



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**Necesidades y cuidados centrados en la
comunicación con las familias de pacientes
ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos**

Estudiante: Bárbara Hernández Esteban

Tutelado por: Julia Gómez Castro

Soria, fecha 09 de Junio de 2015

"Lo más importante de la comunicación es escuchar lo que no se dice".

Peter Drucker

ÍNDICE

	Página
1. RESUMEN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	2
3. OBJETIVOS.....	3
4. MARCO TEÓRICO.....	3
4.1 Definición de Unidad de Cuidados Intensivos y paciente crítico	3
4.2 Criterios de inclusión que siguen los pacientes que ingresan en la UCI según el Departamento de Salud de Reino Unido.....	4
4.3 Definición de familia.....	6
4.4 Funciones de la familia.....	7
4.5 Salud familiar e influencia en el proceso de salud.....	8
4.6 Estrés de pacientes y familiares en UCI.....	9
4.7 Horario de visitas en Unidades de Cuidados Intensivos de Castilla y León	15
4.8 Cómo percibe el profesional de Enfermería los cuidados intensivos...	16
4.9 Comunicación con las familias en la UCI.....	17
5. METODOLOGÍA.....	19
6. RESULTADOS.....	20
7. DISCUSIÓN.....	27
8. CONCLUSIONES.....	28
9. BIBLIOGRAFÍA.....	30
ANEXOS.....	37
Anexo I.....	37

1. RESUMEN

El estrés que sufren los enfermos y sus familiares en las Unidades de Cuidados Intensivos es un hecho vigente en la actualidad. Las necesidades que más afectan a las familias están relacionadas con la comunicación y la calidad y cantidad de la información. Demandan a los profesionales de Enfermería que la información sea clara, suficiente, adaptada a su entendimiento y exenta de terminología médica incomprensible para las familias, además de una comunicación eficaz entre ambas partes.

Debido a la ausencia de protocolos que recojan qué normas se han de seguir durante la acogida a los familiares, el profesional de Enfermería se ve obligado muchas veces a improvisar. A raíz de ello, surgen dudas sobre si es nuestra función aportar información, qué información facilitar, si lo hacemos adecuadamente, etc.

Esta revisión bibliográfica pretende analizar las necesidades que tienen las familias para que, desde el área de Enfermería, se puedan abordar y establecer los cuidados pertinentes. Además, se debe concienciar a los profesionales de la importancia de adoptar un paradigma humanista en el desempeño de nuestro trabajo, que incluya a la familia en el proceso de salud del paciente, y evitar el temor que les surge a los enfermeros/as ante el hecho de transmitir información a los pacientes y su familia.

Palabras clave: cuidados intensivos, cuidados familia, necesidades familia de paciente crítico, entorno paciente crítico.

ABSTRACT

The stress that patients and their families are under at Intensive Care Units is nowadays a prevailing fact. Families most crucial requirements focus on the lack of information and communication with nurses. Therefore, they demand the information to be adequate, clear and adapted to their understanding, i.e., without medical terms which may result incomprehensible.

Moreover, we are lacking any kind of protocol for family communication. Therefore, nursery professionals are not always sure about what type information should be provided to the families, hence being forced to

improvisation. This bibliographical review intends to analyze families' requirements in order to set up a nursing caring guideline and make professionals aware of the importance of adopting a more humanist perspective of our job. This work advocates for involving families in the patient's health process and easing nurses' job when it comes to communicating.

Key words: intensive care, family care, patient's families requirements, critical patient's environment.

2. JUSTIFICACIÓN

Ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos genera estrés y ansiedad tanto al paciente como a sus familiares. Esta circunstancia hace que sea muy difícil encontrar el equilibrio emocional y permanecer tranquilo. Que la familia asuma la nueva situación y la acepte, actúa como herramienta de apoyo para que el paciente pueda gestionar su situación de salud.¹

Diversos estudios cualitativos sobre las necesidades de los familiares del paciente crítico muestran que las familias demandan que se les incluya dentro del proceso de salud de su familiar enfermo.^{2,3} El tema sobre el que versa este trabajo es la identificación de las necesidades de los familiares del enfermo hospitalizado en UCI, para así planificar los cuidados correspondientes.

Por ende, es preciso que el actual paradigma científico-tecnológico, sustentado en teorías mecanicistas, se transforme en otro, centrado en bases humanistas. De esta forma y con un enfoque holístico, los cuidados a los pacientes serían integrales, al tener en cuenta a la familia como parte del proceso de restauración de la salud del paciente. También se pretende que los profesionales sean conscientes de sus competencias enfermeras y pierdan el temor a la hora de transmitir información a las familias y pacientes.

3. OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es mostrar a los profesionales de Enfermería conocimientos, basados en la evidencia científica, sobre cómo comunicarse con las familias, y cómo esto influye en la recuperación del paciente en estado crítico.

Los objetivos específicos son, por un lado, identificar las necesidades de las familias de los enfermos ingresados en UCI; y por otro, analizar los aspectos que intervienen en la comunicación, entre el enfermero, las familias y el paciente.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Definición de Unidad de Cuidados Intensivos y paciente crítico

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define, según la guía de Estándares y Recomendaciones elaborada por el Ministerio de Sanidad⁴, como "una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico. La UCI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados."

Ángela Herrera y Alberto García⁵ definen en su artículo al paciente crítico como: aquel que durante su ingreso exige monitorización continua, asistencia médica y de enfermería constante, así como equipos altamente especializados. Su condición debe ser potencialmente reversible y que puedan beneficiarse de los cuidados provistos en UCI.

4.2 Criterios de inclusión que siguen los pacientes que ingresan en la UCI según el Departamento de Salud de Reino Unido

Para ingresar en la UCI es necesario cumplir al menos uno de los dos criterios siguientes: paciente que precise un nivel elevado de cuidados, y que se pueda recuperar.

A la hora de agrupar en categorías los niveles de cuidados se sigue la clasificación del *Department of Health* de Reino Unido.⁶ Ésta tiene en cuenta las necesidades asistenciales del paciente. Define las variables que inciden a la hora de admitir o no al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se tiene en cuenta criterios de reserva fisiológica, valores fisiológicos anormales, condiciones subyacentes, cirugías, intervenciones o monitorización necesaria.

-Reserva fisiológica: se incluye la edad y el estado de salud crónico.

-Variables fisiológicas anormales: se tiene en cuenta la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardiaca, la saturación de oxígeno y el nivel de conciencia.

-Condición subyacente: en función de la malignidad, disfunción cardiorrespiratoria y cirugía compleja.

-Intervenciones o monitorización requerida: basado en monitorización fisiológica, anestesia regional y drenaje de una cavidad corporal.

Aquellos pacientes que no cumplan con las características mencionadas, puesto que se encuentran en un estadio moderado de gravedad, se han de tratar en las Unidades de Cuidado Intermedio.

La Sociedad de Cuidados Intensivos de Londres en la publicación "Niveles de cuidado crítico en pacientes adultos", explica las necesidades concretas para cada tipo de paciente en base al sistema orgánico afectado.

Tabla 1. Niveles de cuidado definidos por la Sociedad de Cuidado Intensivo de Londres.⁶

SISTEMA	NIVELES 0-1	NIVEL 2	NIVEL 3
GENERAL	<p>0: Pacientes con necesidades que se pueden suplir en una planta de medicina interna general de un hospital para enfermedades agudas.</p> <p>1: Pacientes en riesgo de deterioro de su condición:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pacientes recién dados de alta de un nivel mayor de atención. -Pacientes que precisan soporte del servicio de cuidado crítico de extensión (con interconsulta). -Pacientes que necesitan personal especializado o que pueda proporcionarles al menos en un aspecto de cuidado crítico dado en una sala general. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pacientes que necesiten monitorización y soporte de sólo un sistema orgánico. -Pacientes que necesitan preparación preoperatoria. -Pacientes que necesitan cuidado postoperatorio extendido. -Pacientes que necesitan un grado mayor de observación y monitorización. -Pacientes que se trasladan a un nivel menor de atención. -Pacientes con anomalías fisiológicas mayores sin corregir. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pacientes que necesiten soporte y monitorización respiratoria avanzada. -Pacientes que requieren monitorización y soporte para 2 o más sistemas orgánicos. -Pacientes con enfermedad crónica de uno o más sistemas suficiente para restringir actividades diarias y que necesitan soporte para un fallo agudo reversible de otro sistema orgánico.
RESPIRATORIO	<ul style="list-style-type: none"> -Terapia de oxígeno suplementario. -Pacientes con traqueostomía de larga duración que no precisan soporte respiratorio. 	<ul style="list-style-type: none"> -Necesidad de FiO₂ mayor al 50%. -Durante las primeras 24h tras la traqueostomía. -Requerimiento de ventilación mecánica no invasiva. -Fisioterapia respiratoria o aspiraciones al menos cada 2h. -Frecuencia respiratoria >40 respiraciones/minuto o >30 respiraciones/minuto por >6 h. 	<ul style="list-style-type: none"> -Fallo respiratorio de cualquier causa que precise soporte ventilatorio invasivo a presión positiva. -Dos niveles de presión positiva a través de cualquier forma de tubo traqueal. -Soporte respiratorio extracorpóreo.
CARDIOVASCULAR	<p>Observaciones necesarias al menos cada 4 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Inestable, precisa ECG continuo y monitorización de presión invasiva. -Inestabilidad hemodinámica por hipovolemia/hemorragia/ sepsis -Requerimiento de infusión simple de droga vasoactiva con monitorización. -FC mayor a 120 lpm. -Hipotensión TAS < 80 mmHg por >1 h. 	<p>Medicamentos vasoactivos intravenosos continuos.</p>
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		<ul style="list-style-type: none"> -Depresión del sistema nervioso central que ponga en peligro la vía aérea y los reflejos protectores. -Monitorización neurológica invasiva. -Escala de Glasgow menor a 10 y en riesgo de deterioro agudo. 	<p>Medicación intravenosa continua para controlar convulsiones y oxígeno suplementario/monitorización de vía aérea.</p>
SISTEMA RENAL	<p>Terapia de reemplazo renal (fallo renal crónico estable).</p>	<p>Insuficiencia aguda de la función renal, electrolítica o metabólica.</p>	<p>Fallo renal en consecuencia a fallo de otro sistema.</p>

4.3 Definición de familia

Según la *Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*⁷, los familiares se definen como las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho, que con el consentimiento o no reprobación del paciente, deben ser informadas y ante la incapacidad del paciente toman decisiones. Por ello, se les reconoce unos derechos y privilegios. En esta ley se habla de la figura del "representante legal" del paciente y de los derechos de éste como representante. No es necesario compartir lazos de parentesco o de sangre, pues dicho vínculo puede establecerse por parentesco emocional o legal, y a estas personas se les denomina familiares.

Por otro lado, según Von Bertalanffy⁸, todos los organismos son sistemas que al mismo tiempo están compuestos por subsistemas que, cuando se unen, pueden dar lugar a macrosistemas. Esta teoría sirve tanto para sistemas sociales, como biológicos. En el caso de este autor, para él: "un sistema es un conjunto de elementos que interactúan entre sí, donde se presupone la existencia de interdependencia entre las partes y la posibilidad de un cambio. Los sistemas pueden ser abiertos o cerrados".

La familia, como sistema abierto, da paso al desarrollo y bienestar de los miembros que la integran. Esto se debe al constante intercambio que se produce entre este sistema y el sistema social. Esto permite que cada miembro adopte nuevas pautas de conducta y funciones de acuerdo con su etapa evolutiva. En cambio, si analizamos la familia como sistema cerrado, es decir, no hay contacto con el exterior, ésta se vuelve disfuncional y empobrece junto con sus integrantes.

Al tener en cuenta este punto de vista, la familia se podría definir como "un conjunto de individuos que están relacionados entre sí, que interactúan, tienen una historia en común y han formado una unidad diferenciándose de su entorno, creando su propio contexto. La familia se considera un sistema dinámico compuesto por subsistemas en constante interacción que, a su vez, pertenecen a un sistema mayor que es el social, con el que se mantiene una relación con la entrada y la salida de información".⁹

Úbeda y Pujol⁹ sostienen que los integrantes de la familia tienen en común el entorno (hogar, barrio, etc.), los hábitos, los estilos de vida o los comportamientos. Existe una interdependencia entre ellos, que hace que la familia funcione como una unidad. De esta forma, los problemas de salud que pueda tener alguno de los miembros afectan al resto de los individuos como grupo.

4.4 Funciones de la familia

Luis Cibanal y José Ramón Martínez¹⁰ nos hablan de las funciones o tareas necesarias para que la familia se desarrolle. Ésta, como grupo social, ha de cumplir cinco funciones básicas: biológica, económica, educativa, cultural y espiritual. La familia ha de ser capaz de satisfacer las necesidades básicas tanto a nivel material, espiritual o de los valores de sus miembros, siendo un sistema de apoyo.

En general, estas funciones están relacionadas con la transferencia de valores, creencias, conocimientos y habilidades. En definitiva, dichas funciones están dirigidas a inculcar estilos de vida acordes al contexto social del momento, mantener el orden, integrar a los miembros en una sociedad más amplia, promover la motivación y la moral; transmitir, a través de las distintas generaciones, las responsabilidades que el rol de padres conlleva.

Las funciones básicas, a nivel estructural y relacional, son claves para que la familia no derive en disfuncional. En cuanto a las primeras, éstas están relacionadas con las normas, valores, etc. Pero nos interesa abordar más las segundas, puesto que abarcan todo lo vinculado con una comunicación adecuada, es decir, que el emisor consiga transmitir el contenido del mensaje (emociones, sentimientos...) de forma que el receptor lo entienda. En este punto es necesario que el receptor ponga en marcha la escucha activa, con una actitud empática, para que el feedback se establezca.

Por último, cabe mencionar otras funciones como son la afectividad; el apoyo, que permite manejar situaciones complicadas; la adaptabilidad, que da paso a la acomodación ante los distintos cambios que se producen en la familia; la autonomía, que influye a la hora de que los miembros establezcan un

equilibrio entre la dependencia y la independencia; la autoestima es fundamental de cara a transmitirle a los miembros la importancia del trato con amor, dignidad, responsabilidad, etc.

4.5 Salud familiar e influencia en el proceso de salud

Al determinar el enfoque del proceso de salud y enfermedad del individuo se ha de tener en cuenta que, además de ser un ente biológico, éste está marcado por el componente social, psicológico, espiritual y por distintos valores. Muchos de ellos son cultivados en el lecho familiar, influyendo, de alguna forma, en la salud del individuo.^{11,12}

Actualmente resulta incuestionable que la familia es un sistema y que, cualquier cosa que cada miembro de la misma haga o no, repercute de una forma u otra en el resto de integrantes. Así mismo, surge la necesidad, en el ámbito de las Ciencias de la Salud, concretamente, en el Área de Enfermería, de incluir a la familia a la hora de proporcionarle cuidados al paciente, y de investigar sobre cómo cuidar a las familias.

Pese al continuo contacto, en el ámbito sanitario, que el profesional de Enfermería pueda tener con las familias de los pacientes, ya sea en la sala de urgencias, en la Unidad de Cuidados Intensivos, etc., se observa que la mayor parte de los cuidados se focalizan en el paciente, dejando al margen a la familia y, por tanto, no valorando que ésta, como sistema, incide directamente sobre la salud y enfermedad de los individuos.

A la hora de proveer cuidados integrales y de calidad es preciso que el profesional de Enfermería sea consciente de que el paciente forma parte del sistema familiar y que, tanto la salud como la enfermedad de cada uno de los miembros, repercute en el sistema.

El enfoque familiar trasciende más allá del enfoque biomédico. Los problemas no se perciben de forma aislada en un individuo, sino en conjunto, conectado al resto de miembros de la familia. En algunos casos, la enfermedad de un familiar pasa a ser el nexo de unión entre los integrantes de la familia, esto impide que los miembros puedan desarrollarse y crecer adecuadamente, puesto que se trata de un modelo de familia patológica.¹³

El apoyo emocional entendido como la empatía, la comprensión, la escucha activa, etc., son parte de los cuidados enfermeros con más peso en los resultados de salud.¹⁴

4.6 Estrés y ansiedad en los pacientes y familiares en UCI

En el momento en que los individuos ingresan en la UCI, tanto ellos como sus familias experimentan estrés y ansiedad. Emocionalmente perciben esta situación como estresante. De entrada, en muchas ocasiones, se hallan sin recursos o estrategias para afrontar el problema.

A nivel fisiológico, el organismo moviliza la energía que tiene almacenada. Se produce un aumento en la tasa cardíaca, respiratoria y en la presión arterial. En cuanto a la digestión, ésta se paraliza. Hay una disminución del impulso sexual, se inhibe el sistema inmunitario, y si la situación se prolonga en el tiempo se podrían causar daños importantes.¹⁵

El paciente y su familia se ven afectados por un agente estresante cuando estos hacen una valoración de su situación y la entienden como un suceso importante ante el que no disponen de recursos o estrategias de afrontamiento.

Las respuestas emocionales van a variar de un individuo a otro, según la capacidad que cada uno tenga de autocontrol y la forma en la que percibe su entorno.

Un acontecimiento estresante, como es el ingreso de un paciente en UCI, está caracterizado por la falta de conocimiento que el enfermo tiene acerca de lo que le va a ocurrir. La persona pierde el control de su situación, y tanto ella como su familia, se ven obligados a confiar en el equipo sanitario para que éste cuide la salud del enfermo.

En el momento en que la enfermedad aparece, según Lipowski¹⁶, el enfermo pasa por tres fases:

-Aparece el miedo y la ansiedad ante la amenaza que supone la enfermedad.

-Cuando el individuo toma consciencia de su estado de salud, pueden aflorar sentimientos de aflicción e incluso el síndrome depresivo.

-El individuo puede que acepte y se adapte a su nueva situación.

Del mismo modo en que el paciente pasa por estas etapas, a la familia también le afecta la notificación de enfermedad de uno de sus miembros. Con frecuencia suelen mostrar estas reacciones.^{17,18}

-Aislamiento y abandono: la familia se aísla de su entorno social con la finalidad de manejar mejor la enfermedad de su familiar. Esta nueva situación implica que la familia tenga que reorganizarse para atender al individuo enfermo. En consecuencia a esto, la relación con los hijos, pareja u otros miembros, puede afectarse y aparecer sentimientos de soledad e irritabilidad.

-Dificultad en el desempeño del rol: los miembros no son capaces de desempeñar los nuevos roles, fruto de la reorganización de la estructura familiar, porque no están adaptados a la nueva situación. Les cuesta aceptar que uno de los integrantes está hospitalizado y en estado grave.

-Conflictos en la pareja: aparecen sobre todo si la situación antes de la enfermedad era inestable. Las personas utilizan al paciente y la aparición de la enfermedad para culpabilizar a su compañero/a sentimental.

-Síndrome del cuidador: la persona que lo padece presenta problemas a nivel osteoarticular, alteraciones de los ritmos circadianos, dolor mecánico con cronicidad, cefalea y astenia. También ansiedad e incluso depresión. La persona se aísla de su entorno social para centrarse sólo en el enfermo. Deja de lado sus necesidades, descuidando la higiene, la alimentación, etc.

-Ambivalencia afectiva: la persona tiene sentimientos hacia el enfermo positivos y negativos. Por un lado, quiere que se mejore, pero por otro, desea que la situación termine con la muerte del enfermo para que no se prolongue el sufrimiento. La familia tiende a reprimir este sentimiento porque desde el punto de vista moral no es aceptable. Pero es necesario expresarlo para que los individuos no se sientan culpables, disminuyan la ansiedad, e incluso evitar un duelo patológico.

-Negación, cólera y miedo: la doctora suiza Kübler Ross¹³ explica las distintas fases del duelo que atraviesa la familia cuando está afectada por la enfermedad de uno de los miembros. Las etapas no tienen porqué aparecer en el orden que a continuación voy a enumerar, ni siquiera tienen porqué darse todas. Estas etapas son: la negación, la ira, la negociación, la depresión y la aceptación. Las tres primeras son las más frecuentes. En el caso de la negación, la familia y el enfermo no son capaces de aceptar la nueva situación. Puesto que están viviendo un momento doloroso, tratan de buscar una respuesta que les satisfaga, así que recurren a la medicina alternativa y otros medios. Esto les supone un desgaste a nivel emocional, físico y económico. Muchas veces, los miembros de la familia exteriorizan la ira y culpan al enfermo por no haber llevado un estilo de vida saludable. Pues los familiares piensan que los malos hábitos han contribuido a que el paciente se encuentre en estado crítico. El miedo impide que la familia funcione con normalidad, sienten que no pueden darle al enfermo los cuidados que necesita ya que son demasiado especializados. En la fase de negociación nace el sentimiento de esperanza, las personas del entorno del enfermo se consuelan pensando que la muerte del paciente se retrasará. El momento de aparición de esta etapa puede ser, o bien antes de que el familiar enfermo fallezca, o tras la muerte del paciente. La familia busca negociar el dolor provocado por la pérdida. Desean que su vida sea como lo era antes de que el familiar enfermase. En este periodo pueden aparecer sentimientos de culpa e impotencia.

La etapa de la depresión le sirve a la familia del enfermo para ir tomando consciencia de la situación del paciente, e incluso de la muerte del mismo. En este periodo se experimenta el sentimiento de vacío y dolor. Existe un importante agotamiento a nivel físico y mental, ligado a la irritabilidad e impotencia. La/s persona/s que lo viven tienen la sensación de que va a durar eternamente. El profesional de Enfermería, mediante el apoyo emocional, debe transmitirles que, aceptar las emociones que producen dolor, es necesario para superar la fase.

Por último, en el periodo de aceptación, la familia acepta la situación dolorosa.

En el estudio realizado por Leticia Fernandes, et al. (2013) ¹⁹, se visualiza cuáles son los agentes estresantes que afectan al paciente hospitalizado en la UCI y a su familia. A continuación voy a mencionar los agentes que influyen en el paciente, y después los que inciden en la familia. A la hora de recoger la información se han tenido en cuenta los testimonios de los pacientes ingresados en UCI del Hospital Sao José dos Campos.

Tabla 2. Factores estresantes para el paciente en UCI¹⁹

<ul style="list-style-type: none">• Mirar al techo• No tener privacidad• No saber qué día es ni la hora• Escuchar el gemido de otros pacientes• Sentir que no tienes el control de tí mismo• No saber cuándo serán las cosas hechas• Sonidos y ruidos• Sentir dolor• Escuchar el ruido y alarma de los equipos• No recibir explicaciones sobre el tratamiento• Escuchar al equipo hablando con términos desconocidos• No lograr mover las manos y brazos debido a las vías intravenosas• Percibir olores extraños	<ul style="list-style-type: none">• Molestias de las inyecciones• Enfermos y médicos hablando alto• Tener sed• Usar oxígeno• Máquinas extrañas alrededor• Estar bajo el cuidado de sanitarios desconocidos• Medir la presión arterial muchas veces• Ser despertado por el equipo de Enfermería• Ver las bolsas de suero colgadas sobre la cabeza• Camas y almohadas no confortables• Estar en un ambiente muy caliente o frío• No dormir durante la noche• Ver cuidados médicos y de Enfermería a otros pacientes• El/la enfermero/a no se presenta por su nombre• Hombres y mujeres internados en el mismo ambientes
---	---

En general, la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos trae consigo el aislamiento del enfermo. Primero, porque está separado de su núcleo familiar, y segundo, porque se halla recluido en un espacio pequeño. Tiene lugar la despersonalización del paciente dado que le son retirados todos los enseres personales y éste se transforma en un "objeto de asistencia". La intimidad se pierde y el enfermo siempre ha de estar disponible para las intervenciones pertinentes del equipo sanitario. Las actividades del paciente están regladas bajo horarios de comidas, visitas, tiempo de descanso y aseo personal, entre otras.

El paciente al ingresar en UCI pierde su autonomía de forma temporal, y pasa a transformarse en un individuo dependiente de los cuidados y atención del equipo de salud. El personal de Enfermería es, sobre todo, el que más tiempo pasa con la persona enferma. La función asistencial, a nivel independiente, se basa en procurarle al individuo todos los cuidados que éste necesite para satisfacer sus necesidades básicas, es decir, control de la alimentación, confort, mantenimiento de la higiene corporal, etc.

La persona que ingresa en este tipo de unidad de hospitalización está en un ambiente desconocido, es portadora/o de tubos, sondas, rodeada/o de aparatos que producen sonidos irritantes que incrementan el nivel de ansiedad, además, experimentan procedimientos dolorosos y traumáticos.¹¹

A parte de todo lo mencionado, estos pacientes son susceptibles de sufrir el **síndrome confusional agudo o delirio**. Se define como "perturbación de la conciencia caracterizada por un inicio agudo y un deterioro del funcionamiento cognitivo de curso fluctuante, tal que la habilidad del paciente para percibir, procesar, guardar o recordar información está ostensiblemente comprometida".^{20,21}

Los pacientes que padecen este síndrome pueden presentar un estado de agitación, agresividad, inquietud, tendencia a retirarse sondas y catéteres, labilidad emocional y afectiva, letargia, indiferencia afectiva, apatía, disminución de respuesta a estímulos externos entre otros.

Este proceso es transitorio y suele afectar a las personas a partir de los 18 años, aunque la prevalencia, entre el 20-50%, es más alta en personas mayores de 65 años.^{22,23} En este caso hay que informar y comunicarse con los familiares, remarcando sobre todo, que es una complicación con carácter reversible, pues podrían sentirse asustados y pensar que su familiar se está "volviendo loco". Debemos implicar a la familia para que le transmita al enfermo orientación y seguridad. Para ello, hay que permitirles más continuidad en el acompañamiento. Si nos servimos de esto, podemos evitar el uso de medios de contención y además, favorecemos la comunicación entre el paciente y su familia.²⁴

Por otro lado, se ha demostrado que los familiares de los pacientes ingresados en UCI presentan niveles muy elevados de ansiedad. Esta situación influye a la hora de que las familias desatiendan sus propias necesidades manifestando comportamientos no saludables tales como descanso inadecuado, dieta pobre, etc.

En el caso en que los pacientes de UCI son trasladados a una unidad de cuidados generales, también es posible que aparezcan temores relacionados con el abandono de un ambiente que ellos perciben como seguro y en el que el paciente está controlado de forma continuada. Las familias muestran alteraciones psicosociales, y la manera de expresarlo es mediante el estrés, la confusión, la preocupación, irritabilidad, sensación de culpa, la frustración, la incertidumbre, la desorganización, dificultad para afrontar la situación por falta de recursos. Este tipo de reacciones se observan de forma más intensa durante las 24-48 horas tras el ingreso. En este momento los familiares tienen menos capacidad para procesar la información que conlleva esta nueva situación.²⁵

4.7 Horario de visitas en Unidades de Cuidados Intensivos de Castilla y León

Tabla 3. Horarios de las UCI polivalentes en Castilla y León

HOSPITALES POR PROVINCIAS	HORARIOS	CONDICIONES
Ávila (Hospital Nrta. Sra. de Sonsoles)	10'30;13'30; 16'30; 20'30	No se permite el acceso a menores. Sólo puede entrar una persona por paciente. En el turno de las 16'30 puede cambiarse un familiar por otro. Duración de la visita 15-30'.
Burgos (Hospital Universitario)	12h; 18;	Duración de la visita 30'.
León (Hospital de León* y Hospital del Bierzo)	9'45; 17'45* 11h; 18h; 20h	Dos personas por paciente sin intercambios. Prohibido el uso de móviles. Duración 15'.
Palencia (Hospital Río Carrión)	13h; 17'30	Duración de la visita de 15'. No pueden entrar menores.
Salamanca (Hospital Clínico Universitario* y Hospital Virgen de la Vega)	11h;20h* 12h; 18'30	Duración de las visitas de 15-30'. No pueden entrar menores. Sólo dos personas por paciente. En el Hospital Virgen de la Vega los sábados y domingos las visitas son a las 13'30 y 20h.
Segovia (Hospital General)	11h; 19h	No se permite la entrada a menores de 12 años salvo circunstancias especiales. Duración de la visita de 15-20'.
Soria (Hospital Santa Bárbara)	9h; 13h; 20h	Entrada de un sólo familiar. Debe vestirse con calzas y bata. Duración de las visitas de 30'.
Valladolid (Hospital Universitario Río Hortega* y Hospital Clínico Universitario)	13h; 20h* 13h;19h	Dos personas por paciente. No se permite entrada a menores. Duración 30'.
Zamora (Hospital Virgen de la Concha)	15'30; 19h	Se puede adaptar a otros horarios si las necesidades asistenciales lo permiten. No más de dos visitas por paciente. Duración 15-30'.

En la mayoría de hospitales provinciales de Castilla y León, la entrada de menores en la Unidad de Cuidados Intensivos está restringida, salvo en situaciones muy concretas.

El horario de visitas está repartido por turnos, entre dos y tres turnos, de una duración aproximada de 15 a 30 minutos, pudiéndose alargar en casos excepcionales hasta 1 hora.

4.8 Cómo percibe el profesional de Enfermería los cuidados intensivos

En el estudio elaborado por Concha Zaforteza, et al.²⁶ se hace visible que la relación de los profesionales de Enfermería con las familias está muy limitada, especialmente por dos factores: los horarios de visita y el momento de la información médica.

A lo largo de los años se ha otorgado a los médicos el papel de informadores sobre el proceso de atención a los pacientes en estado crítico. La enfermera no interviene en los momentos en los que es necesario informar a las familias en la unidad como, por ejemplo, durante las visitas en turno de mañana. Esto sucede pese a que en la ley General de Sanidad, en el artículo diez, se explique que las personas tienen derecho "a que se les dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa, continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamientos".²⁷

El papel del enfermero/a con las familias en la UCI, en muchas ocasiones, se ciñe a hacer que éstas cumplan con el horario de visita establecido y accedan a la unidad por las zonas adecuadas.

La limitación de los cuidados a la familia por parte del profesional de Enfermería podría estar relacionado con la concepción que algunas personas tienen acerca de la profesión. Es decir, sanitarios que centran sus intervenciones en los aspectos técnicos dejando un poco apartadas las relaciones humanas con los familiares. Quizás, en algunas unidades, las normativas internas podrían estar influenciadas por la costumbre y entorpecer dicha relación enfermera/o-paciente-familia.

En el estudio citado²⁶, se ponen de manifiesto diversos factores que impiden que la enfermera/o se involucre más en el proceso de informar a las familias. En primer lugar, muchas veces no se tiene claro quién es el receptor de cuidados, y algunos profesionales se centran sólo en los pacientes dejando de lado a sus familiares. Según la guía de recomendaciones elaborada por el Ministerio de Sanidad se recomienda que haya una enfermera por paciente en

una UCI de nivel asistencial III; una enfermera para dos pacientes en una UCI de nivel II y una para tres en UCI de nivel I.²⁸

Otros conciben a la familia como un simple elemento que ayuda en la mejoría de la salud del paciente. Además de lo mencionado, algunos profesionales tienen miedo de ser sancionados por haber asumido cierto liderazgo con respecto a la información que se les da a los familiares, o por sentir que se revelan frente a las normas.

También cabe la posibilidad de que los profesionales de Enfermería evadan la relación con las familias para no añadir estrés a su trabajo. En ocasiones, esta situación la han definido como "amenazante para su bienestar emocional". Así mismo, las enfermeras/os sometidas al estudio dicen no sentirse formadas adecuadamente para hacer frente a situaciones en las que haya estrés emocional, tal como la comunicación de malas noticias, controlar la ansiedad de los familiares de los pacientes ingresados, e incluso de los propios enfermos.²⁷

4.9 Comunicación con las familias en las Unidades de Cuidados Intensivos

Cibanal define la comunicación en su libro Técnicas de comunicación y relación de ayuda en Ciencias de la Salud²⁹, como "un proceso continuo y dinámico formado por una serie de acontecimientos variados y continuamente en interacción. O dicho de otra manera, por una parte, como una manifestación de cómo yo, emisor, te manifiesto a ti, receptor, mi forma de captar, sentir y vivir en estos momentos una realidad y lo que espero de ti al decirte esto. Y por otra parte tú, como receptor, me reflejas (feedback) lo que has captado de lo que yo, como emisor, te acabo de decir, tanto a nivel de contenido, sentimiento y demanda, así como lo que has captado con el lenguaje no verbal".

Comunicación e información son dos conceptos diferentes. A partir de los mecanismos de comunicación somos capaces de transmitir información y mediante el feedback, recibirla. Sin embargo, si sólo pretendemos transmitir información, esa retroalimentación no existe.

El contexto psicológico, cultural y social de la familia se ve dañado tras la comunicación de una mala noticia. La primera reacción suele ser la negación de la situación, seguida del impacto familiar. Hace que la enfermedad se convierta en el núcleo de la actividad de los miembros.

El profesional de Enfermería ha de proporcionar acompañamiento y apoyo emocional.

Pasado y superado el primer impacto, la familia comienza a centrarse en otros problemas a parte de los relacionados con el enfermo. En esta fase resulta más efectivo proporcionar pautas sobre la enfermedad del familiar y los cuidados que éste necesita.

En el instante en que la familia se adapta a la nueva situación de salud del enfermo, los familiares aceptan sus nuevos roles y se plantean otros objetivos por parte del paciente y la familia.

La comunicación, bajo la visión de Enfermería con las familias, debe ser de calidad. Los objetivos que el profesional de Enfermería pretende conseguir a través de ella con la familia es que afronten la situación de enfermedad, disminuyan los niveles de ansiedad y que los miembros se dejen ayudar.

Para lograr una comunicación interpersonal efectiva es preciso informar a la familia sobre la enfermedad y la evolución de la misma, así como de los cuidados que el paciente necesita y a quién acudir en el caso de que necesiten ayuda.

Tener conocimiento de los errores que se cometen habitualmente en el proceso de comunicación es clave para después evitarlos. Los más habituales están relacionados, por un lado, con el contenido de la comunicación y por otro, con las habilidades que las personas tienen a la hora de transmitir los contenidos.

En el primer tipo de error la familia o el paciente suele considerar que el profesional no tiene los conocimientos suficientes o bien, estos no están actualizados.

En el segundo caso, el error se encuentra en el “cómo se dice”, pues el paciente o su familia podría pensar que tratamos de engañarles y de esta forma, el profesional de enfermería perdería credibilidad. El sanitario debe desarrollar habilidades comunicativas y evitar suponer lo que el receptor nos va a decir, no hay que dejarse influir por prejuicios, y siempre hay que escuchar.

El uso de tecnicismos, la falta de concreción en los mensajes o una jerga diferente a la del paciente o la familia dificulta la labor comunicativa.³⁰

La información que el sanitario proporciona a la familia tiene que reunir unas características para que sea lo más comprensible posible. Ésta debe ser individualizada y confidencial, adaptada a las características concretas de la situación. Se recomienda dar la información, actualizada, en un lugar privado, o si esto no es posible, en una zona agradable y confortable que permita algo de intimidad.

5. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo he llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre las necesidades y cuidados de las familias de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos. Para localizar los artículos considerados de interés en la materia he realizado una búsqueda en diversas bases de datos online: Cuiden, Cochrane, PubMed y Scielo. Las palabras clave a la hora de encontrar resultados han sido las siguientes: "Cuidados paciente crítico", "unidades de cuidados intensivos", "necesidades familia en UCI", "necesidades emocionales familia".

A parte de la información obtenida online, he consultado revistas en versión impresa y digital de relevancia en el ámbito de cuidados intensivos como la revista Enfermería Intensiva (España), American Journal of Critical Care (Estados Unidos) y Critical Care Nurse (Reino Unido). De los 100 artículos revisados he utilizado en la elaboración de la revisión 33.

Me he centrado en bibliografía especializada en Cuidados Intensivos, Enfermería Comunitaria y Cuidados Paliativos.

Mediante vía telefónica me he puesto en contacto con los distintos hospitales provinciales de la Comunidad de Castilla y León para conocer el horario de sus Unidades de Cuidados Intensivos.

Los criterios de inclusión en los que me he basado para escoger los artículos están relacionados con bibliografía que tratase las necesidades que tienen las familias de los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos, y qué cuidados demandan en función a esas necesidades.

Los criterios de exclusión de los que me he servido son artículos que estuvieran centrados en las Unidades de Cuidados Intensivos pediátricas.

Los idiomas aceptados son el castellano y el inglés.

Estos artículos han sido revisados desde el mes de febrero de 2015 hasta el mes de mayo de 2015. Siendo el más antiguo de 2002 y el más actual de 2014.

6. RESULTADOS

Molter³¹ destacó la esperanza como una necesidad muy relevante para las familias, además de la importancia de recibir una información adecuada que les haga percibir interés hacia el paciente por parte de los miembros del equipo interdisciplinar. Otros estudios revelan que los familiares demandan instalaciones apropiadas como salas de espera o cafeterías para tener mayor comodidad.

Para los familiares es necesario que exista proximidad con el paciente, poder verle con regularidad, pese a los horarios de visita restrictivos, o la ausencia de una infraestructura idónea.

Tras la revisión bibliográfica de distintos artículos, las necesidades de los familiares se pueden enmarcar en cuatro aspectos: necesidades cognitivas, emocionales, sociales y prácticas.

a) Necesidades cognitivas

Están relacionadas con el conocimiento que poseen los familiares con respecto al paciente y la Unidad de Cuidados Intensivos. Distintos estudios destacan la información como la necesidad más prioritaria que presentan las familias. Éstas exigen explicaciones sobre el estado de salud de su familiar y de lo que ocurre en torno al paciente. Muchos de ellos esperan que sea el profesional de Enfermería quien les proporcione información sobre los signos vitales del paciente, el cuidado, el tratamiento, el confort así como las normas de la UCI, funcionamiento del equipo tecnológico, etc.

Se ha observado que las familias perciben la información recibida como confusa, poco consistente, proporcionada con frialdad, poco estructurada, dada de forma rápida, etc. Por extensión, reivindican que la información sea clara, adecuada, que les sirva de orientación y que tenga un componente esperanzador sin llegar a crear falsas expectativas.

b) Necesidades emocionales

Están relacionadas con los sentimientos que manifiestan las familias con el motivo del ingreso de su familiar. En esta área, sobre todo, expresan esperanza como emoción positiva, y temor a perder a su familiar, como emoción negativa. La incertidumbre que están viviendo y las emociones negativas contribuyen a la aparición de la sensación de impotencia o incapacidad para ayudar a su ser querido. Algunos familiares, dadas sus características personales, necesitan un mayor apoyo emocional, psicosocial o espiritual y buscan, a través de la religión, disminuir el sufrimiento que están padeciendo. Lo que más les alivia es poder tener proximidad con su ser querido. Según Álvarez GF³² las personas que están más distanciadas del paciente son las que muestran unos niveles de ansiedad más elevados.

Durante la muerte del enfermo ingresado en UCI, la familia demanda más cercanía con el paciente. Se ha observado que contribuye a una mejor aceptación del proceso de duelo.

c) Necesidades sociales

Las necesidades a nivel social se refieren a las relaciones entre los familiares con otras personas de su entorno próximo, como por ejemplo, los amigos. El ingreso de un ser querido en la UCI modifica los roles familiares, las relaciones y las responsabilidades de la familia. Se rompe la normalidad familiar y social.

Ver al enfermo con cierta regularidad o tener más proximidad a él, respetando en todo momento su tiempo de descanso e intimidad, resulta importante para su entorno social. Por este motivo, las familias piden horarios de visita más flexibles y adaptados a sus situaciones personales. Esto supondría beneficios al permitir que los familiares se involucren en el cuidado del enfermo.³³

Autores como Rodríguez, et al.³⁴ sostienen que los niveles de ansiedad disminuyen si los horarios de visitas son abiertos. Así se permite que la familia, dado el elevado grado de conocimiento que puede tener del paciente y sus necesidades, se anticipe al profesional de Enfermería para cuidar a su familiar enfermo, además de sentirse autorrealizados e implicados con su pariente.

Otros autores³⁵ postulan que las visitas muy prolongadas impiden que las familias satisfagan sus propias necesidades.

Con respecto a las visitas de los niños a la UCI, algunos profesionales y familiares argumentan que puede ocasionar en el menor un impacto negativo, o que pudieran contraer algún tipo de infección.^{36,37} Tampoco se ha detectado elevación en el número de infecciones por ello. Estudios demuestran que en el caso de pacientes ingresados, si reciben la visita de sus hijos, aumenta el grado de esperanza y adquieren una actitud encaminada a la recuperación. La evidencia científica ha demostrado que los niños pueden sentirse culpables si no visitan a sus seres queridos e incluso, el acudir a este tipo de unidades, contribuye a que comprendan mejor la situación y se involucren en la crisis que está viviendo la familia.

d) Necesidades prácticas

Las necesidades prácticas giran en torno a todo lo que interfiere para que la familia se sienta a gusto, tal como las salas de espera, la cercanía física, los teléfonos, etc. Algunos estudios³⁸ sobre el grado de satisfacción de los familiares expresan que las salas de espera son pequeñas, incómodas y poco íntimas. Por tanto, se ha de replantear la opción de crear salas de espera más confortables, próximas a la UCI, dotadas de teléfonos y con baños. Estas zonas, al ser un espacio común para las familias que están viviendo situaciones similares en la UCI, les sirven de soporte de apoyo, ya que dialogan entre ellos acerca de sus vivencias dentro de la unidad.

Teniendo en cuenta que para los familiares es muy importante estar informado, los profesionales de Enfermería tenemos el deber de informarles. Esto queda plasmado en:

- El Código Deontológico de Enfermería³⁹, en el capítulo II: La Enfermería y el ser humano, deberes de las Enfermeras/os. En los artículos 10 y 11 está recogido:
 - a) -Artículo 10: "Es responsabilidad de la Enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando éste se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo."
 - b) -Artículo 11: "La Enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información exceda el nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado".
- La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁴⁰, en el Capítulo I: Principios generales. Artículo 1. Ámbito de aplicación. Punto 6. Se expresa que "todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, si no al

cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente".

Los sanitarios de Enfermería deben tener esto en cuenta para perder el temor a informar y concienciarse de que también es una labor propia de la profesión enfermera.

En cuanto a las habilidades de comunicación eficaz que los profesionales han de poner en marcha para satisfacer los cuidados que las familias demandan son las siguientes.^{41,42,43}

a) **Escucha activa:** a parte de una técnica, también es una actitud a través de la cual nuestra atención se dirige al contenido del mensaje y en cómo se dice (elementos no verbales y paraverbales).⁴⁴

La escucha activa por parte de los sanitarios hacia los pacientes y sus familias es importante porque ayuda a pensar, a tomar decisiones y organizar mejor las ideas. Mediante la escucha estimulamos a la persona que está hablando. Es una forma de crear un vínculo de confianza y seguridad que disminuye los niveles de ansiedad. Mientras la persona nos está hablando no debemos interrumpir, ni manifestar ningún juicio personal, sino comprensión y compartir el silencio. Es importante sintetizar los puntos clave del mensaje y recalcar la idea principal. A nivel de la comunicación no verbal es conveniente mostrar una expresión facial empática, conservar la distancia entre el emisor y el receptor, analizar con qué tono nos está comunicando el mensaje para profundizar en el mundo emocional y emplear el contacto visual.

b) **Empatía:** el autor Carl Rogers define la empatía como "la captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que estos tienen para él y, una vez captados, comunicárselos" (Rogers C. 1980).

Las técnicas que el personal de Enfermería puede emplear para desarrollar esta habilidad son: saludar y presentarse al paciente y su familia en el primer contacto, dirigirse a las personas por su nombre cuando vaya a comunicarse con ellas, respetar los tiempos, de modo que la persona pueda

expresarse tranquilamente, crear un feedback positivo con el paciente/familia pidiendo opinión "¿está de acuerdo con lo que le digo?", no presuponer e indagar en los sentimientos a través de las preguntas. No hay que crear falsas expectativas, se ha de evitar culpabilizar a los individuos o juzgarles.

El mostrar una postura relajada, una actitud facilitadora, atender a la persona mientras habla, mantener la mirada, va a contribuir a que la comunicación sea efectiva y empática.

c) A la hora de comunicar el mensaje hemos de **ser creíbles** y evitar dar falsas seguridades. Hay que indagar para saber hasta qué punto quiere ser informado el paciente y las familias, y que la información se adapte a las circunstancias reales que están viviendo. Del mismo modo, podemos ayudar a la persona a pensar mediante preguntas.

d) Debemos **cuidar el tono** a la hora de emitir el mensaje para que la comunicación sea asertiva.

e) Mostrar **disponibilidad** en la comunicación.

f) La **elección del momento** y el lugar donde va a producirse la comunicación es fundamental.

g) Utilizar el **mismo código** que el interlocutor, que sea claro, fácil de comprender, que respete los valores, la edad, el nivel cultural del individuo y que se adapte a sus necesidades.

h) **Reforzar los aspectos positivos** y así, recompensar a la persona.

En cuanto a la comunicación de malas noticias, Buckman⁴⁵ las define como: "las que van a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro". Existe una controversia sobre quién debería encargarse de comunicar este tipo de información a las familias, algunos estudios abogan por los médicos, otros por los profesionales de Enfermería o, hacerlo de forma conjunta como equipo interdisciplinar.

Sea quien sea la persona que va a transmitir el mensaje y comunicarse con la familia debe seguir una serie de indicaciones:

a) Preparación: buscar un lugar tranquilo o crear un ambiente adecuado. Hemos de procurar que la persona se sienta segura y evitar interrupciones mostrando una actitud de interés, postura física de proximidad y conducta y comportamiento correctos.

b) Percepción: se realizan preguntas abiertas a fin de saber qué conoce el paciente acerca de su estado de salud. Hemos de prestar atención al lenguaje que la persona utiliza y no dar nada por entendido.

c) La información debe ser a demanda del paciente y de la familia. En primera instancia, la actitud de la persona podría ser poco receptiva, pero hay que darle tiempo para que lo piense y tenga la opción de hablar en otro momento.

d) El uso de frases tales como "Lamentablemente, tengo una mala noticia que decirle..." o "Siento tener que decirle..", seguido de unos segundos, sirven para que la persona se prepare psicológicamente y podamos seguir comunicándole la información. La jerga debe adaptarse al interlocutor, y la información darse poco a poco para que la persona vaya comprendiendo y asimilando la nueva situación.

e) Una vez se le ha dado la información podemos encontrarnos con distintas respuestas conductuales: miedo, tristeza, agresividad, ansiedad, ambivalencia o negación. Debemos iniciar un proceso de escucha activa y empatía para saber cómo se siente, cuál es la causa y así poder ayudarle.

f) Al final se hará un resumen de la situación y se propondrán medidas de ayuda y estrategias de afrontamiento de cara a la nueva situación que se presenta. Es muy importante conseguir que el paciente y su familia perciba de nosotros disponibilidad.

En conclusión, para la difusión de los resultados de esta revisión bibliográfica, he elaborado un tríptico dirigido a los profesionales de Enfermería,

donde se recoge un resumen de las habilidades de comunicación eficaz en el Anexo I.

7. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta las necesidades de las familias de los pacientes ingresados en UCI, existe una unificación, entre los autores Pardavila y Vivar, sobre que la comunicación efectiva con el profesional de Enfermería es la más demandada. El hecho de que se le haya dado más relevancia a la información emitida por el médico, con respecto a la proporcionada por los profesionales de Enfermería, ha deteriorado la relación de comunicación entre enfermera/o-familia-paciente. El profesional de Enfermería también tiene información que aportar y el deber de hacerlo.

En relación con lo anterior, la visión de M^a del Carmen Pérez, et al.⁴⁶ nos aproxima a la definición de la información enfermera, que es aquella que transmite datos objetivos basados en la evidencia científica y relacionados con las áreas de competencia de la Enfermería sobre las que tenemos conocimiento, habilidad y destreza para desarrollarla. Estos autores coinciden en que los profesionales de la Enfermería se han de ocupar de los cuidados ante las respuestas humanas a problemas de salud reales, potenciales y/o procesos vitales de individuos, grupos y comunidades. Para entender esto es necesario saber que las respuestas humanas se basan en las reacciones, conductas y actuaciones del individuo ante situaciones de salud o procesos vitales. Se analiza desde tres perspectivas: emocional, cognitiva y psicomotora.

Los cuidados de Enfermería se ejecutan a través de un método (Proceso de Atención de Enfermería) para resolver los problemas de salud de las personas.

Por un lado, a nivel independiente (sin orden médica), se engloban todas las acciones legalmente reconocidas que son responsabilidad de Enfermería. Están dirigidas a mejorar, solventar o eliminar el problema del paciente. Por ejemplo, el apoyo emocional, la preparación psicológica, realización de la higiene del paciente, control de la nutrición, entre otras actividades. Con

respecto al manejo de la información, el profesional de Enfermería debe proporcionar los datos concernientes a su área de trabajo.

En el caso de las intervenciones dependientes e interdependientes nuestra labor se limita a orientar. Pues con orientar entendemos la resolución de dudas, mostrarle recursos a las personas con los cuales afrontar su situación y saber derivar al profesional correspondiente.

El autor, Álvarez G.F, coincide con lo publicado en el artículo de M^a del Carmen, et al. pues mediante la participación en el proceso de informar, la relación terapéutica que se establece con los pacientes y sus familiares es de confianza, mejora la calidad en la atención y los cuidados. Del mismo modo, la comunicación entre los componentes del equipo interdisciplinar aumenta.

8. CONCLUSIONES

1) El personal de Enfermería tiene un papel importante en la atención a las familias al ser los sanitarios que más tiempo pasan con el enfermo. Si se establece una comunicación efectiva entre los enfermeros/as, las familias y los pacientes, la ansiedad y el estrés disminuyen. La posibilidad de alcanzar horarios más flexibles permitiría involucrar a las familias en el plan de cuidados del paciente. Los beneficios derivados de este cambio podrían ser que la familia se autorrealice, esté más tranquila, y el paciente se sienta más arropado.

2) Tras mi paso por la UCI del Hospital Santa Bárbara de Soria como alumna en periodo de prácticas, he podido observar que el médico/a acude sin la compañía del enfermero/a al box para informar, de manera escueta y breve, al paciente y la familia sobre el estado de salud del enfermo. Dado que los enfermeros/as también tienen datos que comunicar al paciente y su familia, deberían hacerlo conjuntamente con el médico.

3) La falta de protocolos en las Unidades de Cuidados Intensivos sobre cómo comunicar malas noticias o sobre cómo establecer una comunicación efectiva con pacientes y familias, dificulta las tareas comunicativas. Por ello, es

preciso reglar la información y así evitar que los profesionales tengan que improvisar en estos momentos.

4) Bajo mi perspectiva, es necesario ampliar la formación que se imparte en la universidad, a los estudiantes de Grado y postgrado de Enfermería, sobre habilidades comunicativas y técnicas de comunicación.

9. BIBLIOGRAFÍA

-
1. Lizet R, Ceballos V.P, Valenzuela S.S, Sanhueza A.O. Análisis crítico del paradigma positivista y su influencia en el desarrollo de la enfermería. *IndexEnferm* [revista en Internet]. 2012 Dic [acceso 28 febrero 2015] ; 21(4): 224-228. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300010&lng=es
 2. Zaforteza C, García A, Quintana R, Sánchez C, Abadía E, Miró J.A. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares ¿qué opinan los profesionales? *RevEnferm Intensiva* [revista en Internet]. 2010 Feb [acceso 28 febrero 2015] ; 21(2): 52-57. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-abrir-unidad-cuidados-intensivos-los-familiares-que-13150315>
 3. Palacio D. La construcción moderna de la enfermería. *Revista de Enfermería y Humanidades* [revista en Internet] 2007 [acceso 17 febrero 2015]; 22: 26-32. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/282>
 4. Sánchez I, De la Torre A, Somoza J. Unidad de cuidados intensivos: Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
 5. American College of Critical Care, Society of Critical Care Medicine. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage". *Crit Care Med* [revista en Internet] 1999 [acceso 19 de febrero de 2015]; 27:633-8. Disponible en: <http://www.learnicu.org/Docs/Guidelines/AdmissionDischargeTriage.pdf>
 6. Wheeler D. Criteria for ICU admission and severity of illness scoring. *Critical illness and intensive care I, Surgery*. London: Intensive Care Society. 2002. 27:5: Elsevier: 2009.
 7. Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

-
8. López S, Romero A.M. La familia como unidad de atención. En: Antonio Frías, editor. Enfermería Comunitaria. 1ªed. Barcelona: Masson; 2000. p. 21-29. 3.
 9. Úbeda F, Pujol G. La familia como unidad de atención en salud comunitaria. En: Alfonso Roca MT, Álvarez C, Díaz D, eds. Enfermería. Enfermería comunitaria I. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería, 1992.
 10. Ciabanal L, Martínez J.R. Familia: funciones. En: Martínez JR, Del Pino R, directores. Manual práctico de enfermería comunitaria. Barcelona: Elsevier; 2014. 307-309.
 11. León J. Enfermería: profesión, humanismo y ciencia. Enfermería Global [revista en Internet] 2003 mayo. [acceso 20 de febrero de 2015]; 2(1). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/664/696>
 12. Marrero V. La familia como objeto de estudio en el proceso de salud-enfermedad de los trabajadores. Rev Cubana Salud Trabajo [revista en Internet] 2004. [acceso 19 de febrero de 2015]; 5(1). Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol5_01_04/rst11104.html
 13. Alonso A, Menéndez M, González L. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. Cad Aten Primaria [revista en Internet] 2013. [acceso 16 de febrero de 2015]; 19: 118-123. Disponible en: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf
 14. Cibanal L, Martínez J.R. Familia y salud. En: Martínez JR, Del Pino R, directores. Manual práctico de enfermería comunitaria. Barcelona: Elsevier; 2014. 311-315.
 15. Guevara B, Zambrano A, Evies A. Una aproximación al perfil de la enfermera intensivista. Portales médicos [revista en Internet] 2007 [acceso 16 de febrero de 2015]; 23(10). Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/756/1/Una-aproximacion-al-perfil-de-la-enfermera-intensivista.html>

16. Dolz J. Estrés y salud en enfermos hospitalizados. Guía práctica de psicología de la salud en el ámbito hospitalario. Capítulo 1.

17. Fernández M.A. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM [revista en Internet] noviembre-diciembre 2004 [acceso 6 de mayo de 2015]; 47 (6): 251-254. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>

18. Kübler E. Sobre la muerte y los moribundos. 1ª ed. Barcelona: Debolsillo; 2003.

19. Fernandes L, Machado R.C, Fernandez V.M, Salazar M.B. Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. Enfermería Global [revista en Internet] octubre 2013 [acceso 2 de marzo de 2015]; 32: 88-103. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/docencia1.pdf>

20. Azor R.J. Delirio en uci: Síndrome confusional agudo, cribaje y cuidados enfermeros. Rev SEEUE [revista en Internet] diciembre 2011 [acceso 1 de marzo de 2015]; 22. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2011/pagina7.html>

21. Palencia E, Romera M.A, Silva J.A y grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Delirio en el paciente crítico. Med Intensiva [revista en Internet] 2008 [acceso 20 de febrero 2015]; 32(1): 77-91. Disponible en: <https://medes.com/publication/40398>

22. Tejeiro J, Gómez B. Guía diagnóstica y terapéutica del síndrome confusional agudo. Revista Clínica Española [revista en Internet] 2002 [acceso 1 de marzo de 2015]; 202(5): 280-288. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/en/guia-diagnostica-terapeutica-del-sindrome/articulo/13032090/>

23. Crespo F, Castellón R, Aimeé S, Saavedra A. Prevalencia y factores de riesgo del síndrome confusional agudo en el adulto mayor en emergencias médicas. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana [revista en Internet]

2014 [acceso 27 de abril de 2015]; 11(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2014/hph142g.pdf>

24. Alonso Z, González M.A, Gaviria M. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [revista en la Internet]. 2012 Jun [acceso 3 de marzo de 2015] ; 32(114): 247-259. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000200003&lng=es)

57352012000200003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000200003>.

25. Carretero P, Monsalve V, De Andrés J. El ingreso en la unidad de cuidados intensivos. La repercusión en el familiar del paciente. Boletín de psicología. nº87. 2006. 61-87.

26. Zaforteza C, Gastaldo D, Sánchez P, De Pedro J.E, Lastra P. Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio. RevNure Investigación [revista en Internet] 2004 [acceso 2 de marzo de 2015]; 3. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/ficheros_administrador/original/original3.pdf

27. Ley General de Sanidad, art 10. Boletín Oficial del Estado, nº102, 29-04-1986.

28. Palanca Sánchez I. (Dir.), Esteban de la Torre A. (Coord. Cient), Elola Somoza J. (Dir. Técnica), Bernal Sobrino J.L. (Comi.Redac), Paniagua Caparrós J.L. (Comi.Redac), Grupo de Expertos (2010). Unidad de Cuidados Intensivos: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

29. Cibanal L., Arce M.C, Carballal M.C. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Elsevier. 2010.

30. Van der Hofstadt C, Quiles Y, Quiles M.J. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad. 1ªed. 2006. Disponible en: <http://comsalud.umh.es/files/2011/12/Tecnicas-comunicacion-enfermeria.pdf>

-
31. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart And Lung*. 1979; 31:332-9.
32. Álvarez GF, Kirby AS. The perspective of families of the critically ill patient: their needs. *Curr Opin Crit Care* [revista en Internet] 2006 [acceso 1 de marzo de 2015]; 12 (6) :614-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17077697>
33. Bond AE, Draeger CRL, Mandeleco B, Donnelly M. Needs of Family Members of Patients With Severe Traumatic Brain Injury: Implications for Evidence-Based Practice. *CritCare Nurse* [revista en Internet] 2003 [acceso 19 de febrero de 2015]; 23:63-72. Disponible: <http://ccn.aacnjournals.org/content/23/4/63.long>
34. Rodríguez MC, Rodríguez F, Roncero Á, Morgado MI, Bannik LJ, Flores LJ, et al. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2003; 14:88-96.
35. Hardicre J. Meeting the needs of families of patients in intensive care units. *Nursing times net* [seriada en línea]. 2003; 99:26-7. [acceso 8 marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/meeting-the-needs-of-families-of-patients-in-intensive-care-units/205503.article>.
36. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva* [revista en Internet] 2014 [acceso 2 de abril de 2015]; 38 (6): 1-5. Disponible en: <http://medintensiva.org/es/por-una-uci-puertas-abiertas/articulo/S0210569114000370/>
37. Clarke C, Harrison D. The needs of children visiting on adult intensive care units: a review of the literature and recommendations for practice. *J Adv Nurs* [revista en Internet] 2001 [acceso 2 de abril de 2015]; 34(1):61-68. Disponible en: http://www.readcube.com/articles/10.1046%2Fj.1365-2648.2001.3411733.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com

38. Belio M.I, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. RevEnferm Intensiva [revista en Internet] 2012 [acceso 5 de marzo de 2015]; 23(02): 51-67. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidades-familia-las-unidades-cuidados-90133701>

39. Código Deontológico de la Enfermería Española. Contiene el texto definitivo resultante de las Resoluciones 32/1989 y 2/1998 que aprueban las normas deontológicas, con posterior corrección de errores. Capítulo II. Artículos 10 y 11.

40. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones, en materia de información y documentación clínica. Capítulo I. Artículo 2. Punto 6. Boletín Oficial del Estado nº 274, 15-11-2002

41. Aseguinolaza A, Tazón M.P. Escucha activa. En: Difusión Avances de Enfermería, editor. Relación y comunicación. 2ª ed. Madrid: DAE; 2002.137-145.

42. Campayo J. La empatía. En: Difusión Avances de Enfermería, editor. Relación y comunicación. 2ª ed. Madrid: DAE; 2002. p.125-133.

43. Ojeda M., Coca C., López-Fando T. Habilidades y técnicas de comunicación. En: Gómez M, director. Avances en cuidados paliativos. 1ªed. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS; 2003. p.565-577.

44. Subiela J.A, Abellón J, Celdrán A.I, Manzanares J.A, Satarorres B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enf Global. 2014.34. 276-292 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/administracion4.pdf>

45. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult?.Br Med J. 1984; 288: 1597-9.

46. Pérez M.C, Najarro F.R, Dulce M.A, Gallardo N, Fernández A. Comunicación: Una necesidad para el paciente-familia. Una competencia de

enfermería. RevPáginasferurg [revista en Internet] 2009. [acceso 28 de marzo de 2015]; 1(3):15-20. Disponible en: <http://www.paginasferurg.com/revistas/2009/septiembre/comunicacion.pdf>