



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



Universidad de Valladolid

Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia  
"Dr. Dacio Crespo"

## **GRADO EN ENFERMERÍA**

**Curso académico (2023-24)**

### **Trabajo Fin de Grado**

**Soledad de las personas hospitalizadas en la  
Unidad de Cuidados Intensivos: Impacto en su  
salud y bienestar. Atención de enfermería.**

Revisión bibliográfica

Estudiante: Martina Valero Casado

Tutora: D<sup>a</sup> Ana Rosario Martín Herranz

Mayo, 2024

## ÍNDICE

|                           |    |
|---------------------------|----|
| 1.RESUMEN .....           | 2  |
| 2.INTRODUCCIÓN .....      | 4  |
| JUSTIFICACIÓN .....       | 11 |
| OBJETIVOS .....           | 13 |
| 3.MATERIAL Y MÉTODOS..... | 14 |
| 4.RESULTADOS .....        | 17 |
| 5.DISCUSIÓN .....         | 27 |
| 5.1 CONCLUSIÓN.....       | 32 |
| 6. BIBLIOGRAFÍA .....     | 33 |
| 7.ANEXOS .....            | 39 |

## 1.RESUMEN

El ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos es una situación bastante estresante para el paciente debido al entorno hostil que le rodea. Sentimientos como la soledad, el dolor y la ansiedad son percibidos en este entorno. Esto se debe a la limitación del descanso de pacientes y familiares, la dificultad de comunicación y de contacto entre ambos. Las enfermeras por su parte juegan un papel esencial en esta unidad, ya que proporcionan cuidados físicos, sociales y emocionales, por lo que las intervenciones de enfermería podrían ayudar a mitigar la soledad y promover un ambiente más humano.

La finalidad es describir el impacto de la soledad en la salud y el bienestar de las personas hospitalizadas en esta unidad y las intervenciones enfermeras para su afrontamiento. Se ha realizado una revisión bibliográfica buscando en bases de datos como Pubmed, Cochrane, Cuiden, Cinahl, y revistas de enfermería, artículos que han sido publicados en los últimos veinte años, en los idiomas de español e inglés, seleccionando finalmente diecisiete trabajos.

Los resultados afirman que existe la soledad en las Unidades de Cuidados Intensivos. Los pacientes y familiares enfrentan esta soledad como una experiencia dura, marcada por sufrimiento e incertidumbre, lo que afecta a su bienestar físico y mental. La presencia y participación de los familiares, se asocia con beneficios significativos para los pacientes, incluyendo una menor sensación de soledad y ansiedad. Además, se ha demostrado que las visitas familiares no aumentan el riesgo de infecciones ni sobrecargan al personal sanitario. Las intervenciones de enfermería, como son una comunicación clara y comprensible y apoyo emocional, pueden ayudar a abordar la soledad en esta unidad y mejorar la experiencia de pacientes y familiares.

**Palabras clave:** soledad, pacientes de UCI, enfermería.

## **ABSTRACT**

Admission to the Intensive Care Unit is a very stressful situation for the patient due to the hostile environment that surrounds him/her. Feelings such as loneliness, pain and anxiety are perceived in this environment. This is due to the limitation of rest for patients and relatives, the difficulty of communication and contact between them. Nurses play an essential role in this unit, providing physical, social and emotional care, so nursing interventions could help to mitigate loneliness and promote a more humane environment.

The aim is to describe the impact of loneliness on the health and well-being of people hospitalised in the Intensive Care Unit and the nursing interventions for coping with it. A literature review was carried out by searching databases such as Pubmed, Cochrane, Cuiden, Cinahl, and nursing journals for articles that have been published in the last twenty years, in Spanish and English, finally selecting seventeen works.

The results affirm that loneliness exists in Intensive Care Units. Patients and relatives face this loneliness as a hard experience, marked by suffering and uncertainty, which affects their physical and mental well-being. The presence and involvement of family members is associated with significant benefits for patients, including reduced feelings of loneliness and anxiety. In addition, it has been shown that family visits do not increase the risk of infections or overburden healthcare staff. Nursing interventions, such as clear and understandable communication and emotional support, can help address loneliness in this unit and improve the experience of patients and families.

**Key words:** Loneliness, Intensive Care Units, nursing.

## **2.INTRODUCCIÓN**

### **2.1 Unidad de cuidados intensivos**

El Ministerio de Salud y Política Social de España define la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como un espacio de ámbito hospitalario formado por profesionales sanitarios, organizados y que actúan como un equipo multidisciplinar cumpliendo una serie de requisitos para asegurar eficiencia, calidad y seguridad de los cuidados a los pacientes que se encuentran en situaciones vulnerables. Se trata de pacientes que necesitan vigilancia continua y un tratamiento especial que solo se puede obtener en esta unidad <sup>(1)</sup>.

Aunque no se conoce con exactitud su origen, dónde inicialmente se ha visto la aplicación de estos cuidados fue con Florence Nightingale (1820-191) considerada como una de las precursoras de la enfermería y madre de la enfermería moderna. Ella definía la enfermería como “la necesidad de ayudar al paciente que sufre la enfermedad y a mantener el organismo sano para evitarla”. Consideraba que para tener salud era necesario un entorno saludable con presencia de luz, limpieza, agua, aire puro, además de vigilancia de día y noche. En el año 1854, se puso rumbo a Crimea para ayudar a los soldados heridos y estableció un área específica para la atención de los más críticos durante la Guerra de Crimea. <sup>(2,3)</sup>.

Los primeros indicios de UCI se pudieron observar en Alemania en los años 30 dedicado al cuidado de las personas que habían sido recientemente operadas.

Más tarde, se desarrollaron en Dinamarca, Francia y Suecia en los años 1947 a 1952 debido a la epidemia de poliomielitis, donde agruparon a todos los enfermos con parálisis respiratoria en unidades que llamaron de respiración artificial <sup>(4)</sup>.

Pero, sobre todo, los inicios de las Unidades de Cuidados Intensivos se desarrollaron en los años 50, dónde comenzaron a juntar a todos los operados en salas que llamaron unidades de vigilancia, en las cuáles empezaron a utilizar anestésicos, lo que trajo un mayor control de las funciones vitales. Al obtener buenos resultados, surgió la necesidad de reunir a los enfermos graves para tratarlos de

manera intensiva. Con estos avances, se comenzó a dotar de material técnico instrumental en estas unidades <sup>(5)</sup>.

Además, con el aumento de los costes de investigación y mantenimiento se comenzaron a crear en los hospitales una unidad de cuidados intensivos que estaba ocupada por pacientes graves operados y no operados <sup>(5)</sup>.

Según la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, en España, la primera UCI se creó en la Fundación Jiménez Díaz en 1965 <sup>(6)</sup>.

La Unidad de Cuidados Intensivos requiere de una ubicación especial dentro del hospital, con acceso controlado y con un diseño estructural específico para el alojamiento de los pacientes. Por lo tanto, necesita de recursos que permitan la realización de un tratamiento intensivo de los pacientes como monitores y equipos de soporte vital que puedan hacer un seguimiento de los signos vitales de los pacientes <sup>(7,8)</sup>.

La hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) causa alteraciones en el estado de ánimo de los pacientes como estrés, ansiedad, depresión, angustia o lo que se conoce como el síndrome de cuidados intensivos ocasionado por la luz o el ruido que limita el sueño y descanso, que, junto con las medidas utilizadas para la ventilación, producen dificultad para la comunicación en los pacientes <sup>(9,10)</sup>.

Los principales problemas que se perciben en la Unidad de Cuidados Intensivos son, entre ellos, la pérdida de contacto con la familia, el horario restringido de visitas, la soledad percibida tanto en pacientes como en la familia, lo cual genera incertidumbre y miedo durante su estancia hospitalaria. Esto hace que los pacientes vivencien esta experiencia como dura e incluso fría <sup>(11)</sup>.

Se ha demostrado que una de las causas de las situaciones de soledad, estrés, depresión, ansiedad, aislamiento... es la limitación de los horarios de visita que ocasiona la falta de presencia de los familiares durante el tiempo que permanecen estos pacientes en la UCI. Sin embargo, y aunque son medidas que se han empezado a tomar en consideración en los últimos diez años, existen políticas que permiten mayor apertura a las visitas; que incluyen la necesidad de apoyo de los

familiares de la UCI e introducen un enfoque más humano en la atención del paciente <sup>(12)</sup>.

Aunque la UCI se haya creado hace pocos años, relativamente, existen normas distintas en cuanto a las restricciones o no de los horarios de visitas, teniendo una alta influencia la cultura de dónde se encuentre esa Unidad de Cuidados Intensivos.

Podemos diferenciar dos tipos de UCI en función del horario de visitas:

- La tradicional “UCI cerrada”, en la cual se limita el horario de estas. Impide el acceso a los familiares de los pacientes, lo que perjudica tanto al apoyo emocional como físico.
- El concepto que ha sido propuesto de “UCI abiertas” trata de la eliminación de límites de tiempo establece una política de libre visita apoyando la presencia de los familiares con los pacientes <sup>(13)</sup>.

La mayoría de los estudios realizados afirman que las visitas de los familiares son valoradas positivamente por los pacientes. Esto se debe a que estas no solo dan a los familiares consuelo y apoyo emocional, sino que también promueven un ambiente más humano en el entorno hospitalario. Además, es importante señalar que este efecto es recíproco, ya que los familiares de los pacientes en la UCI también experimentan un alivio significativo al tener la posibilidad de visitar a sus seres queridos. La presencia de la familia en la UCI proporciona una sensación de cercanía y conexión vital, lo que contribuye a reducir la ansiedad y el estrés tanto para los pacientes como para sus familiares. Por lo tanto, la apertura de las UCI a las visitas beneficia a los pacientes y sus familias a mejorar su bienestar emocional y psicológico haciendo que se encuentren en un entorno más cómodo y tranquilizador <sup>(13)</sup>.

La Unidad de Cuidados Intensivos abierta ofrece, además, una serie de beneficios entre los que destacan varios aspectos. En primer lugar, permite que las familias estén presentes durante los momentos más difíciles y estresantes que se enfrentan tanto los pacientes como los seres queridos.

En segundo lugar, en casos en los que los familiares no pueden acudir en los horarios establecidos de visita debido a conflictos laborales u otras circunstancias

garantiza que los pacientes no estén privados del contacto y el apoyo de sus seres queridos en momentos cruciales, independientemente de la hora del día <sup>(13)</sup>.

Otro aspecto relevante es que el acceso abierto de las visitas promueve un flujo más natural y relajado dentro de la unidad, permitiendo que las familias entren y salgan en momentos distintos, sin la presión de cumplir con un horario estricto. Esto contribuye a crear un ambiente más calmado y propicio para el descanso tanto de los pacientes como de sus familiares <sup>(14)</sup>.

En cuanto a la dimensión física, la apertura de la UCI busca superar las barreras relacionadas con el contacto físico entre pacientes y familiares. Este contacto físico es esencial para transmitir afecto, calma y seguridad, elementos cruciales para la recuperación del paciente <sup>(14)</sup>.

Por otro lado, en la dimensión relacional, la apertura de la UCI crea un ambiente de confianza entre los familiares y el personal sanitario de la UCI. Esta confianza es fundamental para la comunicación efectiva y una colaboración fluida entre ambas partes, lo que a su vez mejora la calidad de la atención y el bienestar del paciente <sup>(14)</sup>.

## **UCI en la actualidad**

Hoy en día, las visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos siguen siendo un tema de debate y controversia entre pacientes, familiares y personal sanitario. Aunque se ha demostrado que existen numerosos beneficios al tener un horario de visitas más flexible o incluso sin horario, como en el caso de las UCI abiertas, todavía continúa la práctica de hacer que los familiares permanezcan en las salas de espera, dónde tienen que permanecer sin ver a los pacientes.

Las necesidades principales que tienen los pacientes en estas circunstancias son diversas y fundamentales. En primer lugar, necesitan sentir que hay esperanza, que existe la posibilidad de una recuperación o mejoría en su situación. Además, es crucial para ellos saber que los trabajadores sanitarios se preocupan por su bienestar y están haciendo todo lo posible para lograr la recuperación de estos.

Otro aspecto esencial es la ubicación de la sala de espera, dónde los pacientes desean que esté lo más cerca posible de ellos, ya que esto les otorga un sentido de cercanía y conexión con sus seres queridos. También, esperan que se les informe de cualquier cambio relacionado con su situación de manera oportuna y clara, consiguiendo una mayor tranquilidad y control sobre su proceso de atención médica.

Asimismo, es importante que los familiares estén informados del pronóstico y estado de salud, esto les proporciona un entendimiento más completo de su situación y les ayuda a afrontar la enfermedad de manera más efectiva.

Otros investigadores han identificado aspectos como el shock y la incertidumbre de la enfermedad, la importancia de mantener la esperanza de vida y cómo favorecer el apoyo emocional como elementos clave en el proceso de recuperación y bienestar del paciente.

El Proyecto HU-CI “Humanizando los Cuidados Intensivos” surge en el año 2014, en la UCI del Hospital Universitario de Torrejón, en Madrid. Fue creado con “el objetivo de recuperar la visión integral que se tiene sobre el usuario que jamás debimos relegar”. Tiene como fin mejorar la supervivencia de las personas en UCI, logrando así, una disminución de las cifras de mortalidad. El principal problema que plantea es que, al avanzar la tecnificación, ha pasado a un segundo plano el trato con la persona, por eso este proyecto se llama HUCI, con la letra H haciendo referencia a la palabra “humano”, queriendo simular una metáfora en la cual consideran que la H se ha ido quedando poco a poco muda, al igual que la función que tiene dicha letra en el vocabulario español <sup>(15)</sup>.

La UCI aparta a los familiares de estar en contacto con la persona hospitalizada, provoca mayor estrés en las personas y también una peor y más tardía recuperación.

A todo lo mencionado anteriormente hay que incluir también los turnos de los trabajadores, falta de personal y la gran carga de trabajo hace muy difícil lograr estos objetivos <sup>(16)</sup>.

Estas serían las razones por las que los trabajadores de la UCI proponen un cambio que conlleve a la dignificación de los que allí trabajan, junto con conseguir una mayor humanización de la atención a los enfermos que están hospitalizados.

Para lograrlo hay que proveer a los profesionales con herramientas que les ayuden a gestionar las inseguridades o las emociones que les causan el dolor que es ajeno a ellos, consiguiendo un equilibrio mediante el trabajo en equipo.

Del mismo modo, es necesario la implicación de los pacientes y familiares junto con todos los sanitarios <sup>(16)</sup>.

En muchas ocasiones tratan a los pacientes como si fueran cuerpos, dedicándose únicamente a la realización de los procedimientos técnicos. Por lo que quedan ignorados los sentimientos de las personas allí hospitalizadas. Esto hace que la experiencia del paciente ingresado en cuidados intensivos le cause sentimientos de falta de autonomía, falta de privacidad, pérdida de identidad, sentimiento de tristeza y soledad.

### **UCI enfermería**

En la Unidad de Cuidados Intensivos, la atención de enfermería se encarga de las necesidades fisiológicas y psicosociales tanto del paciente como de la familia. En este sentido, las enfermeras juegan un papel fundamental, ya que son las que más interactúan con el paciente y la familia, actuando como nexo en muchos casos y formando parte del sistema familiar durante todo el tiempo que dure la estancia en la UCI.

Desde la perspectiva de enfermería, la seguridad del paciente es de suma importancia, y la presencia de los familiares permite que estos estén vigilados durante las 24 horas del día, lo cual contribuye a un mejor control. Asimismo, los familiares pueden ayudar en la ejecución del tratamiento del paciente, lo que a su vez reduce la carga de trabajo del personal sanitario en general y, por ende, disminuye el estrés de ambos, proporcionando una mayor tranquilidad <sup>(18,19)</sup>.

Las enfermeras afirman que los familiares deben participar en la toma de decisiones, recibir a su vez apoyo como cuidadores y contribuir con la compañía y el cuidado de los enfermos.

Sin embargo, algunos enfermeros expresan preocupaciones respecto a la UCI abierta, argumentando que podría interferir en sus cuidados. Además, enfermería señala el agotamiento mental y físico al que son sometidos los familiares, afirman que, si estos ofrecen un mayor involucramiento emocional con el paciente, podría causarles más estrés <sup>(20,21)</sup>.

## **Soledad**

En todos los artículos, tanto por parte del propio paciente, como de los familiares, como de enfermería, se afirma que la soledad en los pacientes de UCI existe.

La soledad es un concepto complejo que está relacionado con diversos aspectos. Normalmente, se ha tenido una visión de este concepto como un fenómeno negativo, ya que está relacionada con situaciones de aislamiento.

La Real Academia Española ha definido la soledad como “creencia voluntaria o involuntaria de compañía”. Esta definición, según distintos expertos, haría alusión a cuando una persona está sola o tiene relaciones sociales insuficientes o carece de ellas <sup>(22)</sup>.

A lo largo de la historia, este concepto ha sido muy estudiado por distintos autores, y todos ellos han llegado a la conclusión de que está relacionada con el déficit o la ausencia de relaciones sociales <sup>(23)</sup>.

Autores como Peplau tienen una forma de ver la soledad como “algo fruto de una discrepancia cognitiva entre las relaciones que una persona tiene y las que esperaba tener, cuya aparición y mantenimiento dependen de la evaluación subjetiva de la propia persona sobre la calidad y la cantidad de sus relaciones sociales” <sup>(23)</sup>.

Otro concepto de soledad, lo definen autores como Stein y Tuval-Mashiach en el año 2015, y para ellos esta palabra significa “un sentimiento de aislamiento, que puede ser subjetivo u objetivo, metafísico o comunicativo, existencial... que está siempre presente y que es parte nuclear de la experiencia personal e intransferible de lo que llamamos soledad” <sup>(23)</sup>.

En 2019, Fantova define soledad como “la escasez o ausencia de relaciones primarias o naturales que sean significativas y satisfactorias para las personas” <sup>(23)</sup>

Por lo tanto, la palabra “soledad”, ha sido estudiada a lo largo de los años, y aunque las definiciones son diferentes, todas ellas siguen una línea parecida, siendo un concepto bastante complejo.

Podemos dividir la soledad en dos tipos:

- Soledad deseada: aquella vista como la oportunidad de alejarse del resto, de tal forma, que quienes la vivencian, no es considerada como un problema ya que no se sienten solos.
- Soledad no deseada: aquella situación en la cual la soledad es obligada y estas personas se ven envueltas en esta situación y carecen de recursos para poder solucionarlas, por lo tanto, en este caso sí que es un problema y necesita solución.

Además, dentro de este tipo de soledad podemos diferenciar otros dos aspectos. La soledad objetiva, que es la falta de compañía, es decir, las personas se encuentran solas. Y, por otro lado, estaría la soledad subjetiva, que es el sentimiento que tienen las personas de estar solos, generando un malestar en estos individuos y provocando aspectos negativos sobre la salud <sup>(24)</sup>.

En el medio hospitalario la soledad se puede percibir en los pacientes de UCI. Esto les afecta a nivel psicológico, físico, social y espiritual, especialmente en esta situación donde las visitas son con horarios restrictivos, y por lo tanto los familiares no están presentes <sup>(23)</sup>.

## **JUSTIFICACIÓN**

La soledad puede aumentar el sufrimiento de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos lo que afecta negativamente tanto a su salud mental como física. Comprender cómo la soledad influye en la recuperación y el bienestar de los pacientes es esencial para mejorar la calidad de la atención en la UCI y optimizar los resultados clínicos.

Los enfermeros son los profesionales de la salud que pasan más tiempo con los pacientes en la UCI y están en una posición única para identificar y abordar la soledad. Explorar cómo los enfermeros pueden intervenir para mitigar la soledad y promover el apoyo emocional y social de los pacientes es fundamental para mejorar la calidad del cuidado en la UCI <sup>(25)</sup>.

Para justificar este trabajo nos basamos en los diagnósticos de enfermería proporcionados por la nomenclatura de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Uno de los diagnósticos relevantes es el [00054] “Riesgo de Soledad”, con factores de riesgo que incluyen privación afectiva, privación emocional, aislamiento físico y aislamiento social. Esto resalta la importancia de intervenir para mitigar la soledad de los pacientes de UCI <sup>(26)</sup>.

Para abordar este riesgo, se pueden utilizar intervenciones de enfermería basadas en la clasificación NIC (Nursing Interventions Classification):

1. [5440] “Aumentar los sistemas de apoyo”: esta intervención implica identificar los recursos comunitarios disponibles y aconsejar cambios cuando sea necesario. Los enfermeros pueden trabajar con el equipo multidisciplinario para fortalecer los sistemas de apoyo del paciente, involucrando a familiares, amigos y servicios sociales según sea necesario.
2. [5270] “Apoyo emocional”: los enfermeros pueden proporcionar apoyo emocional realizando afirmaciones empáticas, ofreciendo abrazos o contacto físico reconfortante y ayudando al paciente a reconocer y expresar sus sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. Estas acciones ayudan a aliviar el sufrimiento emocional y fomentan una conexión más humana entre el paciente y el personal de enfermería.
3. [4920] “Escucha activa”: la escucha activa y la facilitación del crecimiento espiritual son fundamentales para abordar el sufrimiento espiritual de los pacientes en la UCI. Los enfermeros pueden establecer un ambiente de apoyo donde los pacientes se sientan escuchados y comprendidos, pueden ayudar a satisfacer sus necesidades espirituales de manera individualizada.

Por lo tanto, al abordar el riesgo de soledad en la UCI mediante intervenciones de enfermería, se puede mejorar la calidad de cuidado y promover el bienestar integral de los pacientes en este entorno crítico <sup>(26)</sup>.

Esto lleva a plantearse la necesidad de conocer el efecto de estar ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos en los pacientes y familiares. Por tanto, es necesario conocer cuáles son estos factores estresantes para prevenirlos o intentar reducirlos, además, de conocer las consecuencias que puede tener la soledad en las personas que se encuentran en la UCI, cómo afecta a su salud y a la de los familiares, y cómo se puede intervenir desde el punto de vista enfermero.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Describir el impacto de la soledad en la salud y el bienestar de las personas hospitalizadas en UCI y las intervenciones enfermeras para su afrontamiento.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Mostrar los factores relacionados con la soledad del paciente hospitalizado en UCI.
- Identificar las repercusiones de la soledad en la salud y en el bienestar de los pacientes ingresados en UCI afectados por ello.
- Conocer las intervenciones de enfermería para el afrontamiento de la soledad de los enfermos ingresados en la UCI.

### 3.MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza la presente revisión bibliográfica narrativa sobre la soledad de las personas hospitalizadas en la Unidad de cuidados intensivos, el impacto que causa en su salud y bienestar y cómo influye la atención de enfermería.

Para ello, se ha realizado, entre los meses de febrero y mayo de 2024, una búsqueda bibliográfica haciendo uso de bases científicas tales como PubMed, Cuiden, Cinahl y Cochrane. Para completar la búsqueda, se ha acudido a páginas de organismos de referencia como el Consejo Internacional de Enfermería, a libros especializados y revistas de enfermería y a la realización de la búsqueda a la inversa.

Se ha planteado la siguiente pregunta PIO: ¿Las intervenciones de enfermería pueden ayudar a prevenir y a afrontar el impacto de la soledad en los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos? (figura 1).

| Pacientes        | Intervención           | Comparación | Outcome/Resultados                     |
|------------------|------------------------|-------------|----------------------------------------|
| Pacientes de UCI | Cuidados de enfermería | No aplica   | Previene o ayuda a afrontar la soledad |

Figura 1

Para la búsqueda en las bases de datos se han utilizado los tesauros indicados a continuación y como operador booleano solamente se utilizó “AND”. Los tesauros DeCS empleados han sido: soledad, pacientes de UCI, enfermería. Por otra parte, los MeSH utilizados han sido: Loneliness, Intensive Care Units, nurse (figura 2).

| PICO                                             | Palabra Natural               | DeCS             | MeSH                 |
|--------------------------------------------------|-------------------------------|------------------|----------------------|
| <b>P: Pacientes críticos</b>                     | Unidad de Cuidados Intensivos | Pacientes de UCI | Intensive Care Units |
| <b>I: Cuidados de enfermería</b>                 | Enfermería                    | Enfermería       | Nurse                |
| <b>C: No aplicación</b>                          | -----                         | -----            | -----                |
| <b>O: previene o ayuda a afrontar la soledad</b> | Soledad                       | Soledad          | Loneliness           |

Figura 2

Tras haber fijado unos criterios de búsqueda, se han establecido los siguientes artículos (figura 3).

| BASES DE DATOS   | DeCS Y MeSH                                           | RESULTADOS | SELECCIONADOS |
|------------------|-------------------------------------------------------|------------|---------------|
| PUBMED           | ("Loneliness"[Mesh]) AND "Intensive Care Units"[Mesh] | 13         | 9             |
| CUIDEN           | ("Loneliness"[Mesh]) AND "Intensive Care Units"[Mesh] | 1          | 0             |
| CINAHL           | ("Loneliness"[Mesh]) AND "Intensive Care Units"[Mesh] | 13         | 4             |
| CORHRANE         | ("Loneliness"[Mesh]) AND "Intensive Care Units"[Mesh] | 4          | 0             |
| TOTAL            |                                                       | 31         | 13            |
| BÚSQUEDA INVERSA |                                                       | 10         | 5             |
| REPETIDOS        |                                                       |            | -1            |
| TOTAL            |                                                       |            | 17            |

Figura 3

Después de concluir con la búsqueda en las distintas bases de datos, se encontraron un total de 31 artículos. Todos ellos fueron examinados individualmente, mediante una lectura exhaustiva para comprobar si tenían relación con el tema y los objetivos del trabajo.

Para la realización de esta búsqueda, lo primero ha sido seleccionar el idioma, eligiendo aquellos artículos que estaban tanto en inglés como en español.

Se ha establecido una temporalidad máxima de 20 años de los artículos, a partir del año actual. Se ha determinado ese rango de temporalidad, ya que resultaba interesante saber si había habido algún cambio hace 20 años con respecto a ahora porque si solo se seleccionaba los últimos 5 años podía estar condicionado por la pandemia Covid-19.

Posteriormente, mediante la utilización de búsqueda inversa, se han seleccionado otros cinco artículos que se han usado para la elaboración de los resultados.

Finalmente, y después de haber utilizado las anteriores limitaciones, se excluyeron aquellos estudios que eran repetidos en distintas bases de datos. En este caso, había un artículo repetido en PUBMED y CINAHL, por lo tanto, se descartó uno de ellos (figura3).

Quedando finalmente seleccionados 17 artículos.

**Diagrama de flujo** (figura 4).

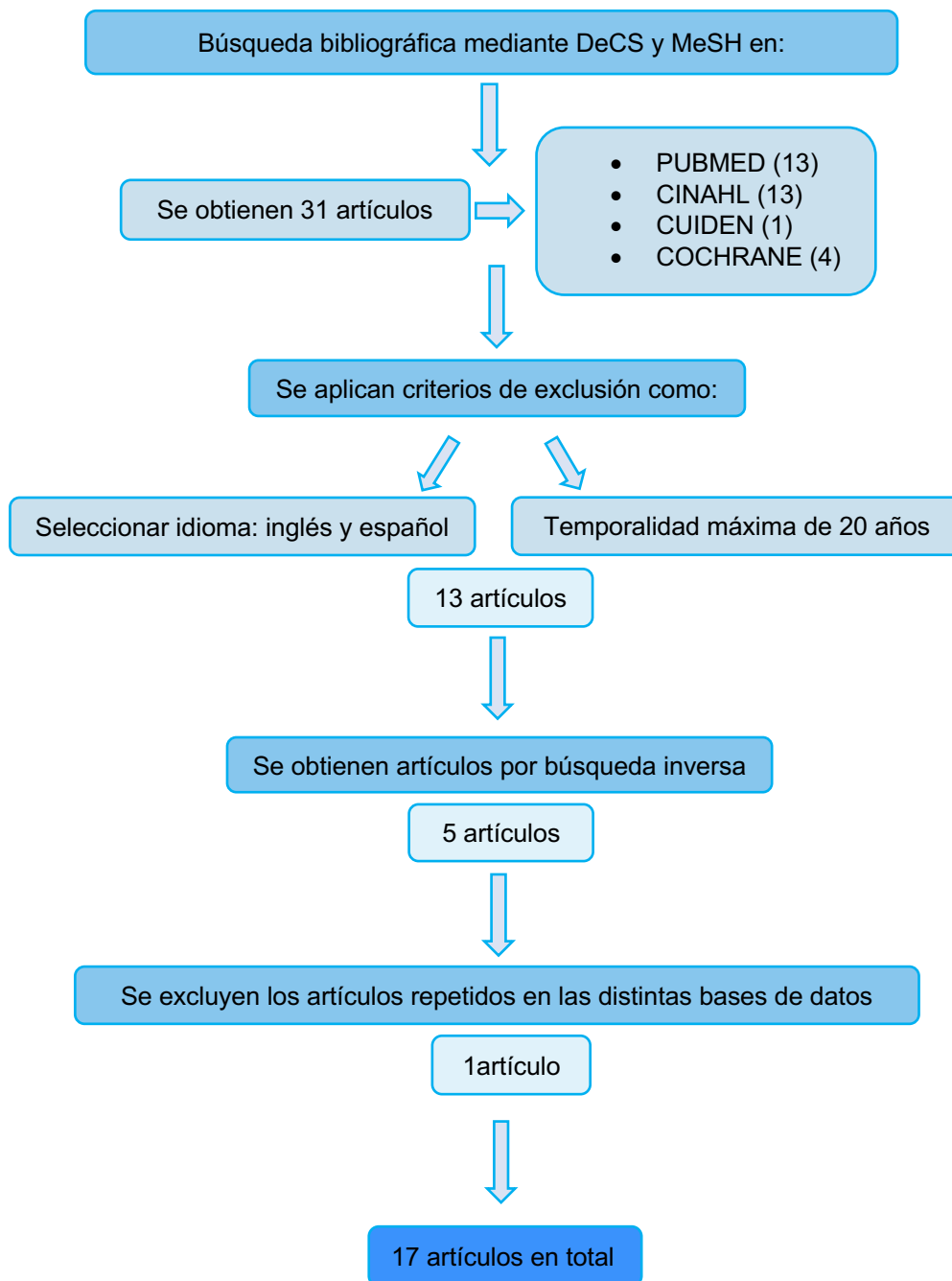


Figura 4

## 4.RESULTADOS

Los artículos utilizados en esta revisión bibliográfica han sido organizados de forma que posibilitan conocer la existencia de la soledad y cómo la afrontan tanto los pacientes como los familiares de las personas hospitalizadas en la UCI y los profesionales de enfermería. Por último, se han descrito intervenciones que se podrían llevar a cabo y que mejorarían la estancia de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. Todo ello está elaborado de acuerdo con los objetivos establecidos en este trabajo.

### **Pacientes:**

Los pacientes describen la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como una experiencia desafiante donde se enfrentan a un entorno marcado por la soledad, la melancolía, sufrimiento, incertidumbre, que pone en riesgo su vida, por lo que cada momento está cargado de intensidad emocional. El ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos significa quedarse solo, ya que se trata de una situación basada en el alejamiento del contacto físico, de las demostraciones de afecto y falta de intercambio de palabras. Travelbee dice que “la sensación de soledad se debe al hecho de darse cuenta que se está enfermo, que se puede morir, a la vulnerabilidad, la intranquilidad humana, la incapacidad y la dependencia”, ya que se ven expuestos a diversos factores estresores que afectan todas las dimensiones de su ser. Al encontrarse en una lucha constante contra la enfermedad y el sufrimiento, se sienten incapaces, dependientes, mientras se aferran a la esperanza de recuperación <sup>(27)</sup>.

La falta de presencia de los cuidadores y la percepción de la propia mortalidad se suman a esta sensación de aislamiento, contribuyendo a un deterioro adicional de la salud física y mental. Se ha demostrado que la soledad en la UCI aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, síntomas depresivos y una disminución general del bienestar <sup>(27)</sup>.

Los pacientes también describen sentirse atrapados ante una situación donde pierden el control sobre su propio cuerpo y entorno, por lo que es necesario reconocer y abordar la soledad en la UCI garantizando un cuidado integral y

compasivo que aborde las necesidades físicas y emocionales de los pacientes y de sus familias <sup>(28)</sup>.

En estos resultados, consideramos la soledad del paciente en UCI como la categoría principal, en la cual, a partir de este término, se han establecido tres subcategorías.

La primera subcategoría que se describe trata de la importancia y la necesidad del contacto físico. Es por esta razón, que se valora profundamente la comunicación verbal y el intercambio de palabras como elementos terapéuticos que proporcionan consuelo, claridad y mantienen a los pacientes conectados con la realidad. Sin embargo, también se reconoce que esta comunicación puede generar molestia y ansiedad, en algunos casos, ya que se enfrentan a noticias difíciles o a decisiones médicas complejas <sup>(27)</sup>.

Además, se percibe la necesidad de adoptar una actitud de colaboración y respeto mutuo en la dinámica entre los pacientes y el personal médico. Los pacientes valoran enormemente sentirse escuchados y comprendidos por parte del equipo sanitario, mientras al mismo tiempo reconocen la necesidad de ser proactivos en su propio cuidado y en el establecimiento de una relación de confianza con el personal sanitario <sup>(27)</sup>.

Otra subcategoría para tener en cuenta es que los pacientes se despiertan rodeados de máquinas y cables, esto les genera una profunda sensación de desesperación y desorientación, donde la percepción del tiempo se distorsiona. Por lo que además del sentimiento de soledad al que son sometidos, estos factores estresantes son un añadido también, ya que hace que tengan dificultades para conciliar el sueño debido a la presencia de ruidos desconocidos, luminosidad excesiva y manipulaciones constantes. Además, la temperatura de la unidad fue percibida como incómoda, afectando el bienestar de los pacientes <sup>(29)</sup>.

Por otro lado, también se han mostrado otros factores que causan soledad como es el aislamiento físico impuesto por la política de visitas y la falta de contacto afectivo y comunicación. Estos intensifican aún más esta sensación de separación y desconexión. Es, por tanto, que esta subcategoría, en esta revisión, es la que ha cobrado más interés y se ha considerado de mayor relevancia, siendo un aspecto

importante a tener en consideración para lograr la disminución de la sensación de soledad de los pacientes en la UCI <sup>(29,30)</sup>.

Los hallazgos de diversos estudios revelan la importancia de permitir la presencia de familiares en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), destacando los beneficios significativos que esta práctica puede tener en los pacientes y en su recuperación.

Un estudio descriptivo realizado por Azzi y Bambi reveló que para el 91% de los pacientes eran favorables las vistas de los familiares sin límite de tiempo. Esta libertad de acceso les brinda apoyo emocional y contribuye a mejorar su bienestar general durante la estancia en la UCI <sup>(31)</sup>.

Por otro lado, un estudio realizado en Italia señala que la presencia continua de los familiares en la UCI, conocida como modelo de “UCI abierta”, está asociada con una disminución del dolor y la sensación de soledad en los pacientes. Este enfoque centrado en el paciente reconoce el papel crucial que desempeña el apoyo emocional de los seres queridos en el proceso de recuperación <sup>(32)</sup>.

El ensayo clínico realizado por Fumagalli y sus colegas en 2006 en una UCI cardiaca, resalta como hallazgo interesante, que, aunque la política de UCI abierta puede aumentar el riesgo de contaminación bacteriana, los beneficios en términos de reducción de complicaciones cardiovasculares y mortalidad superan estos riesgos. Además, las tasas de depresión y ansiedad son notablemente menores en entornos de UCI abierta, lo que subraya la importancia del contacto humano en la salud mental de los pacientes <sup>(30)</sup>.

En otro estudio realizado en 2011, publicado por Malacarne, donde se establecía por un lado un horario de visita restringido de una hora y solo dos familiares, y otro de tres horas al día con cuatro visitantes, no se obtuvieron diferencias que fueran estadísticamente significativas en la incidencia y en los tipos de infecciones. Esto sugiere que, aunque los protocolos de visita pueden variar, el impacto en la seguridad del paciente puede ser similar, lo que destaca la importancia de encontrar un equilibrio entre la comodidad del paciente y la gestión del riesgo de infecciones <sup>(30, 32)</sup>.

En general, todos los estudios coinciden en que la presencia de familiares en la UCI no solo les ofrece consuelo y apoyo emocional a los pacientes, sino que también puede tener un impacto positivo en su salud física y mental. Al proporcionar un entorno más humano y compasivo, se puede ayudar a mitigar el miedo, la ansiedad y la sensación de aislamiento que a menudo acompañan a la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos al estar lejos de su vida diaria, entorno y familia ya que pasan a convivir con extraños <sup>(33)</sup>.

### **Familias:**

La presencia y participación de la familia sigue siendo el contexto social más importante del paciente crítico, que influye de manera positiva en su recuperación y disminuye el grado de soledad y ansiedad de ambos.

Como factor principal de los estudios y revisiones que se han utilizado en este trabajo para conocer y describir la soledad que sienten los familiares de las personas hospitalizadas es la falta de contacto con los pacientes. En consecuencia, a esto, las subcategorías principales a tratar son: la implementación de horarios de visita más amplios y la promoción de la participación de la familia en los cuidados del paciente. Estas estrategias han demostrado mejorar la experiencia tanto del paciente como de sus familiares en la UCI y que disminuiría esos sentimientos de aislamiento y tristeza tan comunes en este espacio.

Se ha reconocido a la familia como elemento esencial en el cuidado del paciente crítico, y se destaca la importancia de satisfacer sus necesidades y ofrecerles la información adecuada para disminuir la incertidumbre y la ansiedad. Es común que las familias se sientan desamparadas y mal informadas durante la hospitalización de un ser querido en la UCI, lo que puede aumentar su angustia y sensación de soledad y desconcierto <sup>(33)</sup>. Los familiares, al encontrarse en esta situación de incertidumbre, frecuentan constantemente las salas de espera ansiosos por conocer información sobre el estado de salud de su familiar, aumentando por tanto su nivel de estrés ya que sienten que están solos al no poder permanecer junto con el familiar y no tener información respecto a él y su estado de salud en ese momento. <sup>(35,36)</sup>.

Autores como Pardavila y Vivar, en su estudio indican que la falta de comunicación de la familia sobre el paciente que se encuentra en estado crítico les provoca sentimientos de frustración, soledad, ansiedad, preocupación, enfado, miedo y tristeza entre otros. Para lo cual, autores como Álvarez y Kirbi demostraron la importancia de informar de manera coherente, clara y oportuna a los familiares, ya que esto les ayudaría a entender mejor la enfermedad del paciente y también a tener una mayor confianza en la recuperación de este. El ingreso de una familiar supone síntomas psicológicos como shock, estrés o culpa, ya que se trata de un suceso inesperado en la mayor parte de los casos, al que en numerosas ocasiones hay que añadir el estrés postraumático <sup>(37)</sup>.

Verceles et al. dice que los familiares sufren también una disminución de la calidad de vida impulsada por la falta de sueño, menor nivel de concentración y por tanto peor realización de las tareas cotidianas o en el entorno laboral. Estos refieren tener menos sueño, y en ocasiones requieren de medicación para dormir cuando algún familiar ingresa en la UCI <sup>(37)</sup>.

Un estudio realizado con treinta personas mediante un diseño cualitativo y descriptivo, a través de un cuestionario en el cual querían conocer los puntos de vista y experiencias de hijos que iban a visitar a padres que se encontraban hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, concluyó con que la visita de los niños, los cuales antes habían sido informados, había sido positiva para ellos. Se logró que estos tuvieran una mayor conciencia de la condición en la que se encuentran los padres, lo que les causó alivio, ya que pudieron ver al familiar por sí mismos; disminuyó el estrés y ansiedad que estos tenían y se consiguió mejorar las necesidades emocionales tales como la esperanza y la tranquilidad y reducir la soledad que sentían ante la falta de presencia del hospitalizado <sup>(34)</sup>. Lo mismo ocurre en casos en los que los hermanos acuden a ver al niño enfermo. Les ayuda a disminuir el miedo sobre todo ante una posible muerte del familiar <sup>(38)</sup>.

La evidencia contradice la creencia errónea de que la presencia de familiares en la UCI aumente el riesgo de infecciones o el agotamiento emocional del personal sanitario. Por el contrario, la participación de la familia en el cuidado del paciente no

solo mejora la satisfacción del paciente y de la familia, sino que también reduce la ansiedad, la angustia y la soledad <sup>(34)</sup>.

Además, dar apoyo espiritual y emocional a las familias, adaptado a sus creencias y necesidades individuales, puede ser fundamental para su bienestar durante este periodo difícil <sup>(35)</sup>.

En el estudio realizado por Azzi y Bambi, los resultados mostraban que el 90% de los familiares estaban a favor de las UCI abiertas, es decir, querían tener la posibilidad de ver a los enfermos con mayor frecuencia, y así, obtener mayor comodidad y satisfacción <sup>(31)</sup>.

En el Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI), en una muestra española realizada a 55 personas que habían tenido a su familiar ingresado en la UCI del Hospital General Universitario de Castellón. Los familiares consideraban importante tener información y conocimiento de los pacientes. Afirman que la información debe de ser comprensible, pero a la vez específica sobre el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad. Además, esperan de enfermería información sobre los cuidados que le realizan al familiar en la unidad <sup>(35)</sup>.

## **Enfermería**

La presencia y participación del personal de enfermería en el cuidado del paciente y la familia en la UCI tiene un efecto positivo en la reducción del miedo, el estrés y la soledad. El personal de enfermería puede proporcionar un apoyo emocional que se puede evaluar mediante la atención a las necesidades físicas y emocionales de los pacientes y sus familias, lo que contribuye a mitigar el impacto negativo de la hospitalización en la UCI <sup>(39,40)</sup>.

Después de analizar los artículos, se han podido observar algunas intervenciones de enfermería que ayudarían a afrontar la soledad existente en la UCI. Sin embargo, históricamente se ha observado una relación burocrática y despersonalizada entre el personal de enfermería y las familias, lo que limitaba el contacto y la interacción significativa <sup>(36)</sup>.

Aunque el papel de proporcionar información al paciente corresponde al médico, el personal de enfermería tiene la responsabilidad de informar sobre los cuidados y brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias. Se ha demostrado que una comunicación clara y comprensible por parte del personal de enfermería puede hacer que la experiencia sea menos dolorosa y traumática para los pacientes y sus familias <sup>(41,42)</sup>.

Enfermería debe atender a las señales no verbales, es decir, mediante escucha activa. Además, debe de mostrar empatía, que se puede lograr con acciones simples, tanto con los pacientes como con la familia; tales como tocar, informar, mediante el diálogo, para así lograr que el entorno sea menos negativo. El problema es que la mayoría de las veces carece de tiempo y no puede dedicar todo el tiempo que dura su jornada laboral a la atención y cuidado del hospitalizado, ya que normalmente cada enfermera tiene asignados a varios pacientes <sup>(33)</sup>.

Los estudios, como el de Garrouste-Orgeas, destacan la percepción positiva de las familias hacia la participación en las actividades de cuidado proporcionadas por el personal de enfermería. La mayoría de las familias están a favor de colaborar en estas actividades, lo que demuestra el valor que otorgan la implicación en el cuidado de sus seres queridos durante su estancia en la UCI <sup>(31)</sup>.

### **Intervenciones que ayudarían a disminuir la soledad en la UCI.**

Los resultados sobre los artículos analizados coinciden en que existen medidas que ayudarían a disminuir la soledad presente en la Unidad de Cuidados Intensivos si estas se llevaran a cabo. Se pueden clasificar en tres tipos. El primero de ellos es la UCI abierta, seguido de él serían las salas de espera y por último la escucha activa.

#### UCI abierta

En las Unidades de Cuidados Intensivos, la necesidad de revisar y flexibilizar las políticas de horarios de visita es evidente, ya que las restricciones actuales limitan la comunicación con los familiares y contribuyen al sentimiento de aislamiento, tanto de los pacientes como de sus seres queridos, expresando ansiedad y miedo relacionados con su condición y el entorno hospitalario.

La evidencia sugiere que la atención se ha centrado predominantemente en el paciente, dejando de lado las necesidades emocionales y de apoyo de las familias. Por lo tanto, la práctica de las UCI cerradas, con horarios de visita estrictos, puede ser considerada innecesaria, y se argumenta que permitir horarios de visita más flexibles podría tener beneficios significativos para todos los involucrados <sup>(29,41)</sup>.

Estudios como el de Berwick afirman que las restricciones horarias de las Unidades de Cuidados Intensivos fueron implementadas en los hospitales con objetivo de reducir el estrés de los pacientes y familiares de la UCI, así como para prevenir el agotamiento físico y mental que les causa a ambos. Además, afirma que las visitas de los familiares pueden ayudar a aliviar la angustia mediante la estimulación sensorial del paciente haciendo que este se familiarice con el entorno del hospital y que a la vez la familia obtenga información sobre el paciente <sup>(27)</sup>.

En Italia, en un estudio realizado en la Toscana, reconocen el valor de las UCI abiertas para las familias de los pacientes hospitalizados. Aunque también consideraban que las UCI no eran lugares que estuvieran preparados para que se quedaran acompañantes con el enfermo. El personal sanitario cree también que va a tener una mayor carga de trabajo debido a que considera que va a haber una mayor demanda por parte de los familiares, sobre todo en lo relacionado con el tema de obtener más información respecto al paciente hospitalizado <sup>(31)</sup>.

Enfermeras de la UCI Española, tras realizarles un cuestionario sobre las UCI abiertas, coinciden en los beneficios potenciales de permitir una mayor presencia de familiares, especialmente en términos de apoyo emocional al paciente y la reducción del sentimiento de soledad <sup>(39)</sup>.

Los estudios, como el llevado a cabo por Garrouste-Orgeas en el que realizaron un cuestionario de 13 preguntas en la UCI médico-quirúrgica, entre médicos y enfermeras, los médicos estaban más a favor que las enfermeras de tener un horario de visita más amplio, pero ambos coincidían en que los horarios de visita deberían de cambiar y no ser tan restringidos. Consideran que el que los familiares estén presentes trae beneficios al paciente <sup>(40,41)</sup>.

Pero, por otro lado, las enfermeras percibieron que las visitas podían tener efectos negativos para las familias, ya que estas podían experimentar agotamiento debido a la prolongada estancia en la UCI. Además, se consideró que las visitas interferían con la prestación de atención de enfermería, posiblemente aumentando la carga de trabajo del personal <sup>(42)</sup>.

Las percepciones sobre las consecuencias de las visitas desde el punto de vista enfermera eran favorables, en su mayoría, a lo referido a la ampliación del horario de visitas, ya que consideran que esto puede ser positivo desde una perspectiva psicológica y tienen un impacto más significativo en el bienestar emocional del paciente.

También sugieren que los efectos de las visitas podrían diferir dependiendo de factores como el estado del paciente, la naturaleza de la visita y las circunstancias individuales. Esto resalta la importancia de considerar cada situación de manera única y adaptar el enfoque de cuidado en consecuencia <sup>(42,43)</sup>.

### Salas de espera

Las salas de espera son lugares estresantes, donde a los familiares les surgen distintas emociones mientras esperan noticias o poder ver a sus seres queridos enfermos.

Numerosos estudios coinciden en señalar que las salas de espera deberían ser más que simples espacios de estar; deberían ser refugios de apoyo emocional. Los familiares expresan la necesidad de sentirse respaldados y comprendidos en momentos tan difíciles. Visualizan estos espacios como lugares de encuentro, donde otras familias que atraviesan estas situaciones similares pueden brindarse mutuamente apoyo y consuelo.

Además, destaca la importancia de la ubicación física de estas salas. La proximidad al paciente es considerada fundamental, ya que facilita un acceso más rápido y directo a la información y a la atención médica cuando sea necesario. Estar cerca del ser querido enfermo proporciona un sentido de cercanía y conexión que puede ser reconfortante para ambos <sup>(34,35)</sup>.

### Escucha activa

La comunicación, tanto verbal como no verbal, aparece como una herramienta terapéutica fundamental en el contexto de la UCI. La capacidad de los pacientes para expresar sus emociones y recibir apoyo emocional de los profesionales de la salud y de sus seres queridos juega un papel crucial en su proceso de recuperación <sup>(33)</sup>.

Los resultados muestran la importancia del contacto físico y la comunicación verbal y los elementos terapéuticos que proporcionan consuelo y conexión con la realidad. Sumado a esto, destaca la necesidad de adoptar una actitud de colaboración y respeto mutuo entre los pacientes y el personal médico <sup>(39,40)</sup>.

Esta puede ser una fuente de motivación y ayuda, pero sobre todo para mostrar empatía y afecto. También puede ser utilizada como método de desahogo de pacientes y de familiares. La necesidad de seguridad y esperanza, a pesar de las dificultades, durante el proceso de recuperación a los pacientes les impulsa a seguir luchando <sup>(27)</sup>.

Los profesionales de la salud deben ser hábiles no solo en transmitir información clara y comprensible, sino también en concordar con las emociones del paciente y adaptar su enfoque comunicativo en consecuencia.

Una comunicación efectiva en la UCI no solo ayuda a fomentar la comprensión y el consentimiento informado, sino que también fortalece los lazos entre los pacientes, familiares y profesionales de la salud, promoviendo así un entorno de cuidado integral y apoyo mutuo <sup>(35)</sup>.

## 5.DISCUSIÓN

Hay artículos que demuestran que en la Unidad de Cuidados Intensivos están muy presentes las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes, las preocupaciones que tienen las familias y la responsabilidad del personal sanitario. La complejidad de la atención a enfermos críticos y la naturaleza de las enfermedades hacen que este entorno sea emocionalmente exigente. Los resultados recopilados señalan varios aspectos que merecen atención y reflexión.

### Pacientes

Los resultados confirman que los pacientes sienten soledad en la Unidad de Cuidados Intensivos puesto que se enfrentan a la vulnerabilidad y dependencia que les supone la enfermedad, lo que les causa sentimientos de desamparo e intranquilidad. Esta situación se agrava por la falta de contacto físico, de las demostraciones de afecto y de la comunicación verbal, lo que les produce una sensación de aislamiento emocional.

La importancia del contacto físico les causa malestar y ansiedad, sobre todo si reciben malas noticias o tienen que tomar decisiones complejas. Además, es importante que exista una relación de colaboración y respeto mutuo dónde estos se sientan escuchados y comprendidos para lograr el bienestar del paciente <sup>(27,28)</sup>, como se puede observar en la NIC, de la Clasificación Internacional de Intervenciones de Enfermería, [5270] “Apoyo emocional”, donde una de las actividades planteadas es ayudar a reconocer los sentimientos de tristeza, ansiedad o ira, de tal forma que enfermería consiga una conexión emocional con el paciente y familiar <sup>(26)</sup>.

Por otro lado, la presencia de máquinas rodeándoles, sumado a la percepción distorsionada del tiempo, los ruidos desconocidos, la luminosidad excesiva y las manipulaciones constantes dificultan más la capacidad de los pacientes de conciliar el sueño afectando a su bienestar emocional <sup>(29)</sup>.

Permitir la presencia continua de los familiares en la UCI tiene beneficios para los pacientes. La UCI abierta les proporciona apoyo emocional, contribuyendo también a

la disminución del dolor y de las complicaciones cardiovasculares. Además, los estudios muestran que los horarios y límites de visita no tienen un impacto significativo en la seguridad del paciente <sup>(30-33)</sup>.

## **Familia**

Numerosos estudios y revisiones reconocen que la participación de la familia en el cuidado de los pacientes críticos es beneficiosa, ya que disminuye los sentimientos de soledad y ansiedad y mejora la experiencia durante el tiempo que dure la hospitalización de ambos.

Uno de los principales factores que contribuyen a la sensación de soledad en los familiares es la falta de contacto con los pacientes. El horario restringido de las visitas aumenta la angustia y el estrés de los familiares, ya que estos desean permanecer junto a su ser querido <sup>(34-36)</sup>.

La falta de comunicación adecuada por parte del médico hacia los familiares también contribuye a la sensación de soledad y ansiedad. Si estos no reciben una información clara aumentan las emociones negativas, de preocupación, miedo, tristeza. Pero si se les proporciona información coherente y comprensible, los familiares sienten mayor tranquilidad y confían más en la recuperación <sup>(32,34,38)</sup>.

Además del impacto emocional que supone la hospitalización del ser querido en la UCI, esto les puede causar consecuencias físicas y psicológicas a los familiares. La falta de sueño, estrés y la disminución de la calidad de vida son efectos que les pueden llegar a afectar en su vida cotidiana. Es necesario que la familia se sienta apoyada para ayudarles a enfrentarse a esta circunstancia complicada <sup>(31,35)</sup>. Por esta razón, una de las actividades propuestas en la NIC [5440] de “Aumentar los sistemas de apoyo”, se basa en que enfermería, junto con un equipo multidisciplinario, fortalezca los sistemas de apoyo para evitar que se produzcan estos efectos <sup>(26)</sup>.

## **Enfermería.**

La presencia y participación de enfermería en la UCI es fundamental para reducir la soledad, miedo y estrés. El cuidado emocional que ofrecen las enfermeras influye en el bienestar psicológico de los pacientes y familiares.

La falta de conexión de enfermería con los pacientes y familiares ha producido un aumento de la sensación de soledad. La humanización de la atención sanitaria, especialmente en entornos críticos difíciles como es la UCI, es esencial para el bienestar del paciente <sup>(39,40)</sup>.

Enfermería debe informar sobre los cuidados y dar apoyo emocional, siendo necesario transmitir empatía y comprensión. Sin embargo, la gran carga de trabajo hace que, en ocasiones, no se pueda brindar la atención y apoyo necesario. Los estudios demuestran que la mayoría de las familias están dispuestas a colaborar en las actividades de cuidado proporcionadas por enfermería, lo que ayudaría a aliviar la carga laboral <sup>(33,41,42)</sup>.

## **Intervenciones que ayudarían a disminuir la soledad en la UCI.**

Entre las intervenciones que tienen una repercusión saludable para afrontar la soledad de los pacientes en la UCI, destaca en primer lugar las UCI abiertas, ya que los estudios afirman la necesidad de flexibilizar los horarios de visita, puesto que las restricciones actuales contribuyen a que haya una mayor sensación de soledad, siendo esto corroborado por pacientes y familiares.

Sin embargo, el personal de enfermería teme que las visitas sin horario restringido puedan afectar negativamente, ya que sienten que la presencia de los familiares puede influenciar a que se produzca una peor realización de su trabajo y aumentar el nivel de agotamiento de las familias <sup>(34)</sup>.

Otro elemento importante a tener en cuenta sería la estructura y ubicación de las salas de espera. Los estudios realizados a familiares coinciden en que se deberían de humanizar más estos entornos para así conseguir sentirse más comprendidos. Además, deberían de estar más cercanas a los pacientes <sup>(35)</sup>.

En último lugar, cabe destacar la necesidad de la escucha activa. Consideran necesaria la comunicación verbal y no verbal, haciendo de la UCI un espacio donde puedan expresar sus emociones, donde esté presente el respeto, la empatía y afecto, ya que se trata de una circunstancia que vuelve vulnerables al enfermo y seres queridos.

Por ello, enfermería juega un papel importante siendo responsable, en cierto modo, de hacer que los familiares y pacientes se sientan satisfechos <sup>(34)</sup>, como es en el caso de la NIC [4920] “Escucha activa”, realizando afirmaciones empáticas o de apoyo y permaneciendo con ellos para proporcionarles seguridad cuando sientan ansiedad <sup>(26)</sup>.

Por lo tanto, es fundamental que las políticas y prácticas en la UCI se centren en abordar estas necesidades de manera integral y compasiva para lograr una mejora de la estancia del paciente y de la familia durante el tiempo que dure la hospitalización, ya que el tratamiento de una enfermedad se vuelve digno cuando se hace efectiva la atención integral <sup>(14,17)</sup>. Es por esta razón, que enfermería tiene que proporcionar una atención holística que atienda todas las dimensiones emocionales de las personas afectadas, de tal manera que no se centre solo en las del paciente en sí, sino también, en las de su entorno afectivo más inmediato.

Lo cierto es, que tras la realización de la revisión bibliográfica, se ha encontrado una limitación en la cantidad de artículos obtenida por la utilización del operador booleano “AND” al pretender que todos los artículos incluyeran las palabras “soledad” y “pacientes en UCI”, ya que resultaba de interés para este trabajo mostrar la existencia de la soledad solamente en la Unidad de Cuidados Intensivos, puesto que es un espacio muy monitorizado y donde los pacientes y las familias pasan mucho tiempo solos.

Por todo lo anterior descrito, es imprescindible que las anteriores intervenciones sean tomadas en consideración, ya que toda la información obtenida para la realización de este trabajo afirma que la soledad está presente en esta unidad, aunque llama la atención que, a pesar de ser algo obvio, no existen muchos artículos que hablen sobre ello, aun sabiendo que es un tema importante y que

afecta a la salud de los pacientes y sus familias. Sería necesario modificar las políticas existentes encaminadas a disminuir la soledad presente en las Unidades de Cuidados Intensivos y hacer de ellas un espacio de salud y bienestar.

## 5.1 CONCLUSIÓN

La experiencia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es altamente estresante tanto para los pacientes como para sus familiares. La soledad, la sensación de vulnerabilidad y la pérdida de control son los aspectos predominantes que afectan negativamente a la recuperación en esta unidad. Además, esto se ve agravado por la falta de contacto físico y de comunicación verbal, lo que les produce ansiedad e incertidumbre, de tal manera que disminuye el bienestar emocional de estas personas.

Es necesario que el médico les aporte una información clara y comprensible sobre la salud. Enfermería, por su parte, debe ofrecerles apoyo emocional e informales sobre los cuidados. Además, la participación de la familia en los cuidados del paciente trae beneficios, ya que hace que se reduzca ese malestar existente en ambos, al mismo tiempo que ayuda a aminorar la carga laboral que tienen los enfermeros.

Para lograr una mejora de la estancia en la UCI, es necesario adoptar políticas de visita más flexibles, consiguiendo así, una disminución del sentimiento de soledad entre el enfermo y su familia, aunque enfermería crea que el que no exista un horario restringido de visitas puede afectarles en la realización su trabajo y que pueda conllevar a un mayor agotamiento tanto físico como psíquico del familiar.

También, es necesario mejorar las salas de espera, haciendo estos espacios más humanizados y cercanos al paciente.

Por último, es importante fortalecer la comunicación y el apoyo emocional mediante la escucha activa, donde enfermería muestre empatía y consiga que se sientan más comprendidos, ya que tanto el paciente como sus seres queridos se encuentran en una situación de fragilidad.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Gob.es. [citado el 9 de abril de 2024]. Disponible en:  
<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/UCI.pdf>
2. Ochoa Parra M. Historia y evolución de la medicina crítica: de los cuidados intensivos a la terapia intensiva y cuidados críticos. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo [Internet]. 2017 [citado 4 enero 2020]; 17(4): 258-268. Disponible en:  
<https://bit.ly/3e9frRL>
3. Young P, Hortis De Smith V, Chambi MC, Finn BC. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. Rev Med Chil [Internet]. 2011 [citado el 9 de abril de 2024]; 139(6):807–13. Disponible en:  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011000600017](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600017)
4. Ceisal. AUTORAS DE LOS MODELOS DE ENFERMERÍA [Internet]. Blog Ceisal. Ceisal; 2021 [citado el 9 de abril de 2024]. Disponible en:  
<https://ceisal.com/blog/2021/07/10/autoras-de-los-modelos-de-enfermeria/>
5. García Cabanillas MJ. Historia de los cuidados intensivos. Uca.es [Internet]. 2009 [citado el 27 de marzo de 2024]. Disponible en:  
[https://ocw.uca.es/pluginfile.php/1006/mod\\_resource/content/1/Tema\\_1\\_introduccion.pdf](https://ocw.uca.es/pluginfile.php/1006/mod_resource/content/1/Tema_1_introduccion.pdf)
6. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. Historia [Internet]. Seeiuc.org. [citado el 27 de marzo de 2024]. Disponible en:  
<https://seeiuc.org/seeiuc/sociedad/historia/>
7. Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR da. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 [citado el 27 de marzo de 2024]; 70(5):1040–7. Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28977232/>

8. Recoletas Red Hospitalaria. ¿Qué es la UCI y cómo actuar cuando un familiar está ingresado en esta unidad? [Internet]. Noticias Grupo Recoletas. 2021 citado el 27 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gruporecoletas.com/noticias/que-es-la-uci-hospital/>
9. Santiago de Castro E. Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. Av Enferm [Internet]. 2016;33(3):381–90. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n3/v33n3a06.pdf>
10. Bohórquez A, Ramírez AC, Rodríguez EE, Polentino CV, Aceros MZ. Suspiro de vida: vivencias de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos sometidos a soporte ventilatorio. Rev Cienc Cuid [Internet]. 2011 [citado el 27 de marzo de 2024];8(1):61–9. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/482>
11. Viviana LM. Aspectos vivenciales del paciente durante su estadía en Unidad de Cuidados Intensivos [Internet]. Com.mx. [citado el 27 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=80295>
12. Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanesio E. Open intensive care units: A global challenge for patients, relatives, and critical care teams. Dimens Crit Care Nurs [Internet]. 2014 [citado el 27 de marzo de 2024];33(4):181–93. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24895947/>
13. Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández MI, Sánchez Zugazua J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. Enferm Intensiva [Internet]. 2014;25(2):72–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2013.11.007>
14. Kutash M, Northrop L. Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. J Adv Nurs [Internet]. 2007 [citado el 27 de marzo de 2024];60(4):384–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17822429/>
15. Heras La Calle G, Lallemand CZ. HUCI se escribe con H de HUMANO. Enferm Intensiva [Internet]. 2014 [citado el 27 de marzo de 2024];25(4):123–4. Disponible

en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-huci-se-escribe-con-h-S113023991400087X>

16. Heras La Calle G. En dos minutos [Internet]. Proyecto HUCI. [citado el 27 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://proyectohuci.com/es/en-dos-minutos/>

17. Cuzco C, Delgado-Hito P, Marín Pérez R, Núñez Delgado A, Romero-García M, Martínez-Momblan MA, et al. Patients' experience while transitioning from the intensive care unit to a ward. Nurs Crit Care [Internet]. 2022;27(3):419–28. Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/180008/1/713794.pdf>

18. Lee MD, Friedenberg AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. Visiting hours policies in New England intensive care units: Strategies for improvement. Crit Care Med [Internet]. 2007 [citado el 27 de marzo de 2024];35(2):497–501. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17205012/>

19. Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández MI, Sánchez Zugazua J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. Enferm Intensiva [Internet]. 2014;25(2):72–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2013.11.007>

20. Flórez-Torres IE, Herrera-Alarcón E, Carpio-Jiménez E, Veccino-Amador MA, Zambrano-Barrios D, Reyes-Narváez Y, et al. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo. Aquichan [Internet]. 2011 [citado el 27 de marzo de 2024];11(1):23–39. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972011000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000100003)

21. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. Enferm Intensiva [Internet]. 2012;23(4):179–88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2012.08.001>

22. Real Academia Española. Edición del Tricentenario [Internet]. Soledad. Diccionario de la lengua española [citado el 14 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/soledad#:~:text=f.,voluntaria%20o%20involuntaria%20de%20comp>

[añ%C3%ADa.&text=aislamiento%2C%20retiro%2C%20abandono%2C%20incomunicación,%2C%20encierro%2C%20clausura%2C%20destierro.](#)

23. Yaguas Lezaun J, Cilveti Sarasola A, Hernández Chamorro S, Pinazo-Hernandis S, Roig i Canals S, Segura Talavera C. El reto de la soledad en la vejez. Unirioja.es. [citado el 27 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6589059>

24. León T, Saceda JM, Gómez Sastre J. De las II Jornadas Mujer y Envejecimiento en Cantabria M. Soledad deseada y no deseada: el nudo de las relaciones de calidad [Internet]. Fundacionpem.org. [citado el 14 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://fundacionpem.org/wp-content/uploads/2023/10/Soledad-deseada-y-soledad-no-deseada.pdf>

25. Chaparro Díaz L, Carreño Moreno S, Arias-Rojas M. Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. Rev Cuid [Internet]. 2019;10(2). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v10n2/2346-3414-cuid-10-2-e633.pdf>

26. NNNConsult. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and classifications 2024 [Internet]. Nnnconsult.com. [citado el 27 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/nic/7140/54/>

27. Beltrán Salazar Ó. La Unidad de Cuidado Intensivo, un lugar para quedarse solo. Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. Redalyc.org. [citado el 15 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105213198003.pdf>

28. Duque Delgado L, Rincón Elvira EE, León Gómez VE. Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. Ene [Internet]. 2020 [citado el 12 de mayo de 2024];14(3). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2020000300008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008)

29. Valle López I. Factores asociados al estrés en pacientes ingresados en UCI. Uam.es. [citado el 15 de abril de 2024]. Disponible en: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/687925/valle\\_lopez\\_inestfg.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/687925/valle_lopez_inestfg.pdf?sequence=1)

- 30 .Whitton S, Pittiglio LI. Critical care open visiting hours. Crit Care Nurs Q [Internet]. 2011;34(4):361–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/cnq.0b013e31822c9ab1>
31. Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanesio E. Open intensive care units: A global challenge for patients, relatives, and critical care teams. Dimens Crit Care Nurs [Internet]. 2014 [citado el 29 de marzo de 2024];33(4):181–93. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24895947/>
32. Malacarne P, Corini M, Petri D. Health care-associated infections and visiting policy in an intensive care unit. Am J Infect Control [Internet]. 2011;39(10):898–900. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2011.02.018>
- 33.Da Silva F, Dos Santos E, Alves de Araújo R, De Oliveira R. Sentimientos del paciente durante la permanencia en la unidad de cuidados intensivos [Internet]. Ufpe.br. [citado el 29 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9706/9776>
34. Knutsson SEM, Bergbom IL. Custodians' viewpoints and experiences from their child's visit to an ill or injured nearest being cared for at an adult intensive care unit. J Clin Nurs [Internet]. 2007;16(2):362–71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01517.x>
35. Gómez Martínez S, Ballester Arnal R, Gil Juliá B. El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2011 [citado el 29 de marzo de 2024];34(3):349–61. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272011000300002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000300002)
- 36.Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. J Clin Nurs [Internet]. 2005;14(4):501–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01081.x>

37. Kirchhoff KT, Pugh E, Calame RM, Reynolds N. Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. *Am J Crit Care* [Internet]. 1993 [citado el 29 de marzo de 2024];2(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8364675/>
38. Ihlenfeld JT. Should we allow children to visit ill parents in intensive care units? *Dimens Crit Care Nurs* [Internet]. 2006 [citado el 29 de marzo de 2024];25(6):269–71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17122657/>
39. Sims JM, Miracle VA. A look at critical care visitation: The case for flexible visitation. *Dimens Crit Care Nurs* [Internet]. 2006 [citado el 29 de marzo de 2024];25(4):175. Disponible en: [https://journals.lww.com/dccnjournal/abstract/2006/07000/a\\_look\\_at\\_critical\\_care\\_visitation\\_the\\_case\\_for.11.aspx](https://journals.lww.com/dccnjournal/abstract/2006/07000/a_look_at_critical_care_visitation_the_case_for.11.aspx)
40. Lee MD, Friedenberg AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. Visiting hours policies in New England intensive care units: Strategies for improvement. *Crit Care Med* [Internet]. 2007 [citado el 29 de marzo de 2024];35(2):497–501. Disponible en: [https://journals.lww.com/ccmjournal/abstract/2007/02000/visiting\\_hours\\_policies\\_in\\_new\\_england\\_intensive.23.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournal/abstract/2007/02000/visiting_hours_policies_in_new_england_intensive.23.aspx)
41. Berg A, Fleischer S, Koller M, Neubert TR. Preoperative information for ICU patients to reduce anxiety during and after the ICU-stay: protocol of a randomized controlled trial [NCT00151554]. *BMC Nurs* [Internet]. 2006;5(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-5-4>
42. Giannini A. Open intensive care units: the case in favour. *Minerva Anestesiol* [Internet]. 2007 [citado el 29 de marzo de 2024];73(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17115012/>
43. Simpson T, Wilson D, Mucken N, Martin S, West E, Guinn N. Implementation and evaluation of a liberalized visiting policy. *Am J Crit Care* [Internet]. 1996 [citado el 29 de marzo de 2024];5(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8922157/>

## 7.ANEXOS

| TÍTULO                                                                                                                                                         | TIPO DE ESTUDIO                    | POBLACIÓN                                                                                                         | RESULTADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo</b> <sup>(27)</sup><br><br>Año 2006                                                             | Estudio con enfoque fenomenológico | 9 personas entre 24-80 años que habían estado ingresadas en UCI y que tenían capacidad de relatar su experiencia. | Todos describieron sentir soledad. Refieren que es un lugar donde el afecto por parte del personal sanitario está ausente y dónde la ubicación de los pacientes en la UCI les mantiene separados de la familia, además se suma a lo anterior la restricción de los horarios de visita.                                                                                                           |
| <b>Apoyo emocional de las familias a los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos</b> <sup>(28)</sup><br><br>Año 2020                                  | Revisión bibliográfica             | Búsqueda bibliográfica (CUIDEN plus, IME, LILACS, DIANLET, PsycINFO, PUBMED, CINAHL y SCOPUS)                     | La UCI es el área dónde existe más estrés para el paciente y familia. Los familiares piden estar más informados y estar más cerca de los pacientes, pero el horario restrictivo de visitas no lo permite. Muchos enfermeros creen que los familiares podrían participar en los cuidados del paciente, frente a otros que opinan que la participación de la familia les interrumpe en su trabajo. |
| <b>Factores asociados al estrés en pacientes ingresados en UCI</b> <sup>(29)</sup><br><br>Año 2019                                                             | Revisión bibliográfica narrativa   | Búsqueda bibliográfica en PUBMED, CINAHL, COCHRANE LIBRARY, CUIDEN Y SCIELO                                       | El ingreso en UCI supone someterse a factores estresores emocionales, fisiológicos, ambientales y sociales. Es importante la humanización en la UCI.                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Horario de visita abierto de cuidados intensivos</b> <sup>(30)</sup><br><br>Año 2011                                                                        | Revisión bibliográfica             | Búsqueda bibliográfica                                                                                            | La política de horarios de visitas abierta mejora la satisfacción de los pacientes, familias y enfermeras y además mejora la calidad de la atención. Aunque muchas enfermeras consideran que esta política puede impedir la atención al paciente, los beneficios superan todo lo negativo.                                                                                                       |
| <b>Unidades de cuidados intensivos abiertas: un desafío global para pacientes, familiares y equipos de cuidados intensivos</b> <sup>(31)</sup><br><br>Año 2014 | Revisión bibliográfica             | Búsqueda bibliográfica (MEDLINE, EMBASE, CINAHL).                                                                 | Pacientes, familias y personal sanitario apoyan la UCI abierta, los médicos están más de acuerdo en mejorar los horarios de visitas que las enfermeras.                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Infecciones asociadas a la atención médica y política de visitas en una unidad de cuidados</b>                                                              | Estudio de investigación           | Haciendo un cambio respecto a la política de horario de visitas                                                   | Descubrió que aumentando el horario de visitas no aumentaban significativamente las infecciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                                                                                                                                                  |                                                |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>intensivos.</b> <sup>(32)</sup> .<br>Año 2007                                                                                                                                                                                 |                                                | en 8 camas de la UCI.                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Sentimientos del paciente mientras que permanece en la Unidad de Cuidados Intensivos</b> <sup>(33)</sup> .<br>Año 2011                                                                                                        | Estudio exploratorio, con abordaje cualitativo | Pacientes que habían sido dados de alta en la UCI mediante una entrevista semi-estructurada llevada a cabo según la técnica de análisis de contenido.            | Categorías:<br>- Miedo a la muerte<br>- Estrés y ansiedad<br>- Soledad y aislamiento<br>- Religiosidad                                                                                                                                                                              |
| <b>Puntos de vista y experiencias de los custorios desde la visita de su hijo a un enfermo o lesionado más cercano que está siendo atendido en una unidad de cuidados intensivos para adultos.</b> <sup>(34)</sup> .<br>Año 2007 | Cuantitativo y descriptivo                     | 30 custodios respondieron a un cuestionario.                                                                                                                     | La visita fue considerada como buena para los niños ya que les hizo tomar mayor consciencia de la situación, por lo que los custodios creen que dejar a los niños visitar la UCI es un bienestar para el futuro.                                                                    |
| <b>El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en la población española.</b> <sup>(35)</sup> .<br>Año 2007                               | Diseño cuantitativo                            | Entrevistas a 55 familiares de pacientes que habían estado hospitalizados en la UCI.                                                                             | Todos ellos estaban de acuerdo que las salas de espera deberían de estar más cercanas al paciente, la importancia de sentirse en un ambiente cómodo, que brinde apoyo emocional y la satisfacción al sentir que están cuidando a los pacientes.                                     |
| <b>Las necesidades y experiencias de los familiares de pacientes adultos en una unidad de cuidados intensivos</b> <sup>(36)</sup> .<br>Año 2005                                                                                  | Revisión bibliográfica                         | Búsqueda de artículos en páginas bibliográficas                                                                                                                  | La familia quiere tener constantemente información sobre el enfermo, lo que les da tranquilidad y esperanza. Por el contrario, los cuidadores subestiman las necesidades de los familiares, ya que estos se centran más en el enfermo que en ellos mismos.                          |
| <b>Las creencias y actitudes de las enfermeras hacia las visitas en entornos de cuidados intensivos para adultos</b> <sup>(37)</sup> .<br>Año 2003                                                                               | Estudio cualitativo                            | Entrevistas y cuestionarios de enfermeras de acuerdo con el formato de “ la Teoría de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein”, en 5 UCI de Utah y 3 UCI de Ohio. | Las enfermeras consideraban que la visita de los familiares era beneficiosa desde el punto de vista psicológico, pero que desde el aspecto fisiológico podía tener consecuencias negativas (agotamiento de familiares, perjuicio para enfermería en la prestación de los cuidados). |
| <b>¿Deberíamos permitir que los niños visiten a los padres enfermos en las Unidades de Cuidados Intensivos?</b>                                                                                                                  | Revisión bibliográfica                         | Búsqueda de artículos bibliográficos                                                                                                                             | Los niños pueden visitar a sus familiares siempre que estén acompañados de un adulto mayor.                                                                                                                                                                                         |

|                                                                                                                                                 |                                                                          |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (38).<br>Año 2006                                                                                                                               |                                                                          |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                               |
| <b>Una mirada a las visitas de cuidados intensivos. El caso de la visita flexible</b> (39).<br>Año 2006                                         | Revisión bibliográfica                                                   | Búsqueda de artículos bibliográficos                                                                                                                              | Las enfermeras creen que las UCI abiertas con visita constante de familiares puede interferirles en un trabajo.               |
| <b>Políticas de horas de visita en las unidades de cuidados intensivos de Nueva Inglaterra. Estrategias de mejora</b> (40).<br>Año 2007         | Diseño dividido en dos partes. Una encuesta y grupos de discusión.       | Entrevista telefónica con un cuestionario para determinar las políticas de visita en cada UCI. También se realizaron 6 sesiones de grupos focales con enfermería. | Enfermería identificó 3 áreas de mejora en la UCI, las cuales son: "espacio, conflicto y carga".                              |
| <b>Información preoperatoria para pacientes de la UCI para reducir la ansiedad durante y después de la estancia en la UCI</b> (41).<br>Año 2006 | Ensayo controlado aleatorio, con una intervención y un grupo de control. | 120 pacientes quirúrgicos cardíacos, 20 pacientes quirúrgicos abdominales o torácicos                                                                             | Se reduce el estrés y la ansiedad si se les da una información clara a los pacientes de tal manera que estos no tengan dudas. |
| <b>Unidades de cuidados intensivos abiertas: el caso a favor</b> (42).<br>Año 2007                                                              | Revisión bibliográfica.                                                  | Búsqueda de artículos en páginas bibliográficas.                                                                                                                  | La UCI abierta trae beneficios al paciente y familia. Se considera que así se le otorga más respeto al paciente.              |
| <b>Implementación y evaluación de una política de visitas liberalizada</b> (43).<br>Año 2006                                                    | Estudio cualitativo.                                                     | Discusión entre enfermeras sobre los cambios de la política de su unidad.                                                                                         | Las visitas liberalizadas tienen beneficios como actitudes más positivas en familiares y pacientes.                           |