopción de las recomendaciones derivadas de estos estudios, es obvio que no es esta la posición a adoptar.

Los estudios que se resumen en este comentario son especialmente importantes para la práctica por varios motivos: atiende el derecho de información a la familia,

define un nivel de competencia de la enfermera en el proceso de cuidados, entiende que la información es un servicio que produce beneficios y mide resultados del proceso de implementación de una intervención en la que la enfermera tiene un rol determinante.

Los hallazgos de este estudio pueden ser utilizados para la toma de decisiones en el proceso de cuidados y existe una evidencia racional aceptable para considerar su uso:

¿Tiene el protocolo de acogida, un efecto sobre el paciente y la familia?

Es necesario proporcionar evidencias sobre los resultados de salud medidos en los usuarios, tanto a partir de programas de implementación desarrollados en nuestro medio como a partir de resúmenes de evidencias.

**APORTES DE CONTENIDO:** los aportes llegan a satisfacer las inquietudes planteadas en el primer objetivo de ésta revisión, entre los resultados alcanzados en las dos fases del estudio están:

- La implantación de un protocolo de enfermería, orientado a crear un ambiente tranquilo, agradable, de seguridad y confianza al ingreso en una unidad coronaria, disminuye el impacto emocional que genera en paciente y familia.

#### **RESULTADOS GRUPO EXPERIMENTAL VS GRUPO CONTROL**

VARIABLES	Grupo experimental. Aplicación protocolo	Grupo control. Sin protocolo
Miedo	38%	47%
Incomodidad	23%	35%
Inseguridad	8%	19%
Hostilidad	8%	12%
Estrés bajo	70%	64%
Estrés alto	24%	66%
Estrés muy alto	6%	10%

\*sólo nos ofrecen datos porcentuales.

Los efectos negativos del ingreso en la unidad fueron medidos usando la escala analógica visual de Scott- Hutskinson, utilizada en los ensayos clínicos para la medición de variables cualitativas subjetivas

- Conocer el grado de satisfacción y el nivel de información que tienen los familiares tras una acogida protocolizada. Crear una guía informativa propia y elaborar un protocolo de acogida
- Se vislumbra que la guía informativa es adecuada en su contenido y satisface las necesidades de información de las familias. Queda de manifiesto la importancia de la información a la familia pudiendo ser definida como una necesidad básica de ésta.

Los protocolos de acogida actúan como un recordatorio de que debemos presentarnos al paciente y/o familia, decirle dónde está, en qué planta, cuestiones como la información telefónica, nos guía cómo debemos hablar y con qué tipo de frases -esas cosas que solemos olvidar, o que damos por hecho o pensamos que no son necesarias

## ARTÍCULO 22

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

**TÍTULO:** O significado da cirurgia cardíaca e do toque na perspectiva de pacientes internados em UTI. (El significado de la cirugía cardíaca y del toque en la perspectiva de pacientes internados en UCI).

**AUTOR:** BRANDÃO, Edna de Souza Batista; BASTOS, Maria Regina de Carvalho Melo; VILA, Vanessa da Silva Carvalho.

**AÑO:** 2005

**LUGAR:** UCI del Hospital de las Clínicas de al Universidad Federal de Goiás, en el periodo de julio hasta agosto de 2001.

**IDIOMA:** Portugués

**MEDIO DE PUBLICACIÓN:** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 03, p. 278 - 284, 2005. Disponible en <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

### INFORMACIÓN METODOLÓGICA

**TIPO DE DISEÑO:** Estudio de tipo descriptivo, con abordaje cualitativo.

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** 11 pacientes en post operatorio de cirugía cardíaca, hospitalizados en UCI del hospital Clínicas de al Universidad Federal de Goiás, en el periodo de julio hasta agosto de 2001.

**TÉCNICAS ESTADÍSTICAS:** estadística descriptiva, bajo observación y aplicación de entrevistas semi - estructuradas.

### HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

**NIVEL DE INTERPRETACIÓN:** los resultados obtenidos alcanzan un nivel de interpretación 4 (Revisión en busca de evidencias), las autoras, no sólo proponen en los resultados soluciones de control de la ansiedad y temor a los pacientes críticos, además hacen una reflexión acerca de otros estudios y la inclusión de los escritos de otros autores enfermeros que fortalecen la línea de conceptualización de estrategias alternativas como la terapia de "toque" como actividad de intervención con el paciente en estado crítico.

APORTES DE CONTENIDO: los aportes de contenido de éste artículo, van dirigidos a la construcción del marco teórico y satisface la propuesta del primer objetivo de éste trabajo, dentro de los aportes están:

- Los informantes demostraron la fragilidad del ser humano frente a una situación de riesgo. BARBATO en (1982), que más de un cuarto de los pacientes internados con problemas cardiacos, refieren angustia, ansiedad y miedo de morir como los mayores problemas psico – socio – espirituales. La mayoría de los pacientes internados en la UCI, temen por su vida vulnerada y amenazada.
- Es importante que un equipo multiprofesional, comprenda que cada paciente trae consigo sus propias fantasías acerca de la experiencia quirúrgica, siendo fundamental dar atención a los aspectos emocionales de los pacientes y familiares, para facilitar el enfrentamiento desde el momento de angustia y sufrimiento. Nuestra perspectiva o papel de enfermería, deben estar dirigido al cuidado afectivo y al confort, instrumentos necesarios para aliviar el dolor, miedo y sufrimiento.
- MACIEL (1996), afirma que dentro de los procedimientos técnicos que incomodan al paciente está la entubación traqueal, siendo destacada por los pacientes como la que con más frecuencia trae desconfort. La sobrecarga sensorial tiene una repercusión importante durante el post – operatorio, el paciente podrá presentar síntomas como: pérdida de percepción del tiempo y espacio, tedio, ansiedad, miedo y agitación, (HUDAK Y GALLO, 1997).
- WALDOW (1998), afirma que el abordaje cariñoso, interesado, respetuoso, con esclarecimiento y educación al paciente, constituyen en elementos clave para la tranquilidad, seguridad, confianza, colaboración y aceptación del cuidado. SILVA (2000), resalta que los mismos pacientes en estado crítico relatan que los problemas sentidos por ellos y sus expectativas en relación al equipo de enfermería van más en el área expresiva, que en la instrumental: piensan en la separación de la familia, el ambiente desconocido y agresivo, la ruptura de los hábitos alimenticios, el irrespeto y la falta de privacidad, la falta de atención individualizada. Se observa además que a pesar de referir miedo, incomodidad y cansancio de estar en la UCI, los informantes mencionan aspectos positivos como por ejemplo sensación de seguridad, y serenidad por los cuidados del equipo multiprofesional.



BARCELLOS & CAMPONAGRA (2001), refuerzan la importancia del papel del enfermero, aclarando que este papel va de mutuo acuerdo con el cuidado técnico. Hay una alianza en el compromiso del cuidado humano y solidario, las bases de ese cuidado, residen en la cooperación y las explicaciones que orientan al paciente a la educación, cuidado y explicación para cada procedimiento técnico, más las palabras estimulantes y el toque afectivo.

- Observamos que los informantes sentirán un impacto de la tecnología utilizada durante el post operatorio de la cirugía cardíaca como una experiencia desgastante y difícil, más al mismo tiempo resaltan la proximidad al cariño que reciben y que ciertamente ejerce un efecto benéfico en su recuperación.
- En la UCI, se precisa el uso de los recursos tecnológicos, cada vez más avanzados, pero es de los profesionales derivar y aclarar que una máquina, jamás sustituirá la esencia humana (SILVA, 2000).
- Observamos que los pacientes requieren de un "toque". Atención y cariño, ese cuidado aumenta la autoestima, reduce la ansiedad, pues se fundamenta la atención en la persona y no solamente en su dolencia, percibimos entretanto que la comunicación es un proceso en el cual compartimos no sólo ideas, si no además imágenes, sentimientos y mensajes, por eso la mayoría de los pacientes puede percibir la terapia de contacto de una forma amorosa y afectiva.
- Aseguramos que el toque afectivo aliado con un instrumento, será capaz de viabilizar y mejorar el cuidado, principalmente en la UCI, el cual está permeado por un sufrimiento físico y emocional para quien cuidada como para quien es cuidado, así mismo estaremos calificando, atendiendo y contribuyendo para la humanización del cuidado en la UCI.
- Este trabajo no pretende agotar el tema acerca de la comprensión del toque en la perspectiva de los pacientes de post operatorio de cirugía cardíaca, entretanto pretende estimular la realización de nuevos estudios y motivar a los profesionales que actúan en terapia intensiva, en especial al equipo de enfermería a adoptar el toque como un instrumento para cuidar de pacientes y familiares, rescatando el real sentido de cuidar por medio del amor y la empatía.

## **ARTÍCULO 23**

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**TÍTULO:** Necesidades de las personas ingresadas en UCI.  
**AUTOR:** Fernández Molina, Nuria  
**AÑO:** Junio 2006  
**LUGAR:** Hospital de Galdakao (Bizkaya, España)  
**IDIOMA:** Español  
**MEDIO DE PUBLICACIÓN:** Revista Metas enfermería 9 volumen (5): pag 19-26.

### **INFORMACIÓN METODOLÓGICA**

**TIPO DE DISEÑO:** Estudio descriptivo de tipo cualitativo

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** Quince personas, cuatro de ellas enfermeras, cuatro familiares de personas ingresadas y siete personas hospitalizadas.

**TÉCNICA ESTADÍSTICA:** Técnica descriptiva, con el uso de la entrevista en profundidad, con técnica numérica de medidas de tendencia central.

### **HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN**

**NIVELES DE INTERPRETACIÓN:** el nivel de interpretación de los resultados obtenidos en el artículo es el 3 (Formulación de relaciones tentativas), a pesar de ser un estudio corto, con muestras desiguales, la confrontación de las necesidades de los pacientes de la UCI, lo percibido por las familias y lo visto por el grupo de enfermería, permite formular propuestas de gran importancia en el proceso de atención del cuidado del paciente en estado crítico.

**APORTES DE CONTENIDO:** Los resultados propuestos en el artículo, fortalecen el primer objetivo de éste trabajo, proponiendo situaciones como:

- Dentro de las vivencias referidas por los pacientes, están el miedo (ante la muerte, a la incertidumbre y al futuro), la falta de control de sí mismos, la demanda vivida como molestia y la preocupación por la familia.
- En cuanto a las necesidades, han resultado la de comunicación (necesidad de relacionarse, de actividades recreativas y de información), la necesidad de personalización (el trato y el espacio físico), la necesidad de seguridad (la confianza en los profesionales sanitarios y en la tecnología) y por último, la necesidad religiosa.
- Conclusiones: existe una íntima relación entre las vivencias y las necesidades que requieren los pacientes en UCI, resumidas en intervención desde una perspectiva holística de respeto y entendimiento hacia las personas.

## FICHAS DESCRIPTIVAS SEGUNDO OBJETIVO

### ARTÍCULO 9

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

**TÍTULO:** La familia del paciente internado en la unidad de cuidados Intensivos  
**AUTORES:** María Cristina de Albístur, Juan Carlos Bacigalupo, Jorge Gerez, Mónica Uzal, Alejandro Ebeid, Mónica Maciel, Juan José Soto.  
**AÑO:** 2000  
**LUGAR:** Uruguay  
**IDIOMA:** Español  
**MEDIO DE PUBLICACIÓN:** Revista médica Uruguay 2000, 16: 243 – 256

#### INFORMACIÓN METODOLÓGICA

**TIPO DE DISEÑO:** estudio prospectivo, longitudinal, observacional, cuanti - cualitativo.

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** 94 familias, 320 personas en total, en una relación de (3:4) familiares por paciente.

**TÉCNICA ESTADÍSTICA:** Estadística de tipo descriptivo con uso de histogramas, con técnica numérica de medidas de dispersión; Algunas variables fueron manejadas chi cuadrado, fisher, intervalo de confianza y riesgo relativo.

#### HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

##### NIVEL DE INTERPRETACIÓN:

El artículo alcanza el nivel 3 de interpretación (donde se formulan relaciones tentativas entre variables), consideraron elementos básicos, como para establecer cuál es la actitud, conducta y sentir de las familias frente a determinadas situaciones; cuáles eran sus preocupaciones y si se interesaban por el futuro del paciente; cuáles las vivencias, expectativas y opiniones sobre la atención en la Unidad y sobre los espacios físicos (salas de informe médico y de espera); si comprendían lo expresado por el médico que informa a la familia, si quedaban conformes con la información; si buscaban averiguar más y por qué, y la opinión sobre la atención psicológica. Estas variables en intervención familiar resultan importantes, atendiendo a la premisa, donde al intervenir sobre la familia se esta haciendo atención indirecta a el paciente crítico, ya que se entiende el binomio familia – paciente como una unidad indisoluble.

## **APORTES DE CONTENIDO:**

El estudio resulta de gran ayuda a fortalecer la inquietud de la intervención en la familia del paciente crítico como un abordaje terapéutico indirecto sobre el bienestar del binomio familia – paciente, además de mostrar diferencia frente a otros estudios donde solicitaban una participación más activa con el paciente, en este estudio queda claro la solicitud de necesidad de comunicación y apoyo emocional por parte del equipo sanitario, como estrategia para aliviar sus sentimientos de desasosiego, temor y angustia, algunos datos de aporte son:

“La familia es el agrupamiento social predominante; está legalmente constituida en su mayoría y reducida a su expresión mínima: familia nuclear. En su mayoría no tenían experiencia previa de internación de un integrante en la UCI.

La familia sufre de angustia. Ello se explica por la inseguridad y la inestabilidad que surge frente a la posibilidad de muerte de un integrante del grupo, con el consiguiente desamparo afectivo y económico, que lleva a la mitad de ellos a concurrir sólo al informe médico y a las visitas, alejándose así del hospital para conservar el sustento económico”.

“La entrevista psicológica encontró que dentro de una misma familia pueden existir el pensamiento lógico y el mágico. Incluso a nivel de razonamiento se aprecian contradicciones en especial al hablar de la calidad de sobrevivida, donde 69% expresó que “deseaban llevar a su familiar a casa pero con calidad de vida” y un bajo porcentaje que lo querían “no importaba como quedara”.

“Casi todos (97%) expresaron preocupación por el posible sufrimiento físico y emocional del paciente. Este es percibido separado del grupo, sólo y lejos de su familia. Está con el conocedor de “ciencia y tecnología” (el médico), quien dispone lo que se hace con él y cómo se hace y quien lo cuida y protege para que sobreviva”.

“Del diálogo libre con la familia surge que ésta desconoce lo que se hace y lo que se decide en la UCI. Fantasea sobre la situación acerca de la enfermedad, imaginándola como una amenaza a su integridad emocional. En la casi totalidad de las familias, el “miedo a no saber qué hacer”, cuando entran a la Unidad en el horario de visita, les lleva a solicitar apoyo y orientación. El grupo familiar percibe a la UCI como un lugar donde se concentra la máxima tecnología y donde existen dos fuerzas en oposición: por un lado, el paciente en el límite entre la vida y la muerte y, por otro, el médico que quiere salvarle la vida. Curiosamente no transmiten que perciban la existencia de un equipo de salud. Para ellas la figura principal de la UCI es el médico que da los informes y en él depositan sus expectativas”.

“Dado que las familias se comportan con homogeneidad y se expresan a través de uno o dos emergentes, es posible enfocar la atención en un solo interlocutor. Los familiares que emiten señales no verbales de inquietud pueden indicar falta de comprensión, negación y represión. Es útil insistir en que la intención es aclarar las dudas sin importar el tiempo que esto insuma y dejar claro que se reconoce la necesidad y el derecho a estar informado”.

“Las familias se tranquilizan si se les explica que todos los recursos razonables se están utilizando y que ahora resta esperar la respuesta del enfermo. Cuando es posible y corresponde, compartir frases de esperanza allana el camino de la comunicación. La mayoría de los familiares esperan honestidad y sinceridad. Tratándose de un área donde la mortalidad es de 25%, es útil introducir el concepto “muerte” sin eufemismos, en el momento adecuado y con mucha claridad”.

“Un paciente gravemente enfermo involucra una fuerte conmoción social fuera del ambiente clínico, y la UCI toma contacto y se involucra desde el principio. Para profundizar en los mecanismos que se ponen en juego en estas circunstancias parece adecuado ampliar nuestros conocimientos sobre psicología práctica. Necesitamos utilizar instrumentos racionales en los que podamos confiar, ya sea que estén basados en evidencia o en sólidos argumentos de experiencia o de autoridad. Al exponer el presente trabajo sometemos esta línea de pensamiento a consideración de nuestra colectividad médica”.

## **ARTÍCULO 11**

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**TÍTULO:** Estrategia de cambio para la implantación de un nuevo modelo de visita abierta en la unidad de cuidados intensivos (UCI).  
**AUTORES:** Segarra Perramon T, Camps Toldrá D, Mármol Cubillo MJ, Mingo Vallés P, Guirado Alaiz M.  
**AÑO:** 2002.  
**LUGAR:** Barcelona (España).  
**IDIOMA:** Español  
**MEDIO DE PUBLICACIÓN:** Libro de comunicaciones de XXX congreso de la sociedad Española de enfermeros en cuidados intensivos

### **INFORMACIÓN METODOLÓGICA**

**TIPO DE DISEÑO:** Estudio descriptivo con opinión de enfermeros de la UCI

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** 180 pacientes dados de alta en una unidad de cuidado intensivo entre 1 de enero del 2002 y 31 de diciembre del mismo año, además de un grupo de 25 enfermeras que trabajan en la UCI.

**TÉCNICA ESTADÍSTICA:** Estadística de tipo descriptivo, con técnica numérica de medidas de tendencia central.

### **HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN**

**NIVEL DE INTERPRETACIÓN:** el artículo alcanza un nivel 3 de interpretación (formula relaciones tentativas), mostrando como estrategia de intervención terapéutica el aumento en tiempo, número de las visitas y la libre elección del familiar del cual quiere ser acompañado en la unidad de cuidados intensivos, como estrategia, en la disminución del estrés tanto del paciente, familia y así mismo del personal sanitario que labora en la UCI.

**APORTES DE CONTENIDO:**

los resultados del estudio, conforman un elemento para fortalecer el marco del segundo objetivo de este trabajo, emitiendo sugerencias como: La necesidad más importante para la familia es:

Dar satisfacción al enfermo, a su vez el personal sanitario, reiteró: La nueva organización de visitas que potenciara la permanencia continua del acompañante designado por el enfermo, se conseguiría un efecto beneficioso, tanto para el enfermo como para el personal, sin disminuir la satisfacción del usuario.

Es importante recordar que el enfermo tiene derecho a opinar sobre quien quiere de acompañante y queda demostrado que a los profesionales no les incomoda trabajar con el acompañante que designa el enfermo en la UCI.



## **ARTÍCULO 12**

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**TÍTULO:** Necesidades de contacto familiar en el paciente quemado, ingresado en la unidad crítica cerrada.

**AUTOR:** Barrio Cadiñanos I, González Hernández MA, Martín Morente E.

**AÑO:** 2003

**LUGAR:** Madrid (España).

**IDIOMA:** Español

**MEDIO DE PUBLICACIÓN:** Libro de comunicaciones de XXX congreso de la sociedad Española de enfermeros en cuidados intensivos

### **INFORMACIÓN METODOLÓGICA**

**TIPO DE DISEÑO:** Estudio descriptivo

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** 50 pacientes de la unidad de cuidados intensivos.

**TÉCNICA ESTADÍSTICA:** Estadística descriptiva con técnica numérica de tendencia central.

### **HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN**

**NIVEL DE INTERPRETACIÓN:** el estudio alcanza el nivel 3 de interpretación (formulación de relaciones tentativas) donde no sólo expone las necesidades del paciente en estado crítico respecto a el mayor contacto con la familia, además mide la presencia de infecciones y el nivel de entendimiento acerca del aislamiento del paciente crítico quemado.

**APORTES DE CONTENIDO:** a pesar de ser un estudio corto y con poca población satisface la propuesta del objetivo 2 del presente trabajo, a su vez propone: El 96% de los pacientes entrevistados valora como muy positiva la presencia de su familia dentro de la habitación durante un corto periodo de tiempo, lo esperan como algo que rompe la rutina, mejora su estado de ánimo y consideran la confidencialidad factor indispensable en la relación con sus familiares. Finalmente, se puede concluir que: “La entrada de un familiar a la unidad mejora perceptiblemente el estado de ánimo del paciente y con las medidas oportunas, no representa un riesgo para él”.

## **ARTÍCULO 13**

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**TÍTULO:** Detección de necesidades percibidas y niveles de ansiedad en familiares de pacientes adultos ingresados en cuidados intensivos.

**AUTOR:** Gómez Calcerrada Pérez P.

**AÑO:** 2003.

**LUGAR:** Alicante (España).

**IDIOMA:** Español

**MEDIO DE PUBLICACIÓN:** Libro de comunicaciones de XXX congreso de la sociedad Española de enfermeros en cuidados intensivos

### **INFORMACIÓN METODOLÓGICA**

**TIPO DE DISEÑO:** Estudio descriptivo transversal.

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** 62 familiares de pacientes entre 1 de marzo del 2003 al 30 de abril del mismo año.

**TÉCNICA ESTADÍSTICA:** Estadística descriptiva con técnica numérica de tendencia central y medidas de dispersión.

### **HERRAMIENTA DE REFLEXIÓN**

**NIVEL DE INTERPRETACIÓN:** se evidencia un nivel de interpretación 3 (formula relaciones tentativas), se aplicaron escalas de rasgo y personalidad que permiten determinar el nivel de estrés de los familiares y/o acompañantes del paciente en estado crítico, por lo cual surgen conclusiones como: bienestar del paciente a partir de la intervención activa no solamente del equipo sanitario, sino además de la misma familia.

### **APORTES DECONTENIDO:**

Se constituyen en elemento que fortalecen la propuesta del objetivo2 del trabajo, donde se propone: la necesidad más importante: "Estar seguro de que se le está dando al paciente el mejor cuidado posible". Se categorizar en "Información", "Seguridad", "Estar cerca del paciente", "Apoyo-ayuda" y "Confort con el entorno".

La situación que más le genera estrés al familiar del paciente crítico es la necesidad de saber cómo actuar al estar cerca del paciente.

La UCI representa un agente ansiógeno, plausible donde la familia expresa inicialmente necesidades relacionadas con la información y la seguridad.

Los familiares más ansiosos demandan instrucciones para comportarse durante la visita, y no siempre existen.

Esta situación plantea cuestionamientos relacionados con la información sobre el cuidado, la intervención a nivel familiar y la elaboración de una guía/folleto de la Unidad donde intervenga abiertamente la familia con el paciente en estado crítico y el equipo sanitario del mismo.

## **ARTÍCULO 14**

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**TÍTULO:** Satisfacción familiar en un área intensiva municipal.  
**AUTORES:** Lázaro Silva Ramos, Nelson Martínez Martínez.  
**AÑO:** 2003  
**LUGAR:** Bahía Honda (Cuba)  
**IDIOMA:** Español  
**MEDIO DE PUBLICACIÓN:** Revista cubana de medicina intensiva y urgencias

### **INFORMACIÓN METODOLÓGICA**

**TIPO DE DISEÑO:** Estudio prospectivo, descriptivo.

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** 50 familiares de pacientes ingresados a UCI, del 22 de diciembre del 2003, al 5 de julio del 2004.

**TÉCNICA ESTADÍSTICA:** Estadística de tipo descriptivo, con técnica numérica de medidas de tendencia central.

### **HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN**

**NIVEL DE INTERPRETACIÓN:** el artículo alcanza un nivel 3 de interpretación (formula relaciones tentativas), sugiriendo propuestas de intervención con la familia, como modalidad de intervención terapéutica del paciente crítico, favoreciendo la excelencia en la atención del mismo.

**APORTES DE CONTENIDO:** los resultados del estudio, conforman un elemento para fortalecer el marco del segundo objetivo de este trabajo y conclusiones como: “La UCI no es un espacio cerrado en donde la frialdad del deber bien cumplido es suficiente para proporcionar todo el apoyo que necesita un paciente crítico. En este medio la relación médico paciente pierde el carácter hipocrático característico de la misma en condiciones de ausencia de gravedad y se torna en una relación compuesta por tres miembros: paciente, médico y familia, esta última con una gran importancia en el logro de una favorable evolución del primero, siendo por tanto sumamente importante una estrecha comunicación del médico con ella de manera tal que permita disminuir la ansiedad y favorecer el grado de satisfacción tanto de ella como del paciente”.

## ARTÍCULO 15

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. TÍTULO: Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico.
2. AUTORES:
  - Rodríguez Martínez María del Carmen, Rodríguez Morilla Felipe, Roncero del Pino Ángeles, Morgado Almenara María Isabel, Bannik Johannes Theodor, Flores Caballero Luis Juan, Cortés Macías Germán, Aparcero Bernet Luis, Almeida González Carmen.
3. AÑO DE PUBLICACIÓN: Junio del 2003.
4. LUGAR: Sevilla (España)
5. IDIOMA: Español
6. MEDIO DE PUBLICACIÓN: Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias; *Enferm Intensiva* 2003; 14 (3): 61-64.

### INFORMACIÓN METODOLÓGICA

*Objetivo:* Implementación y valoración de un programa de participación familiar en los cuidados del paciente crítico.

#### MANEJO DE LOS DATOS

#### TIPO DE ESTUDIO:

Estudio experimental, longitudinal y prospectivo, de series temporales y grupo de control aleatorio con tres variables dependientes: *paciente, cuidador principal y personal sanitario.*

*Paciente:* estado cognitivo del enfermo evaluado con Minimental State Examination Test.

*Cuidador principal:* niveles de ansiedad estado de los cuidadores principales (STAI).

*Personal:* opinión de las enfermeras sobre los cambios introducidos medidos mediante escala tipo Likert.

#### POBLACIÓN Y MUESTRA:

117 participantes, 49 (grupo control), 49 (grupo experimental), y 19 no válidos.

## TÉCNICA ESTADÍSTICA.

Es un estudio de tipo inferencial, que se propone a probar la hipótesis: “El diseño y la implementación de un programa de participación familiar en los cuidados básicos del paciente crítico, influyen positiva y significativamente en el enfermo, el familiar y los profesionales implicados en él”.

Utilizaron técnica paramétrica, con la aplicación de tres escalas de ansiedad, cada una para el paciente, familia y enfermero, aplicando a los resultados la técnica estadística del error muestral. Y la técnica de T de student.

## HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

### NIVEL DE INTERPRETACIÓN:

El artículo alcanza a llegar al nivel cinco de evidencia, (donde se formulan explicaciones al fenómeno), los autores desarrollan un estudio con la comprobación de una hipótesis, si bien el número de participantes es pequeño, las conclusiones resultan significativas y suponen la importancia de trasladar éste tipo de estudio a otras unidades de cuidado intensivo, con la sugerencia de la aplicación de escalas de ansiedad para la introducción de resultados más objetivos que subjetivos.



**APORTES DE CONTENIDO:**

El artículo, satisface el segundo objetivo del trabajo de investigación, pues plantea como la intervención en el paciente, la familia y el equipo sanitario de la unidad de cuidado intensivo, favorece “Disminución significativa del grado de ansiedad”, en los pacientes críticos, además “No se modifica el estado cognitivo en el grupo experimental frente al grupo control después de la intervención” y revelan como se muestra una “Mejoría progresiva de las creencias del personal de enfermería con respecto a la visita abierta”. Es importante resaltar como ya sea a través de estudios descriptivos e inferenciales se trata de demostrar los beneficios terapéuticos que conlleva la intervención familiar en el cuidado del paciente crítico hospitalizado en UCI.

## ARTÍCULO 17

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. TITULO: Participación familiar en el cuidado del paciente crítico.
2. AUTORES: Torres Pérez I., Morales Asencio JM.
3. AÑO DE PUBLICACIÓN: 2004
4. LUGAR: Andalucía (España)
5. IDIOMA: español
6. TIPO DE ESTUDIO:
7. MEDIO DE PUBLICACIÓN: Tempos vitales revista internacional para el cuidado del paciente crítico, volumen 4, número 1 del 2004

### INFORMACIÓN METODOLÓGICA

#### PROBLEMA:

*¿Beneficia la participación familiar en el cuidado del paciente crítico en términos de bienestar, satisfacción y mejora del sufrimiento?*

#### OBJETIVOS:

1. Identificar áreas de incertidumbre o contradicción en los diversos escenarios clínicos donde la Implicación familiar se presentaba.
2. Establecer un cuerpo de recomendaciones basadas en la mejor evidencia posible o en el consenso que sirviesen para potenciar la participación del ciudadano en el contexto clínico de España.
3. Concretar un marco de colaboración entre instituciones sanitarias, sociedades científicas y colectivos ciudadanos para la mejora en la efectividad de la Implicación Familiar en la toma de decisiones y el desarrollo de ambientes terapéuticos comunes a ciudadanos y profesionales.

## **MANEJO DE DATOS:**

### **TIPO DE DISEÑO:**

Es un estado del arte, con la aplicación del método Delphi, el cual combina el consenso grupal para la elaboración de recomendaciones.

### **POBLACIÓN Y/O MUESTRA:**

19 diez y nueve artículos para la revisión bibliográfica  
11 once panelistas para la elaboración de las recomendaciones

### **TÉCNICA ESTADÍSTICA:**

Es un estudio de tipo descriptivo dividido en dos fases, en la primera a través de un muestreo de tipo probabilístico sistemático, se construyen las dimensiones de las recomendaciones y una segunda fase donde las variables discretas, se representa el nivel de recomendación en (recomendada, dudosa y no recomendada) para la elaboración del consenso.

## **HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:**

### **NIVEL DE INTERPRETACIÓN:**

El artículo alcanza un nivel de interpretación cuatro (revisión en búsqueda de evidencias), porque con él, se permite a partir de un consenso elaborar recomendaciones, por personal sanitario, como elemento para el desarrollo de una futura de guía de manejo con los pacientes, familiares y personal de la unidad de cuidados intensivos.

### **APORTES DE CONTENIDO:**

Este artículo responde al segundo objetivo de éste trabajo, donde la intervención de la familia se constituye en una gran herramienta de apoyo emocional al paciente en estado crítico.

“Las recomendaciones elaboradas por consenso constituyen un avance en un asunto tan controvertido como la participación familiar en el cuidado del paciente crítico, fundamentalmente, porque generan un cuerpo de normalización de la práctica que ayuda a disminuir la variabilidad existente en nuestro sistema sanitario. Así mismo, constituye un aval que puede facilitar la transición desde modelos “cerrados” hacia modelos “centrados en la familia”, proporcionando a los profesionales argumentos y fundamentos para situaciones de incertidumbre. A su vez, abren nuevas vías de investigación de cuestiones sin resolver o que precisan resultados de diseños más sólidos que los hasta ahora realizados”.

## RECOMENDACIONES ELABORADAS POR EL CONSENSO EN LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR POR PARTE DE LOS ENFERMEROS DE ANDALUCÍA, ESPAÑA, 2004.

1	Se define PARTICIPACIÓN FAMILIAR en el cuidado del paciente crítico al proceso por el que uno o varios miembros significativos de la unidad familiar se involucran de forma voluntaria, gradual y guiada por la enfermera responsable del paciente, en el cuidado de su ser querido en función de sus posibilidades y la situación éste. Se diferencia de la visita en que no ocurre de forma ocasional y sujeta a normas generales de la institución, sino que responde a un continuo establecido por el acuerdo entre el paciente, el equipo asistencial y el familiar, individualizado a cada situación, cuya intencionalidad trasciende el mero acompañamiento y pretende la maximización de los posibles efectos beneficiosos derivados de la interacción directa entre seres queridos, sustentándose en el establecimiento de comunicación terapéutica y relación de ayuda.
2	Se entiende por familiar significativo la/s persona/s que mantienen una relación afectiva reconocida por ambos agentes (paciente y familiar), no limitada exclusivamente al vínculo parental
3	La enfermera es el profesional que reúne las condiciones de idoneidad para desempeñar la función de representación del equipo asistencial en materia de participación familiar en los cuidados
4	La PARTICIPACIÓN FAMILIAR es una intervención de carácter progresivo, de manera que la familia puede ir graduando su implicación, a medida que va adquiriendo recursos para ello, tanto internos, como los facilitados por los profesionales sanitarios.
5	El grado de participación familiar será determinado por el deseo del paciente, el familiar significativo y el equipo asistencial
6	En todo paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Críticos deberá identificarse a los familiares significativos que potencialmente deseen asumir el rol de cuidadores principales o de soporte.
7	Esta identificación deberá quedar registrada en la historia clínica del paciente y deberá ser conocida por todos los miembros del equipo o, en su defecto, fácilmente accesible en momentos de necesidad.
8	Entre el/la cuidador/a principal y la enfermera responsable del paciente se establecerá un proceso de comunicación activa y bidireccional que facilite la toma de decisiones compartidas en lo concerniente a los cuidados de su ser querido, negociando los roles de cada uno en todo momento
9	La familia posee recursos que pueden favorecer el bienestar de la persona críticamente enferma. Estos recursos se pueden movilizar mediante la orientación de los profesionales del equipo que atiende a su ser querido.
10	Los recursos potencialmente influenciados de la familia y que son objetivo del equipo sanitario son, fundamentalmente:
11	Conocimiento sobre el proceso y la vivencia esperada de la situación
12	Conocimiento de las intervenciones generales que se le realizarán, para adquirir capacidad de anticipación
13	Mecanismos de afrontamiento en sus dos vertientes: cognitiva y emocional
14	Sentimiento de ayuda al ser querido
15	Los grados de participación pueden escalonarse, en orden ascendente, de la siguiente forma:
16	<u>Motivación</u> : toma de conciencia de la posibilidad de ayuda al ser querido mediante la participación en el cuidado y reflexión sobre la operativización de dicha iniciativa (quién, cómo, cuándo,...)
17	<u>Participación básica</u> : Inicio de la contribución al cuidado en los aspectos que menos demanda, cognitiva y emocional le supongan al cuidador principal. Siempre se individualizarán de acuerdo con las características del paciente y del cuidador.
18	<u>Participación avanzada</u> : Desarrollo de acciones de ayuda más complejas que requieren una intervención educativa específica

**RECOMENDACIONES ELABORADAS POR EL CONSENSO EN LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR POR PARTE DE LOS ENFERMEROS DE ANDALUCÍA, ESPAÑA, 2004 (CONTINUACIÓN)**

19	La familia facilita, a su vez, recursos a los miembros del equipo que aumentan las posibilidades de intervención sobre el paciente.
20	La familia permite conocer quién o cómo era la persona antes de enfermar.
21	Actualizando de forma permanente con su presencia el rol que desempeñaba el paciente en su familia antes de enfermar, convirtiéndolo en fuente de humanización de los cuidados para los miembros del equipo.
22	Proporcionando apoyo en el manejo de situaciones difíciles como estados de agitación, negación, pasividad, estrés elevado o toma de decisiones del paciente.
23	Excepto en las situaciones de afrontamiento familiar incapacitante o en aquellos casos en que haya una manifestación expresa del paciente de no desear la intervención- para hacer efectivo el respeto al principio de autonomía-, la participación familiar en el cuidado es una intervención recomendada en todos los pacientes.

## **ARTÍCULO 18**

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

1. TÍTULO: Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular.
2. AUTOR: María Teresa Uribe Escalante, Carolina Muñoz Torres, Juliana Restrepo Ruiz.
3. AÑO: 2004
4. LUGAR: Medellín y Caldas (Colombia)
5. IDIOMA: español
6. MEDIO DE PUBLICACIÓN: revista de la facultad de enfermería de la universidad de Antioquia, 2004

### **INFORMACIÓN METODOLÓGICA**

#### **TIPO DE DISEÑO:**

Estudio cualitativo de tipo fenomenológico como filosofía que se interesa por el mundo vivido o experiencia subjetiva, con el fin de obtener conocimiento intersubjetivo, descriptivo y comprensivo de los sentimientos manifestados.

#### **POBLACIÓN Y MUESTRA:**

19 familiares de 35 pacientes que habían estado hospitalizados en UCI de (julio de 2002 a enero de 2003).

#### **TÉCNICA ESTADÍSTICA:**

Es un estudio de tipo descriptivo fenomenológico, donde se aplicó la técnica entrevista de profundidad con construcción de frases cortas de tipo cualitativo, en total dos, cada una con diferencia de un mes, donde a los resultados se les hace análisis e interpretación del conocimiento intersubjetivo, descriptivo, tipo deductivo y comprensivo de las expresiones de los familiares entrevistados. A las variables sociodemográficas se les aplicó la técnica de medidas de tendencia central.

## **HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN**

### **NIVEL DE INTERPRETACIÓN:**

El artículo alcanza el nivel tres de interpretación, pues sólo alcanza a mostrar relaciones entre los pacientes, la familia y el personal que trabaja en la unidad de cuidado intensivo cardiovascular, además de ofrecer una serie de propuestas que podrían considerarse para la intervención de enfermería con la familia del paciente en estado crítico.



## **APORTES DE CONTENIDO**

El artículo obedece al planteamiento mostrado en el segundo objetivo del trabajo de investigación, donde alcanza a definir como “La familia es un sistema abierto y funciona como una unidad, así que las necesidades, los problemas de salud y los cambios sociales de uno de sus miembros, afectan su estructura. Por lo tanto es el primer sistema de ayuda del enfermo ya que constituye su entorno más próximo por su cercanía emocional y puede llegar a convertirse en una ayuda terapéutica. A la familia hay que cuidarla durante las etapas de su desarrollo para evitar su desintegración, indiferencia y las crisis entre sus miembros”.

Finalmente” La familia constituye un factor decisivo durante todo el proceso de enfermedad, recuperación y mantenimiento mental y emocional del paciente, le brinda bienestar, afecto y calidad de vida. Sin embargo, pocas veces es tomada en cuenta” a pesar de que el estudio sólo alcanza un nivel tres de evidencia, La investigación cualitativa con enfoque fenomenológico permite tomar al ser humano en los diferentes planos en los que se desenvuelve en forma bio-psico-socio-cultural y espiritual, buscando no sólo comprender su condición en una situación concreta, sino sus respuestas a determinados momentos, ofreciendo respuestas a la favorabilidad de la intervención familiar desde el punto de vista emocional con el paciente crítico.

## **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ARTÍCULO 19**

1. TÍTULO: nivel de ansiedad de acompañantes y clientes durante el cateterismo cardiaco
2. AUTOR: Eliane da silva Graciano y Estela Regina ferraz Bianchi
3. AÑO: marzo del 2004
4. IDIOMA: Portugués
5. LUGAR: Brasil
6. MEDIO DE PUBLICACIÓN: revista latinoamericana de enfermería e Internet buscador de enfermería Scielo.

## **INFORMACIÓN METODOLÓGICA**

TIPO DE DISEÑO: estudio exploratorio, descriptivo con abordaje cuantitativo.

POBLACIÓN Y MUESTRA: 40 pacientes sometidos por primera vez a cateterismo cardiaco y 40 acompañantes ó familiares de los pacientes.

TÉCNICA ESTADÍSTICA DE ANÁLISIS: se utilizó el instrumento tipo encuesta, donde se incluyeron variables sociodemográficas (lugar de origen), grado de escolaridad, parentesco, y la aplicación de la escala ansiedad – estado, categorizada por rangos (alto, medio, bajo), se representaron en medida de tendencia central, como distribución de frecuencias, media, mediana, desviación estándar, rangos, tablas y figuras gráficas como histogramas.

## **HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN**

NIVEL DE INTERPRETACIÓN: los resultados alcanzan un nivel de interpretación 3 (formulación de relaciones tentativas), pues a parte de relacionar las variables, en la discusión plantea posibles soluciones en la disminución del estado de ansiedad del paciente, utilizando como facilitador e interlocutor al familiar ó acompañante.

APORTES DE CONTENIDO: Los resultados propuestos en el artículo, fortalecen el segundo objetivo de éste trabajo, proponiendo situaciones como:

- Hubo, predominancia de clientes femeninos (52.5%), con edades entre los 61 y 70 años de edad.
- El (42,5%), venidos del interior del estado de Sao Paulo
- El (60%) tiene de 0 a 4 años de escolaridad
- El (52.2%) estudios básicos incompletos
- En relación al perfil de los acompañantes, hubo predominancia del sexo femenino (75%), con edades entre los 31 y 40 años de edad, el (32,5%), venidos del interior del estado de Sao Paulo, el (55%) con 11 a 14 años de escolaridad con estudios medio completo ó superior incompleto, el (27,5%) y categorizados como hijos el (42,5%).
- Hubo bajo nivel de ansiedad (45%), para los clientes sometidos por primera vez a cateterismo cardiaco, (15%), nivel alto de ansiedad y el (40%), nivel medio de ansiedad.
- Los familiares de los clientes presentaron en su mayoría, un nivel medio de ansiedad (52,5%), el (7.5%) presentaron un nivel alto de ansiedad y el (40%) un nivel bajo de ansiedad.
- El análisis de los datos, demostró poca diferencia estadística en los niveles medios de ansiedad entre los clientes y los familiares del paciente, entretanto hubo una correlación positiva entre el nivel de ansiedad del acompañante y la variable "sexo" demostrando que el sexo masculino, presenta un nivel de ansiedad superior que el femenino.
- No hay correlación estadística entre la ansiedad y variables como grupo atareo, grado de escolaridad, parentesco ó procedencia.

Muchos de los pacientes demuestran, inquietudes a cerca de complicaciones como: tiempo de recuperación, hay más expectativa cuando la atención se realiza dentro de un medio hospitalización en unidad de terapia intensiva.

Se describe la ansiedad en los pacientes con características físicas, tales como taquicardia, sudoración, hiperventilación, tensión muscular, y respuestas psicológicas como: alerta e inquietud, por lo tanto actuando sobre estas manifestaciones, presentarían menos respuestas vagales, conservando los signos vitales dentro de parámetros seguros, en cualquier procedimiento a desarrollar.

Los autores consideran, que cualquier intervención dentro del sistema familiar, repercute directamente en el paciente, sugiriendo que el "enfermero", puede reducir el nivel de ansiedad del paciente, promoviendo la reducción del nivel de ansiedad de los familiares.

Además sugieren, que el enfermero debe ampliar sus conocimientos sobre el impacto emocional de los pacientes durante procedimientos invasivos y hospitalizaciones.

El uso de recursos como folletos, películas y la información permanente entre el paciente lo que ocurre y la familia, favorecen la disminución del estrés.

Él enfermero debe ser interlocutor entre “la ciencia y la humanización del cuidado”.

## **ARTÍCULO 23**

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

TÍTULO: Necesidades de las personas ingresadas en UCI.  
AUTOR: Fernández Molina, Nuria  
AÑO: Junio 2006  
LUGAR: Hospital de Galdakao (Bizkaya, España)  
IDIOMA: Español  
MEDIO DE PUBLICACIÓN: Revista Metas enfermería 9 volumen (5): pag 19-26.

### **INFORMACIÓN METODOLÓGICA**

TIPO DE DISEÑO: Estudio descriptivo de tipo cualitativo

POBLACIÓN Y MUESTRA: Quince personas, cuatro de ellas enfermeras, cuatro familiares de personas ingresadas y siete personas hospitalizadas.

TÉCNICA ESTADÍSTICA: Técnica descriptiva, con el uso de la entrevista en profundidad, con técnica numérica de medidas de tendencia central.

### **HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN**

NIVELES DE INTERPRETACIÓN: el nivel de interpretación de los resultados obtenidos en el artículo es el 3 (Formulación de relaciones tentativas), a pesar de ser un estudio corto, con muestras desiguales, la confrontación de las necesidades de los pacientes de la UCI, lo percibido por las familias y lo visto por el grupo de enfermería, permite formular propuestas de gran importancia en el proceso de atención del cuidado del paciente en estado crítico.

### **APORTES DE CONTENIDO:**

Los resultados propuestos en el artículo, fortalecen el segundo objetivo de éste trabajo, proponiendo situaciones como:

- Dentro de las vivencias referidas por los pacientes, están el miedo (ante la muerte, a la incertidumbre y al futuro), la falta de control de sí mismos, la demanda vivida como molestia y la preocupación por la familia.
- En cuanto a las necesidades, han resultado la de comunicación (necesidad de relacionarse, de actividades recreativas y de información), la necesidad de personalización (el trato y el espacio físico), la necesidad de seguridad (la confianza en los profesionales sanitarios y en la tecnología) y por último, la necesidad religiosa.
- La población coincide en demostrar la importancia que tiene la familia en el acompañamiento y procesote adaptación. En su hospitalización.
- Conclusiones: existe una íntima relación entre las vivencias y las necesidades que requieren los pacientes en UCI, resumidas en intervención desde una perspectiva holística de respeto y entendimiento hacia las personas, es claro que el proceso de intervención debe estar en completa interacción entre el paciente, familia y enfermero.

## ANEXO 2

### RESUMEN DE LOS APORTES DE LOS ARTÍCULOS DEL PRIMER OBJETIVO (actividades de enfermería en el apoyo emocional al paciente de la unidad de cuidados intensivos)

ARTÍCULO	APORTE
1. Meridian Therapy: Current Research and Implications for Critical Care. (La Terapia meridiana: Investigación actual e Implicaciones para el Cuidado Crítico).	la aplicación de la terapia meridiana favorece: el tratamiento del dolor, náusea postoperatoria, desórdenes inmunológicos, trastornos hemodinámicos, hipoxia cerebral, y los desórdenes conductuales relacionados con el humor.
2. Effects of Massage in Acute and Critical Care, (Los efectos de Masaje en el Cuidado Agudo y Crítico).	Siete de 10 estudios encontraron que el masaje produjo relajación fisiológica, como indicador se consideraron signos fisiológicos como la estabilidad de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, recuperación del sueño y disminución del estrés
3. Animal-Assisted Therapy: The Human-Animal Bond (La Terapia animal-asistida: La Atadura del Humano-animal)	Los pacientes describieron al pez como aliviador, una distracción del ambiente, y una buena compañía durante la tarde y la noche. El papel de la enfermera de la práctica avanzada es vital en la dirección de pacientes con el complejo de necesidades físicas y emocionales. Las modalidades terapéuticas usadas por las enfermeras de la práctica avanzadas deben extenderse tradicionalmente lejos de aquéllos usados en el modelo médico.
4. Healing Touch: Applications in the Acute Care Setting (El Toque curativo: Las aplicaciones en la Escena del Cuidado crítico)	Toque Curativo realizado por practicantes especializados, promueven un modelo más abierto y simétrico para reforzar el bienestar del cliente. Este movimiento de energía estimula a nivel fisiológico, neuroquímico, y produce cambios a nivel psicológicos que pueden promover impactos positivos en el dolor, ansiedad, curación de una herida, función del sistema inmunológico, depresión, y generar sentido de bienestar.
5. Music Therapy as a Nursing Intervention for Patients Supported by Mechanical Ventilation. (La terapia de música como una Intervención de enfermería para pacientes apoyados por el ventilador mecánico).	La música como terapia ha demostrado la reducción significativa del dolor, el estrés emocional y fisiológico de los pacientes hospitalizados, la música estimula las ganas de vivir y los acerca a un ambiente más familiar en medio de la hostilidad del cuidado intensivo
6. Strategies for Implementing a Guided Imagery Program to Enhance Patient Experience. (Estrategias para Llevar a cabo un Programa de Imaginación guiada para realzar la experiencia del paciente).	La imaginación guiada es una intervención de mente-cuerpo que logró aliviar la tensión y promover un sentido de paz y tranquilidad en un momento difícil para los pacientes críticos

ARTÍCULO	APORTE
7. Use of Presence in the Critical Care Unit, (El uso de la presencia en la Unidad de Cuidado Crítico).	La presencia indica como una intervención es un componente importante del cuidado en todas las escenas. Las investigaciones en la presencia sugieren, que una enfermera afectuosa es una enfermera competente. La enfermera del cuidado crítico competente, sin embargo, no siempre puede incorporar la presencia en el cuidado proporcionado.
8. Nurses Pray: Use of Prayer and Spirituality as a Complementary Therapy in the Intensive Care Setting, (Enfermeras Oran: El uso de Oración y Espiritualidad como una Terapia Complementaria en la Escena del Cuidado Intensivo).	Cuando las necesidades espirituales de los pacientes se satisfacen, ellos avanzan en un continuo bienestar. Las enfermeras que poseen la perspicacia espiritual y pueden reunir los rigores de UCI, alimenta la confianza de los pacientes.
10. Síndrome confusional agudo en UCI: implicaciones para la enfermería	El SCA es frecuente en una UCI polivalente. Los resultados del estudio sugieren que la intervención por parte del personal de enfermería es eficaz en reducir la necesidad de utilizar fármacos para el control del SCA. El manejo de los pacientes con SCA requiere un elevado nivel de atención y cuidados por parte del personal de enfermería que no siempre está en condiciones de ofrecer.
16. Clinical Management of Stressors Perceived by Patients on Mechanical Ventilation. (Identificación clínica de estresores, percibidos por pacientes sometidos a ventilación mecánica)	Técnica de hipnosis y terapia de relajación, es efectiva: en pacientes que han durado bajo ventilación mecánica más de 20 días, en algunos con enfermedad pulmonar restrictiva crónica y en otros que a pesar de las técnicas de destete ventilatorio no se logró la extubación. La terapia de música y relajación en algunas horas del día, disminuye la tensión, normaliza signos vitales y prepara a los pacientes para un apoyo ventilatorio con mayor tranquilidad. La terapia de contacto o terapia de toque, así como la comunicación verbal, disminuye los niveles de estrés.
20. Implantación de un programa educativo a pacientes con cardiopatía isquémica en la UCI	los pacientes necesitan más y mejor información acerca de sus procesos patológicos. Algunos pacientes del grupo control, el mero hecho de pasarles la encuesta (sin darles información estructurada) ya les servía de "terapia" (según sus propias palabras).
21. Reducción del impacto emocional en pacientes que ingresan en unidades coronarias	La implantación de un protocolo de enfermería, orientado a crear un ambiente tranquilo, agradable, de seguridad y confianza al ingreso en una unidad coronaria, disminuye el impacto emocional que se genera en el paciente y la familia



ARTÍCULO	APORTE
<p><b>22.</b> O significado da cirurgia cardíaca e do toque na perspectiva de pacientes internados em UTI. (El significado de la cirugía cardíaca y del toque en la perspectiva de pacientes internados en UCI).</p>	<p>Aseguramos que el toque afectivo, aliado con un instrumento, será capaz de viabilizar y mejorar el cuidado, principalmente en la UCI, el cual está permeado por un sufrimiento físico y emocional para quien cuida, como para quien es cuidado.</p>
<p><b>23.</b> Necesidades de las personas ingresadas en UCI</p>	<p>Existe una íntima relación entre las vivencias y las necesidades que requieren los pacientes en UCI, resumidas en intervención desde una perspectiva holística de respeto y entendimiento hacia las personas</p>

**RESUMEN DE LOS APORTES DE LOS ARTÍCULOS DEL SEGUNDO OBJETIVO, (participación de la familia con el paciente crítico)**

ARTÍCULO	APORTE
<p><b>9.</b> La familia del paciente internado en la unidad de cuidados Intensivos</p>	<p>la intervención en la familia del paciente crítico como un abordaje terapéutico indirecto sobre el bienestar del binomio familia – paciente, además de mostrar diferencia frente a otros estudios donde solicitaban un participación más activa con el paciente, en este estudio queda claro la solicitud de necesidad de comunicación y apoyo emocional por parte del equipo sanitario , como estrategia para aliviar sus sentimientos de desasociado, temor y angustia</p>
<p><b>11.</b> Estrategia de cambio para la implantación de un nuevo modelo de visita abierta en la unidad de cuidados intensivos (UCI).</p>	<p>“La nueva organización de visitas que potenciara la permanencia continua del acompañante designado por el enfermo, se conseguiría un efecto beneficioso, tanto para el enfermo como para el personal, sin disminuir la satisfacción del usuario”.</p>
<p><b>12.</b> Necesidades de contacto familiar en el paciente quemado, ingresado en la unidad crítica cerrada</p>	<p><i>“La entrada de un familiar a la unidad mejora perceptiblemente el estado de ánimo del paciente y con las medidas oportunas, no representa un riesgo para él”.</i></p>
<p><b>13.</b> Detección de necesidades percibidas y niveles de ansiedad en familiares de pacientes adultos ingresados en cuidados intensivos.</p>	<p>"Estar seguro de que se le está dando al paciente el mejor cuidado posible". Se categorizar en "Información", "Seguridad", "<u>Estar cerca del paciente</u>", "<u>Apoyo-ayuda</u>" y "Confort con el entorno".</p>
<p><b>14.</b> Satisfacción familiar en un área intensiva municipal</p>	<p>La UCI no es un espacio cerrado, y se debe considerar "como el espacio de una relación compuesta por tres miembros: <u>paciente, médico y familia</u>, esta última con una gran importancia en el logro de una favorable evolución del primero."</p>
<p><b>15.</b> Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico</p>	<p><u>La intervención familiar disminuye la “ansiedad” en los pacientes críticos.</u> Además “No se modifica el estado cognitivo del paciente crítico y revelan como se muestra una “Mejoría progresiva de las creencias del personal de enfermería con respecto a la visita abierta”.</p>

ARTÍCULO	APORTE
<p><b>17.</b> Participación familiar en el cuidado del paciente crítico</p>	<p><u>La familia posee recursos que pueden favorecer el bienestar cognitivo y emocional de una persona críticamente enferma</u> y estos recursos se pueden movilizar, mediante una orientación del grupo de enfermería</p>
<p><b>18.</b> percepción del paciente crítico cardiovascular</p>	<p><i>“La familia constituye un factor decisivo durante todo el proceso de enfermedad, recuperación y mantenimiento mental y emocional del paciente, le brinda bienestar, afecto y calidad de vida. Sin embargo, pocas veces es tomada en cuenta”</i></p> <p><u>“La familia es un sistema abierto y funciona como una unidad, así que las necesidades, los problemas de salud y los cambios sociales de uno de sus miembros, afectan su estructura.</u> Por lo tanto es el primer sistema de ayuda del enfermo ya que constituye su entorno más próximo por su cercanía emocional y puede llegar a convertirse en una ayuda terapéutica”</p>
<p><b>19.</b> nivel de ansiedad de acompañantes y clientes durante el cateterismo cardiaco</p>	<p><u>Cualquier intervención dentro del sistema familiar, repercute directamente en el paciente,</u> sugiriendo que el “enfermero” puede reducir el nivel de ansiedad del paciente, promoviendo la reducción del nivel de ansiedad de los familiares.</p> <p>el enfermero debe ser interlocutor entre “la ciencia y la humanización del cuidado”.</p>
<p><b>23.</b> Necesidades de las personas ingresadas en UCI.</p>	<p>Dentro de las necesidades de los pacientes están las de relacionarse, <u>apoyo de la familia</u> y recreación.</p>